

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit und Pflege

73. Sitzung
31. August 2026

Beginn: 09.34 Uhr
Schluss: 12.28 Uhr
Vorsitz: Silke Gebel (GRÜNE)

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Siehe Inhaltsprotokoll.

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

- | | | |
|----|---|---|
| a) | Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
Drucksache 19/3273
Landesstrategie für Frauengesundheit jetzt! | 0393
GesPflfeg(f)
IntGleich
WissForsch |
| b) | Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Gesundheitsversorgung von Frauen, Mädchen und trans*
Personen in Berlin
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen) | 0160
GesPflfeg |

Hierzu: Anhörung

Ich begrüße recht herzlich Frau Konstanze Haase – sie ist Co-Geschäftsführerin beim Familienplanungszentrum Berlin e. V. – BALANCE –, Frau Dr. Ursula Marschall – sie ist Leiterin des Forschungsbereichs Medizin und Versorgungsforschung des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung –, Frau Dr. Nicole Mattern – sie ist die Berliner Landesvorsitzende des Berufsverbands der Frauenärztinnen und Frauenärzte e. V. und heute digital zugeschaltet –, Frau Sybill Schulz – sie ist Sprecherin des Feministischen Netzwerks für Gesundheit Berlin – und Frau Dr. Christiane Wessel, die stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung – KV – Berlin. – Herzlich willkommen und danke, dass Sie sich heute die Zeit nehmen!

Ich gehe davon aus, dass die Anfertigung eines Wortprotokolls gewünscht wird, das wir dann in der nächsten Legislatur lesen können. – Ich sehe Nicken. – Dann kommen wir zur Begründung des Antrags und des Besprechungsbedarfs durch die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Wir haben uns das so aufgeteilt, dass ich einmal ganz kurz den Besprechungspunkt begründe und Frau Haghanipour den Antrag vorstellt.

Silke Gebel (GRÜNE): Wir als Grünenfraktion haben gesagt, dass wir über die Gesundheit von Frauen, Mädchen und Transpersonen in Berlin sprechen müssen – und zwar mit den Expertinnen dieser Stadt; deswegen freut es mich sehr, dass wir so viele engagierte Menschen heute an unserem Anzuhörendentisch haben. Denn als Politiker müssen wir wissen, wo es die Versorgungslücken zwischen der gesetzlichen Versicherung und dem gibt, was wir als Land finanzieren und was durch Engagements der Stadt entsteht. Wo gibt es einen Genderbias, den wir in den Strukturen, die wir haben, noch viel stärker identifizieren müssen? Denn der ärztliche Bereich ist ja sehr stark selbstverwaltet, und ich glaube, da ist es wichtig, wenn man in der Politik weiß, wo es einen Genderbias gibt, auf den wir reagieren müssen, um zu sagen: Nein, wir erwarten, dass es eine gute, geschlechtsunabhängige Versorgung geben muss. – Wir sehen aber von den Zahlen her – und ich fände es als Output dieser Anhörung spannend, zu lernen, wo die konkreten Beispiele in dieser Stadt dafür sind, was wir aus den abstrakten Zahlen erfahren –, dass mindestens 21 Prozent der Frauen sagen: Wir fühlen uns nicht ernst genommen. Wir wissen, dass wir, was Schmerzen angeht, einen längeren Diagnoseweg haben. – Das heißt: Wo müssen wir Versorgungslücken und Genderbias identifizieren? Wo müssen wir in der Politik ansetzen? Wo sehen Sie konkreten Handlungsbedarf bei uns, wo wir Frauen-,

Mädchen- und Transgesundheit stärken müssen? Das wollen wir heute herausfinden. – Vielen Dank, dass Sie da sind! Ich bin gespannt auf die Anhörung.

Vorsitzende Silke Gebel: Jetzt kommen wir zu Frau Haghanipour.

Dr. Bahar Haghanipour (GRÜNE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Ich freue mich, heute als frauenpolitische Sprecherin ausnahmsweise in diesem Ausschuss zu sein, um über den Antrag zu diskutieren. Mit diesem Antrag widmen wir uns dem Gender-Health-Gap, denn auch in der Medizin gibt es Unterschiede zwischen der Forschung für und Versorgung von Frauen, FLINTA*-Personen und Männern. Wenn Sie eine Frau oder FLINTA*-Person sind, werden Ihre Beschwerden weniger ernst genommen als bei Männern – das belegen Studien –, geschlechtsspezifische Krankheiten seltener erforscht oder geschlechtsspezifische Unterschiede in Diagnostik und Behandlung nicht ausreichend berücksichtigt. Das kann dazu führen, dass FLINTA*-Personen später eine Diagnose bekommen oder schlechter versorgt werden. Im Antrag „Landesstrategie für Frauengesundheit jetzt!“ wollen wir den Berliner Senat auffordern, eine verbindliche, ressortübergreifende Strategie zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen und FLINTA*-Personen zu entwickeln. Eine Landesstrategie ist wichtig, denn es gibt bereits viele einzelne Angebote, die wir stärker bündeln, wissenschaftlich begleiten und zusammen betrachten wollen.

Wir adressieren dabei neun Punkte, die durch die Landesstrategie Frauengesundheit betrachtet werden sollen, von denen ich jetzt aufgrund der Zeit drei beispielhaft nenne: Erstens wollen wir den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen und Beratungsangeboten verbessern. Der Beratungsschlüssel nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz soll eingehalten werden; die Kosten dürfen dabei aber nicht auf die Beratungsstellen abgewälzt werden, da sie keine Eigenmittel dafür haben. Wir wollen auch die rechtliche Möglichkeit einer Videoberatung prüfen und Gespräche mit den Kostenträgern führen, damit in Berlin die Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs auch für Hausärztinnen abrechnungsfähig wird.

Zweiter Punkt: Schmerzen ernst nehmen. In Kliniken sollen verbindliche Standards zur Erfassung und Behandlung von Schmerzen eingeführt und medizinisches Personal stärker in geschlechtssensibler Schmerzdiagnostik geschult werden. – Dritter Punkt: Menschen in den Wechseljahren unterstützen. Wir wollen einen Aktionsplan für Menschen in den Wechseljahren erstellen, mit einem Handlungsleitfaden für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, mehr Forschung und einem Konzept für ein Beratungsprogramm für Menschen in den Wechseljahren, sodass Ärztinnen und Ärzte ein strukturiertes ärztliches Gespräch abrechnen können.

Die Landesstrategie soll also insgesamt bestehende strukturelle Nachteile erkennen und gezielt abbauen, damit alle eine gleichwertige und diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung erhalten. – Ich freue mich über den Austausch mit Ihnen allen und vor allem mit den Anzuhörenden! Danke, dass Sie hier sind!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Wir kommen zur Anhörung. Wir haben im Vorfeld mit den Anzuhörenden die Reihenfolge besprochen; wir starten mit Frau Dr. Marschall, die auch eine Präsentation hat.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Dr. Ursula Marschall (BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung – bifg –; Leiterin des Forschungsbereichs Medizin und Versorgungsforschung): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Einladung! Ich starte direkt mit den drei wichtigsten Botschaften, die ich Ihnen heute mitgeben möchte: Wir unterstützen qualifizierte und nicht kommerziell geleitete Information zum Thema Frauengesundheit. Bekanntlich sind Frauen keine kleinen Männer; deswegen brauchen wir hier eine gezielte Information. Wir brauchen zweitens nicht immer neue Strukturen, sondern wir müssen das, was wir an Strukturen haben, besser vernetzen – das zeige ich gleich am Beispiel der Endometriose –, und drittens ist das Thema Gender-Data etwas, was Sie gleich bei den folgenden Folien immer wieder eingebaut sehen werden. Auch hier gibt es interessante Aspekte; ich greife mir einmal das Beispiel Endometriose und Social Media heraus.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

In der BARMER ist das Thema Frauengesundheit bereits seit langen Jahren ein Thema. Ich habe Ihnen hier ein Beispiel aus einer Kampagne aus dem Jahr 2022 mitgebracht, wo wir schon ziemlich disruptiv auf das Thema hingewiesen haben, um ganz einfach entsprechende Aufmerksamkeit dafür zu bekommen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Am Beispiel der Wechseljahre möchte ich Ihnen zeigen, wie wichtig es ist, bestimmte Botschaften in den Fokus zu nehmen: Nicht jede Frau, das sehen Sie oben an den Beispielen der Abrechnungsdaten für ganz Deutschland, nimmt für Wechseljahrebeschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch, aber wir müssen den Fokus darauf legen, dass Frauen qualifizierte und nicht kommerzielle Informationen bekommen. Nicht, dass ihnen Präparate gegen ihre Beschwerden, beispielsweise Hitzewallungen, verkauft werden, die ihnen nicht helfen! Wir haben als BARMER schon vor anderthalb Jahren einen speziellen Leitfaden für Unternehmen herausgebracht, „Menopause@work“, wo das Thema Wechseljahre speziell für arbeitende Frauen in den Fokus genommen wird.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Was ich Ihnen aus meiner zweiteiligen Funktion der Fachärztin und der Verantwortlichen für unsere Routinedaten zeigen kann, ist, dass es eben nicht so ist, dass ausschließlich Frauen von bestimmten Symptomen wie Konzentrationsstörungen, Hitzewallungen oder auch körperlicher und geistiger Erschöpfung betroffen sind, sondern genauso Männer in den gleichen Altersgruppen. Das heißt, wir brauchen eine gendersensible Medizin; wir brauchen Symptome, welche die Wechseljahrebeschwerden adressieren; wir brauchen aber eben auch niederschwellige Angebote, um das Ganze einzuordnen. Deswegen haben wir seit letzter Woche ein Wechseljahretelefon, das für alle zugänglich ist, um den Zugang dazu zu ermöglichen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Der Endometriose, einem ganz wichtigen Thema, haben wir uns bereits Anfang des Jahres in unserem Arztreport gewidmet. Wir sehen, dass die Diagnosen innerhalb von zehn Jahren um über 68 Prozent gestiegen sind, das Erkrankungsalter aber innerhalb dieses Zeitraumes um knapp vier Jahre gesunken ist. Wir haben uns gefragt, woher das kommen kann. Schaut man sich parallel die Entwicklungen in Social Media an – ich habe Ihnen hier nur die Klickzahlen

von Google mitgebracht; dasselbe sehen Sie bei YouTube und auch bei Instagram –, dann sehen wir, dass wir durch Influencer vermehrt Informationen auf verschiedenen Kanälen haben. Das heißt, die Information zu diesem Krankheitsbild kommt an; wir müssen aber aufpassen, dass wir hier auch mit den Versorgungsstrukturen hinterherkommen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Da versuchen wir als BARMER, die aktuellen Leitlinienempfehlungen, die es seit Ende letzten Jahres speziell zu Endometriose gibt, jetzt schon umzusetzen. Ich habe Ihnen hier beispielhaft den Versorgungspfad von END-O-PAIN mitgebracht, weil wir verschiedentlich zertifizierte Endometriosezentren und auch zertifizierte Schmerzzentren in einem Krankenhaus haben, aber keinen gemeinsamen Behandlungsverlauf und kein gemeinsames Austauschen der betroffenen Patienten und Patientinnen. Das werden wir mit diesem Projekt umzusetzen versuchen, sofern die Förderung aus dem Innovationsausschuss möglich ist. Ich habe Ihnen einen kleinen Teaser mitgebracht; das Thema Schmerz ist bei mir als Schmerztherapeutin und Anästhesistin immer sehr gut aufgehoben: Wir sind als BARMER bereits seit mehr als fünf Jahren gemeinsam mit der Deutschen Schmerzgesellschaft dabei, hier spezielle abrechnungsrelevante, von uns getragene Verbesserungen der Schmerzsituation umzusetzen, von einem multidisziplinären Assessment bis hin zu einer berufsbegleitenden multimodalen Schmerztherapie. Auch hier können wir den Wunsch nach verstärkter Aufmerksamkeit für Schmerzen absolut unterstützen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Das heißt zusammenfassend – hier ist noch einmal das Bild vom Anfang –, wir brauchen die qualifizierte Information, wir brauchen vernetzte Strukturen, und wir brauchen selbstverständlich weitere Informationen, wo auch die Erkenntnisse aus Routinedaten eine Rolle spielen können, zum Thema Frauengesundheit. – Ich bedanke mich sehr für Ihre Aufmerksamkeit!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau Dr. Marschall! – Dann kommen wir zu Frau Dr. Wessel; auch hier haben wir eine Präsentation.

Dr. Christiane Wessel (Kassenärztliche Vereinigung – KV – Berlin; stellvertretende Vorsitzende): Vielen Dank für die Einladung! – Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! Wie Sie sich wahrscheinlich schon denken können, werde ich als Vertreterin der KV Berlin natürlich das Thema der Kosten einer Landesstrategie für Frauengesundheit ansprechen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Grundsätzlich kann ich sagen: Wir unterstützen eine landesweite Strategie für Frauengesundheit ganz ausdrücklich und wären auch dafür, das nicht auf Berlin zu beschränken; so etwas gehört eigentlich auch auf die Bundesebene, gar keine Frage. Klar ist aber: Wenn es neue Beratungs- und auch Versorgungsangebote geben soll, die dafür notwendig sind, dann kann das nicht aus dem bereits gedeckelten ambulanten Budget finanziert werden. Nach unserer Ansicht ist das auch kein Thema allein der GKV und des SGB V, sondern es braucht dafür wie insgesamt, wenn wir von Prävention sprechen, ein gesamtgesellschaftliches Handeln. Wenn wir vom Thema Frauengesundheit sprechen, muss der Bund tragfähige Vergütungsgrundlagen

schaffen. Wenn es über die GKV-Leistungen finanziert werden soll, müssen sie zusätzlich in den Topf kommen; bei der derzeitigen finanziellen Lage der Krankenkassen sehen wir das als schwierig an. Wenn es eine Landesstrategie gibt, muss es landesweite Informationsangebote geben, die nicht wieder nur von der Ärzteschaft oder von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden können. Wenn wir sehen, dass wir bundesweit 2027 ein Defizit von 3 Milliarden Euro an Einnahmen haben werden – in Berlin sind das 130 Millionen Euro –, dann heißt das, wenn wir noch mehr Aufträge und noch mehr Behandlungsaufgaben in die ambulante Versorgung bekommen, dass wir noch weniger Zeit pro Patientin haben und sich die Wartezeit für das, was wir bisher im System haben, noch weiter verlängern wird.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Ich habe mich jetzt einmal auf das Thema Wechseljahre als Beispiel bezogen: Wir wissen heute, dass die Wechseljahre Auswirkungen auf die Gesundheit, den Alltag und den Beruf haben. Es gibt den MenoSupport, den Sie wahrscheinlich alle kennen werden: Die Krankenschreibungsrate erhöht sich in den Wechseljahren; die Arbeitszeit wird häufig reduziert, weil man die Arbeit nicht mehr schafft; oft kommt es zu einem Stellenwechsel – es geht für Frauen dann jedenfalls nicht nach oben, sondern sie müssen, wenn sie Wechseljahrebeschwerden haben, häufig eher reduzieren, und es wird sogar von vielen Frauen ein früherer Berufsausstieg geplant. Ich finde es gut, wenn wir da auch auf die Unternehmen zugehen. Ich kann für die KV Berlin sagen, dass wir etwa 550 Mitarbeitende haben; davon sind ungefähr 70 Prozent Frauen, und der größte Teil ist über 40 Jahre alt. Ihn betrifft die Perimenopause und die Menopause sehr. Wir arbeiten daran, aber es ist nicht immer so einfach, wenn ich die Arbeitszeitgesetzregelung sehe, da als Unternehmen zu reagieren.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Was mir – auch als Gynäkologin – noch viel mehr am Herzen liegt, ist, dass wir nicht nur sehen, dass die Frauen Beschwerden haben, also Schlafstörungen, Hitzewallungen und alles, was schon bekannt ist und auch bekannter wird, sondern dass die Folgen der Wechseljahre ein großes volkswirtschaftliches Problem sind. Wir wissen, dass die Knochengesundheit gefährdet ist – uns wird eine Welle der Osteoporose überrollen –, und dass das Herz und der Stoffwechsel beeinflusst werden. Das Herzinfarktrisiko, das ist allen bekannt, steigt bei Frauen jenseits der 50 massiv an; das kommt durch den Östrogenmangel. Es gibt Beschwerden im Urogenitalbereich mit höherem Antibiotikaverbrauch wegen wiederkehrender Blasenentzündungen, und wir wissen natürlich, dass es Schlaf- und Stimmungssymptome gibt, also auch die Psyche beeinflusst wird und das Erleben anders wird. Wir können noch nicht direkt nachweisen, dass eine Hormontherapie Demenz verhindert, aber sie wird sie wahrscheinlich nach hinten verschieben können, weil inzwischen auch nachgewiesen ist, dass im Gehirn Östrogenrezeptoren bestehen, und überall, wo Rezeptoren für irgendeinen Stoff sind, hat er auch irgendeinen Sinn; sonst hätte die Natur es nicht so angelegt.

Wir brauchen also, das ist unsere Forderung, fundierte Studien, die zeigen, bei welchen Frauen es sinnvoll ist, eine Hormontherapie zu machen, in welchem Zeitraum man damit noch anfangen kann, und welche Gesundheitsverbesserungen über einen großen Zeitraum, in dem Frauen eigentlich noch berufstätig sein müssen, es dadurch geben wird, gerade wenn wir die Demografie anschauen und heute darüber diskutieren, dass wir bis 70 arbeiten werden müssen – wir vielleicht nicht mehr, ich bin schon zu alt dafür, aber meine Kinder, und wenn ich hier

in die Runde schaue, zumindest viele von Ihnen. Wir brauchen also wirklich fundierte Studien, und es kann nicht sein, dass das nur die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen oder der Pharmaindustrie ist.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Am Ende müssen wir uns auch hier die Frage stellen – wer mich kennt, hat das schon öfter gehört: Was können wir uns leisten? Was wollen wir uns leisten? Und wenn wir uns mehr leisten wollen, als wir es können, müssen wir klären, wer es bezahlt. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zu Frau Dr. Mattern.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Dr. Nicole Mattern (Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e. V. – BVF –, Landesverband Berlin; Vorsitzende) [zugeschaltet]: Vielen herzlichen Dank für die Möglichkeit, sprechen zu dürfen! – Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Abgeordnete! Mein Name ist Nicole Mattern; ich bin niedergelassene Gynäkologin in Berlin-Reinickendorf und Landesvorsitzende des Berufsverbandes – und auch Vorstandsmitglied des Bundesverbandes – der Frauenärztinnen und Frauenärzte. Ich spreche heute insbesondere aus der Praxis für die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen hier in Berlin.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Die Landesstrategie für Frauengesundheit, meine Vorrednerinnen haben das bereits betont, ist ein sehr richtiger und wichtiger Schritt, den wir auch unterstützen wollen; sie trifft aber auf ein Versorgungssystem, das durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – GKV-BStabG – bereits jetzt erheblich unter Druck steht, wie wir heute schon ein paarmal gehört haben. Nach Berechnung des Berufsverbandes könnten in der Frauenheilkunde bundesweit circa 3,5 Millionen kurzfristig verfügbare Termine pro Jahr entfallen. Das ist natürlich besonders relevant für die gynäkologische Versorgung in den Punkten der Krebsfrüherkennung, Schwangerenvorsorge und auch der kontinuierlichen Betreuung von Patientinnen, etwa bei Endometriose oder in den Wechseljahren – das hörten wir ja gerade. Zusätzlich werden auch die extrabudgetären Leistungen ins Budget zurückgeführt, und die Notfallversorgung nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG – ist davon auch betroffen, was die kurzfristige Erreichbarkeit von Terminen massiv einschränken wird.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Das heißt konkret: Genau die Leistungen, auf welche die Landesstrategie aufbauen will, sind aktuell bereits an der Basis beschnitten, und das wird sich in Zukunft noch deutlich stärker äußern. Der Versorgungsauftrag der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wird faktisch ausgehöhlt. Das betrifft nicht nur meine Disziplin, sondern gilt interdisziplinär, und das lässt sich inzwischen auch beziffern: Nach Berechnung der KV Berlin entzieht das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz der ambulanten Versorgung Berlin jährlich rund 130 Millionen Euro – Frau Wessel hat es gerade schon angesprochen –, und was noch viel schwerer wiegt, in einer aktuellen Umfrage der KV Berlin erwarten circa 90 Prozent der Ärzteschaft negative Folgen durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz. Rund 80 Prozent rechnen mit massiven Einschränkungen in ihren Leistungen für gesetzlich Versicherte; mehr als 1 000 Praxen haben

auch die vorzeitige Aufgabe in Erwägung gezogen. Im schlimmsten Fall steht damit interdisziplinär betrachtet nur die Hälfte der Berliner kassenärztlichen Praxen weiter zur Disposition. Bundesweit rechnet die Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV – mit einem Einsparvolumen von rund 3 Milliarden Euro im kommenden Jahr, aber eben auch mit rund 46 Millionen Behandlungsfällen, die künftig nicht mehr finanziert werden. Für die Frauengesundheit heißt das jetzt ganz konkret: Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Schwangerschaftsvorsorge werden seltener angeboten, während Leistungen zunehmend nur noch als Selbstzahlerangebote zur Verfügung stehen müssen, um die Wirtschaftlichkeit der Praxen letztendlich zu sichern.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Wie Sie sicherlich alle auch schon mitbekommen haben: Die Ärzteschaft wehrt sich, denn aus unserer Sicht ist hier der falsche Hebel gesetzt. Bundesweit wird ausdrücklich von Gynäkologinnen und Gynäkologen, aber auch von allen anderen Fachdisziplinen darauf hingewiesen, dass wir nicht mehr für den Ausverkauf der ärztlichen Kompetenz zur Verfügung stehen. Meine Kollegin Frau Dr. Wessel von der KV Berlin hat es in ihrem Beitrag schon deutlich gemacht: Neue Aufgaben brauchen eine tragfähige Finanzierung. Ich kann das aus der Praxis nur unterstreichen: Ohne wirtschaftliche Grundlage wird jede Strategie bereits an der Basis scheitern.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Eine Landesstrategie Frauengesundheit muss deshalb an erster Stelle den Erhalt der Prävention – auch das hat meine Vorrednerin gerade schon am Beispiel der Osteoporose im Kontext der Wechseljahre betont – insbesondere bei Krebsfrüherkennung, Schwangerschaftsvorsorge und Impfungen gesichert werden. Das ist gar keine abstrakte Forderung, denn der Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte hat diese Forderung schon konkret am 3. Juli dieses Jahres mit der Bitte an die KBV adressiert, sich für die Aufnahme dieser zentralen Präventions-, Früherkennungs- und Schwangerenvorsorgeleistungen in die Ausnahmeregelung einzusetzen. Medizinisch notwendige Abklärungen von auffälligen Befunden müssen natürlich jederzeit in gynäkologischem Kontext möglich sein – wie auch in allen anderen Disziplinen. Da wir Gynäkologinnen und Gynäkologen, das ist sicherlich allen anwesenden Zuhörenden klar, grundsätzlich die erste Anlaufstelle für Frauengesundheit in Berlin und bundesweit sind, ist es umso wichtiger, dass das niedergelassene Netzwerk auch in Zukunft getragen und finanziert werden kann. – Ich bitte Sie daher auch im Namen meiner Kolleginnen und Kollegen des Berufsverbandes, die Forderungen politisch zu unterstützen und in der Landesstrategie daran zu denken, dass eine Refinanzierung der Basis nötig ist und alles andere erst möglich macht. – Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

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

Sybill Schulz (Feministisches Netzwerk für Gesundheit Berlin; Sprecherin): Vielen Dank für die Einladung! – Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Mitglieder des Ausschusses! Sehr geehrte Vertreterin der Senatsverwaltung! Wir freuen uns, heute zu diesem Antrag Stellung nehmen zu dürfen. Ich gebe kurz einen Rückblick: Aufgrund dessen, dass bis in die Neunzigerjahre die frauenspezifische beziehungsweise geschlechtssensible Gesundheitsförderung, -versorgung und auch -forschung viel zu wenig Berücksichtigung fand, ist 2001 das Netzwerk Frauengesundheit Berlin ins Leben gerufen worden. 2023 haben wir uns in Feministisches Netzwerk für Gesundheit Berlin umbenannt und vor allem unseren Fokus auf Personen erweitert, die in den Strukturen des Gesundheitswesens häufig diskriminiert werden beziehungsweise an der gesundheitlichen Versorgung nicht teilhaben können, wie Frauen, Lesben, Inter-, Trans-, Agender- und nicht binäre Personen.

Das Feministische Netzwerk für Gesundheit Berlin begrüßt diesen Antrag der Grünenfraktion ausdrücklich. Berlin verfügt bereits über viel fachliche Expertise, engagierte Beratungsstellen, die bei uns auch Mitglied sind, Netzwerke und vor allen Dingen einzelne gute Maßnahmen. Was bislang jedoch fehlt, ist eine verbindliche, ressortübergreifende und auskömmlich finanzierte Gesamtstrategie, die bestehende Aktivitäten zusammenführt, Versorgungslücken systematisch identifiziert und konkrete Verbesserungen auf den Weg bringt. Frauengesundheit ist eben kein medizinisches Nischenthema – meine Vorrednerinnen haben sich darauf schon bezogen –, sie ist eine Frage von Gleichstellung, sozialer Gerechtigkeit und gesellschaftlicher Teilhabe. Vor allen Dingen geschlechtsbezogene Benachteiligungen im Gesundheitssystem zeigen sich unter anderem darin – es ist schon genannt worden –, dass Beschwerden bagatellisiert, Erkrankungen verspätet erkannt und spezifische gesundheitliche Bedarfe nicht angemessen berücksichtigt werden. Diese Benachteiligungen treffen nicht alle Menschen gleichermaßen, sondern beispielsweise Armut, ethnische Herkunft, Behinderungen, Alter und geschlechtliche Identität können den Zugang zu und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung zusätzlich beeinträchtigen. Ich möchte auf den Bericht „Rassismus und seine Symptome“ des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors – NaDiRa – des Deutschen Zentrums für Integrations- und Migrationsforschung – DeZIM – von 2023 und auch auf die PROREF-Studie von Professor Borde und Professor David von 2022 verweisen.

Wir begrüßen deshalb besonders, dass der Antrag Frauengesundheit als ressortübergreifende Aufgabe versteht. Gesundheitliche Versorgung hängt nicht allein von der Gesundheitspolitik und -verwaltung ab; auch Ressorts wie Gleichstellung, Wissenschaft, Arbeit und Soziales müssen einbezogen werden. Ein dauerhaftes Steuerungsgremium auf politisch verantwortlicher Ebene kann dafür eine wichtige Grundlage schaffen. Entscheidend ist jedoch, dass die Landesstrategie nicht bei einem Austauschgremium oder einer Zusammenstellung bereits bestehender Maßnahmen stehen bleibt. Sie braucht konkrete Ziele, klare Zuständigkeiten, verbindliche Zeitpläne, messbare Kriterien und vor allen Dingen auch ein eigenes Budget. Für jedes Handlungsfeld muss nachvollziehbar sein, wer verantwortlich ist, was bis wann erreicht werden soll, welche Ressourcen zur Verfügung stehen und wie überprüft wird, ob sich die gesundheitliche Versorgung tatsächlich verbessert.

Wir begrüßen es zudem ausdrücklich, dass die Zivilgesellschaft verbindlich beteiligt werden soll, allerdings muss diese Beteiligung frühzeitig, kontinuierlich und institutionell abgesichert erfolgen. Es reicht nicht aus, die Expertise zivilgesellschaftlicher Organisationen punktuell abzufragen, oder sogar erst, wenn Entscheidungen bereits getroffen worden sind. Dabei denken wir auch an unser Netzwerk behinderter Frauen e. V.

Im Folgenden möchten wir uns auf drei Unterpunkte des Antrags besonders fokussieren: Zum einen ist es uns besonders wichtig, Gewalt und Gesundheit konsequent zusammenzudenken. Deshalb begrüßen wir sehr, dass der Antrag die traumasensible Versorgung sowie den Ausbau der Unterstützung für Betroffene sexualisierter und häuslicher Gewalt einbezieht. Gewalterfahrungen können nicht nur akute, sondern auch langjährige körperliche, psychische und sozioökonomische Folgen haben. Betroffene benötigen deshalb auch viele Jahre nach einer Gewalterfahrung schnellen und kostenfreien Zugang zu gewalt- und traumainformierter Beratung, Psychotherapie und medizinischer Versorgung.

Zum anderen aber benötigt politisches Handeln mit dem Ziel, die Frauengesundheit zu verbessern, aussagekräftige und systematisch aufbereitete Daten. Zentrale Aufgabe einer Landesstrategie für Frauengesundheit sollte deshalb der Aufbau einer systematischen Frauengesundheitsberichterstattung sein. Wir schlagen eine Basisberichterstattung alle fünf bis zehn Jahre vor. Ziele des Basisberichts sollten Erkenntnisse zur sozialen und gesundheitlichen Situation von Frauen aus verschiedenen sozialen Gruppen sowie in unterschiedlichen Lebensphasen sein. Für tiefergehende Erkenntnisse, so auch schon in der Vergangenheit geschehen, empfehlen wir darüber hinaus jährliche Spezialberichte zu Themen wie Gewalt gegen Frauen, Schwangerschaftsabbrüchen, psychischer Gesundheit und zur Situation beispielsweise von Frauen mit Behinderungen.

Zu guter Letzt möchten wir auf einen weiteren wichtigen Aspekt der Versorgung hinweisen: Es ist schon benannt worden; nach § 218a StGB setzt ein straffreier Schwangerschaftsabbruch eine Bescheinigung nach § 219 Absatz 2 StGB und eine Beratung mindestens drei Tage vor dem Eingriff voraus. Ungeplant schwangere Personen müssen daher kurzfristig viele Termine und Abstimmungen mit Arztpraxen, Beratungsstellen und gegebenenfalls Krankenkassen organisieren. Für berufstätige Frauen und Menschen mit Careverantwortung kann dies eine erhebliche zeitliche und organisatorische Belastung darstellen. In vielen Bundesländern ist deshalb bereits eine Schwangerschaftskonfliktberatung per Video möglich. Neben mir sitzt die Kollegin vom Familienplanungszentrum BALANCE, aber wir haben auch pro familia e. V. in Berlin; sie arbeiten bereits mit diesen Modellen. Aktuell ist es so, dass das nur in begründeten Ausnahmefällen bei erheblichen Zugangshindernissen zulässig ist. Die barrierearme und flexible Möglichkeit einer Konfliktberatung per Video sollte neben der Präsenzberatung auch in Berlin regulär allen ungeplant schwangeren Personen angeboten werden.

Zusammengefasst lautet unser zentraler Appell an Sie: Werte Abgeordnete! Unterstützen Sie die Entwicklung einer Landesstrategie für Frauengesundheit und sorgen Sie zugleich dafür, dass sie verbindlich, intersektional, partizipativ und ausreichend finanziert ausgestaltet wird. Wir stehen Ihnen mit unserer Fachexpertise zur Verfügung und bedanken uns schon jetzt für den Antrag! Alles Weitere würden wir Ihnen in einer erweiterten schriftlichen Stellungnahme im Nachgang zusenden. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau Schulz! – Wir kommen zu Frau Haase.

Konstanze Haase (Familienplanungszentrum – FPZ – Berlin e.V. – BALANCE; Co-Geschäftsführerin): Danke für die Einladung! – Ich bin eingeladen worden, um aus der Arbeit des Familienplanungszentrums zu berichten. Seit 30 Jahren haben wir umfangreiche Erfahrung in der Versorgung von Zielgruppen, die im regulären Gesundheits- und Versorgungssystem nicht ausreichend versorgt werden. Dabei geht es um Frauen mit Behinderungen, Frauen

mit Flucht- und Migrationsgeschichte oder schwangere Frauen ohne Krankenversicherung. Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, bestehende Versorgungslücken zu schließen, indem den genannten Personengruppen niedrigschwellige, barrierearme, kultursensible Angebote zur Verfügung gestellt werden. Aber auch wir kommen da an Grenzen; wir sind natürlich abhängig von Finanzierung und Förderung. Unser Schwerpunkt ist Frauengesundheit unter dem Aspekt der Sicherstellung sexueller und reproduktiver Rechte sowie auch des Schutzes vor Gewalt.

Als Schwerpunkt möchte ich einmal die Versorgung von Menschen mit Behinderungen in den Fokus nehmen: Es gibt die UN-Behindertenrechtskonvention, die 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist. Sie soll Menschen mit Behinderungen das Recht auf gleichberechtigten und diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung sichern. Es gibt Aktionspläne; leider fehlen da häufig zeitliche und inhaltliche Vorgaben, und es fehlt auch finanzielle Unterstützung, zum Beispiel für die entsprechende Ausstattung von Arztpraxen: In Deutschland gibt es zehn gynäkologische Praxen, die auf Frauen im Rollstuhl ausgerichtet sind. In Berlin sind es wohl zwei – eine davon das Familienplanungszentrum BALANCE –, die über einen Lifter verfügen. Ein Lifter ist nötig, um eine Frau aus dem Rollstuhl auf den Behandlungstisch zu heben. Es gibt auch kein zentrales Register für Frauen, die eine gynäkologische Praxis suchen, mit Informationen, welche Praxis barrierefrei ist oder wo man auf geschulte Ärztinnen trifft, die Erfahrung im Umgang mit behinderten Frauen oder dem speziellen Bedarf haben, der vielleicht entsteht. Wir selbst bieten gynäkologische Versorgung für Frauen mit Behinderung an. Die Ärztinnen sagen, es braucht in der Regel eine Stunde, um eine Frau mit Behinderung, gerade wenn es um eine kognitive oder Mehrfachbehinderung geht, zu versorgen. Das kann mit der KV gar nicht abgerechnet werden. Eine gynäkologische Versorgung kann mit 70 bis 80 Euro abgerechnet werden, und in einer Regelpraxis werden pro Stunde bis zu vier Frauen behandelt. Es ist einfach nicht attraktiv für gynäkologische Praxen, Frauen mit Behinderung zu versorgen. Hier ist die Forderung an die Politik, daran irgendwie etwas zu ändern. Auch kommt in den Aus- und Weiterbildungen von Ärztinnen und medizinischem Fachpersonal das Thema Behinderung mit möglichen Spezifika nicht vor, sodass es Unsicherheiten gibt und geschultes Personal sich das nicht zutraut.

Frauen mit Behinderungen sind auch signifikant häufiger von sexualisierter Gewalt betroffen. Sie verfügen über weniger Wissen über ihren Körper und ihre sexuellen Rechte und erleben Einschränkungen in der Selbstbestimmung. Das Erleben sexualisierter Gewalt, da sind wir uns einig, erfordert psychologisch-therapeutische Versorgung. Der Zugang zu Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist für diese Gruppe besonders schwer; ich spreche da vor allen Dingen für Frauen mit einer sogenannten geistigen Behinderung. Es braucht spezielle therapeutische Konzepte und Settings für Menschen mit einer Behinderung. Auch hier muss wieder gesagt werden: Im Psychologiestudium und in der Therapieausbildung kommt das Thema Menschen mit Behinderung überhaupt nicht vor, sodass es auch hier ein Defizit gibt. Wir wissen alle, wie es gerade in der Stadt aussieht: dass es keine Therapeutinnen und Therapeuten gibt, wenn Menschen, auch ohne Behinderung, eine Psychotherapie brauchen. Die Veränderungen durch die Gesundheitsreform, die jetzt angekündigt wurden, also eine Absenkung der Honorare für Psychotherapeuten und eine Budgetierung, werden dazu führen, dass 25 Prozent weniger Therapieangebote geschaffen werden können, und das, obwohl der Bedarf jetzt schon sehr hoch ist.

Wir fordern von der Politik, dass die Gesundheitsversorgung von Frauen und speziell von behinderten Frauen auf die politische Tagesordnung kommt. Es müssen Anreize geschaffen werden, welche die Finanzierung für Beratungsstellen sowie für Arztpraxen sichern. Entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten müssen gegeben werden, sodass es sich auch wirklich lohnt. Es braucht ein Register von Arztpraxen, die Menschen mit Behinderung versorgen, und es muss ein Thema in den Aus- und Weiterbildungen für Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Fachpersonen sein.

Dann möchte ich noch etwas zur Finanzierung der Projekte zur Frauengesundheit sagen: In den Projekten arbeiten viele Frauen für Frauen. Die Finanzierung ist immer nur für ein Jahr gewährleistet, und das schafft Arbeitsbedingungen, die unsicher sind und sich vielleicht auch auf die Qualität niederschlagen könnten, da immer wieder Wechsel stattfinden, weil die Arbeitsbedingungen nicht gut genug sind. Hier würde ich mir also auch wünschen, dass die Projekte längerfristig und sicher gefördert werden können. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank auch Ihnen! – Wir kommen zur Fragerunde der Abgeordneten. Ich starte einmal.

Silke Gebel (GRÜNE): Ich habe vier Fragen: Ich war dankbar, dass das Thema GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz einmal ganz kurz angesprochen wurde, und glaube, wir müssen uns klar machen, was diese Gesetzesänderung auf Bundesebene für Auswirkungen auf die Frauengesundheitsversorgung hat. – Vielleicht können Sie von der Kassenärztlichen Vereinigung das noch einmal ganz kurz anreißen. – Gleichwohl müssen wir im Land, die wir in dieser Frage nur die Möglichkeit haben, im Bundesrat oder auf der Straße darauf einzuwirken, mit den Auswirkungen umgehen und uns fragen, was wir mit dem Ergebnis machen müssen. Das heißt, wir finanzieren zum Teil als Land die Lücken. Frau Haase hat es eben angesprochen, und ich glaube, das ist auch eine Frage an den Senat, wie man hier von dieser Finanzierung für zum Teil nur ein Jahr zu einer längerfristigen Finanzierung kommen kann. Wir haben das ja eigentlich über das Integrierte Gesundheitsprogramm – IGP – angelegt, aber vielleicht können Sie dazu etwas sagen, weil das in den Projekten Ressourcen bindet, die wir dafür eigentlich gar nicht bereitstellen müssen sollten.

Was mich deswegen vor allem interessiert, sind zwei Fragen: Wo müsste man erstens bei den Strukturen, die wir haben und die von der GKV finanziert werden, besser steuern, um die Leute besser zu erreichen? – Da hatten wir den Gedanken, dass man über Netzwerke und eine Landesstrategie mehr erreichen kann. Ich fände es spannend, von Frau Dr. Marschall zu hören: Sie haben den Monitoringbericht angesprochen und können darin vielleicht sogar tatsächlich sehen, wo Lücken sind, oder die KV weiß das, oder alle wissen vielleicht etwas dazu. Ich habe gelesen, dass es in Bayern eine Mädchen- und eine Wechseljahresprechstunde gibt. Das ist erst einmal nur ein Pilotprojekt, aber es ist die Frage, wie man die Leute eigentlich erreicht, die sonst vielleicht durchrutschen, und ob das etwas ist oder wir eine flankierende Kampagne vom Land brauchen und so weiter.

Zweitens bin ich auch der Ansicht, dass die Frauengesundheitsversorgung strukturell über die gynäkologische Versorgung als Anker funktionieren muss, aber viele Probleme, von denen wir hören – wenn Frauen mit ihren Schmerzen nicht ernst genommen werden – kommen ja nicht in der gynäkologischen Praxis auf, sondern in der Rettungsstelle, beim Hausarzt oder beim Facharzt. Da wäre für mich die Frage: Was sind die Leitlinien, die man noch einmal

adressieren muss? Wir hatten eigentlich auch die Charité angefragt, von der heute leider niemand da ist, was ich sehr bedauerlich finde, weil ich auch der Meinung bin, dass es ganz klar um die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte geht. Da würde ich sagen: Wenn die Fachverbände oder die Selbstorganisation sich darum nicht kümmern – – Vielleicht ist das aber auch kein Problem. Da würde mich interessieren, wovon Sie sagen: Da muss sich etwas ändern –, oder: Da wünschen wir uns von der Politik Unterstützung. – Das war es von meiner Seite.

Vorsitzende Silke Gebel: Dann kommen wir jetzt zu Herrn Ubbelohde.

Carsten Ubbelohde (AfD): Vielen Dank! – Die individuelle Betreuung eines jeden Patienten, egal wer er ist, egal was für ein Anliegen er hat, egal welches Bedürfnis er hat, muss für jeden in der Medizin Tätigen eine Selbstverständlichkeit sein; das ist überhaupt gar keine Frage. Es gibt viele Punkte, die beim Thema Frauengesundheit adressiert sind, die vollkommen berechtigt sind, und es gibt auch sehr viele Punkte im Bereich dieses Antrages, die richtig adressiert sind und die wir in den Praxen stärker bespielen und berücksichtigen müssen – auch keine Frage.

Die Frage ist nur: Wer ist der primäre Adressat? Sind es die Hilfesysteme? Ist es die Zivilgesellschaft? Sind es irgendwelche Projekte außerhalb der eigentlichen Versorgungsstrukturen, oder sind es die Versorgungsstrukturen unmittelbar? Da schließe ich unter anderem an das an, was Frau Dr. Mattern und die Kollegin Wessel gesagt haben: dass es wichtig ist, dass wir die Mediziner in ihren Praxen halten. Das Thema ist die Vergütung; das Thema ist Bürokratieabbau; das Thema ist auch Nachwuchsgenerierung, Fachkräftemangel und vieles mehr. Das muss hier herausgestellt werden, denn das ist der Punkt, und da müssen wir uns hier alle ehrlich machen. Da schaue ich einmal gerade in die Runde derer, die sich hier sehr für Frauengesundheit engagieren – zu Recht –, aber auf der anderen Seite nicht dazu beitragen, dass die Strukturen draußen gestärkt werden, die am Ende die Arbeit erbringen wollen und müssen. Das ist der eine Punkt.

Der zweite Punkt ist, um den Antrag einmal etwas im Detail zu analysieren, das Thema Schwangerschaftsabbruch. Ich glaube, es gibt genügend Praxen in Berlin, die für Schwangerschaftsabbrüche zur Verfügung stehen; das Thema sollte eher die tatkräftige und niederschwellige Unterstützung für Frauen sein, die ihr Kind nicht abtreiben, sondern zur Welt bringen wollen, auch wenn das möglicherweise in das etwas verzerrte linksgrüne Frauenbild einiger hier nicht hineinpasst. In Zeiten fehlender Geburten finde ich das besonders verstörend.

Zum Thema Hebammen und Eins-zu-eins-Betreuung: Liebe Grüne! Wir haben im Bundestag diesen Antrag vor einigen Jahren eingebracht; Sie haben ihn dort abgelehnt. Was ist mit Ihrer Glaubwürdigkeit, wenn Sie jetzt hier genau dasselbe fordern? Ja, Hebammenbetreuung ist sehr wichtig, dann aber auch bitte konsequent und glaubwürdig.

Das andere Thema sind die FLINTA*-Personen. Man fragt sich, wie viele Buchstaben es noch braucht, bis die Frau in der Frauengesundheit ganz verschwunden ist. Die Frage ist: Wann rücken denn die tatsächlichen Herausforderungen und Nöte nicht nur der Frauen, sondern auch der Männer und anderer in das Zentrum Ihrer Politik? – Auch braucht es –

Vorsitzende Silke Gebel: Sie haben die drei Minuten erreicht.

Carsten Ubbelohde (AfD): – keine Privilegierung eines Netzwerkes, das es aus unserer Sicht leider oft genug an Objektivität und Sachlichkeit hat mangeln lassen. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Dann kommen wir jetzt zu Frau Haghanipour.

Dr. Bahar Haghanipour (GRÜNE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielen Dank an die Anzuhörenden für Ihre Eingangsstatements! – Auf ein paar Punkte würde ich gern eingehen, vorab würde ich aber gern einmal sagen, dass wir die Position unterstützen, dass das, was Merz gerade im Gesundheitsbereich plant, nicht tragfähig ist. Ich weiß nicht, ob das auch an den Antrag adressiert war, aber nur zum Prozedere, wie ein solcher Antrag bei uns abgestimmt wird: Er ist bei uns durch den Arbeitskreis Haushalt und Finanzen gegangen und ist finanziell hinterlegt.

Ich habe eine Frage im Kopf, die mir noch nicht richtig beantwortet wurde: Sind Sie auch der Meinung, dass es bei der Ärztin des Vertrauens auch Beratungen zu den Wechseljahren geben müsste, die auch abrechenbar sind? Das ist ja einer der Punkte, die wir in der Landesstrategie genannt haben, dass Ärztinnen ein strukturiertes ärztliches Gespräch anbieten können sollten und wir das gerne voranbringen würden.

Den Punkt von Ihnen, Frau Wessel, dass es mehr Studien zur Hormontherapie geben sollte, nehme ich gerne mit. Wir haben in diesem Antrag ja den Punkt, weil wir dazu auch eine Anhörung hatten – das ist schon ein bisschen länger her; das hier ist die zweite Anhörung zum Thema Wechseljahre –, dass wir eine fortführende Studie gefordert haben, um zu eruieren, wie viele Personen wirklich von Wechseljahresbeschwerden betroffen sind und wie die ökonomischen Auswirkungen und Bedarfe von Arbeitnehmerinnen sind. Diesen Punkt nehmen wir gern mit, und genauso auch den Punkt von Frau Dr. Mattern, noch einmal stärker auf die Prävention zu schauen.

Frau Schulz! Ich danke Ihnen, dass Sie hervorgehoben haben, wie wichtig auch die intersektionale Perspektive ist und marginalisierte Gruppen und unterschiedliche Bedarfe in den Blick genommen werden müssen. Das müsste sich durch all diese Punkte wie ein roter Faden ziehen. – Letzter Punkt: Frau Haase! Auch Ihnen noch einmal danke für den Fokus auf Frauen mit Behinderungen, die besondere Bedarfe haben, die nicht gut versorgt sind und für die es eine große Anstrengung und Aufgabe ist, sich Informationen zu beschaffen, wie und wo sie gut versorgt werden können. Auch den Aspekt nehmen wir mit und überlegen, wie wir ihn stärker berücksichtigen können. – Ich danke Ihnen!

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

Mirjam Golm (SPD): Ich bedanke mich natürlich auch für diese interessanten Statements! Vielen Dank, dass Sie alle da sind! – Ich habe auch noch ein paar Fragen: Meine erste Frage richtet sich an Frau Dr. Mattern. Gerade bei Ihnen als niedergelassener Ärztin geht es ja darum, dass eine Strategie auf die Versorgungsrealität trifft. Sie haben beschrieben, wie schwierig es ist, Termine zu bekommen, gerade auch für Prävention. Mich würde interessieren, welche Versorgungslücken Sie aus dem Antrag heraus priorisieren würden, also wovon Sie denken würden, dass erst einmal ein Handlungsbedarf besteht.

Frau Dr. Marschall! Sie haben gesagt, eine wirksame Strategie bedarf natürlich auch einer ausführlichen Datenlage; das haben Sie ganz interessant dargestellt. Mich würde interessieren, welche belastbaren Daten es schon gibt – dazu haben Sie uns schon einen kleinen Einblick gegeben – und was unbedingt noch zusätzlich erhoben werden müsste, denn oft ist es ja so, dass an unterschiedlichen Punkten viele Datensammlungen schon vorhanden sind. Wenn man sie zusammenführt, bedarf es nicht noch einmal einer Extradatenerhebung mit einer Extrastelle und einer Extrastrategie, sondern manchmal ist es ja ganz sinnvoll, das einfach zusammenzuführen. Was müsste da also passieren?

Frau Haase! Ich bedanke mich auch noch einmal ganz ausdrücklich, dass Sie auf die Situation von behinderten Frauen hingewiesen haben. Das ist ein Zustand, der wirklich überhaupt nicht tragbar und ganz furchtbar ist. Mich würde interessieren: Würden Sie denken, dass so eine umfassende Strategie für Frauengesundheit dieser Problematik überhaupt gerecht werden könnte, oder würden Sie denken, dass es gerade für behinderte Frauen vielleicht eine gesonderte Strategie mit ganz konkreten Maßnahmen geben sollte? Zum Beispiel ist ja die Suche nach geeigneten Arztpraxen ein Riesenproblem, und auch der Zugang dazu, also wie die Frauen dahin kommen. Manchmal scheitert es schon an den Stufen oder an der Lage der Arztpraxen. Da bedanke ich mich ganz ausdrücklich, dass es bei Ihnen möglich ist, dass behinderte Frauen versorgt werden können!

Bei der Videoberatung, die ich auch ganz sinnvoll finde, würde mich interessieren, was Sie denken, welche Lücken mit ihr überhaupt geschlossen werden könnten, also in welchen speziellen Fällen. Ich habe von Frauen in ganz speziellen Lebenssituationen gehört, wo es absolut sinnvoll ist, eine Videoberatung zu haben.

Frau Dr. Wessel! Sie haben über Kosten geredet, und viele Forderungen des Antrags betreffen die ärztliche Vergütung, Aus- und Weiterbildung. Mich würde interessieren, welche Punkte dieser Strategie – das ist ja eine große Sammlung – überhaupt das Land Berlin betreffen und von ihm umsetzbar wären, damit man das ein bisschen eingrenzen kann. – Frau Schulz! Sie haben gesagt, Sie begrüßen ausdrücklich diesen Antrag.

Vorsitzende Silke Gebel: Die drei Minuten sind um.

Mirjam Golm (SPD): Noch ganz kurz! – Der Vertrag betrifft ganz unterschiedliche Handlungsfelder, zahlreiche Einzelmaßnahmen und Strategien. Mich würde interessieren: Wessen bedarf es denn, dass es nicht wieder eine große Sammlung gibt, sondern dass wir die Strategie so konkretisieren können, dass ganz bestimmte Einzelmaßnahmen dabei herauskommen, die für die Frauen dann auch wirksam sind? – Vielen Dank! Entschuldigung, dass ich zu lange gesprochen habe.

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

Claudia Engelmann (LINKE): Vielen Dank an die Anzuhörenden und auch dafür, dass ich heute den Tagesordnungspunkt bestreiten darf! – Es sind schockierende Zahlen, die wir da aufgrund der Änderungen bekommen, die jetzt im Bund anstehen. Es ist mir gerade noch einmal sehr bewusst geworden, auf was für ein weiteres Chaos wir tatsächlich zusteuern, auch im Bereich der Frauengesundheit. Ich würde ein paar Fragen an die Anzuhörenden stellen

wollen. Ich weiß nicht, ob es eine zweite Fragerunde gibt; ich bekomme die Fragen an die Senatsverwaltung in den drei Minuten gar nicht mehr unter.

Das erste, was mich interessieren würde: Frau Dr. Marschall! Was steht denn für ein Kostenrahmen hinter dem Wechseljahretelefon, das jetzt angelaufen ist? Was braucht es an Womanpower, um es auszustatten? Wie war die Idee dazu, und gibt es schon erste Tendenzen, wie vielversprechend das sein kann? Es würde mich auch interessieren, ob weitervermittelt wird und Praxen herausgesucht werden, beispielsweise auch für Frauen und FLINTA*-Personen mit Behinderung.

Zur GKV: Frau Dr. Wessel! Sie haben ja in Ihrer Präsentation gesagt, Sie sind Spezialistin für Finanzierung, und dass Sie einen Kassensturz machen können, was eine gesamte Landesstrategie tatsächlich kosten würde; dann stand aber auf der Folie nur das Defizit von 3 Milliarden Euro, oder ich habe es in irgendeiner Form falsch gelesen. Was bräuchte es denn aber aus Ihrer Perspektive, um die Mindeststandards so einer Landesstrategie umzusetzen, und – an alle Anzuhörenden – was wären diese?

Dann haben wir zur Spezialsituation von Trans-, Inter- und Nonbinarypersonen noch nichts gehört. Vielleicht können dazu noch ein paar Dinge gesagt werden, denn ich weiß, dass das im Familienplanungszentrum BALANCE einmal Schwerpunkt gewesen ist und dann wieder aufgegeben werden musste, weil das Projekt nicht weiterfinanziert wurde. – Welche ressortübergreifende Zusammenarbeit braucht es für diese Strategie, und an welchen Schnittstellen hapert es noch?

Aus meiner persönlichen Situation heraus: Die Hormontherapien und die Forschungen dazu sind die eine Sache. Ich selber leide beispielsweise an Multipler Sklerose, also einer chronischen Erkrankung, von der wir wissen, dass sie hormonbedingt ist, und habe in meiner letzten Reha erfahren, dass meine Medikamente nach den Wechseljahren nicht mehr wirken werden. Die Forschung hat aber aufgehört.

Vorsitzende Silke Gebel: Die drei Minuten sind um.

Claudia Engelmann (LINKE): Mich würde interessieren, was im Forschungsbereich benötigt wird, um die vielfältigen Erkrankungen auch über die Wechseljahre hinaus erforschen zu können. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Jetzt ist noch Frau Pieroth an der Reihe.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Das ist eine superwichtige Frage, danke schön! – Ich habe zwei Fragen: Wir wissen ja, Frau Dr. Wessel, dass es eher ein Weniger als ein Mehr geben wird. Entsprechend interessieren mich Strukturen, die wir verändern können, um mit weniger klarzukommen. Sie haben den Versorgungspfad bei Endometriose beschrieben; da würde mich einfach medizinisch interessieren – ich bin keine Medizinerin: Wir haben an der Charité ein Zentrum. Wie wird Endometriose diagnostiziert? Können das Gynäkologinnen tatsächlich leisten? Können wir es so, wie wir es im Antrag schreiben, in die Weiterbildung nehmen? Ist das Bestandteil des Punktesystems von Gynäkologinnen? Ist das alles sinnvoll, was wir da geschrieben haben? Ich kenne Einzelfälle, die in die Charité geschickt werden, und dann muss erst operiert werden, um tatsächlich diagnostizieren zu können. Vielleicht können Sie da von medizinischer Seite ein bisschen Licht in die Angelegenheit bringen.

Die andere strukturelle Angelegenheit, die ich auch anrege, ist: Wir haben 2016 drei Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung – MZEBs – in den Koalitionsvertrag geschrieben. Wir haben uns dann dafür entschieden, dass das im Norden, im Süden und im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge – KEH – angesiedelt sein sollte, damit in der Stadt eine hohe Erreichbarkeit möglich ist. Ich begleite verschiedene Menschen immer wieder in die MZEBs und habe den Eindruck, dass sie ganz gut ausgelastet sind. Ich wollte den Senat fragen, ob wir darüber vielleicht noch stärker informieren sollten und ob ein viertes MZEB angedacht ist, wie es einmal geplant war.

Daran und an das, was Frau Golm richtigerweise angesprochen hat, möchte ich anknüpfen: Das Hauptproblem für Praxen ist es, Praxisräume zu finden, zu halten und weiter zu mieten. Gibt es Bestrebungen, die landeseigenen Wohnungsbauunternehmen in Zukunft mit einer Förderung für versorgende Gewerbe – so nenne ich es einmal – zu versehen, dass dort Praxen unterkommen können? Das halte ich für eine gute Idee.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zur Beantwortung der Fragen. Ich würde vorschlagen, dass wir wieder in der gleichen Reihenfolge vorgehen. Wir fangen mit Frau Dr. Marschall an.

Dr. Ursula Marschall (bifg): Ganz herzlichen Dank! – Ich habe mir ein paar Stichworte notiert und würde mit dem Thema Wechseljahretelefon anfangen, das wir als BARMER jetzt seit einer Woche betreiben. Wir machen das zusammen mit unserem Anbieter, der in München ein medizinisches Callcenter betreibt, von dem wir als BARMER alle verschiedenen Formen von Fragen niederschwellig beantworten lassen. Das Wechseljahretelefon ist von Montag bis Sonntag von 6 bis 24 Uhr besetzt, sodass wir auch den Berufstätigen eine Möglichkeit geben, in Ruhe anrufen und sprechen zu können. Nach einer Woche kann man jetzt natürlich noch keine belastbaren Zahlen erwarten, aber die meisten Anfragen beziehen sich, wie nicht anders zu erwarten, auf das Thema Hormontherapie. Das kommt, muss man sagen, nicht zuletzt durch die Verunsicherung, zu der es im Jahr 2002 gekommen ist, da wir in den damaligen Studien eine Beziehung zwischen Hormonersatztherapie und der Entstehung von Brustkrebs identifiziert hatten. Die Daten von damals sind heute nicht mehr aktuell; deswegen ist es nicht anders zu erwarten, als dass wir hier eine intensiviertere Aufklärung zum Thema Hormone und Hormonersatztherapie haben. Dasselbe wird sich auch in den Praxen nicht anders darstellen; hier ist Bedarf vor allem beim Stichwort bioidentische Hormone: Was ist der Unterschied? Was kann ich selber mit Soja, Nahrungsergänzungsmitteln und Ähnlichem

tun? – Da ist also jede Menge zu tun. Auch hier gibt es Möglichkeiten, die betroffenen Frauen qualifiziert zu informieren.

Das zweite Thema ist das der Daten: Die Daten bei den gesetzlichen Krankenkassen sind Abrechnungsdaten; das heißt, wir sehen alles, was abrechnungsrelevant ist, vom ambulanten über den stationären zum Arzneimittelbereich, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten – all das sehen Sie in den gesetzlichen Krankenkassen. Das Forschungsdatenzentrum hat inzwischen seine Arbeit aufgenommen; das heißt, hier haben Sie komprimiert die Daten von 70 Millionen gesetzlich Versicherten an einem Standort. Dort können auch Forschungen durchgeführt werden. Was dort nicht vorhanden ist, ist das, weswegen wir in der BARMER in unserem Institut unsere Daten beispielsweise mit Krebsregisterdaten verlinken, aber auch mit den berühmten PROMs, den Patient-Reported Outcome Measures, also den Daten zur Lebensqualität. Denn das brauchen wir unbedingt, nicht zuletzt, um Fragen zum Thema Endometriose oder Wechseljahre beantworten zu können. Es gibt also schon Daten, man muss sich aber auskennen, und es gibt mit Sicherheit die Notwendigkeit, noch weitere Forschungen durchzuführen.

Ein letzter Punkt ist das Thema Schmerz: Ich sagte ja schon, ich bin von Haus aus Schmerztherapeutin; ich habe 15 Jahre lang eine Schmerzambulanz geleitet. Schmerz ist keine Gebiets-, sondern eine Zusatzbezeichnung; das heißt, Sie müssen besonders qualifiziert sein, um Patienten mit Schmerzen zu behandeln, und können das dann auch entsprechend abrechnen. Wir unterscheiden den akuten vom chronischen Schmerz. Der Akutschmerz ist das, was sicherlich in den Praxen und auch im Krankenhaus eher weniger ein Problem darstellt, weil er in der Regel mit entsprechenden Medikamenten, egal ob als Tablette, gespritzt oder als nervennahe Injektion, gut behandelt werden kann. Der chronische Schmerz ist aber etwas, bei dem wir die biologischen, psychischen und sozialen Faktoren berücksichtigen müssen; das ist das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Hier braucht es nicht nur einen Arzt; hier brauchen wir einen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten und einen Physiotherapeuten, weil nur durch die Kombination der unterschiedlichen Expertisen der Patient oder die Patientin mit den chronischen Schmerzen sinnvoll behandelt werden kann. Das ist das, was hinter PAIN2020 und PAIN2.0, unseren Aktivitäten mit der Deutschen Schmerzgesellschaft, steckt: das multidisziplinäre Assessment, damit wir genau diese Aspekte berücksichtigen können. Wir haben einen Geschlechtermonitor, den wir gerade vorbereiten, wo wir das Thema Kopfschmerzen in den Fokus stellen, denn bei Migräne denken wir immer an eine Frauenerkrankung, aber auch Männer können Migräne bekommen, und der Clusterkopfschmerz, die dritthäufigste Kopfschmerzart, wird immer den Männern zugeschrieben, aber die Frauen sind absolut unterdiagnostiziert. Da gibt es also noch jede Menge zu tun; wir sind aber dabei.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau Dr. Marschall! – Dann kommen wir jetzt zu Frau Dr. Wessel.

Dr. Christiane Wessel (KV Berlin): Ich habe mir auch ein paar Notizen gemacht, aber vorab einmal zu Ihrer Strategie und der Idee, den Schwangerschaftsabbruch in Berlin an Hausärztinnen zu geben: Dass Hausärzte medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche machen sollen, haben Sie gesagt. Da ist bei mir sofort ein roter Alarm angegangen, denn Sie wissen, dass die Hausärztinnen und Hausärzte in Zukunft viel mehr Versorgung werden übernehmen müssen. Sie können es nicht noch schaffen, und sie können es auch nicht, denn man braucht einen Ultraschall. – [Dr. Bahar Haghanipour (GRÜNE): Da habe ich mich nicht gut ausgedrückt.] –

Dann habe ich das falsch verstanden; dann vergessen wir das gleich wieder und kommen zum anderen.

Ich glaube, es war Ihre Frage, Frau Gebel, was das GKV-BStabG besonders für die Frauenheilkunde tut – oder ihr Schlechtes antut. Wir leisten ja nicht wirklich Vorsorge, sondern eher Früherkennung; ich will einmal die Zervixkarzinomfrüherkennung und das Mammografiescreening als Beispiele nennen. Wir brauchen eigentlich genauso wie bei der Impfung gegen humane Papillomviren – HPV – eine größere Teilnahme, um damit wirklich einen volkswirtschaftlichen Erfolg zu generieren. Jede Screeningmaßnahme wird daran gemessen, ob sie dann auch irgendetwas einspart. Wir brauchen die Unterstützung des Landes Berlin vielleicht im Bund oder auch den Krankenkassen gegenüber, wenn es darum geht, dass die Zervixkarzinomvorsorge nicht in jedem Jahr gleich ist, sondern 2020 erneuert wurde, sodass wir alle drei Jahre – 2020, 2023 und dieses Jahr – einen erhöhten Leistungsbedarf haben, der dann abflacht. Wenn jetzt das Geld einbudgetiert werden soll und, so ist ja das Ziel, das Geld von 2025 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung – MGv – kommt, dann ist das zu wenig Geld, weil 2025 die Nachfrage nach der erweiterten Zervixkarzinomvorsorge einfach niedriger war, weil Frauen ab 35 Jahren eben seit 2020 alle drei Jahre einen HPV-Test bekommen. Da brauchen wir also eine Übereinstimmung auf KBV-Ebene, aber vielleicht kann die Politik auch etwas tun. – Und ja, Frau Mattern hat es gesagt: Eigentlich sind das Vorsorgeuntersuchungen, die nicht ins Budget gehören.

Noch viel komplizierter wird es beim Mammografiescreening: Wir haben bis jetzt eine Teilnahmerate von ungefähr 53 Prozent – bundesweit, aber in Berlin ist sie sicherlich nicht viel höher. Wir können schon heute sehen, dass die fortgeschrittenen Mammakarzinome dadurch abnehmen. Durch diese Vorsorge wird kein Mammakarzinom verhindert; wenn ich also die allgemeine Zahl der Mammakarzinome dabei betrachte, werden es dadurch nicht weniger. Es geht um Früherkennung und darum, weniger Therapie für die Frauen zu benötigen, aber eben auch Kosten für das Gesundheitssystem einzusparen. Jetzt ist vorgesehen und steht schon im Gesetz, dass Frauen ab 45 Jahren dazukommen. Es ist noch nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss – GBA – gegangen, wie das finanziert werden soll, aber auch das Mammografiescreening wird auf der Grundlage von 2025 einbudgetiert, und dann sollen ganze fünf Jahreskohorten mehr damit finanziert werden. Ich habe in der KBV angeregt, dass das im GBA abgelehnt werden sollte, bis diese Dinge geklärt sind, ganz abgesehen von der Frage, ob es sinnvoll ist, diese Art der Untersuchung für so junge Frauen anzubieten.

Vielleicht zum Thema Wechseljahreberatung oder auch Endometriose: Ich habe den Strukturpfad nicht, aber für beides gilt immer, dass wir eine gute Weiterbildung der Fachärztinnen und Fachärzte brauchen. Natürlich brauchen wir auch eine gute universitäre Ausbildung; letztendlich muss es da schon anfangen. In der Klinik erhalten die jungen Kolleginnen und Kollegen einfach nicht die entsprechende Weiterbildung, weil das dort keine Themen sind. Da wird operiert, aber nicht nachbehandelt. Ich kann auch nicht alles in ein Zentrum geben; zum Endometriosezentrum der Charité schicke ich – oder die meisten von uns – nur Patientinnen hin, wenn wir anders gar nicht weiterkommen. Ob die Leitlinie so sinnvoll ist, zu sagen, ich stelle allein mit dem Ultraschall die Diagnose? – Das ist eben so, aber auch bei Leitlinien würde ich vorschlagen – einmal abseits der KV –, dass wir uns bei den Leitlinienkommissionen, gerade in der Gynäkologie, einmal anschauen müssen, wie viele Frauen darin sind oder ob die Leitlinien nicht auch von Männern geschrieben werden. – Genauso ist es.

Dazu, dass Schmerzen so spät behandelt werden, würde ich einmal die akuten Schmerzen und den vielbesagten Herzinfarkt in den Blick nehmen, der bei Frauen heute nach wie vor spät erkannt wird, wie auch Herzerkrankungen allgemein. Auch da braucht es wieder Weiterbildungen, aber nicht unbedingt bei den Gynäkologinnen und Gynäkologen, sondern vor allem bei den Internistinnen und Internisten und Angiologinnen und Angiologen. Wenn ich heute immer noch höre, dass Angiologinnen davon abraten, einen Hormonersatz zu nehmen, denke ich immer: In welchem Jahrhundert sind die denn stehen geblieben? – Wir brauchen in der Weiterbildung vor allem Geld, gerade unter den jetzigen Bedingungen, wo die Fälle nicht ausgeweitet werden können. Ich habe zwei Assistenzärztinnen in Weiterbildung in der Praxis; eigentlich kann ich sie mir gar nicht mehr leisten, weil sie über die Förderung hinausgehen und ich sie nicht gefördert bekomme, und so geht es ganz vielen.

Die Beratung zum Klimakterium beim Gynäkologen oder meistens der Gynäkologin Ihres Vertrauens – ich glaube, Sie haben danach gefragt, Frau Haghanipour – ist, wenn es sie noch gibt, sicherlich sinnvoll, und die Frauen nehmen sie auch in Anspruch. – Brauchen wir eine abrechenbare Ziffer? – Wir brauchen in der Gynäkologie überhaupt erst einmal eine Beratungsziffer; wir haben nämlich gar keine. Darum wird ja auch immer darüber geredet, dass wir die Frauen psychiatrisch mit unseren F-Diagnosen – Diagnosen nach Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10 – krank machen, damit wir überhaupt eine Beratungsziffer haben. Wir brauchen also überhaupt erst einmal Beratungsziffern. Eine Wechseljahreberatung, das kann ich Ihnen wirklich aus eigener Erfahrung sagen, ist nicht in zehn Minuten abgetan. Sie muss dann auch so finanziert sein, dass Sie mindestens eine halbe Stunde mit den Frauen sprechen können, um alles Für und Wider zu klären, und das ist eigentlich immer noch zu wenig.

Ob es mehr Studien geben sollte? – Ja, und nicht nur zu den volkswirtschaftlichen Auswirkungen. Es geht heute nicht mehr darum, ob Hormone helfen – das wissen wir ungefähr –, sondern wann und bei welcher Frau es noch sinnvoll ist, was mit den Östrogenrezeptoren ist und wann sie weg sind, weil dann eine Hormonersatztherapie nichts mehr bringt und so weiter. – Frau Golm hat Frau Mattern gefragt. – Klar, das meiste betrifft die Bundesebene, gar keine Frage. Da kann Berlin in erster Linie zumindest in der Gesundheitsministerkonferenz mitarbeiten oder Sie Ihre Berliner Kolleginnen und Kollegen Bundestagsabgeordnete doch einmal darauf aufmerksam machen.

Frau Engelmann! Ich kann schwer ausrechnen, wie die Mindestanforderungen finanziell – – Das habe ich auch nicht – – Dann habe ich mich falsch ausgedrückt, wenn das so bei Ihnen angekommen ist. Wir verteilen nur das Geld, das die Kassen – wie die BARMER hier an meiner linken Seite – zur Verfügung stellen, und die Kassen können nur das ausgeben, was sie bekommen. Darum will ich meinen Satz noch einmal und immer wieder sagen: Wir müssen als Zivil- und gesamte Gesellschaft irgendwann einmal anfangen, und zwar so schnell wie möglich, darüber zu diskutieren, was wir uns leisten können, was wir uns leisten wollen, und mit welchen Mitteln. Da muss jeder, nicht nur Ärztinnen, nicht nur Krankenkassen, nicht nur Patientinnen, sondern wirklich die gesamte Gesellschaft einmal sagen: Wann machen wir noch was an Therapie? Was ist wann noch sinnvoll, oder was verlängert das Leben vielleicht um zwei Monate, kostet aber unermesslich viel Geld, was alle anderen tragen müssen? – Zur Endometriose habe ich etwas gesagt. – Noch einmal: Wir brauchen universitäre Forschung, unabhängig von Pharmafirmen, die das bezahlen. – Ich hoffe, ich habe alles irgendwie beantwortet.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau Dr. Wessel! – Wir kommen jetzt zu Frau Dr. Mattern.

Dr. Nicole Mattern (BVF) [zugeschaltet]: Ich versuche jetzt, die wirklich guten Ausführungen meiner Vorrednerinnen zu ergänzen, und würde vor allem vorab noch einmal sagen wollen – Christiane Wessel hat es gerade schon angedeutet: In der Niederlassung wird auch ausgebildet, und Weiterbildung ist hier ein ganz wichtiges Thema, das in Zukunft finanziell nicht mehr getragen wird und getragen werden kann. Das Implementieren der Weiterbildung in die Niederlassungen ist aber unheimlich wichtig und sollte ein ganz klarer, fest integrierter Bestandteil der Facharztweiterbildung sein, denn, wie Frau Wessel gerade eben auch gesagt hat, wir bilden aus. Da geht es um gesprächsführende Leistungen, es geht um Diagnostik bei Endometriose und in den Wechseljahren. Das sind nicht die Dinge, die in der Weiterbildung im Klinikalltag gelernt werden; wir können das in der Niederlassung. Das einmal vorangesetzt.

Jetzt würde ich gern auf die Fragen eingehen: Es ging darum, in der Landesstrategie, wenn sie auf die Versorgungswirklichkeit trifft, Versorgungslücken zu priorisieren, und an welcher Stelle der Handlungsbedarf pressiert. Ich muss vorneweg schieben: Als Berufsverbandsvorsitzende habe ich natürlich die Bedürfnisse und Bedarfe aller fachspezialisierten Gynäkologinnen und Gynäkologen unter einem Hut zu betrachten. Die Landesstrategie gibt sehr wertvolle Punkte wieder, die an sich nicht zu priorisieren sind, denn sie betreffen unser aller Alltag in der Niederlassung und in der Versorgung von Frauengesundheit, sodass das nicht funktioniert. Wenn Sie aber eine Priorisierung haben wollten, müssten wir wieder auf die Implementierung einer Gesprächsziffer schauen, die allein – das war ja auch eine Frage – sicherlich nicht nur auf die Wechseljahre zu beziehen ist, sondern auch auf Endometriose, denn hier besteht sehr viel Aufklärungsbedarf, und diese Gesprächsziffer existiert so nicht.

Wenn wir das aber im Kontext des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes sehen, frage ich mich – da kommen wir wieder zu dem gleichen Punkt – nach der Finanzierbarkeit. Da wir alle in der Niederlassung gerade das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz so sehr im Nacken haben und unsere Wirtschaftlichkeit in den Praxen so ein dominierendes Thema ist, stellt sich die Frage, wie wir hier politisch angreifen können. An welcher Stelle kann die Finanzierbarkeit geregelt werden? – Da ist das Gespräch mit den Krankenkassen ein ganz wichtiges und auf Bundesebene ebenso gedacht. Die Studie zur W1-Untersuchung zur Wechseljahreberatung wurde schon angesprochen; wir haben auch die Mädchensprechstunde M1. Da sind gute Vorreiterinnen und Vorreiter, die an der Stelle schon zeigen, wie es funktionieren kann, aber auch hier steht die Finanzierbarkeit infrage. Wer geht dafür in die Leistung? Denn Ärztinnen und Ärzte, die in der Niederlassung arbeiten, können das nicht mehr alleine stemmen. Dass die Mischkalkulation der vergangenen Jahre die Praxen trägt, wird in Zukunft nicht mehr möglich sein; das heißt, Finanzierbarkeit steht an allererster Stelle.

Abschließend möchte ich noch einmal ganz klar sagen – Sie haben es eingangs auch einmal gesagt: Natürlich gehen Frauen bei Beschwerden auch zu Hausärztinnen und Hausärzten und werden dort im Rahmen eines Check-up 35 vielleicht auch schon auf ihre Wechseljahre hingewiesen. Übrigens laufen hier bereits im Hintergrund Gespräche mit dem Hausärztinnen- und Hausärzteverband, um uns gemeinsam zu stärken. Dennoch: Die eigentliche Expertise liegt in der gynäkologischen Versorgung, und da sollte sie auch gehalten werden. Wenn wir an der Stelle genau solche Leistungen nicht mehr anbieten können, weil sie ins Budget fallen und Ärztinnen und Ärzte dazu gezwungen sind, diese nicht mehr in der Form anzubieten,

dann wird es wirklich schwierig. Das betrifft nicht nur die Wechseljahre; das betrifft alle anderen Dinge – Frau Wessel hat es angesprochen –, ob es das Zervixkarzinomscreening oder ob es die Schwangerenvorsorge ist. Da wird es dann eben sehr schwierig; an dieser Stelle gelingt eine Priorisierung nicht. – Ich denke, mehr Fragen waren nicht konkret an mich gerichtet. Wie ich schon eingangs sagte: Meine Vorrednerinnen haben sehr gut dazu beigetragen, an der Stelle aufzuklären. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Alles klar, vielen Dank! – Dann kommen wir zu Frau Schulz.

Sybill Schulz (Feministisches Netzwerk für Gesundheit Berlin): Vielen Dank, auch für die Frage von der SPD! – Frau Golm! Noch einmal zur Strategie, wie das aufgesetzt werden kann: Ich glaube, wir wissen, dass es viele funktionierende Netzwerke und gute Strukturen in Berlin gibt, die man einbinden muss. Es braucht einen Auftakt, um erst einmal die Strategie vorzustellen und vor allem diese Strukturen einzubeziehen, seien es die Kliniken und die niedergelassenen Ärztinnen oder natürlich auch die vielen Beratungsstellen, die wir in der Stadt haben, oder einzelne zivilgesellschaftliche Organisationen. Ich glaube, es braucht Fachgruppen zu unterschiedlichen Krankheitsbildern, aber es braucht auch eine Struktur für die übergreifenden Themen: Aus- und Weiterbildung, wie vorhin benannt, ist, denke ich, ganz wichtig, und dabei vor allem auch die Diversitätsorientierung und die Intersektionalität; es braucht das Thema Forschung als übergreifendes Thema, und auch, marginalisierte Gruppen wie Frauen mit Behinderung, wie wir gehört haben, aber natürlich auch Frauen mit Flucht- und Migrationsgeschichte in den Blick zu nehmen. Was noch gar nicht ausdrücklich benannt worden ist, ist das Thema Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung; ich denke, das muss auf jeden Fall einbezogen werden.

Ich kann nur daran erinnern: Wir haben im Juli den ersten Feministischen Sommerkongress in Berlin gestartet. Da hatten wir elf Themenschwerpunkte; viele davon waren gesundheitsrelevant. Auch da haben wir gesehen, wie viele zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Vertreterinnen aus sehr unterschiedlichen Institutionen und Organisationen zusammengekommen sind. Wir können nur anbieten, so einen Verteiler zu nutzen. Als Feministisches Netzwerk arbeiten wir zu sechs Schwerpunkten und haben über 60 Mitgliedsorganisationen und Einzelexpertinnen; auch das können wir zur Verfügung stellen, wenn es um eine Strategie geht, um die Zivilgesellschaft zu erreichen. – Ich glaube, damit war alles benannt.

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

Konstanze Haase (FPZ Berlin): Ich hoffe, ich habe alle Fragen, die an mich gerichtet waren, richtig notiert. – Eine war auf jeden Fall die Frage von Frau Golm, ob es eine gesonderte Strategie braucht. Ich verstehe Ihre Frage, und es braucht sicher Sondermittel für Frauen und FLINTA*-Personen mit Behinderung. Mir ist wichtig, wenn wir über Strategien für Frauengesundheit sprechen, auch Frauen und FLINTA*-Personen mit Behinderungen mitzudenken, denn es ist einfach eine bestehende Ungleichbehandlung von Frauen und FLINTA*-Personen mit Behinderungen vorhanden, und ich würde mir sehr wünschen, dass es Schritte gibt, welche die Ungleichbehandlung geringer machen.

Es gab die Frage nach Videoberatungen bei Schwangerschaftskonflikten. Für mich ist das überhaupt keine Frage: Warum nicht, frage ich mich. Seit Corona wissen wir, dass Angebote durchaus auch per Video genutzt werden und qualitativ genauso gut sind. Sybill Schulz hat es

schon angesprochen: Für eine Frau, die ungewollt oder ungeplant schwanger ist und eine Schwangerschaftskonfliktberatung in Anspruch nehmen will, ist es einfach niedrigschwelliger, wenn sie das per Video tun kann und sich keine speziellen Zeiten freischaufeln muss, weil sie Kinder versorgen oder arbeiten muss. Ich glaube, dass das genauso gut ist, und es zeigt sich ja auch in anderen Bundesländern in Deutschland, dass es funktioniert.

Dann gab es noch eine Frage zur Versorgung von Trans- und Interpersonen im FPZ: Wenn wir da über Gynäkologie reden, ist das Problem ganz einfach, dass wir das nicht abrechnen können; da führt kein Weg hinein. Wir haben einen Institutsvertrag mit der KV, und es ist nicht möglich, Personen, die nicht als weiblich im Personenstandsregister stehen, in der Gynäkologie abzurechnen. Von daher ist das schon einmal erschwert.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Wir sind mit der Runde der Anzuhörenden und ihren Antworten fertig und kommen zur Antwort des Senats. – Frau Haußdörfer!

Staatssekretärin Ellen Haußdörfer (SenWGP): Vielen herzlichen Dank! – Ich versuche auch, die Antworten ein bisschen zu komprimieren, weil in der Tat vieles richtig, gut und zusammenhängend gesagt wurde. Ich glaube, wir müssen uns für die nächsten Jahre warm anziehen und die unterschiedlichen Bestrebungen, die es auf unterschiedlichen Ebenen gibt, zusammenführen. Ich sitze ungelogen alleine in fünf Beiräten, Arbeitsgruppen und Runden Tischen, die irgendeine Schnittmenge mit Frauengesundheit für bestimmte Zielgruppen wie Krankenversicherte oder Geflüchtete haben. Ich glaube, wir müssen diese Redundanzen aufheben, wenn es darum geht, gegebenenfalls eine Landesstrategie zu nehmen, denn ich finde es beispielsweise bei dem Verfahren um die Istanbul-Konvention, das von meiner Kollegin Micha Klapp geleitet wird, sehr gut, die Maßnahmen, die man verabredet hat, systematisch nachzuvollziehen und auch ein Controlling einzuführen. Ich glaube, wir müssen dann auch darüber sprechen, wie man so etwas abgrenzt, ohne wiederum Menschen oder verschiedene Perspektiven zu verlieren. Das ist nicht ganz so trivial, einfach und kostenneutral, wie es hier vielleicht dargestellt wird, weil all diese Vernetzungsarbeit vom Hauptamt auch geleistet werden muss. Das hat uns nicht nur in den Rahmenvertragsverhandlungen mit der LIGA Berlin zum IGP beschäftigt, sondern ist so wie heute in der Anhörung auch Thema in mehreren Ausschüssen. Es ist, glaube ich, auch der richtige Ansatz, hier die gesamtstädtische Steuerung beziehungsweise die gesamtstädtische Betroffenheit darzustellen.

Das gehört auch zum Thema der langfristigen Zuwendungsfinanzierungen; das ist ein Thema, das nicht nur diesen Ausschuss hier regelhaft begleitet, sondern dessen wir uns an vielen Stellen gewärtig machen müssen. Ich glaube schon, dass es einen Mehrwert haben muss, wenn man einen fünfjährigen Rahmenvertrag verhandelt, dass man dann nicht alle drei Monate in den Zwischenbescheid und in die nächste Diskussion kommt. Hier sind wir mit der federführenden SenASGIVA und auch mit SenMVKU, die ja diese Pilot- und Modellvorhaben im Bereich der Zuwendungsfinanzierung gestartet haben, weiter im Gespräch, und ich meine, wenn man ungefähr 150 Zuwendungen in Projekten mit fast 70 Millionen Euro Umfang hat, die teilweise schon viele Jahre gefördert werden, dann muss man da auch zu pragmatischen Lösungen kommen, die allerdings im Rahmen der Landeshaushaltsordnung zu verorten sind. Ich glaube, in den letzten Monaten und Jahren haben wir hier neue Erkenntnisse gewonnen und haben natürlich auch die Bereitschaft, auf eine langfristige Zuwendungsfinanzierung umzusteigen. Diese bedeutet dann allerdings auch einen Wechsel der Finanzierung und nicht das – das will ich auch ganz deutlich sagen –, was dann häufig eingewendet wird, nämlich dass

man alle drei Monaten einen Kassensturz macht und sagt, man verteilt Gelder anders. Die Planbarkeit muss also auf beiden Seiten hergestellt sein.

Wir haben uns in der Tat, das war auch eine Fragestellung, sehr intensiv bei der Gesundheitsministerkonferenz für das Thema Barrierefreiheit eingesetzt; wir haben es unter anderem auch in unserem Landesgremium nach § 90a SGB V behandelt. Im Rahmen dessen, was die Akteurinnen und Akteure dort mitteilen und an Informationen bereitstellen können, ist das Thema, glaube ich, sehr gut adressiert. Es war ein Novum, das will ich ganz deutlich sagen, dass die niedersächsische Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderungen, Frau Grote, dazu sprechen durfte, und zwar sowohl auf der Amtschef- als auch auf der Gesundheitsministerkonferenz. Das Thema Barrierefreiheit in Arztpraxen sowie die Weiterentwicklung der MZEBs spielte dort eine große Rolle. Ich persönlich habe alle drei, vier Monate ein Fachgespräch mit den Vertretungen der MZEBs, weil ich glaube, dass das ein großes Thema ist, weil wir hier nicht über eine große Leitlinie beraten können, mit der wir 85 Prozent aller Fälle erwischen, sondern immer über Einzelfälle sprechen. Diese Einzelfälle brauchen genau diesen Zugang. Was mir die Vertretung der MZEBs – das nächste Fachgespräch ist am 11. September – mitgeteilt hat, ist, dass wir – Frau Pieroth-Manelli ist nicht mehr da, aber Sie können es ihr mitteilen – nicht nur den Bedarf sehen müssen, sondern auch die Frage, die übrigens auch Medizinerinnen und Mediziner selber stellen: Können sie mit den Krankheitsbildern, die sie dort sehen, so individuell, wie sie sind, eigentlich gut umgehen? Denn die Kinder werden zu Jugendlichen, Jugendliche werden zu jungen Erwachsenen, und deshalb sind sie dann kein Fall mehr für die 22 Sozialpädiatrischen Zentren – das geht nur bis zu 18 Jahren –, sondern für die MZEBs. Man stellt dort auch fest, dass man für manche Krankheitsbilder, manche Symptome, manche einzelnen Konstellationen einfach nicht den Masterplan hat, um durch das System zu leiten, sondern eine große Beratungsnotwendigkeit besteht, was zum Beispiel ist, wenn die eigenen Eltern älter werden oder gegebenenfalls ausfallen. Deshalb müssen wir hier den Schulterschluss zum Bundesteilhabegesetz – BTHG – und den entsprechenden Einzelleistungen suchen, und deshalb müssen sich die MZEBs gerade im Bereich der Translation gut aufstellen. Wir sind da in einem guten Gespräch, und ich bin auch sehr dankbar für das Vertrauen und die Expertise, die mir und unserer Verwaltung zur Verfügung gestellt wird, weil ich glaube, dass es der richtige Weg ist, im Gespräch zu bleiben und die einzelnen Problemlagen auch mit Gästen wie beispielsweise dem Verband der Ersatzkassen – vdek – oder der Berliner Krankenhausgesellschaft – BKG – entsprechend anzugehen.

Wir haben gerade erst am Donnerstag das Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Familienplanung in Marzahn-Hellersdorf an einem neuen Standort wiedereröffnet. Da möchte ich auch noch einmal eine Lanze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst brechen und das mitteilen, weil natürlich die fünf Zentren und 27 Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in dieser Stadt vom Stadtrand bis in die Mitte Berlins eine wohnort- und lebensnahe Versorgung und psychosoziale Beratung bieten. Meine persönliche Ansicht ist: Ja, man kann vieles auch per Videosprechstunde lösen, aber ich glaube, der persönliche Kontakt weg von der Anonymität, die über Digitales herstellbar ist, ist ein entscheidender Faktor, warum es diese Vertrauenswährung gibt, mit der wir umgehen. Deshalb ist es wichtig, dass wir den Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht aus der Verantwortung und dem Schutz ziehen. Deshalb war es auch am Donnerstag so wichtig, denn es war die letzte Vorlage, die der Hauptausschuss angenommen hat, eine externe Anmietung durchzuführen, weil das Thema Praxisräume nicht nur für Ärztinnen und Ärzte und medizinische Einrichtungen eine besondere Rolle spielt, sondern auch für den öffentlichen Dienst, und es hier gelungen ist, in einem sehr guten Projekt am Kienberg – das können sich alle anschauen –, nämlich einem Integrierten Gesundheitszentrum, auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst und auf die KV-Praxis Rücksicht zu nehmen und deswegen eine Rundumberatung aufzustellen. Ich will auch sagen, dass das durchaus ein Thema ist, wie man in Zukunft diese Versorgung aufstellen kann, nämlich auf viele Beine, mit der entsprechenden Expertise hier und mit dem Wissen, dass in Berlin vom Stadtrand bis zur Mitte eine gute gesundheitliche Versorgung sichergestellt wird.

Wir müssen natürlich auch darauf achten, dass die medizinische Versorgung von den Menschen entwickelt und geplant wird, die sie auch betrifft – und nicht nur von einem Geschlecht. Wir sind 50 Prozent der Gesellschaft; als solche müssen wir auch eine entsprechende Berücksichtigung finden. – Danke sehr!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Wir sind am Ende unserer Anhörung angekommen. – Ich darf mich einmal bei den Anzuhörenden bedanken, dass Sie heute hier waren, unsere Fragen beantwortet und uns einen Einblick in Ihre Arbeit gegeben haben! Vielen Dank auch für die Arbeit, die Sie für die Stadt machen! Ich wünsche Ihnen noch eine schöne Woche!

Ich will noch einmal sagen, dass wir jetzt nicht über den Antrag abstimmen, weil die anderen Ausschüsse, die mitberaten – das sind mehrere, nämlich der Ausschuss für Integration, Frauen und Gleichstellung, Vielfalt und Antidiskriminierung und der Ausschuss für Wissenschaft und Forschung –, den Antrag erstaunlicherweise noch nicht behandelt haben, und da wir der federführende Ausschuss sind, dürfen wir erst am Schluss abstimmen. Deswegen haben wir heute keine Abstimmung, und die Vorgänge werden vertagt. – Damit ist Tagesordnungspunkt 3 abgeschlossen.

Punkt 4 der Tagesordnung

- a) Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
Drucksache 19/2435
Mentale Gesundheit in Schulen stärken: Ausbildung verbessern
[0336](#)
GesPflfeg
BildJugFam(f)
- b) Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
Drucksache 19/2436
Mentale Gesundheit in Schulen stärken: Unterstützungsangebote für die Betroffenen weiterentwickeln
[0337](#)
GesPflfeg
BildJugFam(f)
- c) Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
Drucksache 19/2437
Mentale Gesundheit in Schulen stärken: Für Entlastung sorgen
[0338](#)
GesPflfeg
BildJugFam(f)
- d) Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD
Drucksache 19/3454
Soziales Entschädigungsgesetz umsetzen – Plätze in Traumaambulanzen für Opfer von Gewalt ausbauen
[0396](#)
GesPflfeg
- e) Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD
Drucksache 19/3460
Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen endlich zum Schwerpunkt machen und nachhaltig stärken
[0397](#)
GesPflfeg
- f) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Situation der stationären psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD)
[0154](#)
GesPflfeg

Hierzu: Auswertung der Anhörungen vom 16. September 2024 sowie 30. Juni 2025
- g) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Situation der ambulanten psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD)
[0226](#)
GesPflfeg

Hierzu: Auswertung der Anhörungen vom 16. September 2024 sowie 30. Juni 2025

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 5 der Tagesordnung

Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD
Drucksache 19/3007 Neu

**Verbesserung der gerichtsfesten Dokumentation und
Spurensicherung durch Berliner Krankenhäuser bei
körperlicher Gewalt**

[0374](#)
GesPflg(f)
IntGleich*

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 6 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.