

**Wortprotokoll**

Öffentliche Sitzung

**Ausschuss für Gesundheit und Pflege**

58. Sitzung  
29. September 2025

Beginn: 09.35 Uhr  
Schluss: 12.47 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 zu

Punkt 3 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs  
**Von der Gemeindeschwester zur Community Health  
Nurse – neue Ansätze der Gesundheitsversorgung**  
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD)

[0349](#)  
GesPflg

Hierzu: Anhörung

Wie bereits eingangs vorgestellt, begrüße ich noch einmal ganz herzlich: Frau Dr. Franziska Drephal, Fachärztin für Innere Medizin; sie nimmt heute für die Kassenärztliche Vereinigung – KV – Berlin an der Anhörung teil und ist uns per Webex zugeschaltet. Außerdem Frau Prof. Dr. Heidi Höppner, Professorin für Interprofessionelle Gesundheitsversorgung und Systemgestaltung an der Alice Salomon Hochschule – ASH – Berlin, Frau Tahnee Leyh, Gemeindegesundheitspflegerin beim Kreisverband Fläming-Spreewald des Deutschen Roten Kreuzes – DRK –, Frau Marie-Christin Petrasch, Pflegeexpertin für den Bereich Community Health Nursing bei den DRK Kliniken Berlin Köpenick, und Herrn Dr. Burkhard Ruppert, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Herzlich willkommen und danke, dass Sie sich heute die Zeit nehmen!

Ich gehe davon aus, dass die Anfertigung eines Wortprotokolls gewünscht ist. – Ich sehe Nicken. – Dann frage ich, ob die Fraktion der SPD den Besprechungspunkt begründen möchte. – Sie haben das Wort!

**Lars Düsterhöft** (SPD): Vielen lieben Dank, Frau Ausschussvorsitzende! – Schön, dass Sie heute da sind und auch zugeschaltet sind! Ich finde es sehr schön, dass wir uns heute zwischen den Haushaltsberatungen, die doch relativ schwierig und davon geprägt sind, dass wir zu wenig Geld haben und alle schauen müssen, dass es vorn und hinten passt, die Zeit nehmen, einmal einen Blick in die Zukunft beziehungsweise darauf zu werfen, wie sich das Gesundheitssystem in Zukunft entwickeln sollte und könnte und welche Ansätze es bereits gibt – gerade, weil wir alle mit dem Mangel an Ärztinnen und Ärzten und auch mit dem Mangel an Pflegekräften umgehen müssen und der demografische Wandel uns in jeder Hinsicht im Gesundheitswesen voll erwischt und sich natürlich die Frage stellt, wie wir mit den vorhandenen Ressourcen nicht nur haushälterisch hier im Abgeordnetenhaus umgehen, sondern auch ganz konkret vor Ort bei den Menschen, die darauf angewiesen sind, dass sie im Zweifel gut versorgt sind.

Ich freue mich sehr, dass wir zwei Nurses vor Ort haben, die uns aus der Praxis berichten werden. Ich konnte Sie beide schon einmal besuchen, einmal in Luckau und einmal in Köpenick. Es freut mich sehr, dass wir das heute hier im Ausschuss thematisieren können und gemeinsam als Ausschuss den Blick auf dieses wichtige Thema richten werden. Ich freue mich auch sehr, dass Frau Prof. Dr. Höppner da ist und uns einen Einblick in den Studiengang beziehungsweise die akademische Ausbildung gewähren wird. – Herr Dr. Ruppert und Frau Dr. Drephal! Ich vermute einmal, Sie erklären uns, wo wir das Geld hernehmen. Das finde ich optimal. Nehmen Sie das einmal mit. Die Erste Lesung hatten wir schon, die Zweite Lesung hatten wir schon. Wir haben nicht wirklich viel Geld, schön, dass Sie es heute hoffentlich

mitbringen. Ansonsten werden wir wahrscheinlich mit Ihnen darüber diskutieren, wie man das in Zukunft unter Umständen finanzieren kann beziehungsweise muss, sodass es ordentlich in das System passt – sofern wir alle hoffentlich davon überzeugt sind, dass das auch eine Richtung ist, in die man denken und das Gesundheitssystem weiterentwickeln muss. – Vielen Dank, dass Sie da sind, und ich freue mich auf die Diskussion!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank für die Begründung! – Dann kommen wir zur Anhörung. Ich habe im Vorfeld mit den Anzuhörenden folgende Reihenfolge ausgemacht: Frau Höppner, dann Herr Ruppert und Frau Drephal, die heute gemeinsam für die KV sprechen, danach Frau Petrasch und dann Frau Leyh. – Wir fangen mit Frau Höppner an.

**Dr. Heidi Höppner (ASH Berlin):** Herzlichen Dank für die Einladung! Mein Name ist genannt worden, auch meine Denomination an der Alice Salomon Hochschule. Für alle, die die Alice Salomon Hochschule oder kurz ASH nicht kennen: Das ist eine öffentliche Hochschule in Hellersdorf, die sehr stark mit dem Namen Alice Salomon als Begründerin der beruflichen Sozialen Arbeit verbunden ist, aber, und das wissen vielleicht nicht alle, seit 30 Jahren auch mit dem Bereich Gesundheit sowie Erziehung und Bildung, also eine sogenannte SAGE-Hochschule: Soziale Arbeit, Gesundheit, Erziehung und Bildung – im Gegensatz quasi zu den MINT-Fächern.

Ich bin hier eingeladen worden und komme nicht aus der Pflege. Meine Perspektive sind die Sozial- und Gesundheitswissenschaften. Ich habe Public Health studiert und kenne das Gesundheitswesen aus der Versorgung. Das habe ich lange als, wie es heute heißt, Medizinische Fachangestellte beziehungsweise Physiotherapeutin gemacht, also ich habe lange ganz praktisch gearbeitet und mich dann entschieden: Wenn wir Wandel wollen, dann passiert das in den Köpfen der Menschen. – Deshalb habe ich mich der Bildung verschrieben und bin seit 24 Jahren Fachhochschulprofessorin. Das Thema „Von der Gemeindeschwester zur Community Health Nurse – neue Ansätze der Gesundheitsversorgung“ habe ich natürlich verfolgt. Ich überlasse es den praktisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, Ihnen vorzustellen, um was es geht. Ich möchte es aber noch einmal in den Kontext der Gesundheitsversorgung und vielleicht auch hier in Berlin einordnen.

Die ganz zentrale gesellschaftliche Frage ist: Ist für mich noch gesorgt? – Da schauen wir immer auf die Länder, also sprich auf die Strukturen in den Bundesländern, wo Hausbesuche gemacht werden müssen. Das ist aber für Berlin, glaube ich, zu übertragen. Erster Punkt: Gibt es ein Monitoring, welche Bedarfe beispielsweise, gerade bezogen auf die Pflege, in Berlin vorhanden sind? Ist für mich noch gesorgt? – Wenn diese Frage mit Nein beantwortet wird, dann geht die gesellschaftliche Spaltung weiter.

Zweiter Punkt: Worauf warten wir eigentlich? – Wir haben im deutschen Gesundheitssystem, wie wir wissen, kein Erkenntnisproblem, und ich werde Ihnen jetzt nicht die Zahlen zum demografischen Wandel und zu den Szenarien der Pflegebedürftigkeit schon 2030 und weiter oder aber zu den Szenarien der Fachkräfteentwicklung aufzählen. Unbestritten ist aber, dass wir vor einer immensen Herausforderung stehen – und das ist noch harmlos ausgedrückt –, die Ressourcen, die wir noch haben, effektiv einzusetzen.

Zur Fachkräftesicherung möchte ich den Hinweis geben: Bitte nicht nur auf Hände schauen, sondern auch Köpfe dazu denken, also diese Inflationierung der aktuellen Berufe, die wir ha-

ben, wo wir die Leute nicht halten können. Ich habe Ihnen den Studiengang qua Flyer hingelegt. Ich habe es seit 20 Jahren im Job mit Menschen aus der Gesundheitsversorgung zu tun, die ich bei der Absolventenverabschiedung frage: Was würde aus Ihnen geworden sein, wenn Sie nicht studiert hätten? –, und sie sagen mir: Ich wäre nicht mehr da. – Sie wollen Handlungsspielräume. Sie wollen Möglichkeiten, ihre Kompetenz einzubringen, und sie wollen auch wertgeschätzt werden. Es sind Frauenberufe, und wenn wir über diese Nurse auch schon im Titel sprechen, dann hat das etwas damit zu tun, dass wir auf professionelle Care-Arbeit schauen, um die es hier konkret geht.

Wir können uns aus einer gesellschaftlichen Perspektive, aus der Versorgungssystemperspektive die Arztzentrierung überhaupt nicht mehr leisten. Wir brauchen alle, und zwar gut ausgebildet, und auch mit der Verantwortung, dass sie die Aufgaben, für die sie da sind, nicht nur die ersten fünf Jahre machen können – denn Sie kennen die Abbrecherzahlen –, sondern auch weiterhin. Es ist kein Umsetzungsproblem; vielleicht für Berlin, denn wir haben keinen Master in Nursing. Es liegt seit 2022 ein Konzept von Evangelischer Hochschule, Charité und Alice Salomon Hochschule vor.

Wie sich beispielsweise diese Arbeit von Community Health Nurses in Berlin gestaltet, müssen wir in den folgenden Vorträgen und vielleicht auch in Ihren Nachfragen herunterbrechen. Ich möchte aber noch einmal anführen, dass der ambulante Bereich, und das ist auch ein städtisches Problem, immens herausgefordert ist, und dass die Community Health Nurse sich nicht nur auf die Kuration, Pflege oder Palliation bezieht, sondern vor allen Dingen auch auf die Gesundheitsförderung und Prävention. Da könnte ich Ihnen sagen, dass wir in Berlin eigentlich einen Orden für alle ausloben sollten, die eine Pflegebedürftigkeit verhindern, hinausschieben oder aber Folgeschäden verhindern. Das kann man auch gesundheitsökonomisch rechnen.

Wir können im Weiteren vielleicht auch noch über Public Health und so weiter sprechen und was es dort Neues gibt. Darauf möchte ich jetzt nicht eingehen. Ich bin hier für das Thema Bildung eingeladen worden und sagen Ihnen: Wenn Sie das Geld zur Verfügung stellen, dann haben Sie nächstes Jahr für Berlin so einen Studiengang. Damit würde ich jetzt gar nicht über diese Arbeit der Kolleginnen und Kollegen hinweggehen, die da schon im Vorfeld viel mehr geleistet haben. – Wen es interessiert, wie es laufen kann und welcher Kulturwandel Deutschland und Berlin bevorsteht, dem empfehle ich die Sendung auf ARTE über die Gesundheitsversorgung in Island.

Worum geht es in Berlin? – Wir haben viel zu gewinnen und entschiedene Schritte zu gehen, um wie zum Beispiel in Luckau die Finanzierung wirklich auszubuchstabieren und nicht bei B schon wieder aufzuhören. Ich habe 20 Jahre eine Professur für Physiotherapie gehabt. Ich konnte es nicht mehr ertragen, in einem so engen Gerüst und mit so geringem politischen Hintergrund diese Primärqualifikation in den Therapieberufen voranzubringen. Ein Desaster. Berlin hatte dort eine Leuchtturmfunktion. Es geht um eine ausbuchstabierte Finanzierung, und es geht natürlich – und das ist eine große Herausforderung –, um eine sinnvolle Integration in das bestehende System. Das braucht, weil es um diesen sogenannten Kulturwandel geht. Wir dürfen niemanden verlieren, weder Bürgerinnen und Bürger noch die Leute, die sich der Gesundheitsarbeit verschrieben haben. Wir haben viel zu gewinnen, und es stellt sich nicht mehr die Frage, ob, sondern wie. Damit würde ich gerne schließen und fragen, worauf wir eigentlich noch warten.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zu Herrn Dr. Ruppert und Frau Drephal.

**Dr. Burkhard Ruppert** (KV Berlin): Ich würde vorschlagen, dass Frau Drephal mit dem Vortrag beginnt. – Danke!

**Dr. Franziska Drephal** (KV Berlin) [zugeschaltet]: Vielen Dank! – Herzliche Grüße aus Treptow-Köpenick. Ich bin im Vorstand eines der KV-akkreditierten Arztnetze, in dem die Idee zu diesem Projektförderungsantrag kam. Was können wir gestalten, um die Versorgung zu verbessern? – Wir haben das Projekt der Kiezschestern etabliert, um auf den gestiegenen Bedarf der patientenzentrierten Koordination, Beratung und Überwachung an den Schnittstellen von ambulant und stationär zu reagieren, weil wir den zunehmenden Rückgang der hausärztlichen Versorgungszahlen sehen. Die Kollegen schwinden gerade in den Bezirken Treptow-Köpenick und Marzahn-Hellersdorf, aber auch die Anzahl der multimorbiden Patienten nimmt zu. Es gibt bisher keine sektorenübergreifende Versorgungsstruktur im SGB V, und das ist das, was uns ein Anliegen war.

Im Zuge der fortschreitenden Ambulantisierung sehen wir auch hier in der Praxis, dass immer mehr Patienten frühzeitig aus dem Krankenhaus entlassen werden, die noch komplex versorgt werden müssen. Die Fälle sind nicht abschließend behandelt. Insbesondere die sozialen Aspekte, aber auch medizinische Aspekte sind nicht allumfassend für die Patienten zufrieden versorgt. Sie werden sozusagen teilversorgt oder schlecht versorgt entlassen. Aber auch die abnehmenden sozialen Bindungen der Patienten zeigen, dass diese selbst in dem System überfordert sind, um zu wissen, was alles möglich ist, um eine optimierte Versorgung im häuslichen Bereich zu haben und auch Pflegebedürftigkeit zu verhindern und Genesung zu fördern. Die pflegenden Angehörigen, die existieren, sind oft auch überfordert, weil sie sich in den Strukturen schlecht zurechtfinden.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Hier sieht man: Zunehmende Überforderung der Hausarztpraxen, fortschreitende Ambulantisierung, das sind unsere großen Probleme gewesen; ein gesteigerter Bedarf an patientenzentrierter Koordination.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Der Anforderungs- und Bedarfsbogen wurde von uns in allen sechs Arztnetzen entwickelt, wo wir der Kiezschestern direkt die Bedarfe melden, sowohl medizinisch als auch sozial, und diese sie in einem Hausbesuch nach Einwilligung individuell vor Ort mit den Patienten fallabschließend klärt, oft auch zum zweiten Hausbesuch kommt und dann in Rücksprache mit uns Hausärzten die Versorgung, die Strukturen und mögliche Lösungsansätze weiter bespricht.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Seit 2022 haben wir in diesem Projekt sechs Kiezschestern eingestellt. 121 Hausärzte nehmen in unseren Netzen teil. Damit konnten wir 2 200 Behandlungsfälle pro Jahr absolvieren. 1 100 Hausbesuche werden pro Jahr durchgeführt. Daneben führen sie aber 7 600 Telefonate

durch, was diese immense organisatorische Leistung der Kiezschwester zeigt, die in den Netzstrukturen ganz viel organisieren und vermitteln müssen. Im Zuge der Entwicklung des Projektes kam es aber auch zu sogenannten Rebound-Phänomenen, das heißt, die Pflegestützpunkte haben uns wahrgenommen und haben Patienten in die hausärztliche Versorgung überführt, die bisher nicht versorgt waren, sodass sie jetzt an eine Hausarztpraxis angebunden sind und auch medizinisch versorgt werden können. Seit letztem Jahr haben wir das Glück, etwas von den Kassen finanziert zu werden. Das ist aber leider nicht kostendeckend.

Wir sind der KV Berlin sehr dankbar, dass sie das ermöglicht hat, weil das einen enormen Mehrwert für die Patienten gebracht hat. Wir haben keine Zeit gehabt, noch eine Statistik in den Vortrag zu integrieren, aber die Zufriedenheit liegt bei über 90 Prozent auf beiden Seiten, sowohl der Hausärzte als auch der Patienten. Wir haben damit ein ganz niederschwelliges Projekt geschaffen, das eine ressourcen- und sektorenübergreifende Versorgung darstellt. Eine SGB-überschneidende Struktur ist bedarfsorientiert und vor allem individuell für die Patienten. Das ganz Besondere daran ist, dass es fallabschließend funktioniert. Es ist nicht nur beratend wie beispielsweise die Berliner Hausbesuche, die oft nur einmal kommen und nur beraten dürfen. Die hatten wir auch zu Gast bei uns in den Netzen, weil wir das Projekt interessant fanden, aber es bringt den Patienten nicht so viel, weil der Anschluss fehlt. Viele sind hilflos, zu diesen Stellen zu gelangen, wo sie hingehören, und dieser echte Versorgungsmehrwert für die Patienten ist ein herausragendes Merkmal des Projekts, ohne dass die Ärzte dabei etwas verdienen, was völlig in Ordnung ist, weil wir mit der hohen Patientenzufriedenheit und der Verbesserung der Versorgung glücklich sind. – Vielen Dank!

**Dr. Burkhard Ruppert** (KV Berlin): Dann fahre ich fort.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Ich bin in meiner Funktion als KV-Vorstand angesprochen worden, um hier über Geld zu sprechen. Es geht hier tatsächlich um ein Projekt, und Projekte bedeuten, dass sie einmalig sind, dass es ein begrenztes Vorhaben ist, dass wir ein definiertes Ziel haben, dass sie begrenzte Ressourcen und auch eine temporäre Organisationsstruktur haben. Eigentlich würden wir viel lieber aus so einer Projektphase herauskommen. Uns wäre viel lieber, dass das Ganze quasi in die Regelversorgung geht, ähnlich wie mit dem Berliner Projekt, das dann irgendwann in § 119 b gemündet ist – nach 20 Jahren Projektzeit, muss man sagen, das würden wir hier nicht unbedingt wollen. Im Moment wird das Ganze nach § 105 Absatz 1 a SGB V gefördert. Das ist also eine paritätische Finanzierung, die von den Krankenkassen und von uns durchgeführt wird, weil das von der Anzahl der beteiligten vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen im Netzwerk abhängig ist. Der Honorarvertrag ist 2024 nach § 87 a Absatz 2 Satz 3 SGB V verhandelt worden. Hier können Zuschüsse bis zu 100 000 Euro pro Praxisnetz und Jahr vergeben werden.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Was bedeutet das? – Wir haben insgesamt circa 1,7 bis 1,8 Millionen Euro seit 2022 gefördert. Wie sich das aufteilt, entnehmen Sie hier der Tabelle. Das Ganze ist mittlerweile auf sechs Praxisnetze ausgeweitet, vor allen Dingen, wie sie gerade gehört haben, in Treptow-Köpenick. Es gibt aber auch noch andere Gebiete. Es betrifft meistens Gebiete, wo die

Versorgung gerade im Bereich der hausärztlichen Versorgung nicht wirklich ausreichend ist, wie wir finden, und wo eine Unterstützung der Ärzte notwendig ist.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Zur Zukunft des Projekts: Sie haben gehört, dass es im Wesentlichen sehr positiv gesehen wird, sowohl von den Patienten als auch von den Ärzten selbst. Das Projekt schließt Versorgungsnöte an Sektorengrenzen, also da, wo Patienten gerade aus der Klinik entlassen werden oder ein Anschluss an die Versorgung passieren muss. Wir sind sehr für einen Ausbau des Projekts als berlinweites Angebot, aber es braucht eine dauerhafte und klare Förderung, die am besten in die Regelversorgung gehört. Das ist das, was wir fordern würden. – Danke!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zu Frau Petrasch.

**Marie-Christin Petrasch** (DRK Kliniken Berlin Köpenick): Auch von meiner Seite herzlichen Dank, dass wir heute hier eingeladen wurden! Ich wurde auch schon vorgestellt, mein Name ist Marie-Christin Petrasch. Ich bin Community Health Nurse an den DRK Kliniken Berlin Köpenick. Ich bin selbst Treptow-Köpenickerin und kenne auch die Praxis von Frau Drephal. Ich bin heute Morgen dort vorbeigelaufen und habe die lange Schlange an Patienten gesehen, die alle gewartet haben, um behandelt zu werden. Berufsbegleitend promoviere ich noch im Bereich Nursing Practice & Leadership in Salzburg. Sie merken also – das wurde vorhin angesprochen –, dass der Weg, sich in der Pflegeprofession voranzubringen und sich weiter zu akademisieren, einen dann doch eher in andere Städte und vielleicht teilweise auch in andere Länder führt.

Treptow-Köpenick ist einer der ältesten Bezirke in ganz Berlin. Wir haben riesige Herausforderungen in Bezug auf steigende Pflegebedürftigkeit und auch einen Mangel an Hausarztpraxen, vor allem in Zukunft, da viele Kolleginnen und Kollegen in Rente gehen werden. Genau das ist der Punkt, an dem Community Health Nurses ansetzen können. Wir sind Pflegefachpersonen, die auf Masterniveau akademisiert sind. Wir können zu den Advanced Practice Nurses gezählt werden, und wir verbinden Gesundheit, Pflege und Soziales. Der Schwerpunkt, den wir vor allem haben, sind Gesundheitsförderung und Prävention. Wir wollen Krankenhausaufenthalte beziehungsweise Liegezeiten verhindern, um vor allem eine ambulante Versorgung zu stärken. Ein ganz wichtiger Punkt ist auch die Chancengleichheit, die ein großer Aspekt in Bezug auf Demokratieförderung ist. Das ist auch eine riesengroße Herausforderung in Treptow-Köpenick. Wir wissen, dass dort gewisse rechte Gruppierungen wie zum Beispiel der III. Weg immer mehr im Vormarsch sind, immer mehr auch junge Leute akquirieren, und gerade da ist es ein wichtiger Punkt, dass die Gesundheitsversorgung gestärkt wird.

Community Health Nurses agieren anders als die Kiezschestern auf verschiedenen Ebenen. Wir sind auch auf der Populationsebene tätig, das heißt, wir haben gelernt, uns Daten anzuschauen, zu schauen, was eine Gruppe, eine Bevölkerung braucht, um gesund zu werden und dort gesundheitsförderliche Aspekte voranzubringen. Diese können wir dann auf Meso- und Mikroebene herunterbrechen. Was heißt das jetzt in meiner alltäglichen Arbeit? – Ich mache sehr viel Netzwerkarbeit. Wir haben unter anderem bei uns in Treptow-Köpenick das Netzwerk „Leben im Kiez“, wo wir vor über einer Woche einen großen Demenzaktionstag mit vielen verschiedenen Akteuren aus Treptow-Köpenick hatten, an dem wir das Thema Demenz

niederschwellig angeboten und dazu sensibilisiert haben. Vor einiger Zeit haben wir auch eine Veranstaltung zur Katastrophenprävention durchgeführt, bei der wir mit dem Katastrophenschutzbeauftragten von Treptow-Köpenick thematisiert haben, was man selbst tun kann, um sich auf Katastrophen vorzubereiten – das war vor dem Stromausfall.

Jetzt würde ich gerne noch zu einem konkreten Beispiel aus meiner Pflegesprechstunde kommen, die wir momentan erproben, an dem klar wird, wo eigentlich die Grenzen sind. Vor einer Weile war ein Angehöriger bei mir. Seine Frau hatte eine Ulcus-Wunde, die in der Hausarztpraxis versorgt wurde. Die Hausärztin hat ihm schnell gezeigt, wie er den Verband mit einer elastischen Binde machen soll und hat ihn dann nach Hause geschickt. Die Wunde wurde natürlich nicht besser. Daraufhin waren sie noch einmal bei einer Hautärztin. Die Hautärztin hat sich die Wunde angeschaut und gesagt: Na ja, man kann ein bisschen Bepanthen draufschmieren, und dann wird es schon besser. – Es wurde natürlich nicht besser, weil keine Kausaltherapie richtig umgesetzt wurde. Daraufhin war er bei mir. Wir haben uns das noch einmal angeschaut. Ich konnte ihn ein bisschen beraten, was tatsächlich für die Wundversorgung wichtig ist, und ihm auch sagen, wohin er sich bitte wenden soll, damit diese Wunde gut versorgt wird.

Das ist eigentlich das Paradebeispiel für diese Verknüpfung zwischen SGB XI und SGB V. Denn mehr konnte ich nicht machen, obwohl ich die Kompetenzen dafür habe. Obwohl ich sie erworben habe, konnte ich nicht mehr in Bezug auf diese Wundversorgung machen, außer ihn wieder zu einem nächsten Gesundheitsakteur zu schicken, in der Hoffnung, dass dort eine bessere Gesundheitsversorgung stattfindet. Es geht dabei nicht um Ärzte-Bashing, sondern es geht darum, gemeinsam Gesundheitsversorgung zu denken und die verschiedenen Kompetenzen, die jede Gesundheitsprofession mit sich bringt, so effektiv und effizient wie möglich zusammenzubringen und die Gesundheitsversorgung in Berlin zu stärken.

Wir brauchen vor allem ein Berufs- und Leistungsrecht. Was wir auch auf Landesebene machen können, sind Modellprojekte, bei denen wir eine gesetzliche Verankerung haben, das umzusetzen. Ich nenne da nur § 123 SGB XI, wo wir leider in Berlin immer noch nicht weiter vorangekommen sind. Man könnte auch darüber nachdenken, uns Community Health Nurses im ÖGD zu verankern. Auch dort können wir eine sehr gute Rolle einnehmen. Es fehlt tatsächlich nicht an den Kompetenzen, sondern an der Umsetzung und der rechtlichen Verankerung, sowohl berufs- als auch leistungsrechtlich.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Dann kommen wir zu Frau Leyh.

**Tahnee Leyh** (DRK Kreisverband Fläming-Spreewald): Vielen Dank für die Einladung! Ich komme aus dem ländlichen Raum beziehungsweise könnte auch noch etwas zu den Berliner Randbezirken sagen. Ich glaube, ich vereine alle, die hier sitzen. Ich bin ebenfalls studierte Community Health Nurse und habe ganz normal auch Gesundheits- und Krankenpflege gelernt. Ich habe an der Charité gelernt, an der Evangelischen Hochschule den Bachelor gemacht, bin dann aufs Land gezogen und habe in Dresden den Master in Community Health Nursing absolviert. Damit gerade die ältere Bevölkerung einen Zugang zu dieser Berufsgruppe hat, nennen wir meine Position auf dem Land Gemeindegesundheitspflegerin, um dieses englische Pendant zu übersetzen.



Ich arbeite genauso wie Frau Petrasch in der Pflegesprechstunde. Der größte Part meiner Arbeit sind die Hausbesuche, weil ich für 9 800 Einwohnende, eine Kommune quasi, zuständig bin. Es geht um die Kernstadt Luckau und 20 kleine sehr dörfliche Ortsteile. Ich arbeite zusammen in einem Netzwerk mit den ärztlichen Kollegen. Ich bin nicht an einer Hausarztpraxis angedockt, um mich frei im Sozialraum bewegen zu können. Alle hausärztlichen Kollegen können trotzdem auf mich zugreifen. Wir arbeiten Hand in Hand und gut auf Augenhöhe zusammen. Weil ich festgestellt habe, wie groß die Versorgungslücken gerade auf dem Land, aber auch im städtischen Raum sind, kann ich mir vorstellen, was das angeht: Die Kernfamilie hat sich als sorgende Familie verändert. Es ist nicht mehr die große Kernfamilie da. Kinder sind verzogen, sind weg, sind woanders. Wir haben eine riesige A-Zentriertheit im System. Das kennen Sie alle. Man denkt zuerst an den weißen Kittel, aber nicht mehr an die Gemeindegewerkschaft, die vor Ort ist und in den Häuslichkeiten mitmischen und versorgen kann. Das übernehme ich mit.

Wir haben auch eine geringe Gesundheitsexpertise in den verschiedenen Fachausschüssen. Ich frage jetzt einmal unter der Hand: Wer ist hier mit Pflegeexpertise in diesem Fachausschuss, wirklich als gelernte Gesundheits- und Krankenpflegerin? In Luckau haben wir das so gestaltet, dass ich als Gemeindegewerkschaftspflegerin in sämtlichen Sozial- und Gesundheitsausschüssen mit dabei bin, als Fürsprecherin für die Zielgruppe da bin und natürlich auch ganz viel politische Gremienarbeit zum Pflegeberuf mache – und auch so etwas mache wie heute hier. Das heißt, wir schauen: Wie können wir Drehtüreffekte im Krankenhaus durch meinen Job abmildern? Wie können wir erreichen, dass die Kolleginnen und Kollegen in den Hausarztpraxen wirklich nur die Fälle haben, die dort auch hingehören, und ich den Rest zu Hause behalte – durch ganz viel Gesundheitsberatung, Gesundheitsbildung, aber natürlich auch direkte Versorgung vor Ort? Und dass ich, wenn ich merke, dass es etwas Längerfristiges ist, mein Netzwerk mit ins Boot holen kann und mit Pflegestützpunkten, Pflegediensten, mit allen Beratungsinstanzen, mit Beratungsstellen für Menschen mit Migrationshintergrund und Familienberatungsstellen zusammenarbeite, sodass Gesundheit aus dieser ganzheitlichen Perspektive mitgedacht wird.

Ich bin zuständig für 9 800 Menschen. Wie können wir es schaffen, dass jede Kommune oder jeder Stadtteil so eine Lotsenperson mit übergeordnetem Blick haben kann? Da stellt sich immer die Frage, wie wir das finanzieren können, und wir müssen uns dann erst einmal fragen, wo wir die Leute herbekommen. Die kommen von den Hochschulen. Wo haben wir in Berlin Hochschulen, die bis auf Masterebene qualifizieren? – Die haben wir noch nicht, das heißt: Wie können wir die Hochschulen finanziell dazu befähigen, das umzusetzen? Wie können wir vielleicht auch die Stadtteile und Kommunen befähigen, das umzusetzen? – Sie sehen, ich sitze hier, ich mache das schon, denn unsere Kommune hat sich überlegt, aus Geldern aus Windkraftenergie meine Stelle zu finanzieren beziehungsweise zu kofinanzieren. Das heißt, meine Personalstelle deckt sich aus Kosten der Stadt Luckau und des DRK, und ich bin damit raus aus dieser ewigen – wie Sie es gerade gesagt haben, Herr Dr. Ruppert – Projektitis.

Denn die Rolle hat auch etwas mit Pflegeexpertise und mit Vertrauen zu tun. Man möchte den pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen nicht sagen: Achtung, ich bin wieder eines von einer Million Modellprojekten und nächstes Jahr wieder weg. – Wir wollen auch langfristig, dass es in die Regelversorgung übernommen wird. Einer muss starten, zwei müssen starten. Mehrere Kolleginnen von uns in ganz Deutschland starten aus den Masterstudiengängen und warten nur auf solche Stellen. Das heißt, wenn wir diese Stellen in den Kommu-

nen, in den Stadtteilen schaffen, dann sind die Kolleginnen auch da, um bestenfalls SGB-übergreifend ganz sozialraumnah arbeiten zu können.

Ich wünsche mir von Ihnen, dass Sie mutig sind, neue Wege gehen und auch über Sektorengrenzen hinwegschauen. Wir klammern uns an Projekte in den SGB-Bereichen. Es wurde gerade von dem SGB-V-Projekt gesprochen. Marie-Christin Petrasch hat von Projekten nach § 123 SGB XI gesprochen. Aber diese Rolle der Community Health Nurse springt im Sinne aller Menschen, die hier sitzen und die auch zu Hause auf Versorgung warten, durch alle SGB-Bereiche. Das heißt: Wie können wir es schaffen, den Blick über diese Bereiche hinweg zu schwenken und auf kommunaler Ebene solche Rollen anzustellen? Das wäre mein Anliegen: Im Sinne von Health in All Policies Gesundheit und Pflege mitzudenken und auch der Pflege in sämtlichen Gremien das Mitspracherecht für eine sehr große Berufsgruppe im Gesundheitswesen zu geben und sie zu vertreten. – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Es haben sich jetzt rundum alle Abgeordneten mit dem Bereich gemeldet. Ich wechsele einmal kurz den Hut und spreche für meine Fraktion der Grünen.

**Silke Gebel (GRÜNE):** Erst einmal vielen Dank für Ihre ganzen Einordnungen! Man hört durch, dass Sie sehr davon überzeugt sind, dass das kein Projekt mehr ist, sondern dass es in der Breite ankommen soll. Deswegen wäre meine Frage: Was sind weiterhin die Hemmschuhhe? Sie haben eben die sektorenübergreifenden Probleme genannt, die starren Sektorengrenzen. An welcher Stelle können wir das, auch in der Fläche, als Land überwinden? Heißt das dann, dass man von der politischen Ebene sagen muss: Wir wollen jetzt in jedem Pflegestützpunkt, in jedem öffentlichen Gesundheitsamt, in jedem Krankenhaus – wenn dort im Rahmen der Krankenhaustransformation ein ambulanter Standort eingerichtet wird – beziehungsweise mit den Ärztenetzwerken eine Vorgabe mit der KV und den Kostenträgern aushandeln, dass es dort überall Community Health Nurses gibt, und Standards dafür definieren? Kann man das überhaupt als Land machen, oder müssen wir auf eine Bundesreform warten, die wahrscheinlich nicht so schnell kommen wird, da das jetzt auch nicht angegangen wurde? Da würde mich von allen aus den verschiedenen Perspektiven die Einschätzung interessieren.

Ich habe jetzt einen ganzen Blumenstrauß angesprochen, wo Lotsenfunktion und Prävention stattfindet, und ich glaube, es darf kein weiterer Dschungel werden, sondern es muss eine klare Struktur sein. Sie sind beide beim DRK beziehungsweise bei unterschiedlichen DRK-Trägern, und die KV hat auch noch einmal einen anderen Schwerpunkt, wo sie das angesiedelt hat. Aber um für Menschen, die sich nicht jeden Tag damit beschäftigen, sondern pflegebedürftig werden und dann deswegen dorthin müssen, eine Klarheit zu haben, fände ich interessant, wie Sie darauf blicken und was Sie uns als Politik empfehlen.

Dann noch die Frage: Was sind gesetzliche Regeln? Vielleicht auch an die Senatsverwaltung die Frage, wie weit Sie daran schon arbeiten und wo Sie sagen: Ja, da müssen wir ran, sei es auf Bundesebene oder auch auf Landesebene, und können da auch noch etwas bewegen.

Die Finanzierungstabelle von Herrn Ruppert war eben so schnell weg, aber wir schicken das auf jeden Fall nachher herum. Da wäre tatsächlich auch die Frage: Jetzt haben wir natürlich einen sehr klammen Haushalt, aber anknüpfend an das, was ich gesagt habe, wo es dann angesiedelt ist: An welcher Stelle kann man überhaupt von Landesebene unterstützen?

Ich habe noch eine Frage zu den Anwendungsgebieten, und zwar habe ich in einer Bachelorarbeit, die sich auch mit Hemmschuhen und Anwendungsgebieten auseinandersetzt hat, neben den Bereichen, die genannt wurden, auch noch einmal aus der Community-Perspektive den Bereich School Nurses gesehen. Das wurde jetzt gar nicht angesprochen. Vielleicht können Sie dazu auch noch etwas sagen. Gerade wenn man diesen sozial- und kiezorientierten Ansatz hat, dann geht es über alle Altersgruppen hinweg, und dann ist es, glaube ich, sehr wichtig, auch die Schule mitzudenken und nicht nur zu schauen, wo man Leute Ü 70 trifft, sondern das zieht sich durch alle Altersgruppen.

Dann habe ich noch zwei konkrete Fragen. Sie haben das Thema Kriseneinsatz angesprochen, Frau Petrasch, und gesagt, dass Sie grundsätzlich auch darauf vorbereitet sind. Da würde mich interessieren, ob Sie bei diesem Stromausfall in Treptow-Köpenick tatsächlich zum Einsatz kamen. Denn in diesem Anwendungsfall, den ich gelesen habe, war das auch mehrfach Thema. Ich fände es spannend zu wissen, inwieweit das tatsächlich vielleicht schon geklappt hat. Sie haben außerdem ein Beispiel von dem Herren und der Wundversorgung für seine Frau genannt, an dem Sie diese starren Sektorengrenzen deutlich machen wollten. Was hätten Sie sich gewünscht, was Sie hätten machen können, damit man aus dem Beispiel einmal ableitet, was der Handlungsdruck ist?

Können Sie, Frau Höppner, zu dem Master noch sagen, wie viel er kosten würde, damit wir für die Haushaltsberatungen wissen, wovon wir sprechen? – Das wäre es von meiner Seite.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Dann habe ich Herrn Ubbelohde, Herrn Düsterhöft, Frau König, Herrn Zander, Frau Pieroth und Frau Breitenbach auf der Redeliste.

**Carsten Ubbelohde (AfD):** Ich begrüße Sie noch einmal und bedanke mich, dass Sie heute hier sind! Das ist ein sehr wichtiger Tagesordnungspunkt, und ich darf vorwegnehmen, dass die AfD-Fraktion ausdrücklich Ihre Expertise, dieses Berufsbild, die Möglichkeiten, sich entsprechend zu professionalisieren und zu akademisieren, begrüßt und es für sinnvoll erachtet, bestehende Versorgung zu ergänzen, deren volle Funktionalität überhaupt erst einmal zu ermöglichen. Ich bin der Meinung, dass – und da möchte ich jetzt nicht übertreiben – so ein Dirigent oder eine Dirigentin bei den Menschen vor Ort in den Regionen, in den Stadtteilen, die unterversorgt sind und wo die Menschen oft nicht wissen, wohin sie gehen sollen, wie sie versorgt werden können, entsprechend lenken, steuern und nicht nur Informationen geben kann, sondern auch in der zweiten Instanz den Menschen direkt und unmittelbar helfen kann. Da sehen wir die Priorität von den drei Genannten, Gesundheit, Pflege und Soziales, natürlich primär, um nicht zu sagen ausschließlich, in dem Bereich Gesundheit, Prävention und pflegerische Aspekte, also auch der Vermeidung einer unnötigen Verschlechterung des Krankheitsbildes. Das ist eine hohe Verantwortung, und das finden wir sehr gut.

Jetzt kommen wir zu den Fragen. Mich interessiert, inwiefern der Senat hier eine Übertragbarkeit auf Berlin sieht, inwiefern die fachliche Beschreibung pflegerischer Aufgaben, aber auch der Gesundheitsaufgaben des Berufes der Kiezschwester ausreichen, um dieses Berufsbild auch in Berlin stärker zu implementieren.

Die Frage an Sie vorne, insbesondere an Frau Prof. Höppner, lautet: Sind die rechtlichen Rahmenbedingungen ausreichend? Sind sie vergleichbar oder gleich in allen Bundesländern, oder sind sie bundeslandspezifisch? Wie sieht es mit dem Berufsrecht, Leistungs- und Leistungserbringungsrecht aus? Gibt es da noch Regelungslücken, die möglicherweise einer weiteren Implementierung dieses Berufsbildes entgegenstehen könnten, und wenn ja, wie können wir diese möglichst schnell schließen?

Die Frage – und bitte verstehen Sie das nicht falsch und auch nicht im Widerspruch zu dem eben Gesagten – ist auch: Muss es, um die Hürde für Ihre Berufskolleginnen und Berufskollegen möglichst niedrig zu halten, in jedem Fall eine Hochschulausbildung sein? Kann nicht auch eine Ausbildungsgestaltung ergänzend oder alternativ sinnvoll sein, die diesen doch recht aufwendigen und auch zeitraubenden Schritt vermeidet? Wir haben das Problem des Fachkräftemangels auch in Ihrem Bereich. Es fallen nicht Menschen, die Ihre Aufgaben übernehmen können, vom Himmel, nur weil es diese Möglichkeiten der Qualifikation gibt. Wie vermeiden wir, dass Menschen als Kiezkrankenschwestern tätig sind und dann am Ende nachher woanders fehlen, in der normalen stationären Pflege in Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und so weiter? Inwiefern kannibalisiert sich – Sie verstehen das hoffentlich richtig – das System am Ende möglicherweise selbst?

Diese Sorge habe ich, genauso wie die Sorge, und das sage ich als Zahnarzt in eigener Praxis: Inwiefern sehen Sie hier Bestrebungen, das Berufsbild des Arztes sozusagen auszuhöhlen? Wir sehen als AfD-Fraktion Ihre Tätigkeit als sinnvolle Ergänzung zur ärztlichen Tätigkeit, aber nicht als deren Ersatz. Dahingehend halten wir es für sehr wichtig, dass die Frage, wie man zusammenarbeitet und wie man das koordiniert, vielleicht noch einmal stärker herausge-

stellt werden könnte, wenn ich darum bitten darf. Wie vermeiden wir Doppelstrukturen, Parallelstrukturen, die am Ende nur mehr Geld kosten, aber nicht wirklich effizient arbeiten?

Was die Regelversorgung anbelangt, ist natürlich die Frage: In welches Regelsystem soll es integriert werden? Wir wissen, dass es auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Budgetierungsfragen gibt. Sind die Vergütungen der Kiezschwester am Ende möglicherweise in einem Regelsystem budgetiert? Denn das wäre dann die Konsequenz, genauso wie das bei sehr vielen Ärzten immer noch der Fall ist und natürlich die ambulante Versorgung in weiten Teilen behindert oder ausbremst. – Das war es fürs Erste, und ich bedanke mich noch einmal bei Ihnen.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Herr Düsterhöft!

**Lars Düsterhöft (SPD):** Vielen Dank, Frau Ausschussvorsitzende, für das Wort! – Um ganz kurz auf meinen Vorredner einzugehen: Ich glaube, dass viele Punkte von dem, was Sie eben ausgeführt haben, hier im Ausschuss von allen Seiten auf Widerspruch treffen. Ich möchte nur, dass auch die Anzuhörenden und unsere Zuschauer wissen, dass wir in ganz vielen Bereichen, die eben angesprochen wurden, anderer Auffassung sind.

Ich möchte einen Punkt herausziehen, weil Sie eben von der Kannibalisierung des Systems sprachen. Damit denke ich sofort an die feuchten Träume der AfD, nämlich das Thema Remigration und was das für Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem hat. Ich nehme jetzt einfach einmal das Pflegeheim, in dem ich letzte Woche war, mit 113 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Davon sind 13 internationale Fachkräfte, also im Ausland angeworben und als Fachkräfte hierhergekommen, und 14 ehemalige Geflüchtete, also als Geflüchtete hierhergekommen und mittlerweile Fachkräfte, sodass deutlich wird: Wir brauchen erstens Zuwanderung, damit ein Pflegeheim weiter funktioniert, und zweitens sind Geflüchtete nicht irgendwelche bösen Menschen, sondern große Gewinne für unsere Gesellschaft. Dieses Pflegeheim zeigt, dass sogar mehr ehemalige Geflüchtete dort arbeiten und dafür sorgen, dass der Laden läuft und die Menschen versorgt werden, als internationale Fachkräfte. Ich warte auf den Tag, an dem Sie erkennen, dass wir im Gesundheitswesen auf Zuwanderung angewiesen sind, und allein diese Stimmung, die verbreitet wird, ist ein riesiges Problem für uns alle.

Alle anderen Fragen, die von der Vorsitzenden kamen, waren im Kern tatsächlich auch schon diejenigen, die mich umgetrieben haben. Da bin ich auf jeden Fall auf die Beantwortung gespannt, sodass ich mich jetzt deutlich kürzer halten kann. Mich würde interessieren, Frau Leyh, wie es sich aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger vor Ort verändert hat. Das ist jetzt hier der sehr professionelle Blick, den wir gerade gehört haben. Spannend wird es ja: Wie veränderte sich das dann vor Ort für die Menschen? Finden die Menschen in Luckau leichter den Draht zum Arzt? Sind Sie die zusätzliche Person, die man anrufen kann? Wie wirkt sich das im Alltag für die Menschen ganz konkret aus? Genauso würde mich interessieren, wie das am Anfang für Sie war. Ich vermute, dass Sie mittlerweile gut bekannt sind, nicht nur bei den Menschen, sondern auch im System. Waren eigentlich alle von Anfang an begeistert und haben Hurra gerufen, oder war das auch eine harte Arbeit? Es wäre schön, wenn Sie dazu etwas sagen könnten.

Zu Frau Petrasch: Sie sind ein ganz wesentlicher Teil des Entlassmanagements vom Klinikum in Köpenick. Ich weiß, dass Sie sich da auch ein großes Netzwerk aufbauen, und ein großes

Netzwerk braucht es tatsächlich, um eine gute Nachversorgung für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, und auch, um diesen sozialen Aspekt noch einmal in den Fokus zu nehmen. Gerade gesundheitliche Schicksalsschläge haben nicht nur einen gesundheitlichen, sondern auch einen ganz starken wirtschaftlichen und sozialen Aspekt. Deswegen würde mich interessieren, wie Sie Ihr Netzwerk vor Ort in Köpenick aufbauen, welche sozialen Angebote da mittlerweile schon angedockt sind und in welche Richtung sich das entwickeln wird.

Eine Frage an den Senat: Sie bereiten gerade das Altenhilfestrukturgesetz vor. Da geht es auch ganz viel um Prävention. Wie passt dieses Altenhilfestrukturgesetz zu dem heutigen Thema? Ist das nicht auch ein Teil einer Lösung beziehungsweise müsste man nicht das, was wir beim Altenhilfestrukturgesetz in den letzten Monaten diskutiert haben, dann in einem zweiten Schritt – in ein, zwei, drei Jahren oder wann auch immer – weiterentwickeln, um diesen präventiven Ansatz noch stärker in den Fokus zu nehmen und auch unter Umständen mehr Personal, sprich Community Health Nurses, in die Struktur aufzunehmen? Das würde mich Ihrerseits interessieren. – Haben Sie vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Frau König!

**Bettina König (SPD):** Vielen Dank erst einmal für die vorgestellten Projekte, die ich sehr interessant, spannend und auch überzeugend finde! Die Fragen wurden von meinem Kollegen schon gestellt. Mich würde in erster Linie noch einmal interessieren, was wir machen müssten, damit es in die Regelversorgung geht.

Ich habe dann aber auch noch einen anderen Gedanken, und zwar sind in Deutschland geschätzt um die 650 000 Menschen schwer an ME/CFS oder auch Long Covid erkrankt. Ein nicht ganz unerheblicher Teil dieser Menschen ist an das Haus gebunden oder bettlägerig, weil sie schwersterkrank sind. Sie bekommen derzeit nicht die medizinische Versorgung, die sie brauchen. Das ist natürlich eine Situation, die absolut unhaltbar ist, und wir wollen, dass es Verbesserungen für diese Menschen gibt. Da habe ich mir diesen Ansatz jetzt sehr interessiert angehört, weil ich glaube, dass er ein Weg wäre, die Versorgungssituation von ME/CFS-Patienten deutlich verbessern zu können – durch eine gezielte aufsuchende Beratung und medizinische Betreuung, natürlich in Absprache mit behandelnden Ärzten. An dieser Stelle würde mich interessieren, ob die KV in Berlin schon in diese Richtung gedacht hat und ob man dabei ist, vielleicht ein Modellprojekt auflegen zu können, oder ob es eine Möglichkeit wäre, hier ein Modellprojekt aufzusetzen, was idealerweise dann auch in die Regelversorgung geht, um schwerstbetroffene ME/CFS- und Long-Covid-Patienten zu Hause besser betreuen zu können.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Herr Zander!

**Christian Zander (CDU):** Vielen Dank! – Es hieß, man sollte es in die Regelversorgung übergehen lassen. Jetzt habe ich mir so ein bisschen die Frage gestellt: Was genau sollte refinanziert werden? Wir sehen jetzt durch Sie als Anzuhörende, dass wir hier drei unterschiedliche Ansätze haben: einmal angestellt über die Gemeinde, einmal an der Klinik und einmal an ein Praxisnetzwerk angedockt. Es heißt ja, man soll das eine tun und das andere nicht lassen. Oder sollte man das ganz anders aufstellen? Was wäre quasi das Zielbild? Wie sollte der Einsatz erfolgen, wenn man sagt, dass dies das Konzept ist, das in die Regelversor-

gung sollte? Ist es überhaupt eines, oder kann man sagen, dass wir alle diese drei Ansätze brauchen, die wir hier von Ihnen vorgestellt bekommen haben?

An Frau Petrasch und Frau Leyh persönlich: Zur Attraktivität der Pflege hat auch Frau Prof. Höppner gesagt, dass man die Leute im Beruf halten kann, wenn sie die Möglichkeit haben zu studieren, auch den Master zu machen. Als Sie begonnen haben, den Weg des Studiums einzuschlagen, wussten Sie dann schon ganz genau, wo es danach mit Ihnen hingehet? Das ist ja auch die Frage. Die Leute studieren nur, wenn sie wissen: Welche Perspektive habe ich? Wie kann ich mich und mein Berufsbild nachher verwirklichen? War Ihnen das ganz klar? Wie ist die Erfahrung bei Ihnen, Frau Höppner, mit denjenigen, die bei Ihnen mit dem Studium anfangen? Haben die Leute schon eine Orientierung, wo es mit ihnen hingehen kann? Denn das braucht man, und das ist ja auch das Richtige, und vor allen Dingen – das ist auch nicht unwichtig –, man macht das, um seinen eigenen Lebensunterhalt zu verdienen. Wenn ich dieses Studium mache, wie sehe ich mich danach im Unterschied zu denen, die die Ausbildung gemacht haben? Was habe ich auch für mich persönlich als Mehrwert, wenn ich dieses Studium angehe?

Frau Prof. Höppner, was glauben Sie, was wir für einen Bedarf hätten? Ich würde mich auch noch für das Konzept interessieren, das seit 2022 vorliegt, und hätte gerne noch ein paar Ausführungen, warum es da nicht weitergeht – wahrscheinlich geht es auch um Geld und Ressourcen – und was man dafür noch tun könnte, damit das auch in Berlin startet, wenn ich nur diese drei Standorte habe, wie zum Beispiel Dresden, wo man das machen könnte.

An Frau Dr. Drephal: Sie haben ein paar Zahlen dargestellt. Es sind sechs Personen, wenn ich es richtig verstanden habe, die da momentan eingesetzt sind. Ist die Zahl so, dass Sie sagen, Sie können das, was Sie damit eigentlich wollen, optimal abdecken, oder würden Sie von der Anzahl her sagen, dass wir eigentlich sehr viel mehr bräuchten, damit das Konzept besser ausgefüllt werden kann, als wir es bisher haben? Wir haben gehört, dass Frau Leyh für ungefähr 10 000 Personen zuständig ist. Wenn wir das auf Berlin übertragen würden, wären wir bei ungefähr 300 bis 400 Personen, die dann diese Aufgabe wahrnehmen. Das klingt viel, aber eigentlich auch nicht für so eine große Stadt. Das wäre im Prinzip auch machbar, aber für den anderen Ansatz vielleicht noch einmal ein bisschen anders.

An Frau Petrasch: Sie haben das Beispiel aus der Grundversorgung genannt. Sie sind von Ihrem Wissen, von Ihren Kenntnissen her eigentlich dazu befähigt, dass Sie das tun könnten, aber Sie sind rechtlich limitiert, weil Sie es nicht dürfen. Angenommen, Sie dürften alles, was Sie könnten, wie würde sich Ihr Arbeitsplatz von der Ausgestaltung her verändern? Würden Sie es dann noch genauso machen, dass Sie eher Pflegeberatung und Entlassmanagement machen, oder würden Sie das dann ganz anders strukturieren? Es ist ja auch wertvoll, denn Frau Prof. Höppner hat auch gesagt: Wenn Leute überfordert sind und eine Orientierung brauchen, ist es wichtig, dass sie jemanden haben, der sie qualifiziert lotsen kann. – Es ist aber auch doof, wenn man sich nur auf die Lotsenfunktion beschränken muss, wenn man auch derjenige sein kann, der helfen kann. Das ist dann nicht effizient. Da sind wir wieder bei dem Thema, mit dem wir begonnen haben.

Auch das, was Sie, Frau Leyh, mit den Hausbesuchen machen: Reicht es aus, was Sie gerade dürfen, oder könnten Sie auch noch sehr viel mehr machen? Was würden Sie sich da wünschen?

Noch eine letzte Frage: Man muss das Rad ja nicht immer neu erfinden. Sie haben auf einen Film hingewiesen, Frau Prof. Höppner, zur Rolle in Island. Wir haben auch in mehreren anderen europäischen Ländern schon Community Health Nurses, Physician Assistants und so weiter. Wenn Sie sich wünschen könnten, ein Konzept aus einem Land zu übernehmen, das schon besteht, welches wäre es? Wäre es Island? Was macht dieses Konzept aus? Oder wäre es ein anderes Land?

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Frau Pieroth!

**Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE):** Nur ganz kurz: Herr Dr. Ruppert! Sie erinnern sich sicher an unser Gespräch vor der Covidkrise, in dem ich Ihnen die mittlerweile vier integrierten Gesundheitszentren, dieses Landesprogramm vorgestellt habe und Sie dann gesagt haben, dass Sie das in KV-Praxen insbesondere im Ostteil der Stadt, der unterversorgt ist, entsprechend selbst gestalten und dass da dann Community Health Nurses zum Einsatz kommen. Das war, glaube ich, 2020. Jetzt kommt, wie Frau König richtig sagt, auch noch ein Krankheitsbild dazu, bei dem aufsuchende Hilfe eine ganz große Rolle spielt. Ich glaube, die Bedarfe sind klar. Darüber müssen wir nicht mehr sprechen.

In Vorbereitung dieser Ausschusssitzung haben wir mal kurz überlegt: Gibt es diesen Studiengang eigentlich in Berlin? – Gibt es nicht, ist klar, das haben alle recherchiert. Ich glaube, Frau Prof. Höppner, dass Sie uns einfach noch einmal sagen müssen – das geht jetzt hier seit fünf Jahren so –, was dieser Masterstudiengang in Berlin kosten würde. Dann tun wir hier in der Politik nach fünf Jahren nicht weiterhin so, als würden wir hier ausbilden. Herr Zander hat auch gerade richtig die Bedarfe geschildert. Das sind mehrere Hundert. Wir sprechen jetzt hier von sechs. Wir wissen alle: Deswegen integrierte Versorgung, die ich seit 2016 entsprechend begleite und verfolge, und wo leider im Haushalt auch wieder anderthalb Zentren im ersten Jahr erst einmal gestrichen werden sollen: zwei Sitze für Ärztinnen und Ärzte, Therapie, Community Health Nurses, ein Eingangsbereich, der einer breiten Bevölkerung zur Verfügung steht. Davon bin ich zutiefst überzeugt, und da würde dieses Berufsbild, wie auch Frau Leyh es für Brandenburg geschildert hat, sozialraumorientiert wunderbar hineinpassen. Ich frage alle, warum wir das nicht umsetzen.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Frau Breitenbach!

**Elke Breitenbach (LINKE):** Die Antwort lautet: Das liebe Geld. Aber nichtsdestotrotz sind manche Investitionen sinnvoll, weil man damit letztlich Geld, Nerven und Zeit spart und für die Menschen Verbesserungen herbeiführt. Das, was Sie beschrieben haben, scheint offensichtlich der Weg zu sein. Die zentrale Frage, die uns alle interessiert, ist der Weg in die Regelversorgung. Über welchen Weg soll das erfolgen? Ich finde auch in dem Zusammenhang – Herr Zander hat es schon gesagt – die drei Ansätze spannend. Was wären eigentlich jetzt die besten Ansätze? Was wären die besten Ansätze, um eines zu verhindern: Ihre Arbeit darf nicht dazu führen, dass Sie den Mangel an Ärztinnen und Ärzten kompensieren. Das darf nicht passieren, und das darf auch gar nicht erst die Hoffnung sein, sondern Sie machen eine zusätzliche Arbeit. Für mich taucht dabei neben der Frage, was der Studiengang kosten würde, immer eine Frage auf, zu der vielleicht irgendjemand etwas sagen kann: Was würde denn eine Überführung in die Regelversorgung kosten? Hat da jemand in etwa eine Hausnummer, was das für Berlin kosten würde?



Frau Leyh! Sie haben gesagt, dass Sie mit Ihrer Arbeit auch zur Chancengleichheit beitragen. Vielleicht können Sie das noch einmal ausführen und in dem Zusammenhang auch, inwieweit Ihre Arbeit dazu beiträgt, dass Menschen erreicht werden. Wir hatten eben schon die Lotsenfunktion. Die Kolleginnen haben gesagt, dass auch Menschen erreicht werden, die ansonsten allein gelassen werden, weil sie entweder die Sprache nicht können, weil sie die Zeit nicht haben, weil sie völlig überfordert sind. In dem Zusammenhang: Inwieweit trägt Ihre Arbeit eigentlich auch zur Prävention bei, oder wäre das eine Überforderung? – Ich habe jetzt Frau Leyh angesprochen, aber die Fragen sind natürlich auch an alle anderen gerichtet.

Die letzte Frage: Welches Potenzial hat diese Arbeit, um bestehende ambulante und stationäre Strukturen zu entlasten? Und für Berlin: Wir haben ein großes Netz an Beratungsstellen, wahrscheinlich mehr als in anderen Städten. Könnte man diese auch miteinander vernetzen? Die Pflegestützpunkte wurden schon genannt, aber es gibt ja auch noch weitergehende Beratungsstellen für bestimmte Zielgruppen. – Danke schön!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Jetzt haben ganz viele Abgeordnete Fragen gestellt. Deswegen würde ich gerne die Anzuhörenden einmal zu Wort kommen lassen und dann eine zweite Runde machen, wozu sich auch schon Abgeordnete gemeldet haben. Okay? – Dann kommen wir zu den Anzuhörenden, und wir starten mit Frau Dr. Höppner.

**Dr. Heidi Höppner (ASH Berlin):** Das sind ja einfache Fragen, gerade die Überführung in die Regelversorgung. Ich versuche diejenigen zu beantworten, bei denen ich mich angesprochen fühle. Ich werde Ihnen selbstverständlich das Konzept dieses Masterstudiengangs von 2022 zustellen, und da ist auch der Finanzplan dabei. Was ich sagen kann, ist, dass diese Bereiche im Vergleich zu Medizin oder anderen, etwa ingenieurwissenschaftlichen, Studiengängen relativ billig sind.

Dann möchte ich die Frage aufgreifen, inwieweit es Aussagen über Bedarfe gibt. Da stützen die Papiere des Wissenschaftsrats möglicherweise Ihre Argumente. Dort wurde 2012 in den Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen und auch 2023 in den Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe eine Zahl von 10 bis 20 Prozent studierter Gesundheitsfachberufe im Vergleich zu der Gruppe der Berufstätigen benannt. Haben Sie eine Idee, wo wir in der Pflege stehen? – Aufgrund der großen Quantität sind wir nicht einmal bei 3 Prozent, und da tut sich interessanterweise auch nicht viel. Die Argumente haben diese Gremien beim Wissenschaftsrat – ich durfte da mitarbeiten – durchdekliniert.

Lohnt es denn? Lohnt ein Studium? Wir haben eine deutliche Evidenz, Beweise dafür – und das ist jetzt problematisch, weil man es dann auch politisch anders nutzen könnte –, dass es lohnt, mit akademisch ausgebildeten Pflegekräften auf eine Station zu gehen. Andernfalls droht eine längere Krankenhausverweildauer und auch eher ein Versterben. Das sagt die Statistik. Es lohnt, hochqualifizierte Fachkräfte im Feld zu haben.

Zu den rechtlichen Rahmenbedingungen: Ich bin keine Juristin, aber da tut sich die Gesetzgebung sehr schwer, die Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe zu ermöglichen, also von der Kompetenz in die Performanz. Da geht es im Bereich der Pflege immer wieder um die eigenständige Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten.

Zu den Doppelstrukturen: Wir brauchen alle gut Ausgebildeten. Ich bin selbst Pflegende einer 95-jährigen Mutter. Wenn wir im Altenheim Besuche machen, dann haben wir Probleme, jemand Deutschsprachigen zu finden. Aber ansonsten wäre da keiner. Das muss man wirklich sagen. Wir bauen auf gute ausländische Kolleginnen und Kollegen. Was ich auch insbesondere für den Bereich der Physiotherapie sagen kann: Sie schauen sich das hier an, und ich glaube, wir sind manchmal noch im Dornröschenschlaf, was wir meinen, wie toll es ist, nach Deutschland zu kommen. In ihren Herkunftsländern haben sie ganz andere Tätigkeiten gemacht und sind relativ schnell weg, und zwar nicht nur aufgrund der schweren deutschen Sprache, sondern sie hatten nicht darauf gesetzt, noch einmal ganz bei null anzufangen.

Ich möchte nur auf das antworten, worauf ich konkret angesprochen wurde. Ein wichtiger Punkt scheint mir die Gruppe der pflegenden Angehörigen zu sein und die zentrale Rolle, die eine Community Health Nurse hat, um mitzubekommen, wo möglicherweise diese letzten sozialen Systeme zusammenbrechen und sich jemand überfordert. Dann ist vielleicht nicht mehr nur der zu Pflegende im Fokus, sondern tatsächlich auch die pflegenden Angehörigen, und da sehe ich die Community Health Nurse als eine zentrale Stelle, die rechtzeitig sagt: Hier ist einfach einmal etwas anderes angesagt, auch für die pflegenden Angehörigen.

Zielbild und Orientierung habe ich mir aufgeschrieben, Herr Zander: Die Studierenden, die ich kenne, wollen mehr verstehen und ihre Kompetenzen mehr einbringen. Ich kenne die Argumente alle: Warum braucht eine Physiotherapeutin fürs Treppensteigen im Krankenhaus einen akademischen Abschluss? Sie wollen nicht aus ihrem Beruf herausgehen, sie wollen eine neue Selbstwirksamkeit erfahren und sich einbringen. Das gelingt interessanterweise auch relativ schnell, und die Preise, die gerade diese berufserfahrenen Studierenden bekommen, geben uns da recht.

Der Weg in die Regelversorgung: Vielleicht können wir da mal Herrn Hecken mit seinem Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss fragen, dort sind sie nämlich auch nicht weiter. Von all den Projekten des Innovationsfonds hat es noch keines in den letzten zehn Jahren in die Regelversorgung geschafft, und da ist sicherlich auch noch einmal dringend ein anderes Forum nötig. Warum kommen eigentlich gute Ideen, warum kommen Innovationen nicht ins Feld, oder – wie ein Kollege sagte – warum kommen die PS nicht auf die Straße? Wir bilden aus, das ist richtig, und wir tragen auch eine Verantwortung für diejenigen, die wir nicht einfach nur Just for Fun irgendwie ausbilden. Deshalb sitze ich hier, weil ich auch Wege bereiten will.

Das ist das große Problem in Deutschland: Die Bildung und die Versorgung arbeiten zu wenig zusammen. Das sind unterschiedliche Ressorts – nicht hier –, jeder hat seine Logik, und das müssen wir viel mehr verschränken bei dem Thema: Wen braucht die Versorgung konkret? Woher bekommen wir sie? Was wiederum kann die Versorgung tun, um auch die Integration der anders Qualifizierten zu ermöglichen, um sie nicht im Feld einzunorden, denn Sie wissen: Es braucht eine kritische Masse, damit sich im Feld überhaupt etwas verändert, und wenn wir insbesondere junge Leute an den Hochschulen haben, wollen sie doch dazugehören. Sie sind Anfänger, und wir müssen aufpassen, dass wir sie nicht aus dem Feld vertreiben, weil wir sie einnorden und sagen: Das gibt es nicht, was du hier machst. – Denn wir brauchen sie ganz dringend.

Letzter Punkt, das Potenzial für die Vernetzung: Ja, natürlich dringend. Es ist dringend notwendig, vor Ort zu schauen. Auf die erste Frage, wie man eigentlich in Berlin vorgehen könnte, möchte ich antworten: Ich würde es dort auf die bezirkliche Ebene geben, weil dort die Akteure die meiste Erfahrung haben. Da gibt es vielleicht auch schon Strukturen, und vor allen Dingen kennen Sie alle, die man mit an den Tisch holen sollte, einschließlich der Community Health Nurse. – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Dann kommen wir wieder zur KV. Starten wir wieder mit Frau Drephal? – Sie haben das Wort!

**Dr. Franziska Drephal** (KV Berlin) [zugeschaltet]: Vielen Dank! – Ich möchte vorwegnehmen, dass ich hier weitermachen muss und meine Sprechstunde weitergeht. Ich finde es aber großartig, dass sie dem Thema einen so großen Raum geben und so viele Experten eingeladen haben. – Ich würde gerne auf die Frage von Herrn Zander antworten: Unsere Schwestern sind noch nicht vollständig ausgelastet, weil sie vielleicht eine nicht ganz so umfangreiche Tätigkeit wie Frau Leyh haben, mit Ausschusssitzungen und so weiter, dafür arbeiten sie mehr medizinisch, denn das ermöglichen wir ihnen in unserer Projektarbeit. Sie können Wunden verbinden, sie können mit medizinisch versorgen, soweit es geht, aber meist wird das natürlich

an Pflegedienste weitergeleitet. Wir haben auch Blutdruckeinstellungen, wir haben palliative Versorgung. Das alles kann medizinisch stattfinden. Das macht es auch so reizvoll.

Wenn wir noch einmal auf die Zahlen zurückkommen: Bei uns nehmen pro Netz ungefähr 20 bis 25 Praxen teil. Wenn wir bei den größeren Praxen hier im Ostteil im Durchschnitt von 1 000 Fällen ausgehen, dann kommen auf die Kiezschwester ungefähr 25 000 Einwohner, und das ist in dem Feld hier gut machbar. Das haben wir auch als Rückkoppelung von den Kiezschwestern. Wir haben natürlich auch das Feedback der Kiezschwestern eingeholt, und sie haben eine ganz hohe Arbeitszufriedenheit, weil sie so viel Wertschätzung erfahren, weil sie sehen, wie groß der Bedarf ist und vor allem auch die Dankbarkeit der Patienten, die so etwas noch nicht wahrnehmen konnten und auch noch nicht erlebt haben, dass ihnen so geholfen wird mit diesen individuellen Falllösungen.

Die Vernetzung der Pflegestützpunkte, das ist mir noch ein Anliegen, ist ganz wichtig. Das ist eigentlich eine Grundarbeit, die unsere Kiezschwester leisten, auch mit dem Entlassmanagement an den entsprechenden Krankenhäusern. Ich denke, Frau Petrasch kennt unsere Kiezschwester in Treptow-Köpenick. Wir sind mit den großen Häusern hier verbunden, und auch mit „Leben im Kiez“ beispielsweise. Wir sind in allen Strukturen hier vernetzt, und das ist uns auch ganz wichtig.

Die Regelversorgung ist unser Ziel, denn sie soll entlasten. Wir sehen in der zunehmenden Versorgung, dass wir ärztlich mit so vielen Aufgaben überlastet werden, die eigentlich nicht mehr rein ärztlich sind, sondern genau durch solche pflegeprofessionellen Berufe wunderbar erledigt werden können, und manchmal noch viel individueller mit sehr viel mehr Zeit. Das ist das Entscheidende, dass die Versorgung durch diese ergänzenden Strukturen in ihrer Qualität aufrechterhalten wird. – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Herr Ruppert!

**Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin):** In Ergänzung dazu vielleicht noch: Natürlich ist das auch eine politische Frage, die hier diskutiert werden muss. Die Frage ist eben: Delegation versus Substitution. Das ist dieses alte Problem, mit dem wir es immer wieder zu tun haben. Ich glaube einfach, dass wir in Zukunft aufgrund der demografischen Entwicklung sowohl, was die Ärzteschaft als auch die Bevölkerung betrifft, gar nicht mehr um solche Lösungen herumkommen werden, so etwas, was wir heute hier diskutieren. In Zukunft muss das Regelversorgung werden. In welcher Form das dann zur Regelversorgung wird, das bleibt noch dahingestellt. Es ist schwierig, eine sektorübergreifende Versorgung zwischen ambulanter Versorgung und Pflege darzustellen. Aber ich denke, dass wir hier wirklich zum Erfolg verdammt sind. Wir müssen das hinbekommen, dass das in Zukunft gesetzeskonform wird, dass es im Gesetz Einzug hält, und das wird wahrscheinlich vor allen Dingen auf der Bundesebene passieren müssen, weil es im Rahmen des SGB V beziehungsweise des SGB XI zu klären ist.

Frau Breitenbach! Sie haben das, glaube ich, angesprochen: Keine Kompensation von Ärztemangel. – Genauso sehe ich das auch. Wir haben Ärztemangel, gerade im Ostteil der Stadt. In den drei östlichen Bezirken Treptow-Köpenick, Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf fehlen 130 Hausärzte. Das sind 130 000 Menschen, wenn Sie pro Arztpraxis 1 000 Patienten rechnen, die quasi keine ausreichende hausärztliche Versorgung haben. Hier ist es natürlich unbedingt erforderlich, die medizinischen Ressourcen, die dort Mangelware sind, möglichst effi-

zient nutzen zu können, und da wären und sind solche Strukturen gerade angebracht. Trotzdem soll es nicht arztsetzend sein, sondern im Sinne der Delegation gesehen werden.

Frau Pieroth! Sie haben das Thema der integrierten Gesundheitszentren angesprochen. Wir haben tatsächlich im Rahmen der KV Praxis Berlin GmbH darüber nachgedacht. Das Problem ist, dass wir noch im Aufbauprozess sind. Sie wissen, dass wir mittlerweile vier KV Praxen im Rahmen der KV Praxis Berlin GmbH aufgebaut haben. Wir wollen bis Ende 2028 insgesamt acht bis zehn aufgebaut haben, und wir sind da eben noch im Aufbauprozess. Das geht nicht alles auf einmal, sondern eins nach dem anderen. Was wir uns durchaus vorstellen könnten, ist, auch dort die Zusammenarbeit mit den Kiezschestern umzusetzen, ähnlich wie im AGBAN-Projekt, das wir Ihnen gerade vorgestellt haben.

Lassen Sie mich noch einen Appell in Richtung Projekte und Projektitis richten: Frau Höppner hat gerade erwähnt, dass im Bereich des Innovationsfonds tatsächlich bisher kein Projekt erfolgreich umgesetzt worden ist. Da muss man schon einmal die Frage stellen: Woran liegt das eigentlich? Insofern ist mein Appell: Um von dieser Projektitis wegzukommen, müssen wir hin zur Regelversorgung. Es ist zwar sehr schön, dass wir das machen, und es ist auch ganz toll, dass wir dafür 1,7 Millionen Euro ausgeben, aber eigentlich ist das nicht die Zukunft. Die Zukunft muss ähnlich sein, wie es damals beim Berliner Projekt war. Ich möchte daran noch einmal erinnern: Es lief, glaube ich, fast 20 Jahre oder sogar etwas über 20 Jahre, und am Ende ist es von der Realität über § 119 b eingeholt worden. So sollte das hier auch sein. Wir müssen daran arbeiten. Es wird auf der Bundesebene besonders wichtig sein, denke ich, an diesen Dingen weiterzuarbeiten.

Es gab noch eine Frage zu ME/CFS. Frau König! Sie wissen, dass wir in dem Bereich unterwegs sind, dass wir auch zusammen mit dem Senat versuchen, hier ein Projekt auf die Beine zu stellen, aufsuchende Hilfe durch Ärzte aufzubauen. Wir sind noch in der Projektaufbauphase, aber wir sind dran. Gute Dinge brauchen manchmal ein bisschen länger. – Danke!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank, Herr Dr. Ruppert! – Frau Dr. Drephal! Vielen Dank, dass Sie sich heute die Zeit genommen haben! Wir haben schon gehört, dass Sie eine lange Schlange vor der Praxis haben. Diese Leute wollen wir natürlich nicht länger warten lassen. Deswegen alles Gute Ihnen und eine schöne Woche! – Dann kommen wir zu Frau Petrasch.

**Tahnee Leyh** (DRK Kreisverband Fläming-Spreewald): Ich starte, und Frau Petrasch ergänzt. – Frau Gebel! Sie haben gefragt, was Sie auf Landesebene und beim Landesrecht tun können, wo man andocken kann. Ich weiß gar nicht, ob es überhaupt schon so ein ausformuliertes Landespflegegesetz gibt, in dem der Pflegeprozess abgebildet ist. Das heißt: Wo funktioniert die Bedarfserhebung? Das ist die Schnittstelle zur kommunalen Pflegebedarfserhebung und kommunalen Pflegestrukturplanung. Da darf eben nicht nur passieren, dass hier ein Pflegeheim eröffnet wird und da das nächste. Da muss auch passieren: Was sind die häufigsten Diagnosen in diesem Kiez, diesem Stadtteil oder dieser Kommune? Wie können wir auf diese häufigen Diagnosen reagieren? Was wird in den Praxen als Behandlung abgerechnet? Was können wir dem aber auch präventiv gegenüberstellen, und wie können wir in diesem Landespflegegesetz den Pflegeprozess verankern?

Die Bedarfserhebung habe ich gerade erklärt: Maßnahmenplanung und -umsetzung, und das in den Händen von Pflegefachpersonen und bestenfalls von akademisierten Pflegefachpersonen.

Die Frage kam häufig: Natürlich brauchen wir die Bundesgesetzgebung. Wir hatten mit dem Pflegekompetenzgesetz und dem APN-Gesetz gute Ideen. Die sind wieder weg. Wir haben jetzt das ein bisschen sperrige und sehr ausgedünnte Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege. Da steht vielleicht noch ein Viertel von dem drin, was wir uns als Pflegeprofession erhofft hatten, um uns genau das, was wir diskutiert haben, zu übertragen. Was können wir heilkundlich noch selbst ausüben? In welchem SGB-Bereich ist das umsetzbar? Wie organisieren wir uns auch als Pflegeprofession? Mit welcher Qualifikationsstufe können wir denn was in der Gesundheitsversorgung tun?

Zu den School Nurses: Auch ich wurde schon in unserer Kommune gefragt: Tahnee, kannst du nicht auch in die Schule kommen? – Das könnte ich machen, wenn ich nicht schon für 9 800 Menschen zuständig wäre, und natürlich gehören dazu auch Familien und Kinder. Ich glaube, wenn wir diesen Schlüssel von Pflegefachpersonen oder Community Health Nurses – CHN – zu Bürgerinnen und Bürgern ein bisschen absenken könnten, dann würde das gut funktionieren. Ich würde bewusst dort keine School Health Nurses hinsetzen, und das zählt mit zu der Beantwortung der Frage zum Altenhilfestrukturegesetz. Wir haben eine generalistische Ausbildung, das heißt, wir wollen, dass eine Person für alle Lebensbereiche zuständig ist. Warum denken wir das jetzt wieder rückwärts und machen dort Altenhilfe und dort Kinderkrankenpflege? Warum bilden wir nicht Leute so gut akademisch aus, dass sie für alle Bereiche einsetzbar wären? Dann könnten wir uns 98 Beratungsstellen sparen. Dann bräuchten wir vielleicht nicht noch einmal schauen, wer hier School Nurse werden und da noch einmal eine x-te Weiterbildung machen könnte, sondern wir haben hier akademisierte Fachkräfte, die sowohl in der Schule als auch in der Altenhilfe als auch in der Kommune eingesetzt werden können. Das ist meine Antwort darauf. Wir hatten auch im Master ausgebildete Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, die dann den CHN-Master gemacht haben. Wir sind also als Experten da, weil wir nach sechs Jahren Studium, ähnlich wie die Fachärzte, ein sehr weites Spektrum haben.

Kriseneinsatz, Krisen, Katastrophen: Ich habe vorhin schon gesagt, dass wir einer der größten Gesundheitsfachberufe sind. Warum nutzt man nicht unsere Expertise auch im Zivil- und Katastrophenschutz? Wie können wir uns da organisieren? Wie können wir uns auch dementsprechend ausbilden? Ich bekomme jetzt mithilfe der Stadt im Herbst die Weiterbildung zur Disaster Nurse dazugebucht, weil ich die erste Ansprechperson bin. Ich kenne alle Pflegedienste. Ich kenne alle Haus- und Facharztpraxen. Ich kenne das Klinikum, und ich bin der Dreh- und Angelpunkt in den Ortsteilen von allen Bürgerinnen und Bürgern. Wenn wir eine Flutkatastrophe haben, weil der Spreewald überschwemmt ist, kann ich sagen: Okay, geht vielleicht zuerst jemanden aus diesem Haus retten –, weil wir am dichtesten an den Menschen dran sind. Katastrophenschutz ist also auch auf diesem Gebiet mitangedockt.

Zu Herrn Ubbelohde: Sie haben etwas zur Übertragbarkeit auf Berlin gesagt, Scope of Practice. Reicht denn die Kiezschwester aus, oder müssen wir akademisieren? – Ich glaube, der Tatsache, dass Menschen älter werden, dass man im Alter einfach komplexe Krankheiten sammeln kann, und der Chronizität müssen wir mit Expertise begegnen. Ich kann sagen, dass ich nach drei Jahren Ausbildung nicht das gekonnt hätte, was ich jetzt mit dieser Expertise

nach sechs Jahren Studium und Berufserfahrung kann. Ich könnte mich als Gesundheits- und Krankenpflegerin nicht hier in Ihren Ausschuss setzen und so argumentieren, wie ich es gerade mache. Ich könnte nicht in einem Sozialausschuss sagen: Achtung, hier im Ortsteil XY brauche ich das und das. Ich könnte nicht auf Augenhöhe mit Entscheidungsträgern sprechen und nicht so komplexe Fälle, wie wir sie in den Häuslichkeiten haben, alleine managen, wie ich es jetzt kann. Das heißt, wir müssen über Delegation hinauskommen, Expertise schaffen, und dazu muss man mehr machen als eine Ausbildung. Das denke ich schon.

Wird der Arztberuf ausgehöhlt? – Nein. Es kommt immer die Frage: Kompensieren wir den Mangel an Ärzten, ja oder nein? Und dann wird immer gesagt: Nein, auf gar keinen Fall. Warum eigentlich nicht? – Natürlich sind wir unterstützend da und arbeiten auf Augenhöhe zusammen und kompensieren sicherlich auch einen Part von der Arbeit, die in den Praxen gar nicht mehr geschafft werden kann. Ich habe schon mit verschiedenen ärztlichen Kollegen zusammengesessen, und wir haben gesagt: Vielleicht müssen wir uns den EBM-Katalog ansehen und schauen: Wer macht denn was? Wer kann in den Praxen noch etwas machen? Was schaffen die ärztlichen Kollegen aus Zeitgründen gar nicht mehr? Wofür sind wir mit unserer Pflegeexpertise eigentlich ausgebildet, um das aus den Praxen herauszuhalten? Natürlich können wir den Arztberuf ergänzen und ein Stück weit auch kompensieren. Wenn man sich im Ausland, im angloamerikanischen Raum – wo es diesen Beruf übrigens schon seit mindestens hundert Jahren gibt – anschaut, wie dieser Beruf dort entstanden ist: aus genau dieser Problematik, dass ärztliche Kollegen einfach nicht mehr ausreichend da waren und Pflegeexpertise dementsprechend aufgebaut wurde.

Wie vermeiden wir Doppelstrukturen? – Das habe ich gerade schon gesagt: Ich glaube, Expertise in einer Person macht mehr Sinn als fünf verschiedene Sektorenberatungsstellen und Co. Ja, das bedeutet, dass dann das eine oder andere wegfallen würde und geschlossen wird und wir uns einfach systemisch umgewöhnen müssen. Ich glaube aber, dass das die Antwort auf ein komplexer werdendes Gesundheitssystem ist.

Gehen wir weg vom Bett? Gehen wir nur ins Management? Warum studieren so viele? – Wir gehen nicht weg vom Bett. Wir sehen jeden Tag Patientinnen und Patienten, arbeiten jeden Tag mit normalen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern, Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern auf Augenhöhe in einem Team zusammen. Die einen wollen den Pflegeprozess steuern und komplexe Fälle behandeln, und die anderen wollen natürlich alles, was daneben noch gemacht werden muss, machen. Wir sind alle am Patienten. Wir nehmen niemandem etwas weg. Es braucht einfach verschiedene Qualifikationen. Wenn wir uns in den ärztlichen Bereichen umschaun, kommt auch niemand darauf, dass wir nur Assistenzärzte brauchen und keine Oberärzte. Auch dort schauen die Oberärzte noch einmal auf die komplexen Fälle. Warum ist das in der Pflege nicht so und wird dermaßen verteuert?

Zu ME/CFS: Frau König! Ich glaube, Sie sind in Berlin durch die Ambulanzen tatsächlich schon gut aufgestellt. Sie haben in den Unikliniken, soweit ich weiß, gute Ambulanzen. Sogar ich schicke meine Patienten dort hin, weil wir in Brandenburg noch ein bisschen langsamer sind. Auf jeden Fall sind diese Fälle – ich habe diese Patienten zu Hause mehrfach – etwas für uns, weil es einen Blick aus allen Perspektiven braucht: Ich brauche eine Gesundheitsberatung. Wie komme ich denn in meinem Alltag mit dieser Erkrankung klar? Was bedeutet das? Muss ich vielleicht einen Pflegedienst dazuholen? Brauche ich vielleicht eine Folgeverordnung, weil es die Person nicht schafft, zum x-ten Mal im Quartal zum Arzt zu gehen? Brauche

ich vielleicht doch noch eine Beratungsstelle, oder müssen wir doch noch einmal einen Arzttermin vereinbaren? – Ja, dafür sind wir auch ausgebildet.

Herr Zander! Sie haben gefragt, was von unserer Arbeit in die Regelversorgung sollte. Ich glaube, die Frage hat sich schon fast beantwortet. Wir würden gerne Pflegeexpertise in die Regelversorgung bekommen, an den richtigen Stellen angedockt. Dafür brauchen wir aber Leistungsrechte, das heißt, SGB V, SGB XI und vielleicht noch ein anderes SGB aufzudröseln. Wie können wir da unsere Aufgabenbereiche abbilden? Was würde ich gerne übernehmen? Was würde ich gerne aus der Delegation hinein in die Substitution holen, dass ich eben nicht immer bei den MFAs um das 900. Rezept betteln muss? – Ich würde gerne Bagatellerkrankungen versorgen. Nicht jeder Schnupfen muss in die Arztpraxis. Ich würde gerne die Wundversorgung organisieren, koordinieren und auch rezeptieren können, damit ich eben nicht für jedes Verbandsmaterial den hausärztlichen Kollegen anrufen muss. Ich würde gerne Folge Rezepte von einfachen Medikamenten, gerade bei Chronikern, weiterverordnen dürfen. Wir würden gerne häusliche Krankenpflege, unseren Berufsbereich, verordnen und nicht die Verordnung beim ärztlichen Kollegen holen, um dann zu sagen: Achtung! Wir brauchen hier Pflegende.

Ich würde gerne Demenz-, Schmerz- und Palliativversorgung, Ernährung, Diabetes, also alles, was mit Volkserkrankungen zu tun hat, mehr mitregeln und das aus den Praxen herausholen können und in die Hände der Pflegeexpertise geben. Genauso würde ich mir gerne Heil- und Hilfsmittelverordnungen mit den ärztlichen Kollegen aufteilen, denn die Therapieberufe wissen selbst am besten, was die Patienten brauchen. Warum muss ein ärztlicher Kollege Ergotherapie verordnen, wenn die Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten besser wissen, was der Patient zur Genesung braucht?

Inwiefern trage ich zur Chancengleichheit bei? – Sie haben es auch schon mitbekommen: Migration, Familien mit Kindern, alleinerziehende Mütter, das sind alles blinde Flecken in unserer Versorgungslandschaft, genauso wie psychiatrische Erkrankungen. Das sind alles Fälle, die in zehn Minuten Sprechstunde in Hausarztpraxen nicht Anklang finden, weil es etwas Sozialmedizinisches ist. Das ist mein täglich Brot, und egal wo angedockt. Egal, ob ÖGD, Klinik oder Kommune, die Fälle sind da. Wir müssen nur entscheiden: Wo sollen denn die CHNs sitzen?

Was ist davon Prävention? – Prävention ist immer so ein großes schwammiges Wort, und wir trennen immer gerne Medizin und Pflege voneinander. Aber wenn wir uns ansehen, was Pflegefälle sind, dann steht immer eine Erkrankung davor. Keiner wird ad hoc von heute auf morgen pflegebedürftig. Das passiert, wenn Menschen alt werden, ja, aber im Alter wird man eben auch kränker, und wenn ich krank bin und mich nicht mehr selbst versorgen kann, dann entsteht erst eine Pflegebedürftigkeit. Es ist also doch mein Ansinnen zu schauen: Wie kann ich die Erkrankung bremsen? Wie kann ich so viel Gesundheitsbildung in der Gesellschaft erzeugen, dass vielleicht Volkserkrankungen gar nicht bis aufs Letzte erworben werden und dann in der Praxis ausgebadet werden müssen? Das ist Prävention. Das heißt, ich kann mich zu Hause hinsetzen und erklären: Was ist denn Bluthochdruck? Wie kann ich dem denn vorbeugen? Wie kann ich schauen, dass ich nicht noch mehr Medikamente nehmen muss, sondern Lebensstilanpassungen mache?



Das ist ein Alleinstellungsmerkmal unserer Berufsgruppe. Entgegen der Beratungsstellen, wo man hinget, einen Flyer in die Hand gedrückt bekommt und wieder geht, sind wir von Anfang bis Ende bei diesen Hausbesuchen dabei. Ich bin von Tag X da, und erst, wenn ich nach einem Jahr oder nach einer Woche, denn ich habe ganz verschiedene Fälle, weiß: Okay, ich habe hier alles geregelt, Hilfe zur Selbsthilfe, die Familie weiß Bescheid –, dann bin ich wieder raus. Aber immer, wenn etwas ist, bin ich die Andockstation für diese Familien, dass sie immer wieder kommen und wir noch einmal schauen können: Müssen wir hier noch einmal einen anderen Schal stricken, hat das, was in der Praxis, in der Beratungsstelle, mit mir besprochen wurde, Anklang gefunden, oder brauchen wir doch noch irgendetwas anderes?

Welches Potenzial hat das für den ambulanten Sektor? – Das ist, glaube ich, auch selbsterklärend. Wir sind die Schnittstelle zwischen allem. Wir schreien immer nach Ambulantisierung. Wir können aber nur ambulantisieren, wenn wir dazu auffangende Netzwerke schaffen. Ich glaube, da sind wir CHNs eigentlich gute Ansprechpersonen, weil wir dieses Netzwerk, das draußen im ambulanten Bereich ist, koordinieren, aber auch gleich selbst Menschen versorgen könnten, wenn wir denn dürften.

**Marie-Christin Petrasch** (DRK Kliniken Berlin Köpenick): Ich hoffe, wir haben noch ein bisschen Zeit für ein paar Ergänzungen. – Noch einmal zu dem Punkt der Akademisierung: Wir sehen es in anderen europäischen Ländern, in denen die Akademisierung in der Pflege schon längst Einzug gehalten hat. Dort gibt es auch einen Mangel an Pflegefachpersonen, aber das Problem ist nicht die Akademisierung, sondern die Rahmenbedingungen in der Pflege, also nicht die Akademisierung ist der Grund, warum weniger Personen diesen Beruf ergreifen, sondern es sind die Rahmenbedingungen, die es immer herausfordernder machen, Familie und Beruf unter einen Hut zu bekommen.

In Bezug auf den Stromausfall war es so, dass wir diese Veranstaltung mit dem Katastrophenschutzbeauftragten vorwiegend in Köpenick gemacht haben, das heißt, Treptower waren relativ wenig da. Dadurch, dass der Stromausfall in Treptow war, waren wir in Köpenick nicht so ganz tangiert. Es ist jetzt aber geplant, das Thema in dem Seniorenmagazin in Treptow-Köpenick noch einmal aufzugreifen, und da habe ich auch Zuarbeiten gemacht. Was müssen Angehörige beachten? Wie bereite ich mich vor, wenn ich gesundheitliche Beeinträchtigungen habe? Es ist ja ein Klassiker, dass man zum Beispiel zu seiner Arztpraxis gehen wollte, aber keine Medikamente mehr ausgestellt bekommen hat, weil wegen des Stromausfalls nichts funktioniert hat.

Oder wir wissen tatsächlich auch nicht: Wo sind Menschen, die sich nicht allein versorgen können und die auch nicht allein aus ihrer Wohnung kommen? Auch da dieser klassische Fall: Ich habe zu Hause ein Beatmungsgerät oder bin auf andere medizinische Geräte angewiesen, für die Strom benötigt wird. Woher wissen wir denn, wo diese Leute sitzen? Da ist es auch sehr wichtig – und das ist auch so ein bisschen der Beitrag, den wir momentan über die Angehörigen leisten –, darüber zu informieren: Was gibt es denn eigentlich? Wie kann ich selbst vorsorgen? Was ganz viele nicht kennen, ist das Notfallregister.eu, auf das auch unser Katastrophenschutzbeauftragter zugreifen und in dem man sich selbst registrieren kann, wenn man gesundheitliche Beeinträchtigungen hat und aus seiner Wohnung nicht mehr herauskommt. Denn wir wissen nicht, wo diese Menschen sind.

Noch einmal zu den School Nurses: Auch dazu gab es bundesweit schon einige Projekte, und auch da gab es wieder die Problematik der Projektitis. Die Fördergelder sind ausgefallen, und diese wichtigen Rollen der School Nurses sind dann wieder weggefallen. Ich war vor einiger Zeit an der Alice Salomon Hochschule und habe dort ein bisschen zum Unterricht im Bereich Community Health beigetragen. Ich hatte eine Studienkohorte vor mir, die sehr international war, und sie sind fast vom Stuhl gefallen, als sie gehört haben, dass wir keine School Nurses in den Schulen haben. Sie haben mich angeschaut und gefragt: Wer macht denn bei euch die Gesundheitsbildung? Wie können Schülerinnen und Schüler bei den ganz wichtigen Themen Gesundheit und Erwachsenwerden denn überhaupt Informationen bekommen? Da merkt man auch, dass es international ganz andere Standards gibt.

Was mir auch noch so ein bisschen fehlt: In der Diskussion wurden Kiezschwester und Community Health Nurses sehr zusammengemischt. Das muss man ein bisschen separieren. Noch einmal ein kleiner Hinweis: Wir sind keine Schwestern mehr. Dieser Begriff ist veraltet. Wir haben mit der Berufserweiterung und Budgetierung in der Pflege auch noch einmal eine Anpassung, dass wir jetzt als Pflegefachperson, Pflegefachfrau, Pflegefachmann bezeichnet werden und nicht mehr als Krankenschwestern. Oftmals heißt es auch: Community Health Nurse, das kann doch kein älterer Mensch aussprechen. – Diese Erfahrung habe ich nicht gemacht. Ich werde ganz häufig gerade von der älteren Bevölkerung angesprochen mit: Sie sind doch unsere Community Health Nurse. Ich hätte hier jemanden. Können Sie sich vielleicht einmal mit der Person hinsetzen und sprechen? – Natürlich gibt es einige Ü 85, die es vielleicht nicht schaffen, sich Community Health Nurse zu merken. Aber sie merken sich, dass ich da bin, um die Gesundheitsversorgung mitzugestalten, dass ich ein Ansprechpartner bin – und das ist ein ganz wichtiger Aspekt, den wir nicht vergessen dürfen.

Zu der Frage: Was können wir eigentlich schon machen? – Wir haben supergute Paradebeispiele in Berlin, zum Beispiel das Primärversorgungszentrum in Neukölln, das Gesundheitskollektiv – Geko –, wo auch schon Community Health Nurses – leider auch im Rahmen eines Innovationsfondsprojekts – tätig sind und diese Rolle ausführen. Das sind gute Möglichkeiten für die Bevölkerung, weil sie weiß: Hey, da kann ich hingehen, da werde ich mit meinem Gesundheitsproblem erst einmal aufgefangen und werde dann auch tatsächlich gesundheitlich sehr gut versorgt. – Die Problematik ist, dass wir so viele Beratungsstellen haben, dass man eigentlich in diesem Dschungel nicht durchsieht und selbst wir Professionellen in Berlin oftmals die Problematik haben, dass wir gar nicht wissen: Was bietet die Stelle noch an? Ach so, die Stelle gibt es auch noch. Selbst für uns Professionelle kann es schwierig sein, sich durch diesen Dschungel zu navigieren. Wie soll das jemand schaffen, der gesundheitliche Beeinträchtigungen hat oder vielleicht pflegende An- und Zugehörige, die in der Versorgung sowieso kein Land mehr sehen und froh sind, wenn sie überhaupt jemanden finden, der sie dann entsprechend durch das System navigiert?

In Bezug auf die Delegation und die Kiezschwester: Die Kiezschwester sind vorwiegend da, um Case-Management zu machen. Bei den Ausbildungen ist es auch ein bisschen unterschiedlich. Es sind teilweise medizinische Fachangestellte, das heißt, laut Pflegeberufegesetz dürfen sie auch keine Pflegeprozesssteuerung machen. Teilweise sind es aber auch pflegerische Kollegen. Bei uns Community Health Nurses ist es schon so, wie Frau Leyh gesagt hat: Wir sind tatsächlich aus dem Pflegeberuf. Wir haben die pflegerische Ausbildung absolviert. Wir haben einen Bachelor gemacht. Wir haben einen Master gemacht. Wir haben extrem viele Qualifikationen mitgenommen. Wir haben extrem viel Wissen, extrem viele Kompetenzen

erworben, auch in der klinischen Versorgung, und dürfen diese dann nicht ausführen. Ich kann verstehen, wenn man sagen möchte: Okay, bei einem gewissen Qualifikationsniveau möchte ich noch einen Blick drauf haben. – Dort ist es besser, die Delegation zu haben, aber es muss auch Perspektiven für jene wie uns geben, die sich weiterqualifizieren, die mehr Wissen erworben und auch Prüfungen abgelegt haben, dass wir dann auch selbstständig agieren können.

Damit komme ich noch einmal auf das Fallbeispiel zurück. Frau Leyh hat das in Bezug auf die Wundversorgung schon angesprochen. Gerade bei diesem Fallbeispiel wäre es wichtig gewesen, dass ich schon hätte sagen können: Sie brauchen einen ambulanten Pflegedienst, der Ihnen hilft, zu wickeln und die Beine entsprechend zu versorgen. – Denn mit „Ich zeige Ihnen mal ganz schnell, wie man mit einer elastischen Binde ein Bein wickelt“, schafft der Angehörige das nicht allein. Es geht also darum, dass wir nicht nur das Wissen haben, sondern auch selbst verordnen dürfen, welche Produkte in dieser Wundversorgung tatsächlich relevant sind. So war es so, dass er schon zum dritten Mal zu seinem Hausarzt musste, um dann auch für sich selbst eine Advokatenfunktion einzunehmen und zu sagen, was er alles braucht – was er aber nicht gewusst hätte, wenn ich nicht dagewesen wäre und gesagt hätte: Das und das ist in der Versorgung auf jeden Fall notwendig.

Das Thema Zusammenarbeit ist seltener ein Problem im Gesundheits- und Sozialbereich, als man manchmal denkt. Auch ich bekomme regelmäßig Patienten vom Pflegestützpunkt. Das heißt nicht, dass wir gegeneinander arbeiten, sondern dass wir miteinander arbeiten, und wir wissen auch, wo bei dem anderen die Kompetenzen sind. Wann geht es zum Beispiel vor allem darum, den Angehörigen praktische Tätigkeiten mitzugeben und sie anzuleiten? Wir wissen, dass bei den Pflegestützpunkten relativ wenig Pflegefachpersonen sitzen. Auch das IGES-Gutachten zeigt immer wieder, dass dort vor allem Sozialarbeiter oder auch Kolleginnen und Kollegen aus den Kranken- und Pflegekassen sitzen. Das sind alles Kolleginnen und Kollegen, die den Angehörigen dieses praktische Ausführen von Pflegetätigkeiten gar nicht vermitteln können, weil das gar nicht deren Kompetenz ist.

Zum Abschluss noch einmal das Plädoyer: Wir sind da. Wir kennen die Wege. Wir müssen nur den Mut haben, diese Wege auch zu gehen. Wir haben jetzt einzelne Träger, die den Mut haben, Stellen zu schaffen und diese Pionierrolle auszuüben, aber dabei kann es nicht bleiben. Wir brauchen ganz klar ein Berufs- und Leistungsrecht und auch Möglichkeiten, wie wir das alles finanzieren.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank!

**Tahnee Leyh** (DRK Kreisverband Fläming-Spreewald): Vielleicht noch eine Sache.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Aber natürlich, Frau Leyh, gerne!

**Tahnee Leyh** (DRK Kreisverband Fläming-Spreewald): Danke! – Noch eine Sache, weil vorhin die Frage kam: Kämpft ihr denn erst einmal gegen Windmühlen? – Natürlich haben alle Angst, wenn wieder etwas Neues im System ist, und alle haben Angst vor Doppelstrukturen. Herr Düsterhöft hat gefragt, wie anstrengend es war, diese Stelle zu implementieren. Ich glaube, es gelingt gut, diese Stelle zu implementieren, indem man sich überall vorstellt. Ich war überall Klinkenputzen, ich war bei allen Hausarztkollegen, ich war in jeder Praxis, das Klinikum kannte mich, weil ich vorher dort gearbeitet habe. Ich war bei jedem Pflegedienst, ich war in jedem Beratungspunkt, ich war beim Gesundheitsamt und beim Sozialamt, sodass ich einerseits weiß: Wo kann ich die Leute hinschicken? Was gibt es denn für Stellen? – Aber dass sie andererseits auch mich kannten.

Ja, das ist Arbeit, aber wenn die gemacht ist, dann ist es ein Netzwerk, und dann ist eine Spinne im Netz, die sagen kann: Du hierhin, du dahin, oder du bleibst hier bei mir. – Dann funktioniert das gut, und dann findet man auch mal Zeit für einen Stammtisch, wo sich alle treffen können. Dann findet man auch mal Zeit, um einen Anruf zu tätigen und zu sagen: Kannst du übernehmen? Meine Kompetenz endet hier. – Es braucht einfach Mut, und es braucht dieses Abgeben von „Nur ich habe hier gerade die Macht“. Nein, überhaupt nicht, wir sind ein System. Aber wir müssen miteinander reden, und zwar im Sinne der Patienten, die wir versorgen müssen.

**Marie-Christin Petrasch** (DRK Kliniken Berlin Köpenick): Vielleicht noch eine Ergänzung aus meiner Arbeit, die du wahrscheinlich auch kennst: Das Erste, das ich immer gefragt werde, ist: Bist du ein Projekt? Wie lange bist du denn eigentlich da? Dann zu sagen: Ich bin kein Projekt, ich bin jetzt da, und wir können gemeinsam schauen, wie wir Gesundheitsversorgung voranbringen –, das ist ein ganz wichtiger Meilenstein. Denn sowohl die Träger, die Akteure

als auch die Bevölkerung sind müde von Projekten, die eine Laufzeit von zwei Jahren haben. Dann hat man sich gerade kennengelernt, hat Vertrauen aufgebaut, und dann bricht das wieder weg. Wir müssen tatsächlich dahin kommen, das in die Regelversorgung zu bringen.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zum Senat.

**Staatssekretärin Ellen Haußdörfer (SenWGP):** Es gab ja einige Fragen an den Senat. Ich fange an, weil die Senatorin ein bisschen später gekommen ist; sie wird dann ergänzen. – Eine der Fragen bezog sich auf das Altenhilfestrukturgesetz. Dazu muss man allerdings sagen, dass das Altenhilfestrukturgesetz in Berlin – wir sind da Vorreiter, aber das wäre sicherlich auch bundesweit sinnvoll – die Leistungen der Altenhilfe nach dem SGB XII regeln soll und deshalb eher wenig beziehungsweise rechtsthematisch gar nichts mit der pflegerischen Prävention zu tun hat. Nichtsdestotrotz müssen wir das natürlich dennoch zusammendenken, wenn es darum geht, dass die Altenhilfestrukturplanung dann mit der Pflegestrukturplanung zusammengebracht wird. Das ist, glaube ich, der richtige Ansatzpunkt, weil wir uns als Land Berlin auf den Weg gemacht haben, die Grundlagen für ein Landespflegegesetz zu schaffen, was hier auch einige Rahmenpunkte mitgeben würde, denn man muss natürlich beide Tätigkeiten, also die Pflegestützpunkte mit der Community Health Nurse, verzahnen. Da ist eben der richtige Zeitpunkt, das auch mit einem Landespflegegesetz zusammenzudenken und auch in die entsprechende Vorhabenplanung zu bringen.

Wir müssen auch auf die Regelungen des Bundes im neuen Entbürokratisierungs- und Entlastungsgesetz Bezug nehmen, und das ist hier in der Diskussion auch schon angeklungen, weil wir hier auch so ein bisschen die Vermischung haben. Beispielsweise haben Schulgesundheitsfachkräfte nicht primär den Auftrag, Gesundheitsbildung in der Schule durchzuführen. Ich sage das als ausgebildete Biologielehrerin. Das ist natürlich immer im Curriculum mit verankert, aber wir haben die Diskussion im Schulgesetz, und es gibt sie auch im Land Berlin. Die prioritäre Aufgabe ist im Prinzip die pflegerische und medizinische Einbindung, damit eine inklusive Beschulung möglich ist. Ich wünsche mir dann auch immer Ersthelferkompetenzen, damit man nicht bei jeder Fußverletzung oder jedem aufgeschürftem Knie angerufen wird: Bitte holen Sie das Kind ab! – Das muss natürlich mit einhergehen. Hier gibt es eine Arbeitsgruppe bei der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie, sodass dieser Aspekt, der auch ein etwas anders gelagerter ist, auf jeden Fall mitgedacht wird.

Ich glaube, es ist auch eine große Frage der Teilhabe, die man sich manchmal nicht so stellt. Ich komme selbst aus dem Norden von Brandenburg. Das Thema Mobilität und die Frage, wie ich überhaupt zu den entsprechenden Anbietern komme, ist natürlich eine ganz andere Diskussion als im Land Berlin. Das ist, glaube ich, schon einmal festzuhalten. Nichtsdestotrotz glauben wir, dass es grundsätzlich eine Frage der Teilhabe und der Ermöglichung von Teilhabe ist, hier auch entsprechende Schritte zu setzen.

Es ist, glaube ich, ebenfalls wichtig, dass wir auch die Kompetenzerweiterung von medizinischem Fachpersonal ansprechen, also nicht nur von Pflegefachpersonen in der Kranken- und Langzeitpflege, sondern eben auch von Medizinischen Fachangestellten, den MFAs in Arztpraxen, um Versorgungslücken zu schließen. Die Gemeindeschwester in der DDR war traditionell eine Pflegefachperson, die Gesundheitsberatung, Nachsorge, aber auch eine einfache pflegerische Versorgung angedacht hat, und darüber sind wir ja lange hinaus. Ich musste schmunzeln, denn als ich vor fast 20 Jahren Public Health studiert habe, wurde ich auch ge-

fragt: Wo willst du eigentlich mal hin? – Da gab es einen bunten Strauß. Wenn ich jetzt schaue, wo meine Kommilitoninnen und Kommilitonen gelandet sind, dann sieht man, dass so ein Berufsfeld mit der Zeit nicht nur an Leben und Kraft entwickelt, sondern auch die notwendigen berufspolitischen Konkretisierungen erfolgen. Ich wünsche uns da allen viel Glück, denn die Projektitis ist angesprochen worden. Dazu gehören nicht nur die Kiezschwester, dazu gehören zum Beispiel auch VERAH, die Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis, NäPa, die Nicht-ärztliche Praxisassistenz, und AGnES, die arztentlastende, gemeindenahe, E-Health-gestützte systemische Intervention. Wir können den Kindern also ganz viele Namen geben, de facto geht es aber um das, was ankommt.

Ich muss Frau Pieroth widersprechen: Bei den integrierten Gesundheitszentren wurde nicht gekürzt, im Gegenteil, wir haben den Ansatz aufrechterhalten. Wir haben nur im letzten Doppelhaushalt, also im jetzt gerade laufenden Haushalt, eine Vorsorge für den Fall getroffen, dass der Bund das sogenannte Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG – auf den Weg bringt. Da gab es nämlich die Idee der Gesundheitskioske. Sie machen quasi mobile aufsuchende Arbeit, aber eigentlich war ja auch die Idee, dass man eine Örtlichkeit im Sozialraum, in der Bezirksregion beispielsweise, schafft, wo die Menschen hingehen können, um einfache Geschichten behandeln zu lassen, um sich beraten zu lassen. Leider ist der Bund nicht dazu gekommen, im GVSG eine geplante flächendeckende Einführung dieser Gesundheitskioske umzusetzen. Das wäre dann unsere haushälterische Vorsorge gewesen. Weil der entsprechende Gesetzesentwurf nicht zustande gekommen ist, weil man eben auch gedacht hat, dass man Doppelstrukturen aufbaut, musste das aus der Vorsorge leider wieder entnommen werden, weil es eben nie so weit gekommen ist.

Am Freitag wurde das Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege – das ist das, was wir eigentlich mal in Kürze unter dem Pflegekompetenzgesetz verstanden haben – im Bundesrat beraten und befindet sich nun im parlamentarischen Eilverfahren. Hier ist die zweite Lesung am 10. Oktober 2025 geplant, und hier sind eben auch im Bereich der Gesundheitsversorgung einige Punkte getroffen worden, die eine eigenverantwortliche Übernahme mit heilkundlicher Tätigkeit verbinden, wie zum Beispiel Folgeverordnung, Hilfsmittel, Wundversorgung oder auch Tätigkeiten im Bereich der chronischen Erkrankungen. Das müssen wir jetzt nicht im Dialog mit allen machen, aber die Frage, was Sie sich davon erhofft hätten und was am Ende übrig bleibt, ist, glaube ich, auch sehr interessant, um einmal zu sehen, wie sich so ein Gesetz entwickelt.

Auch hier müssen wir darüber nachdenken, denn durch diese Befugnisenerweiterung erhalten vorrangig akademisch qualifizierte Fachpersonen mehr eigenständige Kompetenzen, mit denen die Versorgungslücken, die wir auch festgestellt haben, geschlossen werden können, um Ärztinnen und Ärzte zu entlasten, aber auch, um diese Rundumversorgung sektorenübergreifend darzustellen. Hier will ich nur noch kundtun, dass Berlin im Rahmen der Bund-Länder-Gespräche zur Ausgestaltung und Konkretisierung dieser Gesetzesvorhaben die Federführung für eine Landesarbeitsgemeinschaft Weiterbildung übernommen hat, um mit den anderen Bundesländern bundeseinheitliche Weiterbildungsstandards zu entwickeln, auf deren Basis auch beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen über Weiterbildungsmodule, unter anderem für die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten, ausgebildet werden. Dass wir Sie haben, ist super, aber wir müssen auch sehen, welche weitere Berufsgruppen wir in die Weiterbildung bringen.

Es wurde schon die Rolle der Bezirke angesprochen. Jeder Bezirk in Berlin hat eine Arbeitsgemeinschaft – die heißt Arbeitsgruppe SRO, Sozialraumorientierung –, in der alle Fachämter zusammensitzen und sich übrigens auch über Modellprojekte Gedanken machen. Das Innovationsfondsprojekt Geko Neukölln wurde schon angesprochen, aber wir haben auch den Ansatz von Frau Dr. Landgraf, Stay@Home - Treat@Home, der ebenfalls diesen Übergang zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung darstellt. Auch die Fragestellung der Behandlungspflege wird eine sein, die uns im Weiteren sehr umtreiben wird. Ich glaube, die Rolle der Kommune ist gerade im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gar nicht hoch genug einzuschätzen, weil natürlich dort die Akteure vor Ort sitzen und genau wissen, an welchen Anpackstellen man agieren muss. Deshalb ist das in der Tat ein Themenfeld für die Kommune und auch für unsere Bezirke, das sicherlich im Rahmen der Infrastrukturplanung einen besonderen Fokus erfahren wird, weil wir sehen, dass wir an diesen Stellen neue Lösungen für Herausforderungen finden müssen, die sich uns nicht nur aufgrund des demografischen Wandels, sondern auch aufgrund von Lebenseinstellung und der Frage stellen, wo und wie wir in diesem Bundesland gut alt werden wollen.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Frau Senatorin!

**Senatorin Dr. Ina Czyborra (SenWGP):** Tut mir leid, ich musste noch an der Vertragsunterzeichnung mit dem Vatikan im Roten Rathaus teilnehmen, deswegen bin ich etwas später gekommen und sozusagen jetzt erst in diese Diskussion eingestiegen. – Vielleicht noch einmal ganz kurz zu der Frage der Weiterentwicklung der akademischen Gesundheitsberufe: Ich kenne eigentlich kaum jemanden, außer sehr hartnäckige Standesvertreterinnen und -vertreter, der bestreitet, dass wir eine Weiterentwicklung, also auch eine Akademisierung von medizinischen Berufen brauchen und dass wir natürlich auch diese moderneren Berufsbilder brauchen, um insgesamt die Kompetenzen im Gesundheitswesen neu zu regeln. Nichtsdestotrotz ist es bei der Konkretisierung in der Bundesgesetzgebung dann schwierig. Das wissen wir aber auch alle.

Insofern ist jetzt bei der Frage, wie wir unsere Studiengänge und unsere Abschlüsse weiterentwickeln, immer der Punkt, dass wir es mit kommunizierenden Röhren zu tun haben. Wenn ich Studiengänge schaffe, die aber in den Berufsbildern, in der berufsfachlichen Anerkennung keine Entsprechung finden, werde ich wahrscheinlich nicht die gewünschte Nachfrage haben. Umgekehrt brauche ich, wenn ich Berufsbilder einführe, auch die entsprechende Akademisierung. Das heißt, das hemmt sich immer ein wenig gegenseitig, und das Ziel wäre natürlich, dass es sich gegenseitig befördert. Die Debatte um das, was wir im Gesundheitswesen brauchen, um Arztpraxen zu entlasten – durch Community Health Nurses oder auch Physician Assistants und andere –, also welche Berufsbilder wir da brauchen könnten, die auch zum Teil weltweit im Einsatz sind, entwickelt sich nicht mit der Dynamik, die ich mir wünschen würde. Das betrifft insbesondere die Gesetzgebung, auch was die berühmte Versäulung zwischen SGB V, SGB XI und so weiter angeht.

Ich möchte aber auch noch einmal darauf hinweisen, dass wir im Kern ein Gesundheitswesen haben, das stark auf private Anbieter setzt. Das ist sowohl bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten so als auch im Bereich der Krankenhäuser, der stationären Versorgung und auch im Bereich der Pflege über Pflegedienste. Wir machen eine Landespflegeplanung, wir versuchen, Bedarfe zu erfassen, und wir überlegen, wie wir unsere Steuerungsmöglichkeiten als Hauptverwaltung, als Pflegeabteilung so ausschärfen können, dass wir viel stärker eingreifen

und auch Planung mitgestalten können. Im Kern haben wir es aber erst einmal damit zu tun, dass private Pflegeanbieter stationäre Pflege oder auch häusliche Pflege anbieten – heutzutage in manchen Regionen auch nicht in ausreichendem Maße –, und da sind die Möglichkeiten der Eingriffe auf Landesebene begrenzt. Wir diskutieren bei mir im Haus sehr intensiv darüber und machen da auch entsprechende Prozesse unter Einbeziehung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, Versorgungsforschung und so weiter. Unter dem Titel Care Horizon überlegen wir, wie wir unsere Möglichkeiten der Steuerung als Landesbehörde ausschärfen können, um tatsächlich hier auch wirkungsorientiert Instrumente zu entwickeln. Das ist eine intensive Debatte, auch im Zusammenhang mit unserer Verwaltungsreform.

Nichtsdestotrotz haben wir Kartierungen, wir haben eine Landespflegeplanung, die mittlerweile sehr ausführlich geworden ist. Uns fehlen zum Teil Daten. Immer wieder kommen wir an den Punkt Daten – Daten, Daten, Daten –, wie es eben auch schon anklang: Wo sind Menschen in welchem Ausmaß pflegebedürftig? Wie erreichen wir sie? Wie erreichen wir sie auch im Krisenfall? Wer weiß eigentlich Bescheid? – Da sind dann die privaten Pflegedienste zum Teil natürlich unsere Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, denn sie wissen, wo ihre Klientinnen und Klienten anzutreffen sind, wie zum Beispiel auch in so einem Fall eines großflächigen Stromausfalls. Insofern können wir weltweit viele Modelle vergleichen, wir müssen uns aber immer anschauen: Handelt es sich um ein sehr stark staatlich gesteuertes Gesundheitssystem, wie zum Beispiel in Dänemark oder in anderen Ländern, oder handelt es sich um eines, das sehr stark auf den Markt setzt, mit eher schwach ausgebildeten Regulationsmechanismen, insbesondere auf Landesebene, und viel Selbstverwaltung? Und wie funktioniert das in Zeiten des Mangels?

Noch einmal zu der Menge an Studienplätzen: Selbstverständlich müssen wir schauen, welche Anforderungen wir an Fachkräfte im Land Berlin haben. Wir kommen nur nicht um die Tatsache herum, dass wir jetzt extrem kleine Abiturjahrgänge sehen, die die Schulen verlassen, und dieser Mangel und frei stehende Studienplätze ziehen eigentlich durch die ganze Republik. Umso mehr müssen wir sehr intelligent aussteuern, welche Berufe wir wie in den nächsten Jahren ausbilden, damit es nicht weiterhin zu Ineffizienzen kommt, sondern zu einer guten Versorgung mit qualifiziertem Personal, das das tut, wofür es ausgebildet ist, und das Hand in Hand mit den anderen Gesundheitsfachberufen geht. Denn wir werden aus diesem Personalmangel, aus dieser Situation absehbar nicht herauskommen, und deswegen ist es umso wichtiger, gut ausgebildetes Personal zu haben, das effizient im Gesamtsystem eingesetzt wird.

Da haben wir eine Menge Hürden in der Bundesgesetzgebung, aber auch in der Finanzierung. Es ging hier schon häufiger darum, dass wir ein SGB V haben, dass wir Krankenversicherungen haben, die für vieles zuständig sind, und dass wir jetzt keine landesfinanzierten Parallelstrukturen aufbauen können und auch gar nicht dürfen. Deswegen kann ich den hier mehrfach gehörten Ausruf, dass es in das Regelsystem muss und wir das Regelsystem so aufstellen müssen, dass es effizienter wird und vernünftig Personal einsetzt, nur fünffach unterstreichen und drei Ausrufezeichen daran machen. Das ist das, was wir gerade auch im Bund mit verschiedenen Reformvorhaben versuchen, und wir hoffen, dass es dann mit dem zweiten oder dritten Anlauf auch gelingt. – Vielen Dank!



**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Ich habe jetzt noch zwei kurze Wortmeldungen von zwei Abgeordneten, Herrn Ubbelohde und Frau Pieroth. Dann schauen wir, ob sich darauf noch Antworten von den Anzuhörenden ergeben. – Herr Ubbelohde!

**Carsten Ubbelohde (AfD):** Ich möchte den getanen Äußerungen von Herrn Düsterhöft widersprechen und sie richtigstellen. Richtigstellen zum einen deswegen, weil sich die Äußerungen auf keinen einzigen Punkt bezogen haben, den ich zuvor geäußert habe. Sie waren völlig aus der Luft gegriffen und von daher nicht nur in ihrer Art und Weise, wie sie dargelegt wurden, sondern auch inhaltlich disqualifizierend.

Zum anderen möchte ich auch gerade für diejenigen, die immer wieder Sorge um die Stellungnahme und die Position der AfD zur Migration äußern, hier ganz klarstellen, dass wir für eine qualifizierte und für eine qualifizierende Zuwanderung, nicht nur in die Sozialsysteme und nicht nur hier ins Gesundheitssystem, sind. Wir sind deswegen dafür, weil wir unter bestimmten Voraussetzungen dazu kommen –

**Vorsitzende Silke Gebel:** Wir sind hier immer noch in der Anhörung mit Fragen, Herr Ubbelohde!

**Carsten Ubbelohde (AfD):** –, dass wir hier eine Bereicherung bringen können, aber auch die Gefahr im Blick – –

**Vorsitzende Silke Gebel:** Herr Ubbelohde!

**Carsten Ubbelohde (AfD):** Darf ich das bitte zu Ende führen?

**Vorsitzende Silke Gebel:** Sie können jetzt noch einen Satz sagen, aber wir sind hier in der Anhörung, und Sie können Fragen an die Anzuhörenden stellen.

**Carsten Ubbelohde (AfD):** Frau Vorsitzende! Bei allem Respekt, es ist mein gutes Recht, die Dinge, die falsch genannt worden sind, mit kurzen Worten richtigzustellen.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Das haben Sie ja auch gemacht. Dann haben Sie jetzt noch einen Satz, um das fertig richtigzustellen, und dann war es das.

**Carsten Ubbelohde (AfD):** Was wir allerdings jetzt in Deutschland haben, ist genau das Gegenteil: Es ist eine Migration, die uns mehr schadet, als dass sie nutzt, und das lehnen wir zu Recht ab.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Dann haben wir noch Frau Pieroth, die sich auf die Anhörung bezieht. Dann können wir wieder zur Anhörung zurückkommen. – Frau Pieroth!

**Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE):** Ich freue mich, Frau Czyborra, dass Sie jetzt wirklich bemüht sind, einen Ausgleich zu finden. Medizinstudium, Hebammenstudienplätze – da wird die Hälfte zumindest an der Charité wegfallen. Es wird weniger Kinder geben. Die Qualität muss aufrechterhalten werden. Also dass Sie jetzt diese Möglichkeit nutzen, dass wir endlich über die Finanzierung dieses Masterstudiengangs in Berlin sprechen.

Das andere Thema bezieht sich darauf: Ich begleite das seit 2018. Frau Giffey wollte 2021 in jedem Bezirk ein Zentrum ähnlich des Geko haben, das war unser Modellprojekt. Ich freue mich, Frau Haußdörfer – wir haben ja die Berichtsaufträge noch nicht zurück –, wenn das Landesprogramm mit vier solcher Zentren berücksichtigt ist. – [Zuruf] – Ach so, sie sind gekommen, dann schaue ich das gleich nach. – Ich möchte mich einfach darauf beziehen, dass ich mich sehr freue, wenn dieses Landesprogramm erhalten bleibt, und Regelversorgung bedeutet ja, dass sie seit Juni 2024 mit einem Innovationsfonds bedacht wurden. Ich freue mich einfach, wenn das dann entsprechend in der Regelversorgung finanziert zum Tragen kommt, weil das genau das Modell ist, was Frau Petrasch und Frau Leyh beschrieben haben: mit Ärztinnen- und Arztsitzen interdisziplinär auf Augenhöhe, niemand höhlt den anderen aus, und man macht einfach einmal gemeinsame Sache für die Patientinnen und Patienten. – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Ich habe da keine Frage herausgehört, dann sind wir jetzt am Schluss der Anhörung. Das läuft bei uns immer so ab: Wir hatten jetzt eine Anhörung, und sobald das Wortprotokoll vorliegt, werden wir das noch einmal nachlesen. Dann machen wir eine Sitzung, in der wir das Protokoll gemeinsam lesen und dann noch einmal politische Schlüsse ziehen. Natürlich ziehen die Abgeordneten auch schon vorher politische Schlüsse, aber das bedeutet, dass wir die Besprechung vertagen und nicht abschließen und dass wir dann sicherlich in den nächsten Wochen und Monaten auch noch einmal das eine oder andere bilaterale Gespräch zu diesem Thema führen werden.

Vielen Dank, dass Sie sich heute die Zeit genommen haben und dass Sie an diesem Thema so intensiv dran sind! Für uns geht es hier noch weiter, aber Sie können den Ausschuss jetzt verlassen, wenn Sie möchten. Auf jeden Fall vielen Dank und eine schöne Woche!

#### Punkt 4 der Tagesordnung

- |    |  |   |
|----|--|---|
| a) | Antrag der Fraktion Die Linke<br>Drucksache 19/1658<br><b>Berlins Krankenhauslandschaft für die Zukunft entwickeln!</b>  | <a href="#">0256</a><br>GesPfleg<br>Haupt |
| b) | Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen<br>Drucksache 19/2567<br><b>Krankenhausreform sinnvoll gestalten –<br/>Gesundheitsversorgung in Berlin zukunftsfest, gerecht und<br/>ökologisch aufstellen</b> | <a href="#">0348</a><br>GesPfleg          |
| c) | Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs<br><b>Aktueller Stand der stationären Versorgung in den<br/>Berliner Krankenhäusern</b><br>(auf Antrag der AfD-Fraktion)  | <a href="#">0031</a><br>GesPfleg          |

Hierzu: Auswertung der Anhörung vom 31. März 2025

- d) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0038](#)  
**Finanzielle Lage der Berliner Krankenhäuser – auch und**  
**insbesondere infolge der Corona-Pandemie**  
(auf Antrag der AfD-Fraktion) GesPflg

Hierzu: Auswertung der Anhörung vom 31. März 2025

- e) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0153](#)  
**Aktueller Stand der Krankenhausreform**  
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD) GesPflg

Hierzu: Auswertung der Anhörungen vom 5. Juni 2023,  
31. März 2025 sowie 16. Juni 2025

- f) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0173](#)  
**Folgen der Krankenhausreform für die**  
**Gesundheitsversorgung in Berlin**  
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der  
Fraktion Die Linke) GesPflg

Hierzu: Auswertung der Anhörungen vom 31. März 2025 so-  
wie 16. Juni 2025

- g) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0268](#)  
**Erstellung des Berliner Krankenhausplans – Vernetzung**  
**mit der ambulanten Versorgung**  
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen) GesPflg

Hierzu: Auswertung der Anhörungen vom 31. März 2025 so-  
wie 16. Juni 2025

- h) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0316](#)  
**Stand der Krankenhausplanung und -reform in Berlin:**  
**Aktuelle Entwicklungen, Herausforderungen und**  
**Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung“**  
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD) GesPflg

Hierzu: Auswertung der Anhörungen vom 31. März 2025 so-  
wie 16. Juni 2025

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 5 der Tagesordnung

Vorlage – zur Beschlussfassung –  
Drucksache 19/2624  
**Drittes Gesetz zur Änderung des  
Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzes Berlin sowie  
weiterer Gesetze**

[0347](#)  
GesPfleg  
ArbSoz(f)  
BildJugFam

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 6 der Tagesordnung

**Verschiedenes**

Siehe Beschlussprotokoll.