

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

5. Sitzung
14. März 2022

Beginn: 09.00 Uhr
Schluss: 12.02 Uhr
Vorsitz: Christian Gräff (CDU)

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.

Punkt 3 der Tagesordnung

- a) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0013](#)
Akute Coronelage
(auf Antrag der Fraktion der SPD, der Fraktion Bündnis
90/Die Grünen, der Fraktion der CDU, der Fraktion Die
Linke, der AfD-Fraktion und der Fraktion der FDP) GesPflGleich
- b) Antrag der Fraktion der FDP [0021](#)
Drucksache 19/0109 GesPflGleich(f)
**Jugendliche nicht durch 2G+ von der Teilhabe an
Bildung, Kultur und dem sozialen Leben
ausschließen** BildJugFam*

Siehe Inhaltsprotokoll.

Vorsitzender Christian Gräff: Wir kommen zu

Punkt 4 der Tagesordnung

- a) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0016](#)
**Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche:
Stand und Perspektiven**
(auf Antrag der Fraktion der SPD, der Fraktion Bündnis
90/Die Grünen und der Fraktion Die Linke) GesPflGleich
- b) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0019](#)
**Anhörung und Diskussion zur Situation der
stationären kinderärztlichen Versorgung und
Rettungsstellen**
(auf Antrag der Fraktion der CDU) GesPflGleich
- c) Antrag der AfD-Fraktion [0012](#)
Drucksache 19/0096 GesPflGleich
**Normalität für Kinder und Jugendliche schaffen!
Teilhabe am kulturellen und sozialen Leben
garantieren und evidenzbasiert schädliche Corona-
Maßnahmen beenden!**

Hierzu: Anhörung

Ich begrüße ganz herzlich und in alphabetischer Reihenfolge Herrn Prof. Dr. Marcus Mall, Direktor der Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Pneumologie, Immunologie und Intensivmedizin; er ist per Webex zugeschaltet – herzlich willkommen! –, Herrn Prof. Dr. Rainer Rossi, Chefarzt in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Vivantes Klinikum Neukölln; er ist im Übertragungsraum – auch Ihnen ein herzliches Willkommen! –, Frau Dr. Olga Staudacher, Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Pneumologie, Immunologie und Intensiv-

medizin; sie ist hier im Raum anwesend – herzlich willkommen! – sowie Frau Dr. Beatrix Schmidt, Chefärztin im St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin – auch Ihnen ein herzliches Willkommen!

Ich gehe davon aus, dass ein Wortprotokoll gewünscht wird.

Das Thema ist vor Kurzem auch von Ihnen, jedenfalls aber von einem doch sehr breiten Kreis von besorgten Medizinerinnen und Medizinern in Berlin an uns adressiert worden. Ich bin sehr froh, dass wir das Thema heute zur Besprechung haben und Sie als Expertinnen und Experten anhören können; es klang auf jeden Fall besorgniserregend.

Ich darf fragen, ob die Fraktionen den Besprechungsbedarf zu den verschiedenen Punkten begründen möchten. Oder wollen wir das nachher in der Fraktionsrunde und der Diskussion machen? – Dem ist so. Dann können wir gleich in die Anhörung einsteigen. – Ich frage nur noch den Senat, ob es eine einleitende Stellungnahme gibt. Nein, gibt es nicht. Dann würden wir jetzt loslegen.

Frau Dr. Staudacher, Sie haben das Wort! Wir versuchen stets, bei etwa fünf Minuten zu bleiben – das an alle Anzuhörenden –; es kann auch ein bisschen mehr sein. Sodann gibt es die Fraktionsrunde und sicherlich noch Fragen an Sie. Herzlichen Dank!

Dr. Olga Staudacher (Klinik für Pädiatrie; Assistenzärztin): Vielen Dank für die Einladung! Ich strenge mich an, bei den fünf Minuten zu bleiben. – Ich bin Assistenzärztin an einer Berliner Klinik, und mir ist ganz wichtig, damit anzufangen, dass ich nicht über meine Situation oder die Situation an meiner Klinik reden will, sondern als Teil unserer Initiative, die aus allen Kinderkliniken entstanden ist. Deswegen bin ich auch ein bisschen unglücklich darüber, dass ich die einzige Assistenzärztin bin, die hier gehört wird, und nach mir drei unserer Chefinnen und Chefs sprechen. Verstehen Sie mich bitte nicht falsch: Das Verhältnis zu unseren Vorgesetzten ist extrem gut. Ich bin sicher, dass sie jeden Tag einen großen Teil ihrer Arbeit dafür aufbringen, die Versorgung in den Kinderkliniken zu verbessern. Sie stehen auf jeden Fall hinter uns.

Trotzdem sind wir es, die jeden Tag auf Essenspausen verzichten und versuchen, so wenig wie möglich auf die Toilette zu gehen. Wir sind diejenigen, die auf Station 20 Kinder betreuen und uns deswegen entscheiden müssen, ob wir zuerst zu einem Kind mit Atemnot oder zu dem mit allergischer Reaktion gehen. Wir sind dann auch die, die, wenn die Entscheidung nicht die richtige war, sie vor uns rechtfertigen und vor den Eltern. Wir sind diejenigen, die in der Rettungsstelle jeden Tag Kinder betreuen, von denen wir denken, eigentlich würden wir sie lieber im Krankenhaus behalten, aber – da die Bettensituation so furchtbar ist – alles tun, um sie in der Rettungsstelle so zu päppeln, dass sie die Nacht zu Hause überstehen.

Wir sind diejenigen, die in der Rettungsstelle vom Notarzt ein Kind übergeben bekommen, das eine Stunde durch Berlin gefahren wurde, obwohl es schwer krank ist, und in der anderen Rettungsstelle wegen Personalmangels schon abgelehnt worden ist. Und wir sind diejenigen, die dieses Kind dann irgendwie stabilisieren, was vor einer Stunde viel einfacher gewesen wäre. Dann ist unsere Arbeit nicht zu Ende, vielmehr: Weil die Bettensituation so schlecht ist, kommt dann auf uns zu, dass wir in den meisten Fällen drei oder fünf oder sieben unserer Kolleginnen und Kollegen in anderen Kliniken anrufen und um ein Bett bitten, in das dieses

Kind gelegt werden kann. Und dann sind wir diejenigen, die uns vor die Eltern stellen und sagen, dass das Kind nicht bleiben kann, sondern in eine Klinik muss, die vielleicht 20 Kilometer vom Wohnort der Familie entfernt ist. Wir sind dabei, wenn die Eltern realisieren, dass das dann bedeutet, dass nicht eben mal die Freundin die Wechselklamotten und das Lieblingskuscheltier mitbringen kann. Wir sind dann auch diejenigen, die daran denken, dass die Blutwerte noch an die andere Klinik gefaxt werden, damit die Kollegen das Kind überhaupt behandeln können.

Wir waren es auch, die letzten Herbst so viel Angst um die Versorgung der Kinder in Berlin hatten, dass wir alle unabhängig voneinander in unseren Kliniken zu den Chefinnen und Chefs und den Geschäftsleitungen gegangen sind, um gemeinsam etwas an der Situation zu verändern. Wir haben auch verstanden, dass die Kliniken und besonders unsere Chefinnen und Chefs alles tun, um an den kleinen Schrauben zu drehen, die ihnen halt zur Verfügung stehen, dass sie aber nicht die Hebel in der Hand haben, um die große Situation zu verbessern. Deswegen haben wir uns im letzten Herbst zusammengeschlossen und diesen Brief geschrieben, der uns, glaube ich, hier zusammenbringt. Den haben wir geschrieben, weil wir uns so viele Sorgen um die Behandlung der Kinder in Berlin machen, weil die Situation in unseren Augen einfach nicht adäquat ist.

Ich kann Ihnen versprechen, dass das überhaupt nicht mit der Pandemie zusammenhängt und auch überhaupt nicht mit der Organisation in einer einzelnen Klinik, sondern wirklich ein systematisches Problem ist, das auch besteht, wenn Corona kein Thema mehr ist. Wie es dazu gekommen ist, kann ich nicht ganz genau sagen. Ich weiß, dass es in Berlin jetzt 20 Prozent mehr Kinder und Jugendliche gibt als noch 2011, und ich weiß, dass in den letzten zehn Jahren die Medizin große Fortschritte gemacht hat und wir deswegen viel mehr Diagnostik und viel mehr Therapie machen können. Ich weiß auch, dass die Liegezeiten der Kinder durchschnittlich gesenkt worden sind und dass die Kinder auf jeden Fall nicht gesünder werden. Ich glaube, man muss nicht Teil des Gesundheitssystems sein, um zu verstehen, dass mehr Patientinnen und Patienten, bei denen wir pro Person mehr machen in weniger Zeit, zu einer Explosion unserer Arbeit führen.

Dazu kommt dann noch, dass die Pädiatrie anders als andere Fächer eine ganz klar saisonale Verteilung hat. Im Winter sehen wir sehr viel mehr Kinder mit Infektionskrankheiten, die dann auch sehr viel mehr behandelt werden und sehr viel häufiger ins Krankenhaus aufgenommen werden. Keine dieser Veränderungen oder saisonalen Abhängigkeiten spiegelt sich im Personalschlüssel wider. Uns ist wichtig, dass wir dieses Problem lösen und dass wir es konstruktiv und zusammen lösen. Ich glaube, in den guten Gesprächen mit unseren Geschäftsleitungen, mit unseren Chefinnen und Chefs haben wir verstanden, dass es einfach finanziell nicht gut möglich ist, eine optimale Versorgung der Kinder vorzunehmen.

Aber: Gott sei Dank stehen die DRGs und die Finanzierung der Pädiatrie im Koalitionsvertrag. Und: In Ihren Händen würde die Finanzierung eh nicht liegen. Deswegen haben wir uns als Initiative überlegt, uns ein Vorbild an der Pflege zu nehmen, die in den letzten Jahren so viel erreicht hat. Während die Pflege einen patientenbezogenen Personalschlüssel durchgesetzt hat, gibt es den deutschlandweit für Ärztinnen und Ärzte nicht. Deswegen wünschen wir uns auf Station einen patientenbezogenen Personalschlüssel für Ärztinnen und Ärzte und in der Rettungsstelle einen Personalschlüssel, der nicht etwa so gesetzt wird, dass gerade mal jede Schicht zu besetzen ist, sondern der wirklich an den Belastungszeiten kalkuliert ist. Und

wir wünschen uns, dass das hier in Berlin gesetzlich festgelegt wird, damit die Versorgung nicht trägerabhängig, sondern in jedem Haus gleich ist.

Mir hat letzte Woche einer meiner Vorgesetzten gesagt, dass wir den Umständen entsprechend die bestmögliche Medizin machen. Wenn jetzt alle Kinderärztinnen und -ärzte aus allen Häusern in Berlin sagen, dass die bestmögliche Medizin Kinder gefährdet – müssen wir dann nicht irgendetwas an den Umständen ändern? – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Herzlichen Dank für Ihre Schilderung! – Herr Prof. Dr. Mall! Jetzt würden wir Sie, per Webex zugeschaltet, gerne hören, Sie haben das Wort!

Prof. Dr. med. Marcus A. Mall (Klinik für Pädiatrie; Klinikdirektor) [zugeschaltet]: Vielen Dank! Ich hoffe, dass die Technik gut funktioniert. – Auch von meiner Seite vielen Dank für die Einladung zu diesem für uns in der Pädiatrie, Kinder- und Jugendmedizin wirklich wichtigen Thema, das uns in Berlin, aber, ehrlich gesagt, auch in Deutschland insgesamt in den letzten Jahren intensiv beschäftigt.

Der Tagesordnungspunkt lautet „Stand und Perspektiven“, und ich möchte mit dem Stand der Situation in Berlin beginnen, der von Frau Dr. Staudacher zum Teil schon detailliert beschrieben wurde. Aus meiner Perspektive ist es so, dass wir in der Pädiatrie stationär, aber auch in den Rettungsstellen, in den Spezialambulanzen ein Kapazitätsproblem haben und dass wir auch unabhängig von Pandemien, unabhängig von Infektwellen wie zum Beispiel der RSV-Welle, die uns im letzten Sommer und Herbst besonders hart getroffen hat, im Grunde schon mit einer, ich sage mal, Vollbelegung am Kapazitätslimit arbeiten, dass es große Kraftanstrengungen kostet, in diesem Kontext die wirklich beste Versorgung sicherzustellen und dass wir, wenn zum Beispiel so etwas wie eine Infektwelle passiert, Sie haben das, denke ich, letztes Jahr im Herbst verfolgt, im Prinzip – und das gilt für Berlin, aber auch für andere Kinderkliniken in Deutschland – schnell in eine Notlage kommen, wo wir jetzt mal völlig pandemieunabhängig selbst entscheiden mussten, elektive Behandlungen von chronisch komplex kranken Patienten einschließlich elektiver Operationen bei Kindern einzuschränken.

Das ist aus unserer Sicht schon eine sehr schwierige, angespannte, prekäre Lage. Ich bin seit 2018 an der Charité, und seit ich hier bin, um das noch zu veranschaulichen, haben wir im Jahr über 800 Kinder, die aus der Rettungsstelle stationär aufgenommen wurden, direkt in andere Kliniken abverlegt. Wir stellen in den letzten ein, zwei Jahren fest, dass uns das immer weniger gelingt, weil auch dort die Kapazitäten rückläufig oder nicht ausreichend sind, was dann zum einen zu einem, ich sage mal, Rückstau suboptimaler Versorgung in der Rettungsstelle bei uns führt, zum anderen aber auch, wie Frau Dr. Staudacher schon erwähnt hat, zu Verlegungen in andere Kliniken, die teilweise heimatfern sind, was wirklich mit einem großen Aufwand sowohl für uns, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, als auch für die Familien verbunden ist.

Wir machen uns natürlich intensiv Gedanken zu den Ursachen. Ich denke, hier sind im Wesentlichen drei Punkte zu nennen. Übergeordnet ist es natürlich ein Bettenmangel im stationären Bereich. Wir haben in der Charité – ohne die Neugeborenenmedizin – 180 Betten für Kinder und Jugendliche. Davon können wir derzeit etwa 20 Prozent nicht belegen. Die Hälfte davon geht zurück auf den Pflegemangel. Wir können also chronisch einen Teil unserer verfügbaren Betten und Stationsinfrastruktur aufgrund eines chronischen Pflegemangels nicht

belegen bzw. nutzen. Hier erfahren wir in den letzten Jahren eher eine Verschärfung als eine Verbesserung.

Das Zweite ist ein Infrastrukturproblem. Frau Dr. Staudacher hat es erwähnt: Die Komplexität der Patientinnen und Patienten, die wir behandeln, nimmt ständig zu. Es sind an der Charité viele, die aufgrund von schweren Infektionskrankheiten, aufgrund von Immunsuppressionen nach einer Organtransplantation oder schweren Immundefekten eine Isolation in einem Einzelzimmer benötigen. Diese Zimmer haben wir in dem Umfang nicht; wir haben oft Doppel- oder Dreibettzimmer. Das heißt, auch aus diesen Gründen, aus Isolationsgründen, kann die Kapazität nicht voll genutzt werden. Das sind noch einmal etwa 10 Prozent der Betten, die deshalb nicht genutzt werden können.

Und dann ist ein ganz wichtiger Grund, natürlich auch perspektivisch, der steigende Bedarf. Wir haben mehr Kinder und Jugendliche in der Stadt als vor zehn Jahren. Wir haben es uns letztens mal angeschaut: Wir haben in Berlin und Brandenburg, in der Metropolregion, aktuell etwa 1 Million Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Wir gehen davon aus, dass es in den nächsten zehn Jahren zu einer Steigerung um noch mal etwa 15 Prozent kommen wird. Wir haben auch gesehen, dass die 6- bis 18-Jährigen im Moment die am stärksten wachsende Gruppe in der wachsenden Stadt Berlin ist.

Ich möchte noch kurz auf die Perspektiven eingehen, die wir aus meiner Sicht für die Erfüllung des Versorgungsauftrags und für eine Verbesserung der Kinder- und Jugendmedizin haben. Ich denke, dass wir in Berlin grundsätzlich wirklich exzellente Voraussetzungen haben, und zwar aus drei Gründen. Zum einen haben wir an der Charité die größte, und, ich denke, spezialisierteste, differenzierteste Universitätskinderklinik in Deutschland mit einer enormen, breiten Expertise für akute Notfälle, schwere intensivpflichtige Erkrankungen, aber eben auch komplexe chronische Erkrankungen. Zweitens haben wir in Berlin einige weitere große außeruniversitäre Kinderkliniken für eine heimatnahe Behandlung, für eine differenzierte Regelversorgung. Und wir wurden – drittens – im letzten Jahr als ein Standort des neuen Deutschen Zentrums für Kinder- und Jugendgesundheit ausgesucht, eines der deutschen Zentren für Gesundheitsforschung, wo wir gemeinsam mit außeruniversitären Forschungseinrichtungen, dem MDC, dem BIH und dem Deutschen Rheuma-Forschungszentrum in Zukunft Beiträge zur transnationalen Forschung leisten können mit dem Ziel der Verbesserung von Prävention und Therapie von schweren Erkrankungen im Kindesalter. Also, die Perspektiven sind aus meiner Sicht sehr gut, aber es gibt natürlich einen Bedarf, es gibt Notwendigkeiten, um diese Perspektiven entwickeln zu können.

Jetzt mal einfach angefangen, müssen wir schauen, dass wir möglichst schnell die vorhandenen Betten belegbar machen. Das heißt, wir müssen konsequenter als bisher dem Pflegemangel entgegenarbeiten, den Pflegemangel für die Kinder- und Jugendmedizin beheben. Ein wichtiges Instrument, das aus meiner Sicht noch optimiert werden kann und müsste, ist eine gezielte Ausbildung vor Ort. Die Rekrutierung aus Mexiko, aus anderen Ländern, aus Asien, selbst die Rekrutierung überregional – diese Instrumente sind ausgeschöpft. Wir müssen hier ausbilden, um auch der demografischen Entwicklung in dem Bereich effektiv entgegenzuwirken, weil sonst die Zukunftsfähigkeit des Fachs gefährdet ist.

Ich denke, wir brauchen auch eine bessere Koordination der Belegkapazitäten in der Stadt unter den Kliniken, damit wir eine heimatnahe Betreuung besser realisieren und umset-

zen können. Es ist, haben wir gemerkt, extrem schwierig, das aus einzelnen Kliniken heraus zu koordinieren, zu steuern. Da würde es uns sehr helfen, wenn wir hier eine Unterstützung hätten, um vielleicht – so ähnlich, wie es mit dem SAVE-Konzept bei schwer kranken erwachsenen Coronapatienten gelungen ist – auch für die Pädiatrie eine übergeordnete Bettenkoordination zur Optimierung der Belegung zu erreichen.

Dann denke ich, dass wir sobald wie möglich dieser Zunahme des Bedarfs auch durch Zunahme an pädiatrischen Patienten entgegensteuern und hier einen Aufwuchs der Betten in Berlin bekommen. Ich denke, dass es für eine Metropole wie Berlin durchaus überlegenswert oder auch angebracht wäre, hier einen Leuchtturm im Kontext einer neuen Kinderklinik mit einer modernen, kindgerechten Infrastruktur zu etablieren, wie es in vielen anderen Ländern etabliert ist bzw. in den letzten Jahren etabliert wurde. Ich möchte als Beispiel das Hospital for Sick Children, das SickKids, in Toronto, Kanada nennen, was so eine Rolle einnimmt.

Vorsitzender Christian Gräff: Herr Prof. Dr. Mall! Ich muss Sie leider unterbrechen. Ich habe extra eine Stoppuhr; es sind jetzt schon über zehn Minuten.

Prof. Dr. med. Marcus A. Mall (Klinik für Pädiatrie; Klinikdirektor) [zugeschaltet]: Gut, dann komme ich jetzt zum Ende. Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit und freue mich auf die Diskussion!

Vorsitzender Christian Gräff: Herzlichen Dank, wunderbar! – Jetzt haben wir die Herausforderung, dass wir die Fragerunde der Fraktionen zu den beiden Stellungnahmen machen müssten. Bei Frau Dr. Staudacher ist es so, dass sie, wenn wir hier wechseln, wenn also die anderen beiden Anzuhörenden in den Raum kommen, dann nicht mehr anwesend ist; von unten wird sie nicht mehr antworten können. Es wäre insofern meine Bitte, dass Sie jetzt vielleicht zu diesen beiden Stellungnahmen fragen. Es kommen dann noch zwei Anzuhörende, die live im Raum wären; wir müssten nur eben wechseln, um das so machen zu können. – Herr Schulze, bitte schön!

Tobias Schulze (LINKE): Herr Vorsitzender! Ich weiß nicht, ob das ein sinnvolles Verfahren ist, ehrlich gesagt, denn es dreht sich ja alles um denselben Komplex. Es wäre schön, wenn wir das im Zusammenhang diskutieren könnten. Wäre es nicht möglich, dass sich Frau Dr. Staudacher hier nach hinten setzt und noch jemand den Raum verlässt? Es geht ja nur um die Gesamtzahl der Menschen hier im Raum. Wir haben auch noch einen Platz bei unserer Fraktion frei; da ist gerade jemand nicht da, sodass die beiden anderen Anzuhörenden noch herkommen können und wir das im Zusammenhang diskutieren können.

Vorsitzender Christian Gräff: Herr Schulze! Ich habe damit gar kein Problem. Ich will nur sagen: Der allerheiligste Ältestenrat hat es so beschlossen, dass explizit nur zwei Anzuhörende im Raum sein dürfen, unabhängig von der Anzahl der anderen Mitglieder im Raum. Also, ich übertreibe jetzt mal, es könnten auch zehn im Raum sein, aber es dürfen nur zwei Anzuhörende im Raum sein. Ich habe damit kein Problem. Wir können es gerne machen, wenn wir uns fraktionsübergreifend darauf verständigen – so ist das mit der Bürokratie –, dass wir sagen würden, wir würden jetzt die anderen beiden Anzuhörenden hier in den Raum bitten, wenn wir die Plätze noch haben. Dann müssten wir aber feststellen, dass wirklich noch zwei Plätze frei sind. Hier bei der Senatsverwaltung ist das der Fall und bei Ihrer Fraktion, hatten Sie gesagt. Okay, dann machen wir das jetzt so. Dann würden wir die beiden Anzuhörenden

ganz freundlich bitten, auf den noch nicht benutzten und damit desinfizierten Plätzen teilzunehmen. – Entschuldigung, Frau Seibeld, bitte schön!

Cornelia Seibeld (CDU): Ich würde jedenfalls gerne für das Protokoll sagen – da ja beide Vizepräsidentinnen in diesem Ausschuss Mitglied sind und dem Ältestenrat angehören –, dass wir dezidiert etwas anderes besprochen haben. Ob das jetzt sinnvoll oder nicht sinnvoll ist, ist eine andere Frage, aber ich wollte jedenfalls darauf noch mal hinweisen. Und natürlich war in der Tat die Intention, dass die Anzahl derjenigen, die noch von außen zusätzlich ins Abgeordnetenhaus kommen, begrenzt ist und es ausdrücklich nicht an die Anzahl der Ausschussmitglieder gekoppelt ist.

Vorsitzender Christian Gräff: Ich weiß nicht, ob wir jetzt hierzu eine Rederunde machen müssen. Wollen wir es nicht einfach abstimmen, damit wir ein Meinungsbild haben? – Bitte schön, Frau Pieroth!

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Vielleicht könnten wir auch einfach alle Fenster öffnen und zusätzlich den gesunden Menschenverstand walten lassen, das würde mich sehr freuen.

Vorsitzender Christian Gräff: Na ja, nun gut, es sind ja alle Fraktionen im Ältestenrat vertreten, dafür können die beiden Vizepräsidentinnen hier im Raum nichts. Ich bin total bei Ihnen, inhaltlich zu 100 Prozent. Ich würde es jetzt gerne abstimmen lassen. Wer diesem Verfahren, dass wir entgegen der Regelung im Ältestenrat, die beschlossen worden ist, die beiden Anzuhörenden jetzt hochholen und dann in eine gemeinsame Anhörung eintreten, zustimmt, den bitte ich um das Handzeichen. – Herzlichen Dank! Die Gegenprobe! – Ich stelle fest, dass das bei zwei Enthaltungen – die Vizepräsidentinnen enthalten sich, vielen Dank! – der Fall ist.

Wir machen jetzt für fünf Minuten eine Pause und würden uns freuen, die Anzuhörenden hier im Saal zu begrüßen. Wir machen dann gemeinsam weiter; das ist auf jeden Fall sinnvoll. – [Zuruf von Lars Düsterhöft (SPD)] – Okay, den Vorschlag des Kollegen Düsterhöft finde ich sinnvoll. Wir machen eine Lüftungspause von 15 Minuten, bis 10.40 Uhr. Dann machen wir hier im Raum weiter und haben die Lüftungspause auch gleich hinter uns. – Vielen Dank!

[Lüftungspause von 10.25 bis 10.43 Uhr]

Herzlich willkommen, fast pünktlich alle wieder im Raum! Es freut mich, dass die Anzuhörenden, die im Hause sind, jetzt hier im Raum sind. Wir versuchen das mal – und die Bitte, das vielleicht erst mal nicht in andere Ausschüsse mitzunehmen, weil es sonst möglicherweise einen – in Anführungszeichen – Flächenbrand gibt. Das muss dann im Ältestenrat, glaube ich, insgesamt besprochen werden; das wäre, glaube ich, gut.

So, dann kommen wir jetzt zu Herrn Prof. Dr. Rossi, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Vivantes Klinikum Neukölln – herzlich willkommen, Herr Prof. Dr. Rossi! Sie haben das Wort, und wir gucken hier auch ein bisschen auf die Zeit. Danke schön!

Prof. Dr. med. Rainer Rossi (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Vivantes Klinikum Neukölln; Chefarzt): Haben Sie ganz herzlichen Dank, auch für die Einladung! Ich bin Chefarzt der Kinderklinik in Neukölln. Ich bin auch in diversen Gremien in Fragen der Krankenhausstrukturplanung eingebunden. Anlass jetzt ist aber das Schreiben der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wegen der pädiatrischen Versorgung. Ich finde das eine hervorragende Koordinationsleistung, die die geschafft haben, alle Berliner Kinderkliniken einzubeziehen und eine aus Brandenburg dazu.

Stellen Sie sich bitte vor, dass es eine erhebliche subjektive und objektive Belastung der ärztlichen und der pflegerischen Mitarbeiter/-innen bedeutet, in den Rettungsstellen bei langen Wartezeiten ein erhebliches Aggressionspotenzial zu erleben. Trotz des Wachschutzes hat es in Neukölln – und sicherlich nicht nur in Neukölln – mehrfach richtig geknallt. Wir müssen dann gegebenenfalls, das ist bereits gefallen, Kinder weiter wegverlegen. Das kann innerhalb Berlins, das kann aber auch außerhalb Berlins sein. Einen elektronischen Bettennachweis, wie es ihn seit über 30 Jahren in Portugal oder auch in der Schweiz gibt, gibt es in Neukölln nicht. Das heißt, das ist händisches Telefonieren von Klinik zu Klinik: Habt ihr noch ein Bett frei? Wir hätten ein RSV-Kind. Wir könnten aber auch noch eins mit Rotaviren nehmen. – Ziemlich würdelos!

Was ist das grundsätzliche Problem der Pädiatrie? – Das ist etwas Systematisches und beruht nicht auf einer Einzelmeinung, sondern ist richtig belegt: Pädiatrie hat grundsätzlich eine hohe Notfallquote, also wenig planbare Leistungen. Planbare Leistungen sind krankenhaushökonomisch – und darum können wir der Verwaltung gar nicht böse sein – immer gut abrechenbar, gut planbar. Das ist der Hüftgelenkersatz, das ist der Herzkatheter oder anderes. Diese Quote an planbaren Leistungen ist in der Pädiatrie niedrig. Man nehme nur die Blutentnahme bei einem zweijährigen Kind. Am Ende ist das Röhrchen hoffentlich ausreichend voll, und das Labor kann seine Arbeit tun, aber der Aufwand, dieses Blut in das Röhrchen zu bekommen, ist viel, viel größer, und am Ende muss noch die Mutter getröstet werden.

Pädiatrie hat eine sehr große – auch das ist systematisch untersucht – und größere Zahl an unterschiedlichen Diagnosen als andere Fächer. Sie muss für alle diese Möglichkeiten – der banale Kitaunfall am Klettergerüst, die schwere seltene Erkrankung oder auch die ganz normale Pneumonie – immer gerüstet und vorbereitet sein. Es gibt also ein Infrastruktur- und ein Vorhalteproblem.

Die Konversionsraten in den Rettungsstellen, also die Rate derer, die aus der Rettungsstelle stationär aufgenommen werden, ist in der Pädiatrie viel, viel niedriger als in der Erwachsenenmedizin; sie liegt in der Pädiatrie so um die 15 Prozent, in der Erwachsenenmedizin bei um

die 50 bis 60 Prozent. Der Anteil dieser betriebswirtschaftlich schlecht finanzierten Arbeit, darauf komme ich noch zu sprechen, ist also relativ größer in der Pädiatrie.

Sowohl stationär als auch in den Rettungsstellen gibt es in der Pädiatrie immer einen hohen Anteil sozialmedizinischer Herausforderungen, die sowohl ambulant als auch stationär – außer bei klarer Kindeswohlgefährdung – kaum abrechenbar sind, aber viel, viel Zeit erfordern.

Die Rettungsstellenarbeit ist analog der KV-Regelung finanziert, gut 18 Euro pro Fall, aber keine Praxis hat 24/7 und an 365 Tagen im Jahr auf. Die Infrastruktur, die Rettungsstelle immer aufzuhaben – und dazu sind wir verpflichtet, das sehen wir auch als unsere Aufgabe, keine Sorge! –, ist nicht gegenfinanziert.

Schließlich gibt es metropolentypisch für Berlin, das ist in anderen Großstädten auch so, bevölkerungs- und kinderzahlenbezogen viele Vorstellungen in den Kinderrettungsstellen. Das ist zudem, und auch das ist systematisch untersucht, hochsignifikant mit niedrigem Sozial- und niedrigem Bildungsstatus korreliert. Der Aufwand ist aber eher größer und nicht kleiner.

Pädiatrien bekommen eine Finanzierung wie alle Kliniken, das kann nicht anders sein. Und nur das können die Verwaltungen auch verteilen. Ich bin ganz stark dagegen, jetzt einfach zu sagen: die böse Verwaltung, die gute Kinderklinik. Das ist genau der falsche Ansatz. Also, die Finanzierung über die DRGs mit der problematisch niedrigen Bewertung sprechender Medizin – die technischen Leistungen wie Hüfte, Herzkatheter sind vergleichsweise gut bewertet – und über die Notfallpauschalen. Das ist politisch sehr wohl angekommen. Die Soll-Auslastung der Pädiatrien in den Landeskrankenhausplänen ist 75 Prozent, anders als in der Erwachsenenmedizin, da ist sie sehr viel höher. Die Begründung sind schon die stark wechselnden Belegungen durch die Infektwellen, der physische Platzbedarf für Rooming-in – ein zweijähriges Kind ohne Elternteil ist Quatsch, das macht man heute nicht mehr. Wenn der Senat die anderen 25 Prozent finanziert, hat mir ein ehemaliger Verwaltungsdirektor gesagt, dann können wir das natürlich auch machen. Bayern ist gar auf 70 Prozent Soll-Auslastung gegangen; der Begründungszusammenhang dort ist aber ein bisschen problematisch.

Alle Parteien haben aber jetzt im Wahlkampf das Problem der Krankenhausfinanzierung unter dem Stichwort Daseinsvorsorge thematisiert, zum Teil sogar sehr spezifisch für die Kinder- und Jugendmedizin. Das war das Thema beim 2. Deutschen Kindergesundheitsgipfel der Hochschulpädiatrie am letzten Donnerstag. Das war genannt von der sachsen-anhaltinischen Gesundheitsministerin im Rahmen der Übergabe bestimmter Zertifikate für Kinderkliniken, wo sie von der Notwendigkeit einer Sockelfinanzierung gesprochen hat. Und im aktuellen Koalitionsvertrag ist es drin – integrierte Notfallversorgung zwischen KVen und Krankenhäusern soll ausgebaut werden, und jetzt wörtlich:

Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.

Und weiter:

... das bisherige System

muss

um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt

werden. – Klammer auf und Anmerkung von mir: Natürlich, das ist mir klar, ohne dass Leerstände erhalten werden.

Die nötigen Vorgaben für diese Ziele traue ich Herrn Lauterbach und Herrn Velter, der ja in Berlin bestens bekannt ist, auch sicher zu, aber: Krankenhauspolitik ist Ländersache, deshalb ist es genau richtig, es hier zu besprechen.

Ich finde es im Rahmen der Anhörung – das hatte ich schon gemailt – schwierig und bedauerlich, dass die Verwaltungen oder die Geschäftsführungen mit keinem Vertreter beteiligt sind, denn das ganze Problem ist nicht gegen die, sondern nur mit den Verwaltungen und den Geschäftsführungen zu regeln. Zumindest die Geschäftsführung von Vivantes schaut sehr genau hin, was wir hier besprechen. Die ist auch sicher an einer Beteiligung an dieser Diskussion interessiert. Ich habe gestern noch einmal rückversichert bekommen, dass auch die Neuköllner Geschäftsführung da sicher mitmacht, aber ich will jetzt Neukölln nicht dominieren. Das geht alle in gleicher Weise an. – Haben Sie besten Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen herzlichen Dank für den prägnanten Vortrag! Dann würde ich jetzt – last but not least – Frau Dr. Schmidt um ihren Vortrag bitten. – Herzlich willkommen noch mal, vielen Dank, dass Sie hier sind!

Dr. med. Beatrix Schmidt (St. Joseph Krankenhaus Tempelhof, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin; Chefärztin): Vielen Dank für die Einladung! Mein Name ist Beatrix Schmidt. Ich bin Chefärztin im St. Joseph Krankenhaus und zuständig für die Pädiatrie und die Neonatologie. Ich bin außerdem die Erste Delegierte des Vereins der Leitenden Kinderärztinnen und -ärzte und Kinderchirurginnen und -chirurgen in Berlin.

Zunächst möchte auch ich den Assistentinnen- und Assistentensprecher/-innen sehr danken. Ich fand auch, dass das eine sehr lobenswerte und absolut einzigartige Aktion war, diese ganzen Kliniken zusammenzubekommen, um gemeinsam auf das Problem der Pädiatrie aufmerksam zu machen.

Die Kinderheilkunde ist schwierig geworden. Ich erinnere mich an die Anfänge meiner Arbeit, wo Kindermedizin bedeutete, in einem Team, das groß genug war, Kinder wieder gesund zu machen – soweit das eben ging. Heute ist es so, dass wir es in einem sehr kleingeschrumpften Team häufig nicht schaffen, unsere Kinder altersentsprechend und adäquat zu versorgen. Ich schaue in erschöpfte Gesichter von Pflegenden und meinen Mitarbeitenden, und es ist eigentlich eine Dauerhektik, die sich da im Krankenhaus abspielt. Das liegt an verschiedenen Dingen. Zum einen hat einfach die Zahl der Kinder in der Stadt zugenommen. Die Geburtenrate ist in den letzten Jahren wieder etwas angestiegen. Wir haben relativ viel geflüchtete Kinder, nicht nur jetzt akut, sondern auch seit 2015. Und wir haben Kinder, die wir anders behandeln müssen, weil sich die Erkrankungen in den letzten Jahren geändert haben. Früher haben wir natürlich auch seltene Krankheiten behandelt, häufig aber Unfälle, Lungenentzündungen, Durchfallerkrankungen und schwerere, im Krankenhaus zu behandelnde Erkrankungen. Heute haben wir viele Kinder mit sozial schwierigerem Hintergrund, mit Verhal-

tensauffälligkeiten, die dann zu einem Krankenhausaufenthalt führen, oder auch mit chronischen Erkrankungen, Kinder, die zum Teil aus einem sozial schlechten Gefüge kommen.

Sehr, sehr viele Kinder kommen zu uns in die Kliniken – nicht nur zu uns ins St. Joseph Krankenhaus, sondern das betrifft uns alle –, zum einen, weil die Versorgungsstruktur gerade bei neu angekommenen Menschen in Berlin häufig nicht klar ist; sie gehen einfach in die nächste Klinik. Zum anderen aber auch, weil die ZNA für die Menschen oft, ich weiß nicht, praktischer ist, schneller erreichbar ist. Die Vernetzung mit den Niedergelassenen ist zwar gut, aber die Patientinnen und Patienten und deren Eltern wissen das häufig nicht und kommen in die Kliniken. Die ZNAs laufen über. Ich erinnere mich, dass ich mit Prof. Rossi schon, ich weiß nicht, 2007, 2008 in ähnlicher Runde saß und wir auf die Probleme der ZNAs aufmerksam gemacht haben.

Der nächste Punkt ist, dass die Kinder, die dann im Krankenhaus bleiben sollen, häufig kein Bett finden; das haben wir jetzt schon mehrfach gehört. Dieser Winter war mit Abstand der bettenmangelreichste, den ich als Chefärztin je erlebt habe. Das lag zum einen daran, dass die Wahl der Krankenhäuser im Moment die ist, entweder Betten zu schließen, weil sie die Personalschlüssel nicht einhalten können – es gibt ja Personalschlüssel, die zwingend vorgeschrieben sind –, oder aber mehr Betten zu öffnen, um die Kinder zu versorgen, mit dem Wissen, dass für diese Versorgung auf der einen Seite eigentlich nicht genug Leute da sind und sie auf der anderen Seite Abschlüge hinnehmen müssen, weil sie den Personalschlüssel nicht eingehalten haben. Das haben die Krankenhäuser der Stadt in diesem Winter verschieden gemanagt, aber alle Krankenhäuser haben Kinder von A nach B nach C verlegt und – wie Sie das eben sehr anschaulich berichtet haben – in ihrer ZNA stabilisiert – auch ein Personalaufwand! – und dann weiterverlegt, wir zum Teil bis Frankfurt/Oder, nach Nauen oder auch nach Eberswalde.

Es nimmt unglaubliche Zeit der Mitarbeitenden in Anspruch, überhaupt ein Bett zu finden – ich weiß, dass meine Assistentinnen und Assistenten zum Teil über eine Stunde am Telefon hingen –, dann der Aufwand, die Transporte zu organisieren. Das ist alles Zeit, die fehlt, um andere Patientinnen und Patienten adäquat versorgen zu können.

Das alles kostet Geld. Es ist zu wenig Personal da. Das Personal ist hektisch, das Personal wird mit Arbeiten überflutet, die eigentlich nicht Kernaufgabe des Personals sind. Ärztinnen und Ärzte müssen nicht nach Betten telefonieren, meiner Meinung nach. Das gehört in eine zentrale Telefonstelle oder zentrale Bettenregulierung. Wenn man das alles mit adäquatem Personal ausfüllen würde, ist die Kinderklinik, die ja eh schon unterfinanziert ist, per se als Institution, noch schwerer finanzierbar.

Es haben sich nicht nur die Assistentinnen- und Assistentensprecher/-innen zusammengetan, um auf das Problem aufmerksam zu machen, sondern auch alle mit Kindern und Jugendlichen medizinisch befassten Verbände der Stadt: der Verein Leitender Kinderärztinnen und -ärzte und Kinderchirurginnen -chirurgen, die Berliner Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und der Bundesverein für Kinder- und Jugendmedizin, also die niedergelassenen und ambulanten Medizinerinnen und Mediziner. Ich möchte gerne auf unsere Veranstaltungsreihe, die am 6. April beginnt, aufmerksam machen: Kinder- und Jugendgesundheit in der wachsenden Stadt. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Ganz herzlichen Dank! Das war vor der Zeit, aber trotzdem sehr prägnant – vielen Dank, Frau Dr. Schmidt! – Wir würden in die erste Fraktionsrunde eintreten. Herr Kluckert, bitte schön, Sie haben das Wort!

Florian Kluckert (FDP): Vielen Dank! Es ist schön, wenn man als Oppositionspolitiker der Erste in der Runde ist. Ich nehme an, das liegt daran, dass Sie das auch alle so spannend fanden wie ich, dass Sie ganz vergessen haben, sich so schnell zu melden. Es war wirklich sehr interessant, muss ich sagen; eine unheimlich informative und spannende Anhörung. – Vielen Dank an Sie alle, nicht nur für die Anhörung selbst, sondern auch für den wichtigen Dienst, den Sie dort jeden Tag zu leisten haben!

Ich habe ein paar Fragen, und zwar: Wir haben jetzt über die DRGs gesprochen und dass die natürlich verändert werden müssen, verändert werden sollen. Ich glaube, das Thema ist bei der Ampelkoalition angekommen; die Ampelkoalition wird hier auf Bundesebene mit Sicherheit nachbessern. Das kann aber, Herr Prof, Rossi, ich glaube, Sie hatten es angedeutet, natürlich nicht der einzige Schritt sein. Mich würde von Ihnen interessieren, vielleicht auch von Frau Dr. Staudacher, weil Sie von den Personaluntergrenzen gesprochen haben: Trotzdem ich Liberaler bin, bin ich ein großer Freund von Personaluntergrenzen, weil ich den Zusammenhang natürlich kenne. Wenn man permanent überlastet ist in seinem Job und seine Arbeit nicht mehr zufriedenstellend erfüllen kann, dann wird man unzufrieden und dann fällt das Personal weg. Deswegen sind die Personaluntergrenzen richtig. Im Moment habe ich aber die Befürchtung, dass wir tatsächlich Betten schließen müssen und die Kinder nicht mehr versorgt werden können. Haben Sie daher noch andere Ideen, wie wir dem Personalmangel entgegenwirken können, neben der Verbesserung der Arbeitsbedingungen? Die Frage geht übrigens an Sie alle. Können Sie uns sagen, was wir auf Landesebene machen können?

Herr Prof. Mall! Sie hatten, als Sie unterbrochen wurden, ein Positivbeispiel aus Toronto genannt. Das Beispiel möchten wir schon noch gerne hören. Vielleicht können Sie anhand dieses Positivbeispiels noch einmal ausführen, was man verbessern kann.

Dann würde mich noch Folgendes interessieren: Ich weiß nicht, ob man das so beantworten kann, aber wenn wir immer wieder von Kapazitätsproblemen hören – war es dann nicht doch ein Fehler, die Kinderstation im Benjamin Franklin zu schließen und damit die Kapazitäten noch weiter abzubauen und Kinder quer durch eine völlig überfüllte, verkehrspolitisch fehlorganisierte Stadt zu leiten, wo man oft eine dreiviertel Stunde braucht, um ins Krankenhaus zu kommen? Hätte man nicht dort die Kinderstation erhalten müssen?

Die nächste Frage: Wenn Sie jetzt schon von Kapazitätsproblemen sprechen und jetzt noch viele geflüchtete Frauen und Kinder zu uns kommen: Wird es dann mit der Versorgung gerade in diesem Bereich nicht vielleicht noch viel enger, und könnte man das nicht – das ist vielleicht eine Frage an die Senatsverwaltung – auch als Chance sehen, aus der geflüchteten Community eventuell, gerade, was das Pflegepersonal betrifft, Personal zu rekrutieren? Wenn geflüchtete Kinder zu uns kommen und Sprachbarrieren haben, wäre es dann nicht sinnvoll, auch hier zu versuchen, gleich die richtigen Menschen anzuwerben, dass sie im Krankenhaus eventuell unterstützen können? – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Herzlichen Dank! – Herr Zander, bitte schön!

Christian Zander (CDU): Vielen Dank! – Insbesondere vielen Dank an Frau Dr. Staudacher für die eindrucksvolle Schilderung! Ich beschränke mich auf das, was noch nicht gesagt worden ist und hätte folgende Frage, weil wir auch das Thema der Bettenkapazität hatten: Es gibt da mehrere Aspekte. Wir haben gehört, dass es zu wenig Betten gibt, weil es zu wenig Pflegepersonal gibt, die die Betten bespielen können. Wir haben, wenn ich es richtig gelesen habe, im Prinzip 300 Betten in Berlin, die nicht genutzt werden können, weil es nicht das nötige Personal dafür gibt. Deshalb meine Frage, das war auch die Frage von Herr Kluckert zum Standort Benjamin Franklin: Wenn jetzt alle Betten, die es gibt, mit Personal bespielt werden könnten, wären dann die Kapazitäten theoretisch ausreichend, oder müsste es tatsächlich noch einen Aufwuchs an Betten geben?

Frau Dr. Staudacher! Sie hatten gesagt, Sie hätten gerne einen patientenbezogenen Schlüssel, wie viele Ärztinnen und Ärzte eingesetzt werden müssten. Sie haben berichtet, dass Sie ca. 20 Kinder auf der Station betreuen, aber auch immer noch für die Rettungsstellen eingesetzt werden müssen. Welchen Schlüssel würden Sie sich vorstellen? Welchen Bedarf würde es dann geben, zusätzliches ärztliches Personal einzustellen?

Meine vorletzte Frage: Gibt es nur ein Personalproblem im Bereich der Pflege, oder gibt es auch ein Personalproblem im Bereich der Ärzteschaft? Gibt es auch dort zu wenige, dass es auch da zu Schwierigkeiten kommt? Ist der Mangel an Pflegepersonal im Bereich der Pädiatrie größer als auf allen anderen Stationen, und wenn ja, was wäre der Grund?

Frau Dr. Schmidt hatte zum Schluss etwas zum Aufwand der Koordinierung, in anderen Kliniken Betten zu finden, gesagt, dass das Personal damit auch noch belastet ist. Ist das vielleicht an anderen Kliniken anders? Muss man dafür unbedingt medizinisches, pflegerisches

Personal haben, oder kann man dafür auch andere Menschen mit einer nichtmedizinischen Ausbildung einsetzen, sodass man da wenigstens ein bisschen Entlastung schaffen könnte?

Vorsitzender Christian Gräff: Herzlichen Dank! – Frau Kollegin Pieroth, bitte!

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Wirklich ganz herzlichen Dank für Ihre Berichte! Vieles wissen wir, und, Herr Prof. Rossi, dass Sie aus dem Koalitionsvertrag, zumindest das, was wir uns gemeinsam vorgenommen haben, vorgelesen haben, fand ich sehr wichtig, damit wir das Ziel nicht aus den Augen verlieren.

In Bezug auf Personalschlüssel – die gibt es, und wir wollen nicht, dass es darauf hinausläuft, dass wir Gesetzgebungen schaffen und es dann in der Praxis so aussieht, dass Betten noch zusätzlich geschlossen werden müssen. Wir haben in diesen Tagen die Haushaltsberatungen. Ich denke, viele von uns werden sich nächsten Dienstag beim Parlamentarischen Abend der Krankenhausgesellschaft sehen. Da können wir natürlich noch mal Grundlagen für eine bessere Ausfinanzierung schaffen. Das ist ja der Hauptbereich von Gesundheitspolitik auf Landesebene.

Dazu hätte ich ein paar Fragen. Haben Sie die Flexibilisierung der Spitzenarbeitszeitmodelle auch schon mit dem Marburger Bund besprochen? Das ist ja zentral an dieser Stelle, und es gibt auch jetzt schon Untergrenzen. Wir machen ja nicht alles neu. Da würde mich interessieren: Ist der Assistenzärztinnen- und Assistenzärzteschlüssel, Frau Dr. Staudacher, genauso wie der Ärztinnen- und Ärzteschlüssel? Es würde mich interessieren, ob es da auch so ein Gefälle gibt.

Dann würde mich interessieren, Herr Prof. Rossi, ob es eine Idee wäre, dass wir, ähnlich wie in der Intensivmedizin in DIVI, das genauso für die Kinder- und Jugendmedizin abbilden, damit Sie nicht herumtelefonieren müssen: Wo ist denn noch ein Bett frei? – Das wäre mit ein bisschen Digitalisierung gegebenenfalls möglich.

Dann frage ich Sie alle: Macht es Sinn, da wir uns auch noch in Bezug auf andere Punkte vorgenommen haben, gegebenenfalls den Landeskrankenhausplan im Frühsommer noch mal aufzumachen, da entsprechend – und da spreche ich auch Herrn Kluckert an – für die ganze Stadt bedarfsgerecht, nicht jeder nach seinem Wahlkreis, die Kinder- und Jugendmedizin zu planen? Das wäre ein Ansatz, damit wir jetzt nicht wieder anfangen: Warum haben wir die Kinderklinik bzw. die Notaufnahme in Steglitz-Zehlendorf geschlossen? – Der Ansatz ist, dass wir gerade mit unseren Landeseigenen eine Schablone über die Stadt legen und gucken: Wie ist es für die Patientinnen und Patienten und für das Personal am besten und erträglichsten, zu arbeiten und zu gesunden?

Die letzte Frage: Wir haben einen wichtigen Ansatz im ersten Doppelhaushalt in Bezug auf Stadtteilgesundheitszentren, die wir in einigen Bezirken, wenn es die Bedarfe anzeigen, auch auf die Pädiatrie ausrichten könnten. Das sind nach dem Modellprojekt in Neukölln zwei Ärztinnen- und Ärztesitze mit Sozialarbeit verknüpft, was gegebenenfalls ambulant und über Vivantes, über integrierte Versorgung ambulant und dann auch vielleicht teilstationär abgebildet werden könnte. Wäre das ein Weg in die richtige Richtung, dass wir diese vielleicht bis zu zwölf Stadtteilgesundheitszentren so ausstatten, dass sie dann auch einen Teil Ihrer stationä-

ren Versorgung mit abbilden können, gerade die Themen, die Frau Dr. Staudacher angesprochen hat? – Danke schön!

Vorsitzender Christian Gräff: Herzlichen Dank! – Frau Kollegin König, bitte!

Bettina König (SPD): Vielen Dank! – Ich möchte mich ganz herzlich bedanken, dass Sie diesen Brief geschrieben haben. Ich glaube, das ist sehr wichtig, dass Sie das gemacht haben. Ich weiß, dass so etwas immer ein Schritt ist, wo man sich überwinden muss, an die Öffentlichkeit zu gehen. Aber ich bedanke mich wirklich ausdrücklich für den Mut. Ich glaube, das ist ein deutliches Signal, das wir hier sehr ernst nehmen müssen.

Ich würde gern noch mal zum Thema Kinderärztinnen und Kinderärzte fragen. Ich hatte da ein bisschen recherchiert, und meines Wissens gibt es jetzt nicht so einen großen Mangel an möglichen Kinderärztinnen und Kinderärzten, die sich auf Stellen bewerben würden, zumindest in Berlin. Vielleicht können Sie dazu aus Ihrer Erfahrung etwas sagen.

Dann würde ich gerne die versammelten Ärzte und Ärztinnen fragen wollen – Bettenabbau war ein Thema. Ich würde gerne wissen, ob Ihrer Kenntnis nach in den Krankenhäusern in den letzten Jahren auch Arztstellen abgebaut wurden. Ich würde gerne auch, weil ich nicht vom Fach bin, zum Thema Personalschlüssel nachfragen. Es wurde gesagt, es wäre hilfreich, wenn es einen festen Personalschlüssel gibt. Andererseits hat aber Frau Dr. Schmidt auch gesagt, es gibt einen zwingend vorgesehenen Personalschlüssel. Vielleicht können Sie das noch mal erläutern. Mich würde vor allen Dingen interessieren: Legt jede Klinik da selber noch etwas fest? Ist das transparent? Ist das einsehbar? Könnte ich mich zum Beispiel als Bürgerin informieren: Klinik A hat den Personalschlüssel in der Pädiatrie, Klinik B aber einen anderen? Könnte man das vielleicht sogar zu einer Art Qualitätskriterium für einzelne Kliniken machen?

Dann wollte ich noch fragen: Dieses zentrale Bettenmanagement, das Frau Dr. Schmidt angesprochen hat, klingt sehr sinnvoll. Was bräuchten Sie als Berliner und Brandenburger Kliniken an Unterstützung, um dies aufbauen zu können?

Dann möchte ich noch nach den Notfallpraxen fragen. Wäre es ein hilfreicher Schritt, wenn man die Notfallpraxen an den Krankenhäusern ausbauen würde, vielleicht die Öffnungszeiten verlängern oder noch mehr Notfallpraxen in der Stadt für Kinder und Jugendliche einrichten würde? Wäre das Ihrer Meinung nach ein sinnvoller Weg, um die Rettungsstellen zu entlasten?

Dann hätte ich noch Fragen an SenWGPG, also an die Senatsverwaltung, die Senatorin. – Frau Senatorin! Die Situation ist definitiv nicht zufriedenstellend für die Stadt und sicherlich auch nicht für Sie. Wie beurteilen Sie das, was hier geschildert wurde? Wie beurteilen Sie den Bettenabbau, der stattgefunden hat oder stattfinden musste? Würden Sie zum Beispiel einen festen Personalschlüssel für Ärztinnen und Ärzte unterstützen? Wie könnten Sie das unterstützen? Wie bewerten Sie das Thema Fallpauschalen, DRG in der Pädiatrie? Könnte da das Land Berlin zum Beispiel über eine Bundesratsinitiative an den Bund herantreten, dass hier wirklich schnell etwas passiert? Auch das gleiche Thema noch mal – zentrales Bettenmanagement für Berliner Kliniken, Berliner Kinderkliniken: Wie können Sie das wie auch die KV-Notfallpraxen und deren Ausbau unterstützen? – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte darauf hinweisen, wir haben jetzt 11.10 Uhr. Ich bitte bei den Statements zu bedenken, dass das, was schon gefragt worden ist, berücksichtigt wird, sonst haben wir das Problem, dass wir die anderen Tagesordnungspunkte nicht mehr behandeln können. Ich finde das Thema sehr wichtig, ich persönlich hätte damit auch kein Problem, aber ich will das nur sagen. Sie wissen, dass wir hier dieses Infektionsschutzproblem haben, 12 Uhr. Darauf möchte ich nur verweisen, damit wir auch noch mal die Anzuhörenden in der Runde hören. – Bitte schön, Herr Kollege Schulze!

Tobias Schulze (LINKE): Danke schön! – Wer sich zu spät meldet, den bestraft das Leben; viele meiner Punkte sind schon gefragt worden. Die möchte ich nicht wiederholen. Ich möchte aber noch mal kurz auf das Verhältnis der verschiedenen Ärztekategorien im Einsatz in den Kinderstationen und Rettungsstellen eingehen. Wir hörten aus dem Klageruf, dass in den Rettungsstellen vor allem Assistenzärztinnen und -ärzte eingesetzt sind. Lässt sich das vor Ort in den Häusern verändern, oder sagen Sie, das geht aufgrund der zahlenmäßigen Verhältnisse des Personals gar nicht anders? Das frage ich auch vor dem Hintergrund, dass wir in den kommunalen Häusern Möglichkeiten hätten, als Land und Träger dieser Häuser darauf möglicherweise Einfluss zu nehmen.

Dann eine konkrete Frage an die Senatsverwaltung: Welche Erkenntnisse haben Sie über die weitere Umsetzung der Neugestaltung der Finanzierung der Kindermedizin? Ist da schon ernsthaft etwas in der Pipeline? Im Koalitionsvertrag steht „kurzfristig“, was auch immer das bedeutet. Haben Sie dazu weitere Erkenntnisse, oder müssen wir uns darauf einstellen, dass das noch eine ganze Weile dauert?

Die KV hat in einigen Krankenhäusern Kindersprechstunden und Notfallsprechstunden eingerichtet. Meine Kollegin König hat gerade schon danach gefragt. Wäre das nicht ein Modell, dass man mit der KV verabredet, an weiteren Standorten in Berliner Kliniken Wochenend- und Abendsprechstunden mit Kinderärztinnen und Kinderärzten aus dem KV-Bereich einzurichten? Ich glaube, das könnte eine unheimliche Entlastung bringen. Ich weiß, dass diese Angebote nicht besonders bekannt sind. Man müsste versuchen, das noch bekannter zu machen. Ich kenne das vom Krankenhaus Köpenick. Dort ist durchaus Luft und keine lange Wartezeit, wenn man da hingehet. Ich glaube, man könnte durchaus versuchen, das noch ein bisschen zur Entlastung der Krankenhäuser mit in die Öffentlichkeitsarbeit einzubeziehen.

Eine letzte Frage, und zwar zum Thema Ausbildung und Pädiatrie, sowohl im Medizinstudium als auch in der Pflegeausbildung; vielleicht könnte Herr Prof. Mall noch mal etwas dazu sagen: Wie ist aus Ihrer Sicht die Pädiatrie im Medizinstudium abgebildet? Ist das ausreichend? Haben Sie genug Bewerbungen und genug Absolventinnen und Absolventen? Wie funktioniert der Übergang in den Beruf? Ist in der Pflegeausbildung das Thema Kinderpflege genug berücksichtigt? Es gibt mittlerweile eine integrierte, keine Sonderpflegeausbildung mehr. Reicht das aus Ihrer Sicht? Ist das so richtig konzipiert, oder müssten wir da noch etwas anders machen? – Danke schön!

Vorsitzender Christian Gräff: Herzlichen Dank! – Herr Hansel, bitte schön!

Frank-Christian Hansel (AfD): Vielen Dank, auch noch mal für die dramatischen Appelle von Frau Dr. Staudacher! – Wir hatten in der letzten Legislatur einen Antrag dazu gefertigt, Drucksache 18/2613, wo im Grunde genau das beschrieben ist, worum es heute geht. Insofern sind wir sehr dankbar, dass es jetzt dazu kommt, dass das Thema in der Breite aufgerollt wird. Wir hatten damals – und das spiegelt sich in dem, was Sie gesagt haben, Herr Prof. Rossi, und was auch Frau König angesprochen hat – gefordert, dass sich der Senat über eine Bundesratsinitiative dafür einsetzt, die Kinder- und Jugendmedizin aus dem DRG-Fallpauschalensystem herauszunehmen, um die Finanzierung der stationären Versorgung im Rahmen von Krankenhausindividuellen Entgeltsätzen auf der Basis von tatsächlich anfallenden Kosten vorzunehmen. Das ist offenbar jetzt in den Koalitionsvertrag eingegangen. Insofern ist das eine schöne Entwicklung.

Ich habe eine konkrete Frage an Prof. Mall in Bezug auf den Pflegemangel. Es gibt den Pflegecampus Charité/Vivantes. Wie sieht es damit aus? Wie ist der Stand? Kann damit der künftige Bedarf gedeckt werden?

Um es nicht länger zu machen, die Frage an den Senat: Wann kommt die vernetzte Betten-App. Das ist auch die Frage von Frau König. Was brauchen die Krankenhäuser, um die digitale Vernetzung hinzubekommen, damit nicht mehr nachtelefoniert werden muss? – Ich hätte noch ein paar andere Themen angesprochen, aber ich möchte es dabei erst einmal bewenden lassen. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Frau Kollegin Suka, bitte!

Aferdita Suka (GRÜNE): Vielen Dank! – Vielen Dank für Ihre Vorträge! Ist es viel schon gesagt und gefragt worden, daher meine Frage ganz konkret: Können Sie uns im Einzelnen, alle Referentinnen und Referenten, noch einmal sagen, was Ihrer Ansicht nach das Land verbessern kann? Welche Möglichkeiten hat das Land, die Situation zu verbessern? Es wurden die DRGs angesprochen. Dann wurde der Hinweis gegeben, dass der Bund unterwegs ist bzw. so gut wie alle Parteien das Thema in ihren Programmen aufgenommen haben.

Als zweites Problem wurde das Thema Pflegemangel angesprochen. Was könnte hier das Land tun? Was können Unternehmerinnen und Unternehmer tun, um besser und attraktiver zu werden für den Nachwuchs, Stichwort: Nachwuchssicherung gerade bei der Pflege? Da nenne ich Ihnen jetzt auch noch Stichwörter: Stellenschlüssel bei der Pflege, bei der Ausbildung oder attraktivere Einsatzgebiete für die Pflege, Perspektive für die Pflege. Oder das Stichwort: Pflegestudierende, die aufgrund der mangelnden Ausbildungsvergütung zum Beispiel ihr Studium abbrechen. Dazu hat übrigens der Gesundheitsausschuss heute ebenfalls einen offenen Brief bekommen. Das müssen wir nicht heute alles besprechen, aber es sind verschiedene Punkte. Deshalb konkret die Frage: Was kann das Land aus Ihrer Sicht zur Verbesserung des Personal Mangels, aber auch zur Verbesserung der Finanzierung und Refinanzierung in diesem Bereich tun? – Danke!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Frau Senatorin! Möchten Sie jetzt? – Bitte sehr, Sie haben das Wort!

Senatorin Ulrike Gote (SenWGPG): Sehr gerne! Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Vielen Dank auch für die Statements von meiner Seite und die vielen Fragen dazu! In der Tat ist uns

die Situation in den Kinderkliniken und in der kinderärztlichen Versorgung sehr präsent und auch schon seit längerer Zeit bekannt. Auch das, was die Initiative in dem Brief nennt und vorbringt, sind im Wesentlichen Dinge, die wir teilen. Also, auch die Sichtweise wie auch die Forderungen sind im Wesentlichen die, die wir in ähnlicher Weise auch sehen.

Die Senatsverwaltung hat im letzten Herbst, das war die letzte Aktualität, wegen der Situation in den Krankenhäusern mit den Leitern der Kinderkliniken im September/Oktobre die letzten Gespräche geführt. Wir sind zurzeit dabei, eine Steuerung der Kapazitäten in der Kinderversorgung gemeinsam mit Brandenburg zu prüfen und die Kapazitäten in den Kinderkliniken gemeinsam besser zu erfassen.

Wir sehen – jetzt gehe ich gleich auf die konkreten Fragen ein – die Situation, wie gesagt, ganz ähnlich. Es wurde hier von Bettenabbau gesprochen. Den haben ja nicht. Wir hatten einen Bettenaufbau. Es ist aber so, dass 25 bis 30 Prozent der Betten teilweise nicht genutzt werden können, weil wir vor allen Dingen das Pflegepersonal nicht haben. Das ist der eine Grund. Der andere Grund hat dann doch auch ein bisschen was mit Corona zu tun. Das wurde eben auch schon gesagt: Wenn wir Drei- oder Vierbettzimmer haben, konnten bei infizierten Kindern die Betten nicht belegt werden. Das ist eigentlich unsere größte Problematik, dass wir den Notstand beim Pflegepersonal haben. Der hat die allgemeine Dimension, die wir überall beim Pflegepersonal haben, und auch noch mal eine spezifische, weil durch die generalisierte Ausbildung immer weniger spezialisierte Pflegekräfte ausgebildet werden. Das ist etwas, was auch auf Bundesebene und mit dem gemeinsamen Gremium häufiger diskutiert wurde, wo aber bisher noch nicht wirklich ein Weg heraus gefunden wurde. Das ist ein Punkt, den wir uns sicherlich angucken müssen. Dann kommt natürlich dazu, dass wir als Land Berlin auch die Pflege- und Ausbildungsoffensive weiter voranbringen müssen. Hier ist es eigentlich nur ein Punkt, wo sich das noch mal wirklich fokussiert, wie dringend notwendig es ist, dass wir mehr Pflegekräfte gewinnen und auch halten.

Nebenbemerkung dazu: Dass Personal oder Menschen, die jetzt aus der Ukraine kommen, bei uns arbeiten können, ist schon auf den Weg gebracht. Dazu bin ich auch schon in Kontakt mit den verschiedenen Kliniken und Krankenhäusern. Die haben das sehr wohl im Blick. Wir haben vereinbart, dass es da möglichst sehr kurze Wege gibt, um dann, wenn möglich, den qualifizierten Menschen auch in Arbeit zu bringen. Da sind im Moment alle hellwach in der Beziehung, auch von beiden Seiten. Ich habe es eben schon gesagt, auch die Menschen, die jetzt kommen, wollen arbeiten, und die Einstufung als Kriegsgeflüchtete gibt ihnen die Möglichkeit, sehr schnell in Arbeit zu kommen; das würden wir natürlich unterstützen.

Es hat im letzten Jahr im Juni eine Bundesratsinitiative gegeben, die selbstverständlich auch von Berlin unterstützt wurde, die besagte, dass bis Ende des Jahres hinsichtlich der DRG-Reform auch etwas vorgelegt werden muss oder sollte. Dann hatten wir die Wahl, und jetzt steht „kurzfristig“ im Koalitionsvertrag. Was das genauer bedeutet, kann ich nicht sagen. Es ist aber ein Thema, das regelmäßig auch in der GMK aufkommt und schon auf der Agenda aller Beteiligten ganz oben steht.

Was die Vernetzung angeht, wurden jetzt verschiedene Dinge genannt: Warum gibt es keine bessere digitale Vernetzung? Warum muss man herumtelefonieren? – Bisher war es meiner Kenntnis nach so, dass eine Echtzeitabbildung der peripheren Betten wie bei IVENA von den Kliniken bisher als nicht machbar eingeschätzt wurde in dem Bereich. Wir würden auch be-

grüßen, wenn es ein Lotsen- und Steuerungsgremium gäbe, das auf der Basis von medizinischer Indikation freie Kapazitäten in Berlin – idealerweise auch wieder gemeinsam mit Brandenburg – analog SAVE-Konzept, wie wir es eben schon hatten, angibt. Wenn es das gäbe, wäre es sicherlich gut, aber das müsste auch aus dem Kreis der Experten, also auch aus den Häusern heraus, entwickelt werden. Wenn das kommt, würden wir das unterstützen, aber es ist jetzt nichts, was wir von oben aufsetzen würden, das muss ich auch sagen.

Ein letzter Punkt: Wir würden es sehr begrüßen, wenn die Notdienstpraxen an den Rettungstellen ausgebaut werden. Das wäre für mich ein Weg, den wir unterstützen und wo wir auch mit der KV in Beratung stehen. Das wäre, glaube ich, ein sinnvoller Weg, weil wir eben schon gehört haben, dass viele ambulant bleiben. Da wäre wahrscheinlich der Weg, die Notfallpraxen hinsichtlich Öffnungszeiten und Kapazitäten auszubauen, ein richtiger, den wir gerne mitgehen.

Vorsitzender Christian Gräff: Herzlichen Dank! – Dann würde ich jetzt die Anzuhörenden noch mal in der Reihenfolge bitten, Stellung zu nehmen, auch ein bisschen auf die Zeit zu achten. Dann gucken wir mal, was hier im Raum, bei Ihnen vielleicht auch – an die Politik –, und bei den Kolleginnen und Kollegen an Fragen übrig ist. – Ich würde von hinten beginnen, Frau Dr. Schmidt, und Ihnen das Wort geben.

Dr. med. Beatrix Schmidt (St. Joseph Krankenhaus Tempelhof, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin; Chefärztin): Vielen Dank! – Vielen Dank auch für die vielen Fragen zu unseren Vorträgen! Als Erstes würde ich gern auf die Frage eingehen: Wie kann man dem Personal-mangel entgegenwirken? – Berlin gehört zu den Städten, die im Moment keine Ausbildung zur Kinderkrankenschwester oder zum Kinderkrankenpfleger anbieten. Es gibt die generalistische Ausbildung, in der man die Möglichkeit hat, Pädiatrie zu vertiefen. Es gibt aber auch per Gesetz weiterhin die Möglichkeit, eine Kinderkrankenpflegefachkraft zu werden. Das würde bedeuten: zwei Jahre generalistische Ausbildung, dann ein Jahr Kinderkrankenpflege. Das gibt es in Berlin nicht, im Gegensatz zu anderen Städten. Ich würde dringend dafür plädieren, dass man eine solche Möglichkeit auch hier in der Stadt mit entsprechenden Zahlen einrichtet, sonst sehe ich schwarz für die Pflege unserer kleinen Kinder und Patientinnen und Patienten.

Zur zweiten Frage, ob man nicht unterstützen kann, dass berufsfremde Tätigkeiten den Pflegenden und auch den Ärztinnen und Ärzten abgenommen werden. Es ist Moment so, dass Pflegenden zum Beispiel Inkubatoren putzen und Ärztinnen und Ärzte Befunde abheften. Das muss so nicht sein.

Wenn ich – da kann ich für meine Klinik sprechen – die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber angucke, habe ich genug. Ich glaube, in Berlin ist es kein Problem, Menschen, die sich in der Pädiatrie weiterbilden wollen, zu finden. Es gibt einfach einen bestimmten Personalschlüssel, der pro Klinik festgelegt ist, bezogen auf die Ärztinnen und Ärzte, und mehr Stellen bekommt man nicht. Arbeit ist mit Sicherheit in allen Kliniken für deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte da.

Was die Pflege angeht, gibt es von der Politik festgelegte Personalschlüssel. Die einen beziehen sich vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf die Neonatologie, über die wir hier nicht sprechen, und die anderen beziehen sich auf die Versorgung pädiatrischer Patienten. Da gibt es einen Tages- und einen Nachtschlüssel, und mehr Patienten darf man ohne Abschlüsse ein-

fach nicht versorgen. Das ist noch mal differenziert in pädiatrische Intensivmedizin. Jetzt gibt es neuerdings noch die neonatologische Pädiatrie, und insbesondere dann, wenn man auf einer gemischten Intensivstation arbeitet, die zum einen aus Früh- und Neugeborenen und zum anderen aus großen, intensiv kranken Kindern besteht, dann ist die Dokumentation dieser verschiedenen Pflegeschlüssel auch ein Zeitfaktor.

Die Digitalisierung der Betten: Ich glaube auch, dass sich die jeweiligen Kliniken da noch mal Gedanken machen müssen. Das Problem ist, dass das ein sehr dynamischer Prozess ist. Wenn man morgens sagt, man hat drei Betten frei, kann das eine Stunde später schon wieder anders sein. Wie man ein System schafft, das zeitunabhängig trotzdem allen mitteilt: Hier ist noch ein Bett für... – Das ist ja das zweite Problem – für. Es gibt Väter, die ihre Kinder im Krankenhaus betreuen. Es gibt Mütter, die ihre Kinder im Krankenhaus betreuen. Die können aber nicht zusammen in ein Zimmer. Es gibt Kinder, die isoliert werden müssen. Es gibt Kinder, die man zusammenlegen kann, am besten altersentsprechend. Also, das ist nicht ganz so unkompliziert, auch wenn wir uns das alle wünschen würden, dass man das sehr schnell hinkommt. Ich denke aber, wenn sich eine Arbeitsgruppe damit beschäftigen würde, dann könnte man da sicher eine gute Sache erarbeiten.

Es gab auch eine Frage, ob Arztstellen abgebaut wurden. Da kann ich auch nur für meine Klinik reden: Nein, aber es wurden mit wachsender Arbeitsbelastung auch keine neuen eingerichtet. Das ist dann ein bisschen ähnlich. – Ich glaube, dann habe ich alles, was ich aufgeschrieben habe, gesagt und gebe gern das Wort weiter. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen herzlichen Dank! – Dann würde ich Frau Dr. Staudacher das Wort geben. Bitte schön!

Dr. Olga Staudacher (Klinik für Pädiatrie; Assistenzärztin): Vielen Dank! – Vielen Dank für die Fragen! Erst einmal ist mir ganz wichtig, dass ich natürlich auf keinen Fall will, dass weitere Betten gesperrt werden müssen. Dass wir uns diesen Personalschlüssel wünschen oder ihn fordern, liegt daran, dass wir ganz genau wissen, dass es genug junge Menschen gibt, die gerne Pädiaterin/Pädiater werden wollen würden in Berlin, weil Pädiatrie ein attraktives Fach ist und Berlin eine so attraktive Stadt. Ich bin sicher, dass man wahrscheinlich die doppelte Anzahl an Stellen besetzen könnte. Ich weiß auch, dass viele meiner Kolleginnen und Kollegen, sobald sie facharztreif sind, also keine klinische Ausbildung mehr brauchen, um den Facharzt zu bekommen, die Klinik verlassen. Nicht, weil sie nicht in der Klinik arbeiten wollen, sondern weil sie unter diesen Umständen nicht mehr arbeiten wollen. Ich kenne aktuell drei, die aus diesen Gründen gekündigt haben.

Dann wollte ich noch etwas zu dem Schlüssel an Ausbildungsständen sagen, dass zumindest bei uns aktuell auf den Stationen sehr viele sehr junge und sehr frische Assistentinnen und Assistenten sind, weil es in der Weiterbildung dann oft spezialisiertere Stationen gibt, sodass es keine Durchmischung zwischen den Ausbildungsständen gibt, was natürlich für die jungen Kolleginnen und Kollegen ein Problem ist, weil die niemanden mehr fragen können. Ich weiß auch, dass es in anderen Krankenhäusern anders ist.

Ich weiß auch – zum Stellenschlüssel –, dass es zumindest ein Krankenhaus in Berlin gibt, wo ganz sicher Stellen abgebaut worden sind, pandemiebedingt oder nicht, lasse ich jetzt mal offen. Dort wurden vier Ärztinnen- und Ärztstellen abgebaut.

Ich möchte noch ein Wort zur Ukrainekrise verlieren. Die geflüchteten Kinder, die kommen – in der Charité waren es am Freitag, glaube ich, elf Kinder, die stationär aufgenommen waren –, verschlimmern das Problem, besonders weil die Kinder sehr viel Zeit und sehr viel Übersetzung brauchen. Das macht es uns auf jeden Fall nicht leichter, und obwohl der Sommer kommt, wird nicht wie sonst eine Erleichterung auf uns zukommen, sondern es wird eher prekär bleiben.

Ich will noch eine Sache zur Ausbildung sagen, weil nicht nur die Ausbildung der Krankenschwestern und Krankenpfleger und der Studierenden wichtig ist. Ich bin immer noch in Ausbildung. Ich bin noch keine fertig ausgebildete Pädiaterin. Der Teil fällt aktuell leider total unter den Tisch, weil wir keine Zeit haben. Wir haben keine Zeit, etwas nachzulesen. Unsere Oberärztinnen und Oberärzte haben keine Zeit, uns etwas zu erklären. Wir haben gegenseitig keine Zeit, uns etwas zu erklären. Deswegen haben wir alle Angst, dass, wenn wir dann zum Facharzt reif sind, also unsere fünf Jahre Pädiatrie gemacht haben, und auf dem Papier unsere Facharztprüfung machen müssen, dann nicht mehr in Ausbildung sind und dann nicht mehr den Anspruch haben, dass uns jemand etwas erzählen muss, wir eigentlich ganz viel nicht gelernt haben. Das wird, glaube ich, auf uns zukommen, wenn die Situation sich nicht ändert. – Ich glaube, damit habe ich alles beantwortet. Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen herzlichen Dank! – Dann würde ich Herr Prof. Dr. Rossi um seine Stellungnahme bitten.

Prof. Dr. med. Rainer Rossi (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Vivantes Klinikum Neukölln; Chefarzt): Gerne! Ich will es auch knapp machen und vor allen Dingen nicht doppelten. Was ich aber doppelten möchte, ist diese Sache mit der Pflegeausbildung. Die gesetzliche Grundlage ist eine bundesgesetzliche Grundlage: generalistische Ausbildung. Aber noch einmal ganz deutlich: Hamburg und Baden-Württemberg und, ich glaube, auch Niedersachsen gehen klüger damit um. Das gemeinsame Institut von Vivantes und Charité geht gar nicht klug damit um. Meine Kolleginnen und Kollegen aus der Charité waren bei ihrer Geschäftsführung, Herr Prof. Girschick aus dem Klinikum im Friedrichshain und ich waren bei unserer Geschäftsführung, um für mehr pädiatrispezifische Pflegeausbildung zu werben. Wir haben auf Granit gebissen und sind nicht vorangekommen. Hamburg bildet im Moment 100 pädiatrispezifisch ausgebildete Pflegekräfte pro Jahr aus, allein der Krankenhausverbund UKE Altona. In Baden-Württemberg ist es ähnlich. Hier macht Berlin bei gleicher gesetzlicher Grundlage etwas schlechter als andere – Punkt eins.

Punkt zwei: Notfallpraxen an den Krankenhäusern. Das ist ganz klar ein richtiger Weg, denn, noch einmal, etwa 85 Prozent unserer Patienten brauchen nicht das gesamte Instrumentarium des Krankenhauses. Die brauchen einen Kinderarzt oft wegen sehr banaler Dinge. Die Eltern haben Sorge, das müssen wir ernst nehmen, aber: Der Mückenstich ist aufgekratzt – das braucht kein Krankenhaus. Deshalb ist eine Notfallpraxis richtig. Auch da ist „Alt“ Köln besser als Neukölln, denn die KV ist in Köln in der Amsterdamer Straße und in allen Kölner Kliniken jeden Tag da, und zwar jeden Tag von ungefähr 16, 17 Uhr bis ungefähr 23 Uhr. Das wäre eine erhebliche Erleichterung. Die Relation niedergelassener Kinderärzte und Kinderkliniken in Köln und in Berlin ist nicht so völlig unterschiedlich, dass das undenkbar wäre.

Nächster Punkt: DRG. Ich warne ein bisschen davor zu sagen, wir schaffen die DRGs ab und alles wird gut. Die DRGs bringen eine ganze Menge richtige Impulse. Wir haben in Deutschland im OECD-Vergleich immer noch vergleichsweise viele Betten. Die brauchen wir auch, und zwar nicht, weil die Kinderärzte das schlecht machen, sondern weil der Übergang von stationär zu ambulant so schwierig ist. Die Liegedauer ist immer noch vergleichsweise hoch, auch in der Pädiatrie. Wenn wir bessere ambulante Versorgungsmöglichkeiten an Krankenhäusern hätten, wäre das auch zu verbessern. Grundfinanzierung oder Sockelbetrag, wie immer man das nennt, wäre prima, jedenfalls müssen wir aber mehr Möglichkeiten haben, Patienten, die wir jetzt länger stationär behandeln, auch ambulant weiterzubehandeln. In Schweden gibt es zum Beispiel beim Harnwegsinfekt einmal am Tag ein Antibiotikum am Krankenhaus in die Vene. Bei uns muss das gleiche Kind mehrere Tage stationär bleiben. Das Erstere ist klüger.

Stadtteilgesundheitszentrum – ich habe das damals mit Herrn Liecke in Neukölln zusammen diskutiert –: Ausdrücklich ja, als Kombination von sozialarbeiterischer Leistung und medizinischer Leistung. Auch das gibt es in Schweden. Wir hatten einen Austauschkollegen, der uns das sehr plastisch und gut geschildert hat.

Zur Größe der Kliniken, Stichwort: SickKids: Wir haben mal mit meinem Kollegen aus der Charité zusammengesessen und überlegt, ob es nicht geht, in Berlin so etwas wie ein SickKids wie in Toronto zu gründen, eine größere Klinik, nicht mehr kleine Kliniken – also nicht Steglitz, ohne dass ich irgendetwas gegen irgendeinen Menschen in Steglitz hätte –, sondern eher größere Einheiten, die resilienter sind, wenn irgendwelche Belastungsspitzen kommen. Das ist das Erfolgskonzept von SickKids. In Montreal mit 3,5 Millionen Einwoh-

nern wie in Berlin auch gibt es zwei Kinderkliniken und eine ganze Reihe von Ambulanzzentren. Das halte ich letztlich für klüger. Das ist Großpolitik. Das kann man jetzt nicht sofort beeinflussen, aber ich glaube, dass es eher in die Richtung geht als in den Erhalt kleiner Kliniken, die ja auch in der internen Leistungsdifferenzierung gar nicht so viel leisten können, selbst wenn sie es mit bester Motivation versuchen. – Das wären die Punkte, zu denen ich Stellung nehmen wollte. Danke schön!

Vorsitzender Christian Gräff: Ganz herzlichen Dank! – Last but not least Herr Prof. Dr. Mall!

Prof. Dr. med. Marcus A. Mall (Klinik für Pädiatrie; Klinikdirektor) [zugeschaltet]: Vielen Dank! – Ich will noch kurz auf Punkte eingehen, zu denen ich mir Notizen gemacht habe. Ich glaube, die gerade drei großen Punkte, wo die Kinder- und Jugendmedizin Unterstützung vom Land braucht und gebrauchen kann, ist einmal der Pflegemangel, die Ausbildung. Da war die Frage nach dem Pflegecampus. Meines Wissens ist der zwar zum einen operational, aber zum anderen immer noch ein Bauplatz, um dann eine Akademie aufzubauen, die irgendwann mal in der Zukunft ausreichend Pflegenden in Berlin ausbilden kann. Da sollte man aus meiner Sicht viel schneller vorgehen. Da wäre ich der Politik dankbar, wenn Sie darauf achten könnten, dass diese Prozesse schneller vorangehen.

Auch bei dieser Diskussion und was jetzt im Koalitionsvertrag verankert ist – alternative, auskömmliche Finanzierung der Pädiatrie, fallpauschalenunabhängig – wären wir Ihnen sehr dankbar für eine Unterstützung. Da habe ich jetzt gelernt, dass das über die Bundesratsinitiative möglich ist. – Der nächste große Punkt ist die belegbare Bettenkapazität.

Ich möchte noch ganz kurz auf die Frage eingehen, die in Bezug auf Steglitz aufkam. Wir hatten in Steglitz keine Kinderstation, sondern wir hatten eine Kinderrettungsstelle. Um diese Kinderrettungsstelle 24 Stunden jeden Tag die Woche zu betreiben, haben wir vier VK-Arztstellen benötigt, und zuletzt haben sich dort in 24 Stunden im Durchschnitt acht Kinder vorgestellt. Das Problem war zusätzlich noch: Wenn es wirklich mal etwas Ernsthaftes war, hatten wir dort keine Kinderintensivstation im Hintergrund und mussten dann anfangen, kritisch kranke Kinder durch die Stadt zu transportieren. Diese Arztstellen setzen wir jetzt in der Rettungsstelle am CVK in Wedding ein, und das ist sicher deutlich effektiver, als Steglitz wieder zu öffnen.

Es gab auch die Frage, ob es primär darum geht, die aufgestellten, aber nicht belegbaren Betten belegbar zu machen oder ob wir einen zusätzlichen Bedarf haben. Da, denke ich, würde es uns schon helfen, die Betten belegbar zu machen. Das ist auch etwas, was, wenn die Pflegekräfte dafür zur Verfügung stünden, schnell ginge, praktisch auf einer kurzen Zeitschiene, aber ich sehe ganz klar, dass wir auch einen zusätzlichen Bedarf haben, und das hängt zum einen an der wachsenden Zahl der Kinder und Jugendlichen in Berlin in den vergangenen 10 bis 20 Jahren, aber auch in die Zukunft geschaut. Wie gesagt, es werden 15 Prozent mehr in den nächsten zehn Jahren erwartet. Die Schulkinder und Jugendlichen sind jetzt schon der am schnellsten wachsende Bevölkerungsanteil in der Stadt, und die Komplexität der Erkrankungen, wie es eben dargestellt wurde, nimmt auch weiter zu.

Jetzt ist die Frage: Wie kann man das machen? – Da gibt es international verschiedene Beispiele. Eines der Best-Practice-Beispiele ist dieses sogenannte SickKids, das Hospital for Sick

Children in Toronto, wo der State of Ontario in, ich denke, den Sechzigerjahren beschlossen hat, eine große, ich sage mal, Leuchtturm-Kinderklinik zu bauen, die auch vom Personal und von der Infrastruktur so aufgestellt ist, dass man dort qualitativ hochwertige spezialisierte kinder- und familiengerechte Behandlung und Versorgung machen kann und dass man damit aber auch das Fach Kinder- und Jugendmedizin weiterentwickeln kann im Sinne einer Leuchtturmfunktion. Das Ganze geschieht über eine Finanzierung, die unabhängig ist von Krankenkassenerlösen oder Fallpauschalen. Das hat dazu geführt, dass diese Klinik regional, aber auch national und international führend wurde in der Kinder- und Jugendmedizin. So etwas haben wir in Deutschland bisher nicht. Berlin oder die Metropolregion wäre aus meiner Sicht ein geeigneter Ort, um so eine Vision umzusetzen. – Das waren die Punkte, die ich noch ergänzen wollte. Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Ganz herzlichen Dank! – Ich habe noch eine Wortmeldung. Herr Schulze – bitte schön!

Tobias Schulze (LINKE): Danke schön! – Von mir war noch eine Frage offengeblieben, nämlich die Frage nach dem Personalmix auf den Stationen, also dem ärztlichen Personalmix zwischen Oberärztinnen und -ärzten, Chefärztinnen und -ärzten und Assistenzärztinnen und -ärzten. Vielleicht könnte die noch beantwortet werden.

Die Senatorin würde ich gerne noch kurz fragen: Wenn es um Kindeswohlgefährdung oder Patientengefährdung geht, müsste eigentlich auch die Krankenhausaufsicht ins Spiel kommen. Ist das in dem Fall erreicht, oder haben Sie Kenntnis davon? Vielleicht können Sie noch einen Satz dazu sagen. – Danke schön!

Vorsitzender Christian Gräff: Ich weiß nicht, ob Herr Prof. Dr. Rossi oder Frau Dr. Schmidt zwei Sätze dazu sagen möchte, wie das Verhältnis ist und ob es auch daran liegt.

Prof. Dr. med. Rainer Rossi (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Vivantes Klinikum Neukölln; Chefarzt): Das sehe ich nicht als entscheidendes Problem. Es gibt eine Weiterbildungsordnung bei uns in der Klinik, und – ich glaube, das ist bei euch wahrscheinlich ganz anders – es ist ungefähr die Hälfte in Weiterbildung, die Hälfte hat einen Facharzt, und dann gibt es eine oberärztliche Supervision auf allen Stationen über 24 Stunden im Rufdienst.

Es sind in Berlin sechs Kinderschutzambulanzen eingerichtet, die die Aufgabe haben, die Fälle von Kindeswohlgefährdung aufzugreifen und dann mit den entsprechenden Jugendämtern zusammenzuarbeiten. Das ist gut etabliert. Es gibt auch eine solche Einrichtung bei uns. Es ist die Aufgabe der Assistenten, und das ist eine schwierige Aufgabe, in diesem Wust an Ambulanzvorstellungen das Kind herauszufischen, wo eventuell irgendetwas sozial anbrennt. Das ist eine schwierige Aufgabe, aber die gehört zu dieser Ambulanzarbeit.

Vorsitzender Christian Gräff: Frau Senatorin!

Senatorin Ulrike Gote (SenWGPG): Ich habe die Frage so verstanden, ob die Situation, die wir haben, schon eine Kindeswohlgefährdung ist. Dazu kann ich sagen, davon sind wir bei aller Dramatik doch noch weit entfernt.

Tobias Schulze (LINKE): Darf ich mal kurz nachfragen? Wenn das so wäre: Würde dann die Krankenhausaufsicht tätig werden müssen?

Senatorin Ulrike Gote (SenWGPG): Das weiß ich gar nicht. Das müsste man prüfen. Das kann ich jetzt so gar nicht sagen.

Vorsitzender Christian Gräff: Wenn es jetzt keine weiteren Wortmeldungen gibt, möchte ich für meinen Teil ganz neutral als Ausschussvorsitzender sagen: Ich gehe jetzt nicht so richtig mit einem guten Gefühl aus dieser Anhörung heraus und nicht vollends befriedigt. Das geht wahrscheinlich auch den Anzuhörenden so. Ich gehe davon aus, dass das Thema in den Haushaltsberatungen auch zwischen den Fraktionen Thema sein wird. So richtig habe ich, ehrlich gesagt, keine befriedigende Antwort auf dieses Thema bekommen. Mir ist auch klar, dass das kein kurzfristiges Thema ist, sondern eher ein mittelfristiges, aber ich glaube, dass da schon akuter Handlungsbedarf besteht.

Ich möchte mich bei Ihnen, bei den Anzuhörenden, ganz herzlich bedanken, auch für die auf der einen Seite Emotionalität, die aber auch professionell vorgetragen war bei dem Thema. Vielen Dank, dass Sie uns Rede und Antwort gestanden haben! Ich bin sicher, dass wir dazu nicht nur nächste Woche, sondern auch bei jeder Gelegenheit, nicht nur bei der Krankenhausgesellschaft, im Gespräch bleiben werden. Ganz herzlichen Dank an Sie! – [Beifall] – Der Besprechungspunkt ist vertagt.

Wir hatten noch einen Antrag der AfD-Fraktion, Drucksache 19/0096. Da darf ich in die Abstimmung gehen. Wer dem Antrag seine Zustimmung geben möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Vielen Dank! Die Gegenprobe! Enthaltungen? – Dann ist, wenn ich es richtig sehe, mit Zustimmung der AfD-Fraktion, Gegenstimmen der Koalitionsfraktionen und Enthaltungen der CDU-Fraktion und der FDP-Fraktion der Antrag abgelehnt und geht dann weiter.

Punkt 5 der Tagesordnung

Antrag der Fraktion der FDP
Drucksache 19/0054

**Begleitung für Schwangere und Neugeborene in
Geburtskliniken verbessern**

[0007](#)

GesPflGleich

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 6 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
**Medizinische Versorgung von ukrainischen
Flüchtlingsen – Wie gut ist Berlin vorbereitet?**
(auf Antrag der Fraktion der FDP)

[0065](#)

GesPflGleich

Vertagt aus zeitlichen Gründen.

Punkt 7 der Tagesordnung

Petition

**Eingabe von Frau C. S., Frau S. K., MillionsMissing
Deutschland
Pet. Nr. 195/19**

[0022](#)

GesPflegGleich

Der Petitionsausschuss bittet um Stellungnahme.

Siehe nichtöffentliche Anlage zum Inhaltsprotokoll.

Punkt 8 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll