

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

19. Sitzung
20. Dezember 2022

Beginn: 13.37 Uhr
Schluss: 16.12 Uhr
Vorsitz: Christian Gräff (CDU)

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Siehe Inhaltsprotokoll.

Vorsitzender Christian Gräff: Wir kommen zu

Punkt 1 der Tagesordnung

- | | | |
|----|---|--|
| a) | Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Aktuelle Situation der Kinder- und Jugendmedizin
in Berlin
(auf Antrag aller Fraktionen) | 0143
GesPflegGleich |
| b) | Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Aktuelle Situation der medizinischen Versorgung
von Kindern und Jugendlichen in Berlin –
insbesondere in den Kinderkliniken
(auf Antrag der AfD-Fraktion) | 0142
GesPflegGleich |

Hierzu: Anhörung

Ich begrüße ganz herzlich in alphabetischer Reihenfolge Herrn Dr. Reinhard Bartzky vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Vorsitzender des Landesverbands Berlin. Er ist per Webex zugeschaltet, hoffe ich jedenfalls. Ich sehe es hier nämlich noch nicht.

Dr. Reinhard Bartzky (Landesverband Berlin der Kinder- und Jugendärzte, Vorsitzender) [zugeschaltet]: Guten Tag!

Vorsitzender Christian Gräff: Herzlich willkommen! Vielen Dank, dass Sie sich in dieser für Sie sicherlich sehr schweren Zeit die Zeit nehmen! Sie sind in der Praxis, wenn ich das richtig sehe.

Wir begrüßen Herrn Prof. Dr. Klemens Raile, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Vivantes Klinikum Neukölln. Ihnen auch herzlich willkommen! Sie sind hier live. – Herr Dr. Burkhard Ruppert, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, ist per Webex zugeschaltet. Wir sehen Sie auch schon. Herzlich willkommen! Vielen Dank, Herr Dr. Ruppert! – Wir begrüßen zudem Herrn Marc Schreiner, Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft. Ihnen allen ein herzliches Willkommen!

Herr Dr. Ruppert hat angekündigt, dass er aus Termingründen nur bis circa 14.30 Uhr an der Sitzung teilnehmen kann. Ich gehe davon aus, dass wir bis dahin eine Antwort- und Fragerunde vorgenommen haben.

Ich gehe davon aus, dass die Anfertigung eines Wortprotokolls gewünscht wird. – Dann machen wir das so. Da diesen Besprechungspunkt alle Fraktionen beantragt haben, würde ich nicht alle Fraktionen um die Begründung bitten, sondern ich glaube, wir könnten gleich in die Anhörung einsteigen, es sei denn, der Senat möchte vor dem Eintritt in die Anhörung vielleicht Anmerkungen machen. – Frau Senatorin Gote, bitte schön!

Senatorin Ulrike Gote (SenWGPG): Sehr gerne! – Herr Vorsitzender! Liebe Abgeordnete! Sehr geehrte Anzuhörende! Das möchte ich in dem Fall wirklich ganz gerne tun, auch wenn ich sonst eher erst mal zuhören möchte. Aber im Moment ist die Situation so, dass ich Ihnen gerne noch einmal zusammenhängend darstellen möchte, wie wir in den letzten Wochen gearbeitet haben und was hier in Berlin mittlerweile auf den Weg gebracht wurde, wegen dieser aktuellen Situation, in der wir sind und die auch wirklich dramatisch ist für alle, die betroffen sind. Damit meine ich zuvorderst natürlich die, die erkranken, also die Kinder und die Familien, die sich sorgen, aber auch alle, die sich in dieser Situation um die Patientinnen und Patienten und die Familien kümmern, und zwar alle, egal, in welchem Bereich sie arbeiten, ob im ambulanten oder stationären Bereich, ob als ärztliches, pflegerisches oder sonstiges Personal. Für alle ist es gerade eine sehr harte Zeit.

Wir haben eine aktuell sehr hohe Belastung der Kinderkliniken, der Kindernotaufnahmen und der niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte, und zwar bundesweit, in Berlin ganz besonders; wir haben eine starke Welle von Atemwegsinfektionen, RS-Virus, aber auch andere Atemwegsinfektionen. Die Influenza kommt dazu, und Corona ist leider mit im Moment wieder steigenden Fallzahlen auch noch dabei. Gerade das RS-Virus – das wissen Sie alle – kann bei sehr kleinen Kindern zu lebensbedrohlichen Situationen führen. Hier ist oft eine intensivmedizinische Versorgung angezeigt. Hinzu kommt, dass auch das Pflegepersonal natürlich von Erkrankungen und Infektionen betroffen ist und in dieser aktuellen Situation ausfällt.

Diese Gemengelage trifft jetzt auf eine Situation, die wir seit vielen Jahren anwachsen sehen, nämlich auf ein strukturell unterfinanziertes System der ärztlichen Kinderversorgung, der Pädiatrien, auf einen zunehmenden Fachkräftemangel eigentlich in allen Bereichen des Gesund-

heitssystem, besonders auch in der Pflege, und natürlich auf eine Erschöpfung nach drei Jahren Corona. Das ist eine Situation, die das Ganze noch mal dramatisch zuspitzt.

Wir haben deshalb in dem, was wir tun, in der aktuellen Situation zunächst unterschieden, was wir ad hoc, also kurzfristig, tun können, was dann aber für die Zukunft auch mittel- und langfristige Maßnahmen sind, die wir ergreifen müssen, um das System besser aufzustellen. Wenn wir auf mittel- und langfristige Maßnahmen schauen, ist zunächst der Bund in der Pflicht, hier ein anderes Finanzierungssystem herzustellen. Hierzu möchte ich sagen, dass wir uns das ganze Jahr über sehr intensiv auf der Ebene der Bund-Länder-Konferenzen eingebracht haben, auf den verschiedenen Konferenzen auch mit dem Bundesgesundheitsminister, auch im Austausch mit der Expertinnen- und Expertenkommission, die beim Bundesgesundheitsminister für die Reformen im Krankenhaus- und Gesundheitswesen installiert ist. Hier gibt es ja jetzt auch einige Bewegung, von der wir hoffentlich im nächsten Jahr zumindest die ersten Schritte spüren können.

Was können wir aber kurzfristig tun, um die Situation aller Betroffenen zu entlasten? – Wir haben Ende November ein Ad-hoc-Treffen mit den Chefärztinnen und -ärzten der Berliner Pädiatrien und der Berliner Feuerwehr durchgeführt und hier eigentlich die wesentlichen Maßnahmen auf den Weg gebracht. Wir haben nämlich mit den Kinderkliniken vereinbart, wo möglich – das hat sich in den letzten Wochen noch mal gesteigert – elektive Eingriffe zu verschieben, um die Versorgung der zunehmenden Zahl von kritisch kranken Kindern zu ermöglichen. Wir haben wegen des Personalmangels auch diskutiert, wie die wegen Personalmangels nicht betriebenen Betten vielleicht in Betrieb genommen werden können. Dazu haben die Kinderkliniken selber den Vorschlag gemacht, man könnte Personal in Mixed Teams umsteuern, also Personal von den Erwachsenenstationen in den Kinderstationen einsetzen. Das geht, wenn man es intelligent und klug macht, bis zu einem gewissen Grad sehr gut. Dadurch konnten zum Beispiel in der Charité – von der weiß ich die Zahlen, Herr Raile wird vielleicht beschreiben können, wie es bei ihm ist – nahezu alle Betten in der Kinderintensivstation wieder betrieben werden. Das geht natürlich nur bis zu einem gewissen Grad, denn erstens darf das Personal auf den anderen Stationen nicht fehlen, und außerdem müssen es wirklich gemischte Teams sein. Man kann nicht das Personal komplett austauschen. Das würde natürlich nicht funktionieren.

Ganz wichtig ist, dass wir eine Koordinierungsstelle in Gang gesetzt haben, analog zum SAVE-Konzept mit der Charité, auch mit Brandenburg zusammen. So ist es uns gelungen, die knappen Ressourcen, die wir an Betten haben, effizienter einzusetzen und transparenter belegen zu können. Dazu dient auch, dass wir in IVENA jetzt die pädiatrischen Betten oder die Kinderintensivbetten getrennt ausweisen. – Das waren die wesentlichen Punkte, mit denen wir zumindest das, was auf der Landesebene zu tun war, schon mal in Gang gesetzt haben.

Wir haben dann am 14. Dezember ein weiteres Treffen gehabt, bei dem wir auch den ambulanten Bereich miteinbezogen haben, im Austausch auch mit den Kinderärztinnen und -ärzten, mit Verbänden der Kinderärztinnen und -ärzte, mit der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer; Herr Raile war auch dabei, und weitere Expertinnen und Experten aus meinem Haus waren dabei. Hier ging es darum, sich den ambulanten Bereich noch mal anzuschauen. Ich möchte hier gar nicht so viel vorgreifen, weil auch Herr Ruppert mit in der Runde ist und sicherlich dazu auch noch einiges sagen wird. Mit dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung haben wir nämlich auch über den Stand der ambulanten pädiatrischen Ver-

sorgung insgesamt gesprochen und über Optionen, wie diese erforderlichenfalls noch verbessert werden kann. Dabei möchte ich darauf hinweisen, dass für die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von der KV Berlin dankenswerterweise neben der Gesamtvergütung bereits Mittel aus dem Strukturfonds eingesetzt werden für die Sicherstellung der Notdienststrukturen. Das war ein Punkt, über den wir gesprochen haben. Wir hatten als Ergebnis aus diesem Treffen mitgenommen, dass wir noch mal intensiver auch mit den Kassen sprechen müssen. Das haben wir mittlerweile getan, noch mal mit Herrn Ruppert und den Vertreterinnen und Vertretern der Kassen. Auch hier haben wir versucht auszuloten, was noch geht, gerade um auch die notärztlichen Strukturen weiter zu verbessern.

Zwischenzeitlich hat sich auch im Bund etwas bewegt. Ich glaube, das wird auch Herrn Bartzky sehr freuen, dass nämlich eine Forderung, die wir an dem Abend diskutiert haben, die Budgetierung der Kinderarztpraxen, jetzt tatsächlich auf Bundesebene anders geregelt wird. Damit ist eine wichtige, zu Recht gestellte Forderung der Kinderärztinnen und -ärzte zumindest schon mal aufgegriffen auf Bundesebene. Wir werden natürlich die ganze Situation der ambulanten Versorgung auch weiterhin mit den Genannten besprechen und versuchen zu verbessern.

Ich möchte noch ankündigen, weil ich jetzt zur Pflege als mittel- und langfristige Aufgabe – auch Pflegefachpersonal, gerade auch für die Kinderkliniken, zu gewinnen – noch nichts gesagt habe, dass ich Anfang des nächsten Jahres, im ersten Quartal, gerne einen Pflegegipfel, könnte man sagen, machen möchte, wo wir das noch mal darstellen und für eine spezialisierte Ausbildung im Hinblick auf die Kinderpflege, also auch die Pflege in den Kinderkliniken werben möchten. Wir wollen aber auch zeigen, was das generalistische System für Möglichkeiten bietet, auch jetzt schon in Berlin, um hier tatsächlich Fachkräfte auch für die Kinderkliniken zu gewinnen. Das ist ein Vorhaben, das aber sicherlich – das werden Sie alle verstehen – nur mittel- und langfristig wirken kann, denn die Fachkräfte sind im Moment nicht da. Die müssen wir ausbilden. Die müssen wir gewinnen. Wir müssen sie dann auch in unserem System halten.

Entschuldigen Sie, dass ich jetzt ein bisschen länger geredet habe, aber es gab auch einiges darzustellen. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank, Frau Senatorin, für den Bericht!

Bevor wir in die Anhörung gehen, vielleicht einen Satz: Wenn man öfter mal tagsüber länger im Auto sitzt, wie heute, Radio hört und vom Bund hört, dass die Kassen heute angewiesen werden, was sie ab morgen machen sollen, dann stellt man sich manchmal die Frage, ob man in einem Comic ist. Das ist ja kein Fakt, der erst seit 24 Stunden bekannt ist. Es ist schon abenteuerlich.

Dann kommen wir zur Anhörung. Ich würde in alphabetischer Reihenfolge zunächst Herrn Dr. Bartzky bitten, per Webex vorzutragen. Meine Bitte wäre, so ungefähr fünf Minuten, denn ich kann mir vorstellen, dass die Abgeordneten, die Kolleginnen und Kollegen, bestimmt noch einige Fragen an Sie haben. Einige stehen unter Zeitdruck, haben das schon angekündigt. Insofern gucken wir ein bisschen, ob wir die Zeit einhalten können. – Herr Dr. Bartzky, wir freuen uns auf Ihren Beitrag! Danke schön!

Dr. Reinhard Bartzky (Landesverband Berlin der Kinder- und Jugendärzte, Vorsitzender) [zugeschaltet]: Herr Vorsitzender, danke für die warmen einleitenden Worte! – Danke, dass ich hier in diesem Videotool teilnehmen darf. Das ist sicherlich nicht so schön, als wenn man vor Ort wäre. Aber es ist ein bisschen der kurzfristigen Geschichte der Praxissituation mit den vielen Infekten gerade geschuldet, sodass ich sehr dankbar bin, dieses Medium wählen zu können.

Ich habe meine Praxis in Berlin-Neukölln an der Grenze zu Kreuzberg und bin der Landesverbandsvorsitzende des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte. Ich vertrete somit 650 Mitglieder in dieser Stadt. Nur ein Teil ist in Rente, ein großer Teil von denen arbeitet noch.

Ich will in den einleitenden Worten ein bisschen auf Betroffenheit setzen und danach vielleicht sagen, was die Knackpunkte und die Gründe sind. Wir arbeiten als Kinder- und Jugendärzte in einer Stadt, in der wir es gewohnt sind, dass die Kinder, die in die Kita müssten, die es am nötigsten hätten, nicht in die Kita dürfen. 18 Prozent aller Kinder mit dem Doppelrisiko Sprachbarriere und Bildungsferne dürfen nicht in die Kita, bevor sie in die Schule müssen. Wir haben eine Stadt, wo wir keine frühfördernden Maßnahmen haben, und Standesämter brauchen zunehmend sechs bis neun Monate für eine Geburtsurkunde, die die Voraussetzung für eine Versicherung ist, sodass wir die Kinder nicht fristgerecht impfen können. Das ist das, woran wir uns gewöhnt haben, dass wir ein bisschen auch die Sozialstation in der Stadt sind.

Jetzt kommen noch Sachen dazu: Wir kriegen keine Medikamente mehr, und wir können keine Kinder mehr in die Kinderkliniken einweisen oder müssen acht Kliniken durchtelefonieren, bis wir irgendwo ein Bett kriegen. Das ist die Situation, in der wir uns befinden, die das Arbeiten in den Praxen, sowohl für die Ärztinnen und Ärzte, aber natürlich vor allem für die Patienten unerträglich macht.

Frau Senatorin hat es angesprochen, wir haben im Augenblick einen sehr hohen Konsultationsindex. Der ist ungefähr dreimal so hoch wie im Jahresmittel. Das ist aber eine Konstellation, wie wir sie alle drei, vier Jahre mal haben. Das ist generell nichts Neues – dass das nicht alle paar Jahre mal aufkommt –, dass es eben ein bisschen härter kommt. Deshalb ist das Virus an sich nicht gefährlicher. Aber diese pandemische Situation – nein, Entschuldigung, das Wort darf man nach Corona nicht mehr benutzen –, also diese Infektionshäufungslage trifft auf ein immer mehr moribundes Gesundheitssystem. Deshalb möchte ich hier auch die Einigkeit mit unseren Klinikerkollegen noch mal darstellen: Wenn es den Kliniken nicht gut geht, geht es den Praxen nicht gut und umgekehrt. Wenn wir keine Kinder in die Kliniken mehr loswerden, weil sie dort abwinken müssen, weil sie keine Betten in Berlin mehr frei haben, geht es den Praxen auch nicht gut.

Eine der Misereen aus der Sicht der Niedergelassenen, für die ich hier ja spreche, ist, dass wir eine Unterfinanzierung des ambulanten Systems haben. Wir haben in Berlin durchschnittlich eine Vergütungsquote von 82 Prozent. Das steigert sicherlich auch nicht die Motivation, nach dem 14. Dezember, nach dem 14. März oder nach dem 14. Juni die Praxis noch zu öffnen, weil wir einfach Unkosten kreieren, und zwar nicht zu knapp, wir Beschimpfungen ausgesetzt sind und unsere letzten MFAs, unsere Fachangestellten, die Erholung bräuchten, letzten Endes verschleißen, ohne dass wir sozusagen einen Mehrwert kriegen. Einen Coronabonus für

unsere MFAs haben wir nie gekriegt. Die Leute, die wirklich an den Patienten gearbeitet haben, hat man da nicht wirklich wertgeschätzt.

Frau Senatorin! Sie haben gesagt, dass sich Herr Lauterbach, nachdem Sie in Ihre Presseerklärung aufgenommen haben, dass wir die Entbudgetierung fordern, in einer Talkshow positiv geäußert hat. Ich nehme das mal mit – Politikersprech –, aber wir müssen auch wissen, dass sich das BMG bis heute nicht schriftlich geäußert hat und dass wir eigentlich wirklich noch nichts Greifbares haben. Deshalb bitte ich dringend die beiden Bundesländer Hamburg und Berlin, die das nur betrifft; es trifft kein anderes Bundesland – uns ist auch noch diese Neupatientenregelung genommen worden, also wir haben nicht die Möglichkeit, Patienten in den letzten zwei bis drei Wochen abzurechnen –, sich für uns wenigstens etwas in die Bresche zu schmeißen. Ich bin zuversichtlich, dass wir diese Unterstützung jetzt auch kriegen. Von alleine werden wir diese Entbudgetierung nicht bekommen.

Zweites Problem, Gesundheitsleistungen, die wir erbringen, die eigentlich nicht in die Kinderarztpraxis gehören: Wir machen einen Haufen von Bescheinigungen für die Kita und die Schule, die eigentlich fehlallokiert sind. Dazu sind auch erste positive Signale rausgegangen. Allerdings versuchen einige Kitaträger und Schulträger, auch schon wieder zurückzurudern. Mit einer Presseerklärung wird es nicht getan sein. Solange wir Kitaverträge haben, selbst von staatseigenen Kitas, in denen steht, dass man wegen jedem Husten und Schnupfen ein Attest vom Arzt braucht, tut es leider Gottes eine Presseerklärung nicht. Es ist aber ein richtiger Weg eingeschlagen worden.

Wir haben ein Problem mit vielen Kinderarztsitzen, die uns weggefallen sind, weil wir Kinderarztsitze haben, die keine Grundversorgung machen. Grundversorgung bedeutet: Akut kranke Kinder sehen, Impfungen und Vorsorgen machen. Das liegt zum einen in der Sozialgesetzstruktur der Kinderheilkunde in Deutschland, dass der Kinderarzt der Facharzt im Hausarzttopf ist, was bedeutet, dass, wenn ein Allgemeinmediziner einen Patienten zum Kardiologen schickt, er ihn zu einem Facharzt schickt. Wenn der Kinderarzt das tut, schickt er ihn auch zum Kinderarzt. Dafür hat es nie eine Kompensation gegeben. Berlin ist davon doppelt getroffen, weil wir auch das Umland – ich sage mal Mecklenburg-Vorpommern – mit Kinderreumatologen, Kinderneurologen versorgen. Das machen wir alles aus unserem Hausarztsitz.

Wir haben darüber hinaus noch das Problem, dass wir eine kräftige Liga von Kapitalgesellschaften haben, die Sitze aufkaufen und dort auch alles mögliche Interessante machen, aber keine Grundversorgung. So sind es von über 300 Köpfen, die in Berlin kinder- und jugendärztliche Medizin laut kassenärztlicher Verordnung anbieten, nur zwischen 170 und 180, die auch Impfungen und Vorsorgen in signifikanter Zahl machen. Das ist das große Dilemma. Das ist ein ganz wichtiger Punkt, an dem wir politisch arbeiten müssen, wo wir, glaube ich, auch auf die Betreiber zugehen müssen, von denen die Sitze entweder wegnehmen und sagen: Hey, ihr dürft das nicht mehr so tun –, oder wir müssen tatsächlich dafür ein Substitut schaffen und sagen, wir brauchen da eine andere Zählweise. Diese Bedarfsplanungsrichtlinie, der G-BA-Beschluss, die mal gesagt hat, 1990 – 100 Prozent, gibt das nicht mehr her, weil es 1990 diese ganzen fachärztlichen Spezialisierungen noch überhaupt nicht gab.

Das letzte Thema, was ich hier ansprechen möchte, ist der Fachkräftemangel. Wir haben ein riesiges Problem, MFAs zu finden. Es gibt keine Praxis, die ich kenne, wo noch vollumfänglich MFAs arbeiten. Wir arbeiten, was schöne Lebenserfahrungen sind, mit Studentinnen und

Studenten zusammen, mit Rentnerinnen, aber das kann eigentlich für die Zukunft nicht der Stein des Weisen sein. Wir haben das Problem, dass wir in Berlin zu wenig ausbilden. Wir erwarten dazu eine ganz klare Förderung der Ausbildungsunterstützung. Wir erwarten aber auch einen Stopp der gegenseitigen Kannibalisierung, dass Klinikkonzerne, die Krankenschwestern, Krankenpfleger einstellen müssten, die 2 000 Euro mehr kosten, sozusagen Lohndumping machen und dann MFAs aus Praxen abwerben, denen 1 000 Euro mehr zahlen, nur um in ihren Eigenbetrieben 1 000 Euro zu sparen. Das ist in Berlin gängige Praxis. Wenn wir nicht an die höhere Instanz weiter ausbluten müssten, wären wir besser aufgestellt.

Den anderen Punkt in diesem Kontext haben Sie schon angesprochen: Wir müssen eine Initiative machen für die Ausbildung der Kinder- und Jugendkrankenschwester, -krankenpfleger, -krankenpflegerin, denn wir sitzen, wie gesagt, in einem gemeinsamen Topf, und wenn ich an einer Stelle etwas verbessere, wird es an der anderen auch besser.

Ich würde es mit diesem Potpourri erst mal dabei belassen und mich freuen, wenn ich noch die eine oder andere Frage beantworten dürfte.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen herzlichen Dank! Ganz bestimmt. – Dann kommen wir gleich zum stationären Bereich. Herr Prof. Dr. Raile! Ich würde Sie um Ihr Statement bitten. Vielen Dank!

Dr. Klemens Raile (Vivantes Klinikum Neukölln; Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin): Liebe Frau Gote! Lieber Herr Vorsitzender! Kurz zu meiner Person: Ich bin Kinder- und Jugendarzt, war 17 Jahre in wechselnden leitenden Positionen an der Charité und bin seit 11. November Leiter der Kinderklinik bei Vivantes Neukölln.

Wir haben zusätzlich eine Initiative gestartet mit den Niedergelassenen, mit Herrn Bartzky, Herrn Maske, mit der Initiative der jungen Kinderärztinnen und Kinderärzte und verschiedenen Klinikleitern und haben auf die schwierige Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen aufmerksam gemacht.

Wo drückt der Schuh am stärksten? – In der Station ist es ganz klar die Besetzung mit Personal. Hier fehlt vorrangig Pflegepersonal. Kinderkrankenpflege wird in speziellen Schulen ausgebildet, und politisch sind beim Bund, nicht hier in Berlin, die Weichen zur Generalisten- ausbildung gestellt worden. Damit haben uns absehbar Menschen gefehlt, die gezielt in die Kinderkrankenpflege gehen wollen. Im Moment sieht die Ausbildung so aus, dass man drei Jahre die Pflegeausbildung durchläuft, dann generalistisch ausgebildet ist und anschließend noch ein Spezialisierungsjahr machen muss, um dann pädiatrisch frei und ohne Superversion arbeiten zu können. Wir brauchen Kinderkrankenpflege auch, um G-BA-Mindestkriterien, also Qualitätskriterien, zu erfüllen, um entsprechend Stationen betreiben zu können. Wir sind hier wirklich in einer Zwickmühle. Die G-BA-Kriterien sind teilweise ausgesetzt, aber auch nicht zuverlässig. Das heißt, wir sind auch wirtschaftlich unter immensem Druck und auch unter Druck, diese Qualitätsindikatoren zu erfüllen.

Daher ist unser vorrangiger Appell, in Berlin wieder Kinderkrankenpflege auszubilden. Von den Bundesländern, die in die Generalistik übergegangen sind, hat nur Hamburg weiter an einer Ausbildung zur Kinderkrankenpflege festgehalten. Das ist gesetzlich möglich. Hamburg als Stadtstaat, ich würde mal sagen, zwei Drittel von Berlin, bildet im Moment 75 Kinderkrankenschwestern oder Kinderkrankenpfleger aus, die nach den drei Jahren voll in den Kinderkliniken mitarbeiten können. Und, oh, Wunder: Hamburg ist das einzige Bundesland, das diese Notlage bei den Kinderkliniken nicht in diesem Maße sieht wie die anderen Bundesländer. Hier also ein ganz dringender Appell, wieder Kinderkrankenpflege auszubilden oder – das ist ja wirklich ein kleines Segment im Vergleich zur gesamten Pflegeausbildung – diese Pflegeausbildung wieder als eigenen Zug zu etablieren. Wir helfen als Leiter der Kinderkliniken, als Pflegedienstleiter gern mit, interessierte Menschen in den Schulen anzusprechen. Es ist ganz wichtig, dass wir generell in Deutschland junge Menschen in den Schulen für Gesundheitsberufe, für soziale Berufe begeistern können, aber das ist ein gesellschaftlicher Punkt, und wir tragen sehr gern unseren Teil dazu bei.

Im Moment ist die Situation vor allem so, dass die Intensivstationen nicht ausreichend mit Pflege besetzt sind. Es sind dort die Personaluntergrenzen, die auch als Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren festgelegt sind, kurzzeitig ausgesetzt. Damit steigt aber automatisch die Belastung für die Pflege, die unter diesen Bedingungen arbeiten muss. Hier ist ein ganz wichtiger Punkt, dass wir mehr erfahrene Kinderkrankenpflege auf den Intensivstationen brauchen, um hier kurzfristig gegensteuern zu können.

Sie haben die Initiative der Charité erwähnt. Hier wird zum Teil wieder Personal zurückgeholt, das im Rahmen der Coronamaßnahmen in andere Bereiche abdiffundiert ist. Zum Teil hilft es auch, die Lage zu stabilisieren. Bei Vivantes haben wir das auch versucht. Wir können einzelnen Schwestern aus der Augenklinik oder anderen Bereichen wieder zurückholen, aber Sie wissen selbst: Dienstpläne werden zwei Monate im Voraus geschrieben. Das heißt, es ist nicht möglich, kurzfristig, jetzt zum Beispiel für die Feiertage, sofort Abhilfe zu schaffen. Aber das ist ein Brett, das wir jetzt bohren müssen. Das ist extrem wichtig.

Die andere Situation ist die ärztliche Besetzung in den Rettungsstellen. Wir haben mit der Zusammenarbeit mit der KV, mit den niedergelassenen Kinderärzten extrem gute Erfahrungen gemacht. Von allen Patienten, die ambulant gesehen werden, und ambulant gesehen wird der Großteil der Patienten, sind es in den 24 Stunden weniger als 10 Prozent der Patienten, die in die pädiatrische Rettungsstelle gehen, um stationär aufgenommen oder verlegt werden zu müssen, was auch ein Thema ist. Das heißt, wir haben überwiegend Kinder, die akut krank, aber nicht aufnahmepflichtig dorthin kommen. Subjektiv wird von den Eltern alles als Notfall empfunden, und wir müssen diese Kinder dann auch sehen; wir können sie nicht ungesehen wegschicken. Insofern ist hier eine immense Belastung, die wir sehr dringend mit den Niedergelassenen gemeinsam schultern müssen.

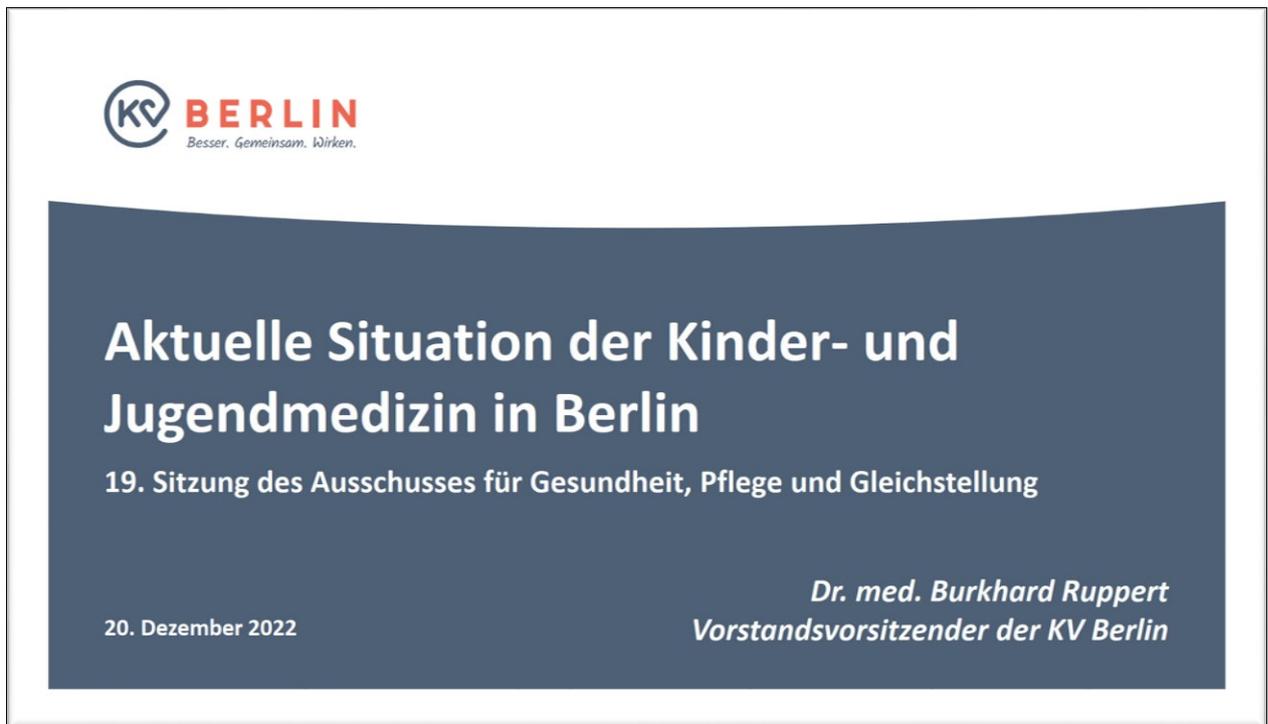
Hier sind wir als Klinikärzte dafür, diese Zusammenarbeit mit der KV in Rettungsstellen, in Notfallpraxen weiter auszubauen. Wir sind im direkten Dialog. Wir kennen uns persönlich, Herr Bartzky oder auch Herr Ruppert, und ich weiß, wie die Nöte der Niedergelassenen sind. Ich glaube, wenn wir eine Regelung finden, wie diese Arbeit finanziert ist – hier sind die Krankenkassen als Partner gefragt –, finden wir auch einen Weg, ärztliche Kollegen zu finden, die diese Dienste übernehmen. Das heißt, es müssen nicht Niedergelassene, die unter der Woche schon voll in ihren Praxen arbeiten, hier einspringen und diesen Job auch noch machen. Aber ganz wichtig ist natürlich ein Knoten, wo Eltern mit einem akut kranken Kind hingehen können und versorgt werden, ohne vielleicht abzusehen, ob wir das subjektiv als Notfall medizinisch einordnen oder nicht.

Wenn ich hier kurz drüber schaue, kommen Sie nicht alle aus einem medizinischen Fachbereich. Ich glaube, ein ganz wichtiger Punkt ist noch zu sagen, dass das medizinische Versorgungssystem ein gewachsenes System ist, was sehr komplex funktioniert und wo natürlich einfache Ratschläge von außen nicht wirklich helfen, die Probleme zu lösen, zum Beispiel der Ratschlag, Vivantes soll jetzt Pflege in die Kindermedizin stecken. Das ist nur bedingt möglich, weil es, wie gesagt, bestehende Dienstpläne, die auch schon auf Kante genäht sind, wieder zerreißt. Das betrifft das Arbeitsrecht, weil Kollegen neu eingearbeitet werden müssen; die müssen wirklich verlässlich und gut motiviert in diesen neuen Stellen arbeiten. Also wir können das in kleinem Rahmen leisten, aber es wird dauern, hier eine gewisse Umstrukturierung vorzunehmen.

Medizinstudenten sprechen wir jetzt auch bei Vivantes für die Rettungsstellen an, die können die Teams mit unterstützen, oder auch Psychologiestudierende oder Menschen, die schon im medizinischen System vorgeprägt sind. Wir bauen die sehr gern in die Teams ein, aber die können natürlich nicht drei zu einer Vollschwester die Rettungsstellen bedienen, sondern da muss immer eine gute Supervision möglich sein. – Gut! Das war jetzt ein ganz schneller Ritt durch die Thematik. Ich stehe Ihnen gern für Fragen zur Verfügung. Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Raile! – Dann würde ich Herrn Dr. Ruppert, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, bitten. Ich weiß, dass Sie um 14.30 Uhr wegmüssen. Deswegen würden wir vom Prozedere gleich abweichen. – Herr Dr. Ruppert!

Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin; Vorstandsvorsitzender) [zugeschaltet]: Vielen Dank für die Einladung! – Frau Gote! Meine Damen und Herren! Ich habe eine ganz kleine Präsentation vorbereitet. Herr Kruhl aus meinem Stab, könnten Sie die bitte beischalten. – Ich hoffe, Sie können sie alle sehen.



Vorsitzender Christian Gräff: Ja, sehen wir.

Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin; Vorstandsvorsitzender) [zugeschaltet]: Das sind ein paar Daten zur aktuellen Situation der Kinder- und Jugendmedizin. Es ist schon wahnsinnig viel gesagt worden. Ich will trotzdem noch ein bisschen in die aktuellen Daten reingehen, die wir hier in Berlin haben.

Was für Herausforderungen haben wir? – Viele Herausforderungen haben Sie schon gehört. Die sind jetzt noch nicht genannt worden: Wir haben es auch mit einer gewissen Wahrnehmung von Patienten zu tun. Mich erinnert das ein bisschen an die Zeit 2017/2018, wo es aufgrund des großen medialen Drucks plötzlich möglich war, die Kassen dazu zu bringen, acht zusätzliche Stellen für Kinder- und Jugendmedizin zu generieren und zwei für Kinder- und Jugendpsychiatrie, und zwar voll durchfinanziert.

Ausgewählte aktuelle Herausforderungen

- Wahrnehmung von Patienten/Eltern: Schwierigkeiten, Praxis für die laufende pädiatrische Betreuung zu finden
- Rückmeldung Notaufnahmen: Zustrom ambulant zu behandelnder Fälle
- Trend zur Anstellung statt Niederlassung
- keine Interessenten für schwächer versorgte Bezirke

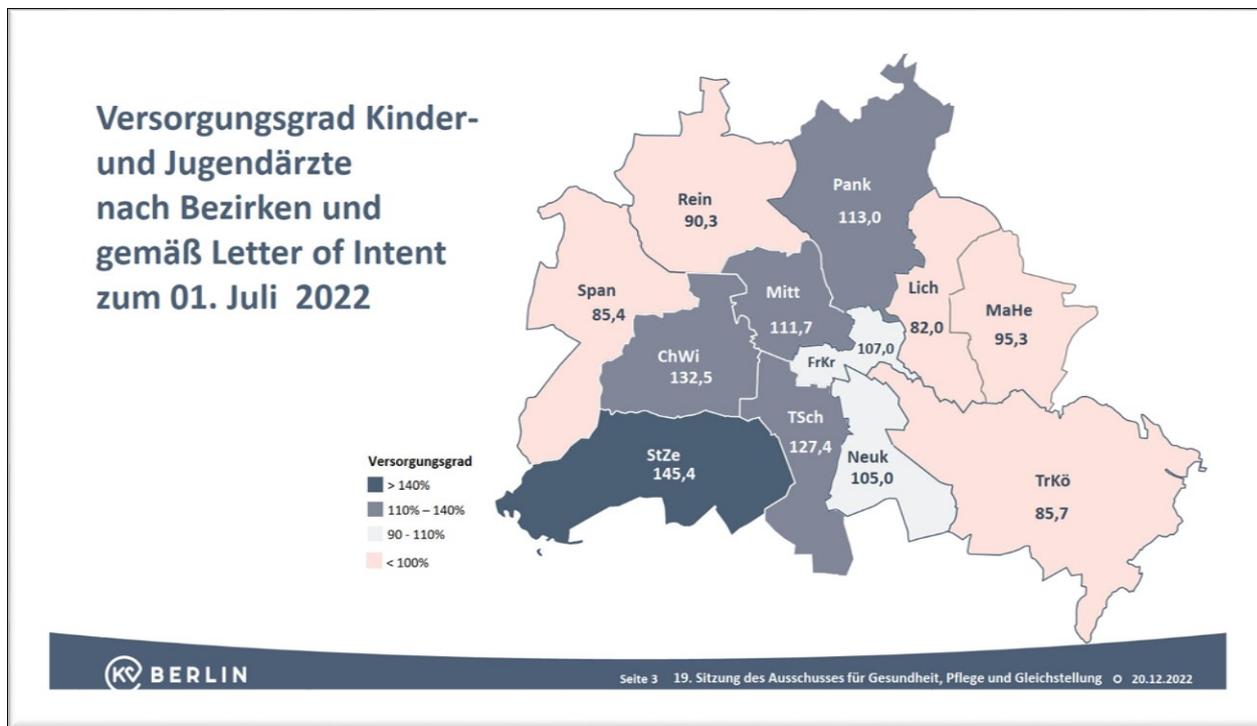
Ich habe das Gefühl, wir sind wieder in einer ähnlichen Situation, wo wir feststellen, dass wir in der Vergangenheit an dem sogenannten Bedarf vorbeigeplant haben und hier auf Riesensprobleme stoßen, die sich jetzt wie in einem Brennglas gerade in dieser aktuellen Zeit noch mal ganz deutlich zeigen.

Schwierigkeiten, überhaupt eine Betreuung in einer pädiatrischen Praxis zu finden, kommen noch dazu. Wir haben einen großen Zustrom von ambulant zu behandelnden Fällen, das ist schon mehrfach gesagt worden, weil hier eher, und das war auch der Tenor der letzten beiden Sitzungen, die schon angesprochen worden sind, die Frage ist, nicht so sehr die Belastung durch diese akuten ambulanten Fälle – das etwas ist, das wir alle paar Jahre sehen –, sondern die Weiterleitung in die stationäre Versorgung von vor allem sehr kranken Säuglingen durch das RS-Virus und die schnelle adäquate Versorgung.

Dann haben wir es im ambulanten Bereich nicht nur in der Pädiatrie, sondern überhaupt bei den Niedergelassenen mit einem Trend zur Anstellung zu tun. Mittlerweile sind 30 Prozent der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen hier in Berlin im Angestelltenverhältnis, und wir erwarten in den nächsten Jahren hier eine deutliche Zunahme.

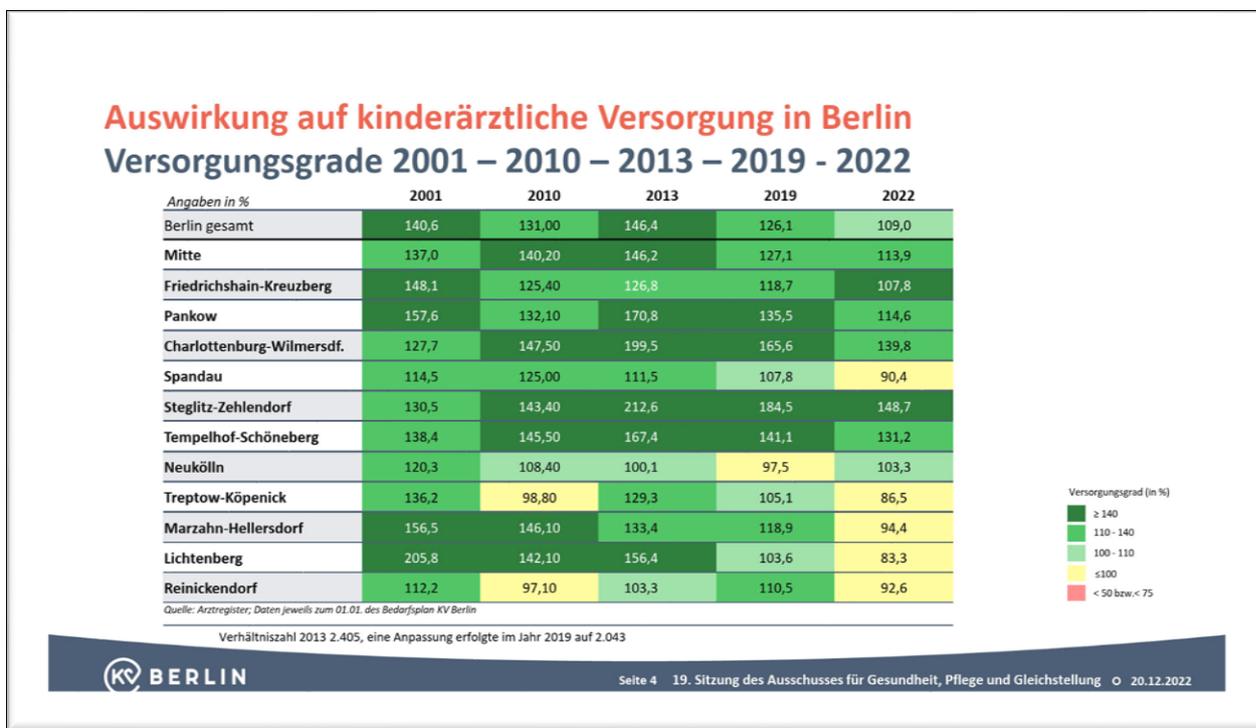
Ich sitze gerade in der KV-Praxis am Prerower Platz. Es hat einen Grund, dass wir die hier eröffnet haben, weil wir hier Riesensprobleme bei der hausärztlichen Versorgung sehen. Ähnliche Probleme sehen wir auch bei der pädiatrischen Versorgung. Es besteht wenig oder kein Interesse, sich in diesen schwächer versorgten Gebieten niederzulassen.

So sieht die Verteilung in Berlin aus.



Die Karten kennen Sie wahrscheinlich. Sie erkennen, dass es vor allen Dingen die Randgebiete sind. Im Ostteil der Stadt, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf, Treptow-Köpenick, aber auch im Westen, Reinickendorf und Spandau, haben wir es mit sehr niedrigen Bedarfsversorgungsgraden zu tun, die aber noch weit von dem entfernt sind, was man als Unterversorgung bezeichnet. Im hausärztlichen Bereich liegt es bei 75 Prozent, im fachärztlichen Bereich bei 50 Prozent. Also, wir sind noch weit davon entfernt.

Das ist die Letter-of-Intent-Tabelle aus den letzten 20 Jahren.



Von grün angefangen, wo die Versorgung noch recht gut war, hat sie sich vor allen Dingen im kinderärztlichen Bereich im Ostteil der Stadt deutlich verschlechtert, inklusive Spandau. Hier gelb bezeichnet sind Zahlen unter 100 Prozent. Reinickendorf kam schon 2010 dazu, hatte sich noch mal etwas verbessert, aber in 2022 wieder deutlich verschlechtert.

Wie geht es weiter? – Wir werden im ersten Quartal 2023 voraussichtlich noch mal 4,5 neue pädiatrische Sitze durch den Zulassungsausschuss vergeben können. Diese werden natürlich danach bevorzugt vergeben werden, wo der Versorgungsgrad am schlechtesten ist. Wir streben in jedem Fall an, dass sich der Zulassungsausschuss diesen Empfehlungen, die wir dann geben, anschließen würde.

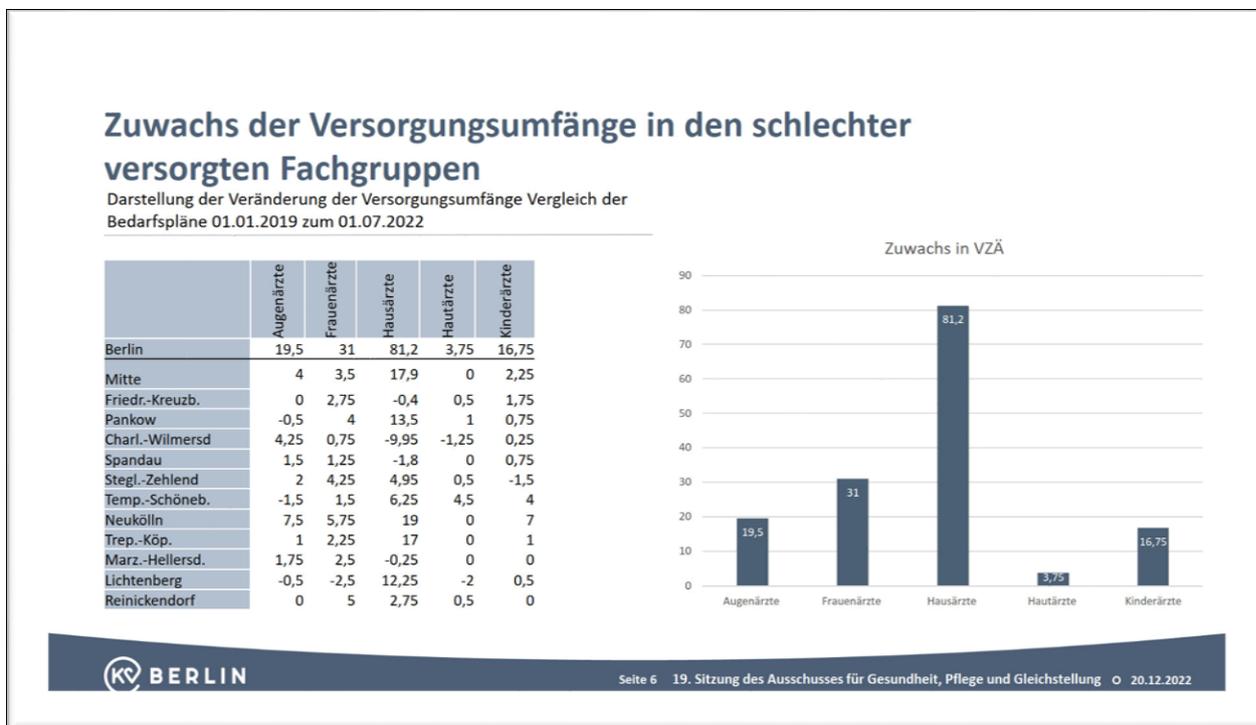
Wie geht es weiter?

- Im ersten Quartal 2023 werden voraussichtlich 4,5 neue pädiatrische Sitze vom Zulassungsausschuss vergeben
- wichtiges Auswahlkriterium: Versorgungsgrad am von Arzt/Ärztin angestrebten Praxissitz
- vor allem schwächer versorgte Bezirke sollten offensiv für sich werben und niederlassungswillige Ärzte unterstützen
- vor allem geeignete, bezahlbare Praxisräume sind zentrale Niederlassungsvoraussetzung

Es sind die schwächer versorgten Bezirke, die offensiv für sich werben sollen. Hier sind wir im ständigen Kontakt mit den Bezirken. Mittlerweile gibt es sehr gute gemeinsame Aktionen, dass wir denen die Möglichkeit bieten, zum Beispiel auf unserer Homepage Werbung für diese Bezirke zu machen, um niederlassungswillige und abgebende Ärzte zusammenzubringen. Wir werden im Jahr 2023 hierzu auch Veranstaltungen planen, wo wir niederlassungswillige und abgebende Ärzte mit den Bezirken zusammenbringen werden – jetzt nach Corona geht es hoffentlich wieder –, um damit die Möglichkeit, dass sich Kolleginnen und Kollegen finden, zu verbessern.

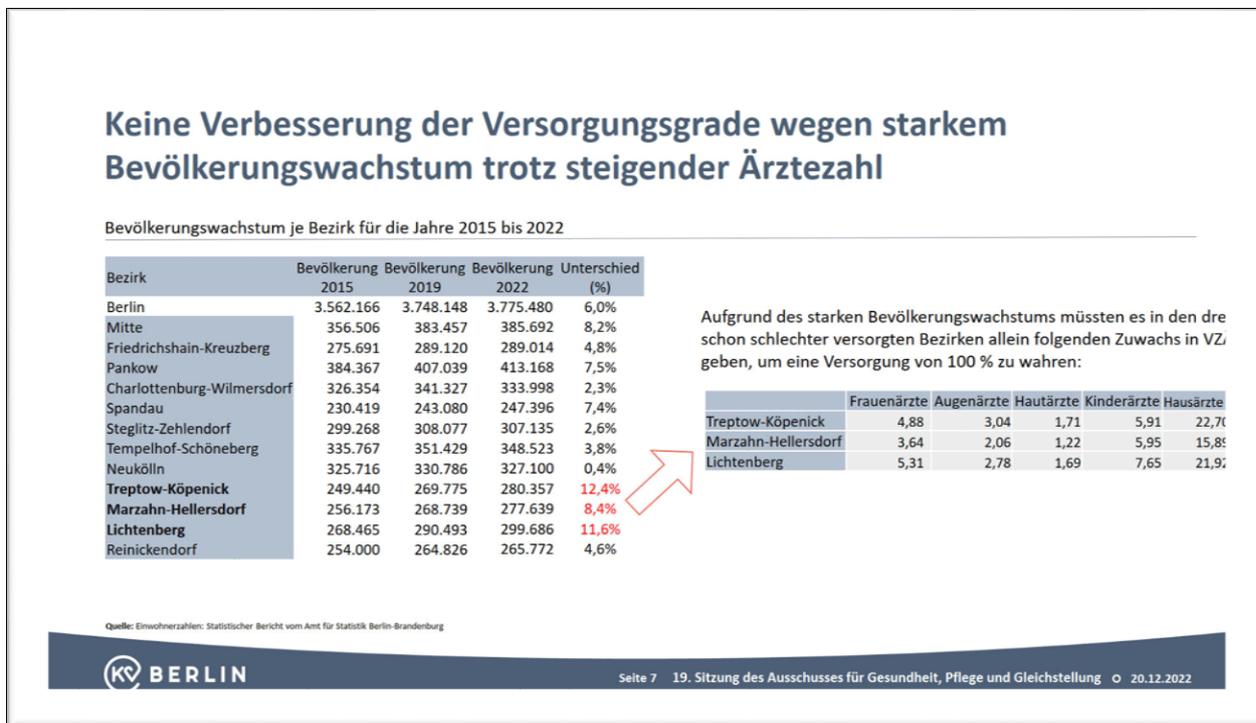
Ein Riesenproblem hier im Ostteil der Stadt ist es, geeignete Praxisräume zu finden. Da reden wir noch gar nicht über die Frage, ob die barrierefrei sind, sondern es geht schlicht und einfach darum, ob es überhaupt Praxisräume gibt und ob die geeignet sind. Das ist ein Riesenproblem, das wir auch bei der Schaffung eigener Praxen gesehen haben.

Wie sieht es aus mit dem Zuwachs von Versorgungsumfängen in schlechter versorgten Fachgruppen?



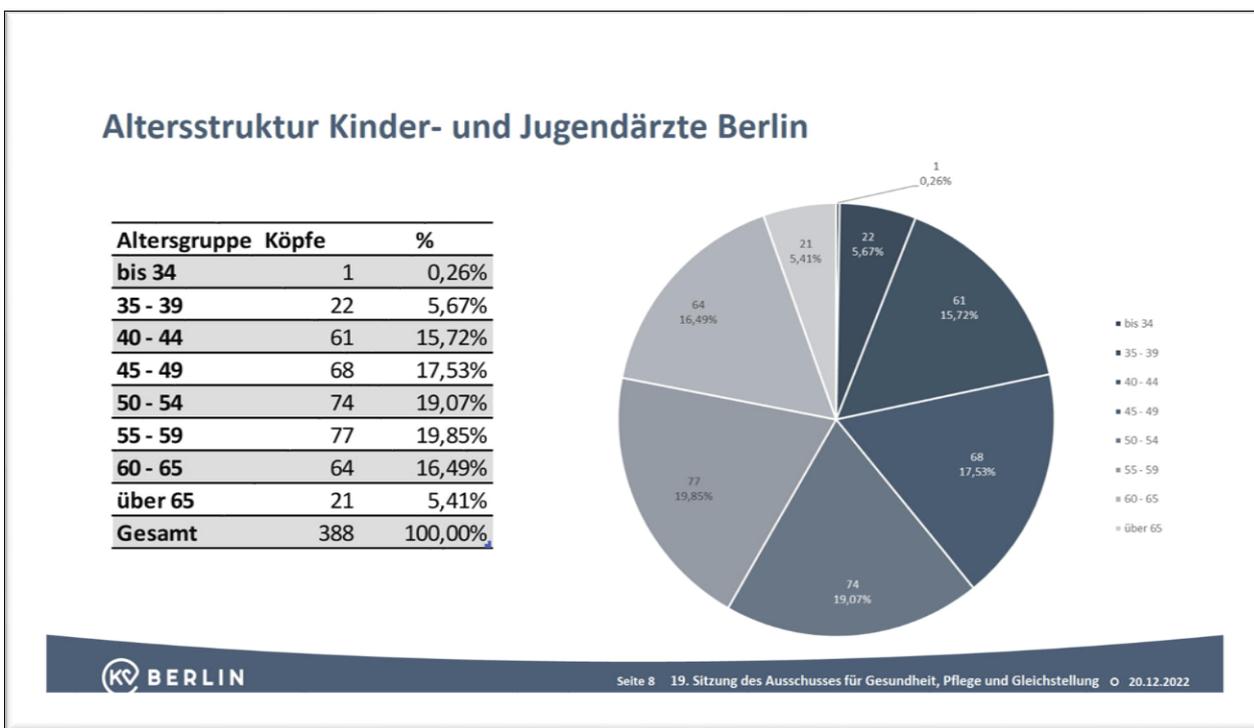
Hier mal exemplarisch die grundversorgenden Fachärzte inklusive der Kinderärzte, mit aufgeführt sind aber auch die Hausärzte. Hier sehen Sie, dass wir in der Zeit von 2019 bis 2022 durchaus einen Zuwachs haben. Bei der sehr großen Gruppe von Hausärzten macht das natürlich deutlich mehr aus, aber auch bei den Kinderärzten sind es insgesamt 16,75 Sitze mehr.

Woran liegt das? – Das liegt einmal daran, dass wir ein steigendes Bevölkerungswachstum haben, und zwar insgesamt gerade in den Bezirken Treptow-Köpenick, Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg, hier rot dargestellt.



Das hat natürlich Einfluss, das ist ganz klar. Wenn Sie ein höheres Bevölkerungswachstum haben, dann haben Sie entsprechend der Verhältniszahl auch mehr Arztsitze. Das würde gerade im Kinderarztbereich bedeuten, dass wir circa sechs Sitze für Treptow-Köpenick oder für Marzahn-Hellersdorf oder 7,5 Sitze für Lichtenberg noch dazu einsteuern müssten, um wieder auf 100 Prozent zu kommen.

Die Altersstruktur ist durchaus nicht so kritisch, wie in anderen Fachgebieten, aber sie ist kritisch. Circa 80 Ärzte im kinderärztlichen Bereich sind älter als 60 Jahre. Da wird in den nächsten Jahren auch etwas auf uns zukommen, indem diese Ärzte altersbedingt ihre Sitze abgeben werden. Das ist im hausärztlichen Bereich noch mal dramatischer, wo es bei einer Gesamtzahl von etwa 2 500 etwa 800 Kolleginnen und Kollegen sind, die in den nächsten drei Jahren abgeben werden.



Wie ist die Altersstruktur in den Bezirken?

Altersstruktur Kinder- und Jugendärzte nach Bezirken

Bezirk	Altergruppe								Gesamt	
	bis 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 65	über 65		
Mitte			2	10	10	7	8	8	3	48
Friedrichshain-Kreuzberg			2	6	3	2	8	5	3	29
Pankow			2	8	12	14	8	5		49
Charlottenburg-Wilmersdorf				1	7	6	9	5	5	33
Spandau			1	2	4	4	7	4		22
Steglitz-Zehlendorf			2	2	3	13	6	9	3	38
Tempelhof-Schöneberg			1	3	10	10	9	6	1	40
Neukölln		1	4	8	3	7	7	4	1	35
Treptow-Köpenick				4	3	2	4	5	1	19
Marzahn-Hellersdorf			3	4	3	4	3	7	2	26
Lichtenberg			5	6	6	2	6	2		27
Reinickendorf				7	4	3	2	4	2	22
Berlin	1	22	61	68	74	77	64	21		388


Seite 9 19. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 20.12.2022

Insgesamt 388 Köpfe, also nicht Vollzeitäquivalente, sondern Köpfe. Hier sehen Sie ungefähr die Altersstruktur verteilt. Sie sehen, dass das eigentlich über die Bezirke relativ identisch aussieht, vor allen Dingen, wenn es um die höhere Altersstruktur geht. Einzig in Lichtenberg zeigt sich, dass die einen höheren Anteil an jüngeren Ärzten haben.

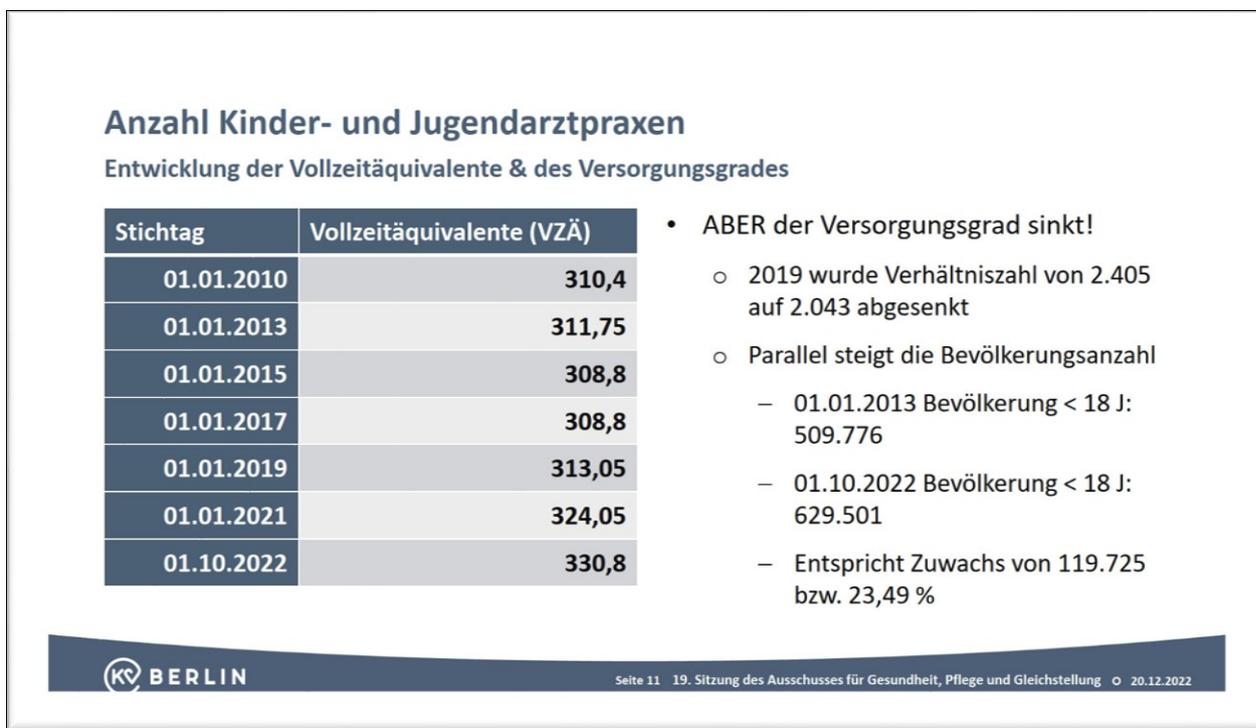
Hier die Anzahl der Kinder- und Jugendarztpraxen. Jetzt hatten wir die Köpfe gesehen. Wir sprechen von etwa 230 Praxen verteilt über die Stadt.

Anzahl Kinder- und Jugendarztpraxen in den Bezirken

Bezirk	Anzahl
Charlottenburg-Wilmersdorf	21
Friedrichshain-Kreuzberg	19
Lichtenberg	15
Marzahn-Hellersdorf	17
Mitte	23
Neukölln	19
Pankow	28
Reinickendorf	16
Spandau	13
Steglitz-Zehlendorf	22
Tempelhof-Schöneberg	21
Treptow-Köpenick	16
Berlin Gesamt	230

Quelle: Arztregister KV Berlin (Spezialabfrage 7203836)
Stichtag 01.12.2022

Wie sieht es mit den Vollzeitäquivalenten aus? Wie hat sich das entwickelt?



Immerhin gibt es in den letzten zwei Jahren circa 20 Vollzeitäquivalente mehr. Woran liegt das? – Einmal hat sich in 2019 die Verhältniszahl geändert. Sie wissen, die Bedarfsplanung macht man anhand von Verhältniszahlen. Die ist gesunken, und gleichzeitig steigt die Bevölkerungszahl, insbesondere derer unter 18 Jahren, nämlich insgesamt um etwa 24 Prozent.

Was kann man tun? – Da ist heute schon einiges angesprochen worden. Kurzfristige Entlastungen? Welche Maßnahmen gibt es? – Es geht vor allen Dingen darum, die Unterfinanzierung zu beenden. Wir haben in den letzten Sitzungen noch mal sehr klargemacht: Wir haben gerade auch im Notdienstbereich über ganz Berlin, alle Notdienstfunktionen zusammen, etwa einen Finanzbedarf hier in der KV Berlin von 10 Millionen Euro. Davon bezahlen wir 4,4 Millionen Euro aus unserem Verwaltungshaushalt heraus. Das ist ein ganz wichtiger Punkt, wo wir im Januar mit den Krankenkassen sprechen werden müssen, inwieweit hier über den § 105 Absatz 1b möglicherweise eine Lösung herbeigeführt werden kann. Die Auszahlungsquote insgesamt ist hier in Berlin besonders schlecht, in Hamburg sogar noch schlechter. Das bedeutet, es werden nur circa 80 Prozent überhaupt ausgezahlt. Hier ist die Entbudgetierung ein ganz wichtiger Punkt; Herr Bartecky hat es schon angesprochen. Hamburg und Berlin profitieren von der Entbudgetierung gerade im pädiatrischen, aber auch im hausärztlichen Bereich ganz besonders.

Kurzfristige Entlastungen – Auswahl von Maßnahmen

- Unterfinanzierung beenden!
 - Auszahlungsquote im hausärztlichen Versorgungsbereich: 82%
 - Entbudgetierung, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen
- Keine nichtmedizinisch indizierten Vorstellungsgründe mehr
 - Keine Krankschreibungen für Schule
 - Keine Gesundheitschreibung für KITA
 - Gesundheitschreibungen nach IFSG
 - Keine KITA-Erstbescheinigungen
 - Keine Betreuungsbescheinigungen für Eltern – Kind-AU (SGB VIII)

Auch das ist schon angesprochen worden: Unsinnige, nicht medizinisch induzierte Vorstellungsgründe müssen beendet werden. Es macht überhaupt keinen Sinn, Krankschreibungen für Schulen zu fordern oder eine Gesundheitschreibung für die Kita. Gesundheitschreibung nach dem Infektionsschutzgesetz ist das Einzige, was in dieser Liste Sinn macht. Die Kitaerstbescheinigung ist auch eher kritisch zu sehen oder die Betreuungsbescheinigung für Eltern, Kind-AU. Hier ist immerhin schon mal für die nächsten drei Monate erreicht worden, dass das telefonisch erfolgen kann.

Vorsitzender Christian Gräff: Herr Dr. Ruppert! Wir sind bei knapp zehn Minuten.

Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin; Vorstandsvorsitzender) [zugeschaltet]: Das sind die letzten zwei Slides. – Die mittelfristigen Entlastungen können sein: Rückübertragung von

Leistungen in den öffentlichen Gesundheitsdienst, wie die Jugendarbeitsschutzuntersuchung. Das ist etwas, was wir für sehr wichtig halten. Die Attraktivität der Tätigkeit in den Kinder- und Jugendarztpraxen muss gefördert werden, Stichwort Coronabonus zahlen. Es muss verhindert werden, und das ist mein Appell: Landeseigene Kliniken sollten bitte kein Personal aus Praxen abwerben! Oder ambulante Kinderarztsitze: Bitte nicht aufkaufen, um dann spezialärztliche Untersuchungen darauf zu machen. Das ist ein ganz wichtiger Punkt, der uns die Arbeit in der Pädiatrie und auch in der Hausarztmedizin wirklich schwermacht, weil diese dann der normalen hausärztlichen Versorgung entzogen sind.

Mittelfristige Entlastungen – Auswahl von Maßnahmen

- Rückübertragung von Leistungen in den Öffentlichen Gesundheitsdienst (bspw. Jugendarbeitsschutzuntersuchungen bzw. Folgeuntersuchung)
- Attraktivität der Tätigkeiten in Kinder- und Jugendarztpraxen fördern
 - Corona-Bonus-Zahlungen an Medizinische Fachangestellte ermöglichen
 - verhindern, dass (landeseigene) Kliniken Personal aus den Praxen „abwerben“
- Aufkauf ambulanter Kinderarztsitze durch Kliniken und andere verhindern
 - Folge: immer weniger Kinder- und Jugendärzte machen Grundversorgung
- Gestiegenen Praxishaltungskosten (Energie, Gehalt, Miete) begegnen, bspw. durch Anpassung des Orientierungspunktwertes

Langfristig, klar: Wichtig ist, die Zahl der Medizinstudienplätze auf Vorwendeniveau anzuheben, die Gesundheitskompetenz zu stärken und Digitalisierung vernünftig einzusetzen. – Danke!

Langfristige Entlastung – Auswahl von Maßnahmen

- Zahl der Medizinstudienplätze auf „Vorwende-Niveau“ anheben
- Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung, bspw. durch Awareness-Kampagne „Wann zur Ärztin/Arzt?“
- Digitalisierung des Gesundheitswesens nur, wenn die Anwendungen die Patientenversorgung entlasten, anstatt Praxisorganisation zu behindern

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN

Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31003-0
E-Mail: kvbe@kvberlin.de
www.kvberlin.de

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen herzlichen Dank! – Dann würden wir zu Herrn Schreiner kommen, Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft. Sie sind vor Ort. Wir versuchen es noch mal mit den fünf Minuten. Dann hätten wir nämlich theoretisch noch fünf Minuten für Fragen an Herrn Dr. Ruppert. – Bitte schön, Herr Schreiner!

Marc Schreiner (Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.; Geschäftsführer): Werter Herr Vorsitzender! Werte Mitglieder des Hohen Hauses! Frau Senatorin! Vielen Dank für die Gelegenheit, heute zu diesem wichtigen Thema mit Ihnen sprechen zu dürfen!

Die Analyse kann ich ein bisschen kürzer machen, denn das haben wir schon einigermaßen oft gehört. Ich möchte aber gern daran erinnern, dass wir uns als Kliniken noch in der Pandemie befinden. Wir haben zurzeit circa 1 150 Covid-positive Patienten in den Krankenhäusern, was enormen Aufwand für das Personal erfordert. Damit steigt bereits die Belastung für die Kliniken auf ein Niveau, welches wir aus vorherigen Wellen als sehr hoch bezeichnen. Diese hohen Belastungen sind das eine, aber auch unser Personal hat in hohem Maße Covid-Erkrankungen und fällt deswegen aus. Die Krankheitsstände reduzieren weiter unsere Behandlungskapazitäten. Hinzu kommen auch für unser Personal die weiteren Belastungen durch Influenza oder die jetzige Erkältungswelle.

Jetzt sind wir bei dieser ohnehin schon stark limitierten Kapazität mit den hohen Zahlen des RS-Virus und den hohen Patientenzahlen im Kinderbereich konfrontiert. Das Ganze wird noch verstärkt durch erreichte Kapazitätsgrenzen im niedergelassenen Bereich. Wir sehen, dass die Kolleginnen und Kollegen dort auch an der Grenze arbeiten, und die Leistungslimitation im niedergelassenen Bereich erhöht den Druck auf die Krankenhäuser. So können wir Ihnen aus einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts berichten, dass zurzeit jeweils etwa ein Drittel eine Auslastungssteigerung von bis zu 40 Prozent feststellt, ein weiteres Drittel von 40 Prozent bis 60 Prozent Auslastung, und für den Rest der Krankenhäuser können wir sogar eine Auslastungssteigerung von über 60 Prozent feststellen. Das heißt, für die Krankenhäuser ist quantitativ messbar, nachweisbar, dass die Kapazität enorm in Anspruch genommen wird.

Was müssen wir machen, um mit den knappen Ressourcen gut zurechtzukommen? – Wir haben als Krankenhäuser mit der Senatsverwaltung und der Feuerwehr gemeinsam eine effizientere Nutzung der begrenzten Kapazitäten verabredet. Ähnlich diesem SAVE-Konzept für die Covid-Beatmung haben wir hier durch Versorgungssteuerung eine effizientere Nutzung miteinander auf die Strecke gebracht. Wir haben dazu noch Sonderinformationen bei dem IVENA-System, und was die Krankenhäuser auch machen, um zusätzliche Kapazitäten zu erhalten, ist, dass planbare Eingriffe schon wieder abgesagt werden müssen. Es ist nach drei Jahren Pandemie fast schon Normalität, dass von Krankenhäusern immer wieder verlangt oder erwartet wird, dass planbare Eingriffe verschoben werden. Das ist für die Kliniken schlecht, das ist aber insbesondere für die Patientinnen und Patienten besonders schlecht. Das darf nicht zum Normalfall werden.

Schauen wir uns bitte jetzt die Situation beim Personal an: Personal aus dem Erwachsenenbereich, das wir dort schon nicht haben, kann nicht einfach in die Kinderstation verschoben werden. Zum einen reden wir hier über Menschen und nicht über verschiebbare Pflegemasse, sondern das sind Beschäftigte, die ihre Ansprüche haben, und zum anderen ist ein Erwachsenenpfleger nicht ohne Weiteres für die Kinderpflege geeignet.

Wir sehen, dass der Bundesgesundheitsminister jetzt festgestellt hat, dass wir eine besondere Lage haben und deswegen die Pflegepersonaluntergrenzen aussetzen können. Das ist für die Beschäftigten eine erneute Belastungssituation. Wir würden uns aber dennoch wünschen, dass die Pflegepersonaluntergrenzen ganz ausgesetzt werden, um den irren Bürokratieaufwand, der mit dieser Sondersituationsfeststellung nicht ausgehebelt wird, endlich zu beseitigen.

Letztlich geht es auch noch um das Thema Zeitarbeit. Wir haben viele Zeitarbeitskräfte in der Pflege in der Stadt, einige von ihnen auch im Bereich Kinderkrankenpflege spezialisiert. Das kann, wenn Sie das finanzieren, ein Tropfen auf den heißen Stein für die aktuelle Situation sein, aber Zeitarbeit insgesamt ist keine Lösung, erst recht und gerade in der Pflege nicht. – Zum Thema Ärzte haben wir eben schon etwas gehört.

Ich möchte gern noch zur Gesamtsituation kommen. Gerade die 300 Millionen Euro, die mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz für die Kindermedizin in die Krankenhäuser gegeben werden, sind, sagen wir mal, gut gemeint. Das ist nicht gut gemacht. Wir haben auch hierzu mit dem Deutschen Krankenhausinstitut diese Blitzumfrage gemacht, und zwei Drittel der Krankenhäuser, die Kinderkrankenpflege machen, erwarten von diesem Gesetz nicht viel. Bitte beachten Sie: Die 300 Millionen Euro, die jetzt gegeben werden, haben wir selbst mitgebracht. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat bei dem Fallpauschalenkatalog eine Bewertung vorgenommen und den Kliniken gerade in der schwierigen Situation, Inflation und Energiekostensteigerung, 400 Millionen Euro weggenommen.

Für Berlin wünschen wir uns, dass Sie mit uns, und das ist kurzfristig erreichbar, über die Rückholung der stillen Reserve sprechen. Wir haben viele Pflegekräfte in der Stadt, auch mit Kinderkrankenpflegeausbildung, die dem Beruf unzufrieden den Rücken zugewandt haben. Diese müssen wir mit attraktiven Angeboten erreichen, ebenso die Zeitarbeiter. Ich habe eben gesagt, das ist jetzt kurzfristig ein Tropfen auf den heißen Stein, aber in der mittleren Frist wollen wir bitte mit Ihnen gemeinsam das Thema Zeitarbeit in der Pflege beerdigen und ein schönes Angebot machen, dass die Pflegekräfte zurück in die Stammebelegschaft kommen und wir die Arbeit dauerhaft auf mehr Schultern verteilen.

Ein letzter Punkt, das haben Sie wahrscheinlich vom Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft alle so erwartet: Ihnen muss ich leider sagen, Sie haben mit den jahrzehntelangen Unterfinanzierungen der Krankenhäuser beim Thema Investitionen schon eine kleine Mitschuld an der Mangelsituation, die wir haben. Weil Sie den Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf auskömmliche Investitionen nicht vollumfänglich bedient haben, mussten die Träger Betriebskosten umwidmen, um die Investitionsausfälle zu kompensieren. Wenn Sie als Hohes Haus, als Senat etwas an der Situation ändern wollen, dann bitten wir Sie ganz dringend, endlich den Investitionsansprüchen gerecht zu werden und die Häuser vernünftig mit Investitionen auszustatten. Dann kommen wir nicht mehr in eine solche Mangellage. – Danke schön!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Nach meiner Uhr haben wir noch drei Minuten. Herr Dr. Ruppert! Ich habe jetzt die Situation, dass Sie eigentlich keine Frage mehr beantworten können, oder Sie machen es in 30 Sekunden. – [Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin; Vorstandsvorsitzender) [zugeschaltet]: Ich hänge noch zehn Minuten dran.] – Wunderbar! Das macht es uns leichter. Ich würde gern folgende Vorgehensweise vorschlagen: Ich habe folgende Redeliste: Herr Zander, Herr Schulze, Frau König, Herr Düsterhöft, Frau Pieroth,

Frau Suka, Herr Kluckert, Frau Lüdke, Frau Auricht. Wir behalten diese Redeliste bei, aber wenn Sie eine spezifische Frage an Herrn Dr. Ruppert haben, dann bitte nur diese Frage. Dann würden wir Herrn Dr. Ruppert einmal die Gelegenheit geben, darauf einzugehen, aber bitte wirklich nur dazu und die Frage kurz formulieren. Dann können wir gern wieder von vorn in die Redeliste einsteigen. – Herr Zander! Haben Sie eine Frage an Herrn Dr. Ruppert?

Christian Zander (CDU): Ja, eine einzige Frage hätte ich, die an Herrn Dr. Ruppert und an Herrn Prof. Dr. Raile geht, weil er das angesprochen hatte, zum Ausbau der Kindernotfallpraxen. Herr Prof. Dr. Raile! Dazu haben Sie gesagt – – – [Vorsitzender Christian Gräff: Jetzt an Herrn Ruppert!] – Das geht auch an Herrn Dr. Ruppert! – Herr Prof. Dr. Raile hatte gesagt, dass die Beschäftigten beim Ausbau nicht zwangsläufig aus den Kinderarztsitzen kommen müssten, sondern dass man sie auch woanders herbekommen könnte. Deshalb würde ich auch gern Herrn Dr. Ruppert dazu befragen, wie er denn das sieht, wenn man die Kindernotfallpraxen ausbauen würde, ob das nur die Anzahl betrifft oder auch die Einsatzzeit, die Öffnungszeit, was auch sehr wichtig ist, und würde gerne wissen, wie viele VZÄ derzeit in diesen Kindernotfallpraxen beschäftigt sind und auf wie viele man es ausbauen würde.

Vorsitzender Christian Gräff: Danke schön! – Herr Schulze!

Tobias Schulze (LINKE): Ich hätte eine Frage an Herrn Dr. Ruppert, und zwar wie man dem Problem entgegentritt, das Herr Dr. Bartzky angesprochen hat, nämlich, dass nur ein Teil der niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzte in der Grundversorgung tätig ist und die anderen offenbar andere Dinge tun in der spezialisierten Versorgung. Kann man da etwas tun, und wenn ja, was?

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Frau Kollegin König!

Bettina König (SPD): Es geht in die ähnliche Richtung wie bei Herrn Zander. Ich würde auch gerne wissen, ob die KV etwas plant, die Notdienstpraxen an den Krankenhäusern auszubauen, seien es die Öffnungszeiten oder sei es, mehr dieser Praxen einzurichten. Sie haben zu Recht gesagt, dass der Zustrom an ambulanten Fällen in die Krankenhäuser, in die Rettungstellen wahrnehmbar ist. Über die Notdienstpraxen gibt es, glaube ich, einen Ansatzpunkt, zu einer Entlastung zu kommen. Was brauchen Sie als KV unter Umständen dann an Unterstützung? Es gab die Idee von Herrn Raile, dass Ärzte nicht unbedingt aus der KV kommen müssen, sondern aus den Krankenhäusern.

Sie haben angesprochen, dass es Bezirke mit einem deutlich schwächeren Versorgungsgrad als andere Bezirke gibt, zum Beispiel Reinickendorf. Was ist mittelfristig vorgesehen, wie man die Situation der ambulanten Versorgung dort verbessert? Was ist da von der KV angedacht? Wie kann man das attraktiver gestalten?

Vorsitzender Christian Gräff: So, ich bitte jetzt darauf zu achten, dass wir keine Fragen doppeln. – Herr Kollege Düsterhöft!

Lars Düsterhöft (SPD): Ich schließe mich bei der zweiten Frage an und möchte den Schwerpunkt auf Treptow-Köpenick setzen, weil es der Bezirk mit den wenigsten Kinderärzten ist; nur 19 in 16 Praxen, wie Sie ausgeführt haben. Sie sagten selbst, man bräuchte jetzt sechs zusätzliche Sitze allein in Treptow-Köpenick. Warum werden dann jetzt – das ist vielleicht einfach nur eine Verständnisfrage – nur 4,5 zusätzliche Sitze genehmigt und verteilt?

Christian Gräff (CDU): Der Frage schließe ich mich für Marzahn-Hellersdorf an.

Vorsitzender Christian Gräff: Frau Kollegin Pieroth!

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Herr Dr. Ruppert! Ich würde gerne noch mal auf § 105 Abs. 1b SGB V eingehen. Durch die Neupatientinnen- und -patientenregelung wurden Ihnen ja 52 Millionen rausgenommen. Welche Möglichkeiten haben wir? Ich will einfach noch mal darauf aufmerksam machen: Es ist für uns alle ganz wichtig, dass die 112, also der Notruf, und die 116 117 in irgendeiner Weise so verbunden werden, dass wir jetzt bitte nicht an dem Begleitarzt, der ja auch dann eine Selbsteinschätzung im besten Fall ermöglicht – also es geht um die Zuströme, dass wir die regulieren –, sparen. Welche Möglichkeiten sehen Sie, dass wir den zweiten Begleitarzt da beibehalten?

Dann sind Sie darauf eingegangen, dass Sie mit bezahlbaren Räumen gerade im Ostteil der Stadt unterversorgt sind. Da wollte ich Sie fragen: Gibt es Gespräche zum Beispiel mit den landeseigenen Wohnungsbaugesellschaften, die solche Sozialräume vorhalten? Wäre das eine Idee, in diese Richtung zu gehen? Da könnte ich beispielsweise Lichtenberg und die HOWOGE als Beispiel nennen. Wäre das eine Richtung?

Dann möchte ich noch auf eine allgemeine Problematik eingehen, auf dieses viele Herumtelefonieren und die Arbeiten, die zusätzlich erbracht werden müssen, alleine jetzt im Bereich der Medikamentenbeschaffung. Welche Berufsbilder außer den jetzt nicht ausreichenden MFAs oder im Krankenhausbereich – da streben wir Kooperationen an, Frau Gote ist darauf einge-

gangen – sehen Sie da vor, die auch zum Beispiel diese organisatorischen, administrativen Arbeiten erledigen können? Können wir, genauso wie wir mehr Menschen ins Krankenhaus holen wollen, auch noch mehr Menschen in die ambulanten Praxen holen?

Vorsitzender Christian Gräff: So, gleich sind die zehn Minuten um, und wir sind noch nicht mit der Fragerunde durch. – Frau Kollegin Suka, bitte schön!

Aferdita Suka (GRÜNE): Ich kann am Ende ganz gut anschließen, und zwar mit der konkreten Nachfrage, wie Sie das Potenzial von Case-Management-Beratungen einschätzen und ob sich die KV hier mehr engagieren kann, auch finanziell, um über Case-Management-Beratungen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mehr zu entlasten und am Ende damit auch die Krankenhäuser. – Danke!

Vorsitzender Christian Gräff: Herr Kollege Kluckert!

Florian Kluckert (FDP): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Eine kurze Frage: Der ärztliche Bereitschaftsdienst kann ja auch die Krankenhäuser entlasten. Der ärztliche Bereitschaftsdienst soll aber ab Januar weiter runtergefahren werden. Was kann die Politik aus Ihrer Sicht tun, damit das nicht passiert, sondern dass der ärztliche Bereitschaftsdienst auch weiterhin so wie vorher zur Verfügung steht?

Vorsitzender Christian Gräff: Kollegin Lüdke, aber ganz kurz!

Tamara Lüdke (SPD): Vielen, vielen Dank! – Ich frage aus der Lichtenberger Perspektive. Sie haben gesagt, schwächere Bezirke sollten offensiver für sich werben. So ein Programm haben wir bereits. Mit was sollen wir denn noch werben? Die Work-Life-Balance wird es nicht sein, weil die Belastung ja so hoch ist.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank, das war kurz! – Frau Kollegin Auricht!

Jeannette Auricht (AfD): Ich mache es auch ganz kurz, es geht auch um Marzahn-Hellersdorf. Die Dichte von Fachärzten ist in den Randbezirken allgemein relativ niedrig. Wie kann man für Ärzte, neben den geeigneten Räumen, noch Anreize schaffen, sich auch in den Randbezirken niederzulassen?

Vorsitzender Christian Gräff: Danke schön! – Herr Kollege Meyer!

Sven Meyer (SPD): Zwei kurze Fragen: Gibt es eigentlich auch einen Mangel an ärztlichen Bewerberinnen, oder ist das gar kein Problem?

Die zweite Frage, was die Medizinischen Fachangestellten angeht: Wie ist dort die Ausbildungssituation? Woran hapert es eigentlich? Wird genug ausgebildet, oder gibt es da keine Bewerberinnen? Oder ist die Situation bei den Ärztinnen so, dass sie keine finanziellen Ressourcen haben, auszubilden?

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Herr Kollege Jotzo, bitte schön!

Björn Matthias Jotzo (FDP): Ich habe meine Frage schon an den Kollegen Kluckert weitergegeben.

Vorsitzender Christian Gräff: Wunderbar! – Dann Herr Dr. Ruppert! Vielen Dank, dass Sie so lange ausgeharrt haben! Jetzt lauschen wir Ihnen gespannt, solange Sie Zeit haben.

Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin; Vorstandsvorsitzender) [zugeschaltet]: Gut! Ich versuche mal, es in aller Kürze zu beantworten. Wenn ich etwas vergessen habe, weisen Sie mich bitte noch einmal darauf hin.

Generell würde ich darauf antworten, dass wir generell eine Lösung brauchen, wie wir das Gesamtproblem des Notdienstes in Deutschland in Zukunft organisieren wollen, denn machen wir uns nichts vor: Die Ärzte, jedenfalls hier in Berlin, werden auch immer älter. Die, die bei uns im Notdienst fahren, zum Beispiel im ärztlichen Bereitschaftsdienst, sind meistens ältere Kollegen. Insofern ist das ein Problem, mit dem wir es wahrscheinlich in Zukunft noch sehr viel stärker zu tun haben werden, nämlich: Inwieweit kriegen wir die Dienste, die es jetzt schon gibt, überhaupt noch besetzt?

Es gibt durchaus Überlegungen, ob man hier nicht tatsächlich überlegen sollte, den kompletten Notdienst ggf. zu professionalisieren, dass man sich also überlegt, den Notdienst bundesweit zu einer professionellen Organisationsform zu bringen, wo man also Ärzte praktisch anstellt, auch als KVen anstellt, um darüber Notdienste zu machen. Das ist etwas, was jetzt sicherlich keine kurzfristige Geschichte ist, wahrscheinlich auch noch nicht mal eine mittelfristige, was man aber sicherlich langfristig oder mittelfristig in die Überlegungen mit reinnehmen muss. Wir können aufgrund der geschilderten Problematik, nämlich der Unterfinanzierung – da kommen wir immer wieder auf denselben Punkt –, im Moment nicht weiter ausbauen. Die Beratungsärzte fahren wir ja nicht komplett zurück, sondern nur den zweiten Beratungsarzt, und das tun wir, weil uns die Beratungsärzte insgesamt 1,6 Millionen Euro kosten, bei einer Gesamtsumme, die wir leisten, von 4,4 Millionen Euro. Und bei dem Wegfall der Neupatientenregelung, Frau Pieroth hat es gerade erwähnt, ist es erst einmal nur ein ganz kleiner Schritt, aber wir müssen das reduzieren.

Was wir auch reduzieren werden im Januar ist übrigens die Telefonie im Hinblick auf die Akquise von Krankentransport. Krankentransport bedeutet für uns im Moment eine Person in der Leitstelle, die den ganzen Tag nichts anderes tut, als stundenlang herumzutelefonieren, um einen Krankentransport zu generieren. Das ist etwas, was in den Praxen auf den Nägeln brennt, und es brennt auch in der Leitstelle auf den Nägeln. Wir brauchen hier eine ganz klare Regelung, wie Krankentransport zukünftig auskömmlich finanziert wird und wie es letztlich über eine Leitstelle dann auch organisiert wird. Das ist keine Leistung, die wir nach dem SGB V erbringen müssen.

Den Versorgungsgrad steigern, Treptow Köpenick – warum da nur die 4,5 Sitze insgesamt für die Ärzte? – Nun, die Bedarfsplanung sieht für die Pädiatrie eine Gesamtberliner Beplanung vor. Natürlich könnte man sich vorstellen, dass man das ähnlich macht wie bei den Hausärzten, dass man also quasi sagt, man nimmt mehrere Planungsbereiche, um damit die Anzahl der freien Pädiatersitze oder auch die für andere Fachgruppen zu erhöhen. Das Problem ist nur, dass das nicht gegenfinanziert wird. Die Geschichte mit den acht zusätzlichen Pädiatersitzen in 2018 – vollkommen gegenfinanziert – war eine einmalige Aktion. Ich denke nicht,

dass das wiederkommen wird. Die Kassen werden sich fragen, warum sie das finanzieren sollen. Also hier braucht man eine ganz neue Bedarfsplanung, und zwar eine, die das Wort auch wert ist. Im Moment ist es für mich ein Euphemismus, so wie „Industriepark“. Bedarfsplanung ist damals in Zeiten der Ärzteschwemme aufgesetzt worden. Da ging es um die Reduzierung von Arztzahlen. Jetzt haben wir eine ganz andere Situation. Das heißt, wir müssen generell an dieses Problem heran. So wie beim Notdienst müssen wir auch hier generell an das Problem heran.

Dann war die Frage nach § 105 Abs. 1b SGB V. Ja, tatsächlich, uns sind in 2023 50 Millionen Euro aus dem System herausgenommen worden. Wir brauchen zumindest jetzt eine schnelle Gegenfinanzierung im Bereich Notdienst. Da war die Idee, den § 105 Abs. 1b aus den Honorarverhandlungen herauszunehmen. Die Honorarverhandlungen liegen im Moment vor dem Schiedsamt. Inwiefern im Januar die Kassen bereit sind, mit uns über eine auskömmliche Finanzierung des Notdienstes zu sprechen, wird zu klären sein. Wir sind offen für Gespräche und warten jetzt auf Gegenangebote.

Das betrifft dann auch die Beratungsärzte; das habe ich gerade angemerkt: 1,6 Millionen Euro kosten die uns. Wir fahren das jetzt ein Stück weit runter, um hier die Unkosten nicht zu hoch laufen zu lassen.

Dann kam die Frage nach Räumen im Osten, ob wir schon Kontakt mit Wohnungsbaugesellschaften hatten. Natürlich haben wir das. Wir haben eine Gesellschaft gegründet, die KV Praxis Berlin GmbH, mit einer Geschäftsführerin. Sie hat umfangreiche Kontakte, natürlich auch zu solchen Gesellschaften, aufgebaut. Ob sie jetzt konkret zu dieser einen Gesellschaft Kontakt aufgebaut hat, weiß ich nicht; ich werde ihr das auf jeden Fall noch mal übermitteln und sie fragen. Wir haben zu den Bezirken, zu den Baugesellschaften Kontakte, und es ist halt wirklich ein Problem – weil wir den Anspruch haben, vor allen Dingen auch barrierefreie Praxen zu haben –, Praxisräume zu finden.

Dann kam noch eine Frage zum Thema Potenzial Case Management. Tatsächlich ist es so, dass wir im Rahmen der Netzförderung mittlerweile – also jetzt beginnend, ab Januar – sechs Netze fördern werden. Bisher sind es vier Netze. Das ist das Ärztenetz Berlin im Bereich der hausärztlichen Versorgung über sogenannte Kiezschwester. Also viele Praxen, die sich zusammenschließen in einem Netz, haben eine Kiezschwester, die zu den Patienten nach Hause fährt. Es wird jetzt noch eine Case Managerin für kardiologische Erkrankungen hinzukommen; im Bezirk Charlottenburg wird das sein. Also wir sind da unterwegs. Das sind sehr vernünftige Dinge, die von unten, die aus den Praxen kommen, ähnlich wie das in Hamburg gelebt wird, dort mit dem Gesundheitskiosk. Insofern glauben wir, dass es für Berlin ein gutes Konzept ist, die hausärztliche Versorgung noch einmal deutlich zu unterstützen und zu verbessern.

Den ÄBD fahren wir nicht runter; er bleibt, wie er ist, auch ab Januar. Was wir runterfahren, sind die Beratungsärzte. Wir haben zwei Beratungsärzte, einer 24/7, der andere zwölf Stunden am Tag. Wir fahren montags bis donnerstags runter; das werden wir im Januar beginnen. Das wird bedeuten, dass die Wartezeiten tatsächlich länger werden. Es wird auch bedeuten, dass die Abgabe an die Feuerwehr wahrscheinlich nicht mehr in dem Ausmaß erfolgt. Mittlerweile sind es 10 000 Patienten pro Monat, die wir abnehmen. Es wird zu Verlagerungen in Richtung 112 kommen. Es wird zu Verlagerungen in Richtung Rettungsstellen kommen, aber das können wir aus den genannten Gründen so nicht weiter aufrechterhalten.

Zur Dichte der Fachärzte, die in den Randgebieten schlecht ist: Ja, sicherlich, das beobachten wir schon. Bei den Fachärzten ist es so, da kommt es immer darauf an, welcher Facharzt es ist. Es gibt Fachärzte, wo klar ist: Der sollte eher in der Nähe sein. Gynäkologen zum Beispiel. Es gibt aber auch sehr spezielle Fachärzte, wo halt auch weitere Wege genommen werden können. Das ist von Facharzt zu Facharzt sehr unterschiedlich zu betrachten, denke ich. Aber auch hier brauchen wir am Ende des Tages eine generelle Lösung, die zu einer auskömmlichen Finanzierung beiträgt.

Zur Frage der MFA-Ausbildung bin ich tatsächlich überfragt. Ich denke, es ist eher eine Frage, die in Richtung Ärztekammer gehen muss. Dazu habe ich keine offiziellen Zahlen. Auch was die Ausbildung von Ärztinnen betrifft – auch eher Ärztekammer. Da möchte ich jetzt nicht irgendetwas sagen, was ich nicht belegen kann.

Ich hoffe, dass ich alle Fragen beantwortet habe. Oder habe ich etwas Wichtiges vergessen?

Vorsitzender Christian Gräff: Ich glaube, die meisten waren dabei. – Herr Schulze!

Tobias Schulze (LINKE): Es gab noch die Frage, wie wir den Anteil der Kinderärztinnen und -ärzte in der Grundversorgung im Vergleich zu den Spezialistinnen und Spezialisten erhöhen können und welche Instrumente uns dazu zur Verfügung stehen.

Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin; Vorstandsvorsitzender) [zugeschaltet]: Richtig! Das hatten Sie gefragt. Ja, das ist ein ganz wichtiger Punkt, das hat Herr Bartzky gut angesprochen. Das Problem ist, dass wir das schlecht differenzieren können, bzw. ich habe aufgrund der Kürze der Einladung jetzt keine differenzierteren Zahlen da. Ich kann Ihnen sagen: Wir haben etwa 55 Köpfe in der Pädiatrie im Bereich der MVZ. Das sind etwa 36,5 Vollzeitäquivalente. Meistenteils ist die MVZ-Versorgung doch weniger in Richtung hausärztliche Versorgung, mehr in Richtung fachärztliche Versorgung. Insgesamt sind es 49,7 Vollzeitäquivalente im Bereich der Pädiatrie, die fachärztlich unterwegs sind. Man muss aber wissen, dass sie auch zum Teil wiederum hausärztlich arbeiten. Also das ist ein Problem, weil es durchaus eine fachpädiatrische Versorgung gibt, die aber halt eben aus dem hausärztlichen Topf heraus bezahlt wird. Herr Bartzky hat das gut dargestellt. Auch hier müsste man zukünftig einfach mal darüber nachdenken, ob das nicht tatsächlich unterschiedliche Versorgungsmodelle sind, die von der Finanzierungsstruktur auch unterschiedlich angegangen werden müssten.

Vorsitzender Christian Gräff: Dann sagen wir Ihnen ganz herzlichen Dank, Herr Dr. Ruppert! Alles Gute, auch über die Feiertage! Sie sind ja dann sicherlich an vielen Stellen auch beansprucht.

Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin; Vorstandsvorsitzender) [zugeschaltet]: Ihnen auch! Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Ich möchte mich auch bei den anderen Anzuhörenden bedanken, dass Sie solange ausgeharrt haben. Wir würden in dieser Reihenfolge wieder in die Fragen einsteigen. – Um den Anzuhörenden wirklich die Möglichkeit zu geben, auf Ihre Fragen zu antworten, bitte ich, auf die Zeit zu achten. Wir steigen vorne wieder ein. Als Erster hatte sich Herr Zander gemeldet – bitte schön!

Christian Zander (CDU): Vielen Dank! – Frau Senatorin! Sie haben zu Beginn der Anhörung ein Eingangsstatement abgegeben. Zu der Abstimmungsrunde im Bereich Rettungsdienst, Rettungsdienstgesetz haben Sie nichts gesagt. Vielleicht können Sie noch sagen, was da konkret vereinbart wurde; das steht ja auch auf unserer Tagesordnung. Da gibt es heute vielleicht noch eine kleine Änderung durch die bekannt gewordene Personalie.

Sie haben einige Ad-hoc-Maßnahmen genannt, die getroffen wurden. Sie haben auch die Perspektive aufgezeigt, dass Sie in Sachen Ausbildung noch einen Pflegegipfel einberufen wollen. Was sagen Sie aber zu dem aus meiner Sicht nicht unberechtigten Vorwurf, dass Sie sich mit allen möglichen Professionen zusammengesetzt und ausgetauscht haben, gerade aber mit denen, die jetzt die höchste Belastung haben – mit den Pflegenden – nicht? Da gab es wohl Gesprächswünsche oder Angebote mit Personalrat, Betriebsrat, Pflegedienstleitungen. Warum gab es da keine Gespräche? Sie haben gestern oder auch heute vielleicht gelesen, wie frustriert die sind.

Mich würde auch interessieren, was, abgesehen von den Ad-hoc-Maßnahmen, konkret bei diesen Gesprächen erfolgt ist oder erfolgen wird. Welche Strategie und welche Verabredung gibt es? –, damit wir im nächsten Jahr nicht wieder in so eine Situation kommen, in der wir in diesem Jahr sind und in der wir bei der letzten Welle waren. Es ist mir nicht ganz klar geworden, wie das Ganze erreicht worden ist. Ich finde, es ist auch ein bisschen wenig, abzuwarten und zu gucken, was der Bund macht, denn Teile davon können wir auch machen. – Hier würde ich auch gerne die Anzuhörenden fragen: Wie sieht Ihr Ausblick aus? Welche Einschätzungen haben Sie, welche positiven Auswirkungen eintreten würden durch das, was in der aktuellen politischen Diskussion an Reformen diskutiert wird, bzw. wo sehen Sie die Punkte, die man angehen muss, damit wir im nächsten Jahr nicht wieder vor dieser Situation stehen?

Dann noch eine Bemerkung – wir sollen uns kurzfassen – zu dem Bereich Fokus Ausbildung Kinderkrankenpflegekräfte. Sie haben darauf hingewiesen, dass es durchaus Unterschiede gibt, wie die Bundesländer das handhaben. Mir wurde zurückgespiegelt, dass wir in Berlin auch deswegen das Problem haben, weil das Studium im Bereich der Gesundheitspädagogik über viele Jahre in Berlin nicht angeboten wurde und es deshalb nicht ausreichend ausgebildetes Personal gibt, um in den Krankenpflegeschulen diesen Schwerpunkt in der Ausbildung zu bestücken. Es gibt wohl auch nur eine oder zwei Krankenpflegeschulen in Berlin, die eine Vertiefung für die Kinderkrankenpflege anbieten. Wie wird das in Berlin angegangen? Werden wir uns in diesem Bereich wieder verstärken? Es ist klar, das ist keine sofortige Maßnahme, aber die brauchen wir auch dringend. In Sachen Generalistik ist ja ein Jahrgang noch nicht ganz durch; da werden wir erst später sehen, wie das Ganze ist. Absehbar ist aber ja, dass es nicht genug Leute gibt, die das Ganze lehren können, nicht genug derjenigen, die auch in die Ausbildung gehen wollen, deshalb hierzu meine Frage. Gegebenenfalls melde ich mich später noch einmal.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Herr Kollege Schulze!

Tobias Schulze (LINKE): Danke schön! – Vielleicht eine Vorbemerkung, dann meine Fragen. Zur Vorbemerkung: Ich finde, wir sehen hier in bitterer Art und Weise die Folgen von 20 oder 25 Jahren Ökonomisierung des Gesundheitssystems. Das muss man mal sagen. Wir sehen auch in bitterer Art und Weise, dass wir in so einer kritischen Krisensituation nicht alles

in drei Wochen ändern können, weil zum Beispiel Pflegekräfte fehlen, weil wir, wie eben dargestellt, eine vollkommene Fehlverteilung der Arztsitze haben, weil wir auch Fehlentwicklungen bei den Arztsitzen selbst haben. Wir sehen auch die Folgen der Versäulung des deutschen Gesundheitssystems, ein schlechtes Zusammenspiel insgesamt von öffentlichem Gesundheitsdienst, Praxen, niedergelassenen Ärzten und klinischem System. Ich glaube, auch da müssen wir deutlich besser werden, wenn wir hier hören, dass 90 Prozent der Kinder, die in Rettungsstellen auftauchen, gar nicht stationär aufgenommen werden müssen, sondern nach einer entsprechenden Behandlung wieder nach Hause gehen. Dann weiß man, dass die Dinge nicht gut funktionieren, dass die Patientenströme falsch geleitet sind. Ich glaube, an diese ganzen Probleme müssen wir dringend ran. Wir müssen die Ökonomisierung in dieser Form überwinden. Wir brauchen die Patientin, den Patienten und die Arbeitsbedingungen im Mittelpunkt, nicht die Frage, wie sich damit möglichst viel Geld verdienen lässt. Das als kleine Vorbemerkung.

Ich glaube, das haben mittlerweile alle gesehen. Die Beschäftigten, die in diesem System arbeiten, haben es schon lange gesehen. Wir haben die Brandbriefe gehabt, wir haben die Brandbriefe der Ärztinnen und Ärzte gehabt, auch die vom Pflegepersonal. Wir haben die Krankenhausgesellschaft, die sich regelmäßig an uns wendet und entsprechende Briefe schreibt und uns auf die Probleme hinweist. Ich glaube, wir haben hier ein Riesenproblem und einen Veränderungsdruck. Die Revolution, die von Lauterbach angekündigt worden ist, sehe ich in diesem Papier noch nicht. Ich glaube, wir müssen da noch weitere Schritte gehen, um Angebotsorientierung zu machen.

Ein paar kleine Fragen hätte ich an der Stelle tatsächlich noch. Herr Bartzky hat auf das Problem hingewiesen, dass wir zu wenig Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung haben. Ich fand die Aussage, die Herr Dr. Ruppert gerade gemacht hat, noch ein bisschen salomonisch; da kann man, glaube ich, noch ein bisschen konkreter werden. Wir brauchen ganz klar mehr Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung im kinderärztlichen Bereich. Jeder, der derzeit versucht, so etwas zu kriegen, ist mit Mangel konfrontiert. Auch die kapitalorientierten Versorgungszentren, die da jetzt so Arztsitze aufkaufen, die gebildet werden, sind eine Fehlentwicklung, das muss man, glaube ich, auch klar darstellen. Wir haben im Kammergesetz übrigens ein Verbot dessen: Jemand, der mit Gewinninteresse Arztsitze aufkauft, darf den Ärztinnen und Ärzten keine Vorschriften machen, was sie zu tun und zu lassen haben. Das müssen wir uns auch noch mal angucken, wie wir dem möglicherweise aufsichtsrechtlich bekommen.

Vielleicht an Herrn Bartzky die Frage: Wie sehen Sie das, wie kann aus Ihrer Sicht dieses Zusammenspiel von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, öffentlichem Gesundheitsdienst – Sie haben ja darauf hingewiesen, dass Sie viele Aufgaben übernehmen, die eigentlich der ÖGD übernehmen müsste, wenn er ordentlich ausgestattet wäre – und Kliniken verbessert werden? Wie können wir die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an der Stelle entlasten, damit sie sich um die Grundversorgung der Kinder kümmern können?

Die zweite Frage geht zum Thema Pflege. Herr Prof. Raile hat es angesprochen, Herr Schreiner auch. Ich glaube, die Pflege ist im klinischen Bereich das Nadelöhr schlechthin. Wir haben den Brandbrief, auch den offenen Brief jetzt noch mal von Verdi zum Thema Pflegepersonalmangel bekommen. Wie kriegen wir es hin, dass in den Häusern die Arbeitsbedingungen so verbessert werden, dass wir Leute zurückgewinnen können oder dass Leute nicht schon

während der Ausbildung sagen, das tue ich mir nicht mein Leben lang an, ich gehe? Was müssen wir über die Finanzierung hinaus, die sich für die Pflege jetzt ja schon verändert hat, tun? Was können auch Sie – Sie sind ja beide quasi Arbeitgeber – tun, um Menschen an der Stelle zurückzuholen, um deutlich zu machen, dass man Pflege ein Leben lang erfüllend, mit guten Arbeitsbedingungen, ohne, dass man ständig am Wochenende einspringen muss usw., ausüben kann? Was können Sie da tun?

Dann kurz zum Thema Rettungsstellen. Die Rettungsstellen sind unterfinanziert. Vielleicht an Prof. Raile, weil Sie von Vivantes kommen, oder auch an Herrn Schreiner die Frage: Wie sehen Sie die Situation der Rettungsstellen? Das scheint ja auch ein besonderes Nadelöhr zu sein: unterausgestattet, personell unterausgestattet. Die wirtschaftlichen Triebfedern, die im Krankenhaus wirken, machen es nicht besonders lohnenswert, die Rettungsstellen besser auszustatten. Trotzdem sind sie ja quasi das Aushängeschild der Krankenhäuser. Also was können Sie auch da tun, was können wir dazu tun? Was muss auch vom Bund in der Finanzierung kommen? Was muss sich da verändern, damit die Rettungsstellen, gerade auch die für Kinder, besser ausgestattet sind?

Zu den anderen Dingen hat Herr Dr. Ruppert etwas gesagt, aber mir war das Thema Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Arbeitsbedingungen in der Pflege noch mal besonders wichtig. Wir müssen uns, glaube ich, in dem Sonderfall noch mal mit dem Thema Ausbildung im Medizinstudium Kinderärztinnen und Kinderärzte beschäftigen, aber das machen wir nicht heute. – Danke schön!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Ich will nur ankündigen: Wir haben zugelassen, dass sich auch mehrere Kolleginnen und Kollegen pro Fraktion melden. Da bitte ich jetzt wirklich ein bisschen darauf zu achten, dass sich die Fragen nicht doppeln, denn sonst müssten wir erst immer eine Fraktionsrunde machen. Das haben wir bisher nicht gemacht, aber gerade in der heutigen Sitzung müssen wir ein bisschen aufpassen. – Frau Kollegin König, bitte schön!

Bettina König (SPD): Vielen Dank! Ich versuche, es ein bisschen kürzer zu fassen. – Die Situation ist sehr schwierig, das ist hier sehr deutlich geworden. Es ist halt ein Ineinandergreifen von zwei schwierigen Situationen, nämlich im ambulanten und im stationären Bereich; wir haben die Probleme auf beiden Seiten. Es hilft nicht, wenn nur an einer Seite etwas gemacht wird, denn dann wird es auf der anderen Seite noch schwieriger.

Ich muss sagen, dass ich doch mit etwas Irritation auf dieses System schaue, das wir in Deutschland geschaffen haben, das wahnsinnig viel Geld verschlingt, am Ende des Tages aber irgendwie nicht so effektiv ist, wie wir uns das alle wünschen würden. Eigentlich schaue ich auch immer ein bisschen irritiert darauf, wie viel wir uns aus der politischen Verantwortung – wir alle, meine ich – herausgenommen haben, auch auf Bundesebene, und sehr viel offensichtlich den Kassen überlassen ist. Da müssen wir, glaube ich, grundsätzlich – das ist jetzt aber nichts für den kurzen Weg – mal das System überdenken, wie Krankenversorgung in Deutschland funktioniert.

Ich habe konkrete Fragen, die erste bezieht sich auch auf den ÖGD. Der ÖGD ist in der ganzen Situation eigentlich ein bisschen kurz gekommen, deshalb an die Senatorin die Frage: Wie könnte der ÖGD in dieser akuten Situation – ich denke, das ganze Thema ist so groß, wir

sollten uns jetzt erst einmal auf die Akutsituation beschränken, um dann die mittel- und langfristigen Dinge nach und nach anzugehen – in den Bezirken vielleicht unterstützen? Ist es eine Möglichkeit, dass die Ärzte, die dort arbeiten, die Kinderarztpraxen entlasten, indem vielleicht der ÖGD Kinderarztsprechstunden anbietet? Ich bin mir bewusst, dass das nicht zu großer Begeisterung führen wird, doch möchte ich die Frage trotzdem stellen, ob die Bezirke über ihren ÖGD für eine kurzfristige Entlastung für einige Wochen sorgen könnten.

Dann würde ich gerne Herrn Schreiner und Herrn Raile fragen: Ich habe die letzten Wochen und auch heute sehr deutlich wahrgenommen, dass die Rettungsstellen sehr viel auffangen, was eigentlich an ambulanter Versorgung funktionieren müsste und eben nicht funktioniert. Dann müssen die Rettungsstellen, die Kinderrettungsstellen, die Krankenhäuser natürlich auch so ausgestattet werden, dass das möglich ist. Wenn man als Land Berlin zum Beispiel – das ist jetzt quer gedacht – ein Sonderinvestitionsprogramm Kinderstationen auflegen würde, wäre das etwas, was helfen würde? Könnten Sie das für mich bewerten und dazu etwas sagen?

Das Thema Zeitarbeit wurde angesprochen; das sehen wir als SPD-Fraktion auch als großes Problem. Wir werden uns auf jeden Fall noch stärker damit beschäftigen, was da an Möglichkeit gegeben ist.

Dann hätte ich noch eine Frage an die Senatorin. Die Pflegefachkräfte – da gab es heute noch mal einen offenen Brief – fühlen sich offensichtlich nicht ausreichend mitgenommen in der Lösungsfindung dieser Krise. Ist von Ihrer Seite ein Dialog, ein Angebot angedacht, auf die Pflegefachkräfte zuzugehen? Die Personaluntergrenzen auszusetzen finde ich sehr schwierig, das halte ich eigentlich nicht für einen gangbaren Weg, zumindest nicht länger als für einen sehr kurzen Zeitraum, weil das Personal in den Krankenhäusern in den letzten Jahren immer und immer wieder sehr viel auffangen musste. Wir alle wissen, dass die sich an ihrer Kapazitätsgrenze befinden. Es kann nicht die Lösung sein, dass wir jetzt wieder sagen: Dann müssen halt die wenigen Vorhandenen noch mehr und noch mehr schaffen. – Das wird auf Dauer nicht funktionieren.

Letzte Frage, auch an die beiden Vertreter der Krankenhäuser, Herrn Raile und Herrn Schreiner: Die Notdienstpraxen. Ich habe es jetzt nicht so wahrgenommen, dass die KV die Notdienstpraxen kurzfristig ausbauen möchte, die Öffnungszeiten anpassen möchte. Vielleicht können Sie noch mal etwas dazu sagen, wahrscheinlich vor allem Herr Dr. Raile, weil er einfach vor Ort ist: Inwiefern macht es sich bemerkbar, wenn zeitgleich zu Ihrer Rettungsstelle die Notdienstpraxis geöffnet hat? Ist das eine spürbare Entlastung? Wie sehr würde es Sie unterstützen, wenn man hier wirklich die Stellschraube dreht und die Einsatzzeiten der Notdienstpraxen an den Krankenhäusern erhöht? – So viel.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Herr Kollege Düsterhöft!

Lars Düsterhöft (SPD): Ich versuche auch, es schnell zu machen. Kurze Nachfrage zum ÖGD: Es wurde gesagt, Rückübertragung von Aufgaben. Welche könnten das sein? Welche Überlegungen gibt es dazu seitens der Senatsverwaltung? Dank Corona gab es ja durchaus einen gewissen Ausbau beim ÖGD, sodass das Personal eigentlich, jedenfalls teilweise, noch da sein müsste. Vielleicht können Sie einfach grundsätzlich etwas zum ÖGD sagen, welche Rolle Sie dort in den kommenden Monaten und Jahren sehen.

Dann noch eine Nachfrage an Sie beide: Es wurde gesagt, dass jetzt nicht notwendige Operationen verschoben werden sollen. Können Sie das mal bitte genauer erläutern! Ich als Vater von zwei kleinen Kindern kann mir kein einziges Beispiel vorstellen, ehrlich gesagt, außer es ist irgendwie eine Schönheitsoperation, die dann verschoben wird. Aber vielleicht haben Sie da noch eine bessere Idee, wie Sie mir das näherbringen können, denn ich glaube nicht so wirklich daran, dass das funktioniert.

Genauso wurde ausgeführt, dass es – nicht so wie in Hamburg – keine extra Ausbildungsmöglichkeiten für Kinderkrankenpfleger/-innen gibt. Sie hatten das, glaube ich, gesagt. Andererseits weiß ich, dass die Senatorin schon an anderer Stelle gesagt hat: Das gibt es. – Könnte das für mich als Laien an dieser Stelle bitte noch mal aufgeklärt werden: Gibt es das in Berlin nun, oder gibt es das nicht, bzw. was müssten wir tun, damit wir auf dem Level sind, wo Sie uns gerne sehen wollen, nämlich, ich glaube, im Bereich von Hamburg? Vielleicht könnten Sie das bitte noch mal erläutern.

Dann noch zwei Anmerkungen. Es wurde von Ihnen, Frau Senatorin, schon gesagt, dass Sie im ersten Quartal 2023 einen Gipfel zur Pflegefachkräfteproblematik machen wollen. Das kann man auf jeden Fall nur begrüßen, gar keine Frage. Es ist sehr gut, dass dieses wichtige Thema jetzt Schwerpunkt im kommenden Jahr werden soll. Ich hoffe, dass die Wahlen nicht dazwischenkommen und das Thema an dieser Stelle wieder wegrutscht. Ich glaube aber tatsächlich auch, so wie, ich glaube, der Kollege Zander es eben schon gesagt hat, dass ein Gipfel nicht wirklich ausreicht. Ich würde mir sehr wünschen, gäbe es einen dauerhaften, einen institutionalisierten Runden Tisch, zu dem alle Beteiligten regelmäßig und dauerhaft zusammenkommen, sich grundsätzlich über Thematiken unterhalten können, wo beispielsweise auch ein Beitrag zur anstehenden Evaluierung der Generalistik erarbeitet werden könnte oder wo man gemeinsam einen Standpunkt zum Thema Leasing erarbeitet. Das würde ich mir sehr wünschen, und ehrlich gesagt, wäre ich an Ihrer Stelle, hätte ich das mit in meiner ersten Woche schon gemacht. Aber gut, dass es jetzt im neuen Jahr erfolgen soll und dann wenigstens in Form eines Gipfels.

Die zweite kurze Anmerkung geht an den Vorsitzenden, weil Sie es schon wieder machten, so wie auch in anderen Sitzungen. Ich finde es immer wieder unterhaltsam, wenn es gegen die Bundesebene geht, und ich bin da genauso unruhig und ungehalten wie wir alle hier im Raum, wir wünschen uns alle, dass es schneller geht mit den notwendigen Reformen; wir haben es ja auch heute immer wieder im Gespräch gehabt. Aber, ich muss feststellen: Seit 2009 – wer war in der Verantwortung? – So! Also man sollte sich mit dieser Kritik zur Bundesebene wirklich ein Stück weit zurückhalten, gerade wenn man Mitglied Ihrer Partei ist.

Vorsitzender Christian Gräff: Dann Frau Kollegin Pieroth, bitte schön!

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Das muss ich jetzt mal ganz kurz kommentieren. Gesundheitspolitik auf Landesebene ist zum großen Teil Krankenhausfinanzierung und da die Investitionen; ich glaube, zu 80 Prozent. Bei allem anderen spielt einfach der Bund – wir haben ja leider noch keine Bürger/-innenversicherung – eine große Rolle. Das ist einfach Fakt. Das können wir hier auch gar nicht anders bewerten.

Ich wollte Herrn Schreiner fragen – da ja alle hier im Raum oft auch Zeit für Sozialberatung, aber auch für die ganzen Bürokratierregelungen benötigen, die nicht für die medizinische Expertise verwendet werden kann –, ob Sie im Bereich der Eckpunkte – das kommt ja nächstes Jahr, und das geht dann auch gleich in die Umsetzung –, da im Bereich 1 i oder sektorengleiche Vergütung oder Hybrid-DRGs, Vorteile für uns auf Landesebene sehen.

Ich wollte einfach auch noch mal festhalten: Ich bin jetzt seit sechs Jahren dabei, und wir haben mit verschiedenen Senatorinnen und Senatoren aus verschiedenen Parteien hier immerhin die Krankenhausvergütung auf Bundesebene anheben können. Gerade im letzten Haushalt haben wir noch einmal ein Drittel draufgelegt. Und wir haben sogar ein Green-Hospital-Programm, insofern: Hier nur von Schuld zu sprechen, dass wir gar nichts gemacht haben, finde ich an der Stelle ein bisschen schwierig.

Trotzdem möchte ich jetzt gerne noch mal zu der akuten Situation, weswegen wir am 20. Dezember hier noch mal zusammengekommen sind, ein paar Fragen stellen. Herr Barzky! Die Aufhebung der Budgetierung – kann das in eine richtige Richtung gehen, jetzt auch schon im ersten Quartal, dass Sie nicht mehr am 14. Dezember bzw. am 14. März nichts mehr abrechnen können? Sehen Sie da eine Möglichkeit?

Dann hätte ich noch mal die Frage: Frau Senatorin hat sich da ja eindeutig geäußert, und es geht hier ganz klar um Personal, deswegen verstehe ich es auch immer nicht, ob wir jetzt noch eine Kinderklinik bauen wollen, wenn wir ja auch Kliniken haben, wo einfach die Betten aufgrund von Personalmangel nicht belegt werden können. Vielleicht können Sie das gleich auch noch mal ein bisschen erläutern. Hier spukt dieses Hamburger Modell im Raum. Wir haben eine Situation in Berlin, wo wir auch den zwölf Bezirken immer gerecht werden müssen. Und wir haben zum Beispiel jetzt mal eine landeseigene Entscheidung getroffen, nämlich dass auf dem Wenckebach-Gelände in Zukunft bis zu 4 000 Pflegekräfte ausgebildet werden können. Kann es da zum Beispiel diese dualen Lösungen Generalistik plus in zum Beispiel dem nahe gelegenen St. Joseph Krankenhaus geben, dass da entsprechend ausgebildet werden kann, wenn wir das dringend benötigen?

Dann noch mal meine Frage: Wie bekommen wir mehr Menschen in den ambulanten Bereich, die organisatorische Aufgaben übernehmen? Alles kann die Politik nämlich auch nicht regeln; Prozesse müssen auch immer noch irgendwie vor Ort gesteuert werden. Wir haben IVENA wesentlich schärfer gestellt, jetzt noch mal für den Krankenhausbereich. Im ambulanten Bereich fehlt dieser zweite Begleitarzt natürlich extrem, wenn es dazu kommt, dass man über eine Selbsteinschätzung bzw. auch da Patientinnen- und Patientenströme über die 112 und dann in Verbindung mit 116 117 entsprechend leiten kann.

Dann würde ich Herrn Bartzky noch bitten, uns ein, zwei Dinge mitzugeben: Wir sind ja mit den integrierten Gesundheitszentren schon ein bisschen weiter – wir denken jetzt an Lichtenberg und Spandau; da wird jetzt für das nächste Jahr ausgeschrieben –, die auch gewisse soziale Fragen übernehmen. Haben Sie noch mehr Ideen, wie wir Ihnen als Ärztinnen und Ärzten für diesen Bereich, ich will es gar nicht psychosoziale Beratung nennen, sondern bei bestimmten Atemwegsinfekten bei Schimmel in der Wohnung usw. eine gemeinschaftliche Beratung liefern können?

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Dann Frau Kollegin Suka!

Aferdita Suka (GRÜNE): Aus Zeitgründen versuche ich, auf allgemeine Anmerkungen zu verzichten. Ich versuche, mich auf die Fragen zu konzentrieren und auf eine Anmerkung zur generalistischen Ausbildung, weil ich denke, dass da einige Missverständnisse unterwegs sind.

Erste Frage an Herrn Bartzky: Sie sprachen von einer anderen Zählweise, was die Kinderarztsitze angeht. Können Sie das vielleicht genauer erläutern?

Nächste Frage an Herrn Schreiner. Sie haben das Thema Zeitarbeit, Leiharbeit in der Pflege aufgemacht. Können Sie da noch mal konkrete Lösungsvorschläge mitgeben, wie man das besser und überhaupt regulieren kann? Vielleicht können Sie relativ genau werden, was Ihre Vorstellungen sind, wo Sie auch der Meinung sind, da kann Politik unterwegs sein und auch auf Bundesebene eine Chance haben, damit durchzukommen. Da sind wir sehr interessiert.

Zur Generalistik: Wir haben wenig Erkenntnisse, weil noch keine Statistiken erhoben werden, da die generalistische Pflegeausbildung erst 2026 laut Gesetz evaluiert werden soll. Ich habe schon zu den Haushaltsberatungen – da war ich ziemlich alleine – gesagt: Es ist relativ spät. Nichtsdestotrotz kann ich auch verstehen, dass man da noch ein bisschen Erfahrungen sammeln kann. Dennoch hätte ich mir gewünscht, früher damit zu starten. Ich finde den Weg, den die Senatorin gehen will, zum Beispiel über einen Runden Tisch dann natürlich auch Erfahrungen zu sammeln – also früher als 2026 – und mit den entsprechenden Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern ins Gespräch zu kommen, eben Krankenhäuser – – Aber nicht nur Krankenhäuser können Vertiefungen und Einsatzgebiete für die Kinderkrankenpflege oder für die Azubis in dem Bereich sein, sondern es können auch Kinderhospize oder Kinderintensivpflegedienste oder Kinder-WGs sein. Das heißt, dass man möglichst mit vielen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, Einsatzgebieten, Stellen, Einrichtungsstätten sprechen kann, wo diese Vertiefungen – darum geht es ja eigentlich – angeboten werden können, denn es mangelt nicht am Interesse – Kinderkrankenpflege war, meine ich, immer beliebt und ist jetzt weiterhin beliebt –, aber es mangelt an dem Angebot, wo diese Azubis ihre Vertiefungen, wie die Generalistik das vorsieht, vornehmen können. Zu der Vertiefung gibt es keine Statistik, da gibt es nur Schätzungen.

Dann gibt es auch das Thema Spezialisierung. Das ist, bitte schön, etwas anderes. Das ist das dritte Jahr, wo man sich spezialisieren kann auf Gesundheits-, Krankenpflege und dann auch den Abschluss Kinderkrankenpflege haben kann. Das gibt es auch in Berlin weiterhin so. Aber das ist die Spezialisierung, das ist noch mal etwas anderes als die gemeinte Vertiefung. Die gibt es, es mangelt aber an Angeboten von Einsatzgebieten. Daran muss man arbeiten. Politik alleine wird das nicht machen, da fehlt es an Anreizen, das ist finanzieller Natur, das

wissen wir. Das wurde hier allgemein schon angemerkt. Das muss auf Bundesebene geregelt werden, dass das Ausbauen solcher Azubi-Einsatzstellen lukrativer gemacht wird; da sind die DRGs sozusagen gefragt, das ist das Thema.

Aber grundsätzlich, was die Spezialisierung wiederum angeht: Dazu gibt es erste Zahlen. Da habe ich im Juli etwas angefragt, und es gibt eine Antwort seitens der Senatsverwaltung. Es gibt in diesem Durchgang nur fünf Schülerinnen, also Azubis, die sich für eine Spezialisierung Kinderkrankenpflege entschieden haben. Das haben die Pflegeschulen zurückgemeldet. Übrigens, wenn wir dabei sind: Es gibt keine einzige – oder war es eine? – Person, die sich für die Altenpflege entschieden hat, was die Spezialisierung angeht. Also da kann man genauso Alarm schlagen, und das tut auch die Altenpflege. Sie hat sowieso in vielen Bereichen das Nachsehen und jetzt auch Angst, dass die Pflegefachassistenzen vor allem im stationären Bereich ihre Ausbildung machen. Und wenn sie dort ihre Ausbildung machen, bleiben sie sicherlich bei den Krankenhäusern hängen – in Anführungsstrichen –, dann wird die Langzeitpflege erst recht zu kämpfen haben. Also wir haben genug zu tun, aber wir können und müssen uns das ein bisschen genauer anschauen. Ich bin der Meinung, die generalistische Pflegeausbildung darf nicht so schnell schlechtgeredet werden. Da haben wir Probleme – Stichwort: Praxisanleitung, Begleitung usw. –, aber hier ging heute wirklich einiges durcheinander. Nicht zu schnell schlechtreden! Gerne hinschauen und vielleicht früher eine Evaluation, auch bundesweit, nicht wir hier alleine, vornehmen, denn das schaffen wir auch schlecht. Und gerne dann auch vielleicht erste Erfahrungen mit so einem Runden Tisch und einfach moderierend wirken: Wie kriegt man mehr Einsatzgebiete in diesem Bereich? Wie kriegt man mehr Vertiefungen im Bereich der Kinderkrankenpflege? – Am Ende hat man – letzter Satz! – insgesamt den Topf nicht größer, aber die Verteilung vielleicht, dass wir mehr Altenpflege und mehr Kinderkrankenpflege haben. Aber am Ende haben wir tatsächlich diese paar Tausend, die die generalistische Pflegeausbildung machen, und dann die Tausend, die dazugekommen sind aus der Pflegefachassistentenz. Die ist gestartet, das hat der Senat –

Vorsitzender Christian Gräff: Frau Kollegin Suka, bei aller Wertschätzung!

Aferdita Suka (GRÜNE): Danke schön! Bei dem Thema kann man natürlich ausschweifen.

Vorsitzender Christian Gräff: Das kann man. Vielen Dank! – Herr Kollege Kluckert!

Florian Kluckert (FDP): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Das muss man wahrscheinlich auch, denn tatsächlich ist es so, dass die Situation in Berlin, was die gesundheitliche Versorgung betrifft, schockierend ist. Das muss man einfach so feststellen. Es ist eine Schande, was dieser Senat hier geleistet oder nicht geleistet hat. Es ist eine Zumutung für alle Bürger dieser Stadt, was sie hier ertragen müssen.

Wenn wir diese Probleme lösen wollen, müssen wir uns doch mal angucken: Wie sind denn die Probleme entstanden? – Da hilft kein Pingpong zwischen SPD und CDU, wer wann wie mal regiert hat. – [Zuruf von Lars Düsterhöft (SPD)] – Auch ich habe gehofft, mit einem Wechsel in der Senatsverantwortung zu den Grünen würde es besser werden. Jetzt stellen wir fest, dass wir die schlechteste Gesundheitsversorgung haben, die wir jemals hatten. Von daher: Lassen Sie uns doch bei der Sache bleiben und gucken, wie wir die Gesundheitsversorgung verbessern können! – [Zuruf von Tobias Schulze (LINKE)] – Ich komme gleich zu Ihnen, Herr Schulze!

Wie ist denn die Situation entstanden? – Letztendlich ist es tatsächlich – –

Vorsitzender Christian Gräff: Entschuldigung, ganz kurz! – Liebe Kolleginnen und Kollegen! Bitte, ich verstehe das alles; wir hatten jetzt auch sehr viele Wortbeiträge. Ich gucke vor allen Dingen auf unsere Anzuhörenden. Wir versuchen, uns jetzt zu konzentrieren, aber vielleicht hören wir jetzt – –

Florian Kluckert (FDP): Aber Herr Vorsitzender, wir wollen doch – –

Vorsitzender Christian Gräff: Ja, ja, das ist gar keine Kritik an Ihnen. Ich finde schon, dass wir auch den Kollegen, die sich jetzt noch gemeldet haben, zuhören möchten. Darum wollte ich eigentlich nur bitten, um etwas mehr Ruhe. – Bitte schön, Herr Kollege!

Florian Kluckert (FDP): Okay, vielen Dank! – Wie ist es dazu gekommen? – Herr Schulze! Sie haben die Ökonomisierung angesprochen, dass die schuld daran wäre, dass wir jetzt so ein schlechtes System haben. Herr Schreiner hat es gerade richtig gesagt: Wir haben eine duale Krankenhausfinanzierung, die aus zwei Finanzierungssäulen besteht. Das eine ist die private Säule, wo wir alle über unsere Krankenkassenbeiträge die Behandlungskosten in den Krankenhäusern finanzieren, und das andere ist der öffentliche Bereich, wo der Senat die Verantwortung hat, die Krankenhäuser durch Krankenhausinvestitionen zu finanzieren. Dieser Verantwortung ist der Senat hier in Berlin seit Jahrzehnten nicht nachgekommen. Das heißt, hier hat nicht die Ökonomisierung daran schuld, sondern das Ausbleiben der Zahlungen der öffentlichen Hand. Hier hat tatsächlich die öffentliche Hand versagt, dass die Krankenhäuser heute so schlecht dastehen, denn das Geld, was gefehlt hat, das nämlich dieser Senat nicht in die Krankenhäuser gesteckt hat, wurde auf Kosten des Personals gespart, mit der Folge, dass immer mehr Personal aus dem Krankenhaus abgewandert ist und wir nun im Krankenhaus zu wenig Personal haben. Das ist das große Problem.

Jetzt müssen wir uns Gedanken machen: Wie bekommen wir das Personal, das so dringend benötigt wird, zurück in die Krankenhäuser? – Da kann ich Ihnen sagen: Das Erste ist die Personalgewinnung. Wir müssen mehr ausbilden, und wir müssen auch dafür sorgen, dass die Menschen, die die Ausbildung anfangen, diese auch bis zum Ende führen. Wie können wir mehr ausbilden? – Da sind wir wieder bei dem Thema mit der Schulgeldfreiheit. Wie lange haben wir hier als FDP dafür gekämpft, dass die Schulgeldfreiheit bei den Heilberufen durchkommt? Wie lange wurde sich von Ihrer Seite verweigert, das Thema anzugehen! Und jetzt, wo immer mehr Auszubildende hingeworfen haben, wollen Sie die Schulgeldfreiheit einführen. Ich sehe ja noch immer nicht so richtig – so, wie Sie sich da drum herumdrücken –, dass das endlich rückwirkend gezahlt wird.

Wir müssen aber nicht nur neues Personal ausbilden, wir müssen vor allem auch die Abschlüsse aus dem Ausland anerkennen. Wir reden hier zum Beispiel über die Problematik bei der Versorgung von Kindern durch Kinderkrankenschwestern. – Frau Suka! Sie haben das gerade richtig gesagt. Ich habe mich gestern erst mit einer ausgebildeten Kinderkrankenschwester, einer ausgebildeten Hebamme unterhalten, die allerdings nicht aus einem EU-Land kommt, aber perfekt Deutsch spricht, weil sie hier nämlich schon mehrere Deutschkurse belegt hat. Sie hat keine Möglichkeit, hier in ihrem Bereich zu arbeiten, weil das alles nicht anerkannt wird, weil das LAGeSo nicht hinterherkommt, die Ausbildungen aus dem Ausland

anzuerkennen, weil sie hier kein Visum bekommt. Wir könnten das Personal sofort durch Menschen, die hier arbeiten wollen, aufstocken. Aber auch hier macht der Senat viel zu wenig, um diese Anerkennung voranzutreiben.

Wir müssen auch dafür sorgen, dass das Personal, das wir in den Krankenhäusern haben, dort bleibt – durch gute Arbeitsbedingungen. Wir müssen das noch vorhandene Personal unbedingt halten. Da bringt es zum Beispiel nichts, dass die Gesundheitssenatorin, wie wir gestern in einem Brief alle gelesen haben, diejenigen, die als Pflegekräfte im Krankenhaus arbeiten, bei den Krisengesprächen nicht einbezieht. – Da frage ich Sie, Frau Senatorin: Warum beziehen Sie diese Menschen, die so sehr darum bitten, bei der Verbesserung mithelfen zu wollen, nicht ein? Das hat auch was von Respektlosigkeit gegenüber denjenigen, die jeden Tag an der Front versuchen, zu retten, was noch zu retten ist.

Bei dem Halten von Personal im Krankenhaus zählen auch gute Arbeitsbedingungen. Ich habe Ihnen das schon so oft in diesem Ausschuss erklärt, dass, wenn wir die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern nicht verbessern, immer mehr Personal abwandern wird. Viele Pflegekräfte sind alleinerziehende Mütter. Wo bleibt denn endlich ein eigener Kitabetrieb, zum Beispiel auf den landeseigenen Krankenhausbauflächen? Warum kann man morgens, wenn man als Pflegekraft dort arbeitet, sein Kind da nicht abgeben, wie man das zum Beispiel im Bundestag kann? Im Bundestag wäre das gar nicht notwendig, in den Krankenhäusern wäre das notwendig. Für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird vonseiten des Senats überhaupt nichts getan. Wie ist es, wenn ich als Pflegekraft nachts zum Dienst ins Krankenhaus möchte? – Sie nehmen dort die ganzen Parkplätze weg. Die haben keine Möglichkeit, mit dem Auto aus den Randbezirken dorthin zu fahren. Sie müssen mit dem Lastenfahrrad zu ihrem Dienst fahren und werden auch noch von Ihnen, Frau Pieroth, von einer grünen Verwaltung abgezockt, indem sie dort Parkgebühren bezahlen sollen. Wir haben uns dafür eingesetzt, dass das Parken kostenlos ist. Ja, Sie lachen, aber auch das hat was mit Anerkennung und mit guten Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte zu tun. Wenn Ihnen Ideologie wichtiger ist als Problemlösungen in dieser Stadt – [Zurufe von den Grünen] –, dann lassen Sie lieber die Leute die Probleme lösen, die das wirklich machen wollen.

Kommen wir noch zu den Zeitarbeitsfirmen. Sie kritisieren hier die Zeitarbeitsfirmen. Da hätte ich eine Frage an Herrn Schreiner. Diese Kritik an den Zeitarbeitsfirmen – warum ist die so groß? Liegt das nicht daran, dass gerade die Zeitarbeitsfirmen diejenigen sind, zu denen die Menschen gehen, weil sie dort mehr Geld bekommen als wenn sie beim Krankenhaus beschäftigt sind, weil sie dort die besseren Arbeitsbedingungen bekommen und weil sie sich dort auf ihre Schichtzeiten verlassen können? Alles das, was sie im Krankenhaus nicht haben. Wäre es nicht der richtige Weg, die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern so anzupassen und zu verbessern, dass sie genauso gut sind wie bei den Zeitarbeitsfirmen, um das Personal lieber im Krankenhaus arbeiten zu lassen als in einer Zeitarbeitsfirma?

Was mir berichtet wurde, ist: Wenn ich als Krankenhausdirektor zum Beispiel eine Zeitarbeitsfirma engagiere und die dann nicht brauche, dann muss ich das Geld trotzdem bezahlen. Wenn die Zeitarbeitskräfte nicht kommen, weil sie gerade keine Zeit haben, dann droht denen überhaupt keine Strafzahlung. Wäre das nicht ein erster Ansatz, um diese Ungerechtigkeit auszumerzen?

Zu den falschen Patientenströmen – 90 Prozent, sagten Sie, seien falsch in der Notaufnahme. Die FDP hat hier einen Antrag eingebracht, die Schulkrankenschwestern einzuführen. Die Schulkrankenschwestern könnten schon in den Klassen, bei jungen Leuten Aufklärung leisten, um zu erklären, wie das Gesundheitssystem überhaupt funktioniert. – [Vorsitzender Christian Gräff: Lieber Herr Kluckert!] – Haben Sie alles abgelehnt! Auch hier wäre die Frage, ob nicht Gesundheitsfachkräfte den Schülern in den Schulen das System erklären könnten, damit die wissen, wo sie hingehen müssen, ob in die Notaufnahme oder zum ambulanten Arzt. Ich will mich nicht zu sehr in Rage reden, Sie haben recht, dennoch: Die Probleme sind uns allen bekannt. Wir könnten die Probleme sofort lösen. Ich sehe allerdings, dass bei der Koalition der Wille dafür fehlt. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Lieber Herr Kollege Kluckert! Ich möchte nur darauf hinweisen, dass, ich glaube, einzelne Kolleginnen und Kollegen hier nicht abzocken. Wenn Sie das allgemeinpolitisch formulieren – es sind nur nicht einzelne Kolleginnen und Kollegen! So war es, glaube ich, auch nicht gemeint.

Ich würde Ihnen jetzt folgenden Verfahrensvorschlag machen, denn wir sehen ja, dass Herr Dr. Bartecky in seiner Praxis sitzt und dort Patientinnen und Patienten, Kinder hat. Mit Verlaub – wir haben eine Fraktion, die noch gar nicht zu Wort gekommen ist –, wir müssen ein bisschen aufpassen! Ich habe noch vier Rednerinnen und Redner auf der Liste. Das geht eigentlich so nicht weiter, ehrlich gesagt. Entweder wir machen es jetzt in einer Minute, wirklich ganz kurz – darauf werde ich auch achten –, sonst sind wir heute Abend noch hier. Frau Senatorin möchte auf die Fragen, die Sie gestellt haben, mit Sicherheit auch noch antworten. – Dann jetzt bitte ganz kurz, Frau Lüdke!

Tamara Lüdke (SPD): Ich ziehe zurück!

Vorsitzender Christian Gräff: Danke schön! – Frau Kollegin Auricht!

Jeannette Auricht (AfD): Vielen Dank! – Jetzt haben viele meiner Kollegen schon sehr viel gefragt, dann mache ich es wirklich ganz kurz. Ich habe eine Frage an Herrn Raile. Es war im März im Ausschuss schon einmal Thema, da hat Prof. Rossi das Vorhalte- und Infrastrukturproblem angesprochen. Haben Sie den Eindruck, dass die auf Bundesebene vorgesehene Reform die genannten Probleme lösen wird, auch dass die Kinder- und Jugendmedizin aus dem DRG-System herausgerechnet wird? Ist das aus Ihrer Sicht ein sinnvoller Schritt und auch schon überfällig?

Eine Frage an Herrn Schreiner: Sie haben gesagt, Sie hätten noch eine Reserve von Leuten, die Sie gerne zurückholen würden, eine Rückhaltequote. Ich würde gerne wissen: Wie hoch ist die Anzahl des Personals, das noch im Verborgenen schlummert, das Sie gerne zurückholen würden? Sprechen wir da über Zahlen, die am Ende wirklich etwas ausmachen?

Eine andere Frage noch zu dem Thema: Die Aussetzung der Isolationspflicht, wäre das aus Ihrer Sicht ein machbarer Schritt? Kommt das für Sie infrage oder gar nicht? Wäre das dann eine Entlastung?

In der Pflege gibt es schon einen patientenbezogenen Personalschlüssel. Wäre das auch denkbar für Ärzte auf Kinderstationen, dass es da auch so einen patientenbezogenen Personalschlüssel gibt? Oder wäre das eher kontraproduktiv?

An die Senatorin, an den Senat habe ich noch eine Frage. Das Problem ist ja nun nicht erst durch die Pandemie entstanden. Wir haben es alle Jahre wieder. Ich glaube, 2014 gab es schon mal eine Aktion „Rettet die Kinderstationen“, wenn ich mich recht erinnere. Also dieses Problem haben wir alle Jahre wieder, im Herbst und Winter natürlich verschärft. – Zur Unterfinanzierung der Krankenhäuser haben wir schon viel gehört. Mich würde interessieren: Was wird der Senat jetzt endlich unternehmen, um die auskömmliche Finanzierung von Investitionskosten zu gewährleisten, und zwar jetzt wirklich in vollem Umfang?

Sie sprechen immer, und das ist auch eine Tatsache, davon: Wir haben eine wachsende Stadt. Wie wird dieser Tatsache Rechnung getragen? Wir haben jetzt schon Kapazitäten, die vorne und hinten nicht reichen. Wir sind eine wachsende Stadt. In Bezug auf Verbesserung und Ausbau ambulanter Versorgung, Verbesserung der digitalen Infrastruktur: Was planen Sie da, um auch der wachsenden Stadt entgegenzukommen und zu sagen, okay, wir können auch weiterhin wachsen, die Versorgung ist trotzdem geregelt?

Dann geht es noch um die Kinderkrankenpflegefachkräfte; das wurde schon angesprochen: Gibt es da jetzt endlich Möglichkeiten? Ich glaube, auch Professor Rossi meinte, dass es in Berlin nicht viel Kluges gibt. Gibt es überhaupt irgendetwas für diesen Bereich? Wird da ausgebildet, oder gibt es nicht nur nicht viel Kluges, sondern gar nichts? – Meine Kollegen haben, wie gesagt, schon sehr viel gefragt, dann bin ich fertig. – Danke schön!

Vorsitzender Christian Gräff: Herr Kollege Meyer, bitte schön!

Sven Meyer (SPD): Ich versuche, es wirklich kurz zu machen. – Ich glaube, worum es jetzt hier geht – wir haben ganz viel darüber gesprochen, was wir in Zukunft machen können –, worum es aber erst einmal geht, das ist: Was können wir schnell erledigen? Die Leute und die Kinder sitzen dort und wollen Hilfe, insofern die konkrete Frage, wirklich bezugnehmend auf das, was Frau König und Herr Schreiner schon gesagt haben: Es gibt eine größere stille Reserve, die zurückgeholt werden kann. Wie können wir sie zurückholen? Wie können wir sie motivieren? Ist es sinnvoll, einen Investitionsfonds vom Land Berlin aufzusetzen, um die Krankenhäuser zu entlasten, damit dort die stille Reserve zurückgeholt werden kann, damit sie finanziellen Spielraum haben, um die stille Reserve zurückzuholen? Die Frage geht an Herrn Raile und Herrn Schreiner, ob das wirklich kurzfristig helfen würde, um die Eltern und die Kinder zu unterstützen. Ich glaube, das ist es, worum es hier geht.

Hier auch direkt die Frage an den Senat: Ist das eine Möglichkeit für Sie, das zu tun? Schließlich ist das Land Berlin für die Investitionen zuständig, insofern ist es wirklich die Aufgabe des Landes Berlin. Einige andere Bundesländer tun es, von daher würde mich interessieren, ob das wirklich eine Möglichkeit wäre, den Eltern und den Kindern kurzfristig zu helfen. – Danke!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen herzlichen Dank! – Herr Kollege Jotzo!

Björn Matthias Jotzo (FDP): Vielen Dank! – Ich möchte gerne auf etwas eingehen, was Herr Prof. Raile gesagt hat, und zwar die Probleme in der Notfallversorgung, insbesondere in den Rettungsstellen. Mir scheint es nicht so, Herr Schulze, dass wir ein Problem haben mit einer Ökonomisierung, sondern ich glaube, in dem Bereich haben wir eher eine Entökonomisierung. Wenn wir uns anschauen, wie sich die Fälle in der Notfallversorgung durch die Berliner Feuerwehr entwickelt haben: Bei konstant 1 Million Anrufen in den letzten 15 Jahren ist die Fallzahl von 350 000 auf fast 500 000 gestiegen. Da müssen wir uns doch die Frage stellen: Setzen wir die Ressourcen auch zielgerichtet auf Notfallpatienten ein, damit wir die Möglichkeit haben, dort auch die Patientinnen und Patienten zu behandeln, die diese Behandlung benötigen? Warum kriegen wir es nicht hin, eine niederschwellige Versorgung umzusetzen? Wir haben vorhin schon das Stichwort Selbsthilfe gehört, aber theoretisch müsste die Reihenfolge Selbsthilfe, Hausarzt, Krankentransport, dann KV, dann RTW sein. Die Frage, die ich mir gestellt habe, auch aus dem Innenausschuss: Haben wir nicht ein erhebliches gesundheitsökonomische Problem, wenn wir Menschen in die Notaufnahmen verbringen, die das eigentlich nicht brauchen? Und haben wir dann in den Notaufnahmen nicht Schwierigkeiten, die Patientinnen und Patienten zu versorgen, die diese Hilfe brauchen? Meine Lebensgefährtin ist Kardiologin. Ich habe ihr diese Frage mal gestellt, und sie meinte, die Antwort ist ganz einfach: weil ein RTW in die Rettungsstelle billiger als ein Taxi zum Hausarzt ist. – Da ist möglicherweise etwas dran.

Mich würde interessieren: Was sind da die Lösungsansätze? Wir können ja nicht immer mehr Ressource, immer mehr Geld, immer mehr Leistung reinbuttern in unter Umständen Sachverhalte und Patientinnen und Patienten, die diese Versorgung in der Intensität gar nicht brauchen.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank!

Christian Gräff (CDU): Last Bad not least habe ich mich auf die Rednerliste setzen lassen. Ich habe eigentlich nur eine einzige Anmerkung oder Frage. Die schlechte Nachricht des Tages ist für mich heute eigentlich – das ist etwas untergegangen –, dass die KV angekündigt hat, ab 1. Januar ein Angebot einzustellen, nämlich das der telefonischen Beratung. Ich finde das eine ziemlich dramatische Situation in einer dramatischen Situation, also noch einmal eine Verschärfung. Meine Frage wäre, ob der Senat das vielleicht noch mal mit in das Gespräch nehmen könnte. Das war für mich heute eigentlich eine eher ernüchternde Nachricht, um es mal so zu formulieren.

Vorsitzender Christian Gräff: Dann würde ich jetzt Herrn Dr. Bartzky bitten, auf die Fragen einzugehen. – Sie haben gesehen, die Kolleginnen und Kollegen sind alle wirklich engagiert und auch emotionalisiert bei diesem Thema, deswegen auch diese Sitzung. Sehen Sie es uns bitte nach, dass so viele engagierte Fragen auch an Sie gerichtet wurden. Vielleicht können Sie die beantworten, Herr Dr. Bartzky. Danke!

Dr. Reinhard Bartzky (Landesverband Berlin der Kinder- und Jugendärzte, Vorsitzender) [zugeschaltet]: Lieber Herr Ausschussvorsitzender, ich sehe es Ihnen nach, liebe Kollegen im Abgeordnetenhaus sowieso, das ist halt gelebte Demokratie. Das ist ja noch mal cool für so einen kleinen Pupp doktor, das mitzukriegen, dass Sie sich über uns den Kopf zerbrechen. – Ich würde jetzt antworten, und wenn danach noch Fragen sind, dann noch, aber dann würde

ich danach leider Gottes wieder in die Praxis zurückgehen müssen. Ich hoffe, dass ich auf meinem Zettelchen keine der an mich gerichteten Fragen vergessen habe.

Herr Schulze hat angefangen, unter anderem an mich gerichtet, mit den Fehlallokationen im Gesundheitswesen. Das hat sich bei mehreren Rednern bis zuletzt immer wiederholt. Das ist ein ganz wichtiges Thema, an das wir, an das Sie ranmüssen. Es gibt Fehlanreize, in die Rettungsstelle zu gehen. Das eben anekdotische Erzählte, weil es mit dem RTW billiger als mit einem Taxi zum Hausarzt ist, ist eine Anekdote. Aber so und in 27 000 anderen Schattierungen findet es statt, weil das vielleicht auch gerade auf hat. Mit drei Wochen Husten muss ein Kind nicht in die Rettungsstelle, verstehen Sie? So etwas erleben Sie immer wieder. Wenn ich in einer Neuköllner Rettungsstelle am Wochenende Dienst habe, ist einer meiner besten Dienste, dass jemand sagt, er muss jetzt ganz schnell drankommen, er braucht ein Zertifikat für einen Tauchkurs in Hurghada, denn in einer Stunde geht sein Flieger von BER. Das sind Leute, die sich teilweise keine Gedanken darüber machen oder das auch gar nicht so richtig wissen. Und da, denke ich, muss eine Struktur rein. Das eine ist, wir brauchen eine Awareness-Kampagne, wir müssen mit Bildung beginnen. Ich bin sehr froh, dass Herr Kluckert das Thema Schulkrankenschwester oder -krankenpfleger aufgebracht hat. Da kann man sicherlich aus skandinavischen Ländern lernen. Es muss mit Sicherheit im Bildungssektor angefangen werden, um den Gesundheitssektor in den Griff zu kriegen. Aber im Gesundheitssektor muss es auch eine Exitstrategie werden.

Die Kinderkliniken haben letzten Endes nicht die Macht, ein Kind nach Hause zu schicken. Da erwarte ich Unterstützung auch vom Gesundheitssenat, dass er seine Rechtseinschätzung noch mal überdenkt und sagt: Ihr dürft auch Kinder einfach wegschicken. – Es steht immer im Raum: Ach, man könnte ja eine Meningitis übersehen. – Aber wissen Sie, was ein Kind hat, wenn jemand in der Anmeldung sagt, dass sein Kind seit drei Wochen hustet? – In der Regel seit drei Wochen Husten, und das Kind kann dann auch zum Hausarzt geschickt werden. Da ist gerade eine unheimlich moralisch-juristische Falle. Die dürfen die gar nicht so leicht wegschicken. Da müssen Sie die Kliniken ermächtigen zu sagen: Zack, ab, geh zum Hausarzt! – Dafür ist die Struktur einer Notrettungsstelle für Kinder in einer Großstadt zu teuer. Dort können Leben reanimiert werden, dort muss man aber nicht über Themen wie Schimmelpilz in der Wohnung, Rauchen zu Hause oder so was reden. Das gehört dann doch bitte in die ambulante Versorgung rein. Also das ist das ganze Thema Fehlallokation, das ist wichtig, und das muss in Angriff genommen werden.

Herr Schulze hat auch gefragt, wie ich mir ein besseres Zusammenspiel zwischen Praxis und Klinik vorstellen könnte. Ich finde, dass wir hier in letzter Zeit gemeinsam auftreten und gemeinsam verhandeln, zeigt, dass wir Kinder- und Jugendärzte in Klinik und Praxis uns ganz gut verstehen, aber wir werden im System gegeneinander zerrieben und gegeneinander aufgebraucht. Wenn eine Klinik – und da ist der Druck von den Ökonomen ganz groß – spezialisierte Leistungen erbringen muss – wir nennen das Ambulantisierung der Medizin –, dann werden Lage und Leistungen nach außen verlagert, und wie sollen die die dann abrechnen? – Entweder über die Rettungsstelle, und dann entsteht der nächste Fehlanreiz. Dann werden Leute dorthin geschickt. Oder Sie wollen sozusagen Ermächtigungen, Zulassungen aus unserem Topf haben, und dann sagen wir wieder: Oh, jetzt noch einer, der tolle Medizin macht, aber keine Kinder hausärztlich versorgt! – Das ist dieser zentrale Punkt, wo uns die Politik seit Jahrzehnten im Stich lässt, dass wir eigentlich über diese Honorarfrage gegeneinander ausgespielt werden und dann wir Niedergelassenen sagen: Nein, das machen wir nicht für euch. – Und die Kliniker sagen: Na ja, jetzt kommen die aber.

Bitte vergessen Sie nicht: Wenn ich in einer Klinikrettungsstelle am Wochenende 30 oder 40 Kinder sehe, dann ist das richtig viel, denn das ist in dem Setting kaum zu behandeln. Wenn wir in diesen Wintertagen zwischen 100 und 200 Kinder in jeder hausärztlichen Kinderarztpraxis haben – wir haben eine andere Struktur, wir sind da effektiver. Deshalb müssen Sie das wirklich wissen. Du kannst die Patienten nicht eins zu eins betreuen. Das ist eine andere Liga, vollkommen klar. Aber deshalb gehören zum Hausarzt auch die hausärztlichen Diagnosen und die Schwerstkranken in die Klinik.

Frau König hat gefragt: ÖGD – was können wir da machen, können die uns was abnehmen? – Na ja, eigentlich sind wir die ganzen letzten zwei Jahre andersrum unterwegs gewesen, nämlich dass wir uns fragen mussten: Was können wir denen abnehmen? – Denken Sie bitte an die unglückliche Diskussion um die Schuleingangsuntersuchung und die ganzen Coronateams und so weiter! Ich muss, glaube ich, für meine Kolleginnen und Kollegen im ÖGD auch eine personelle Verbesserung und auch eine apparative Verbesserung fordern. Natürlich gibt es aber originäre ÖGD-Leistungen, die eigentlich wieder zurück müssten in den ÖGD. Ich rede da gar nicht mal vom Thema Impfen. Vor 30, 40 Jahren sind in Berlin Kinder nur vom ÖGD geimpft worden. Jetzt machen wir bestimmt 99 Prozent, weil die Strukturen nicht mehr da sind. Aber gucken Sie mal: Die Jugendarbeitsschutzuntersuchung kostet total viel Zeit. Das ist eine Untersuchung, die jedes Kind braucht, das unter 18 eine bezahlte Arbeit aufnimmt – Ar-

beitsschutz, Jugendschutz. Es gibt Bezirke, da werden die gar nicht mehr gemacht. Da werden nur noch die Gutscheine verteilt und gesagt: Geh zu deinem Hausarzt! – Das ist wieder die Moralkanone, die wir haben. Wenn ein Jugendlicher vor mir steht, auch wenn ich überhaupt keine Zeit mehr habe – das sind ja vor allem die Jugendlichen, die es gerade geschafft haben, einen Ausbildungsplatz zu bekommen, und die sagen: Du, Doktor, wenn du mir den Zettel nicht bis in drei Tagen gibst, dann nimmt der einen anderen! –, na, was machst du da als Hausarzt? – Dann sagst du: Komm abends um 20 Uhr wieder! – Da wäre schon Entlastung möglich, ohne dass ich jetzt über jede einzelne Leistung hier reden will. Das klingt dann so ein bisschen nach: Ätschi, bättschi, die haben das nicht getan, die haben das nicht getan!

Eine letzte Sache zum ÖGD: Ganz wichtig ist dieses subsidiäre Prinzip in unserem Parlamentarismus. Also wenn hier einer keine Krankenversicherung hat, dann gehört er eigentlich in den ÖGD, aber die sind nicht so ausgerichtet, dass sie, sagen wir mal, für ein Neugeborenes die U3, also eine der ersten Untersuchungen beim Kinder- und Jugendarzt, durchführen können, weil es dort gar keine Hörtestgeräte gibt, weil es dort gar keine Ultraschallgeräte gibt. Also wird subsidiär vielleicht eine U3 gemacht, aber danach sagt man: Geh mal zum Kinderarzt! –, und dann steht der da ohne Versicherungspapiere, ohne alles und macht doppelt so viel Arbeit, als hätte ich gleich alles gemacht. Das ist unheimlich schlecht strukturiert für diese Probleme, für diese einzelnen Entitäten. Es sind geringe Fälle, es ist nicht viel, aber da braucht es endlich mal eine Lösung. Das bedeutet einen unheimlich großen Zeitaufwand.

Frau Pieroth! Danke für die Wiederaufnahme des Themas integrierte Versorgungszentren. Sie wissen, dass wir da zwar in manchen Punkten unterschiedlicher Meinung sind, aber insgesamt, glaube ich, können wir auf einen grünen Nenner kommen, weil ich manche Sachen ähnlich wie Sie sehe, nämlich dass dort Arbeitspunkte gibt, die Sie von uns wegnehmen können. Ich selbst habe in meiner Praxis zweimal die Woche eine Mitarbeiterin, die über das Jugendamt finanziert ist und hier Sozialarbeit macht. Das ist niedrigschwellige Unterstützung, wenn wir so Sachen wie Gewalt oder Geldprobleme – Sie sprachen vom Schimmel in der Wohnung – delegieren können, weil es keine originär medizinischen Probleme sind. Das ist cool. So was sollte man weiter ausbauen. Das ist Unterstützung, die wir ganz wichtig finden.

Aber an das wichtigste Thema, wie Sie uns unterstützen können, traut sich keiner ran, obwohl wir da vor vielen Jahren schon weiter waren. Da gab es in jedem Bezirk zwei Leute im Jugendamt, also eine Telefonnummer in jedem Stadtteil, wo man als Arzt, wenn man eine Bedrohung der Entwicklung gesehen hat, sagen konnte: Dieses Kind soll einen Kitaplatz kriegen. – Bedenken Sie bitte, wir sind das Bundesland mit der höchsten Schulabbrecherquote! Dass wir in Berlin, dieser Stadt von Topuniversitäten, Topbildung, Topexzellenzinitiativen und, und, und die schlechtesten Schulabschlüsse und die höchste Schulabbrecherquote in Deutschland haben, liegt daran, dass viele Kinder von Anfang an nicht mitkommen. Der Kinder- und Jugendarzt sieht das bei der U7a zum dritten Geburtstag, und wenn er ein bisschen verschlafen ist, bei der U8 zum vierten Geburtstag. Da sehen wir genau, wer ganz dringend einen Kitaplatz haben müsste. Wir haben, wenn wir ein paar Jahre dabei sind, auch die Erfahrung, dass wir genau wissen, welche Mutter und welcher Vater es nicht alleine schaffen. Es wäre so cool, wenn wir wieder zu diesem Punkt kommen könnten, dass wir dann einfach nur eine Telefonnummer haben und sagen: Dieses Kind hat keine Diagnose, aber es ist von einer Entwicklungsverzögerung bedroht. Sorgt bitte dafür, dass es dringend in die Kita kommt! – Es ist nicht das Problem des Kitagutscheins; der ist da. Es geht darum, den Platz zu kriegen und dieses ewige Casting in den Kitas zu beenden, dass die Mütter sich bei drei, vier, fünf,

sechs, sieben Kitas vorstellen müssen und dann vielleicht noch Probekuchen backen, damit ihr Kind genommen wird. Natürlich habe ich es als Kinderarzt vollkommen einfach, wenn ich sage: Ach, hier, Kita, wenn ihr mal ein Problem habt, ich mache mal einen Notfallkurs für euch. – Dann werden sie mein Kind nehmen. Ich habe so ein Problem nicht gehabt. Aber wenn ich mit anderen Problemschwellen auf die Kita zukomme, dann will mich keiner haben. Zur Not müsste man sich auch eine Situation wie in den Schulen überlegen, dass es eine Kitapflicht gibt. Das ist ein ganz großes Übel, und das würde ganz viel Sozialarbeit aus der Hausarztmedizin bringen und dem Land Berlin sehr viel nutzen.

Frau Suka hat mich gefragt zu der anderen Zählweise. Da habe ich mich eben gefragt: Was habe ich da gesagt? – Ich glaube, Sie nahmen Bezug darauf, dass ich gesagt habe, es gibt, je nachdem, welche Brille man aufsetzt, soundso viele Ärzte oder soundso viele Ärzte. Ich sollte noch mal die Zählweise erklären. Ein Unterschied ist, wenn man auf die Ärzte guckt – und deshalb werden ich und Herr Ruppert und jeder in dieser Stadt und die Senatsverwaltung andere Zahlen nennen, wenn Sie fragen, wie viele Kinder- und Jugendärzte gibt es denn nun? –: Es gibt die hausärztlichen, es gibt die fachärztlichen, und es gibt einmal Vollzeitäquivalente, und es gibt Köpfe. Wir haben jetzt 330 Köpfe, die einen Stempel haben und Rezepte ausstellen können. Von diesen 330 Köpfen sind 50 Schwerpunktpädiater in richtig angemeldeten Schwerpunktpraxen. Wir haben aber auch 50 weitere Praxen, die sich gar nicht als Schwerpunkte angemeldet haben, aber trotzdem lieber in irgendwelchen Schwerpunkten arbeiten.

Wir haben darüber hinaus an großen Kliniken – Helios, Charité, Vivantes, Sana – auch aufgekaufte Sitze, in denen gar keine Grundversorgung mehr gemacht wird. Das grämt uns, weil es auch bitter ist, aus den Klinken zu hören: Wir brauchen mehr Unterstützung in unseren Notdienstpraxen –, aber die eigenen Leute werden rausgehalten und müssen es gar nicht machen. Also das ist tatsächlich ein ganz vielschichtiges Thema, das zum Teil seinen Ursprung hat in Problemen mit dem SGB V, wo geschrieben steht, dass der Kinderarzt der Facharzt im Hausarzttopf ist, dass sozusagen der Kinderarzt zu sich selbst überweist. Das ist aus einer Zeit, als es die Schwerpunktpädiatrie noch nicht gab. Die hat sich erst ab 1990 entwickelt. Erst 1992 oder 1993, glaube ich, sind bei der Bundesärztekammer die Fachordnungen dafür gemacht worden, und die Aufsetzung der Bedarfsplanung ist retrograd im Jahr 1991 gewesen, der 1. Januar 1990. Deshalb ist da ein System festgeschrieben und bis heute inhaltlich nicht revidiert worden. Das macht der Pädiatrie sowieso ein Problem, aber in einem Stadtstaat, wo man fachärztlich noch das Umland mitversorgt, ganz besonders. Deshalb haben Sie hier für Ihre Kinder auch letzten Endes weniger Köpfe, die Impfungen und Vorsorgen machen.

Ich weiß nicht, wer es war, der kurz das Thema MFA-Ausbildung angesprochen hat. Es ging ja mehr um das Thema Kinderkrankenpflegeausbildung, was wir sehr begrüßen, denn es würde Druck aus unserem gemeinsamen Kessel nehmen. Mein Wunsch wäre, auch die MFA-Ausbildung zu unterstützen, analog dem System des hessischen Kultusministers. Die haben dort für drei Jahre die Kitaerzieherinnenausbildung für die Betriebe, für die Kitas finanziert, haben massig Leute in die Kitas gebracht und haben in dieser Region keine Erzieherinnenprobleme in den Kitas mehr. Ich glaube, irgendeine symbolische Initiative – – Ich las, dass das immer mit Geld hinterlegt ist. Es ist wahrscheinlich schlecht, wenn man ins Abgeordnetenhaus geht und sagt: Ich will Geld für irgendwas haben –, aber das ist ein Beruf, der wirklich in der Skala des Einkommens nicht oben steht, wo sich eine Unterstützung nicht schlecht machen würde und man sich auch gut Transparenz aufs Banner schreiben könnte.

Zu guter Letzt: Wir müssen von dieser 7/24-Mentalität weg. Es ist leider Gottes auch von einigen Teilen der Gesundheitspolitik jahrelang gesagt worden, es muss immer alles jederzeit verfügbar sein. Nein! Wir müssen lernen: Wann gehe ich zum Arzt? Wann gehe ich ins Krankenhaus? Wir müssen mit unseren Ressourcen sinnvoller umgehen, nicht nur, weil wir es jetzt gerade nicht wollen und immer jammern, dass wir nicht genug Geld verdienen, sondern diesem 7/24-Problem steht ein einfaches demografisches Problem entgegen, und die Leute, die die Arbeit machen, werden immer weniger. Also wir werden es nicht nur durch gute Ideen lösen können, da wird uns die Demografie, also die Bevölkerungsentwicklung, in die Suppe spucken. – Danke Ihnen! Ich würde mich, wenn keine weiteren Fragen sind, verabschieden.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen herzlichen Dank! Alles Gute! Frohes Schaffen weiterhin! – Dann würde ich jetzt Herrn Schreiner und dann Herrn Prof. Dr. Raile bitten – ein bisschen auf die Uhr gucken –, die Senatorin natürlich auch noch und dann Punkt. – Bitte schön!

Marc Schreiner (Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.; Geschäftsführer): Herr Vorsitzender! Ich habe hoffentlich mehr als eine Minute. – Ich fasse die Fragen zusammen. Danke auch für die Analysen, die hier zur Gesamtlage angestellt wurden. Es geht jetzt noch mal um Fachfragen. Da war hinsichtlich des Verschiebens von Operationen um Bestätigung gebeten worden. Ja, tatsächlich sind die Krankenhäuser teilweise schon wieder im Notbetrieb angekommen. Das bedeutet, dass medizinische Eingriffe – soweit es vertretbar ist, das ist eine ärztliche Entscheidung – verschoben werden, wenn durch das Verschieben keine medizinischen Nachteile zu besorgen sind. Dann kann tatsächlich wieder diese Mangelwirtschaft hier durchgeführt werden. Wir sind leider wieder in der Situation. In der waren wir schon mal zu den ersten Zeiten der Coronawellen, und das ist jetzt leider schon wieder der Fall.

Es ging auch um die Frage, ob es Sinn machen könnte, die Isolationspflicht auszusetzen. Das würde ja bedeuten, dass wir infiziertes Personal mit vulnerablen Patienten zusammenbringen. Das kann in nicht direkt mit Patientenkontakt vorgesehenen Tätigkeiten Sinn machen. Patientenfernere Dienste können wir so besser gewährleisten, aber das ist jetzt kein Standard, den wir hier zur Anwendung bringen können.

Jetzt kommen wir zu den systemischen Fragen. Da ging es zum Beispiel darum, wie wir die Rettungsstellen jetzt im Augenblick besser aufstellen können. Tja, kleiner Blick auf das Rettungsdienstgesetz, welches hier ja auch in den kommenden Wochen beraten wird: Wir schauen mit ein bisschen Sorge darauf. Wenn die Qualifikation des Personals auf den Rettungsmitteln nach unten kalibriert werden soll, bedeutet das, dass die präklinische Versorgung nicht ganz so belastbar ist. Wir haben dann zugleich mehr Rettungsmittel in der Stadt. Das würde bedeuten, dass wir mehr und schlechter versorgte, also nicht ganz so hochwertig versorgte Patienten in den Rettungsstellen sehen. Das könnte sogar die Belastungssituation in den Rettungsstellen vergrößern. – Das jetzt mal als kleiner Ausflug zum Rettungsdienstgesetz.

Ansonsten, Herr Schulze – die Frage kam von Ihnen – ganz klar: Steuerung. Vorhin hat jemand die Frage gestellt: Können wir in Schulen vielleicht schon früh anfangen zu erziehen, wann man die 116 117, wann man die 112 wählt oder wann man in die Rettungsstelle kommt? – Das ist tatsächlich eine große Aufgabe, die Sie hier als Hohes Haus auch gestalten können. Es ist eine Landeszuständigkeit, dass wir die Bevölkerung darüber noch besser informieren, wann man in die Rettungsstelle kommt. Natürlich – das ist uns auch bewusst – ist

jeder Fall subjektiv ein Notfall und soll schnellstmöglich und gut versorgt werden. Dann geht man, weil die Versorgung bei den niedergelassenen Ärzten manchmal eine ziemlich lange Vorlaufzeit hat, in die Rettungsstelle. Aber da muss angesetzt werden, damit wir einen sensibleren Umgang mit dieser Kapazität bei der Bevölkerung erreichen.

Ein großes Thema bei den Fragen war Personal, Pflegepersonal insbesondere. Was können wir besser machen? – Da machen wir schon eine ganze Menge. Ich bin mit Stolz Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft. Wir haben eine große Trägerpluralität mit vielen Trägern, die wirklich Enormes leisten, um die Pflege zu stärken. Da gibt es Wertekonzepte, Wertschätzung mit dem Resultat, dass die Ausbildungszahlen in der Pflege in Berlin, anders als der Trend in vielen anderen Bundesländern, sogar gesteigert werden konnte. Es gibt erste Träger, die Bewerbungen für Pflegeausbildung nicht mehr annehmen können, weil die Kapazitäten da voll ausgeschöpft sind. Das ist ein schöner Moment, und das müssen wir auch weiter ausbauen. Wir müssen dann aber auch die Kapazitäten an den Schulen verstärken, Lehrer ausbilden.

Wir arbeiten auch als Berliner Krankenhausgesellschaft bereits seit drei Jahren strukturiert an der Verbesserung der Pflege. Wir haben die Kampagne #PflegeJetztBerlin aufgelegt und mit eigenem Kampagnenpersonal unterlegt, wo wir an allen notwendigen Stellschrauben arbeiten, zum Beispiel, wie wir ausländische Pflegekräfte integrieren. Das ist eine Aufgabe der Träger. Vorhin wurde das Tempo der Genehmigungen, der Anerkennungsverfahren beim LAGeSo kritisiert. Ja, das muss schneller gehen, das kann auch schneller gehen. Wir arbeiten mit der Kampagne #PflegeJetztBerlin aber auch an der Rückholung der stillen Reserve. Das war ja hier mehrfach Gegenstand. Das ist kein kurzfristiges Thema – Frage aus der SPD –, mit dem wir ad hoc morgen wieder mehr Kinderpflegekräfte in der Versorgung haben. Die stille Reserve ist auch nicht genau quantifizierbar. Es sind viele Hundert oder mehrere Tausend Pflegekräfte, die in den letzten Jahren nach nur siebeneinhalb Jahren durchschnittlicher Verweildauer im Beruf demselben unzufrieden den Rücken gekehrt haben. Die machen heute andere Tätigkeiten. Aber wir haben mit der Arbeitsagentur als Kampagne #PflegeJetztBerlin hier in Berlin bereits erreicht, dass die Berater in den Agenturen Arbeitssuchende, die eine Pflegestation im Curriculum haben, automatisch auf unsere Landing Page „Wiedereinstieg der stillen Reserve“ leiten. Das können wir gerne noch professionalisieren. Da braucht es auch gerne noch mal Unterstützung der Gesundheitssenatsverwaltung, dass wir den Wiedereinstieg in die Pflege stärken. Wir haben als Krankenhäuser Wiedereinstiegsprogramme, Tandemprogramme, wo Pflegekräfte im Dienst die neu Hinzukommenden wieder gut einlernen. Also da können wir sicherlich in der mittleren Frist etwas gewinnen, allerdings nicht für die kurzfristige Hilfe, die wir jetzt für die Kinder brauchen.

Das Thema Zeitarbeit ist hier noch mehrfach angesprochen worden. Der Bundesgesundheitsminister hat die Vollfinanzierung der Zeitarbeiter, die einen satten Zuschlag zu den üblichen Sätzen, die im Pflegebudget vergütet werden, nehmen, angekündigt. Das kann nur kurzfristig für die absolute Krisensituation jetzt eine Hilfe sein. Ansonsten haben wir auch den wissenschaftlichen Nachweis, dass exzessiver Einsatz von Zeitarbeit in der Pflege dieselbe in der Qualität nach unten führt. Wir sehen, dass der soziale Frieden in den Stammebelegschaften durch zu viel Zeitarbeit gestört wird. Wir haben großen Respekt vor den Motiven, die die Menschen in die Zeitarbeit treiben, Zeitarbeit ist nicht die Ursache des Problems, aber sie ist ein deutliches Symptom: Die Pflegearbeitsbedingungen müssen besser werden, und das machen wir auch mit unserer Kampagne, mit all den Stellschrauben. Was wir aber brauchen, ist

die Hilfe der Politik. – Frau Senatorin! Wir haben bereits im August miteinander eine Konferenz gehabt. Sie waren teilweise auch vertreten, wert Mitglieder des Hohen Hauses. Wir haben uns auf dieser Konferenz auch mit den Zeitarbeitern auseinandergesetzt. Wir haben festgestellt: Wir brauchen ein regulatorisches Verbot – das war die Maximalforderung –, aber mindestens eine maximale Reduzierung der Zeitarbeit, um die Qualität zu verbessern, die Patientensicherheit zu garantieren, aber auch den sozialen Frieden in der Stammebelegschaft herzustellen. Werte Frau Senatorin! Wir haben Sie auch in der Zwischenzeit noch mal angeschrieben. Wenn wir die Dynamik dieser Veranstaltung vom August jetzt bitte noch mal aufgreifen können und in Richtung Bundesrat die Initiative des Landes Berlin, die noch ruht, zum Verbot der Zeitarbeit weiterbetreiben, wenn wir auch über die gleich langen Spieße, die hier angesprochen wurden, mit den Zeitarbeitsfirmen noch mal mit Ihrer Unterstützung verhandeln können, dann ist das sicherlich wertvoll.

Personalbemessung für Ärzte – ich bin kein Arzt; das kann man vielleicht noch beantworten – halte ich für weniger angezeigt, denn ärztliche Entscheidungen kann man jetzt nicht von der Personalbemessung abhängig machen. Also die Verfügbarkeit ärztlicher Entscheidungen ist ein anderes System.

Frau Pieroth! Sie hatten das Thema Investitionen angesprochen. Zu Recht haben Sie darauf verwiesen, dass in den letzten Jahren etwas mehr Investitionen gegeben wurden. Es wurde im letzten Doppelhaushalt Berlins auch ein Green-Hospital-Programm aufgelegt. Wir danken sehr dafür, und das sind gute Entwicklungen, aber es bleibt halt leider – Sie haben meine Antwort sicherlich erwartet – eine absolute Mangelverwaltung. Wir haben Ihnen als Krankenhausgesellschaft den Investitionsbedarf auf zehn Jahre, unseren Rechtsanspruch im Volumen von 3,5 Milliarden Euro nachgewiesen. Ich kann Ihnen im Übrigen sagen: 350 Millionen Euro pro Jahr hatten wir gesagt; die sind mittlerweile mit den Baukostensteigerungen um die 480 Millionen Euro wert, und davon sind wir mit dem, was Sie an Investitionen zur Verfügung stellen – auch noch mal herzlichen Dank für die 50 Millionen Euro, die Sie jetzt mit dem Nachtragshaushalt für die Baukostensteigerung gegeben haben! –, dennoch noch sehr weit entfernt. Auch die wertvollen 30 Millionen Euro im Green-Hospital-Programm, Frau Pieroth: Das ist der Einstieg in eine neue große Aufgabe, die wir hier als Krankenhäuser der Stadt haben. Wir müssen uns um das Thema Klimaschutz im Krankenhaus kümmern, ein ebenso hochinvestives Thema, wo wir als große ressourcenkonsumtive Unternehmen, rund um die Uhr am Netz, auch einen tollen Beitrag leisten wollen und können. Dafür braucht es aber ebenso noch weitaus mehr als diese 30 Millionen Euro, die, wie gesagt, dankenswerterweise ein wertvoller Einstieg in diese ganze Reformdiskussion sind.

Ein Sonderprogramm für die Kinderstationen: Ja, das ist sicherlich auch schneller effektiv, als jetzt ein neues Kinderkrankenhaus zu planen. Es ist natürlich Sache des Landes zu entscheiden, welche Kinderkrankenhäuser es in Zukunft geben wird, aber mit Investitionen in die Kinderstationen können Sie sofort die bestehenden Strukturen stärken und damit deutlich schneller Effekte erzeugen als mit der möglichen Planung eines neuen Kinderkrankenhauses.

Abschließend wurde ich noch gebeten, den von der Regierungskommission vorgestellten Bericht zur Krankenhausreform noch ganz schnell zu bewerten. Das ist ein Papier, das hochnotwendig ist. Wir müssen über die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung reden. Ein Weiter-so-wie-bisher kann es natürlich nicht geben, aber der Vorschlag der Regierungskommission, der jetzt von Herrn Lauterbach vorgestellt wurde, wäre, wenn man ihn so anwenden

würde, ein Kahlschlag für die Versorgung der Stadt – das wurde von einigen Mitgliedern gesagt.

Ich kann Ihnen mal ein Beispiel geben. Wir haben ja diese verschiedenen Level, die in dem Reformpapier vorgeschlagen worden sind, und die Level haben jeweils eine Strukturvoraussetzung, beispielsweise für das Level 2 eine Stroke Unit, also eine Schlaganfallversorgungseinheit, und nur ein Krankenhaus des Levels 2 darf Geburten betreuen. Es würde für große Geburtskliniken der Stadt das Aus bedeuten, dass wir dann dort keine Geburten mehr machen dürfen. Das kann sicherlich nicht das Resultat der Krankenhausreform sein. Wir sehen den Bedarf, wir können uns auch gerne anschauen, ob man mit den Vorschlägen dieser Kommission weiter diskutieren und arbeiten kann, aber es ist dann auch Sache des Landes Berlin, die Planung, die Krankenhausversorgung sicherzustellen. Wir hoffen, dass wir da mit Ihnen eine gemeinsame Überzeugung herstellen können. – Ich hoffe, dass ich so weit jetzt alle Fragen zusammen beantwortet habe.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen herzlichen Dank! – Dann Herr Prof. Dr. Raile!

Dr. Klemens Raile (Vivantes Klinikum Neukölln; Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin): Vielen Dank! – Ich habe hier eine ganze Liste von Fragen. Ich gehe jetzt auch mal durch und hoffe, ich kann alle Fragen einigermaßen adressieren. Ich fange an mit Frau Suka, mit der Pflegespezialisierung. Ich finde, es war richtig, auch die Zahl zu nennen. Sie hatten fünf genannt, mir sind selbst zwölf Kinderkrankenschwestern, die jetzt in der Spezialisierung sind, bekannt. Also es ist eine viel zu geringe Zahl, die im Moment in Berlin ausgebildet wird, die dann absehbar auch Absolventen sind und direkt in den kinder- und jugendmedizinischen Stationen zur Verfügung stehen.

In Hamburg kann der Abschluss Kinder- und Jugendmedizin in den drei Jahren gemacht werden. Das ist der Hauptunterschied. Berlin hat teilweise nachgesteuert mit der vertieften Ausbildung, sodass die Qualifikation jetzt schon in der Ausbildung erworben wird, aber nach meinem Kenntnisstand – ich bin kein Spezialist – ist der Abschluss noch nicht möglich, und den Abschluss zu haben, ist dann im Prinzip ein wichtiger Qualitätspunkt in der Betreuung von Intensivstationen von neonatologischen Stationen. Also da könnte Berlin noch ein Jahr schneller sein mit der Qualifikation, und in der Ausbildung bitte so schnell es irgendwie geht!

Ein ganz wichtiger Punkt – Sie sind die Politik, wir sind gemeinsam die Öffentlichkeit –: Berlin ist Gesundheitsstadt. Der Gesundheitssektor ist ein ganz wesentlicher Aspekt dieser Stadt, und deshalb ist es wichtig, dass wir da hineininvestieren und auch die Ausbildungen voranbringen, auch durchaus überregional. Ich glaube nicht, dass Brandenburg, Mecklenburg auskömmlich für sich selbst ausbilden können. Ich glaube, da hat Berlin schon auch eine ganz wichtige Funktion, und entsprechend müssen wir die Gesundheitsfachberufe hier weiter ausbauen, Schwerpunkte und Vernetzungen bilden und auch Gesundheit neu planen. Das ist von Vivantes adressiert, das ist auch von der Charité klar adressiert, dass man Gesundheit neu denken muss und dass wir jetzt an Versorgungskonzepten stricken müssen, die wir in fünf bis zehn Jahren definitiv brauchen. Wir haben die Fachkräfte nicht, um in unserem jetzigen System einfach weiterzufahren und mehr und mehr Leute in diesem System zu beschäftigen, sondern wir müssen steuern zu mehr tagesklinischen Betten und mehr ambulanter Arbeit, aber das heißt auch, wir brauchen dann Pflegefachkräfte, die geschult sind und diesen Wechsel machen können. Wir sind in diesem Winter dabei, zu sanieren, notfallmäßig zu stabilisieren

und die Grundlage zu schaffen, dass nicht mehr Leute aus den Gesundheitsfachberufen gehen, sondern dass es im Gegenteil attraktiv wird und bleibt und es dann auch wieder interessierte Schülerinnen in diese Ausbildungen zieht.

Ich halte es jetzt für müßig, zurückzublicken und die Vergangenheit zu verhandeln. Ich glaube, da können wir uns komplett aufreihen. Das Kapitel mache ich jetzt komplett zu.

Was ist für uns jetzt das Wichtigste in den Kinderkliniken? – Wir brauchen mehr ambulante Präsenz in den Rettungsstellen, gerne mit KV-Rettungsstellen, aber gerne auch mit Ärzten, die außerbudgetär über den Senat, über einen speziellen Investitionsfonds – wo auch immer, da sind Sie die Fachleute, ich nicht – entsprechend bezahlt werden und uns dann helfen, auch das ambulante Geschäft auf Facharztniveau schnell abzuarbeiten. Wir können langfristig informieren, wir können langfristig schulen, aber wenn eine Familie mit Buggy und fieberndem Kind bei uns in der Rettungsstelle vor der Pforte steht, dann können wir die nicht mehr ohne Weiteres wegschicken. Also diese Steuermechanismen können wir sehr viel später beginnen und dann auch starten, Information ist immer ein ganz wichtiger Punkt, auch in die Schulen zu gehen und Gesundheit dort zu vermitteln, ist ein ganz wichtiger Punkt. Das kann alles auf die Liste, aber das hilft uns nicht, über diesen Winter zu kommen.

Wir brauchen, wenn es irgendwie geht, natürlich Fachpflege, Pädiatrie am Bett. Es gibt nie das letzte Bett, sondern es gibt immer ein Kind auf der Intensivstation, das gerade am wenigsten krank ist und eventuell auf eine periphere Station oder an die Charité verlegt wird. Da war IVENA gar nicht beteiligt. Das Kind hat ein Organersatzverfahren gebraucht, was nur an der Charité gewährleistet wird, und das Ganze ging nur in einem Tauschverfahren. Das heißt, wir haben ein Kind von der Intensivstation der Charité im Tausch übernehmen müssen für ein Kind, das wir dorthin verlegt haben. So läuft das reale Geschäft. Ich möchte nur, dass Sie das Bewusstsein haben, dass das natürlich bedeutet, dass Kinder mehr und mehr einer gewissen gesundheitlichen Gefährdung ausgesetzt sind und dass das System, auch was die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitsfachberufen angeht, zunehmend auf Verschleiß fährt. Auch da müssen wir gegensteuern und stabilisieren.

Ich glaube, das sind jetzt die wesentlichen Punkte von mir. Ich glaube, die Verwirtschaftlichung und die Säulen – von Herrn Schulze adressiert – können wir privat noch mal besprechen.

Vorsitzender Christian Gräff: Das würde ich auch vorschlagen.

Dr. Klemens Raile (Vivantes Klinikum Neukölln; Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin): Auch der Dame von der AfD stehe ich privat dafür zur Verfügung.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielleicht nicht am 24.

Dr. Klemens Raile (Vivantes Klinikum Neukölln; Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin): Dann übergebe ich an den Vorsitzenden.

Vorsitzender Christian Gräff: Herr Prof. Raile, vielen Dank noch mal für Ihren Appell! – Dann würde ich gerne die Senatorin zu Wort kommen lassen.

Senatorin Ulrike Gote (SenWGPG): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Ich möchte mich erst mal wirklich für die vielen guten und konstruktiven Beiträge von allen Seiten bedanken, zum einen natürlich von den Angehörten, aber auch von allen Abgeordneten hier. Ich finde es für mich als Gesundheitssenatorin wirklich beruhigend und motivierend zu sehen, in welcher Tiefe und Intensität der Ausschuss diese Fragen diskutiert. Das lässt mich auch für das hoffen, was wir im nächsten Jahr und in den nächsten Jahren vor uns haben, denn einiges oder vieles ist tatsächlich nur langfristig zu lösen.

Es wurde noch mal nach dem Rettungsdienstgesetz gefragt. Der Sachstand hierzu im Parlament oder im Senat ist kein anderer, als er es in der Plenardebatte war. Er ist, glaube ich, bekannt. Ich bin Herrn Schreiner aber sehr dankbar, dass er auch noch mal darauf eingegangen ist und möchte unterstreichen, was er sagte. Das ist der Blick auf den Rettungsdienst, den wir als Gesundheitsverwaltung auch haben. Wir haben uns zugesagt, dass wir eine größere Reform des Rettungsdienstgesetzes Anfang des nächsten Jahres angehen, die dann weitgehender ist als das, was wir jetzt in dieser Akutphase für den Rettungsdienst gemacht haben.

Dann war die Pflege das große Thema und die Frage, was mit den Pflegekräften passiert. Ich glaube, es ist klar geworden, dass die Fachkräftegewinnung in der Pflege eine mittel- und langfristige Aufgabe ist, die wir angehen müssen. Ich möchte aber vielleicht auch einmal sagen, weil das nicht immer so in der Öffentlichkeit steht, dass für mich dieses Jahr, in dem ich hier Gesundheitssenatorin bin, ein Jahr war, in dem ich mich intensivst mit den Pflege Themen beschäftigt habe, nahezu vom ersten Tag an. Zum einen passiert dazu auf der Bundesebene, in der ASMK sehr viel, weil Berlin traditionell da sehr aktiv ist. Wir sind da in vielen Gremien und Arbeitsgemeinschaften auch auf der Arbeitsebene federführend beteiligt. Wir bringen viele Initiativen ein, die langsam auch wirksam werden. Wir engagieren uns in höchstem Maße für die Pflegereform. Das ist über das ganze Jahr passiert. Ich habe zahlreiche Gespräche mit dem Pflegerat, mit Pflegeverbänden, mit der jungen Pflege geführt, auch mit Verdi. Wir werden das natürlich auch weiter tun, weil das ein Dauerthema ist.

Ich möchte noch mal hervorheben, was Frau Pieroth sagte. Der Pflegecampus Wenckebach ist ein Durchbruch. Nachdem sich das mit Spandau lange festgefahren hatte, ist es hier wirklich gelungen, schnell etwas auf den Weg zu bringen. Ich kann Ihnen nur sagen, die Planungen dafür laufen. Frau Pieroth hat noch mal sehr deutlich gesagt, dass das sehr wichtig ist. – Vielen Dank, Herr Schreiner, dass Sie noch mal sagten, was auch die BKG und die Mitglieder, die Sie vertreten, dort leisten. Auch hier sind unter dem Jahr Kapazitäten in der Pflegeausbil-

dung aufgebaut worden, was nicht immer im Licht der Öffentlichkeit steht, aber unbedingt zu begrüßen ist und wofür wir wirklich sehr dankbar sind.

Wir haben den Landespflegeausschuss neu aufgestellt und neu konstituiert. Wir haben zudem – was mir sehr wichtig ist; es ging heute ja auch viel um die Versorgungsplanung – das gemeinsame Landesgremium wiederbelebt. Das hat tatsächlich drei Jahre lang nicht getagt. Es hat im April 2019 zuletzt getagt. Ich finde, das ist ein Gremium, wo wir viele Fragen, die wir heute hier miteinander diskutiert haben, regelmäßig diskutieren und steuern müssen. Es ist mein Anliegen, dass das in Zukunft wieder regelmäßig zweimal im Jahr tagt. Den Anfang haben wir jetzt gemacht. Da werden sicherlich große Fortschritte, auch in einem gemeinsamen Kontext aller Beteiligten im Gesundheitswesen, möglich sein. Wir wollen auch dort Mitglieder aus dem Landespflegeausschuss integrieren, damit auch dort die Verzahnung wieder besser wird.

Aber im Moment, in der akuten Lage, ging es mir und meinem Haus vor allen Dingen darum, abzuschichten und zu gucken, was wir wann zuerst machen und was am schnellsten wirkt. Deshalb haben wir uns in einem mehrschrittigen Verfahren auf den Weg gemacht. Wir haben zunächst mit der Koordination der Kliniken begonnen, was hier sehr deutlich ausgeführt wurde. Wir haben dann in einem weiteren Gespräch den ambulanten Teil mit in den Blick genommen. Dann haben wir ein Gespräch mit den Kassen geführt. Ja, wir haben die Kreise dabei relativ klein gehalten, einfach, um effizient und schnell zu Maßnahmen zu kommen.

Wir werden selbstverständlich im nächsten Schritt mit den Pflegenden sprechen, mit den Pflegefachkräften und auch mit den Vertretungen, auch mit Verdi, auch mit den Pflegeverbänden. Ich habe ja angekündigt, dass wir das Anfang des Jahres angehen. Da wird es um die aktuelle Situation gehen, aber natürlich auch um das, was wir langfristig in der Ausbildung tun können.

Da bin ich bei den Fragen rund um die Generalistik. Ich bin Frau Suka sehr dankbar, die die Antwort hier eigentlich schon perfekt vorweggenommen hat, indem sie schon sehr gut ausgeführt hat, was eigentlich alles innerhalb der Generalistik möglich ist. Wir dürfen eins nicht vergessen, was heute noch nicht genannt worden ist: Es gibt gute Gründe, warum wir die generalistische Ausbildung eingeführt haben. Sie macht unsere Fachkräfte europakonform, europaeinsatzbereit. Wir werden damit anschlussfähig an die Ausbildungsstandards, wie sie in Europa Standard sind. Das ist eben nicht die spezialisiert ausgebildete Kinderkrankenpflegerin, wie wir sie von früher kannten. Das darf man nicht vergessen.

Trotzdem gibt es auch in Berlin drei Schulen, die die spezialisierte Ausbildung anbieten, nicht nur die Vertiefung, sondern auch die Spezialisierung. Das machen schon drei Schulen. Wir können, wie gesagt, im Kreis gerne noch mal schauen, ob es sinnvoll ist, das auszuweiten, aber ich glaube, die Chancen, die die Generalistik bietet, sind noch gar nicht ausgereizt. Hier kann man innerhalb der „normalen“ Ausbildung sehr viel mehr Einsatzorte – Frau Suka hat es ausgeführt – auch in der Pädiatrie machen. Dabei bin ich auch auf Sie, Herr Raile, angewiesen, dass wir uns zusammensetzen und gucken, was die Häuser dabei mitgestalten können, zusammen mit der Ausbildung. Das wird sicherlich ein Punkt sein, wo wir miteinander die Chancen der generalistischen Ausbildung noch mal stärker ausnutzen müssen.

Es ist leider so, dass weder früher noch heute genügend Fachkräfte für die Kinderkrankenpflege ausgebildet wurden. Das muss anders werden. Inwiefern die Generalistik uns da jetzt hemmt, können wir noch nicht sagen, weil ein Jahrgang noch gar nicht durch ist. Wir müssen aber jetzt die Weichen stellen, dass wir innerhalb des neuen Systems genug Kinderkrankenpflegekräfte ausbilden. Das würde ich gerne im nächsten Jahr gemeinsam mit Ihnen angehen.

Zum ÖGD möchte ich gerne – ich wollte eigentlich meinen Staatssekretär dazu ausführen lassen, aber Herr Bartzky hat eigentlich schon alles vorweggenommen – auf die Antwort verweisen. Das wäre im Prinzip auch das gewesen, was wir Ihnen sagen könnten.

Zur Frage auch von Ihnen, Herr Vorsitzender: Sie sagten, Sie hören mit Sorge, dass die Beratungsärzte abgebaut werden sollen. Ich kann Ihnen aber versichern, wir sind in guten Gesprächen und machen auch noch weitere Runden mit der KV und den Kassen. Es gibt dort auch Bewegung. Ich denke, wir sind da auf einem ganz guten Weg.

Ich will hier auch noch mal sagen, weil das ein paar Mal kam, dass das Land da nicht finanzieren kann. Wir haben eine duale Krankenhausfinanzierung, die wir nicht aufbrechen können. Die gute Nachricht ist: Es scheitert da eigentlich nicht am Geld, auch wenn wir jetzt die stille Reserve wieder ins System reinholen. Die sind ja finanziert. Auch über den § 105 Abs. 1b, der hier schon öfter genannt wurde, können wir auch den Ausbau in der Notfallversorgung finanzieren. Das ist der Weg, den wir gehen müssen. Dazu sind wir weiter mit den Kassen und der KV in sehr guten Gesprächen.

Letzter Punkt – Herr Schreiner, Sie wird es freuen –, die auskömmliche Finanzierung: Ja, wir wissen, was wir da noch vor uns haben, und wir werden, wenn es in die Haushaltsberatungen geht, Sie wiederum fragen. Sie werden uns das auch unaufgefordert schicken, denke ich. Dann werden wir das entsprechend anmelden. Man muss natürlich auch sagen: Der Haushaltsgesetzgeber sind Sie. Letztendlich wird hier im Parlament entschieden, welche Prioritäten wir setzen. Wir sind da gerne an Ihrer Seite. Es ist immer klar, dass man Kompromisse finden muss, aber letztendlich sind Sie der Haushaltsgesetzgeber, der hier die Priorisierung in der Weise vornehmen muss. Ich will aber auch nicht verhehlen, dass ich persönlich schon der Meinung bin, dass wir in Zukunft auch den Bund noch mal stärker in die Pflicht nehmen müssen. Denn das ist nicht nur ein Berliner Problem, es ist ein bundesweites Problem, dass auch die Investitionen in die Krankenhausfinanzierung schwierig sind. Vielleicht müssen wir auf der Bundesebene auch noch mal da ran, gerade wenn es um Programme der Nachhaltigkeit, wie Green Hospital, geht. Es gäbe durchaus Möglichkeiten, da noch mal reinzugehen. Das sind Dinge, die wir auf der Bundesebene weiter verfolgen.

Ein Satz noch, weil ich es eben vergessen habe – sorry, Herr Schreiner –: Meine Antwort zu den Leasingkräften müssten Sie eigentlich bekommen haben. Wir sind weiter auf dem Weg, den wir damals vereinbart haben. Wir werden, wenn wir im Haus geprüft haben, was man eventuell auf der Landesebene tun kann oder wie es auf der Bundesebene laufen sollte, natürlich noch mal aktiv werden. An unserer Haltung dazu hat sich überhaupt nichts geändert. – Das war es von meiner Seite. Vielen Dank für die intensive Beratung!

Vorsitzender Christian Gräff: Danke sehr, Frau Senatorin! – Jetzt hat sich Herr Kollege Kluckert gemeldet. Dann müssten wir aber eine komplett neue Rederunde aufmachen. Wir haben jetzt 45 Minuten über die Sitzungsdauer hinaus gesprochen. Herr Kluckert, wenn Sie

noch einen Kommentar abgeben möchten? Eine Fragerunde werden wir jetzt nicht eröffnen, weil auch mindestens zwei Anzuhörende nicht mehr im Raum sind. – Dann bitte!

Florian Kluckert (FDP): Ach nein, wenn Ihnen das nicht so wichtig ist, dann lassen wir es.

Vorsitzender Christian Gräff: Okay! – Dann möchte ich mich bei den Anzuhörenden noch mal sehr herzlich bedanken. Ich weiß, in welcher dramatischen Situation Sie sind. – Der Tagesordnungspunkt wird vertagt, bis das Wortprotokoll vorliegt. Vielen Dank!

Punkt 2 der Tagesordnung

Antrag der Fraktion der SPD, der Fraktion Bündnis
90/Die Grünen und der Fraktion Die Linke
Drucksache 19/0727

**Gesetz über die Förderung von
Gesundheitsfachberufsausbildungen**

[0145](#)
GesPflGleich
Haupt

Auf Antrag der Linksfraktion von der Tagesordnung abgesetzt.

Punkt 3 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.