

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

18. Sitzung
5. Dezember 2022

Beginn: 09.03 Uhr
Schluss: 12.26 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.

Vorsitzender Christian Gräff: Wir kommen zu

Punkt 3 der Tagesordnung

- a) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0117](#)
Die Situation von Endometriose-Betroffenen in Berlin GesPflGleich
(auf Antrag der Fraktion der FDP)
- b) Antrag der Fraktion der FDP [0119](#)
Drucksache 19/0512 GesPflGleich
Die Situation von Endometriose-Betroffenen in Berlin verbessern

Hierzu: Anhörung

Ich freue mich sehr, dass Frau Prof. Dr. Mechsner von der Charité Berlin und Frau Isabell Witt von der Endometriose Selbsthilfe Gruppe Berlin Zeit gefunden haben, bei uns zu sein. Ihnen erst mal ein herzliches Willkommen!

Ich gehe davon aus, dass die Anfertigung eines Wortprotokolls gewünscht wird. – Dem ist so. Möchte jemand die Begründung des Besprechungsbedarfs zu Punkt 3 a sowie die Begründung des Antrag zu Punkt 3 b durch die antragstellende Fraktion der FDP machen? – Ja, bitte schön, Frau Kollegin!

Dr. Maren Jasper-Winter (FDP): Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender! – Endometriose ist eine Erkrankung, die 10 bis 15 Prozent der Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter betrifft. Es ist eine Erkrankung, die bisher wenig Beachtung gefunden hat, auch deshalb, weil diese Erkrankung in der öffentlichen Debatte mit Periodenschmerzen, die ohnehin oftmals verharmlost oder tabuisiert werden, vermengt wird. Insofern wollen wir gerne hier gemeinsam mit den anderen Fraktionen einen Schritt gehen, um der Erkrankung und den Betroffenen mehr Beachtung zu schenken. Aus dem Grund freue ich mich sehr, dass wir zwei sehr fachkundige Anzuhörende gefunden haben, Frau Prof. Mechsner und Frau Witt, und dieses Thema aus den unterschiedlichen Perspektiven diskutieren können.

Wir haben mit dem Antrag einen ersten Aufschlag gemacht, mal ein paar Maßnahmen zusammenzufügen, die man im Land Berlin ergreifen könnte, um Betroffenen zu helfen und in dem Bereich auch verstärkt zu forschen. Ich bin froh, dass auf der Bundesebene durch das Bundesbildungs- und Forschungsministerium jetzt allein für dieses Jahr 5 Millionen Euro und für das kommende Jahr noch einmal 5 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden. Das ist eine Verzehnfachung der Beträge, die in den letzten Jahren insgesamt auf der Bundesebene in diesen Bereich geflossen sind. Wir denken aber, dass wir diese Maßnahmen auf der Landesebene mit Aufklärung, Fortbildung und Forschung verstärken sollten, um so wirklich einen Schritt in die Richtung zu gehen, das Leid der Betroffenen zu mildern und auch die Anerkennung der Gesellschaft für diese schwere Erkrankung zu steigern, denn viele sagen: Ich finde keine Anerkennung am Arbeitsplatz, in meinem Umfeld. Endo-was? – wird oft gesagt. – Viele müssen erst mal erklären, dass es diese Erkrankung gibt und was es für eine Erkrankung ist. Frauen in Deutschland warten im Schnitt – so habe ich gelesen, die Anzuhörenden werden

das sicherlich noch mehr im Detail beurteilen können – sieben bis acht Jahre, manchmal sogar länger, bis die Erkrankung tatsächlich diagnostiziert wird. Davor befindet sich ein jahrelanges Leiden.

Ich hoffe sehr, dass wir durch die Anhörung schlauer werden, was wir in dem Antrag noch verbessern können. Ich freue mich wirklich sehr, wenn wir gemeinsam diesen Antrag verbessern – überfraktionell, denn es ist ein Thema, das viele Frauen in Deutschland betrifft, egal, welchen politischen Hintergrund sie haben – und wir gemeinsam als Frauen und Männer hier in die richtige Richtung gehen können.

Vorsitzender Christian Gräff: Herzlichen Dank! – Dann würden wir unsere Anzuhörenden gerne hören. – Frau Prof. Dr. Mechsner! Sie haben zuerst das Wort. Sie haben schon gehört, dass wir heute eine sehr volle Tagesordnung haben. Deswegen muss ich wirklich darauf achten, dass Sie in der ersten Runde bei fünf Minuten bleiben. Vielleicht sind es auch sechs, aber nicht mehr. – Dann haben Sie das Wort. Vielen Dank für Ihr Statement!

Dr. Sylvia Mechsner (Endometriosezentrum Charité): Vielen Dank für die Einladung! – Ich freue mich, dass dieses Thema Beachtung findet, denn wir haben wirklich ein großes Problem, das möchte ich mal voranstellen. Wie gesagt, wir haben 2 bis 4 Millionen betroffene Patientinnen in Deutschland – das ist eine große Zahl –, und wir haben die Verzögerung der Diagnose. Ich möchte kurz erklären, warum, und warum das auch so schlimm ist, denn wenn nach zehn Jahren Leiden die Diagnose gestellt wird, haben wir bereits einen irreversiblen Organschaden, Organe, Genitalorgane, die dann betroffen und zum Teil zerstört sind. Frauen haben bis dahin jahrelange Schmerzphasen erlebt. Sie haben dann bereits eine chronifizierte Schmerzsituation. Ich möchte auch einmal anmerken, dass es keine Erkrankung bei Männern gibt, bei der das so ist.

Warum ist das so? – Wir haben hier tatsächlich fehlende Erkenntnis und Kenntnis über Menstruationsbeschwerden. Es ist erstaunlich, wie wenig Kenntnisse wir bezüglich Häufigkeit und Schwere haben, und das führt dazu, dass Menschen jahrelang darunter leiden, ohne eine Anleitung zu haben, wie überhaupt mit Menstruationsbeschwerden generell umgegangen werden kann. Plan-International- und australische Umfragen haben gezeigt: 90 Prozent aller Frauen haben Menstruationsbeschwerden. Wir haben aber einen gesellschaftlichen Wandel: Weniger Kinder oder spätere Familienplanung führen auch dazu, dass wir viel mehr Blutungen haben heutzutage. 1919 haben Frauen 40 Mal in ihrem Leben geblutet, 2019 400 Mal. Blutungen sind ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Endometriose.

Bisher haben aber Frauenärzte überhaupt keinen Auftrag, nach Endometriose zu suchen. Es gibt kein Screening. Das heißt, sie haben auch nicht die Erfahrung, zwischen normalen und nicht mehr normalen Menstruationsbeschwerden zu unterscheiden, denn das bedeutet, man muss mit seiner Patientin reden können. Das braucht Zeit und auch Erfahrung. Das sind Dinge, die bisher nicht abgebildet sind in unserem Gesundheitssystem. Wir starten an der Charité erstmals im Rahmen eines Innofonds-Projektes mit einem Screeningprogramm – damit fängt es schon mal an – und haben erstmals die Möglichkeit, in einem interdisziplinären Team zu arbeiten.

Hier in der Niederlassung ist es so, dass wir eine Versorgungslücke haben, und die kann aufgrund der inadäquaten Vergütung in diesem Bereich im Moment nicht geschlossen werden.

Wir haben zwar in Deutschland die Entwicklung von Endometriosezentren, das ist toll, aber aufgrund der geringen breiten Kenntnisse über diese Erkrankung landen nur weniger als 50 Prozent der Betroffenen überhaupt in diesen Zentren, und die Zentren wiederum können auch nicht so behandeln, wie sie möchten, denn ganz viele sind ja an städtischen Krankenhäusern angebunden, und aufgrund unserer Trennung des stationären und ambulanten Versorgungssystems haben die wiederum eher den Auftrag, zu operieren. Es wurde lange angenommen, dass Endometriose nur durch eine Laparoskopie diagnostiziert werden kann, im Grunde genommen kann man das alles aber wunderbar mit Ultraschall und so weiter frühzeitig sehen und mit einer entsprechenden Anamnese alles einleiten – ohne Operation. Viele Endometriosezentren können aber nur die Operation anbieten und nicht die breite Beratung und die Einleitung von multimodalen Therapien umsetzen.

Das ist alles ein Riesenproblem, denn auch wenn dann operiert wird, passiert es ganz oft, dass irgendwas gemacht wird, denn bei Endometriose stehen die Operateure im Moment vor der Situation – aufgrund der Unkenntnis, dass man lernen kann, das Ausmaß der Erkrankung zu verstehen, bevor man operiert –: Uppsala, wir haben jetzt eine ganz komplizierte Situation. Das können wir jetzt nicht machen. Hören wir wieder auf zu operieren! –, oder auch die Expertise ist dann einfach gar nicht da. Das heißt, es werden sehr viele unnötige, ineffiziente Operationen durchgeführt. Man kann in Deutschland eine Patientin innerhalb von einem Jahr dreimal operieren, und keiner fragt nach, ob das sinnvoll ist. Die Operation wird bezahlt, aber die Beratung danach, die Einleitung einer Therapie und die Begleitung dieser Patientin nicht. Das ist aus meiner Sicht total absurd.

Wir haben mittlerweile sehr viel bessere Kenntnisse über die Schmerzmechanismen, über die Situation, was da alles passiert, und das Vorgehen muss sich wirklich ändern. Es ist auch ein Unding, dass die DRG für alle gleich ist, also Zentren, die sich sehr viel Mühe geben bei der Operation, die dann plötzlich zwei, drei Stunden dauert, bekommen genauso viel Geld wie für eine kurze Operation, weil es dieselben OP-Schritte sind, die dann durchgeführt werden. Das heißt, es lohnt sich mehr, alle zwei Jahre eine kurze Operation zu machen als einmal eine vernünftige und die Patientin dann wirklich auch so zu operieren, dass sie rezidivfrei sein kann.

Die Situation in Berlin – wie viele Minuten habe ich jetzt noch?

Vorsitzender Christian Gräff: Sie sind bei über fünf gelandet.

Dr. Sylvia Mechsner (Endometriosezentrum Charité): Ich bin schon bei fünf. – Lassen Sie mich kurz noch etwas zur Situation in Berlin sagen. Wir haben eigentlich gar keine so schlechte Situation, von außen gesehen, aber wir haben nur eine einzige niedergelassene Praxis, die auf Endometriose spezialisiert ist. Dieser Kollege hat ausgerechnet, dass er 47 Euro Vergütung bekommen kann. Dafür kann er sich nicht länger als fünf Minuten mit dieser Patientin beschäftigen. Viele andere Endometriosezentren in Berlin sind an den städtischen Häusern, die können nur operieren, und nur wir als Endometriosezentrum der Charité mit einer Hochschulambulanz können überhaupt multimodale Therapie anbieten, aber auch nicht so, wie wir es möchten, weil die Disziplinen – Psychologen, Schmerztherapeuten, Physiotherapeuten und Ernährungsberatung – nicht in einem Team gemeinsam an dieser Patientin arbeiten. Das könnten wir alles sehr schnell ändern, denn wir haben die Strukturen hier in Berlin, wir bräuchten wirklich nur das bessere Rahmenprogramm.

Vorsitzender Christian Gräff: Okay.

Dr. Sylvia Mechsner (Endometriosezentrum Charité): Die Zeit ist um. Ich muss schließen und hoffe einfach auf weitere Fragen, damit wir darauf eingehen können.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen herzlichen Dank, Frau Prof. Dr. Mechsner! – Dann würde ich zu Frau Witt kommen. Sie haben das Wort – bitte schön!

Isabell Witt (Endometriose Selbsthilfe Gruppe Berlin, Selbsthilfe Treffpunkt Friedrichshain-Kreuzberg): Vielen herzlichen Dank für die Möglichkeit, hier heute zu sprechen, nicht nur als Endometriosebetroffene, sondern auch als ehrenamtliche Leiterin der Berliner Endometriose Selbsthilfe Gruppe, die zurzeit ungefähr 600 Mitglieder hat. Ich beginne mal mit einer Behauptung: Wenn ein Mensch mit starken Schmerzen im Brustraum, die bis in den linken Arm ausstrahlen, in eine Arztpraxis kommt, dann läuten dort mit aller Wahrscheinlichkeit alle Alarmglocken, dass es sich um einen Herzinfarkt handeln könnte. Wenn eine junge Frau mit starken Menstruationsschmerzen in eine Praxis kommt, dann, behaupte ich, läuten bei den wenigsten dort die Alarmglocken wegen Verdachts auf Endometriose. Ich finde, das muss sich dringend ändern.

Endometriose ist, wie schon gesagt wurde, eine gynäkologische Krankheit, von der circa 10 bis 15 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter in Deutschland betroffen sind. Es ist eine Krankheit, die mit sehr starken Schmerzen im Bauchraum, im unteren Rücken, sogar in Armen oder Beinen einhergehen kann, eine Krankheit, die Schmerzen beim Toilettengang oder beim Geschlechtsverkehr mit sich bringt und zu Verdauungsproblemen wie Durchfall und Erbrechen führen kann. Es ist eine Erkrankung, die nicht nur die Lebensqualität mindert, sondern auch einen direkten Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit und die reproduktive Selbstbestimmung von Betroffenen hat. Die mentalen und psychischen Belastungen, die daraus resultieren, dürfen hier auch nicht vergessen werden.

Nach dem Auftreten der ersten Symptome vergehen laut Statistik im Schnitt siebeneinhalb Jahre bis zur Diagnose. Bei mir persönlich vergingen 18 Jahre. Die Gründe dafür sind vielschichtig. Mein Eindruck ist, dass das medizinische Personal in Berlin und in Deutschland zu wenig fachlich geschult ist, um Endometriose frühzeitig zu erkennen, sei es auf einem Ultraschallbild, beim Abtasten oder durch ausführliche Anamnesegespräche. Hinzu kommt leider, dass Schmerzen während der Menstruation immer noch als normal betrachtet werden. Zu viele Frauen werden von niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen belächelt, wenn sie über Schmerzen während der Periode berichten. „Schmerzen gehören halt zum Frausein dazu.“ – oder: „Jetzt übertreiben Sie doch mal nicht so!“ – das sind Sätze, die ich mir nicht ausdenke, sondern die sich Frauen immer noch anhören müssen in niedergelassenen Praxen und in Notaufnahmen von Kliniken. Ich habe Frauen getroffen, die wirklich lange dachten, sie seien psychisch krank, weil ihr Umfeld ihnen einredete, sie würden sich die Schmerzen einbilden.

Wenn dann endlich eine Diagnose oder Verdachtsdiagnose gestellt wird, dann geht die Problematik leider weiter. Es gibt zu lange Wartezeiten auf Termine bei guten Endometriosespezialisten in Berlin. Selbst an einigen zertifizierten Endometriosekliniken lässt eine umfangreiche und gründliche Beratung zu wünschen übrig. Viele Frauen fühlen sich genötigt, sich so schnell wie möglich einer OP zu unterziehen, ohne dass andere Therapiemöglichkeiten wie

Schmerztherapie, Hormontherapie oder auch Physiotherapie in Betracht gezogen werden. Wenn eine OP erfolgte und Endometrioseherde entfernt wurden, dann werden die Betroffenen in den Kliniken oft nicht darüber aufgeklärt, dass es zum Beispiel einen Anspruch auf eine Anschlussheilbehandlung, eine Reha gibt, und oft werden operierte Frauen ohne Folgetermine für eine Nachsorge oder ohne einen weiteren Behandlungsplan aus den Kliniken entlassen und stehen mit der Frage, wie es denn nun weitergeht, alleine da. Die Kosten für manche Medikamente, insbesondere bestimmte Hormonpräparate, müssen sie auch selbst tragen. Es gibt zurzeit nur ein zugelassenes Hormonpräparat, das von der Kasse übernommen wird. Für einige Betroffene ist der Leidensdruck nach einer OP erst mal geringer, aber bei vielen kommen die Beschwerden schnell wieder, und somit brauchen Betroffene weiterhin umfangreiche medizinische Unterstützung, die aber leider fehlt.

Um zum Schluss zu kommen: Die Aufklärungs-, Beratungs- und Versorgungslage für Endometriosebetroffene in Berlin ist mangelhaft. Wir brauchen dringend eine landes- und bundesweite Aufklärungskampagne, die bis in den Sexualkundeunterricht in den Schulen reicht und deutlich macht, dass Menstruationsschmerzen nicht normal sind. Wir brauchen Kostenübernahme für mehr Medikamente und Therapiemethoden wie Hormontherapie und Physiotherapie. Wir brauchen nachhaltige Beratungen. Dazu gehören Vor- und Nachsorgegespräche. Frau Dr. Mechsner hat es schon erwähnt: Zurzeit werden hauptsächlich die Operationen bezahlt und die Beratungen nicht, und deswegen finden diese Beratungen auch nicht adäquat statt. Wir brauchen in Berlin gezielte Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen für niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen, damit alle Alarmglocken läuten, wenn eine Frau mit Periodenschmerzen in eine Arztpraxis kommt. – Vielen Dank! Ich bin auf Ihre Fragen sehr gespannt.

Vorsitzender Christian Gräff: Ganz herzlichen Dank, Frau Witt, auch Ihnen! – Dann kommen wir zur ersten Fragerunde. Zunächst hat sich Frau Kollegin Engelmann gemeldet. – Bitte schön!

Claudia Engelmann (LINKE): Vielen Dank an die Anzuhörenden! Wenn wir hier geschildert bekommen, wie groß die Lücke und der Bedarf sind, dann ist das auf jeden Fall erschreckend. Umso wichtiger ist es, dass wir auch auf Abgeordnetenhausbene Sorge dafür tragen, dass sich die Situation in Berlin für die Frauen verbessert.

Ich habe selber in meiner Vergangenheit gewühlt und weiß zumindest seit 20 Jahren um die Erkrankung, weil ich damals das erste Mal Kontakt mit Betroffenen hatte. Mir war aber tatsächlich nicht bewusst, wie hart der Weg ist. Ich kenne das quasi nur nach der Diagnosestellung anhand dessen, was da an OPs und so weiter durchaus gemacht wird. Da haben wir einen riesigen Bedarf. Wenn ich jetzt darüber nachdenke – ich habe selber Kinder und engagiere mich auch viel in der Elternarbeit –: Es gibt keinerlei Kampagnen in Schulen oder ähnlichen Institutionen wie der Jugendarbeit, vor allem auch nicht in der spezifischen Arbeit mit Mädchen – jedenfalls ist es mir persönlich nicht untergekommen –, und wir alle müssen dafür Sorge tragen, dass das in jedem Fall Berücksichtigung findet und Berlin da voranschreitet und ordentliche Projekte auf den Weg bringt, gemeinsam mit allen Beteiligten.

Ich würde gerne die Senatsverwaltung fragen: Welche Projekte fördert die Verwaltung im Arbeitsfeld der Gendermedizin in Berlin? Wie unterstützt die Verwaltung die Aufklärung der und das Informationsangebot für die Allgemeinheit in Bezug auf Endometriose? Sind die hier

angesprochenen Kampagnen schon in der Planung? Wenn nein, wann können wir mit diesen rechnen? Denkt die Verwaltung über eine Anpassung der Lehrpläne für Sexualkunde und über Fortbildung für Fachärztinnen nach? Wie wird die Gesundheits- und Gleichstellungsverwaltung auf die Bundesregierung einwirken, um Endometriose im deutschen Gesundheitswesen zu institutionalisieren?

Dann gehe ich auch gerne noch mal auf die Anzuhörenden ein, weil die Zeit ja sehr kurz gewesen ist, um in die Thematik einzuführen. – Frau Prof. Dr. Mechsner! Gibt es repräsentative Datensätze zur Versorgungslage und zur Arbeitssituation der Endometriosebetroffenen in Deutschland? Gibt es Ihres Wissens eine beauftragte Studie, Forschungsgelder zur Grundlagenforschung oder ganz neue Therapieansätze im Bereich der Endometriose? Wie schätzen Sie das derzeitige Aufklärungs- und Informationsangebot in Gesamtdeutschland ein? Was kann Berlin, was braucht Berlin, um da voranzugehen? Ändert sich etwas bei den Probandinnen in der medizinischen Forschung, wenn Frauen mitgedacht werden, oder sind sie immer noch stark unterrepräsentiert, überhaupt in dem gesamten Forschungskontext auch der Gendermedizin? In der Berliner Charité wie auch in Deutschland steht das Thema der geschlechtsspezifischen Medizin nirgendwo im Pflichtprogramm für die angehenden Ärzte. Wie bekommen wir Ihrer Meinung nach die Gendermedizin auch in das Bewusstsein der Beteiligten?

Vielen Dank auch an Frau Witt für die Schilderung aus der Betroffenenperspektive! 600 Mitglieder sind im Vergleich viele, aber immer noch sehr wenig, ich glaube, weil der Zugang dazu gar nicht gewährleistet ist. Ich kenne die Selbsthilfegruppe bisher nicht. Wie werden Sie unterstützt, und welche weitere Unterstützung benötigen Sie, um mehr Mitglieder, Mitfrauen sozusagen, in die Selbsthilfegruppe aufzunehmen? Die Kernpunkte Ihrer Forderungen haben Sie ja schon vorgestellt. Was können wir im Abgeordnetenhaus Ihrer Meinung nach konkret tun, um auch die Betroffenen in diesem ganzen Prozess stark zu beteiligen? – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Ich habe jetzt noch folgende Wortmeldungen: Frau Seibeld, Frau Dr. Jasper-Winter, Frau Piroth, Frau Auricht, Frau Neugebauer und Frau Dr. Haghani pour. – Frau Seibeld, bitte schön!

Cornelia Seibeld (CDU): Vielen Dank! Ich kann es auch ganz kurz machen. – Vielen Dank Ihnen beiden! Ich habe zum einen die Frage, die die Kollegin Engelmann eben auch schon gestellt hat: Welche konkreten Wünsche Sie haben, habe ich verstanden, das ist auch absolut nachvollziehbar. Welche davon können wir auf Landesebene umsetzen? Vieles von dem, was Sie gesagt haben, sind ja tatsächlich Bundesfragen. Die Bewertung der DRGs, die Bezahlung von verschiedenen Zentren insgesamt oder auch die Frage der medizinischen Ausbildung sind alles Dinge, die wir im Land Berlin nur eingeschränkt regeln können. Interessieren würde mich aber darüber hinaus – das kann vielleicht Frau Prof. Dr. Mechsner beantworten –, inwieweit es jetzt schon Teil der medizinischen Ausbildung ist, denn darauf hätte in der Tat das Land ja ein Stück weit Einfluss. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Herzlichen Dank! – Dann Frau Dr. Jasper-Winter!

Dr. Maren Jasper-Winter (FDP): Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender! – Auch noch mal herzlichen Dank für Ihre Ausführungen und dafür, dass Sie sich ehrenamtlich beziehungsweise weit über Ihr berufliches Pensum hinaus für diese wichtige Sache engagieren. Meine Frage

ist: Die Vergütungsfragen sind Bundesebene, ich denke, beim Bundesgesundheitsministerium angesiedelt, und vielleicht kann man da ja auch noch mal – ich gucke mal in Richtung SPD – einwirken mit den Kolleginnen und Kollegen, die im Deutschen Bundestag sitzen, damit wir da in dieser Amtszeit der Ampelkoalition vorankommen.

Zum anderen die Frage: Was würden Sie sich konkret wünschen? – Sie haben gesagt, das größte Problem ist die Versorgungslücke. Frau Prof. Mechsner, Sie sprachen es an, Frau Witt, Sie auch. Helfen in irgendeiner Form verpflichtende Fortbildungen der Gynäkologinnen und Gynäkologen oder eine Aufklärungskampagne? Wie kommt man an die Gruppe der niedergelassenen Ärzte heran? Wie gesagt, das Vergütungsproblem können wir hier nicht lösen. – Das wäre der erste Punkt, wo wir ganz praktisch einfach mal wissen müssten, was Sie uns empfehlen.

Zum anderen sagten Sie, Frau Prof. Mechsner, dass Sie mit Ihrem Endometriosezentrum an der Charité noch viel mehr leisten könnten. Welche Unterstützung bräuchten Sie dann ganz konkret hier vonseiten des Landes Berlin?

Was die Aufklärung der sonstigen Bevölkerung angeht, wäre es sicherlich Ihrer Meinung nach auch sinnvoll, dass die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung mit der Senatsverwaltung für Bildung darüber spricht, wie man den Aufklärungsunterricht ergänzen kann. Haben Sie da vielleicht Erfahrungswerte, was bisher läuft und was man besser machen könnte?

Zum anderen: Das Land Berlin ist ja auch Arbeitgeber mit seiner öffentlichen Verwaltung. Frau Witt! Sie sprachen von der gesellschaftlichen Akzeptanz. Finden Sie es richtig, wenn auch Arbeitgeber, in diesem Fall öffentliche Arbeitgeber, die Verwaltung, mehr informiert sind, dass es diese Krankheit gibt und dass Betroffene eben nicht nur mal nicht einsatzfähig sind, weil da mal so Periodenschmerzen sind, sondern weil das eben eine schwere Krankheit ist? Was würden Sie uns da empfehlen?

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

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Wirklich ganz lieben Dank für den sehr berührenden Bericht, auch aus der Selbsthilfe! Diese chronifizierte Schmerzsituationen, die Frauen über Jahre betreffen, sind auch in anderen Bereichen nach wie vor tabuisiert, und wir wollen hier gerne unseren Beitrag leisten, dass das anders wird. Ich habe allerdings, an Frau Jasper-Winter anschließend, ein paar Fragen, wie wir es tatsächlich in der Landespolitik auch umsetzen könnten, denn das ist ja hier unsere Aufgabe.

Der erste Punkt: Wie können wir im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen – es gibt ja die J 1, und danach gehen 81 Prozent der Frauen ab 16 Jahren zu den regelmäßig stattfindenden gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen – die Frauen da noch viel stärker heranführen? Ich glaube, es gibt Möglichkeiten, vielleicht über die BZGA auch noch mal stärker zu informieren, beziehungsweise hatten wir ja auch angesprochen, dass da auch in den Schulen ein Schwerpunkt liegen sollte. Allerdings liegt dieser Schwerpunkt meistens auf Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten.

Endometriose ist eine Erkrankung, die nicht präventiv behandelt werden kann. Haben Sie da ein paar Überlegungen, wie das in Bildungsthemen einfließen könnte?

Die zweite Frage hat auch Frau Jasper-Winter angesprochen – zuzahlungsfreie Kassenleistungen: Geht es, wenn wir uns auf Bundesebene und mit dem SGB V da zu einer Gesetzesänderung aufrufen von Landesebene beziehungsweise über eine Bundesratsinitiative, eher um den jährlichen vaginalultraschall, oder geht es um den zuzahlungsfreien Zugang zu hormonellen Präparaten? Das würde mich interessieren.

Die dritte Frage geht noch mal in Richtung DGGG, was in der Arbeitsgemeinschaft Endometriose an der Charité noch zusätzlich stattfinden kann, damit auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung besser werden. Können wir da über diese Prüfung, Qualifikation, dieses Zertifikat, das an Ärztinnen und Ärzte vergeben wird, noch mehr raus-holen?

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Frau Auricht, bitte schön!

Jeannette Auricht (AfD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Vielen Dank auch an die beiden Anzuhörenden! Sie sprachen von zwei Millionen Patienten in ganz Deutschland. Haben Sie konkretere Zahlen für Berlin runtergebrochen? Nimmt die Zahl eher zu? Ist es eine Erkrankung, die jetzt mehr in die Öffentlichkeit kommt, wo es mehr Bewusstsein dafür gibt und es deshalb auch zu mehr Fällen oder mehr Frauen kommt, die sich trauen, damit an die Öffentlichkeit oder zu ihrem Arzt zu gehen?

Dann würde mich interessieren: Wie sehen die Krankmeldungs-zahlen aus? Trauen sich die Frauen, das jetzt auch öfter zu sagen bei ihrem Arbeitgeber? Sind die Krankmeldungen darüber bekannt, oder ist das eher eine unbekannt-e Größe?

Es sind viele Punkte, die Sie hier schon genannt haben, die besser werden müssen, die Sie fordern, von der Aufklärung zur Früherkennung, Behandlung, Nachsorge. Gibt es da einen bestimmten Schwerpunkt, oder ist das eher ein Gesamtkonzept, wo alles ausgebaut und ein bisschen besser sein muss, die ganze Versorgungsstruktur oder die Forschung? Wo sehen Sie da den Schwerpunkt? Jener mit der Vergütung, dazu haben meine Vorredner eigentlich schon alles gesagt; der liegt doch mehr oder weniger auf Bundesebene. Das wären meine Fragen. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Frau Neugebauer, bitte schön!

Laura Neugebauer (GRÜNE): Vielen Dank erst mal an die Anzuhörenden! Das mit der Vergütung mag auf Bundesebene sein, aber ich möchte trotzdem fragen: Ich weiß, dass der Kollege, der niedergelassen ist – aus persönlicher Erfahrung –, sich mehr als fünf Minuten Zeit nimmt für seine Patientinnen. Deswegen wäre meine Frage: Was ist die Differenz zwischen der bezahlten Zeit, falls sie bezifferbar ist, und der tatsächlichen Zeit, die gearbeitet wird? Wie viel wird an der Stelle einfach auch unbezahlt gemacht?

Meine zweite Frage ist: Der Diagnosezeitraum ist ja sehr lang. Endometriose ist trotzdem eine Krankheit mit sehr vielen Komorbiditäten, also sprich: im Physischen Sachen wie IBS, aber auch in der mentalen Gesundheit, chronische Schmerzen, die man über Jahre erleidet, aus

denen man regelrecht gegaslightet wird, wenn man sie anspricht. Das geht, glaube ich, an keinem Menschen einfach so vorbei. Deswegen meine Frage: Inwiefern würde sich eine frühere Diagnose auch auf die Prävention von Komorbiditäten sowohl im physischen als auch im psychischen Bereich auswirken?

Vorsitzender Christian Gräff: Herzlichen Dank! – Dann Frau Dr. Haghanipour, bitte!

Dr. Bahar Haghanipour (GRÜNE): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Auch von mir vielen Dank an die Anzuhörenden! Mich würde auch vor allem interessieren: Was kann seitens der Landespolitik getan werden, ganz besonders der Punkt, wie Ärztinnen und Ärzte zu dem Auftrag kommen können, nach Endometriose direkt zu suchen, wenn sie eine menstruierende Person vor sich haben? – Vielen Dank!

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

Bettina König (SPD): Vielen Dank! – Auch nur noch kurze ergänzende Fragen. Mich würde insbesondere hinsichtlich der Prävention interessieren: Welche zuzahlungsfreie Leistung wäre aus Ihrer Sicht sinnvoll, in die Kassenleistung aufzunehmen, um eine frühere Diagnose möglich zu machen?

Dann würde mich noch interessieren, ob die Berufsverbände schon stärker zum Thema gemacht haben, zum Beispiel gegenüber den Krankenkassen, dass ein Bedarf besteht, hier sehr viel stärker eine Finanzierung zu bekommen, um die betroffenen Frauen angemessen behandeln zu können. Also was sagen die Berufsverbände dazu?

Den Senat würde ich gerne fragen: Ich glaube auch, dass es wichtig ist, hier auch schon bei den Jugendlichen mehr Aufklärung zu betreiben. Nun gibt es den Sexualkundeunterricht. Frau Pieroth hat schon gesagt, dass da aber hauptsächlich über sexuell übertragbare Krankheiten gesprochen wird. Ich glaube aber, dass es trotzdem wichtig wäre, den 15-, 16-, 17-jährigen Mädels auch Infos über diese Krankheit zu geben, dass sie merken: Menstruationsbeschwerden können auch etwas anderes bedeuten, und es ist wichtig, da früh dran zu sein. Wie sehen Sie das? Würden Sie sich dafür einsetzen, dass die Rahmenlehrpläne entsprechend angepasst werden?

Es gab eine breit aufgestellte Aufklärungskampagne – so habe ich es zumindest wahrgenommen – zu Gebärmutterhalskrebs, HPV. Sehen Sie eine Möglichkeit, dass man vielleicht auch auf Landesebene etwas in diese Richtung zu Endometriose macht, in einem ähnlichen Rahmen, was sehr öffentlichkeitswirksam wahrnehmbar war? Im Radio zum Beispiel habe ich es oft gehört oder auch auf Plakaten gesehen. – Danke schön!

Vorsitzender Christian Gräff: Ganz herzlichen Dank! – Dann hat sich der Senat zu Wort gemeldet. – Frau Staatssekretärin, bitte schön!

Staatssekretärin Armaghan Naghipour (SenWGPG): Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender! – Ganz herzlichen Dank auch von meiner Seite an die beiden Anzuhörenden für die Ausführungen! Es ist, ich denke, da sind wir uns alle einig, eine Thematik, die wir unbedingt noch weiter auf Tagesordnungen setzen müssen, und wir müssen unbedingt auch die Enttabuisierung voranbringen; das ist hier bereits an vielen Ecken angeklungen.

Inhaltlich, das ist auch angeklungen, sind es in der Tat viele Bundesfragen: DRGs, Vergütungsfragen usw. Das heißt aber natürlich nicht, dass wir uns nicht auch als Land dort einbringen können, und so habe ich auch den Antrag verstanden.

In welcher Form konkret? – Denkbar ist durchaus, dass man überhaupt das Thema Endometriose im Rahmen der Gesundheitsminister/-innenkonferenz einbringt, es dort intensiver behandelt. Dann kann man durchaus über Bundesratsinitiativen usw. nachdenken, muss aber dann auch ganz konkret schauen, welche gesetzlichen Grundlagen wir da an welchen Stellen angehen können. Aber da sind uns, auch wenn es – in Anführungsstrichen – nur Bundesfragen sind, als Land Berlin ja nicht ganz die Hände gebunden. Ich kann auch zusichern, dass wir uns sehr gerne dafür weiter einsetzen wollen.

Ansonsten wurden einige Fragen aufgegriffen. Zum einen, was die landesweite Aufklärungskampagne angeht: Die halte ich durchaus für erforderlich. Wir haben uns hier auch vorab mit dem zuständigen Bildungsressort in Sachen Bildungskampagne, Aufklärungskampagne auseinandergesetzt. Da wurde angemerkt, dass die biologischen Abläufe des Menstruationszyklus schon eine wichtige Rolle in den Rahmenlehrplänen 1 bis 10 an den Schulen spielen. Ganz klar ist aber auch, dass man noch verstärkter darauf achten muss, und das klang hier auch eben durch, dass deutlich wird: Schmerzen während der Menstruation sind nicht normal. – Auch da muss zu einer Enttabuisierung schon im jungen Alter, im Teenager/-innenalter, beigetragen werden. Man muss aber dann in dem Kontext noch mal schauen, ob Schwerpunktsetzung Schule der richtige Weg wäre, weil es üblicherweise Präventivkampagnen sind, gerade wenn es um Aufklärungsarbeit geht, und es sich bei Endometriose nun mal so verhält, dass die spezielle Erkrankung eben nicht über ein präventives Verhalten beeinflusst werden kann. Wir müssen dann schauen, dass man so eine Aufklärungskampagne – aber dahingehend auch Offenheit –, dass wir noch mal mit der Bildungsverwaltung ins Gespräch gehen und uns darüber austauschen, wie man da wo die Schwerpunkt, verbunden mit welchen Botschaften legen kann. Hier kam noch der Vorschlag, dass man das ähnlich wie bei der Aufklärungskampagne zu HPV verknüpft. Da muss man natürlich schauen: Gebärmutterhalskrebs hat Verläufe, die tödlich enden können. Bei Endometriose ist es so, es ist eine chronische Erkrankung, aber sie wird – Fachpersonen können mich da natürlich gerne korrigieren – als gutartig betrachtet. Das heißt, man muss schauen, dass man im Rahmen dieser Aufklärungskampagne vor allem zu einer Enttabuisierung beitragen kann.

Was jetzt das Anliegen einer systematischen Fort- und Weiterbildung oder eines Angebotes, konkret betreffend Ärztinnen und Ärzte, angeht, gemeinsam mit der Landesärztinnen- und -ärztekammer – das ist im Antrag angeführt worden –: Da muss ich natürlich darauf verweisen, dass solche Fort- und Weiterbildungsangelegenheiten erst mal in die alleinige Zuständigkeit der Ärztekammer Berlin fallen. Da ist dem Senat insoweit – ich sage auch hier, in Anführungsstrichen – nur die Rechtsaufsicht über die Berliner Heilberufekammer möglich. Das heißt, auf die konkreten Inhalte der Fort- und Weiterbildung können wir so nicht Einfluss nehmen. Aber: So eine Rechtsaufsicht umfasst auch durchaus die Prüfungen, ob gegen höher-rangiges Recht, und da denke ich natürlich auch an Artikel 3 Grundgesetz, an den Gleichbehandlungsanspruch, verstoßen wurde. Die Rechtsaufsicht kann man auch durchaus in dem Sinne verstehen und ausüben, aber konkret auf die Inhalte der Fort- und Weiterbildung ist es schwierig, Einfluss zu nehmen.

Ansonsten wurden verschiedene weitere Punkte Ihrerseits genannt. Ich schaue, ob ich noch etwas vergessen habe. Ich belasse es erst einmal dabei und melde mich gegebenenfalls noch mal später. – Danke!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Dann würde ich gerne noch mal auf unsere Anzuhörenden zurückkommen. Ich weiß, es sind sehr viele Fragen an Sie gestellt worden. Wir müssen trotzdem ein bisschen auf die Zeit achten. Wie gesagt, wir haben auch noch eine zweite Anhörung. Ich würde gerne zunächst Frau Witt das Wort geben, vielleicht in umgekehrter Reihenfolge. – Bitte schön!

Isabell Witt (Endometriose Selbsthilfe Gruppe Berlin, Selbsthilfe Treffpunkt Friedrichshain-Kreuzberg): Vielen herzlichen Dank! Das sind in der Tat viele Fragen. Ich würde gerne mit dem Thema Aufklärungskampagne anfangen. Man muss hier natürlich ein bisschen unterscheiden: Zum einen brauchen wir dringend eine Kampagne, die sich speziell an Schulkinder im Rahmen des Sexualkundeunterrichts richtet, um einfach das Thema mit reinzubringen, dass Menstruationsschmerzen nicht normal sind, und um in die Köpfe der Menschen zu bringen, dass das etwas ist, was man untersuchen lassen sollte im Rahmen der gynäkologischen Frühuntersuchungen, die ab dem 16. Lebensjahr stattfinden. Das große Problem, das resultiert, ist, dass viele junge Frauen irgendwann anfangen, die Pille zu nehmen und die Endometrioseproblematik durch die Einnahme der Pille maskiert wird. Wenn die Pille dann abgesetzt wird, weil zum Beispiel ein Kinderwunsch entsteht, dann sind teilweise schon so viele Jahre vergangen, dass die Problematik eventuell ziemlich weit fortgeschritten ist. Das ist ein großes Problem, und deswegen, denke ich, ist es so wichtig, früh anzufangen und auch präventiv zu schauen: Hat diese Patientin vielleicht Endometriose? Können wir das ausschließen, um dann guten Gewissens mit der Einnahme der Pille beginnen zu können? – Ich denke, das ist ganz wichtig.

Das andere Thema, was Aufklärung oder Weiterbildung für niedergelassene Praxen angeht: Ich weiß jetzt nicht, ob so etwas auf Landesebene durchgesetzt werden kann, aber es ist definitiv wichtig und richtig, dass hier mehr Fortbildungen stattfinden, weil niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen Endometriose leider nicht erkennen können. So schildern mir das viele Frauen aus den Erfahrungen, die sie in den Praxen machen. Es wird auf dem Ultraschallbild nicht gesehen, es wird beim Abtasten nicht bemerkt. Auch das muss sich dringend ändern. Das sind also zwei Themen. Das ist einmal das Thema Aufklärung in Schule und Gesellschaft und dann noch mal Weiterbildung bei den Niedergelassenen.

Was ich ganz dringend noch sagen möchte: Es kam die Frage zum Thema Krankmeldungen und Arbeitgeber. Meiner Erfahrung nach meldet sich keine Frau beim Arbeitgeber oder bei ihren Vorgesetzten aufgrund von Endometriose krank. Ich bin der Meinung, dass es noch nicht mal – korrigieren Sie mich, wenn es nicht stimmt – auf den Krankmeldungen, den Zetteln, einen Code für Endometriose gibt. – [Zuruf von Dr. Sylvia Mechsner] – Gibt es? – Okay. Also aus eigener Erfahrung oder aus der Selbsthilfe Gruppe weiß ich, dass die wenigsten sich wegen Endometriose krankmelden, sondern das ist dann Migräne oder Erschöpfung. Das ist natürlich auch ein großes Problem, weil das Thema Menstruation ein Tabuthema ist; das ist so. Das hierzu. – Ich würde mich vielleicht noch einmal sammeln und an Sie abgeben.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Frau Prof. Dr. Mechsner, bitte schön!

Dr. Sylvia Mechsner (Endometriosezentrum Charité): Es waren wirklich viele Fragen; ich habe versucht, sie etwas zu sortieren. Zum Thema Ausbildung: Es ist jetzt nicht so, dass wir keine Ausbildung über Endometriose haben. Jeder Frauenarzt weiß schon etwas über Endometriose. Man muss aber auch lernen können, damit umzugehen, und das ist zum Beispiel in der Ausbildung schwierig, wenn man in einem städtischen Krankenhaus arbeitet und das noch nach den ganz alten Prinzipien erfolgt: Patientinnen kommen, werden operiert und wieder entlassen. Dann kann kein Mensch den Umgang mit Endometriose lernen. Das ist unmöglich in der Situation.

Wir haben jetzt einen ganz anderen Wandel des Umgangs. Wir haben jetzt den Anspruch oder verstanden: Wir können frühzeitig lernen, ob Frauen Endometriose haben oder nicht, durch eine Schmerzanamnese. Gynäkologen waren nie mit Schmerzen konfrontiert, bis wir jetzt die Erkenntnis haben: Uppsala, Endometriose ist eine Schmerzerkrankung. – Das muss man lernen, eine Schmerzanamnese. Der Ultraschall, die Tastuntersuchung, das muss man lernen. Ich kann Ihnen sagen, ich, und ich mache seit 20 Jahren Endometriosesprechstunde, brauche für jede einzelne Patientin mindestens 45 Minuten, um alles zu verstehen, was da los ist. Solange diese Zeit in der niedergelassenen Praxis nicht gegeben ist und nicht vergütet wird, kann der Erfahrungsschatz der Niedergelassenen nicht wachsen. Man könnte vorschlagen, dass man in Endometriosezentren im Rahmen der Facharztausbildung hospitiert. Das wäre ja etwas, dass jemand ein paar Monate in einem System mitarbeitet, wo Endometriosesprechstunden durchgeführt werden und wo man lernen kann: Wann sind Operationen sinnvoll, und wie sollten die durchgeführt werden? – Da sind alle offen und interessiert daran. So ist es nicht. Wir haben, wie gesagt, diese Versorgungslücke in der Niederlassung, und das liegt rein an dem Geld.

Es kam der Hinweis: Mein Frauenarzt nimmt sich mehr Zeit. – Ja, dann arbeitet dieser Frauenarzt umsonst. Das haben wir innerhalb unserer Strukturen soweit ausklamüsert, herauszubekommen, dass es ungefähr fünf bis acht Minuten Zeit sind und nicht länger, und, wie gesagt, wir brauchen fast eine Stunde.

Was hat die DGGG bisher gemacht? – Es gab lange die Stiftung Endometrioseforschung. Die hatte keinen Einfluss auf die Leitlinien. Es gab sehr große Widerstände und tatsächlich auch politisches Kompetenzgerangel zwischen den primär Operateuren, bis jetzt tatsächlich die Arbeitsgemeinschaft Endometriose, die neu gegründet werden konnte, sich für ein multimodales Vorgehen ausspricht. Man muss verstehen: Die Krankenhäuser mit dem operativen Ansatz – das sind wirtschaftliche Aspekte, die man denen jetzt wegnehmen möchte. Wir wollen weg von den vielen Operationen. Da sind wir auf einem guten Weg. Wir haben die Arbeitsgemeinschaft Endometriose gegründet. Es gibt sogar Qualifizierungskurse. Es gibt viele Fortbildungsangebote, so ist es auch nicht, aber im Moment müssen wir zum Beispiel die Finanzierung dafür selbstständig aufbringen. Wir haben Sponsoringanfragen, wie wir denn so eine Veranstaltung organisieren und wie man das finanziert. Da könnte es zum Beispiel konkrete Unterstützungsmöglichkeiten geben, wenn wir das regelmäßig anbieten können. Es ist sehr aufwendig, solche Veranstaltungen zu planen. Dann haben wir immer eine große Nachfrage und einen hohen Bedarf. Da kommen sehr gerne sehr viele niedergelassene Kolleginnen und Kollegen hin.

Zum Thema: Was könnten wir an der Charité zum Beispiel machen? – Wir haben ein Screeningprogramm eingeführt. Über den Innofonds können wir das im Dezember starten. Das ist

weltweit das erste Mal, dass wir ein Screeningprogramm etablieren. Wir werden eine App entwickeln mit Informationen über den normalen Zyklus, wir werden die junge Frauen interaktiv anleiten, mit Menstruationsbeschwerden umzugehen. Hat diese junge Frau ein Risiko, wird sie eingeladen in ein Früherkennungsprogramm, wo wir mit Facharzt, Psychologin, Ernährungsberatung und Physiotherapeutin anfangen können zu behandeln. Ich glaube nämlich, dass wir mit einer vernünftigen, adäquaten Beratung und Begleitung sehr wohl eine frühe sekundäre Prophylaxe betreiben können. Das ist in keiner Studie dieser Welt belegt, weil es das ja bisher nicht gab. Aber wenn wir eine therapeutische Amenorrhö einleiten, ist es sehr wahrscheinlich so, dass wir den Prozess stoppen können, denn wir haben ein vermehrtes Aufkommen von Endometriose, weil wir heutzutage einfach viel häufiger bluten. Das ist wirklich ein großes Problem.

Ein weiteres Thema ist die Prävention, wie die eine Kollegin hier gesagt hat. Wir haben gute Analysen an der Charité durchgeführt mit einer Psychologin, die ich im Team habe. Sie hat strukturierte Interviews gemacht, und sie kann ganz klar die ganzen Komorbiditäten belegen, die diese Frauen haben, die Depressionen, Angststörungen, sexuellen Dysfunktionsstörungen, aber auch andere begleitende Schmerzsyndrome wie Fibromyalgie, Rheuma, alles Mögliche. Jede Form von Schmerzerkrankung hat bei den Frauen, die so viele Jahre Schmerzen ertragen mussten, ein höheres Risiko der Schmerzentwicklung, und da ist es superwichtig, dass wir eine Prävention durch eine multimodale Therapie durchführen, die man diesen Frauen anbieten kann. Ich denke, das Geld im Gesundheitssystem ist da, wenn wir nämlich nicht mehr viele unnötige Operationen machen, sondern das in eine multimodale Therapie umverteilen.

Wenn Sie über das Thema Berlin hier sprechen wollen, könnte so ein Pilotprojekt sofort starten. Wir haben eine Warteliste von einem Jahr. Wir haben 500 zusätzliche Frauen auf der Warteliste. Wir haben 200 Anfragen in der Woche. Wir könnten jeden Tag Endometriosesprechstunde machen, wenn wir das Personal dafür hätten. Wir können morgen starten. Wir brauchen Räume und Personal, und dann kann es losgehen. Dann wäre es gut, begleitend einen Schmerztherapeuten, Psychologen zu haben, ein multimodales Assessment gestalten zu können. Das können wir sofort machen, aber wir brauchen die Leute und die Strukturen dafür.

Ich arbeite in einem großen onkologischen Zentrum. Die Endometriose-therapie ist querfinanziert durch unsere onkologischen Patientinnen. Wir machen mit jeder Operation 1 000 Euro Minus. Kein Mensch möchte mehr Endometriose in der Klinik haben, weil es ein wirtschaftliches Desaster ist. Ich kann dieselbe OP machen mit einer onkologischen Diagnose und bekomme 3 000 Euro mehr. Das ist doch eigentlich ein bisschen blöd.

Wir haben hier ein großes Problem mit den Krankschreibungen. Wir haben indirekte Kosten. Es sind junge Frauen, die arbeiten wollen und nicht können und sich nicht outen können. Ich würde mir selber als Chirurgin die Zunge abbeißen, bevor ich meinem männlichen Kollegen gegenüber sage: Ich kann heute die OP nicht machen, ich habe meine Regel. – Wirklich, selbst unter uns Gynäkologen würde ich das nicht tun.

Zum Thema Schulen: Auch das könnten wir in Berlin umsetzen. Die ÄGGF ist ein Verein von ehrenamtlichen Frauenärztinnen, die in die Schulen gehen, die bereits den Zugang zu Schulen haben, HPV-Schulungen dort machen. Die haben ein fertiges Programm für Endometrioseschulungen. Das haben wir alles schon fertig, wir haben nur bislang keine Kostenträger gefunden. Wir haben die Krankenkassen gefragt. Niemand hat Interesse, dieses Unter-

nehmen zu unterstützen. Wir stehen eigentlich in den Startlöchern und wollten das, haben aber kein Geld bekommen. Das kann man auch sofort umsetzen.

Wie gesagt, für mich ist der frühe Beginn der Therapie ausschlaggebend. Dazu muss eine Schmerzanamnese durchgeführt werden können. Der Ultraschall ist obligat, und wichtig sind die Erfahrungen, die die Kolleginnen und Kollegen sammeln können. Dann wird das auch alles besser. Das ganze Problem müsste überhaupt nicht so sein, wie es jetzt ist. Dann haben wir auch eine Prävention in allen möglichen Bereichen. Diese Strukturen sind aber im Moment einfach nicht gegeben. Das ist im Grunde genommen so, das möchte ich noch kurz sagen, als wenn ein Hausarzt sagt: Diabetes? Nein, also damit gehen Sie doch bitte mal zum Spezialisten! Ich kann das auf gar keinen Fall jetzt hier begleiten. – So ist es, wenn wir über Endometriose sprechen. Es macht mich fassungslos. Sie glauben gar nicht, was ich jeden Tag für E-Mails von Quereinsteigern bekomme. Die halbe Charité möchte bei mir einen Termin. Ich könnte meine Sprechstunden mit Quereinsteigern auf ein Jahr ausfüllen. Der ganz normale Patientenlauf muss jetzt triagiert werden. Wir müssen versuchen herauszufinden: Wer muss denn zu uns? –, denn wir sind eigentlich nicht für die breite Basisversorgung zuständig. Wir können das gerne übernehmen, aber dann brauchen wir Strukturen.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank, Frau Prof. Dr. Mechsner! Das war noch mal eindrücklich. – Frau Witt, haben Sie noch ein, zwei Punkte?

Isabell Witt (Endometriose Selbsthilfe Gruppe Berlin, Selbsthilfe Treffpunkt Friedrichshain-Kreuzberg): Es wurde die Frage gestellt: Welche Kassenleistungen wären sinnvoll? – Frau Dr. Mechsner hat schon das Thema multimodale Therapien angesprochen. Die Studienlage kann ich Ihnen jetzt natürlich nicht schildern, aber es hat sich aus Erfahrungsberichten gezeigt, dass zum Beispiel manuelle Therapie, Physiotherapie sehr gut hilft. Wenn Patientinnen aufgrund von Endometriose ein Physiotherapie Rezept haben möchten, dann ist allein das schon eine ziemliche Hürde. Dann sagt die Gynäkologin: Ach nee, wir haben gerade nicht genug Budget. Gehen Sie mal zum Orthopäden wegen der Rückenschmerzen. – Der Orthopäde sagt dann: Mit Endometriose haben wir nichts zu tun. – Also das ist zum Beispiel ein Thema, wie man eine Kassenleistung für Endometriosepatientinnen zur Verfügung stellen könnte.

Dann würde ich mir wünschen, dass alle Endometrioseoperateurinnen- und -operateure und Endometriosezentren eine verpflichtende Nachsorge durchführen. Ich bin heilfroh, dass es diese Endometriosezentren gibt, aber es ist leider ein großes Problem, dass die Frauen nach den Operationen nach Hause geschickt werden, und wenn sie weitere Probleme und Beschwerden haben, dann wissen sie überhaupt nicht, wo sie hin sollen. Sie werden dann meistens von denen, die sie operiert haben, nicht mehr gesehen, und das ist ein sehr großes Problem. Wir würden uns für die Selbsthilfe Gruppe auch mehr Kooperation mit den Endometriosezentren wünschen. Frau Dr. Mechsner war so nett und ist vor ein paar Wochen zu uns in die Selbsthilfe Gruppe gekommen, um konkrete Fragen zu beantworten, die die Frauen vielleicht nicht beantwortet bekommen innerhalb einer Sprechstunde. Das ist unglaublich hilfreich. Viele Patientinnen fühlen sich im Rahmen der Selbsthilfe Gruppe geschützt, sage ich mal, als in einer Sprechstunde, wo sie das Gefühl haben, es muss jetzt ganz schnell weitergehen zu bestimmten Themen. Da würden wir uns definitiv mehr Kooperation mit den Endometriosezentren wünschen. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen herzlichen Dank! – Dann hat der Senat noch mal um eine Stellungnahme gebeten.

Dr. Sylvia Mechsner (Endometriosezentrum Charité): Darf ich noch kurz etwas zur Forschung in Berlin sagen? Das habe ich nämlich vergessen. – Wir haben im Endometriosezentrum auch ein Grundlagenforschungszentrum. Wir machen hier deutschlandweit sehr gute Forschung, aber Gelder zu bekommen für Endometriose ist eine Katastrophe. Es ist mir nicht gelungen, öffentliche Gelder – wir haben letztes Jahr bestimmt 15 Anträge geschrieben – für das Thema Endometriose zu bekommen. Wahrscheinlich waren die Gelder knapp, auch wegen Corona. Es ist mir 20 Jahren gelungen, das Endometriosezentrum selbstständig mit Drittmitteln zu versorgen, aber es ist jetzt alles abgelehnt worden. Damit steht mein Endometriosegrundlagenforschungslabor fast vor dem Aus. Es haben jetzt Patientinnen selbstständig 40 000 Euro gesammelt, damit wir die nächsten Monate überleben können und ich mein Personal nicht entlassen muss. Das kann man vielleicht noch erwähnen.

Wir haben viele Projekte, viele Ideen, und wir könnten hier auch viel mehr machen, aber auch dazu braucht es Personal. Es können nicht alle immer nur umsonst arbeiten. Das kann man nicht erwarten.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Dann der Senat. Bitte schön, Frau Staatssekretärin!

Staatssekretärin Armaghan Naghipour (SenWGPG): Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender! – Herzlichen Dank auch noch mal an die Anzuhörenden für Ihren Appell und die zuletzt, Frau Prof. Dr. Mechsner, ganz deutlichen Worte! Ich möchte an dieser Stelle noch mal ganz konkret den Dialog anbieten. Sie haben schon ganz viele Vorschläge in dieser Runde unterbreitet, und mit Blick auf eine landesweite Aufklärungskampagne und auch konkret auf die Situation, die die Charité betrifft, für die ich in meiner Funktion als Staatssekretärin auch zuständig bin, ist mir sehr daran gelegen, dass wir da noch mal in einen Dialog kommen. Das biete ich Ihnen an dieser Stelle ausdrücklich an und werde zeitnah auf Sie zukommen. Ich hatte aber im Übrigen auch schon mit Herrn Kroemer über das Thema gesprochen, das heißt, die Bereitschaft ist da, dass wir uns für dieses Thema noch mal ganzheitlich sowohl auf Landesebene und dann über die GMK, gegebenenfalls Bundesratsinitiative, auch auf Bundesebene einsetzen. Dieser Appell ist angekommen, und den greifen wir selbstverständlich auch auf.

Vorsitzender Christian Gräff: Ganz herzlichen Dank! Das war ein sehr guter Beitrag auch für die Zukunft, das Gesprächsangebot noch mal ganz konkret anzubieten oder zu unterstützen, und möglicherweise gibt es dann auch Nachfragen in einiger Zeit.

Dann würde ich gerne den Besprechungspunkt abschließen, und wir kommen zur Abstimmung über den Antrag. – Frau Jasper-Winter, bitte schön!

Dr. Maren Jasper-Winter (FDP): Zu dem Punkt würde ich anbieten: Es kamen heute in der Anhörung Aspekte auf, die man in den Antrag aufnehmen könnte, beziehungsweise ich würde mich freuen, wenn wir zeitnah auch mit anderen Fraktionen, die sich einbringen möchten, noch mal darüber sprechen, was man noch verbessern kann. Insofern schlagen wir vor, den Antrag zu vertagen, in der Hoffnung, dass wir zügig Ergänzungs- oder Änderungswünsche gemeinsam diskutieren können.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank, Frau Dr. Jasper-Winter! – Ich gehe davon aus, dass es hier Einvernehmen gibt, oder gibt es Gegenstimmen, Enthaltungen? – Das ist nicht der Fall. Dann stelle ich das so fest.

Ich möchte mich im Namen des Ausschusses ganz herzlich bei Frau Prof. Dr. Mechsner und Frau Witt bedanken. – [Beifall] – Der Tagesordnungspunkt 3 a wird vertagt, bis das Wortprotokoll vorliegt und ausgewertet wird. – Ihnen vielen Dank, alles Gute und eine erfolgreiche Woche!

Mein Vorschlag wäre, da noch nicht alle Anzuhörenden für den Tagesordnungspunkt 4 da sind, dass wir Tagesordnungspunkt 5 zum Stand Gender-Budgeting vorziehen.

Punkt 5 der Tagesordnung (vorgezogen)

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Umsetzungsstand Gender Budgeting
(auf Antrag der Fraktion der SPD, der Fraktion Bündnis
90/Die Grünen und der Fraktion Die Linke)

[0061](#)
GesPflegGleich

Siehe Inhaltsprotokoll.

Wir kommen zu

Punkt 4 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs

Umsetzung der Maßnahmen des Runden Tisches

Geburtshilfe

(auf Antrag der Fraktion der SPD, der Fraktion Bündnis
90/Die Grünen und der Fraktion Die Linke)

[0059](#)

GesPflGleich

Hierzu: Anhörung

Wir dürfen ganz herzlich begrüßen Herrn Prof. Dr. Abou-Dakn, Ärztlicher Direktor des St. Joseph Krankenhauses Berlin-Tempelhof, Frau Carla Eysel, Vorstand Personal und Pflege an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, die beiden sind vor Ort, und Frau Ann-Jule Wowretzko, Erste Vorsitzende des Berliner Hebammenverbandes per Videozuschaltung. Ganz herzlich willkommen!

Ich gehe davon aus, dass die Anfertigung eines Wortprotokolls gewünscht wird. – Dem ist so. Wird die Begründung des Besprechungsbedarfs durch die antragstellenden Fraktionen gewünscht? – Frau Engelmann, bitte schön!

Claudia Engelmann (LINKE): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Ich freue mich sehr auf die Anhörung. Schön, dass Sie heute bei uns sind! Wir haben uns in der letzten Legislatur bereits mit der Thematik intensiv beschäftigt. 2018 wurde der Runde Tisch Geburtshilfe gegründet; zehn Einzelmaßnahmen sollten ganz konkret in die Umsetzung kommen. Bei der Vorbereitung der heutigen Sitzung war doch sehr auffällig, dass in vielen Teilen die Einzelmaßnahmen nur unzureichend umgesetzt werden konnten. Umso wichtiger ist es, sich der Thematik heute noch mal anzunehmen. Alle Menschen, die in Berlin ein Kind bekommen, wissen, wie schwer die Situation in den Kreißsälen, in der Hebammenversorgung ist, sowohl vor als auch nach der Geburt. Deswegen ist es einmal mehr wichtig, dass wir heute gemeinsam gucken, welche der Maßnahmen sozusagen noch weiter verstärkt werden müssen. Wir haben Gelder eingestellt. Ich freue mich auf die Anhörung und bin gespannt auf die Einblicke. – Danke!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Dann würde ich Herrn Prof. Dr. Abou-Dakn bitten, zu beginnen. Wir haben leider noch eine extrem gefüllte Tagesordnung und noch ein paar Punkte. Meine Bitte wären round about fünf Minuten zur Einführung. Das wäre toll. – Sie haben das Wort!

Dr. Michael Abou-Dakn (St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof; Ärztlicher Direktor): Recht herzlichen Dank! Es freut mich, wieder einmal hier zu sein. Vor fünf Jahren und einem Monat habe ich hier schon mal berichten dürfen. Damals hatten wir eine doch sehr angespannte Situation in Berlin. – Mir war tatsächlich der Inhalt der Einladung gar nicht so richtig klar, ich habe vielmehr erwartet, dass wir darüber berichten sollen, wie es momentan in der Geburtshilfe in Berlin aussieht. Vielleicht kann ich versuchen, Ihre Anregungen gleich einfach miteinzubeziehen.

Damals war die Situation so, dass wir in Berlin unerwartet plötzlich knapp 3 000 bis 4 000 Geburten mehr pro Jahr hatten, also auf 40 000 Geburten kamen, und aus diesem Ungleichgewicht zwischen Personalmöglichkeiten, räumlichen Möglichkeiten, Schließung des Kreißsaals, Verlegung von Frauen und dieser ganzen Problematik ist damals der Runde Tisch von uns gewünscht worden. Daraus resultiert bis heute quasi ein sehr steter Austausch zwischen den Krankenhäusern. Wir haben einen sehr regelmäßigen Kontakt zwischen allen leitenden Ärztinnen und Ärzten und auch durchaus mit den Hebammen aus den verschiedenen Häusern, um zu sehen, wie jeweils die akute Situation ist. Das hat sich in Covid-Zeiten sehr bewährt, weil wir da ja auch unter einer besonderen Problematik waren.

Vom damaligen Runden Tisch kann ich insofern berichten, dass sehr viele Maßnahmen letztlich umgesetzt wurden. Wir sind also sehr dankbar, was der Senat, die Senatsverwaltung uns zur Verfügung gestellt hat. Das sind einerseits die Gelder, die für den Ausbau der Kreißsäle zur Verfügung gestellt wurden, die zum Teil umgesetzt sind, zum Teil noch im Bau befindlich sind. Das ist auch noch mal die genauere Verortung, wie viele Hebammen wir in Berlin ausbilden. Da sind die Zahlen damals sehr angezogen worden. Das hat sich auch bewährt. Tatsächlich haben wir die entsprechende Steigerung hinbekommen, vor allen Dingen durch die damals schon bestehende Evangelische Hochschule, die ja die Hebammenkunde in Berlin begonnen hat auf akademische Art und Weise und jetzt mittlerweile in der Charité und Vivantes kombiniert ist. Was wir damals schon angesprochen haben, ist die Fragestellung der praktischen Ausbildung. Die ist in diesem Jahr ein bisschen schwieriger gestaltet gewesen. Wir haben da nicht die vollen Plätze zur Verfügung stellen können. Da gab es auch noch mal seitens des Staatssekretärs eine Nachfrage und den Versuch von unseren Kliniken aus, entsprechende Stellen zur Verfügung zu stellen.

Der Druck in den Kliniken, was die Hebammenversorgung angeht, hat sich in den letzten Jahren aus meiner Sicht deutlich verbessert. Die meisten Kliniken haben es tatsächlich miteinander hinbekommen, gemeinsam mit den Hebammen andere Arbeitsbedingungen, andere Strukturen so aufzubauen, also auch nach diesem Runden Tisch, dass wir deutlich mehr Kolleginnen in der Arbeit in den Kliniken erleben. Das war ja das große Problem, dass wir eine Zeit lang zwar die Hebammen hatten, aber sie nicht in den Kliniken arbeiten wollten. Da ist sicherlich noch ein sehr großer Nachholbedarf. Da sehen wir durchaus auch noch Chancen, wie man dort entsprechend für noch mehr Personal, noch mehr Teamfähigkeit beim Personal sorgen kann.

Unabhängig von Berlin hat sich in der ganzen Bundesrepublik gezeigt, dass die Finanzierung der Geburtshilfe, aber auch der Kinderkliniken über das DRG-System nicht hinlänglich ist. Wir haben mehrfach darauf hingewiesen, dass bei uns vor allen Dingen Personalkosten eine Rolle spielen. In der geduldigen Geburtshilfe, wo man passiv abwarten müsste, ist das der größte Posten. Sachkosten stellen sich im DRG-System immer sehr gut dar, aber Personalkosten eben nicht. Zugewandte Medizin ist ein Riesenthema, das uns gerade in der Geburtshilfe sehr beschäftigt, gerade mit der Geburtshilfe, die wir im St. Joseph Krankenhaus, aber auch in anderen Häusern durchführen. Da haben wir jetzt auf Bundesebene erreicht, doch zu verstehen, dass man etwas tun muss. Sie wissen alle, dass neben der Sonderfinanzierung der Kinderkliniken auch die Geburtshilfe entsprechend zusatzfinanziert werden soll. Die Gelder werden dann über Berlin ausgeteilt, im Gegensatz zu den Kinderkliniken, wo, wenn ich es recht verstanden habe, wohl über den Bund eine Vorlage kommen wird. Von daher wäre für uns auch im Rahmen des Runden Tisches ganz interessant, wie der Senat sich das eigentlich vor-

stellt. Sicherlich wäre da zum Beispiel der Aspekt der Personalkosten und der Unterstützung dieses Areals einer der wesentlichen Punkte, die wir sehen. – Vielleicht reicht das erst mal als Anregung, und dann freue ich mich eher auf Ihre Fragen.

Amtierende Vorsitzende Tamara Lüdke: Vielen herzlichen Dank für die Ausführungen! – Ich bin kurz für Herrn Gräff eingesprungen, nicht wundern, und würde gerne direkt das Wort an Frau Eysel weitergeben.

Carla Eysel (Charité – Universitätsmedizin Berlin; Vorstand Personal und Pflege): Vielen Dank! – Herzlichen Dank für die Einladung! Mir ging es ähnlich wie Ihnen. Die Einordnung ist jetzt klar.

Vielleicht kann ich kurz berichten, was wir an der Charité auf den Weg gebracht haben. Wir hatten vor etwa 14 Tagen einen Termin mit Frau Wowretzko, wo wir uns noch mal über ganz konkrete Sachen unterhalten haben, die wir von beiden Seiten hier noch mal transportieren können. Wir haben vor etwas mehr als einem Jahr einen Tarifvertrag abgeschlossen, der die Besetzungslogik der Hebammen in den Kreißsälen, aber auch in den präpartalen Bereichen neu geregelt hat und dort – Sie haben das geduldige Medizin genannt – für die auskömmliche Besetzung sorgen soll. Es ist uns noch nicht gelungen, das muss ich auch sagen, in allen Bereichen die Hebammen so zu akquirieren, wie es notwendig wäre, um die Besetzung zu ermöglichen. Ich glaube, es liegt zum Teil auch daran, dass wir noch nicht so durchlässig sind zwischen Kreißsaal und den angrenzenden Stationen. Es wäre jetzt auch eine Katastrophe gewesen, wenn gerade die Präpartalstationen aus dem Pflegebudget herausgenommen worden wären, weil dort auch Hebammen mit anderen Arbeitszeitmodellen zum Einsatz kommen und damit auch die Verbindung zwischen dem Kreißsaal und den Mutter-Kind-Stationen sichergestellt werden kann, wenn man gute Modelle hat. Die Besetzungslogik ist aber extrem wichtig, weil damit den Hebammen signalisiert wird, dass sie mit der ausreichenden Zeit und ihrem qualitativ richtigen Anspruch an eine gute Geburt arbeiten können. Das war etwas, was uns während der Tarifverhandlungen sehr stark beschäftigt hat, und deswegen denke ich, dass wir da auf einem guten Weg sind.

Der nächste Punkt wären gute Arbeitszeitmodelle, gute Übergabelogiken, ein neues Onboarding, also Personalmaßnahmen. Also: Wie bekommen wir es hin, dass wir Menschen gut in unsere Strukturen einbringen? Wie können wir mit übergreifenden Programmen zwischen Gesundheits- und Krankenpflegefachpersonen und Hebammen ein Miteinander auf den Weg bringen? – Deswegen haben wir die Fachpraxisanleitenden bei uns im Hause miteinander in den Dialog gebracht, sodass wir auch an den Schnittstellen neue Ansätze finden können. Ich glaube, dass wir mit dem Willkommen-Heißen – das klingt erst mal relativ simpel, aber das ist ein wichtiger Aspekt, es heißt: gutes Onboarding, gute Einarbeitung, eine auskömmliche Besetzung und neue Arbeitszeitmodelle – für die Zukunft gut aufgestellt sind. Das Ganze braucht Zeit. Ich denke, nach einem Jahr können wir sagen, dass wir uns auf einen guten Weg gemacht haben, aber noch nicht da angekommen sind, wo wir hinkommen möchten. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Ganz herzlichen Dank, Frau Eysel! – Dann kommen wir zu Frau Wowretzko. Sie haben das Wort, vielen Dank!

Ann-Jule Wowretzko (Berliner Hebammenverband e. V.; Erste Vorsitzende) [zugeschaltet]: Vielen Dank für die Einladung! Ich freue mich sehr, dass wir noch mal über das Aktionsprogramm „Schaffen“ sprechen. Ich würde gerne noch mal aus unserer Sicht einige Punkte kommentieren. Einmal zur Vermittlungsplattform, die seit 2020 online ist und Teil des Aktionsprogramms war. Hier wird Hebammenbetreuung jeden Monat für 400 bis 500 Frauen vermittelt. Wir haben allerdings ungefähr das Doppelte an Anfragen, das heißt, wir können nur knapp 50 Prozent der Frauen vermitteln. Das liegt vor allem auch daran, dass wir die Kapazitäten im freiberuflichen Segment noch nicht haben.

Wir planen für die Zukunft einen weiteren Ausbau der Plattform, um Frauen auch bei Fehlgeburten kurzfristig unterstützen zu können, eine Sprachauswahl bei der Hebammensuche zu ermöglichen und Hebammenstudierende bei der Externatsplatzsuche zu unterstützen. Die Finanzierung durch die Lotto Stiftung endet mit Ablauf dieses Jahres, und derzeit suchen wir noch einen Sponsor für den weiteren Betrieb.

Der zweite Punkt aus unserer Sicht wäre der Ausbau der Ausbildungs- und Studienplatzkapazitäten in Berlin. Da hat sich Berlin sehr angestrengt und ist inzwischen bei ungefähr 120 Studierenden pro Jahr an der Charité und EHB. Aus unserer Sicht ist damit auch das Maximum erreicht. Wir können die Zahl nicht weiter steigern, weil die Praxisphasen in den Kreißsälen ansonsten nicht mehr qualitativ hochwertig begleitet werden können, weil die Hebammen, die dort arbeiten, das nicht zusätzlich zu ihrer sowieso anfallenden Arbeit leisten können.

Damit sind wir auch schon bei dem Punkt, was wir uns für die Zukunft noch an Verbesserungen wünschen würden. Das ist natürlich eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Wir haben jetzt die Situation, dass wir hohe Ausbildungszahlen auch schon in den vergangenen Jahren hatten und wir eigentlich jetzt langsam merken müssten, dass sie in den Kliniken ankommen und auch im Beruf bleiben. Da ist aus unserer Sicht noch nicht der Punkt erreicht, wo wir zufrieden sein können, es ist vielmehr immer noch so, dass sehr viele Kolleginnen drei bis vier Frauen gleichzeitig in den Kliniken versorgen unter der Geburt, und das ist schlicht zu viel, um eine gute Geburtshilfe und die leitliniengerechte Eins-zu-eins-Betreuung zu bieten. Wir glauben, da ist es wichtig, auch auf neue Konzepte zu setzen, um Hebammen in die klinische Geburtshilfe zurückzuholen. Da wäre zum einen das Konzept des Hebammenkreißsaals zu nennen, das Berlin implementieren könnte, um zum einen Frauen gut zu betreuen, die zu einer Niedrigrisikoklientel gehören, aber auch Hebammen zurück in die klinische Geburtshilfe zu holen, die ansonsten diesen Schritt vielleicht nicht wagen würden. Hierzu gibt es im Bundesgebiet verschiedene Förderprogramme, und auch Berlin könnte so etwas auflegen aus unserer Sicht.

Ansonsten gibt es noch in Hessen das Beispiel Wiedereinstieg in die klinische Geburtshilfe. Das ist ein Projekt, das dort ausgearbeitet wurde und Hebammen ermöglichen soll, in die klinische Geburtshilfe zurückzukommen. Auch hier könnte Berlin sich anschließen und dieses Konzept nutzen.

Noch kurz zum Bereich freiberufliche Arbeit. Auch hier werden Frauen immer früher aus der Klinik entlassen, und wenn dann kein Hebammenbetreuung vor Ort gefunden werden konnte, entsteht eine Versorgungslücke. Auch hier könnte man sich zum Beispiel am Land Bremen orientieren, das ein Hebammenzentrum hat und ein gutes Konzept gefunden hat, um Hebammen

men zurückzuholen, vielleicht auch in die freiberufliche Arbeit, einen attraktiven Arbeitsplatz zu schaffen, aber auch Familien zu versorgen, die sonst nicht versorgt worden wären. Aus unserer Sicht ist es dringend erforderlich, dass wir weiter an dem Thema dranbleiben, und wir würden das gerne begleiten. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Ganz herzlichen Dank, Frau Wowretzko! – Jetzt gucke ich mal den Senat an. Frau Staatssekretärin! Würden Sie vielleicht noch etwas sagen? – Wenn ich mir die persönliche Bemerkung erlauben darf, zum Beitrag zur Finanzierung über die Lotto Stiftung und dass Sie da noch Sponsoren suchen: Wenn es daran scheitert im Land Berlin, dann bin ich wirklich ein bisschen schockiert, ehrlich gesagt. – Vielleicht können Sie zwei Worte dazu sagen. Danke schön!

Staatssekretärin Armaghan Naghipour (SenWGPG): Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender! – Sehr geehrte Anzuhörende! Danke für die Ausführungen! Es ist richtig, wir sind mit der Umsetzung der Maßnahmen des Runden Tisches Geburtshilfe, das ist an einigen Stellen auch angeklungen, glücklicherweise in den meisten Fällen in einem abgeschlossenen Stadium, das heißt, die Maßnahmen wurden abgeschlossen. Ich gehe im Folgenden noch mal darauf ein. Einige – das Stichwort Kreißsäle ist angeklungen – befinden sich noch in der Umsetzung. Zu den Gründen werde ich gleich auch noch etwas sagen. Insgesamt ist es aber erfreulich, dass diese Maßnahmen, die vor einigen Jahren aufgegriffen wurden, weitestgehend umgesetzt werden konnten.

Insgesamt traf sich der Runde Tisch drei Mal: 2017, 2018 zwei Mal. Ergänzt wurde das Ganze durch Workshops und Arbeitsgruppen. Klar ist, dass wir natürlich die Situation und auch die weitere Entwicklung beobachten sollten. Es wurden einige Maßnahmen aus dem ursprünglichen Katalog genannt. Da ging es einmal um die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten und Studienplätze für Hebammen. Was die Ausbildungskapazitäten angeht, wurde das Ziel weit übertroffen. Das ist eben schon angeklungen. Es wurde zusätzlich 152 neue Ausbildungsplätze gegenüber 2017 generiert, das heißt, der Ausgangsbestand von 202 Ausbildungsplätzen zum Stichtag 1. November 2017 konnte auf 354 Ausbildungsplätze erhöht werden. Damit wurde das Ziel, 130 Ausbildungsplätze bis zum Ende des Jahres 2020 zu erhöhen, erreicht und weit übertroffen. Das Ziel konnte nur aufgrund des hohen Engagements der Ausbildungsstätten – ganz deutlich an dieser Stelle auch der Hinweis auf die Coronapandemieeinschränkungen im Schulbetrieb der Gesundheitsfachschulen – erzielt werden; ihnen gebührt an der Stelle ganz ausdrücklicher Dank.

Alle Ausbildungsstätten haben im Jahr 2020, also inmitten der Hochphase der Pandemie, einen fachschulischen bzw. Modellstudiengang nach geltender Rechtslage begonnen. Was den Ausbau der Kreißsäle anbelangt, ist es so, dass das Land Berlin den Ausbau – das ist hier, meine ich, auch schon angeklungen – mit einem gezielten Förderprogramm von mehr als 27,5 Millionen Euro unterstützt. Auch hier hat die Senatsverwaltung – damals Gesundheit, Pflege und Gleichstellung – gemeinsam mit den Berliner Geburtskliniken erst mal ermittelt, welche Häuser überhaupt ihre Kreißsaalkapazitäten erweitern wollen, und auf dieser Grundlage wurden dann in sechs Geburtskliniken, Perinatalzentren konkrete Erweiterungspläne entwickelt. Die Maßnahmen sind teils aus baurechtlichen, denkmalpflegerischen Problemstellungen und auch aufgrund standortbezogener Fragestellungen – Lichtenberg hörte ich jetzt – sehr vielfältig, dementsprechend natürlich auch hinsichtlich des Planungs- beziehungsweise Baufortschritts unterschiedlich weit. Bisher, um konkret zu bleiben in den Zahlen, konnten

19,7 Millionen Euro für die sechs aus den in SIWANA IV und V bereitgestellten Mitteln bewilligt werden, und davon wurden bereits 8,2 Millionen Euro an die Krankenhäuser und Träger ausgezahlt. Die Kreißsaalerweiterung im Evangelischen Krankenhaus Spandau konnte schon Anfang 2022 glücklicherweise fertiggestellt werden, zwei weitere Maßnahmen befinden sich derzeit im Bau; eine weitere konnte nach vollständig vorliegenden und geprüften Bauplanungsunterlagen jetzt auch glücklicherweise bewilligt werden.

Der Bereich „Arbeitsbedingungen der Hebammen verbessern“ wurde auch aufgegriffen. Es wurde ein Arbeitspapier des Runden Tisches anhand einer Umfrage der BKG mit Best-Practice-Beispielen erstellt. Diese wurden den Geburtskliniken schon im Mai 2019 übermittelt. Damals wurde in einem Begleitschreiben auch eine Empfehlung ausgesprochen, eigene kleine Runde Tische zu etablieren. Das ist an allen Standorten tatsächlich auch passiert. Dort wurden kleine Runde Tische etabliert, und in diesem Rahmen wurden dann Maßnahmen aus diesem Best-Practice-Papier beschlossen und teilweise umgesetzt. Hierzu zählen auch die Erhöhung der Hebammenvergütung, die Schaffung finanzieller Anreize bei kurzfristiger Dienstübernahme. Ich denke, das sind wichtige Punkte. Außerdem wurde an einigen Häusern durch personelle Umgestaltung wie Stellenausbau, -aufbau und eine Umverlagerung fachfremder Tätigkeiten eine Arbeitsentlastung der Hebammen erzielt.

Der Bund hat auch noch mal ein dreijähriges Hebammenstellen-Förderprogramm für die Jahre 2021 bis 2023 auf den Weg gebracht. Das bringt mich zu dem Punkt „Akademisierung des Hebammenberufes aktiv gestalten“, der damals in dem Maßnahmenkatalog auch enthalten war. Die Vollakademisierung der Hebammenausbildung wurde im Land Berlin umgesetzt; auch das klang eben durch. Die Zahl der Gesamtstudienplätze soll sich sukzessive ab dem Wintersemester 2021/2022 auf die folgenden Jahre aufbauen. Es ist eine Vollausbau von 420 Studienplätzen angedacht.

Zu den konkreten Zahlen an der Charité wird in Kooperation mit den Vivantes Kliniken der Bachelorstudiengang „Angewandte Hebammenwissenschaft“ und an der Evangelischen Hochschule Berlin der Bachelorstudiengang „Hebammenwissenschaft“ jeweils mit einer Regelstudienzeit von sieben Semestern und 60 Studieneingangsplätzen jährlich angeboten.

Dann gibt es tatsächlich auch noch andere Themenbereiche, die auch angeklungen sind: Anerkennungsverfahren für Hebammen aus EU- und Drittstaaten unterstützen. Hier ist auch die EHB mit einem Berliner Anpassungslehrgang für Hebammen mit außerhalb der EU erworbenen Berufszulassungen vorangegangen. Dort wurde ein Lehrgang durchgeführt. Das ist derzeit tatsächlich, wenn ich mich nicht irre, das einzige hochschulische Angebot dieser Art. Diese Anerkennungsverfahren sollten in jedem Fall weiter vereinfacht und unterstützt werden. Die EHB hat auch eine starke Öffentlichkeitsarbeit dazu vollzogen.

Was das Thema „Digitale Plattform zur Vermittlung von Hebammen“ angeht hat der Berliner Hebammenverband die digitale Plattform konzipiert; das haben wir eben gehört. Ziel der Plattform ist, Hebammen effizienter und zuverlässiger zu vermitteln. Diese digitale Plattform wurde aus Mitteln der Stiftung Deutsche Klassenlotterie finanziert. Die DKLK hat die Projektförderung mittels Schreiben 2017 positiv bewilligt, einen Zuschuss gewährleistet, und der Bewilligungszeitraum war ursprünglich 2017 bis 2020. Die Finanzierung der Plattform läuft nunmehr, das haben wir eben gehört, Ende des Jahres 2022 aus. Klar ist, dass natürlich die Berliner Hebammenvermittlung weiterhin ein sehr gut etabliertes Angebot ist und Berliner

Frauen und Familien die Plattform auch sehr gut annehmen. Insgesamt, das haben wir eben auch gehört, erhalten Sie pro Monat über 1 000 Anfragen und können davon nicht alle versorgen. Das heißt, es wird deutlich, dass an der Stelle weitere Unterstützung erforderlich ist. Ich würde an dem Punkt aber den Fachkollegen das Wort übergeben wollen, vor allem zu der Frage digitale Plattformen – vielleicht möchte Herr Franz aus der Abteilung Gesundheit noch etwas ergänzen an dieser Stelle, oder sonst Sie, Herr Özman.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank, Frau Staatssekretärin! – Gerne, wir müssen aber ein bisschen auf die Zeit achten, weil wir mit Sicherheit auch noch Fragen stellen wollen. – Bitte schön!

Korkmaz Özman (SenWGPG): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Frau Senatorin! Mit Blick auf die Uhr halte ich mich kurz. – Frau Wowretzko! Wir nehmen das Thema mit. Sie kennen die Voraussetzungen. Die Voraussetzung ist, dass Sie, wenn Sie einen Antrag bei der Lotto Stiftung stellen, im Rahmen des Antrags nachweisen müssen, dass sich im Nachgang, wenn die Förderung beendet ist, das Projekt selber trägt. Das ist eine Voraussetzung, die Sie kennen. Scheinbar haben Sie finanzielle Probleme. Wir haben auch im Vorfeld darüber gesprochen. Wir nehmen das mit und werden uns dann in Kürze mit Ihnen in Verbindung setzen und das Thema besprechen, in der Hoffnung, dass wir eine Lösung finden, wobei man sehen muss, wie man die Hürden, die bestehen, abbauen kann. – Danke!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Es gibt ja nicht nur die Lotto Stiftung in Berlin. – Frau Pieroth, bitte!

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Ganz herzlichen Dank, insbesondere an die Anzuhörenden, die extra hergekommen sind, damit wir als Parlament die Möglichkeit haben, unsere Fragen für die weitere Arbeit loszuwerden. An der Stelle möchte ich sagen, dass das Thema rund um die Geburt wirklich ein gutes Beispiel dafür ist, wie wir über die Legislatur hinaus aus der letzten mit einem wirklich fundiert besetzten Runden Tisch das jetzt in viele Facheinzelgespräche übergeleitet haben. Da spielt es auch keine große Rolle, ob das ein SPD- oder jetzt ein Grün-geführtes Haus ist. Ich finde, das geht richtig gut Hand in Hand, und da haben wir eine ganze Menge auf die Beine gestellt.

Ich möchte jetzt in erster Linie mit meinen Fragen noch mal auf die Themen, die Frau Wowretzko angesprochen hat, eingehen und Ihre Einschätzung dazu hören. Erstens: Konzept Wiedereinstieg. Hessen ist Ihnen bekannt. Dann der Hebammengeleitete Kreißaal, die Hebammenbeauftragte, auch da haben wir ein Beispiel aus NRW mit einem entsprechenden Förderprogramm. Das bezieht sich jetzt auf den Hebammengeleiteten Kreißaal. Könnten Sie da vielleicht einfach noch mal ein bisschen auf die Priorisierung der Themen eingehen?

Frau Eysel! Der Status quo bezüglich Tarifvertrag Entlastung, dass Sie darauf vielleicht noch mal ein bisschen stärker eingehen! – Wenn ich richtig informiert bin, gibt es auch Bestrebungen, ein Hebammenzentrum in Berlin zu etablieren. Da würde ich gerne von Ihnen wissen, wie Sie das einschätzen, gerade von Herrn Prof. Dr. Abou-Dakn, wie das an einer bestehenden Geburtsstation, vielleicht auch eines freigemeinnützigen Trägers wie zum Beispiel das Waldkrankenhaus oder Havelhöhe, entsprechend aussehen könnte.

Dann würde ich zu den altrechtlich ausgebildeten Hebammen, die nachträglich ihren Bachelor erwerben können, gerne noch wissen: Was gilt es da aus Ihrer fachlichen Perspektive zu beachten? – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Frau Engelmann!

Claudia Engelmann (LINKE): Vielen Dank an die Anzuhörenden! Ich kann mich in einigen Fragen meiner Vorrednerin anschließen, würde aber zur Gesamtbeurteilung der Situation in der Übergabe der Häuser von SPD zu Grünen anmerken wollen, dass 50 Prozent mir persönlich nicht reichen, also am 12. Februar vielleicht schon, wenn das Berliner Volk entscheidet sozusagen und das auf dem Zettel steht, aber ansonsten habe ich gerade ganz viele Sachen gehört, die von 2018 bis 2022 nur zur Hälfte umgesetzt sind. Ich gehe davon aus, dass wir damals eine hundertprozentige Versorgung als Zielstellung hatten und eigentlich auch gemeinsam dafür einstehen, die auch im jetzigen Feld umsetzen zu können. Wir haben es gehört: Wenn Hebammen nur zu 50 Prozent vermittelt werden können und 50 Prozent der Menschen leer ausgehen, weiß ich nicht, was die Eltern mit ihren Kindern machen. Ich bin nicht überrascht, aber offensichtlich gibt es unterschiedliche Wahrnehmungen und Einschätzungen vonseiten der Krankenhäuser in Bezug auf die Hebammen, die vor Ort arbeiten, aber vor allen Dingen auch in Bezug auf die Suche nach freien Hebammen, wo es Schwierigkeiten gibt.

Ich stelle mir die große Frage – verabredet waren 2018 die Einzelmaßnahmen, ich sehe das, ich sehe auch die Bemühungen, aber auch bei den Baugeldern sind nur 50 Prozent ausgegeben worden –, was wir tun können, um die Situation weiterhin zu verbessern, denn die Zahlen, die Geburtenrate knickt nicht ein im Land Berlin. Es ist nicht davon auszugehen, dass das in den nächsten Jahren passieren wird, und so müssen wir dafür Sorge tragen, dass wir dieses Papier tatsächlich weiter ernstnehmen und gucken, inwieweit die Sachen umgesetzt werden können. Da ist eben auch die Frage, inwieweit der Runde Tisch, der 2018 zuletzt tagte, oder auch angesichts dessen, wie gerade angesprochen wurde, dass die Thematik vor fünf Jahren im Ausschuss das letzte Mal intensiv behandelt worden ist, was wir tun müssen, um das wieder in das Bewusstsein der Menschen zu bekommen.

Mir geht es vor allen Dingen um die Sicht der Hebammenvertretung. Frau Pieroth hat es gerade schon gesagt. Es gibt bundesweit großartige Projekte, die angedacht worden sind. Was sehen Sie prioritär in der Umsetzung in Berlin, wie geholfen werden kann? – Aber auch die Frage an die Senatsverwaltung, wie die konkreten Planungen sind, mit dem Runden Tisch weiter umzugehen, und wie die anderen 50 Prozent möglichst schnell erreicht werden können. – Danke!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Frau Dr. Jasper-Winter!

Dr. Maren Jasper-Winter (FDP): Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender! – Auch vielen Dank an die Anzuhörenden! Ich beginne mit einer ersten Frage an Frau Eysel und Herrn Prof. Dr. Abou-Dakn. Wie ist die Situation zurzeit, was den Betreuungsschlüssel, Versorgungsschlüssel angeht? Wir wollen zu einer Eins-zu-eins-Versorgung kommen. Das ist noch nicht der Fall. Man hört immer wieder, dass eine Hebamme mehrere Frauen versorgen muss. Wie schätzen Sie die Situation ein? Sie klangen jetzt erst mal ganz zufrieden. Es hat sich viel verbessert in den letzten Jahren. Mein Eindruck ist aber von den Schilderungen über die Geburtsstationen, die ich aus meinem Umfeld mitbekomme, dass noch nicht ein Höchstmaß an Zufriedenheit erreicht ist, sondern dass noch eine erhebliche Belastung der Hebammen besteht. Vielleicht könnten Sie uns da ein bisschen näher mitnehmen.

Frau Eysel! Sie sagten, Sie wollen an den Arbeitszeitmodellen weiterarbeiten. Es braucht aber auch Zeit, das umzusetzen. Wie ist denn der Zeitplan, Ihre Reformen hier durchzuführen? Ich habe gelernt, dass es ein wesentlicher Punkt ist, hieran zu arbeiten, um die Fachkräfte in den Stationen zu halten oder neu zu bekommen. – Das wären die ersten Fragen.

Eine Frage an den Senat zu der Plattform: Klar, zunächst die Finanzierung über die Lotto Stiftung, aber da sind doch wahrscheinlich auch dauerhaft, nehme ich mal an, Kosten, die entstehen, für den Betrieb dieser Plattform. Falls das bei der Lotto Stiftung so nicht weitergeht: Gedenkt der Senat, die Finanzierung zu übernehmen, oder was macht Frau Wowretzko am Ende des Jahres?

Dann die Frage – da schließe ich mich Frau Pieroth-Manelli an – an Frau Wowretzko nach der Priorisierung der genannten Modellprojekte aus den anderen Bundesländern. Was ist aus Ihrer Sicht das Wichtigste?

Ich höre immer wieder, und ich weiß es auch selber, dass ein großes Problem ist, wenn man eine Beleghebamme haben möchte, dass es nur noch so wenig Beleghebammen gibt. Gibt es da irgendeinen Punkt, den Sie uns mitgeben können, wie man das verbessern kann, oder ist das einfach nun mal so?

Als letzte Frage noch mal an den Senat: Wie viele Plätze gibt es im Land Berlin, wenn ich als gelernte Hebamme nachträglich den Bachelor machen möchte? Wie viele Studienplätze stehen für diesen Personenkreis zur Verfügung?

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Frau Seibeld, bitte!

Cornelia Seibeld (CDU): Vielen Dank! – Es sind schon ganz viele richtige Fragen gestellt worden; ich mache es daher ganz kurz. Übrig bleibt, glaube ich, die Personaluntergrenzen-Verordnung. Die ist auch schon kurz angeklungen. Da hatten wir zu Beginn dieses Jahres – insofern ist das fast eher eine Frage an den Senat – eine Anhörung und hinterher die sehr zögerliche Mitteilung, welche Auswirkungen das bei Kliniken wie Vivantes beispielsweise hat und welche Umsetzung es gibt. Vielleicht können sowohl der Senat als auch Sie beide aus der Praxis noch mal sagen, wie im Moment der Sachstand ist und wie der Verbesserungsbedarf wäre hinsichtlich des Schlüssels der Hebammen auf den Geburtsstationen. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Frau Leschewitz, bitte!

Franziska Leschewitz (LINKE): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Auch vielen Dank an die Anzuhörenden! Meine Vorredner haben schon ganz viele Fragen gestellt, die ich noch speziell ergänzen möchte in der Hinsicht, dass ich selber gerade frischgebackene zweifache Mutter bin und dadurch ganz aktuell aus der Geburtsmedizin die Erlebnisse – theoretisch – schildern könnte. Es ist einmal die Frage zu der Kinderklinik und dem DRG-System. Es hat mich sehr gefreut, dass Sie noch mal darauf aufmerksam gemacht haben, dass dieses DRG-System nicht wirklich für den Menschen gemacht ist. Da interessiert mich auch noch mal eine andere Sache. In der Nähe vom Josephinchen soll eine Kinderklinik oder eine Station geschlossen werden, wurde mir mitgeteilt. – [Zuruf] – Nein! Okay! – Was braucht es ganz konkret auch für die Kinder, für die Hebammen, für die Wöchnerinnen seitens der Politik an Mitteln? Ich finde es wunderbar, dass es diesen Runden Tisch von den Hebammen gibt.

Wir haben vorhin beim Thema Endometriose gehört, wie schlecht häufig die Nachsorge ist. Die OP ist gut, aber die Nachsorge ist eine Katastrophe. Ich habe das aus eigener Erfahrung erlebt und wurde auch quasi halb blutig entlassen. Ich fand das nicht so witzig.

Des Weiteren habe ich noch einen interessanten Aspekt gelesen; ich weiß nicht, ob der bei der Politik auf dem Schirm ist. Es ist so, dass Frauen, die vor der 23. oder 24. Schwangerschaftswoche eine Fehlgeburt haben, nicht in den Mutterschutz können, theoretisch, die Zeit aber bräuchten, um sich auch davon zu erholen. Sie haben keinen Anspruch auf Mutterschaftsleistungen. Auch das müsste man seitens der Politik noch mal unbedingt in den Runden Tisch mitaufnehmen, dass das Beachtung findet. Mich interessiert ganz konkret, inwieweit der Senat – aber die Frage wurde auch schon gestellt – den Runden Tisch noch mal subventioniert oder unterstützt. Damit ende ich erst mal. – Danke!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Dann erst einmal herzlichen Glückwunsch an der Stelle!– [Beifall] – Frau Auricht, bitte schön!

Jeannette Auricht (AfD): Vielen Dank! – Ich habe noch mal eine ganz konkrete Frage an Frau Wowretzko. Sie haben von der Aktion „Zurückholen von Hebammen“ gesprochen. Wie groß ist das Potenzial, das da schlummert, das zurückgeholt werden könnte? Wie groß ist die Lücke aus Ihrer Sicht, die da noch abzudecken wäre?

Dann habe ich eine Frage an den Senat: Im LAGeSo wurden, glaube ich, vier Stellen für die Anerkennung von ausländischen Berufsqualifikationen geschaffen. Da würde mich auch interessieren, wie viele Anerkennungsverfahren es von 2020 bis 2022 gab. – Viele meiner Kollegen haben schon viel gefragt zu der Finanzierung der Plattform. Da ist natürlich auch ein großes Fragezeichen über meinem Kopf. Da hätte ich ebenfalls gerne etwas mehr gehört vom Senat. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Dann würde ich gerne den Anzuhörenden das Wort geben und zum Schluss dem Senat. Ich würde Sie bitten, wie gesagt, wir haben danach auch noch eine Tagesordnung, das ganz konzentriert zu machen, wenn es geht. – Ich würde bei Frau Wowretzko vom Hebammenverband anfangen. Wie, gesagt, da waren viele Fragen, ich bitte trotzdem darum, zu versuchen, sich zu konzentrieren. Vielen Dank!

Ann-Jule Wowretzko (Berliner Hebammenverband e. V.; Erste Vorsitzende) [zugeschaltet]: Vielen Dank! – Ich gehe gerne noch einmal darauf ein: Ich finde es sehr schwierig, die Projekte zu priorisieren, weil sie aus meiner Sicht ineinandergreifen. Was, glaube ich, auch sehr wichtig zu erwähnen ist, das ist, dass es am Ende vielleicht auch günstiger wird für Berlin, wenn es an der Stelle investiert, wenn Hebammen in den Kliniken verbleiben und wir eine gute Geburtshilfe haben und nicht immer weiter investieren müssen.

Das Konzept „Wiedereinstieg“ sieht vor, dass es einen richtigen Onboardingprozess gibt und Teams dann direkt in einem großen Ausmaß Unterstützung haben und dass das eben zu einer Veränderung dieser Teamdynamik führt und dann hoffentlich auch dazu, dass es dauerhaft das Problem der Unterbesetzung löst. Wenn Teams von der Besetzung her erst mal soweit heruntergefahren sind, wird es immer schwieriger, das mit einzelnen Kolleginnen auszufüllen, weil die Kolleginnen dann nur ganz kurz bleiben. Die gucken sich das kurz an, sind vollkommen überlastet und gehen gleich wieder. Also das ist aus meiner Sicht sehr wichtig.

Die Hebammenbeauftragte, das ist unsere Idee, das zu bündeln, das Potenzial, das bei der Charité und auch bei Vivantes aus unserer Sicht schlummert. Und auch aus den Tarifverträgen ist Entlastung entstanden, weil diese Tarifverträge aus unserer Sicht ein sehr gutes Ergebnis haben und Berlin, wenn sie konsequent umgesetzt werden, auch qualitativ einen wirklich guten Ansatz haben könnte, gute Geburtshilfe zu leisten und Frauen gut zu betreuen. Aus unserer Sicht gehört das zwingend zusammen.

Das Projekt „Hebammenkreißsaal“ ist noch mal ein Stück weit etwas anderes, denn da geht es darum, Frauen bedarfsgerecht zu versorgen und für Frauen, die einer niedrigen Risikogruppe angehören, die korrekte Betreuungsform zu finden. Das ist am Ende auch günstiger und hat auch bessere Ergebnisse in der Qualitätssicherung. Also aus unserer Sicht auch hier: sehr wichtig und schwierig, in Relation zu setzen.

Zu den Beleghebammen vielleicht noch mal ganz kurz: Wie könnte man da die Verfügbarkeit verbessern? – Das ist sehr schwierig, weil es grundsätzlich so ist, dass Beleghebammen nach 24-Stunden-Rufbereitschaft arbeiten und es für viele Kolleginnen, die in Teilzeit arbeiten oder mit Familie im Hintergrund Betreuungssituationen sicherstellen müssen, sehr schwierig ist, das abzubilden. Und dann ist es natürlich auch so, dass es finanziell nicht attraktiv ist als Arbeitsplatz. Die Gebührensätze, die abgerechnet werden können, sind sehr niedrig für eine Geburt, insofern ist das nicht besonders attraktiv. Für Hebammen an sich ist das eine sehr attraktive Arbeit und kommt dem Gedanken, Frauen in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett zu versorgen, sehr nahe. In der praktischen Umsetzung ist das aber sehr schwierig.

Potenzial: Wir haben ungefähr 300 Kolleginnen, die sich spontan gemeldet haben, die gerne entweder ihre Stelle aufstocken würden oder nach der Ausbildung beziehungsweise dem Studium in Berlin bleiben oder gerne in die klinische Tätigkeit zurückkommen würden. Das heißt, wir haben ein großes Potenzial, und ich glaube, wir brauchen jetzt wirklich Konzepte, um die Kolleginnen zu halten und in die Kliniken zurückzubekommen. – Ich hoffe, ich habe nichts vergessen, aber ich gebe jetzt erst mal zurück an Sie.

Vorsitzender Christian Gräff: Wunderbar! Ganz herzlichen Dank! – Herr Prof. Dr. Abou-Dakn, bitte schön!

Dr. Michael Abou-Dakn (St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof; Ärztlicher Direktor): Ja, es ist jetzt ganz schwierig, finde ich, bei den vielen schönen Fragen, die Sie gestellt haben, die zum Teil Berufspolitik beinhalten, wo wir ganze Seminare, ganze Wochen zusammensitzen, auch mit dem Ministerium in Berlin und Bonn. Ich versuche, es zu konzentrieren.

Ich will hier noch einmal deutlich machen, dass der Runde Tisch gerade den großen Vorteil hatte, dass es da eben nicht um die spezielle Verortung verschiedener Berufsgruppen ging, sondern dass wir gemeinsam für Berlin, für die Frauengesundheit, für die Kindergesundheit in diesem Rahmen um die beste Qualität gerungen haben. Mir ist schon klar, dass wir Ärztinnen und Ärzte und dass die Pflegenden eine deutlich geringere Lobby haben, weil auch jetzt hier wiederum tatsächlich die Thematik sich primär auf die Hebammenstrukturen bezieht. Frau Röske [phonet.] und ich sind häufig in Kontakt. Wir haben auch nach wie vor das gemeinsame Ziel der guten Struktur. Ich will es bloß einmal noch betont haben: Es geht nicht nur um die Hebammenstrukturen, sondern wir haben gerade erlebt, dass wir im letzten Jahr deutlich Druck hatten, weil wir zum Beispiel die Pflegenden auf den Wochenbettstationen nicht mehr haben und deshalb unter anderem auch Kreißsäle schließen mussten, also nicht nur wegen des fehlenden Personals. Ich möchte auch mal eine Lanze brechen für die vielen Ärztinnen und Ärzte, die Tag und Nacht in der Geburtshilfe mit aktiv sind, die entsprechend auch schlecht dargestellt sind. Also noch mal die Fokussierung: Es geht wirklich ums Gemeinsame. Es geht um eine gemeinsame Qualität.

Die Fragestellung war: Warum sind so wenig Hebammen von denen, die ausgebildet wurden, in die Kliniken geraten? – Ich glaube, das ist einer der großen Erfolge letztlich doch des Runden Tisches, weil wir uns in den Kliniken dazu jeweils Gedanken machen mussten. Die Struktur des Tarifvertrags, der in den öffentlichen Häusern primär gestellt wurde, hatte uns kurzfristig sogar unter Druck gesetzt, weil große Krankenhäuser, die ansonsten eine relativ hohe Geburtenzahl hatten, die Geburten massiv ablehnen mussten, sie tatsächlich innerhalb der Stadt verteilt haben auf die meistens dann freien Träger, und wir durften zusehen, dass wir unser Versprechen an die Hebammen halten, eben nicht mehr als eine Eins-zu-zwei-Betreuung hinzukriegen als wesentlicher Bestandteil. So läuft das in fast allen Kliniken, und tatsächlich kann ich nur von unseren internen Gesprächen primär mit den leitenden Ärztinnen und Ärzten der Häuser berichten, dass momentan viele der Häuser relativ zufrieden sind mit der Bestallung der Hebammen. Wir werden in Zukunft, was die Finanzierungssituation angeht, ohnehin Entlastung erleben, weil das ab 2025 mit in das Extrabudgetäre gehen wird und damit endlich der ökonomische Druck raus ist.

Ich kann nur immer wieder davor warnen, dass alle Veränderungen, die dazu beigetragen haben, dann zulasten anderer Berufsgruppen gehen, jetzt mittlerweile fast nur noch zulasten der Ärztinnen und Ärzte. Sie haben alle mitbekommen, dass große Träger unter anderem auch laut gesagt haben, sie würden dann 5 bis 10 Prozent der Ärztstellen einsparen, um damit dem ökonomischen Druck dieser DRG-Systeme gerecht zu werden. Wir müssen aufpassen, dass uns das nicht letztendlich in der Geburtshilfe widerfährt. Das ist ja auch der Grund, warum ich sagte, dass Berlin sich gut überlegen muss, was es jetzt mit den zusätzlichen Geldern anstellen möchte, um in der Geburtshilfe zu strukturieren. Da kann es eigentlich nur um Personalkosten gehen aus meiner Sicht, um damit zu erreichen, dass wir eine Arbeitszufriedenheit

auch unter dem Aspekt haben. Also da ist aus meiner Sicht viel passiert, und da müssen wir halt gut in Kontakt bleiben.

Die Frage nach dem hebammengeleiteten Kreißsaal verstehe ich als Arzt ohnehin nicht so ganz, weil das eines der Betreuungskonzepte ist, die in vielen Bundesländern schon umgesetzt sind. Wir haben in Berlin auch immer wieder Beispiele dafür gehabt. Auch in meiner Klinik haben wir Teile des Kreißsaals als solche definieren wollen. Die Hebammen haben bei uns dann selbst gesagt, weil eben die Betreuungssituation schwieriger wird für die anderen, dass das problematisch ist. Das ist völlig offen. Das ist durchaus ein gutes Konzept mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen aus der Bundesrepublik, was das angeht.

Letztendlich ist es immer nur wichtig, und damit wäre ich beim nächsten Punkt, was so ein Hebammenzentrum angeht, dass eine Nähe zur klinischen Geburtshilfe da sein muss. Die meisten hebammengeleiteten Kreißsäle sind innerhalb normaler Kreißsaalstrukturen. Aus England haben wir die Beispiele, dass die dort massiv zentralisierte Geburtshilfe haben. Das wird in der Bundesrepublik auch ein Thema werden. Ich bin überzeugt, dass wir weiter zentralisieren werden aufgrund der Gesamtstruktur und auch der Kostenstrukturen, und das bedeutet letztendlich, dass man Zentren hat, wo Kinderärzte im Notfall mit dabei sind und dann dort – tatsächlich meistens innerhalb dieser Gelände oder dieser Gebäude – Strukturen entstehen, die sogenannte hebammengeleitete Strukturen haben, Birth Center nennen sie sich in England, mit einer schnellen Überleitungsstruktur. Das wäre übrigens auch aus Sicht der außerklinisch arbeitenden Hebammen – in Deutschland ist es die QUAG, die sich um die Qualität kümmert – eine der wesentlichen Voraussetzungen. Alle internationalen Zahlen zeigen, dass man außerklinisch Geburtshilfe betreiben kann; das muss ich als Arzt einfach zugeben. Es gibt tatsächlich die Situation, wo man auch eine sehr sichere Geburtshilfe ohne ärztliche Anwesenheit hat. Das Problem ist nur dann die Überleitung im nicht zu stratifizierenden Notfall. Deshalb empfehlen alle, dass man solche Zentren ausschließlich in der unmittelbaren Nähe von Zentren macht, wo eine kinderärztliche und ärztliche Versorgung möglich ist. Die vorhin genannten Beispiele der beiden Kliniken, die da genannt werden, sind Kliniken, die gerade keine kinderärztliche Versorgung haben. Das wäre sicherlich eine falsche Auslegung. Das sollte man vielmehr unseren Zentren überlassen, dass wir entsprechende Geburtshäuser entwickeln. Das ist eine Idee, die wir auch beim Ausbau des St. Joseph Krankenhauses haben. Ich glaube, dass dieser gemeinsame Teil ein sehr guter zukünftiger Teil sein wird.

Ich will noch ganz kurz und zum Schluss auf meinen Wunsch an den Senat zu sprechen kommen. Ich finde es gut, wenn wir unter Ihrem Dach gegebenenfalls – wenn wir berufspolitische Themen miteinander diskutieren müssen, und immer unter dem Aspekt der Qualität – eventuell eine neutrale Ebene finden könnten, auf der wir dann zusammenkommen, denn ansonsten ist jeweils wer einlädt eben derjenige, der einlädt. Also wenn uns die Hebammen zu sich einladen und die Ärztinnen und Ärzte, dann ist das kein neutraler Boden, und umgekehrt auch. Das war damals sehr gelungen; eventuell auch mit Moderation durch die Fachkräfte hier im Senat, die ja auch sehr geschult sind, gerade solche Dinge auszubalancieren. Das könnte ich mir gut vorstellen, sich das für die Zukunft als inhaltliches Thema, um für Berlin hervorragende Qualität aufrecht zu erhalten, vorzunehmen.

Ansonsten ist es so, dass wir von den Prognosen für Berlin tatsächlich davon ausgehen, dass dieses „um die 40 000 Geburten“ ein dauerhaftes Thema bleiben wird. Tatsächlich haben wir in diesem Jahr ein wenig weniger Druck, da wir in der ganzen Bundesrepublik ungefähr

10 Prozent weniger Geburten haben, in Berlin übrigens auch. Dadurch ist der Druck in den Kliniken deutlich geringer als 2016. Ob das ein Pandemieeffekt ist oder auch in Kombination mit der Ukraine-problematik zu sehen ist, weiß ich nicht genau. Wir können es noch nicht analysieren. Wir sehen nur, es gibt deutschlandweit 5 bis 10 Prozent weniger Geburten. Der Senat bekommt unsere Zahlen und kann das nachvollziehen. Im dritten Quartal war es ein bisschen leicht ansteigend, jetzt sind aber gerade die Zahlen wieder in dem Bereich. Also wir werden ungefähr 5 bis 10 Prozent weniger in Berlin haben, sodass sich auch noch mal die Frage stellt, was wir mit ganz kleinen Zentren machen werden. Aber das ist sicherlich eine schwierige politische Entscheidung, die ich Ihnen nicht zumuten möchte. Ich glaube, das müssen wir von der Qualität her intern regeln. – Danke!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen herzlichen Dank! Wir haben ja in Coronazeiten auf andere Zahlen gehofft, eher den gegenteiligen Trend.

Dr. Michael Abou-Dakn (St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof; Ärztlicher Direktor): War am Anfang auch so, aber nur am Anfang.

Vorsitzender Christian Gräff: Bitte schön, Frau Eysel!

Carla Eysel (Charité – Universitätsmedizin Berlin; Vorstand Personal und Pflege): Dann fasse ich mich kurz. Es war einmal die Frage nach der Wirksamkeit des Tarifvertrags konkret. Wir haben gegenüber dem letzten Messpunkt in 2019 10 Prozent mehr Fachkräfte an Bord. Das klingt erst mal nett, es sind aber de facto vier Kolleginnen, das heißt, wir müssen noch deutlich daran arbeiten. Das ist aber natürlich schon ein guter Punkt. – Was die Arbeitsgruppen angeht und auch, was die Attraktion ausmacht in der Klinik, müssen wir, glaube ich, genau das machen, was Herr Abou-Dakn gesagt hat. Wir müssen in Versorgungsteams denken, und dann, wenn die Teamstrukturen gut funktionieren und jeder in den Rollen- und Kompetenzprofilen seine Aufgabe gut findet und dadurch sich auch neue Modelle des Zusammenarbeitens sowohl in Zeit als auch in Inhalt ergeben, dann werden wir richtig attraktiv.

Frau Pieroth! Sie hatten nach dem Zeitplan gefragt. Wir wollen bis Ende nächsten Jahres das Konzept soweit fertig haben. Was vor allem wichtig ist, ist, dass wir Leute finden, die als Praxisanleitende bei uns arbeiten möchten, um der Vielzahl der Studierenden gerecht zu werden. Wir haben – Sie haben es gesagt, Frau Staatssekretärin – 60 Studienplätze. Wir haben aber, so sagt es Frau Prof. Leinweber, sehr lange Wartelisten. Wir können die Anzahl nicht erhöhen, solange wir die Praxisumsetzung nicht hinbekommen. Wenn man das attraktiv machen könnte, dass Praxisanleitung besonders wertgeschätzt wird, dann können wir auch noch mal einen Anschub geben, mehr Menschen durch das Studium zu bekommen. Ich glaube, das wäre wichtig. Genauso wichtig ist es aber auch, die akademisch qualifizierten Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen in Mutter-Kind-Stationen zu halten und dort auch das Zusammenspiel der Aufgaben gut hinzubekommen.

Wir sehen etwas Ähnliches, nämlich eine Verdrängung statt ein Miteinander. Ich glaube, es macht ganz viel Sinn, alle Berufsgruppen an einen Tisch zu holen, um miteinander in Richtung der Patientinnen und Patienten zu arbeiten. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Herzlichen Dank! – Dann würde ich dem Senat noch mal, auch mit Blick auf die Uhr, das Wort geben.

Staatssekretärin Armaghan Naghipour (SenWGPG): Ich versuche auch, mich knapp zu fassen. Direkt zum letzten Punkt, Herr Prof. Abou-Dakn – Frau Eysel, Sie haben es auch genannt –: Wir sind gerne bereit, den neutralen Ort, die Ausrichterin zu sein für so eine Gesprächsrunde. Ich denke, da spreche ich auch im Namen der Senatorin, die heute aufgrund der Senatssitzung morgen nun schon in Brüssel ist und Termine zur europäischen Gesundheitspolitik wahrnimmt. Das sind ja auch durchaus Impulse, die mit in diese Diskussion kommen können.

Zu den konkreten anderen Fragen, die noch aufgebracht wurden: Zum einen, 50 Prozent, hälftige Umsetzung reicht nicht. – Natürlich sind wir uns alle einig, dass wir da weiter umsetzen werden. Ich habe ausdrücklich gesagt, das ist ein Prozess, der noch läuft. Bei einigen Maßnahmen wie Ausbildungskapazitäten, Studienplätze sind wir schon relativ weit fortgeschritten. Was den Ausbau von Kreißsälen angeht, sind wir im Grunde mittendrin, aber das sind Hindernisse, die wir jetzt nicht konkret verursacht haben beziehungsweise für die wir nichts können, sondern wo wir uns der Situation anpassen müssen. Aber auch da geht es voran, und wir werden selbstverständlich weitermachen.

Apropos weitermachen: Dass der Runde Tisch fortgeführt werden soll, ist meines Wissens nach auch im Koalitionsvertrag so festgehalten. Nicht nur, weil es dort festgehalten ist, sondern weil wir das für durchaus sinnvoll erachten, kann ich das an dieser Stelle auch zusagen, dass wir das machen werden und da dann noch die offenen Punkte ansprechen wollen.

Was die Finanzierung der Plattform angeht: Es ist angekommen und auch völlig klar, die Plattform leistet wichtige Arbeit. Wir schauen uns jetzt erst mal an, wie eine Finanzierung möglicherweise über die Lotto Stiftung erfolgen kann und werden selbstverständlich mit Frau Wowretzko weiterhin im Gespräch bleiben, damit da auch Unterstützung angeboten werden kann.

Dann war noch die Frage, wie viele Studienplätze es im Land Berlin für die gelernten Hebammen gibt, die dann sozusagen noch den Bachelor machen wollen. Die Studienplätze, die ich erwähnt habe, also zweimal 60, 120, gelten, meine ich, nicht auch schon für die, die gelernte Hebammen sind; also die kommen im Grunde dann noch zusätzlich dazu. Die genaue Höhe kenne ich allerdings nicht. Ich weiß nicht, ob die Fachebene sie kennt, aber das können wir gerne nachreichen. In jedem Fall werden die aber angeboten.

Anzahl der Anerkennungen über das LAGeSo 2020 bis 2022 müssten wir auch nachreichen. Die konkrete Zahl kann ich Ihnen nicht nennen. – Ich glaube, zu Vivantes wollten Sie, Herr Franz, noch ergänzen.

Vorsitzender Christian Gräff: Herr Franz, bitte schön!

Helge Franz (SenWGPG): Gerne! Nicht zu Vivantes, Frau Staatssekretärin, sondern zum Thema Anrechnung der Fachquote. Ich kann mich gut erinnern, Anfang des Jahres haben wir hier gesessen und darüber gesprochen, dass der Bund eine „gute“ Idee hatte, nämlich 10 Prozent des Personals auf den Pflegeabteilungen durch Hebammen besetzen zu lassen. Ich habe damals hier gesessen und gesagt: Wir finden das nicht gut, weil der Hebammenverband gesagt hat, er findet das nicht gut. Ich habe das mit dem Bund auch noch mal besprochen. Die

haben das völlig anders gesehen. Sie waren der Meinung, sie tun den Häusern etwas Gutes, wenn sie nur eine 10-prozentige Anrechnung in die Kliniken geben, weil sie denken, dann gibt es mehr Personal. Die Realität ist eine andere gewesen: dass durch die 10-prozentige Anrechnung weniger Hebammen in Wochenbettstationen beschäftigt wurden und deswegen sich die Qualität verschlechtert hat.

Wenn man dem Bund glaubt, hat das gemeinsame Vorgehen – – Wir haben das auch dem Bund mal ins Buch geschrieben. Aber da, muss man wirklich sagen, hat der Deutsche Hebammenverband sehr gute Kommunikationsarbeit geleistet. Wenn man der Presseveröffentlichung vom letzten Samstag glauben kann, ist das Thema wieder vom Tisch, und es gibt eine Vollarrechnung zusätzlich zur Wiederaufnahme ins Pflegebudget. Also es sind das im Grunde die beiden großen Klopfer, die wir brauchten, um diesen Bereich sauber und glatt zu ziehen. Darüber freue ich mich sehr. Ich habe allerdings auch nicht unbedingt die Bedenken nur für die Ärzte, wie Herr Prof. Abou-Dakn sie hat, aber es sind natürlich im Pflegebudget jetzt nicht alle Berufsgruppen, die im Krankenhaus arbeiten, abgebildet. Das führt dazu, dass einige immer noch im Sachkostenblock sind und entsprechend gekürzt werden und das auch weiterhin im Personalkostenblock zu Schwierigkeiten führen kann. Vielleicht müssen wir da noch etwas länger mit dem Bund sprechen, aber an der Stelle Hebammen bin ich erst einmal sehr froh, dass das Thema wahrscheinlich dann ab 2025 abgeräumt ist.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank, Herr Franz! Das war doch zumindest eine leicht positive Botschaft für den ersten Arbeitsblock des heutigen Tages.

Wir haben als Meldung noch Frau Engelmann. – Frau Engelmann, es ist jetzt ganz – –

Claudia Engelmann (LINKE): Ja, es ist ganz wichtig, wie immer, aber tatsächlich auch ganz kurz. – Erst mal vielen Dank für die Klarstellung und die Zusagen von der Senatsverwaltung, dass es weitergeht in der Thematik! Das hatte ich tatsächlich in der ersten Ausführung nicht so wahrgenommen. Deswegen vielen Dank dafür!

Dann noch mal eine konkrete Frage, und zwar: Um welche Summen geht es denn tatsächlich in dieser Größenordnung? Wir gehen in die nächsten Haushaltsberatungen, und offensichtlich braucht es Geld, und wir sind nicht aufmerksam genug gewesen, da jetzt Dinge weiter vorzubereiten. Deswegen noch mal an Frau Wowretzko, ob sie gegebenenfalls Summen hat von diesem Bundesprogramm, die in Berlin umsetzbar sind, was da auf das Land zukommen würde. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Ich glaube, das waren jetzt zwei verschiedene Themen, wenn ich das richtig sortiere. Das eine war, glaube ich, die Internetseite. Beim Bund geht es um das Thema Budgetierung. Ich habe gehört, dass heute der Bundesgesundheitsminister wegweisende Vorschläge dazu hat. Wir sind alle wirklich darauf gespannt. – Herr Franz, bitte schön!

Helge Franz (SenWGPG): Ich habe auch ein bisschen ein Fragezeichen auf der Stirn, weil ich nicht genau die Einordnung sehe. Das eine ist die Plattform, klar. Die ist vom Hebammenverband gegründet. Sie ist jetzt schon im zweiten Zyklus in der Lotto Stiftung, das muss man auch sagen. Der erste ging bis Ende 2020, und jetzt geht sie bis Ende 2022. Man muss gucken, wie es weitergeht. Herr Özman hat schon gesagt, das schauen wir uns an.

Das Zweite ist die zusätzliche Budgetierung für die Gynäkologie und Geburtshilfe, 120 Millionen Euro seitens der Bundesregierung, aufgeteilt für Berlin 6,4 Millionen Euro. Wir müssen bis zum 15. März anhand der Kriterien, die uns der Bund vorgegeben hat, sagen, welche Geburtskliniken in welcher Höhe an dieser zusätzlichen Finanzierung partizipieren. Das ist ein bisschen schicker als bei der Pädiatrie, wo das Ganze über den Bund über ein anderes Vergütungssystem gelöst wird; hier haben wir wirklich mal selber die Möglichkeit, Kriterien zu entwickeln, allerdings auch das Risiko, wenn nicht alle damit einverstanden sind, uns mit den Kliniken jeweils auseinanderzusetzen. Das wird also ein spannendes Verfahren, das wir wie immer mit Augenmaß durchzuführen versuchen.

Jetzt fehlt mir so ein bisschen der Anker. Ich habe das Gefühl, ich habe gerade zwei wunderbare Dinge gesagt, aber es war nicht das, worüber Sie gesprochen haben. Wenn Sie mir noch mal erklären, worüber Sie sprechen wollten, kann ich Ihnen auch antworten.

Vorsitzender Christian Gräff: Dann ist jetzt erst mal Frau Pieroth dran, bitte, und dann Frau Engelmann.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Ich war in der letzten Legislatur dabei, und insofern kann ich zumindest vielleicht das korrigieren, was die Hebammenplattform betrifft. Frau Wowretzko wird sich auch noch erinnern. Es ging darum, diese 70 000 Euro sofort in einen Haushaltstitel und in eine ständige Zuwendung zu geben. Da war ich aber leider die Einzige, die das so gesehen hat, und ich denke, jetzt geht es bei einer Klärung darum, dass wir in Zukunft, wie Herr Gräff auch richtig gesagt hat, aus so einer prekären Lottomittelgeschichte in eine Zuwendung kommen, und das kriegen wir vielleicht auch mit dem nächsten Haushalt hin, wenn das rechtlich alles so möglich ist. – Den Rest würde ich der Kollegin überlassen, dass sie ihre Frage noch einmal stellt.

Vorsitzender Christian Gräff: Frau Engelmann, bitte schön!

Claudia Engelmann (LINKE): Es ging konkret um die Best-Practice-Beispiele, also Hebammenbeauftragte, Hebammenzentren, Hebammenkreißsäle, nicht um die Plattform. Was für ein Finanzvolumen ist das? –, denn das ist ja das, was Berlin noch nicht eingeführt hat, aber womit andere Länder Erfahrungen gemacht haben. Wissen Sie, welche Größenordnung an Kosten das ist, die auf das Land Berlin zukommen würden, um das umsetzen zu können? – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Weiß das jemand? – Frau Wowretzko! Aber bitte wirklich nur zwei Sätze! Wenn Sie die Summe wissen, ja!

Ann-Jule Wowretzko (Berliner Hebammenverband e. V.; Erste Vorsitzende) [zugeschaltet]: Ja, gerne. Ich sage gern kurz etwas zur Plattform. Da war ja ursprünglich geplant, dass die dann durch Hebammen weiterfinanziert wird. Das ist aber einfach nicht mehr zeitgemäß und auch angesichts des hohen Drucks ökonomisch nicht abbildbar. Das sind ungefähr 10 000 Euro im Jahr.

Kosten für ein Hebammenzentrum: Ich möchte noch mal klarstellen – weil Prof. Abou-Dakn da von etwas Geburtshilflichem ausging –, das ist keine geburtshilfliche Einrichtung. Es handelt sich um eine freiberufliche Nach-der-Geburt-Betreuung. Da hat Bremen für zwei Jahre ungefähr 300 000 Euro im Haushalt eingestellt.

Kosten der Implementierung des Hebammenkreißsaals: Da gibt es eine Schätzung und auch ein Konzept des Deutschen Hebammenverbands. Die gehen von Kosten von ungefähr 300 000 Euro pro Kreißsaal aus. Für das Wiedereinstiegsprojekt kann ich es leider gerade nicht sagen. Da müssten Sie in Hessen nachfragen. Die Daten habe ich leider nicht. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Okay. Vielen Dank! Dann haben wir das mit auf den Weg gebracht, und wer immer den nächsten Haushalt beschließen wird, wird darüber befinden. – Ganz herzlichen Dank an die Anzuhörenden für Ihre Expertise! Ich glaube, das war sehr aufschlussreich. Vielen herzlichen Dank! – [Beifall] – Der Tagesordnungspunkt ist vertagt, bis das Wortprotokoll vorliegt.

Punkt 6 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Vergütung von Pflegestudierenden in Berlin
(auf Antrag der Fraktion der SPD, der Fraktion Bündnis
90/Die Grünen und der Fraktion Die Linke)

[0136](#)
GesPflegGleich

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 7 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
**Gleichberechtigtes Vorankommen im Öffentlichen
Dienst im Land Berlin – Wie wirken sich
Mutterschutz, Elternzeit und Teilzeit aus?**
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der
FDP)

[0098](#)
GesPflegGleich

Hierzu: Auswertung der Anhörung vom 29.08.2022

Auf Vorschlag der FDP-Fraktion aus zeitlichen Gründen vertagt.

Punkt 8 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.