

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit und Soziales

6. Sitzung
16. April 2012

Beginn: 12.06 Uhr
Schluss: 14.14 Uhr
Vorsitz: Dr. Wolfgang Albers (LINKE)

Punkt 1 der Tagesordnung

Aktuelle Viertelstunde

Siehe Inhaltsprotokoll.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Wir kommen zu

Punkt 2 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0010](#)
GesSoz
Männer- und Frauengesundheit (gender medicine)
(auf Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der
CDU)

Hierzu haben wir eine Anhörung vorgesehen. Ich begrüße unsere Gäste: Frau Sybill Schulz vom Netzwerk Frauengesundheit und Frau Dr. Sabine Oertelt-Prigione von der Charité. Frau Dr. Born lässt sich leider entschuldigen, sie ist kurzfristig krank geworden – kaum geht es um Männergesundheit, wird sie krank. Wir wünschen ihr von hier aus gute Besserung! Ich gehe davon aus, dass wir ein Wortprotokoll zu dieser Anhörung machen wollen. Besteht das Bedürfnis, sie zu begründen, jetzt noch? – Herr Isenberg, bitte!

Thomas Isenberg (SPD): Der Koalition ist das Thema wichtig. In der Kontinuität des Themas Patientenrechte geht es darum, die Teilhabe von Bürgerinnen und Bürgern oder von Patientinnen und Patienten zu organisieren – auch im Gesundheitswesen. Der Status quo ist ja traditionell verbesserungsbedürftig – Männer sterben durchschnittlich fünf Jahre eher als

Frauen, Frauen wiederum haben auch individuelle, spezifische Probleme im Gesundheitswesen – bei beiden Gruppen sowohl was die Versorgungslage betrifft, aber natürlich auch die Prävention. Insofern ist diese Genderperspektive etwas, was aus Sicht der Koalition gestärkt werden muss. Die Union sowie auch die SPD haben in der letzten Legislaturperiode hier schon einzelne Maßnahmen eingeleitet. – Leider konnten wir hier jetzt nicht 10 oder 20 Anzuhörende einladen, das tut uns natürlich leid. Wir haben in Berlin ein breites Netzwerk an entsprechenden Aktivisten, beispielsweise die Stiftung Männergesundheit, die heute aufgrund der begrenzten Teilnehmerinnen- und Teilnehmerzahl nicht eingeladen werden konnte, oder beispielsweise die Aktivitäten auf bezirklicher Ebene zum Thema Männergesundheit, aber auch die Förderung von Initiativen der Frauengesundheit. Das wollen wir in dieser Legislaturperiode in Auswertung der Anhörung bündeln und dann nachfolgend in einem ergänzenden Antrag im Laufe der Legislaturperiode weiter verdichten.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Isenberg! – Dann kommen wir zur Anhörung. Wer von Ihnen möchte beginnen? – Frau Schulz, bitte!

Sybill Schulz (Netzwerk Frauengesundheit): Guten Tag! – Vielen Dank für die Einladung hier zu einer spezifischen Fachrunde, die uns dennoch erst einmal unspezifisch erschien, wenn wir über das Thema Frauengesundheit reden sollen. Wir haben als Netzwerk Frauengesundheit mit nun zehnjähriger Vergangenheit immer wieder im Gespräch mit Ihnen spezielle Aspekte ja auch schon diskutiert. Deshalb würde ich Ihnen so einen kleinen Überblick geben: Wer sind wir? Was sind unsere aktuellen Forderungen? Dazu haben wir Ihnen ein Papier vorbereitet, das sich Wahlprüfsteine nennt, und sich wie die Broschüre dazu auf Ihren Plätzen befindet. Da sehen Sie, wie wir zusammengesetzt sind: Das Netzwerk Frauengesundheit, seit zehn Jahren in Berlin, ist ein Zusammenschluss ganz unterschiedlicher Akteure im Bereich Frauen und Frauengesundheit, hat dort über sechzig Mitglieder mittlerweile. Wir tagen regelmäßig zu ganz spezifischen Fragestellungen. Daher gibt es eben auch unterschiedliche Arbeitsgruppen. Das finden Sie alles in der Broschüre wieder. Das heißt, auch für Nachfragen stehen wir gern zur Verfügung.

Das Netzwerk hat sich auch mit einer Vision gegründet, nämlich „Berlin, gesunde Stadt für Frauen“. Dort geht es hauptsächlich darum, für eine geschlechtergerechte und geschlechtersensible Gesundheitsförderung und -versorgung anzutreten. Wir haben uns auf der Basis der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986, aber auch an dem Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen orientiert, der sich vor mehr als zehn Jahren erstmals in Deutschland mit der gesundheitlichen Lage von Frauen befasst hat. Uns ist es wichtig, da die Notwendigkeiten für eine frauenspezifische Gesundheitsförderung herauszuarbeiten und in den einzelnen Bereichen zu äußern – ob es Themen sind wie Brustgesundheit, wie Sucht, wie Frauengesundheit Migration, wie Bedarfe von behinderten Frauen, bis hin auch zu Fragestellungen wie Anerkennung von Abschlüssen. Daher einige Anmerkungen zu Fragestellungen.

Ich würde den ersten Aspekt, nämlich den Aspekt Forschung, hervorheben wollen, wie wichtig uns Public-Health ist. Relevant ist auch die Berlin School of Public Health, das heißt, die Bedeutung von Gesundheitsforschung mit stärkerer Genderorientierung unter Berücksichtigung der Geschlechterverhältnisse. Wir haben vor zehn Jahren den ersten Frauengesundheitsbericht in Deutschland gehabt und sehen heute anhand verschiedener Problemsituationen, dass wir eigentlich konkrete Forschungsergebnisse brauchen, um vor allen Dingen die Qualität der Entwicklung und auch die Umsetzung von Diagnoseverfahren und Therapien zu

verbessern und vor allen Dingen auch Gesundheitsförderung und -prävention zielgruppenspezifisch leiten zu können. Ich bringe das Beispiel Sucht, Medikamentenabhängigkeit, an: Wir wissen, zu 70 Prozent sind Frauen betroffen, was Medikamentenabhängigkeit betrifft. Wir haben – da gab es 2003 mal eine Anfrage von der PDS zum Thema welche Angebote herrschen in Berlin, wie sind die wirklich auch implementiert als Regelversorgung für die Frauen und vielmehr noch, haben wir spezifische Indikatoren, um den Erfolg von solchen Angeboten messen zu können? – im Bereich Sucht wenig konkrete Forschungsdaten, -ergebnisse. Der Bereich Forschung ist der eine, wo wir sagen, wir haben oft auch keinen Zugang zu Daten, also Daten werden nicht veröffentlicht, wenn Studien vielleicht nicht mit Ergebnissen, die erwünscht waren, existieren. Das heißt, auch da den Zugang zu Daten zu fordern, zu Forschungen, die sowohl hier in Instituten in Berlin, aber auch in Deutschland gemacht werden.

Ich ziehe den Schlenker zu Aus- und Fortbildung. Wir haben im Bereich Aus- und Fortbildung immer wieder das Problem von bestimmten Fragestellungen, die wir in der Aus- und in der Fortbildung in den Studien nicht wiederfinden. Das ist einerseits der Umgang mit dem Thema Behinderung, Bedarfen von Menschen mit Behinderung, von Frauen, das heißt, Umgang auch mit den unterschiedlichsten Behinderungsarten, um Personal rechtzeitig zu schulen. Es gibt verschiedene Module, an denen wir auch mitarbeiten – ob das im Krankenpflegebereich ist, in der Hebammenfortbildung und -ausbildung. Aber es reicht nicht aus, sondern das muss natürlich in den entsprechenden Ausbildungsgängen implementiert sein. Das ist ein Aspekt – Behinderung.

Das andere Thema ist Migration, der migrationsensible, kultursensible Umgang mit Patienten und Klienten. Auch da sehen wir einen großen Bedarf vor allen Dingen im Gesundheits- und Pflegebereich – das betrifft Ihren Ausschuss –, wo es für uns wirklich schwer ist, den Zugang zu finden, um dort in den Ausbildungsmodulen auch dieses fest zu implementieren. Das passiert an einigen Fachhochschulen und Hochschulen schon, aber noch nicht ausreichend. Das Problem der Aus- und Fortbildung zeigt sich auch bei Spezialthemen wie z. B. Genitalverstümmelung. Einige von Ihnen wissen sicher, dass UNICEF– ich glaube, das war 2005 – zusammen mit Terre des Femmes und dem Berufsverband der Gynäkologen eine Erhebung zum Thema „Genitalverstümmelung und Bekanntheit bei den niedergelassenen Gynäkologen“ gemacht hat. Damals haben lediglich zehn Prozent vermerkt, dass sie davon schon gehört haben. Auch da sehen wir einen Fortbildungsbedarf, nämlich bei den Ärzten, bei Hebammen und bei Krankenschwestern. Was Zahlen betrifft, haben wir nur Schätzungen, die Terre de Femmes vorgenommen hat. Es kursieren Zahlen zwischen 20 000 und 30 000 Betroffene in Deutschland, 5 000 jährlich, die bedroht sind. Auch dem Thema bitten wir Sie, sich zu widmen.

Im Jahr 2009 haben wir – ich bin Geschäftsführerin vom Familienplanungszentrum „Balance“ – gemeinsam mit anderen Akteuren einen sogenannten Runden Tisch gegründet, nämlich Stopp FGM – female genital mutilation – in Berlin-Brandenburg, und versucht, dieses Thema im Rahmen von speziellen Arbeitsgruppen und -plänen zu bearbeiten. Aber da brauchen wir auch das politische Bekenntnis, an dem Thema zu arbeiten, nämlich gemeinsam mit Politik und Verwaltung, und vielmehr noch auch mitzuwirken an der Initiierung von Aufklärungskampagnen in den Schulen, in den Communities, damit eben genau dieses Ritual, das auch in Berlin fortgeführt wird oder zumindest in den Heimatländern, wenn die Kinder dort hingschickt werden, verhindert wird.

Aus- und Fortbildung: Wir haben immer wieder das Problem, dass wir Berufs- als auch Studienabschlüsse nicht anerkannt bekommen haben bzw. die Betroffenen oder die Ratsuchenden bzw. Bewerberinnen auch nicht wissen, wohin sie sich wenden können. Wir wissen, dass es auf Bundesebene nun ein Gesetz gibt und dass die Umsetzung auch erfolgen soll. Wir fragen uns, welche Zuständigkeit Berlin da hat. Wie weit kann Berlin schon eine Vorreiterfunktion wahrnehmen und bei einer möglichst schnellen Anerkennung von Abschlüssen mitwirken? – Wir sehen ein großes Defizit bei Fachärzten, Gynäkologen. Speziell kann ich aus meiner Praxis berichten, dass wir immer wieder russischsprachige Gynäkologen, aber auch Krankenschwestern aus afrikanischen bzw. arabischen Ländern haben, die hier nicht anerkannt sind, wir aber ein großes Defizit haben an muttersprachlichem Personal in dem Bereich bis hin zu Hebammen. Das wissen Sie auch: Die Stadt ist nur dünn besiedelt mit Fachhebammen mit entsprechendem Migrationshintergrund.

Zu den Fachveranstaltungen: Wir haben immer wieder festgestellt, dass wir viele gesundheitsrelevante Fragen haben, aber auch Fragen, die andere Ressorts betreffen, nicht nur Ihren Ausschuss. Da wünschten wir uns eine stärkere sektorübergreifende Zusammenarbeit, um das klären zu können wie bei der Anerkennung von Abschlüssen.

Ich würde Ihnen gern aus dem Papier „Wahlprüfsteine“ noch einige ausgewählte Forderungen präsentieren, wo es dringend Handlungsbedarf gibt. Bei Punkt 2 – Themenbereich „Reproduktive Gesundheit“ haben wir das Thema „Pille danach“ immer wieder auf die Agenda gesetzt. Wir haben jetzt die Situation – Bremen hat einen Vorstoß gewagt und ist leider abgeschmettert worden –, dass die Bundesländer momentan die rezeptfreie Vergabe der „Pille danach“ in Deutschland nicht unterstützen. Wir sind in Westeuropa das letzte Land, das eine solche rezeptfreie Vergabe nicht hat, und wissen aber von den Erfahrungen aus den Ländern. Wir brauchen nur an Frankreich zu denken. Dort werden sie von Sozialarbeitern an den Schulen vergeben, aber auch Länder wie Irland haben eine rezeptfreie Vergabe. Wir bitten Sie um politische Unterstützung, damit es in der Bundesrepublik zu einer Abstimmung im Bundesrat, die hoffentlich positiv ist, kommen kann, weil wir sehen, dass es immer noch einen unerklärlich schweren Zugang zu einem Notfallmedikament gibt, das lediglich hilft, unerwünschte Schwangerschaften zu vermeiden. Das ist wichtig.

Dann haben wir bei dem Punkt „Reproduktive Gesundheit“ das Thema der flächendeckenden gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderung. Es gibt immer wieder Anfragen von Behindertenverbänden, die speziell im Bereich der medizinischen Versorgung große Defizite sehen, einerseits im Umgang des Personals mit dem Thema Behinderung, aber andererseits auch in der Terminvergabe bis hin zur Infrastruktur. Speziell in der gynäkologischen Versorgung – das kann ich aus Erfahrung sagen – haben wir einen großen Bedarf an Versorgung mit entsprechendem Zeitbudget. Wir haben aber von der KV aus, also über die Krankenkassen, keine Möglichkeiten, eine solche adäquate Versorgung für behinderte Frauen, egal mit welcher Behinderungsart oder -kombination, abzurechnen. Es gibt keine Ziffer für eine entsprechende gynäkologische Versorgung. Wir haben dazu über Jahre Verhandlungen mit der KV geführt. Es wurde uns immer erwidert, es gäbe keinen besonderen Bedarf.

Den gleichen Bedarf sehen wir auch, wenn für Frauen mit Migrationshintergrund, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, ein muttersprachliches Personal nicht zu Verfügung ist. Auch da gibt es einen besonderen Bedarf. Der wird jedes Jahr, wenn es um Verlängerungen von Ermächtigungen geht – auch bei uns im Zentrum, im BALANCE – immer wieder abgeschmettert. Das kann nicht sein. Es gibt einen besonderen Bedarf in der Praxis. Da können Sie verschiedene Facharzt disziplinen, glaube ich, sehr leicht befragen.

Zum Themenbereich Sucht gab es auch mal eine Anfrage. Auch im Bereich Sucht sehen wir, dass einerseits die Suchthilfeangebote erweitert werden müssen, aber vielmehr muss auch auf den Ausbau des Beratungs- und Behandlungsangebots für suchtkranke Frauen mit Migrationshintergrund fokussiert werden. Auch da gibt es keine ausreichende Versorgung.

Unter Punkt 4 – Migration und Frauengesundheit – haben wir einen Punkt an die erste Stelle gesetzt. Das ist die Sicherstellung der psychotherapeutischen und psychologischen Versorgung von Frauen mit Migrations- und Fluchthintergrund. Auch da gab es unsererseits zusammen mit der Berliner Initiative und mit S.U.S.I. verschiedene Aktivitäten, auch mit der entsprechenden Senatsverwaltung. Auch da sind wir nicht weitergekommen. Da haben wir die

Frage an Sie: Wie sieht es aus, was die Versorgung betrifft? Wird sich da im Schlüssel und bei den Zugangsmodalitäten etwas ändern? Wie handhabt Berlin dieses Defizit?

Ein Punkt im Bereich Migration und Frauengesundheit ist die medizinische Versorgung von nicht versicherten Frauen. Auch da haben wir auf verschiedenen Fachtagungen schon mit Ihnen diskutiert, was denn aus diesem Instrument des anonymen Krankenscheins, was in der letzten Legislaturperiode diskutiert worden ist, geworden ist. Wie ist der Stand? Gibt es schon genauere Vorstellungen? Wir haben die Situation in den unterschiedlichen Projekten, freien Trägern, als auch in den staatlichen Beratungsstellen, dass es dort eine unter- oder auch Nichtversorgung gibt. Speziell bei der Schwangerenversorgung sehen wir einen Bedarf, der flächendeckend zu sichern ist.

Zum Themenbereich Brustkrebs haben wir verschiedene Punkte aufgeführt. Uns geht es da um die Verbesserung der Kommunikation und Information bei Diagnostik und Therapie, das heißt zielgruppenspezifische Informationen für behinderte Frauen, und insbesondere muttersprachliche für Migrantinnen, einerseits zum Screening, andererseits zu Voruntersuchungen. Da gab es auch verschiedene Diskussionen, und wir bitten um eine Verbesserung des Zustandes, weil die Informationen, die momentan vorliegen, nicht ausreichen. Sie sind auch nicht in leichter Sprache und nicht ausreichend in den verschiedenen Muttersprachen vorhanden.

Das wären einige spezifische Aspekte aus unseren „Wahlprüfsteinen“. Ich würde zuletzt nachfragen, wie es denn aussieht, uns bei Fragestellungen zu unterstützen – wir haben z. B. in den Jahren 2006, 2007, 2008 verschiedene Fachveranstaltungen auch hier im Abgeordnetenhaus zu spezifischen Fragestellungen durchgeführt. Das bieten wir Ihnen an, dass eine Expertin aus dem Netzwerk zu Ihnen kommt und zu verschiedenen Fragestellungen Position bezieht –, und wir bieten Ihnen an, eine solche Tradition fortzuführen und auch was die Materialien betrifft, mitzuwirken. Es gibt konkrete Fragestellungen, bei denen wir Ihnen gerne zur Verfügung stehen, mit Arbeitsgruppen – es gibt bei uns die Arbeitsgruppe Migration und Frauengesundheit, Brustkrebs, Sucht, und das Behindertennetzwerk ist bei uns auch Mitglied, arbeitet zum Thema Frauengesundheit und Behinderungen – ins Gespräch zu gehen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Frau Schulz! – Frau Dr. Oertelt-Prigione!

Dr. Sabine Oertelt-Prigione (Charité, Institut für Geschlechterforschung in der Medizin): Wir sind etwas unwissend eingeladen worden. Daher werde ich Ihnen vorstellen, was wir an unserem Institut machen. Ich bin Ärztin und Wissenschaftlerin am Institut für Geschlechterforschung in der Medizin. Die Charité hat das erste solche Institut in Deutschland überhaupt. Es wurde 2003 gegründet. Seit 2007 sind wir ein permanentes Institut und befassen uns vor allem mit den schon angesprochenen Forschungsfragen, bei denen es viel Bedarf und viel zu tun gibt.

Was unsere Forschung angeht: Wir untersuchen verschiedene Aspekte. Wir sind ein medizinisches Institut und betreiben viel Grundlagenforschung. Dazu kommt die klinische Forschung, natürlich in der Charité angesiedelt. Daher wirken wir an großen klinischen Studien entweder beratend mit, oder wir rufen sie selbst ins Leben. Dazu kommt die Zusammenarbeit mit den Psychologen – wir haben auch viel in der psychologischen Forschung gemacht – und letztendlich auch die Datenerhebung. Die Gender-Medizin als solche, zu der ich gleich noch etwas sagen möchte, weil wir uns ein bisschen anders positionieren als die Frauengesundheit, ist

noch eine sehr junge Disziplin, in der es viel zusammenzutragen gibt, um diese Disziplin überhaupt zu definieren.

Was wir wissenschaftlich unter Gender-Medizin verstehen und was allgemein wissenschaftlich darunter verstanden wird, ist ein bisschen anders als die Frauengesundheit. Wir versuchen, uns immer ein bisschen zu distanzieren. Wir machen weder Männer- noch Frauengesundheit. Was wir wissenschaftlich dahinter sehen, ist, den Geschlechtervergleich zu nutzen, um sowohl die Pathogenese der Erkrankungen durch diesen Vergleich zu erklären und um im Allgemeinen die klinische und die Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten für Männer und Frauen zu verbessern, und das eben aus diesem Vergleich heraus.

Es ist eine Tatsache, dass für viele Jahre die Daten in der Medizin vor allem für Männer vorhanden waren und zum Teil immer noch vorhanden sind. Die Situation verändert sich langsam, glücklicherweise, aber es gibt noch einen großen Nachholbedarf, was dazu führt, dass auch wir zum Teil Frauenstudien machen müssen, nicht aus der Idee heraus, dass Frauen separat behandelt werden sollen, sondern weil wir nicht genügend Daten haben, um überhaupt diesen Vergleich erstellen zu können, den wir brauchen, um die Bedingungen für beide Geschlechter verbessern zu können. Das liegt uns extrem am Herzen. Wir möchten für beide etwas verändern. Das muss natürlich spezifisch gemacht werden. Wie vorhin angesprochen wurde, gibt es gerade im Rahmen der Präventivleistungen für Männer einiges zu tun, weil hier die Zahlen der Teilnahme sehr unterschiedlich sind, tendenziell bei Männern geringer als bei Frauen, was aber nicht bedeutet, dass wir bei Frauen nicht viel zu tun haben, vor allem für besondere Erkrankungen, für die in der Allgemeinbevölkerung keine Aufmerksamkeit besteht.

Ich wurde gebeten, etwas mehr zur Prävention zu sagen. Wir starten im Moment eine Studie für Frauen. Wir wollen untersuchen: Welche Faktoren bewegen Frauen – letztendlich soll sie auf Männer erweitert werden – und Männer dazu, überhaupt an Präventivangeboten teilzunehmen? Wir kommen wir an unsere Target-Bevölkerung heran? – Das ist ein extrem kompliziertes Problem, auch ein immer aktuelleres Thema, wenn wir bedenken, dass unsere Bevölkerung immer älter wird und chronische Erkrankungen, die zum Teil vermieden werden können, immer häufiger werden. Daher ist Prävention ein wichtiges Thema, und wir sollten versuchen, in den nächsten Jahren die Bedingungen zu verbessern und auch besser an unsere Bevölkerung heranzukommen. Um das effektiv zu machen, weil wir sehen, dass leider die Angebote zum Teil immer noch nicht wahrgenommen werden, obwohl sie zum Teil vorhanden sind, müssen wir die Bedingungen verbessern. Wir müssen besser verstehen: Wie kommen wir an unsere Patientinnen und Patienten bzw. an unsere gesunde Bevölkerung heran, bevor es Patienten und Patinnen werden? – Daher sehen wir da einen extremen Nachholbedarf und möchte da auch einiges machen. Leider sind die Studien zum Teil etwas geringer aufgelegt, weil die Möglichkeiten nicht immer gegeben sind. Aber ich denke, wenn in Zukunft mehr Bewusstsein da ist, wird sich das verändern.

Was für Sie auch von Interesse sein könnte: Wir haben die erste Datenbank zu geschlechtsspezifischer Literatur aufgebaut, die im Internet abgelegt und frei zugänglich ist. Sie brauchen nur ein Passwort dazu, das aber frei ausgegeben wird. Das ist eine Fachdatenbank, die nicht für den Laien gedacht, aber für Fachleute sicherlich interessant ist. Hier sind über 10 000 Artikel gescreent worden, und wir haben in dieser Datenbank die Artikel abgelegt, die Geschlechterunterschiede untersucht haben. Das ist als Grundlage für potenzielle Forschung, als

Service für die wissenschaftliche Allgemeinheit gedacht. Wir werden nicht alle diese Daten für uns persönlich nutzen können. Es ist vielmehr als Grundlage gedacht, auf die man aufbauen kann. Wir hoffen, dass das weiter unterstützt wird. Dieser Service ist im Moment umsonst und für alle zugänglich. Das ist eine Sache, die langfristig gefördert werden muss, und wir müssen gucken, wie das weitergehen kann. Es ist aber ein Projekt, das nicht nur deutschlandweit Sinn hat, sondern was international funktionieren wird, denn alle Artikel sind auf Englisch. Die wissenschaftliche Literatur ist in diesem Fall allgemein auf Englisch gespeichert.

Ein anderes Thema, das ich gern ansprechen würde, ist die Lehre. Als ich angefangen habe, Medizin zu studieren – und so alt bin ich noch nicht –, wusste man gar nicht, was Gender-Medizin ist. Das war überhaupt kein Thema, wurde überhaupt nicht angesprochen. Glücklicherweise und auch mit Unterstützung durch das Chancengleichheitsprogramm der Senatsverwaltung hat die Charité als Erste in ihrem neuen Modellstudiengang Gender-Aspekte mit verankert. Wir entwickeln im Moment diesen Modellstudiengang und machen als Institut beratend mit. Die Charité ist somit die Erste, die Geschlechterunterschiede in der Pflichtlehre verankert. Das heißt, die Absolventen dieses Modellstudiengangs werden in einer gewissen Anzahl von verschiedenen Veranstaltungen, sowohl Vorlesungen als auch Seminaren, zu Geschlechterunterschieden gebieft. Sie werden hoffentlich sensibilisiert. Es werden die verschiedensten Aspekte sowohl Kommunikation als auch die medizinischen als auch biomedizinischen Aspekte angesprochen. Wir hoffen, dadurch nicht nur die Geschlechteraspekte mehr zu betonen, sondern auch den nächsten Schritt in Richtung Diversity zu ermöglichen. Mit den Geschlechterunterschieden liegt es noch ein bisschen im Argen, aber es wird langsam besser. Aber wir können nicht einfach die Augen schließen. Es kommen noch ganz andere Aspekte dazu, die wir auch mit aufnehmen müssen. Wir hoffen in Zukunft auf eine langfristige Erweiterung im Rahmen Diversity, damit diese Themen wie Migrationsgesundheit, die hier erwähnt wurden, mit einfließen können, in die Lehre als Grundstein. Ich würde hier mit unseren Aktivitäten und dem, was wir geschafft haben, abschließen.

Wo kann es weitergehen? Was fehlt uns noch? – Ich würde auf jeden Fall unterstreichen: In der Forschung fehlt noch vieles. Es gibt noch viele Themen, die erforscht werden müssen. Wir haben in den letzten Jahren eine Zunahme an Forschungsergebnissen, die bei Männern und Frauen erhoben werden. Das heißt, es geht in die richtige Richtung, zumindest für uns. Aber es wird noch nicht genug gemacht, und es stimmt, dass gerade die negativen Ergebnisse zum Teil nicht publiziert werden, was etwas kompliziert ist, wenn man neue Studien designen möchte. In der Forschung kann es auf jeden Fall noch weitergehen.

Die Prävention habe ich schon angesprochen. Wir fangen jetzt mit einer Studie an. Da gibt es sehr viel zu tun, auch in Kooperation mit den Frauen- und Männergesundheits-Netzwerken, um zu sehen, was schon geboten wird. – Falls es Fragen gibt, stehe ich Ihnen gern zur Verfügung und beantworte sie gerne. – Danke!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Frau Staatssekretärin, die Stellungnahme des Senats!

Staatssekretärin Emine Demirbükten-Wegner (SenGesSoz): Herzlichen Dank für die beiden Ausführungen, sowohl an das Netzwerk Frauengesundheit, das mir schon aus der letzten Legislaturperiode bekannt ist – wir konnten auch schon eine gemeinsame Veranstaltung, eine Tagung zur Gesundheit, insbesondere für Frauen mit Migrationshintergrund durchführen –,

als auch an die Forschung und Lehre in der Charité. Selbstverständlich kann alles besser werden, aber es liegt in der Natur der Forschung, dass es immer besser werden muss. Das muss man vielleicht auch unterstreichen.

Ich würde gern ein paar Punkte herausgreifen und anfangen mit dem Netzwerk Frauengesundheit in Bezug auf die Anerkennung von Abschlüssen, weil Sie, Frau Schulz, zu Recht auf die neue bundesgesetzliche Regelung hingewiesen haben. Wie wir alle wissen, ist seit dem 1. April das Gesetz als solches in der Umsetzbarkeit. Für das Land Berlin ist das LAGeSo, das Landesamt für Gesundheit und Soziales, dafür zuständig. Auch für die Fort- und Weiterbildung in diesem gesamten Komplex ist das LAGeSo zuständig. Wir sind gerade in unserem Haus in enger Abstimmung in Bezug darauf, welche Voraussetzungen in Berlin insbesondere für die Herstellung von Chancengleichheit von Interesse sind und wo aus unserer Sicht eventuell Defizite sind, die für das Land Berlin von großer Bedeutung sein könnten. Fakt ist aber, dass diese Umsetzung noch ein Stück zu Irritationen führt, weil das Gesetz im Großen und Ganzen nicht bekannt ist und viele noch nicht wissen, wer dafür der zuständige Ansprechpartner ist. Ich erlebe immer mehr, dass die Leute eher fragen: An welche Senatsverwaltung muss ich mich wenden? –, und es geht auch immer in Richtung der Senatsverwaltung für Bildung. Wenn ich dann sage: Das ist das LAGeSo. –, dann gibt es schon da eine Irritation. Insofern ist es wichtig, dass schon die Multiplikatoren wie Sie und auch andere zunächst die richtige Ansprechstelle wissen.

Zur Datenerfassung: Sie hatten insbesondere die Niedrigschwelligkeit für Menschen, Frauen mit Migrationshintergrund angesprochen. Aus unserem Haus weiß ich das schon seit dem Jahr 2003, dass die Gesundheitsberichterstattung ein fester Standard ist. Es sind Leitlinien, die Ihnen auch bekannt sind, entwickelt worden.

Sie hatten den Bereich Sucht angesprochen. Der Gesundheitsbericht umfasst ca. 90 Indikatoren, worunter auch die alkoholbedingte Erkrankung einen Teilaspekt dieser gesamten Leitlinien als Standard darstellt. Wenn aus Ihrer Sicht bei den 90 Indikatoren etwas zu kurz kommt, muss man in der Gesundheitsberichterstattung, die in unserem Haus angefertigt wird, darauf hinweisen. Wichtig ist, dass bei dieser Gesundheitsberichterstattung auch zu den Standards gehört, dass die geschlechter- und migrantensensible Betrachtungsweise in der Berichterstattung schon seit 2003 als ein Standard festgeschrieben ist. Aber nichtsdestotrotz kann man gucken, ob dieses einer Erweiterung bedarf.

Sie haben den Punkt in Ihren „Wahlprüfsteinen“ erwähnt, ein Querschnittsthema, das auch ein Querschnittsthema ist, das sind verbesserte Zugangsmodalitäten für Frauen mit Migrationshintergrund. Sie haben das in den Punkten 2, 4 und 6 genannt. Da muss man zwei Dinge sehr fein voneinander trennen, auf der einen Seite: Wie können sich die vorhandenen Strukturen, Netzwerke, Institutionen interkulturell öffnen? Wie interkulturell sind die Teams besetzt? Wie können wir in die Migrantengemeinschaft hineinwirken, damit für die nächsten fünf, zehn, fünfzehn Jahre auch aus diesen Bereichen mehr Nachwuchspotenziale entstehen, die auch in diesen Bereichen aktiv werden? – Das ist ein Problem, der nicht mit einer einzigen Antwort zu lösen ist, sondern bedarf einer Herangehensweise unterschiedlicher Art und unterschiedlicher Handlungsschritte in den nächsten Jahren. Insofern ist das eine Querschnittsaufgabe, die Sie als eine solche benannt haben.

Zu Punkt 4, anonymer Krankenschein: Sie wissen, dass in der Koalitionsvereinbarung festgeschrieben ist, dass wir uns das Münchner Modell näher anschauen. Wir hatten die erste Runde in unserem Haus, Runder Tisch Flüchtlingsmedizin, und wir sind gerade dabei, nicht nur nach München zu schauen. Wir schauen auch nach Bremen, was das für uns für neue Perspektiven bedeuteten könnte im Umgang mit dieser Personengruppe. Ich denke, diese Diskussion, die in den letzten Jahren schon ziemlich intensiv gelaufen ist, wird jetzt in Erweiterung dieser zwei neuen Fenster in unserem Haus fortgeführt.

Sie hatten noch etwas zur flächendeckenden gynäkologischen Versorgung für Frauen mit Behinderung gesagt und haben im weiteren Atemzug die Frauen mit Migrationshintergrund genannt. Das ist eine Diskussion, die wir führen müssen und auch führen werden, wenn wir das Versorgungsstrukturgesetz ab 1. Januar 2013 in der Umsetzung haben, aber bereits jetzt schon diskutieren wir in unserem Haus über die Strukturen bezüglich der Umsetzbarkeit. Das Thema wird nicht nur – in Anführungsstrichen – die Frauen mit Behinderung betreffen. Es wird sehr viele Fachrichtungen in den Bezirken betreffen. Wir müssen genauer hinschauen, wo welche Ärzte, welche Fachgruppen recht eng angesiedelt sind, und welche weiterhin einen defizitären Lokalizitätszustand aufweisen. Das ist etwas, das wir umfassender im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes behandelt werden. Diesbezüglich werden wir im gemeinsamen Bundesausschuss über die Bedarfsrichtlinien in der Erarbeitung diskutieren: Nach welchen Kriterien wird die fach- und sektorübergreifende Versorgung in den diversen Bundesländern stattfinden müssen? Aber diese Diskussion wollen wir jetzt schon führen, damit wir 2013 einen guten Start für Berlin haben.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Frau Staatssekretärin! – Herr Thomas!

Heiko Thomas (GRÜNE): Herzlichen Dank für die Ausführungen! – Ich hätte gern auch die Ausführungen von Frau Born gehört. Vielleicht gibt es die Möglichkeit, Ihr über das Protokoll noch ein paar Fragen zukommen zu lassen, die sie, wenn sie Zeit hat, beantworten kann, denn im Männergesundheitsbericht sind eine ganze Reihe von interessanten Aspekten.

Ich begrüße es, dass wir uns heute mit Ursachen, Folgen und möglichen Strategien für geschlechtersensiblen Gesundheitsfragen beschäftigen. Ich verstehe das als Auftakt für eine solche Diskussion, die wir in den nächsten Monaten führen werden. Ich möchte allerdings auch sagen, dass mir die etwas unspezifische Fragestellung der Koalition ein bisschen im Magen gelegen hat. Ich hätte mir eher gewünscht, dass wir sogar zwei Veranstaltungen, eine zu Männern, eine zu Frauen, oder gendergesundheitspolitische Fragen bekommen hätten. Dann hätten wir uns ein bisschen gezielter vorbereiten können. Egal.

Ich habe ein paar Fragen und Gedanken, die mir im Zusammenhang mit der Vorbereitung und gerade beim Lesen dieses Männergesundheitsberichts gekommen sind. Mich würde interessieren – ich weiß nicht, wer von Ihnen antworten mag –, welche unterschiedlichen Wahrnehmungen Sie im Umgang mit Gesundheit und Krankheit bei Männern und Frauen sehen. Gibt es da wirklich einen Unterschied?

Frau Feller hat im Männergesundheitsbericht geschrieben:

Das legt den Schluss nahe, dass das Selbstkonzept in Bezug auf die Geschlechterrolle eine größere Auswirkung auf das Gesundheitsverhalten hat als das biologische Geschlecht.

Die Aussage fand ich nachdenkenswert, um es mal so zu formulieren.

Kurz zum Präventionsangebot: Es ist schon mehrfach gesagt worden, dass Männer weniger Präventionsangebote wahrnehmen als Frauen. Eine Ursache dafür ist sicherlich der Marlboro-Mann, der eine andere Vorstellung von Gesundheit hat. Frau Sieverding schrieb in ihrem Beitrag im Männergesundheitsbericht – das fand ich auch sehr interessant –, dass sich die präventiven Maßnahmen eher stark an Frauen und weniger an Männern ausrichtet und es vielleicht auch deshalb so sein kann, dass sich Männer weniger angesprochen fühlen als Frauen. Wie bewerten Sie das, und welche Schlussfolgerungen ziehen Sie daraus, wenn dem so ist?

Das Thema Gewalt ist sicher auch eine eigene Veranstaltung wert. Mich würde aber noch interessieren, wie weit in diesem Modellstudiengang auch solche Aspekte eine Rolle spielen, bis hin zu solchen Fragebögen, die „S.I.G.N.A.L.“ und andere erarbeitet haben. Werden die eigentlich auch berücksichtigt?

Der Bremer Vorschlag bezüglich der „Pille danach“ ist, soweit mir bekannt ist, auf der letzten Gesundheitsministerkonferenz abgelehnt worden. Mich würde interessieren warum, und vor allen Dingen, wie sich der Berliner Senat da verhalten hat. Hat das Berlin auch abgelehnt? Vielleicht gibt es noch etwas, das wir nicht kennen. Aus meiner Sicht ist das eher eine Klientelgeschichte. Es ist deutlich gemacht worden, dass wir das letzte Land in Europa sind, das das nicht macht. Die Argumente, die wir bisher gehört haben, hören sich ein bisschen danach an, dass manche auch noch Geld damit verdienen wollen. Vielleicht ist mir etwas nicht bekannt. Mich würde interessieren, was der Hintergrund gewesen ist.

Wir haben in einer der letzten Sitzungen von der besonderen geschlechtersensiblen Herangehensweise bei obdachlosen Frauen gehört, die insbesondere, wenn sie Gewalterfahrung haben, nicht Lust haben, in gemischtgeschlechtliche Einrichtungen zu gehen. Mich würde interessieren, ob es neue Erkenntnisse in der Frage gibt, wie dieses Problem vonseiten des Senats angegangen werden soll.

Es ist deutlich geworden – zumindest, soweit ich das verstanden habe – haben wir die Situation, dass es bei der Mammografie ziemlich klar geregelt ist. Die Frauen werden angeschrieben, bekommen Termine mitgeteilt. Wir erleben das bei Männern so, dass sie mehr oder weniger zufällig davon erfahren, dass sie auch entsprechende Krebsvorsorgeuntersuchungen machen sollen. Da wäre meine Frage – ich weiß nicht, ob eine von Ihnen tatsächlich darauf antworten kann –, ob es nicht auch ein Weg wäre, darüber nachzudenken, und wenn ja, in welchen Bereichen, den Männern ein bisschen freundlich auf die Finger zu klopfen und zu sagen wäre: Leute kümmert euch auch darum, das ist nicht nur eine Frauenfrage!

Die Fragen, die ich noch zu den Konsequenzen aus dem Männergesundheitsbericht des Bezirksamtes Lichtenberg habe, stelle ich jetzt nicht. Aber auch da hätte mich durchaus interessiert, welche Erkenntnisse daraus gesammelt worden sind und was damit getan wird.

Aber noch eine Geschichte daraus: Die Frau Staatssekretärin hat gesagt: Ja, wir haben eine recht umfangreiche Gesundheitsberichterstattung. – Wir hatten aber vor vielen Jahren einen eigenständigen Frauengesundheitsbericht. Wie schätzen Sie es ein? Wäre es nötig, den neu aufzulegen, vielleicht sogar einen Gender-Gesundheitsbericht? Das weiß ich nicht, darüber muss man nachdenken. Es wäre auch die Frage, in welcher Linie Sie das sehen würden, denn meine Vorstellung ist eher zu sagen, dass es weniger Sinn hat, wenn gerade mal wieder eine politische Mehrheit da ist, dann macht man so einen Bericht, sondern es geht darum, Lebenslagen abzubilden. Das kann man nur, wenn man das regelmäßig über Jahrzehnte macht mit einer ganz gezielten Fragestellung. Wie ist dazu Ihre Einschätzung? – Danke!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Thomas! – Herr Ludewig!

Gottfried Ludewig (CDU): Auch von unserer Seite noch einmal ganz herzlichen Dank für die Ausführungen. Ich glaube, dass wir als Koalition, bei allen Verfeinerungswünschen von den Grünen, erst einmal auf die Idee gekommen sind, dieses Thema auf die Tagesordnung zu heben, auch allgemein, weil es wichtig ist, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, ein Bewusstsein bei uns im Ausschuss, aber insgesamt auch ein Zeichen zu setzen, dass das ein sehr wichtiges Thema ist. Ein Kernproblem dieses Themas ist es, dass, wenn man in die Praxis geht, es nicht bewusst ist bei den Menschen. Und genau darum geht es heute, dass es ein Auftakt sein soll, den wir gerne in unserer weiteren Arbeit weiterverfolgen werden.

Ein paar Fragen, bei denen ich mich etwas kürzer fasse, weil Heiko Thomas einige Fragen zur Prävention schon gestellt hat. Mich würde interessieren, wie wir im internationalen Forschungsstand in Deutschland ungefähr stehen, ob es weitergehende Erkenntnisse gibt, wie der internationale Forschungsstand ungefähr ist. Mich würde zudem interessieren, ob es in diesem Bereich Erkenntnisse gibt, ob es Besonderheiten oder Spezifika für Großstädte oder Ballungsräume gibt, auch für die Männer- und Frauengesundheit. Gibt es Dinge, die gerade vielleicht auch berlinspezifisch beachtet werden müssen?

Zur Prävention stellt sich die Frage, da Sie gesagt hatten, dass Sie sich gerade in der Forschung fragen: Welche Parameter sind entscheidend dafür, dass Frauen Prävention in Anspruch nehmen, um dann vielleicht verstehen zu können, warum Männer das nicht tun? Gibt es da bereits weitergehende Erkenntnisse, oder ist da noch die Forschung im Vordergrund?

Als Drittes erwähnten Sie den Modellstudiengang und die Pflichtlehre auch mit Genderaspekten. Das eine ist der Modellstudiengang, was sozusagen auf die Zukunft wirkt. Das andere sind vielleicht die bereits ausgebildeten Ärzte, Pfleger etc. und die Frage der Fortbildung. Gibt es bei der Charité oder auch in anderen Krankenhäusern Ansätze, dies auch in Fortbildungen verpflichtend weiter fortzuführen? Wenn ja: Wo sehen Sie Potenzial, das weiterzuentwickeln? Was ist aus Ihrer Sicht dort notwendig? – Herzlichen Dank!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Ludewig! – Herr Isenberg!

Thomas Isenberg (SPD): Erst einmal vielen Dank, dass Sie zur Anhörung gekommen sind! – Das ist der Auftakt eines längeren Prozesses. Insofern ist es auch keine unspezifische Einladung, sondern das Thema ist Frauen- und Männergesundheit und Gender-Medizin. Wie wir auch an den Wahlprüfsteinen sehen, ist es ein ganzes Paket an Handlungsfeldern. Wir werden natürlich im Nachgang das Wichtigste hieraus verdichten und in einem komplexen Antrag dann weiter bearbeiten.

Ich habe eine Frage an das Bezirksamt Lichtenberg. Wir protokollieren das ja, und ich habe die Hoffnung, dass das auch noch mal nachgereicht wird. Konkret schreibt das Bezirksamt in seiner Stellungnahme, dass sie ein Modellprojekt zum Einladewesen bei der Darmkrebsvorsorge bei Männern gestartet haben. Mich würden Details dieses Modellprojektes interessieren, welche Ergebnisse vorliegen. – Zweitens würde mich interessieren, ob es denn zwischen den Bezirken einen Dialog über möglicherweise sinnvolle Präventionsstrategien gibt, so konkret wie das, was Lichtenberg da gestartet hat. Gibt es da ein Benchmark der Bezirke? Diese Frage will ich auch an die Verwaltung weitergeben, Frau Staatssekretärin, ob es schon Gedanken gegeben hat zur Moderation der bezirklichen Aktivitäten auf diesem Handlungsfeld und welche Ansatzpunkte sich da ergeben mögen. Das wäre der eine Punkt.

Die „Pille danach“, Frau Schulz, ist ein Thema, über das wir derzeit auch mit den Abgeordneten, die für uns in der SPD-Fraktion für die Frauenpolitik zuständig sind, sehr offen nachdenken. Ich habe das Gefühl, dass man das in der öffentlichen Wahrnehmung manchmal mit der „Abtreibungspille“ gleichsetzt. Könnten Sie noch mal darstellen, wo da der Unterschied liegt?

Die zweite Frage ist: Wir wollen hier nicht einer Medikalisierung von Gesundheit und Krankheit Vorschub leisten. Eines der anderen häufig gehörten Argumente ist neben der „Abtreibungspille“, dass hier Menschen einfach wie Bonbons Pillen schlucken würden und dass das keine Bewältigung einer Situation sein könne bzw. auch nicht eine Verhaltensweise ist, die man im Rahmen der Sexualpädagogik lehren und lernen sollte. Wie stehen Sie zu diesen beiden Punkten?

Bei „Frauen und Sucht“ weiß ich nicht, ob jemand im Raum ist, der am detailliertesten etwas dazu sagen kann. Sie schreiben in den Wahlprüfsteinen 3.4 von Zugangswegen zum betreuten Einzelwohnen und dass das Schnittstellenmanagement bei den Kommunen verbessert werden sollte. – Mich würde interessieren: Was konkret sind die Probleme dort? Was läuft da falsch? Was läuft da schon besser? Wer wäre da der Handelnde? Liegen Ihnen Erkenntnisse vor, was man aus anderen Kommunen für die Infrastruktur in Berlin lernen könnte?

Dann zum Themenfeld „Migration und Gesundheit“. Da schreiben Sie unter 4.3 der Wahlprüfsteine, dass die geschlechtsspezifische Datenerhebung in allen Gesundheitseinrichtungen erfolgen sollte. Wie konkret erfolgt hier die Datenerhebung? Was ist die Handlungsebene? Vielleicht ist das auch für Frau Oertelt interessant. Was konkret müsste wer denn standardisieren? Wo ist die gesetzliche Ebene? Wo sind medizinische Fachgesellschaften? Was wäre in der Organisationskompetenz der Charité beispielsweise, oder wer ist der Akteur, der da etwas tun muss?

Das nächste Thema wäre noch einmal migrationsspezifisch die Frage der nicht verarbeiteten Depressionen. Das sind ja doch große Probleme, gerade bei Migrantinnen und Migranten. Das führt dann auch zur Somatisierung. Gibt es hier Erkenntnisse, wie Männer und Frauen unterschiedlich mit Depressionen umgehen? Vielleicht auch an die Wissenschaft, Frau Oertelt, die ergänzende Frage: Was ist die Forschungsproblematik Ihres Instituts? Wo sehen Sie den prioritären Forschungsbedarf? Wo sind die ersten Transferprojekte? Was leitet sich für die Versorgungsrealität in Berlin aus Ihren Erkenntnissen jetzt schon erkennbar ab?

Es wäre eigentlich gerade unter dem Gesichtspunkt Diversity eine Interessenslage auch der Betriebe, hier Zufriedenheit für die Mitarbeiterorientierung auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung dieser Aspekte, die Sie erforschen, mit aufzunehmen. Gibt es da einen regelmäßigen Dialog mit der Berliner Wirtschaft und Ihnen? Gibt es vielleicht sogar drittmittelfinanzierte Forschungsprogramme bei Ihren Erkenntnissen, die auch direkt verwertbar sind, zumindest, wenn ich Sie da richtig bei Ihrer Zielsetzung verstanden habe? Das würde mich sehr interessieren unter der Frage der Drittmittelakquisepolitik der Charité.

Zum Thema Brustkrebs werden wir uns sicherlich zukünftig noch detaillierter unterhalten. Ich habe durchaus Fallberichte von Frauen da, die das Gefühl haben, dass sie in einem Stadtteil diagnostiziert werden, dass in der Brust ein Knoten ist. Dann werden sie ans andere Ende der Stadt geschickt. Da wird dann gestanzt, und es gibt Komplikationen, obwohl auch andere Methoden vorhanden sind. Mich würde sehr interessieren, aus Sicht des Netzwerks Frauenge-

sundheit oder auch gerne von Ihnen, Frau Oertelt, nicht nur, wie hoch die Teilnahmequoten sind, sondern auch wo der Grenznutzen dieses Verfahrens ist, was zumindest in der subjektiven Realität von vielen Patientinnen und Patienten nicht immer gerade als Teilnahme an einem aufgeklärten Behandlungsprozess verstanden wird. – Das wäre es erst einmal.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Frau Kofbinger!

Anja Kofbinger (GRÜNE): Vielen Dank, auch noch mal von mir! Vielen Dank für die Anhörung bzw. für Ihre Äußerungen! – Frau Schulz, wir kennen uns schon ein bisschen länger, und ich möchte Ihnen deshalb auch zwei Fragen stellen, die sich auf die Vergangenheit beziehen. Wir haben damals in dieser Fachveranstaltungsreihe „Netzwerk Frauengesundheit“ hier im Abgeordnetenhaus immer auf Einladung einer Abgeordneten, einer Fraktion, dass wir uns ein bisschen abwechseln konnten, über die gynäkologische Versorgung, unter anderem die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung, gesprochen. Das haben Sie gerade noch einmal ganz kurz angesprochen – vielleicht etwas intensiver. Ich kann mich erinnern, das war ungefähr vor drei, vier Jahren, da war es recht katastrophal. Es gab eine einzige Praxis in Berlin, die behindertengerecht zugänglich war und die die Möglichkeit hatte, gehbehinderte Frauen gynäkologisch zu untersuchen. Ich bin jetzt nicht mehr ganz auf dem Laufenden. Vielleicht können Sie kurz ein wenig ausführlicher dazu noch einmal Stellung nehmen und uns oder mich zumindest auf den neuesten Stand bringen, ob sich da etwas positiv verändert hat. Ich weiß, wir haben damals einen Antrag gestellt usw. Ist eigentlich etwas dabei herausgekommen? Das wäre jetzt die Frage.

Daran anschließend gleich die Frage: Sie haben gesagt, Sie kommen gerne zu uns und unterrichten uns über die jeweiligen Fortschritte bzw. die Bedarfe, die es dort in den verschiedenen Bereichen der Frauengesundheit gibt. Sind Sie auch bereit, diese Fachveranstaltungsreihe weiter mit uns fortzuführen? Wäre Ihnen damit geholfen, wenn wir das weiter anschieben würden, dass es noch in dieser Legislaturperiode dazu kommt? Das wären meine zwei kurzen Ergänzungsfragen. Ansonsten wurden fast alle Fragen heute schon gestellt.

Eine Frage muss an den Senat gehen: Wenn beide Vortragenden sich einstimmig sozusagen nicht beschweren, aber es doch für sehr erwähnenswert halten, dass negative Forschungsergebnisse nicht veröffentlicht werden, was aber auch sehr wichtig ist und nicht nur der Wahrheitsfindung dient, sondern auch einer umfassenderen und besseren Forschung, so die Frage an den Senat, der jetzt neu ist in der Position, der Gesundheitssenator wird jetzt von der CDU gestellt: Ist Ihnen bekannt, dass in der Vergangenheit negative Forschungsergebnisse zurückgehalten wurden? Können Sie das quantifizieren und sagen: Ja, da sind uns drei, 30 oder 300 Studien bekannt? Ich weiß es nicht, das wäre aber eine sehr interessante Auskunft, die ich gerne hätte. Was gedenken Sie in Zukunft zu tun? Ich weiß, Sie sind neu und konnten noch nicht viel zurückhalten, aber was gedenken Sie in Zukunft zu tun, damit so etwas, was von den beiden Vortragenden geschildert wurde, nicht wieder vorkommt? – Danke!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Herr Kowalewski!

Simon Kowalewski (PIRATEN): Es wurde ja schon viel gesagt. Ich nutze trotzdem noch mal die Gelegenheit, mich für die Ausführungen zu bedanken und mich auch noch mal der letzten Forderung ganz ausdrücklich anzuschließen, denn natürlich müssen alle Studienergebnisse, zumal, wenn sie mit öffentlichen Geldern produziert worden sind, auch der Öffentlichkeit zur

Verfügung stehen. Da würde ich mich der Frage anschließen, was Sie da vorhaben zu tun, damit das auch der Fall ist.

Dann habe ich noch eine spezielle Frage. Sie hatten es nur ganz kurz angesprochen. Im Bereich der reproduktiven Gesundheit, spielt die Hebamme eine ganz wichtige Rolle, vielleicht gerade auch im Bereich von migrantischen Communities, wenn die Hebamme nicht aus dem ganzen Krankenhausapparat kommt, weil sie dort nicht unbedingt die Möglichkeit und den Raum hat, sich auf spezifische Fragen einzustellen. Wie sehen Sie die aktuelle Situation der selbstständigen Hebamme, ein Beruf, der aufgrund der aktuellen Höhe der nötigen Haftpflichtversicherung fast nur noch als teures Hobby ausübbar ist, aber nicht als ein Beruf, von dem man auch irgendwie leben kann?

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Frau Villbrandt!

Jasenka Villbrandt (GRÜNE): Danke, Herr Vorsitzender! – Auch meinerseits schönen Dank für die Vorträge, die Sie hier gehalten haben. Jetzt aber zu den Koalitionsfraktionen. Wir finden es auch sehr gut, dass ein Bewusstsein für dieses Thema geschaffen wird. Das ist auch gut so, dass wir das heute diskutieren, aber jetzt passiert das, dass wir eigentlich keinem dieser Themen heute richtig gerecht werden und dass wir das natürlich mal fortführen müssen. – [Thomas Isenberg (SPD): Seien Sie doch froh, dass wir beginnen!] – Lassen Sie es mich doch zu Ende sagen. – Und deshalb ein bisschen zwischen diesen drei wichtigen Bereichen springen: Männergesundheit, Frauengesundheit und überhaupt mal Gender-Aspekte in der Gesundheit. Dann gibt es eine Fortsetzung, und dann ist das auch okay. Jetzt meine Fragen an beide Referentinnen:

Frau Oertelt! Sie haben gesagt, dass Sie sich manchmal von den Frauenprojekten absondern oder unterscheiden möchten. Das verstehe ich auch, warum. Meine Frage ist, wie das, was Frauenprojekte bis jetzt sehr gut gemacht haben, nämlich auch diese ganze sozialen Aspekte hineinzubringen, wie Sie das dann auch mal tun. Das hat mein Kollege Thomas vorhin schon gefragt. Mir geht es um mehr, als um soziale Aspekte, die bereits aus Frauenprojekten genannt wurden, sondern auch um andere wichtige Kriterien, die in der Medizin oder in der Forschung bis jetzt noch zu kurz gekommen sind. Das sind z. B. die Kriterien Alter, Migration oder kulturelle Hintergründe, die es da gibt. Fließt das dann irgendwo zusammen ein? Mit welchen anderen Bereichen arbeiten Sie auch eng zusammen, damit das als ein Ganzes dann doch im Gesundheitsbereich landet?

Zweite Frage: Es wurde von Ihnen beiden angesprochen, dass die Datenlage nicht so besonders ist. Es wurde z. B. die Suchtproblematik angesprochen. Gibt es da etwas Konkretes in Bezug auf die mangelnde oder nicht optimale Datenlage? Oder ist das jetzt nur Ihre Erfahrung aus der bisherigen Arbeit, die nicht weiter präzisiert werden kann? Mir geht es auch um statistische Erhebungen. Mir geht es auch um Studien, also alles das, was dazu gehört, dass wir eine bessere Datenlage bekommen. Wenn es die nicht gibt, dann sagen Sie es einfach. Dann ist das okay. Aber falls es etwas gibt, würde ich gerne einen Hinweis dazu bekommen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Auf der Redeliste steht keine weitere Wortmeldung. – Dann würde ich bitten, dass Sie zuerst antworten, Frau Dr. Oertelt-Prigione.

Dr. Sabine Oertelt-Prigione (Charité): Zum Glück keine weiteren Fragen. Ich versuche, jetzt allen gerecht zu werden. Wenn ich irgendetwas vergesse, bitte hinterher noch mal.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielleicht eine Bemerkung vorneweg. Wir haben gesagt, es ist eine Auftaktdiskussion, ein Anstoß für Diskussionen. Ich bitte also darum, dass die detaillierten Fragen dann auch im Sachzusammenhang mit der detaillierten Diskussion gestellt werden. Das führt sonst zu weit, und das schaffen wir heute nicht, weil wir der einzelnen Sache so nicht gerecht werden können, sondern vielleicht einfach das Grundsätzliche noch einmal betonen und die Fragen zunächst einmal aufgreifen.

Dr. Sabine Oertelt-Prigione (Charité): Ich werde die meisten Dinge kurz anreißen und bin dann gerne auch außerhalb des Ausschusses für Fragen da. – Ganz zu Anfang wurde das Selbstkonzept angesprochen, inwiefern das bei der Prävention überhaupt eine Rolle spielt und inwiefern Frau- oder Mannsein auf die Wahrnehmung von Präventivleistungen Einfluss hat. Ich will da nicht zu weit gehen, aber Sie haben Frau Sieverding angesprochen, die auch in dem Männergesundheitsbericht geschrieben hat. Frau Sieverding hat das lang und breit untersucht und ist jetzt, glaube ich, in Freiburg. Ich würde sie da auch zitieren. Der „Marlboro-Mann“, den Sie auch zitiert haben, mag uns da ein bisschen zu Hilfe kommen. Man geht tendenziell, nur um das kurz zu fassen, von einem männlichen und einem weiblichen Selbstkonzept aus, was nicht bedeutet, dass ein männliches Selbstkonzept nur bei Männern vorhanden ist und ein weibliches nur bei Frauen. Es ist einfach so definiert, und diese Selbstkonzepte beinhalten diese stereotypischen Darstellungen von Männern und Frauen.

Das heißt, mit dem „Männlichen“ hat man eine Wahrnehmung von sich selbst als stark und kräftig, und dementsprechend kann ich nicht krank werden, und selbst wenn ich krank bin, berichte ich es vielleicht nicht oder ich werde nicht über meine Schmerzen nicht berichten. Dieses männliche Selbstkonzept verbindet sich dann natürlich mit einem schwierigeren Zugang zu Präventivleistungen, weil ich einfach nicht wahrnehme, dass ich diese überhaupt benötigen könnte.

Das „Weibliche“ ist eher das fürsorgliche, zurückhaltendere, ist aber auch diejenige, die sich um die Familie, um die Angehörigen kümmert, die sensibler ist, die ihre Gefühle mehr zeigen kann usw. Das ist alles immer sehr stereotypisch gehalten, aber einfach mal, um das beispielhaft darzustellen. Eine solche Person ist natürlich mehr auf die eigene Gesundheit eingestellt, nimmt die eigene Gesundheit anders wahr, mag potenziell auch ein Bedürfnis wahrnehmen, sieht aber andererseits auch ihre Verpflichtung für die Familie, die Angehörigen, zu pflegende Angehörige, was einerseits dazu führt, die eigene Gesundheit besser oder länger zu erhalten, andererseits natürlich Zeitkonflikte mit sich bringt.

Ich will das Ganze jetzt nicht zu sehr ausweiten, nur um mal darzustellen, wie diese Selbstkonzepte mit der Wahrnehmung der Präventivleistungen verbunden sind. Es gibt eine ganze Disziplin, die sich damit befasst, und es gibt Literatur dazu. Das nur mal zum Einstieg. Das heißt, das ist auch die Grundlage, auf der wir z. B. unsere Studie aufbauen: Warum nehmen Frauen und Männer teil? Stimmen diese Konzepte, die wir haben, überhaupt? Ist das praktisch umsetzbar? Was bedeutet das für mich, wenn ich hinterher aus einer Public-Health-Sicht eine Kampagne entwickeln möchte? Welche Faktoren sind relevant für mich? Sind diese Selbstkonzepte überhaupt so wichtig? Das als Hintergrund. Was ist schon bekannt? Was möchten wir weiter erforschen? Warum machen wir das überhaupt?

Die Ausrichtung der Angebote wurde auch kurz angesprochen. Man sollte Folgendes bedenken: Ja, es ist tatsächlich so, dass gewisse Angebote Frauen mehr ansprechen, andere Angebote Männer mehr ansprechen. Was leider häufig nicht vorhanden ist, ist das spezifische Design der Maßnahme für die Targetgruppe. Was ich damit meine, ist: Vor fünf Jahren wurde noch eine Studie publiziert, in der Frauen gefragt wurden: Was ist der Nummer-Eins-Killer für Frauen? Woran werden sie, statistisch gesehen, vermutlich sterben? Die meisten Frauen haben gesagt: Brustkrebs. Nicht, dass Brustkrebs nicht wichtig ist und dass Brustkrebs nicht ein großer Killer für Frauen ist, aber kardiovaskuläre Erkrankungen sind ein viel größerer Killer. Mit diesen Dingen müssen wir arbeiten, genauso wie mit falschen Einschätzungen von Männern. Wenn sie gefragt werden: Denken Sie, dass Osteoporose für Sie ein Risikofaktor ist? – werden alle Männer sagen: Nein. – Und selbst wenn ich meine Studierenden frage: Was glauben Sie, was die Inzidenz von Osteoporose bei Männern über 70 ist? – das habe ich letzte Woche gemacht –, sagen die Studierenden: Ein Prozent. Wir liegen vermutlich bei 35 bis 40 Prozent. Es ist leider sehr häufig auch das mangelnde Bewusstsein bzw. unsere stereotypische Verbindung von gewissen Erkrankungen mit einem Geschlecht, mit der wir kämpfen und an der wir arbeiten müssen. Das betrifft wiederum auch die Kampagnen, dass wir alle, auch die Ärztinnen und Ärzte – es geht nicht immer nur um die Patientinnen und Patienten –, zu einem Umdenken bringen. Das ist eigentlich auch unser Ziel dabei.

Die Gewalt wurde kurz angesprochen. Da sind wir ganz stolz. Wir haben an der Charité das erste Projekt – das war eine Pflichtfortbildung für alle Ärztinnen und Ärzte – zu häuslicher Gewalt gemacht. Häusliche Gewalt ist mehr oder minder ein Tabuthema. Es existiert. Es wird während des Studiums sehr wenig thematisiert. Es wird selbst in der Praxis kaum angesprochen und ist in Fortbildungen meistens kein Thema. Wir haben an der Charité in den letzten zwei Jahren – und das wurde wiederum auch durch das Chancengleichheitsprogramm gefördert und wird jetzt leider nicht mehr weiter gefördert, aber das kann sich ja noch ändern – diese erste Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte aufgebaut. Da ging es sowohl um Kommunikationsaspekte: Wie spreche ich Opfer überhaupt an? – als auch: Wie kann ich die Dokumentation erheben? Hier haben wir in Zusammenarbeit mit „S.I.G.N.A.L.“, was Ihnen hoffentlich ein Begriff ist, diese Fragebögen, die von unserer Rechtsmedizin umgearbeitet wurden, dass sie auch wirklich gerichtstauglich sind, den Kolleginnen und Kollegen vorgestellt. – Ich wurde nach den Zielen und der Umsetzung gefragt. Diese werden z. B. nach diesen Fortbildungen viel mehr genutzt. Wir hoffen, dass nicht nur die häusliche Gewalt zugenommen hat, sondern hoffen, dass das Bewusstsein bei den Ärztinnen und Ärzten mehr da ist und es deswegen mehr Fragebögen gibt, die ausgefüllt werden.

Im Studium sollte das auch ein Thema sein. Wir wollten es schon im zweiten Semester einbringen. Da haben einige Kollegen gedacht, das ist zu früh, das schockiert die Studierenden. Es wird aber auf jeden Fall im Rahmen der Rechtsmedizin ein großes Thema sein. Die Rechtsmedizin der Charité befasst sich mit dem Thema Gewalt sehr intensiv und arbeitet auch an einer zukünftig möglichen Opferambulanz. Daher wird das sicherlich im Studium ein Thema sein. Das wird auf jeden Fall aufgegriffen.

Noch einmal zurück zur Prävention, zur Forschung, die Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Ballungsräumen: Da gibt es Daten, die zum Teil etwas offensichtlich sein können. Es ist tendenziell so, dass die allgemeine Bevölkerung in den Städten leichter zu erreichen ist, als die ländliche Bevölkerung, obwohl gewisse Maßnahmen, die spezifisch für die ländliche Bevölkerung entwickelt werden, dann doch ein besseres Feedback haben. In der Stadt kom-

men die Personen tendenziell mehr in Kontakt mit Aufforderungen, nehmen daher tendenziell mehr teil und die ländliche Bevölkerung vielleicht weniger. Wenn ich aber eine Maßnahme entwickle, die spezifisch die Bevölkerung anspricht, das heißt z. B. eine direkte schriftliche Aufforderung, funktioniert das zum Teil im ländlichen Bereich sogar besser. Das werde ich jetzt nicht weiter ausführen, aber das nur so weit. Was das für Berlin bedeutet, hängt immer von der Targetgruppe ab, und dazu kann ich jetzt leider nicht so viel sagen, sonst würde ich noch eine Stunde darüber sprechen.

Was die Fortbildungen angeht: Es gibt eine Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin. Die ist noch sehr jung. Die gibt es seit zwei oder drei Jahren. Die Vorsitzende ist unter anderem auch die Direktorin des Instituts, an dem ich arbeite. Diese Gesellschaft bietet Fortbildungen an, zum Teil auch in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer in Berlin. Die Fortbildungen sind für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte entwickelt. Dieses Jahr werden vier Fortbildungen in Gesamtdeutschland stattfinden, davon eine in Berlin. Die anderen werden in München, Hannover und – die Vierte weiß ich jetzt nicht mehr – stattfinden. Es geht immer darum, die Geschlechterunterschiede zu berücksichtigen. Was gibt es überhaupt an Daten? Was können wir mitteilen? Was kann in der hausärztlichen und fachärztlichen Praxis sinnvoll sein? Was können wir da vermitteln? Was können wir an die Niedergelassenen vermitteln? Es ist ein erster, aber immerhin schon ein weiterer Schritt, um auch diejenigen, die schon arbeiten und nicht mehr im Studium sind, mit reinzubringen. Es besteht relativ viel Interesse, obwohl es trotz alledem noch kein allgemein angekommenes Thema ist. Das ist jetzt noch keine Selbstverständlichkeit, aber wir sehen, ob das Interesse zunimmt.

Zu der Umsetzung dessen, was wir gemacht haben: Erstens, ich habe gerade schon mal das Thema Gewalt angesprochen. – Was unsere Forschung angeht: Einerseits haben wir zwei Dinge, die wir gesehen haben, mit einem Projekt. Da ging es um Bypass-Operationen. Was wir gefunden haben, ist, dass z. B. die Selbsteinschätzung von Patienten eine maßgebliche Information über die Langzeitkonsequenzen, Langzeitkomplikationen nach einer Bypass-Operation geben kann. Das heißt, die Selbsteinschätzung der Patienten mag zum Teil unsere objektive Beurteilung als Ärztinnen und Ärzte sogar überschreiten. Das will ich jetzt mal so in den Raum stellen. Was wir jetzt machen, ist: Wir versuchen es an einer größeren Kohorte und versuchen weiter zu evaluieren, inwiefern diese Selbsteinschätzung von den Patientinnen und Patienten als – es sind mehrere Fragen, die gestellt werden, wenn die Patientinnen und Patienten ins Krankenhaus kommen – Informationen für die postoperative Behandlung bieten kann. Können wir das irgendwie verändern? Es sind gerade diese psychosozialen Aspekte, die zum Teil zu kurz kommen.

In dieselbe Richtung geht auch das Thema Depression. Wir wissen alle, dass Depressionen die Erholung nach einer Operation im Allgemeinen verlängert und den Gesundheitszustand verschlechtert. Es kann sein, dass die Depressivität, die heute durch viele komplizierte Fragen abgefragt werden muss, vielleicht durch zwei wichtige Fragen erfasst werden kann. Das ist auch ein Thema, das wir jetzt versuchen zu bestätigen, wenn es durch diese zwei Fragen abgefragt werden kann. Um eine große Risikogruppe ausfindig zu machen, ist es für die klinische Praxis ein enormer weiterer Schritt. – Es gibt auch Moleküle aus der Grundlagenforschung, die interessant sind und weiter untersucht werden können. Ich glaube, das werde ich Ihnen jetzt vorenthalten.

Zur Lehre: Ich kann nur sagen, dass die Kolleginnen und Kollegen, die Vorlesungen für höhere Semester halten, sagen, dass die Studierenden in den letzten Jahren immer mehr nachfragen. Unsere geschlechtsspezifische Sensibilisierung am Anfang des Studiums führt zumindest dazu, dass die Studierenden mehr nachfragen. Es wird sehr häufig in den Vorlesungen auch gefragt: Das gibt es bei Frauen und Männern. Gibt es da unterschiedliche Daten? – usw. Das ist mehr oder weniger das, was wir bei den Studierenden aktivieren wollen. Wir wollen sie nicht dazu zwingen. Wenn es keine Unterschiede gibt, gibt es sie nicht, aber es soll zumindest ein Bewusstsein geweckt werden, und das scheint zu funktionieren.

Das Letzte: Wie können wir Alter, Kultur, Gender, wie können wir das alles erfassen? – Ich würde sagen, das ist eine riesige Diskussion, allein schon das Erfassen der Rolle von Gender. Was definieren wir eigentlich als Gender? Die Medizin hält es noch relativ dichotomisch. Was ist Sex? Was ist Gender? Wenn wir mit allen anderen Wissenschaften, mit den Soziologen, den Psychologen diskutieren, ist schon wieder ein unterschiedliches Konzept von Gender vorhanden. Dasselbe ist: Wie können wir den Begriff „Kulturkreis“ erfassen? Wie können wir die Ethnie erfassen? Es sind sehr komplizierte Strukturen, die wir aufbauen müssen, um überhaupt in einem Fragebogen solche Konzepte erfassen zu können. Das ist eine ziemlich weite Diskussion, auf die ich jetzt nicht eingehen möchte. Was ich nur sagen möchte, ist, es sind komplizierte Aspekte und bis man da überhaupt eine Definition findet, die wir dann auch erfassen können und die dann auch von der wissenschaftlichen Gemeinschaft akzeptiert wird, sind es lange Schritte. Das sehen wir jetzt mit Gender, aber es wird weitergehen.

Was heißt: Es fehlen Daten? Das war noch die Frage. Ich habe vorhin die Datenbank angesprochen, die wir aufgebaut haben. Wenn ich als Ärztin in irgendeiner Fachrichtung eine bestimmte Erkrankung untersuche und Informationen möchte, um über mein nächstes Forschungsprojekt zu schreiben, fehlen mir bei den meisten Erkrankungen genügend Daten. Das meinen wir mit: Es fehlen die Daten. – Es gibt gewisse Erkrankungen, z. B. der Myokardinfarkt. Das ist ein Paradebeispiel. Da gibt es sehr viel. Wir wissen alle, es gibt unterschiedliche Symptome bei Frauen und Männern usw. Wenn ich aber irgendetwas untersuche, was weniger häufig ist und vor allem etwas weniger bekannt, wird es sehr schwierig sein, zum Teil noch genügend Informationen zu finden. Das ist auch der Grund, warum wir eine Datenbank aufgebaut haben. Es gibt sehr viele Erkrankungen, bei denen die Information noch gar nicht da ist. Das meinen wir damit: Es fehlen die Daten. – Ich hoffe, ich habe das meiste beantwortet und Sie nicht erschlagen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Frau Schulz! Ich möchte noch darauf hinweisen, dass wir ein bisschen auf die Zeit achten müssen.

Sybill Schulz (Netzwerk Frauengesundheit): Ich denke, meine Vorgängerin hat schon viele Fragen beantwortet. – Konkrete Daten zum Thema Sucht und Alkohol: Dazu haben wir natürlich viele aussagekräftige Daten, aber es gibt andere Suchterkrankungen, zu denen uns die Daten fehlen, aber im Einzelnen können wir dazu noch mal ins Gespräch kommen.

Zum Thema Sucht war die Frage: Gibt es dazu andere Kommunen-Modelle? – Ich kann diese Frage jetzt nicht beantworten, sondern muss auf die Arbeitsgruppe verweisen und würde die Antwort gern nachreichen. Bei den Wahlprüfsteinen haben wir Ausführungen dazu gemacht, die ich Ihnen gern zuschicken kann. Darin ist jeder Punkt noch einmal benannt und auf wissenschaftliche Erkenntnisse verwiesen worden.

Zum Thema „Pille danach“ bat mich Herr Isenberg, mich noch mal zu erklären. – Es kursiert in der Öffentlichkeit immer wieder die These, dass die „Pille danach“ mit der Abtreibungspille gleichzusetzen ist. Das ist sie nicht! Wir kennen die Abtreibungspille auch unter dem Begriff RU. Diese dient der Abtreibung einer Schwangerschaft, die schon entstanden ist. Die „Pille danach“ verhindert Schwangerschaften, das heißt, sie kann zur Verhinderung der Einnistung einer Eizelle den Zyklus verschieben, wodurch eine Schwangerschaft gar nicht erst entstehen kann. Wenn die Frau aber doch schon schwanger wäre, sie das aber nicht weiß, dann würde diese Schwangerschaft durch die „Pille danach“ überhaupt nicht angetastet werden. Das heißt, sie hat keine Auswirkungen auf bestehende Schwangerschaften. Weltweite Erfahrungen haben gezeigt, dass diese Pille – selbst wenn man sie einige Male hintereinander einsetzen würde – kaum zu Nebenwirkungen führt. Das heißt, der Zyklus verändert sich ein wenig, aber im Ablauf und auch in der Regelblutung verändert sich nichts, was für uns wichtig ist. Es wird oft unterstellt, dass dieses Notfallmedikament missbräuchlich als Regelverhütungsmittel eingesetzt wird, aber das ist nicht der Fall. Darauf wird in den europäischen Ländern deutlich hingewiesen – selbst in Frankreich, wo eine Vergabe über die Schulen erfolgt. Das ist natürlich immer mit einer Beratung, einer Aufklärung verbunden. Wir sagen, in den Apotheken gibt es ausgebildete Pharmazeuten, die beraten, und es gibt auch Beipackzettel, sodass es keine Notwendigkeit für Ärzte besteht. Wir sehen das eher so – das wurde schon erwähnt –, dass da eine andere Lobby im Spiel ist, die die Klienten zu sich in die Praxis holen möchte.

Wichtig ist die Prävention, zu der wir gemeinsam mit den Grünen ein Gespräch führten. Es ist wichtig, präventive Angebote vor allem für Kinder und Jugendliche zum Thema Sexualaufklärung zu machen: Wie wende ich was an? – Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA hat Studien, die letzte Jugendsexualitätsstudie hat wieder darauf hingewiesen, dass die Jugendlichen mit den Themen Sexualität und Verhütung sehr sorgsam umgehen. Es gibt einen viel besseren Informationsgehalt und wissenschaftliche Grundlagen, die darauf verweisen. Die Sexualaufklärung wirkt und ist ein gutes präventives Angebot, mit dem Sie vor allen Dingen alle Zielgruppen und unterschiedliche Schichten in Form von Gruppenangeboten an Schulen oder außerhalb bedienen können.

Dann wurde nach der gynäkologischen Versorgung von behinderten Frauen gefragt. – Es gibt keine aussagekräftige Datenbank, die uns Zugang zu der Information gibt, wo behinderte Frauen rollstuhlgerecht, mit geschultem Personal und zeitnah Termine bekommen können. Wir haben nach wie vor den Trend, dass behinderte Frauen in die Kliniken gehen müssen, was oft nicht wollen, um dort eine gynäkologische Untersuchung – teilweise mit Narkose – durchführen zu lassen. Gerade bei mehrfach und schwerstbehinderten Frauen haben wir die

Problematik, dass es keine gute Beratung und auch keine Praxen gibt, die sich für diese Frauen Zeit nehmen und eine entsprechende Infrastruktur vorweisen. Wir wissen von zwei, drei gynäkologischen Praxen, die auch behinderte Frauen behandeln, aber in meinem Bereich BALANCE ist es so, dass wir dafür ein spezielles Setting entwickelt haben und das auch für notwendig halten. Wir meinen damit die behinderten Frauen – wir reden nicht von rollstuhlfahrenden Frauen. Behinderte Frauen und gerade geistig behinderte Frauen brauchen eine Vorbereitung der gynäkologischen Untersuchung. Sie dürfen sich das nicht so vorstellen, dass diese Frauen dort hingehen, untersucht werden und dann wieder gehen, sondern sie brauchen eine Vorbereitung, um überhaupt Zutrauen zu entwickeln. Sie brauchen das gleiche geregelte Setting, immer wieder die gleichen Ärztinnen und den gleichen Raum, um nach drei bis fünf vorbereitenden Sitzungen zu dem gleichen Recht zu gelangen, nämlich einer normalen gynäkologischen Untersuchung. – Wir sprechen nicht von Akutfällen, da ist die Situation eine andere.

Das heißt, es gibt keine ausreichenden Praxen, was wir immer wieder darauf zurückführen, dass die Gynäkologen sagen: Daran verdienen wir nichts. Erst einmal müssten wir den Umbau einer alten Praxis selbst gestalten, und das kostet viel Geld. Wir müssten Kredite aufnehmen – das ist das eine –, und Personal zu schulen und bereitzustellen, das ist noch mal eine andere Problematik. Das alles kostet Geld, und ich müsste für dieses Thema sensibel sein und nicht sagen: Ja, ja, meine Anmeldefrau weiß schon, wie sie damit umzugehen hat. – Wir sehen einfach, dass wir für die unterschiedlichsten Behinderungsarten einen Mangel an geschultem Personal haben.

Dann fragten Sie nach einer Veranstaltungsreihe mit dem Netzwerk. – Gern! Wir haben – wie die Frau Staatssekretärin schon erwähnte – gute Erfahrungen gemacht, wenn wir noch einmal in die spezifischen Themen gehen, wo man dann auch die Expertinnen einlädt und wir auch gern in Veranstaltungen wie dieser gemeinsam und im Diskurs die Schnittstellen zu beleuchten, um eine entsprechende Expertise mit wissenschaftlichen Daten vorweisen zu können.

Die Piratenfraktion fragte nach den Hebammen. – Ich hatte kurz erwähnt, dass die Versorgung durch muttersprachliche Hebammen oder Hebammen mit Migrationshintergrund in Berlin unzureichend ist. Wir wissen, dass die Hebammen durch die vielen Frauen, die sie annehmen müssen, um sich finanzieren zu können, einen belastenden Alltag haben, denn die Kostensätze sind sehr niedrig. In den Bezirken stehen relativ wenig Hebammen mit Migrationshintergrund zur Verfügung. Geballt gibt es sie in Kreuzberg, dort stehen drei solche Hebammen zur Verfügung. Es ist schwierig, auf sie zu verweisen, weil sie teilweise keine Frauen mehr annehmen. Wir haben einzelne Projekte – auch bei uns, bei BALANCE –, die die Chance haben, Hebammen einzustellen oder auf Honorarbasis zu beschäftigen. Diese sind für spezifische Migrationskreise gedacht, so zum Beispiel für Russisch oder Vietnamesisch sprechende Frauen, die bedient werden sollen. Aber es gibt ein Defizit, das schon auch etwas mit den Finanzen zu tun hat.

Zur Ergänzung: Es ist nicht entscheidend – das haben wir aus unserer Erfahrung mit schwangeren Frauen gelernt –, dass die Hebamme den gleichen Migrationshintergrund wie die Frau hat. Wichtig ist der Migrationshintergrund an sich, um die Brücke zu bauen und das Verständnis für die Situation der Schwangeren zu haben, die aus ihrem Heimatland völlig andere Konzepte mitbringt. Wir kennen die Schwangerenvorsorge, sie ist für uns normal. Dort gehen wir frühzeitig hin, aber manche Frauen kennen so etwas nicht, weil sie in ihrer Kultur mit

einer Schwangerschaft anders umgehen. Auch die Inanspruchnahme von Geburtsvorbereitungskursen wird unterschiedlich gehandhabt. Das heißt, man braucht viel Information und Aufklärung, um diese Angebote zu lancieren und möglichst frühzeitig Komplikationen während der Schwangerschaft zu vermeiden – bis hin zur Frauensterblichkeit etc. Da ist viel Vertrauen, aber auch viel Aufklärung nötig. – Ich hoffe, alle Fragen beantwortet zu haben.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Frau Schulz! Ich glaube, dass keine Frage offengeblieben ist. – [Anja Kofbinger (GRÜNE): Ich hatte noch eine Frage an den Senat gestellt!] – Wenn Sie mir eine Chance geben, dann bekommen Sie sie noch beantwortet, es sei denn, die Frage von Frau Kofbinger wird jetzt noch vom Senat beantwortet. – Bitte, Frau Staatssekretärin!

Staatssekretärin Emine Demirbüken-Wegner (SenGesSoz): Herr Vorsitzender! Selbstverständlich werde ich versuchen, kurz auf die Fragen einzugehen, auch auf die von Herrn Thomas, damit der Bereich Soziales in der heutigen Sitzung wenigstens noch ein bisschen eine Würdigung erfährt.

In Bezug auf die „Pille danach“ – ich mache nahtlos weiter – hat Berlin im Jahr 2003 gegenüber dem BMG seine Position ausgesprochen und befürwortet, die Verschreibungspflicht aufzuheben. Im Jahr 2008 hat Berlin an dieser Position festgehalten und sie erneut bestätigt. Das Land Berlin hat sogar eine Beschlussvorlage für die 81. Gesundheitsministerkonferenz ein, die damals knapp scheiterte. Im Jahr 2012 haben Berlin und unser Senat davon keinen Abstand genommen, sondern wir unterstützen das nahtlos, wie zuvor, aber wundern uns, dass diese Knappheit nicht mehr als solche vorhanden ist. – [Heiko Thomas (GRÜNE): Wir haben dem Bremer Modell zugestimmt?] – Ja, wir haben dem zugestimmt. – Wir haben uns ein bisschen gewundert, dass Brandenburg, das im Jahr 2008 auch seine Zustimmung gab, heute eine andere Position einnimmt. Nun steht dieses Thema auf der 22. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenminister und -senatoren der Länder am 26. und 27. April wieder auf der Agenda. Nun wollen wir mal schauen, welche Entscheidung dabei herauskommt.

Zu Ihrer Frage nach den Forschungsergebnissen: Mir sind keine negativen Forschungsergebnisse bekannt, aber ich wusste auch nicht, dass Forschungsergebnisse positiv oder negativ sein können. Das ist für mich etwas, das ich heute neu dazugelernt habe. Das ist ein bisschen irritierend. Es gibt Forschungsergebnisse, die so oder so zu bewerten sind. Ich kenne solche nicht und habe zugleich meine Mitarbeiterin aus dem Referat, Frau Dr. Lilienthal, gefragt: Gibt es solche Forschungsergebnisse aus unserem Haus, die zurückgehalten werden, weil sie negative Impulse signalisieren? Sie hatte für unser Haus gesagt, das sei ihr nicht bekannt. Jetzt muss man nur in Bezug auf die Forschung, die bei Ihnen eingereicht wird, gucken, wer da die Zahler und wer die Kunden sind und worin die Interessen für eine Zurückhaltung bestehen – wenn es überhaupt für bestimmte Ergebnisse. Für unser Haus kann ich das zunächst einmal nicht bestätigen. Zu dieser Angelegenheit müsste vielleicht eine klare Aussage getroffen werden.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Ihr Einverständnis vorausgesetzt erklären wir dieses Thema für abgeschlossen. – Vielen Dank an die Anzuhörenden!

Wir kommen nun zu

Punkt 3 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
**Situation der Schuldner- und
Insolvenzberatungsstellen nach Änderung beim
Kontopfändungsschutz**
(auf Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der
CDU)

[0016](#)
GesSoz

Dazu begrüßen wir Herrn Leinweber von der Landesarbeitsgemeinschaft Schuldner- und Insolvenzberatung in Berlin e. V., der dem Ausschuss zur Beantwortung von Fragen zur Verfügung steht. – Dem Wunsch auf Erstellung eines Wortprotokolls wird entsprochen. – Besteht der Wunsch, diesen Tagesordnungspunkt zu begründen? – Bitte, Frau Radziwill!

Ulker Radziwill (SPD): Ich begrüße Herrn Leinweber und bedanke mich, dass er sich für uns Zeit genommen hat. – Zur Begründung: Ab 2012 ist der Kontopfändungsschutz nur noch über ein P-Konto gewährleistet. Der Pfändungsschutz für Sozialleistungen ist ersatzlos weggefallen. Das heißt, vorher konnten die Menschen noch innerhalb von 14 Tagen das Guthaben abheben, aber das ist, wenn sie ihr Konto nicht in ein P-Konto umgewandelt haben, für die Sozialleistungen nicht mehr möglich. Unser Anliegen ist herauszufinden, ob und welche Folgen das für die Schuldnerinsolvenzberatungsstellen in Berlin hat, ob der Beratungsbedarf wesentlich gestiegen ist und welche Probleme Sie im Alltag sehen. Wir haben zwar in einer unserer Plenarsitzungen eine aktuelle Debatte darüber geführt – zuletzt auch über den Antrag der Piratenfraktion –, aber unanhängig davon möchte ich in der heutigen Besprechung herausarbeiten, wie die Beratung der Betroffenen bisher erfolgt ist und wo – speziell aus dem Alltag der Beratungsstellen – noch Handlungsbedarf gesehen wird.

Martin Leinweber (Landesarbeitsgemeinschaft Schuldner- und Insolvenzberatung in Berlin e. V.): Vielen Dank, für die Einladung! Wie Sie sehen, habe ich noch jemanden mitgebracht. Das ist Frau Bettina Heine, ebenfalls vom Vorstand der LAG Schuldner- und Insolvenzberatung. – Die scheinbare Vereinfachung dadurch, dass jetzt ein Pfändungsschutz nur über das Pfändungsschutzkonto, das P-Konto, gewährt wird, ist in der Diskussion in die Breite sehr kompliziert geworden, denn es wirkt auf alles, was wir tun, ein.

Erstens – wie schon gesagt – ist das die einzige Möglichkeit, ein Konto zu schützen. Es gibt in einem ersten Schritt einen Sockelbetrag – das ist der einfache Teil der Sache. In einem zweiten Schritt gibt es Bescheinigungen, die Schuldnerberatungsstellen, aber in kleinerer Zahl auch Rechtsanwälte ausstellen können – übrigens auch Sozialbehörden. Das sind pauschale Bescheinigungen, die sich zum Beispiel an der Anzahl der Unterhaltsverpflichtungen ausrichten. Darüber gibt es noch die Möglichkeit, den besonderen Bedarf an den Gerichten anzumelden. Wie Sie wissen, wird es immer komplizierter, je besonderer es ist. Wenn dann zum Beispiel ein Insolvenzverfahren läuft, dann kann es sehr kompliziert werden, wie der Treuhänder damit umgeht und dieses oder jenes. Jedenfalls tun sich hinten heraus viele Fragen auf, die noch richtiger Entscheidungen harren.

Die Lage für die Beratungsstellen ist folgendermaßen: Es ist in der Tat in einem bestimmten Umfang ein Kundenkreis hinzugekommen. Das ist insoweit ganz gut, weil damit auch schon präventiv darauf eingewirkt werden kann, wenn Leute fragen, was passiert, wenn es jetzt zu einer Pfändung ihres Kontos kommt. Was soll ich da tun? Soll ich dieses Konto schon in ein P-Konto umwandeln oder noch warten? – Das ist eine Frage, bei der es auch um das Geld geht.

Wir hatten in Berlin seit Januar insgesamt 2 500 Nachfragen zum P-Konto. Davon stammten etwa 1 000 Nachfragen von bestehenden Klienten. Wir haben dann Bescheinigungen ausgestellt – das ist die zweite Ebene, denn die erste Ebene ist eigentlich geklärt, aber auch dazu gibt es immer wieder Fragen –, das heißt, wenn ein Konto in ein P-Konto umgewandelt wird, dann sind 1 028 Euro nicht pfändbar. Sind jedoch Kinder oder so etwas da, dann erhöht sich dieser Betrag.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Was heißt denn „oder so etwas“?

Martin Leinweber (Landesarbeitsgemeinschaft Schuldner- und Insolvenzberatung in Berlin e. V.): Das heißt, alle Arten von Unterhaltsverpflichtungen spielen eine Rolle. – [Zuruf: Bedürftige Angehörige!] – Zum Beispiel, das ist eine ganze Liste. – Aus diesen 2 500 Anfragen haben sich etwa 1 300 Bescheinigungen ergeben, die dann weitere 130 Folgebescheinigungen nach sich gezogen haben. – Das ist in etwa die Größenordnung der Bescheinigungen, die von Januar bis Ende März 2012 anfielen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Leinweber! – Gibt es dazu Fragen? – Bitte, Frau Villbrandt!

Jasenka Villbrandt (GRÜNE): Danke, Herr Leinweber! – Meine erste Frage ist: Gibt es nach wie vor Menschen, die noch kein Girokonto haben und somit auch kein P-Konto bekommen können? Wie sind die neuesten Meldungen von den Beratungsstellen, die diese Arbeit leisten?

Zweitens habe ich eine Frage an den Herrn Staatssekretär: Wie sieht es mit der Beratung in diesem Komplex aus? Wir wissen, dass die Menschen nicht immer sofort und direkt zu den Schuldnerberatungsstellen gehen, sondern, dass gerade Menschen mit Migration erst einmal andere Beratungsstellen aufzusuchen. Was den Schutz über das P-Konto betrifft, so habe ich Sie so verstanden, dass es sehr wichtig ist, das zeitlich dringend zu machen, denn wenn das nicht passiert, dann ist das Geld weg und nicht mehr zurückzuholen. Das heißt, den Bezirken entstehen zusätzliche Kosten, weil diese Menschen Geld zum Leben brauchen. Hat man das bereits gelöst? Hat man für die Beratung und dafür gesorgt, dass die gesamte Landschaft der Beratungsstellen davon erfährt, was wichtig ist bzw. was noch geschehen wird?

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Frau Villbrandt! – Bitte, Herr Spies!

Alexander Spies (PIRATEN): Ich nehme die Gelegenheit wahr, Sie zu fragen, ob Sie den Eindruck haben, dass alle Betroffenen, sowohl die Kreditinstitute als auch die Kunden, genügend darüber informiert sind, wie das mit dem P-Konto überhaupt funktioniert. Es gibt zum Beispiel auch einen Grundpfändungsfreibetrag – abgesehen von Kindern und „so etwas“ –, der nach Vorlage einer Gehaltsbescheinigung vom Kreditinstitut einzutragen ist. Inwieweit

sind Sie als Schuldnerberatung überhaupt in der Lage, zeitnah Bescheinigungen auszustellen bzw. Beratungstermine zur Verfügung zu stellen?

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Bitte, Herr Dr. Korte!

Dr. Niels Korte (CDU): Vielen Dank, Herr Leinweber, für Ihre Ausführungen! – Ich habe eine konkrete Frage, die an einige Informationen anknüpft, die wir in mehreren Bezirken im Rahmen der Sozialberatung vor Ort bekommen haben: Deckt es sich mit Ihren Erfahrungen, dass es in großen Größenordnungen vorkommt, dass Kreditinstitute – angesprochen auf die Umwandlung in ein P-Konto – die Gelegenheit nutzen, die bestehende Kontoverbindung zu kündigen? Wenn das so wäre, dann wäre das eine Erscheinung, die den Schutzzweck des P-Kontos und die gesetzlichen Rahmenbedingungen geradezu unterlaufen würde. Kommt das Ihrer Erkenntnis nach in großen Größenordnungen vor?

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Frau Breitenbach!

Elke Breitenbach (LINKE): Zum P-Konto sind schon alle Fragen gestellt worden. Die Überschrift unseres Besprechungspunkts lautet: Situation der Schuldner- und Insolvenzberatungsstellen nach Änderung beim Kontopfändungsschutz. Ich bitte Sie, uns noch etwas zu Ihrer Situation, also zur Ausstattung der Landesarbeitsgemeinschaft Schuldner- und Insolvenzberatung zu sagen. Die Piraten haben schon gefragt, ob Sie zeitnahe Beratungen anbieten können. Meine Frage ist: Wie sind denn jetzt die Wartezeiten? Vor einigen Jahren waren sie ausgesprochen lang, bis es dann zu einer Beratung kam. Haben sich die Wartezeiten verkürzt?

Eine weitere Frage geht an die zuständige Senatsverwaltung: Vor einigen Jahren – ich weiß nicht mehr, vor wie viel Jahren – hatten wir schon einmal – damals noch unter Rot-Rot – die Gelder für die Schuldner- und Insolvenzberatungsstellen erhöht, und dann haben wir alle mit großem Schrecken festgestellt, dass diese Gelder, die an die Bezirke gegangen sind, nicht unbedingt die Schuldner- und Insolvenzberatungsstellen erreicht haben. Das heißt, die Ausstattung wurde damit nicht unbedingt verbessert. Kann die Senatsverwaltung noch mal eine Aussage darüber treffen, wie viel Gelder damals an die Schuldner- und Insolvenzberatungsstellen gegangen sind? Wir sind jetzt wieder in den Haushaltsberatungen, und es gibt wieder das – ich glaube – berechtigte Anliegen, eine bessere finanzielle Ausstattung der Schuldner- und Insolvenzberatungsstellen hinzubekommen. Das macht aber nur dann Sinn, wenn das Geld dort ankommt, wofür es bestimmt ist.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Bitte, Frau Radziwill!

Ulker Radziwill (SPD): Ich möchte den Fragenkatalog noch um einige kurze Punkte ergänzen. Die Situation, dass es eine lange Warteliste gab, ist uns allen bekannt. Ich befürchte, dass die Warteliste noch länger geworden ist. Wenn nicht, dann würde es mich freuen, aber ich sehe eher das Problem in die andere Richtung. Ich möchte von Ihnen wissen, wie die Situation der Beratung vor Ort aussieht.

Ich möchte auch gern wissen, ob Sie die Möglichkeit der muttersprachlichen Beratung verstärken konnten. Ich weiß, dass Sie sich darum bemüht haben, und in einigen Beratungsstellen gibt es – soweit ich weiß – zum Beispiel auch Beratungen in türkischer Sprache. Ich wüsste gern, ob das ausgebaut werden kann, insbesondere verbunden mit der Frage, ob bezüglich des

P-Kontos schon Erkenntnisse vorliegen, dass dieses von einer bestimmten Berliner Zielgruppe – vielleicht von Migranten – stärker oder überproportional abgefragt wird oder nicht.

Dann würde mich noch interessieren, wie viele Menschen Ihrer Erfahrung nach in dieser Stadt leben, die gar kein Konto haben. Wie ist die Situation der Kontolosen zu bewerten? Denn auch mit Blick auf den Antrag können wir aus Ihren Erfahrungen einiges mitnehmen.

Soweit ich informiert bin, ist das P-Konto auch für Selbstständige möglich. Können Sie uns informieren, ob in Ihre Beratungsstellen vermehrt auch Selbstständige kommen? Haben diese einen besonderen Unterstützungsbedarf? Arbeiten Sie diesbezüglich vielleicht auch mit den Kammern und Ähnlichen zusammen? Sehen Sie auch dort Handlungsbedarf? Die Anzahl der Klein- und Kleinstunternehmen ist in Berlin enorm hoch, und vielleicht muss auch mal auf sie das Augenmerk gerichtet werden. – Danke!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Frau Villbrandt – bitte!

Jasenka Villbrandt (GRÜNE): Entschuldigung, Herr Vorsitzender! Ich habe noch etwas vergessen, aber Frau Breitenbach hat mich daran erinnert, dass es noch eine Frage gibt. Seit Jahren gibt es eine Diskussion darüber, wie die Mittel für die Bezirke bemessen werden. Die Bezirke sind von der Verschuldung ihrer Bürger unterschiedlich betroffen und müssen auch unterschiedlich aufgestellt werden. Meine erste Frage geht an den Herrn Staatssekretär: Haben Sie sich jetzt die Aufgabe vorgenommen, die Diskussion, die es schon seit einigen Jahren gibt, zu Ende zu bringen und irgendwie mit Resultaten zu bestücken?

Meine zweite Frage geht an Herrn Leinweber: Sind die Kosten für das P-Konto, die von Bankinstitut zu Bankinstitut unterschiedlich sind, noch immer ein Problem?

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Bitte, Herr Leinweber!

Martin Leinweber (Landesarbeitsgemeinschaft Schuldner- und Insolvenzberatung in Berlin e. V.): Ich würde das Wort gern an meine Kollegin weitergeben.

Bettina Heine (Landesarbeitsgemeinschaft Schuldner- und Insolvenzberatung in Berlin e. V.): Mein Name ist Bettina Heine. Ich bin auch von der Landesarbeitsgemeinschaft und komme direkt aus der Beratungspraxis. Das heißt, ich kann Ihnen zu den praktischen Fragestellungen konkrete Antworten geben. – Ich versuche, das Ganze ein wenig zu strukturieren und fange mit den Fragen von Frau Radziwill an.

Sie fragten nach den Selbstständigen, wie es mit der Beratung dieser Klientel aussieht. – Natürlich kommen nach wie vor auch Selbstständige in die Beratung. Im Kontext zum P-Konto haben wir gleich ein Detailproblem offenbart, nämlich: Für die Selbstständigen gilt zwar die Freigabe des Sockelbetrags wie für alle anderen auch, diese 1 028,89 Euro. Aber bei Selbstständigen umfasst dieser Betrag nicht – darin liegt die Besonderheit – die Krankenkassenbeiträge. Das heißt, in diesen 1 028,89 Euro ist der Betrag, der für den Sozialversicherungsbeitrag, sprich für die Krankenkassen aufgewendet werden muss, enthalten, und das stellt ein großes Problem dar, weil wir dann in den meisten Fällen nicht im Bereich des Existenzminimums liegen. Also, was die Selbstständigen angeht, haben wir im Kontext zum P-Konto gleich ein Problem.

Ich hole ein bisschen aus, um vielleicht einige Fragestellungen zu polarisieren. Die größte Schwierigkeit, die wir nach der gesetzlichen Umstellung sehen, ist, dass es für alle Beteiligten in der Benutzung des P-Kontos keine Form der Vorsorge des präventiven Umgangs mit Konten gibt, nämlich insofern als dass wir zwar von den Sockelbeträgen reden, die freigestellt werden, aber die Nutzer eines P-Kontos keine Möglichkeit haben, eine normale Girokontofunktion dauerhaft in Anspruch zu nehmen, und zwar dadurch, dass die Übertragbarkeit von Ansparbeträgen für die Betroffenen nicht gut geregelt ist und es eine sehr komplexe, schwierige Regelung im Gesetz gab, die nachgebessert worden ist, was zur Folge hat, dass Klienten, die ein P-Konto in Anspruch nehmen, zeitnah das Konto immer wieder auf Null bringen müssen. Ich weiß nicht, ob Sie eine Vorstellung haben, was das heißt, gerade auch für Bezieher von Transferleistungen, also Sozialleistungen, die gehalten sind, Ansparbeträge für Haushaltsgeräte oder Ähnlichen zurückzulegen. Das ist im Kontext P-Konto von der Systematik her nicht möglich. Das hat sich als Problemsituation offenbart und belastet uns in den Beratungsstellen insoweit als dass dort sehr viel Beratungsbedarf besteht, um die Klienten im Umgang mit dieser Kontoverbindung aufzuklären. Das betrifft nicht nur diesen Bereich, sondern auch andere Dienstleistungen, die eigentlich davon umfasst sein sollten, wie die Nutzung von Lastschriften und Bankkarten. Überall hier haben wir Einschränkungen.

Ich komme zu den konkreten Fragen – Frau Radziwill sprach die muttersprachliche Beratung an: Wir haben für das P-Konto dankenswerterweise von anderen Landesarbeitsgemeinschaften spezielles Informationsmaterial in Türkisch, Englisch und in verschiedenen anderen Sprachen übersetzt bekommen, sodass zumindest diese Informationen an die Betroffenen herausgegeben werden können, da nicht an allen Stellen gewährleistet werden kann, dass dort ein entsprechender Dolmetscher oder Muttersprachler vorhanden ist.

Zu den Wartelisten und der Frage, wie sich diese mit dem P-Konto verändert haben: Dabei müssen wir differenzieren: die Übergangszeit, die ersten eineinhalb Jahre. Bis zum Jahresanfang 2012 wurden die Beratungsstellen nicht so stark in den Fokus genommen, da das Ganze zweigleisig gefahren wurde. Es gab sowohl den alten Pfändungsschutz bei Sozialleistungen als auch die neuen Regelungen zum P-Konto. Jetzt, seit Jahresanfang, kristallisiert sich heraus, dass die Zugänge durch die P-Kontoanfragen versperrt werden. Das heißt, wenn Sie als Beratungsstelle Sprechstundenzeiten haben – ob das Telefon- oder Anwesenheitssprechstunden sind –, dann sind diese – das ist auch anhand der Zahlen nachweisbar, Herr Leinweber nannte nur die Zahlen für 2012 –, dann lagen diese 2011 bei etwas mehr als 8 000 Beratungen zum P-Konto. Die Zugänge für Ratsuchende sind durch die P-Kontoanfragen blockiert. Das ist wie bei einer Art Filter: Wenn Sie den bestimmten Zugang haben, dann bekommen Sie auf einmal Anfragen ohne Ende, sodass der Zugang blockiert ist. Das heißt, die Schuldnerberatung leidet eh unter der Situation, dass der Bedarf und die Anfragen nicht befriedigt werden können. Die Zugänge sind derzeit sehr stark durch die P-Kontoberatungen frequentiert und teilweise auch blockiert. – Die konkreten Wartezeitenveränderungen können wir noch nicht abbilden, weil sie erst seit Jahresanfang eingeleisig über den Wegfall des Pfändungsschutzes bei Sozialleistungen deutlich werden. Das beantwortet vielleicht auch die Frage nach den Wartelisten von Frau Breitenbach.

Dann fragte Herr Dr. Korte, ob uns Fälle bekannt sind, dass bestehende Kontoverbindungen bei Umwandlungsanträgen gekündigt werden. – Aus meiner Praxis stellt das keinen Grund für eine Kontokündigung dar. Allein der Antrag ist ein gesetzliches Recht.

Das Problem ist: In dem Moment, wo die Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation der Bank bekannt wird, ist das unter Umständen ein Grund für die Kündigung der Dispositionskredite. Das heißt, dann wird der restliche Dispo sofort fällig gestellt, und wenn das nicht bedient werden kann, ist das in Folge unter Umständen ein Grund für eine Kontokündigung. – [Dr. Niels Korte (CDU): Kommt das häufig vor?] – Die Verschlechterung der finanziellen Situation kommt häufig vor, und damit kommt es auch zur Kündigung von Dispositionskrediten. Ja, das kann ich bestätigen.

Herr Spies! Sie fragten nach dem Informationsstand bei den Banken und Beratungsstellen. Die Landesarbeitsgemeinschaft hat sich insoweit sehr intensiv vorbereitet, als dass wir einen wissenschaftlichen Mitarbeiter haben, der berlinweit auch Schulungen für die Beratungsstellen und alle Berater gewährleistet hat. Man kann sagen, dass der Informationsstand in den Banken derzeit noch sehr unterschiedlich ist. Das heißt, es gibt Institute, wo die Mitarbeiter, die dort beraten, teilweise überhaupt keine Grundlagen im Bereich des P-Kontos vermittelt bekommen haben und teilweise sogar falsche Aussagen an Ratsuchende – bzw. an Kunden, muss man dann sagen – weitergeben. Wir bemühen uns auf dem Level der Landesarbeitsgemeinschaft, den Fortbildungsstand zu diesem neuen thematischen Arbeitsfeld sehr hoch zu halten, und haben sogar versucht, diesen Informationsstand sowohl im Bereich Justiz, also Rechtspfleger, als auch im Bereich Jobcenter über Sitzungen bzw. Veranstaltungen, zu denen wir eingeladen haben, breit zu streuen. Wir haben in den Bezirken dafür gesorgt, dass Informationsbroschüren und Materialien an die Jobcenter, an die Bezirksämter, in die Stellen getragen worden sind, damit die Leute da Aufklärungsmaterial an die Hand bekommen. Wie gesagt, es ist bei den Banken von Institut zu Institut unterschiedlich gehandhabt worden, wie da aufgeklärt worden ist, teilweise war es auch sehr ausführlich. Bestimmte Institute sind da sehr fortschrittlich gewesen, andere weniger. – Das vielleicht zu Ihrer Frage, wie der Informationsstand bei Banken ist.

Ein großes Problem im Kontext P-Konto ist die Dringlichkeit der Beratung. Wir haben hier Situationen, wo die Beratungsstellen nach dem Kalender reagieren müssen. Wenn Sie zum Monatsende hin sehen, dass Gelder auf Konten eingegangen sind, beispielsweise Sozialleistungen, und nur der Sockelbetrag freigegeben ist, müssen Sie hier als Beratungsstelle noch in dem Monat reagieren, damit die Bescheinigung, die Sie ausstellen, dazu führt, dass das in dem Monat eingegangene Geld auch noch freigestellt werden kann. Das heißt, die Flexibilität der Beratungsstellen ist sehr stark gefragt bei Einstellung auf diesen unmittelbaren Bedarf der Klientel. Sehr spontan, sehr flexibel muss das ausgestaltet sein, um hier eben nicht in solche Situationen zu kommen, dass Bescheinigungen nicht eingereicht und dann Sozialleistungen an pfändende Gläubiger abgeführt werden.

Zu den ersten Fragen von Frau Villbrandt nach dem Zugang zum P-Konto: Es gibt nach wie vor einen hohen Bedarf, es gibt viele Anfragen. Die Zahlen, was wir an Beratungen leisten, haben wir genannt für 2012. 2011 hatten wir insgesamt 8 500 Beratungen, 2010 – da betraf es ja nur das zweite Halbjahr – waren es ca. 3 400 Beratungen, die in dem Bereich berlinweit durch alle angeschlossenen Beratungsstellen vorgenommen worden sind.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Frau Heine!

Martin Leinweber (Landesarbeitsgemeinschaft Schuldner- und Insolvenzberatung in Berlin e. V.): Es sind noch zwei Fragen offen gewesen. Das eine war das Konto für jedermann. Das

ist etwas anderes als das P-Konto. Es sind nach wie vor ca. zehn Prozent unserer Ratsuchenden, die kein Konto haben mit der Folge, dass viele Transfers schwierig sind. Wenn sie kein Konto haben, können sie daraus auch kein P-Konto machen. Das geht nur mit einem bestehenden Konto. Das ist das eine Problem.

Dann gab es noch die Frage nach der finanziellen Lage, wie das bei einer Mittelerrhöhung vor drei, vier Jahren war. Dazu muss man sagen, dass es leider seit 20 Jahren eine historische Situation der Finanzierung der Schuldnerberatung gibt. Das heißt, es gab eine Finanzierung auf einem bestimmten Level. Das wurde mit Einführung der Insolvenzberatung in den Jahren 1999/2000 erhöht, und zwar über eine Zuweisung der Senatsverwaltung für Finanzen. In manchen Bezirken bestanden aber eigene Finanzierungen. Das hat in der Folgezeit immer dazu geführt, dass einige Bezirke ihre zusätzlichen Finanzierungen mit den Zuweisungen, die dann erhöht wurden, verrechnet haben. Das Problem haben wir auch jetzt wieder. Z. B. tritt es gerade im Bezirk Mitte auf, wo ein finanzielles Haushaltsloch im Bereich Schuldner- und Insolvenzberatung von ca. 100 000 Euro prognostiziert wird, das jetzt durch strukturelle Maßnahmen wie Zusammenlegen von Beratungsstellen aufgefangen werden soll und noch nicht bearbeitet ist.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Leinweber! – Herr Staatssekretär, bitte!

Staatssekretär Michael Büge (SenGesSoz): Vielen Dank! – Es gibt vier, fünf Punkte, auf die ich noch eingehen möchte, weil danach gefragt wurde. Ich will gleich an das anknüpfen, was zum Schluss ausgeführt wurde. In der Tat muss man sehr genau schauen, wie in den einzelnen Bezirken die Finanzierungsstrukturen gewachsen sind und was unter dem Strich seit 1999/2000, wie eben deutlich gemacht wurde, und vor dem Hintergrund der Budgetierung, die dann eingeführt wurde, am Ende übriggeblieben oder ggf. sogar an Mitteln vorhanden ist, um über das normale Maß hinaus Leistungen anbieten zu können. Die Struktur ist da in der Tat eine ausgesprochen heterogene, wobei in der Mehrzahl der Bezirke mit Sicherheit die Mittel eher verstärkt werden könnten und sollten, um den entsprechenden Aufgaben am Ende auch nachzukommen.

Frau Breitenbach hat gefragt, wie die Summen vor einigen Jahren waren. Das kann ich Ihnen heute nicht sagen. Aber wir alle, die wir hier sitzen, wissen aus den Diskussionen zum Haushalt, dass für das laufende Haushaltsjahr noch mal 500 000 Euro an die Bezirke gehen sollen. Ich weiß, dass die Fraktionen sich immer noch bemühen, nach Mitteln zu suchen, um das noch mal zu verstärken und das Ganze im Jahr 2013 sowieso in den Plafond der Bezirke gehen wird. Ob das zielführend ist oder nicht vor dem Hintergrund des eben von Herrn Leinweber Ausgeführten, muss man dann im Einzelnen schauen. Natürlich sollten Sie als Haushaltsgesetzgeber auch darauf achten, dass die Mittel in den Bezirken dann auch tatsächlich für diesen Zweck ankommen und nicht einfach im Plafond verschwinden.

Fairerweise muss man auch anmerken – das hat Ihre Kollegin eben ausgeführt –, dass ein gewisses Maß an Flexibilität immer hilfreich ist. Da spreche ich auch aus Erfahrung. Ich weiß, wie es aussieht, wenn Schuldnerberatungen nicht flexibel und organisatorisch ein bisschen altbacken sind oder wenn Schuldnerberatungen modern ausgerichtet sind und moderne Strukturen vorweisen. Dann können sie nämlich mit der gleichen Ausgangsbasis, mit dem gleichen Input bedeutend mehr Output realisieren, als das andere können. Insoweit darf man nicht im-

mer nur die finanzielle Seite sehen, sondern muss sich auch die organisatorischen Strukturen und die Flexibilität – um den Begriff noch mal aufzugreifen – vor Ort anschauen.

Dann wurde mit Zahlen hantiert. Da gibt es unterschiedliche. Ich habe die Zahlen – weil es Bezirksaufgabe ist – aus den Bezirken für 2011 vor mir liegen. Sie hatten eben von 8 000 Beratungsgesprächen 2011 gesprochen. Uns als Land oder Stadt sind 7 000 gemeldet worden. Wenn ich die 7 000 plus einiges, was noch darüber hinaus aufgeführt ist, nehme, komme ich auf ungefähr 7 500, wenn ich das hochrechne, bezogen auf die Zahlen, die Herr Leinweber genannt hat. Dann sind wir, was den Stand 2012 betrifft, nach den ersten Monaten in etwa auf dem gleichen Stand wie 2011. Das heißt, die von Ihnen erwähnte Steigerung von 2011 und jetzt zur Einführung 1. Januar 2012 lässt sich an den Zahlen noch nicht ablesen. Es mag aber sein – das kann und will ich logischerweise an der Stelle nicht ausschließen –, dass die Zahlen mit zunehmenden Problembewusstsein bezüglich des P-Kontos noch einmal steigen werden.

Damit bin ich an einem anderen Punkt, der hier auch angesprochen wurde. Er betrifft auch die finanzielle Frage – das will ich zumindest erwähnt haben, obwohl es nicht originär unsere Zuständigkeit ist –, die wir bei anderen Novellierungen und Veränderungen auch schon hatten, nämlich inwieweit die Einführung des P-Kontos und die damit verbundenen zusätzlichen Belastungen in der Spitze, die faktisch vorhanden sind und uns so auch gemeldet werden, nur eine temporäre Erscheinung über einen bestimmten Zeitraum sind, den ich jetzt nicht zu definieren vermag, oder eine dauerhafte, auf die anderen bisherigen Arbeiten aufsetzende, zusätzliche Belastung darstellen. Das muss man sich auf jeden Fall anschauen, denn irgendwann tritt natürlich ein gewisser Routineeffekt auch für das P-Konto ein, und viele der im Moment akuten Problemfälle, die sich aus dem P-Konto ergeben, werden so nicht mehr auflaufen. Ich denke, irgendwann wird jeder wissen, dass, wenn ich kein P-Konto habe – egal ob ich Sozialleistungen oder sonstige Leistungen auf mein Konto bekomme –, ein Durchgriff theoretisch möglich ist, und sich dagegen wehren oder mithilfe der Schuldnerberatung dagegen wehren, also dafür Sorge tragen, dass das für die Zukunft auf seinem Konto nicht mehr der Fall sein wird.

Frau Villbrandt hat gefragt, wie es mit sonstigen Beratungsstellen aussieht. Ich kann jetzt nur sagen, dass die Schuldnerberatungen entsprechend fit sind. Die Bezirke haben keine Zuständigkeit mehr dafür. Deswegen sind ja die Schuldnerberatungen bei uns mit dieser Aufgabe seit 1999/2000 betraut. Dann haben wir Rechtsanwälte, die solche Aufgaben auch wahrnehmen. Ich gehe davon aus, dass die Rechtsanwälte, soweit sie in kleineren Stückzahlen diese Aufgabe wahrnehmen, natürlich wissen, worüber sie reden, und über die Veränderungen des P-Kontos Bescheid wissen. Dann gibt es sicherlich zahlreiche, mir im Moment nicht bekannte weitere soziale Einrichtungen, die an der einen oder anderen Stelle auch beraten werden. Ich gehe davon aus, dass die aufgrund der in der Regel engen Kooperation untereinander, also zwischen Schuldnerberatungen und Sozialberatungen, auch informiert sind. Nach meiner Kenntnis ist es mittlerweile so, dass alle zwölf Bezirke und die in den Bezirken ansässigen Schuldnerberatungen eine enge Kooperation mit den Jobcentern pflegen, sodass bei den Jobcentern mit Sicherheit auch entsprechende Informationen gegeben sind und die dann ggf. wiederum an die Schuldnerberatungen verweisen werden, damit dort die entsprechende Beratung an den Mann bzw. die Frau gebracht werden kann.

Ich glaube, damit sind alle an uns gerichteten Fragen so weit beantwortet, sicherlich auch mit zwei, drei kritischen Anmerkungen bzw. Hinweisen, dass man schauen muss, wie die Ent-

wicklungen in den nächsten ein, zwei Jahren verlaufen werden. Dann schauen wir mal, was der Gesetzgeber für die nächsten ein, zwei Jahre noch hinbekommt hinsichtlich der finanziellen Seite – oder eben nicht hinbekommt.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Staatssekretär! Ich bedanke mich auch bei Ihnen Frau Heine und Herr Leinweber. – Dann erkläre ich diese Besprechung ebenfalls für abgeschlossen.

Punkt 4 der Tagesordnung

Antrag der Piratenfraktion
Drucksache 17/0231

Einführung eines „P-Konto für jedermann“

[0041](#)
GesSoz
Haupt
Recht(f)

Siehe Beschlussprotokoll.

Punkt 5 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.