

Stenografischer Bericht

(ohne Beschlussprotokoll)

öffentliche Anhörung

63. Sitzung – Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

19. November 2021, 10:06 bis 13:19 Uhr

Anwesend:

Vorsitz: Moritz Promny (Freie Demokraten)

CDU

Sabine Bächle-Scholz
Dr. Ralf-Norbert Bartelt
Sandra Funken
Petra Müller-Klepper
Claudia Ravensburg
Max Schad
Ismail Tipi

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kathrin Anders
Marcus Bocklet
Silvia Brünnel
Felix Martin

SPD

Ulrike Alex
Lisa Gnadl
Stephan Grüger
(in Vertretung für Frank-Thilo Becher)
Daniela Sommer
Turgut Yüksel

AfD

Arno Enners
Claudia Papst-Dippel

Freie Demokraten

Yanki Pürsün

DIE LINKE

Christiane Böhm

Fraktionsassistentinnen und -assistenten:

CDU: Dr. Carla Thiel
AfD: Dagmar Tröger
Freie Demokraten: Kristina Kämpfer
DIE LINKE: Thomas Völker

Landesregierung, Rechnungshof, Datenschutz, Landtagskanzlei:

Name (bitte in Druckbuchstaben)	Amtsbezeichnung	Ministerium, Behörde
Deuz, Anne	STS	HSU I
Zahn, Marina	RR'in	HMS I
Dr. Altmann, Kristine	RD'in	HMS I
OESTEN, Gehild	MRin	HMS I

Anzuhörende

Gruppe 1:

Institution	Name (Position innerhalb der Institution)
Der Paritätische Wohlfahrtsverband Hessen e. V.	Kristina Nottbohm (Referentin Frauen und Mädchen) Karola Günther (Regionalgeschäftsführerin Region Osthes- sen)
Diakonie Hessen	Andrea Schaller (Abteilungsleitung Familie, Frauen, Jugend und Kinder / Geschäftsführerin „Bundesstiftung Mutter und Kind in Hessen“)
Hessen-Caritas	Veronika Heck-Klassen (Referentin Familienhilfe (Schwanger- schafts-beratung, Netzwerk Leben, Frühe Hilfen))
Liga der freien Wohlfahrtspflege Hessen e. V.	Brigitte Ott

Gruppe 2:

Institution	Name (Position innerhalb der Institution)
Caritasverband für die Diözese Limburg e. V.	Dr. Marina Schmitt (Geschäftsführung SkF Wiesbaden) Sabine Dill-Arthen (Referentin Familienhilfe)
pro familia Hessen	Heike Pinne
Donum vitae Landesverband Hessen e. V.	Irmgard Klaff-Isselmann (Vorsitzende)
Kristina Hänel	
LandesFrauenRat Hessen c/o Büro für Staatsbürgerliche Frauenarbeit e. V.	Andrea Gerlach (Stellvertretende Vorsitzende)
Sozialdienst katholischer Frauen e. V.	Tatjana Junker, (Referentin für Schwangerschaftsberatung der Ortsvereine im Bistum Fulda und Land Hessen)

Protokollführung: Brigitte Laveuve, Stefan Kampfer, Maximilian Sadkowiak

Öffentliche mündliche Anhörung

1. **Gesetzentwurf**
Landesregierung
Drittes Gesetz zur Änderung des Hessischen Ausführungsgesetzes zum Schwangerschaftskonfliktgesetz
– Drucks. [20/6334](#) –

hierzu:

Stellungnahmen der Anzuhörenden
– Ausschussvorlage SIA 20/62 –

(Teil 1 verteilt am 11.11.2021, Teil 2 verteilt am 23.11.2021)

Vorsitzender: Ich rufe jetzt zunächst die Institutionen Gruppe 1 auf, zunächst den Paritätischen Wohlfahrtsverband Hessen e. V., Kristina Nottbohm und Karola Günther.

Frau **Nottbohm:** Vielen Dank für die Einladung. Zunächst eine kurze Vorbemerkung. Wir, die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, die Liga-Verbände, haben eine gemeinsame schriftliche Stellungnahme abgegeben, die Ihnen vorliegt. Um das, was wir in der Stellungnahme formuliert haben, zu verdeutlichen und die Vielfalt der Themen sowie die hohen Anforderungen und großen Aufgaben in den Beratungsstellen vor Ort greifbar zu machen, möchten wir Ihnen jetzt verschiedene Einblicke in die Praxis geben. Für die Paritätischen in Hessen wird meine Kollegin, Carola Günther, sprechen.

Frau **Günther:** Mein Name ist Carola Günther. Ich bin die Regionalgeschäftsführerin des Paritätischen in Osthessen mit Sitz in Fulda. Der Paritätische hat sich der Stellungnahme der Liga angeschlossen. Ein Großteil der Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen sind bei uns Mitglied. Ich möchte nun als Seismograph für gesellschaftliche Entwicklungen aufzeigen, mit welchen komplexen Anforderungen sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in meiner Region, also in Osthessen, zunehmend konfrontiert sehen.

Erstens. Frauen müssen teilweise vier bis acht Wochen auf einen gynäkologischen Termin zur Feststellung einer Schwangerschaft warten. Das setzt sie erheblich unter Druck. In manchen Kliniken und Praxen werden nur Abbrüche bis zur neunten oder zehnten statt bis zur zwölften Wo-

che nach der Empfängnis durchgeführt. Andere weigern sich, einen zweiten Abbruch vorzunehmen. Für die Beratungsstellen bedeutet dies zusätzliche Recherchearbeit. Im Einzelfall kann es Stunden dauern, um an Informationen zu gelangen.

Zweitens. Ein großer Teil der Klientinnen erhält keine weiterführenden Informationen durch ihre niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen. Seriöse Informationen zum Schwangerschaftsabbruch lassen sich im Internet nicht eindeutig identifizieren. Die Beratungsstellen sind derzeit der einzige Ort, an dem valide Informationen weitergegeben werden. Das bedeutet einen deutlichen Mehraufwand. Die Liste der Bundesärztekammer ist unvollständig. Die Aufnahme in die Liste ist freiwillig. Es gibt Kliniken und Praxen, die ihr Angebot nicht öffentlich machen. Ob aus Angst vor Repressalien, bleibt Spekulation. Hinzu kommt, dass nicht alle Ärzte alle Methoden anbieten, was die Arztsuche weiter erschwert. Daraus resultiert, dass die gesetzlich vorgeschriebene Beratung in ihrer Kompetenz beschnitten wird und dass die Informationen aufwendig anderweitig beschafft werden müssen.

In den Landkreisen Hersfeld-Rotenburg, Vogelsberg, Fulda und in der Stadt Fulda gibt es überhaupt keine Möglichkeit, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen, obwohl es in jedem Landkreis ein öffentliches Krankenhaus gibt. Es gibt Frauen, die kein Geld haben, die Kosten für eine Reise in eine auswärtige Klinik zu bezahlen.

Drittens. Die genannten Punkte tragen zu krisenhaften Beratungsverläufen bei. Hinzu kommen des Öfteren Sprachprobleme. Das führt dazu, dass viele Frauen bei individuellen Fragen beispielsweise zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse, zur Anreise zum Ort des Eingriffs, zur Organisation einer Begleitung, zur Abwesenheit vom Arbeitsplatz, zu Aufenthaltsmöglichkeiten vor Ort, zur Versorgung der Kinder oder von zu pflegenden Angehörigen und zur Nachkontrolle am Wohnort – und das alles eventuell unter höchster Geheimhaltung – auf die Unterstützung durch die Beratungsstellen angewiesen sind.

Unsere Forderungen lauten: Die wertvolle Beratungsarbeit ist anzuerkennen. Die Berechnung der Personalkostenförderpauschale ist derzeit unzureichend; sie muss neu bewertet werden.

Frau **Schaller**: Guten Tag. Vielen Dank für die Einladung. Mein Name ist Andrea Schaller. Ich bin seit einem Jahr Geschäftsführerin der „Bundesstiftung Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ in Hessen und habe die Abteilungsleitung bei der Diakonie Hessen inne. Heute bin ich in meiner Funktion als Geschäftsführerin der Bundesstiftung im Ausschuss.

Noch einmal ganz kurz zur Einordnung, wo die Bundesstiftung steht: Die Bundesstiftung ist im Jahr 1984 von der damaligen Bundesregierung geschaffen worden, um Schwangeren oder Müttern in Notlagen unbürokratisch zu helfen. Die Geschäftsstellen der Bundesstiftung arbeiten in elf Ländern in den Landesstiftungen, sind also in den Ministerien verortet, und in fünf Ländern in den Wohlfahrtsverbänden. In Hessen hat die Diakonie, beauftragt durch die Caritas-Diakonie-Konferenz, schon viele Jahre die Funktion der Geschäftsführung inne und organisiert die Mittelvergabe,

steuert sozusagen im Einvernehmen mit den anderen Verbänden hier in Hessen die Richtlinien und die Gewährungen der Mittel der Bundesstiftung.

Die Schwangerschaftsberatungsstellen sind die einzigen Stellen, in denen die Stiftungsmittel beantragt und vergeben werden können. Viele Frauen – jede fünfte bis sechste Frau in Hessen –, Schwangere und Familien sind nach wie vor auf die Förderung der Bundesstiftung angewiesen. Wir als Geschäftsstelle für Hessen haben in diesem Jahr 6,9 Millionen € von der Bundesstiftung erhalten, um sie Frauen in Hessen zugute kommen zu lassen.

Die Schwangerenberatungsstellen, in die die Frauen kommen, um die Mittel der Bundesstiftung zu beantragen, haben auch eine Türöffner-Funktion, da die Frauen dort auch in einer Vielfalt anderer Themen beraten werden können.

Im Jahr 2020 lag die durchschnittliche Förderung bei 772 €. Bei den Anträgen geht es unter anderem um Erstausrüstung und Unterstützung im Haushalt. Oftmals geht es auch um Haushaltsgeräte, die kaputtgegangen sind, z. B. um die Waschmaschine. Jeder weiß: Sobald man ein, zwei oder mehr Kinder im Haushalt hat, ist es wichtig, die Geräte zu Hause zu haben. Es geht auch um Kindermöbel, um Kinderausstattung. All das wird mit gefördert und unterstützt.

Dem Gesetzentwurf zufolge soll die Geschäftsstelle erstmalig mit 100.000 € jährlich gefördert werden. Sie konnten unserer schriftlichen Stellungnahme entnehmen, dass wir uns hierüber freuen und dies sehr schätzen. Mit der Festlegung auf sieben Jahre sind die tariflichen Steigerungen und die Fortschreibung der Sachkosten zwar nicht ausreichend berücksichtigt; dennoch ist dies ein wirklich toller Einsatz der Landesregierung, um die Geschäftsstelle der Bundesstiftung zu fördern.

Noch ein Nachsatz. In den vergangenen Jahren, vor der Förderung durch das Land Hessen, hatten die Verbände die Sachkosten übernommen. Die Stiftungsmittel in Höhe von 6,9 Millionen €, die wir als Geschäftsstelle erhalten und von denen ich berichtet habe, dürfen wir nur eins zu eins an die Frauen weitergeben. Der Bund sieht keinerlei Verwaltungskosten für die Geschäftsführung vor. Dabei geht es um einiges, was wir in personeller Hinsicht vorhalten müssen.

Frau **Heck-Klassen**: Guten Tag. Mein Name ist Veronika Heck-Klassen. Ich arbeite als Fachreferentin für Familienhilfe beim Diözesan-Caritasverband in Mainz. Auch von meiner Seite vielen Dank für die Möglichkeit, hier zu sprechen.

Heute war eigentlich vorgesehen, dass eine Kollegin aus der Praxis unserer Beratungsstellen spricht. Sie ist aber kurzfristig erkrankt, sodass ich den von ihr vorbereiteten Beitrag mit einem Fallbeispiel aus dem Bereich der gesundheitlichen Versorgung Schwangerer verlesen werde. Er ist in Ich-Form geschrieben; wundern Sie sich bitte nicht. Der Bericht der Kollegin stammt von der Beratungsstelle in Heppenheim, Kreis Bergstraße. In dem Fallbeispiel geht es um eine junge Familie, die seit Januar dieses Jahres relativ umfangreich in der Beratungsstelle aufgefangen und beraten worden ist. Dahinter verbirgt sich eine sehr komplexe Fallsituation. Hier also der Bericht der Kollegin:

Die Familie kam zunächst mit dem Anliegen der Unterstützung für die Ausstattung ihres Kindes in die Beratungsstelle. – Stichwort „Türöffnerfunktion Bundesstiftung“. – Von dieser Möglichkeit hatte sie über Bekannte erfahren. Die Geburt des ersten Kindes des Paares stand im Juli bevor. Sie hatten sich im Januar gemeldet. Im Erstgespräch stellte sich heraus, dass die Klientin zu diesem Zeitpunkt nicht krankenversichert war. Sie ist Bürgerin der EU ohne Arbeit. Ihr Partner verfügt über eine Aufenthaltsgenehmigung und hatte kurz vor dem Erstkontakt seine Arbeit nach einem Unfall verloren. Das Paar ist nicht verheiratet, weil bislang die für die Eheschließung erforderlichen Papiere nicht beschafft werden konnten.

Da beide sehr wenig Deutsch sprechen, war für die Beratung die Hilfe von Sprachmittlern bzw. Sprachmittlerinnen erforderlich. Die Überwindung dieser sprachlichen Hürde zum Aufbau einer guten Beziehung war nicht einfach, ist aber gelungen. Denn nur auf dieser Grundlage können schwierige Fragestellungen wie die persönliche Gesundheit überhaupt erst angegangen werden.

Bevor man zu vertiefenden Fragen im gesundheitlichen Bereich kam, war es zunächst wichtig, die Sicherung des existenziellen Lebensunterhalts der Familie in den Blick zu nehmen, die erforderlichen Anträge zu stellen und bei der Antragstellung zu unterstützen, weil aufgrund der fehlenden sprachlichen Kompetenzen, dies allein nicht möglich war. Weil der Fall durch die Erkrankung des Mannes und den Verlust seiner Arbeit noch einmal schwieriger war, konnten die ehrenamtlichen Ausfüllhilfen nicht helfen, sondern das war ein Fall, der tatsächlich von der Beraterin selbst übernommen werden musste.

Zur Kommunikation und Vermittlung mit insgesamt 17 verschiedenen Behörden und Anlaufstellen war ich als Beraterin immer wieder gefragt, da die beiden Ratsuchenden die sprachlichen und bürokratischen Hürden nicht bewältigen konnten. Die Corona-Pandemie hat die Kontaktaufnahme mit den Ämtern deutlich erschwert. Viele Kontakte waren nur noch schriftlich oder telefonisch möglich.

Die Organisation einer Hebamme für die Vor- und Nachsorge der Schwangerschaft erwies sich als eine weitere Herausforderung, da im Kreis Bergstraße zu wenig Hebammen zur Verfügung stehen. Letztlich gelang eine Vermittlung nur über die gut funktionierende Arbeit im Netzwerk der Frühen Hilfen.

In der Beratung ging es häufig darum, mit der Schwangeren bestehende Ängste zu besprechen, ihr diese Ängste zu nehmen und Sachverhalte inhaltlich-informativ zu erklären. Für diese Fragen steht im medizinischen Versorgungsbereich oft nicht die erforderliche Zeit zur Verfügung. Außerdem entstehen die Fragen und Verunsicherungen häufig erst nach dem Arztbesuch oder nach dem Krankenhausaufenthalt. Erst dann finden die Frauen überhaupt die Worte, um sie zu formulieren. Beispielsweise wurden in solchen Gesprächen noch einmal Informationen zu nicht finanzierten IGE-Leistungen und deren Erforderlichkeit – oder eben nicht – und Fragen zu zusätzlichen Ultraschalluntersuchungen bearbeitet und das Paar dabei unterstützt, diesbezüglich informierte Entscheidungen zu treffen.

Letztlich dauerte es oft sehr lange, bis alle notwendigen Hilfen installiert waren. Der psychische Druck auf die Klientin war so groß, dass sie immer wieder Phasen hatte, in denen sie stationär

behandelt werden musste, weil es zu Schwangerschaftskomplikationen kam. Es ist nicht auszu-denken, was passiert wäre, wenn in dieser Situation die Krankenversicherung nicht geklärt ge-wesen wäre.

Das Baby kam schließlich im Juli gesund zur Welt. Nach der Geburt konnte ich die Mutter mit ihrem Baby für unsere niedrigschwelligen Angebote an das Babycafé vermitteln. Dort ist sie im Austausch mit anderen Eltern und erhält Unterstützung durch die Fachkräfte, die dieses Angebot begleiten. Außerdem konnte ich sie in das Eltern-Kind-Programm Opstapje vermitteln, das einen guten Start der Eltern-Kind-Beziehung unterstützt.

Da die Frau nach der Geburt nicht gleich wieder schwanger werden will, hat sie um ein Gespräch über Möglichkeiten der Verhütung und Familienplanung gebeten. Für diese Beratung ist die Hürde der Finanzierung entsprechender Maßnahmen zu meistern. Ich weiß noch nicht, wie ich ihr erklären soll, dass es keine finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten hierfür gibt. Die Familie selbst hat nicht die erforderlichen Mittel.

Frau **Ott**: Auch von mir vielen Dank für die Einladung. Mein Name ist Brigitte Ott. Ich bin Ge-schäftsführerin der pro familia in Hessen. In der Liga arbeiten wir mit allen Träger eng zusammen. Ich habe es übernommen, einen Punkt aus der Stellungnahme der Liga, an dem pro familia mit-gearbeitet und dem sich pro familia angeschlossen hat, hervorzuheben. Sie haben schon viel über die Inhalte und die Arbeit der Beratungsstellen gehört. Jetzt geht es um die finanzielle Grund-lage, nämlich um die Landesförderung, die auf einer Förderpauschale basiert. Ich möchte einige wenige Aspekte der grundlegenden Problematik der Finanzierung dieser Infrastruktur hervorhe-ben und erläutern. Es ist gar nicht so einfach, dies nachzuvollziehen. Dennoch fasse ich mich kurz.

Die Förderpauschale der Beratungsstellen setzt sich aus drei Teilen zusammen. Das muss man vorweg wissen. Es gibt anteilige Personalkosten für das die Verwaltung, den Empfang usw. un-terstützende Personal in der Beratungsstelle, es gibt einen Bestandteil, der „Personalkosten für eine Vollzeitfachkraft/Beratung“ heißt, und es gibt einen Bestandteil, der sich „Sachkosten“ nennt. Soweit ist das klar.

Seit der letzten Novellierung im Jahr 2011 und fortlaufend sind aber diese Bestandteile so verän-dert worden, dass gravierende Lücken entstanden sind. Die Schere zwischen den tatsächlichen Kosten, die eigentlich einfließen müssten, und den Werten, die in die Fallpauschale für die Be-rechnung – nur für die Berechnung – der Förderung einfließen, öffnet sich immer weiter. Zwei Aspekte sind dafür gravierend verantwortlich.

Zum einen ist der Bestandteil „Personalkosten für eine Vollzeitfachkraft/Beratung“ um 10 % ge-kürzt worden. Nun sind nicht mehr die Personalkosten für eine volle Stelle berücksichtigt, sondern in die Berechnung fließen nur noch 90 % der Kosten für eine volle Stelle ein. Daraus ergibt sich schlicht und ergreifend ein Fehlbetrag von 7.000 € pro Vollzeitstelle und Jahr.

Der zweite Aspekt, der zu der Finanzierungslücke führt, die wir zu verzeichnen haben: Lohnnebenkosten wie z. B. betriebliche Altersvorsorge und Kinderzuschläge werden nicht mehr berücksichtigt. In der Berechnung werden bei den beiden Bestandteilen der Personalkosten nur noch die reinen Tarifentgelte der Tabelle TV-H angesetzt.

Selbstverständlich sind die tatsächlichen Kosten von vielen Faktoren abhängig, aber wir haben einen Abgleich mit der Personalkostentabelle des Landes gemacht. Darin sind nur tatsächlich notwendige Kosten enthalten. Wenn man die Tabellenwerte und die durchschnittlichen Personalkosten der Tabellen des Landes vergleicht, dann stellt man eine Differenz von 7.800 € pro Vollzeitstelle und Jahr fest.

Diese beiden finanziellen Lücken von insgesamt rund 14.000 € pro Fachkraftstelle und Jahr, müssen die Träger seit längerem kompensieren. Das ist wirklich kaum zu schaffen. Dabei müssen sehr viele mithelfen. Dafür braucht man Eigenmittel, dafür braucht man Kommunen, Kreise, Spender. Dies führt dazu, dass die Träger 30 % und mehr der tatsächlichen Kosten selbst beisteuern müssen, obwohl es sich hierbei um eine gesetzliche Aufgabe handelt. Wer sich einmal darin vertieft hat, weiß, dass nach Bundesverwaltungsgerichtsurteil 80 % als eine angemessene Förderung ausgeurteilt wurden. Die werden nicht erreicht, und es ist auch plausibel und klar nachvollziehbar, woher das kommt: Genau von diesen beiden Veränderungen in den Werten, die in die Berechnung der Fallpauschale einfließen.

Ich bitte Sie, dies noch einmal genau in den Blick zu nehmen. Das ist eine systematische Unterfinanzierung der Infrastruktur, einer sehr wichtigen Infrastruktur für Frauen und für Familien. Gerade in der heutigen Zeit merkt man das extrem. Wir machen alle unsere Arbeit sehr gern und nehmen sie sehr ernst. Aber dieses Problem der Finanzierung führt dazu, dass wir Ressourcen aufwenden müssen, um Drittmittel oder Spenden einzuwerben. Das ist nicht zielführend.

Wenn Sie die Berechnung und die Darstellung der Förderpauschale noch einmal in übersichtlicher Form geliefert haben möchten, so reichen wir diese gern nach. Dies ist nicht ohne Weiteres nachzuvollziehen, aber wir haben es ausgearbeitet und reichen es gern nach, wenn es jemand haben möchte. Die dringende Bitte der Liga lautet, diesen Punkt wirklich noch einmal in den Blick zu nehmen und zu schauen, ob es nicht doch eine Möglichkeit für eine nachhaltige Verbesserung gibt.

Vorsitzender: Mir liegen zwei Wortmeldungen vor. Zunächst spricht die Kollegin Böhm. Bitte sehr.

Abg. **Christiane Böhm:** Herzlichen Dank für die Stellungnahmen und auch für die sehr eindrücklichen Schilderungen. Auch wenn man weiß, wie es ist, ist man immer noch erstaunt. Gerade das Beispiel aus Heppenheim hat mich jetzt wirklich mitgenommen. Es ist dringend erforderlich, dass wir darüber Bescheid wissen.

Ich habe eine Frage, die ich an alle stelle; denn Sie alle führen ja Beratungen durch. Ich hatte gedacht, es fehlten 20 % der Personalkosten. Aber Frau Ott hat gerade geschildert, dass tatsächlich 30 % der Personalkosten fehlen. Wie regeln Sie das? Welchen Aufwand bedeutet es für die einzelnen Verbände? Wie viele Anträge müssen Sie stellen? Dafür brauchen Sie ja auch wieder Ressourcen. Um Geld zu bekommen, muss man also erst einmal viel Geld aufwenden. Wie viel Anträge brauchen Sie dafür? Was machen Sie, wenn Geld von der Kommune oder von einer anderen Stelle fehlt? Welche Möglichkeiten nutzen Sie insoweit? Welche Zeit verwenden Sie hierfür, die ja dann für die eigentliche Arbeit fehlen müsste?

Frau Schaller, bei der „Bundesstiftung Mutter und Kind“ ist die Situation nicht viel anders. Ihnen fehlen ja auch 20 % der Mittel. Im Gesetzeskommentar steht es schon: 120.000 € kostet die Beratungsstelle jährlich. Was bedeutet das für Sie?

Ich fand es sehr eindrücklich, dass Sie geschildert haben, dass es ein absolutes Sparprogramm war. Wenn es das Land selbst machte, würde es viel mehr kosten. – So habe ich es verstanden. Wenn das nicht stimmt, sollten Sie mich korrigieren. – Zu fragen ist, wie das jetzt organisiert wird und wie das sein kann. Die Mittel, die jetzt fehlen, müssen Sie ja woanders holen, um die Auszahlungen tätigen zu können. Sie haben auch gesagt, dass hierfür Sachkosten erforderlich sind. Stellen diese 120.000 € alles dar, was es Sie kostet, oder gibt es weitere Kosten, die bei Ihnen bleiben?

Frau Heck-Klassen, als Sie diesen Fall geschildert haben, habe ich mich gefragt, was eigentlich wäre, würden Sie dem Staat gegenüber ökonomisch kalkulieren. Das tun die Wohlfahrtsverbände nicht, aber der Staat hat sie ja mit dem Schwangerschaftskonfliktgesetz zu all dem verpflichtet, was sie tun. Das, was Sie berichtet haben, hat sich so angehört, als hätte die Kollegin einen großen Teil ihrer Arbeitszeit auf diesen Fall verwendet. Was bedeutet das, und wie müssten Sie eigentlich rechnen, um einigermaßen auszukommen?

Frau Günther, Sie haben die unterschiedliche Situation in den Bezirken Hessens angesprochen und gesagt, teilweise sei es äußerst aufwendig festzustellen, an wen man die Klientinnen verweisen kann. Dies ist ja nicht nur eine Frage des Aufwands der Beratung, sondern dabei geht es auch darum – das werden wir nachher sicherlich auch noch besprechen –, dass es in Hessen viel zu wenige Möglichkeiten gibt, einen Schwangerschaftsabbruch nach § 13 SchKG durchzuführen. Welche Vorschläge gibt es denn von Ihrer Seite, um diese Situation zu verbessern, und in welcher Form könnte das Land Ihrer Meinung nach aktiv werden?

Auf die Stellungnahme der Liga haben sich alle bezogen. Frau Ott, darin heißt es, eine Änderung des § 3 unseres Gesetzes sei für den Fall erforderlich, dass Beratungsangebote in der laufenden Förderperiode zurückgegeben würden. Das war mir als Problem nicht bewusst. Vielleicht können Sie erläutern, inwiefern regionale Defizite entstanden sind. Wie haben das denn die Einrichtungen gemerkt? Hat das zu Wartezeiten geführt?

Zum Thema Wartezeiten noch die Frage an alle, ob sie in den Beratungsstellen, in denen es ja wirklich auf Tage ankommt, tatsächlich Klientinnen vertrösten müssen, weil es keine Kapazitäten mehr gibt bzw. wie Sie mit einer solchen Situation umgehen.

An Sie, Frau Ott, noch eine Frage zu den tatsächlichen Kosten. Ich habe schon von den 30 % gesprochen. Sie sagen, die Sachkostenpauschale müsste erhöht werden. Soll der Stellenanteil zu 90 % oder zu 100 % finanziert werden? Ich bin jetzt ein bisschen verwirrt. Vielleicht können Sie das noch einmal erklären. Ich kann eigentlich keinen Grund sehen, warum eine Beratungsstelle nicht vollfinanziert werden müsste. Es wird ja immer weiter heruntergerechnet. Von 80 % werden 20 % Sachkosten gerechnet. Das heißt, für die Arbeit steht immer weniger Geld zur Verfügung. Vielleicht können Sie dazu auch etwas sagen. – Herzlichen Dank für Ihr Angebot, uns Ihre diesbezügliche Aufstellung zu übermitteln.

Auch will ich noch fragen, warum die Befristung auf sieben Jahre von Ihnen abgelehnt wird.

Abg. **Lisa Gnadt**: Herzlichen Dank für Ihre schriftliche Stellungnahme und auch für die sehr eindrücklichen mündlichen Stellungnahmen, vor allen Dingen aber für das Fallbeispiel, das Sie heute dargelegt haben.

Mit meinen Fragen möchte ich noch etwas grundsätzlicher in das Thema einsteigen und insbesondere bei Frau Günther und bei Frau Heck-Klassen, die das Fallbeispiel vorgelesen hat, nachfragen.

Sie haben deutlich gemacht, wie krisenhaft und wie unterschiedlich die Beratungsverläufe sind und mit welchen Schwierigkeiten Sie konfrontiert sind. Auch aufgrund Ihrer Schilderung würde ich gerne wissen, ob aus Ihrer Sicht mit diesem Gesetzentwurf eine verlässliche, flächendeckende und zeitnah verfügbare Schwangerenkonfliktberatung überhaupt gewährleistet werden kann, die dem Sicherstellungsauftrag des Landes gerecht wird. Können Sie zu dieser grundsätzlichen Fragestellung noch etwas sagen?

Frau Günther, vielleicht können Sie noch einmal darauf eingehen, dass Sie gesagt haben, in der Region Osthessen gebe es gar keine Möglichkeiten für einen Abbruch. Was heißt das im Konkreten für die Beratung? Was bedeutet es für die Frauen? Was müssen Sie vielleicht zusätzlich an Betreuung sicherstellen, damit den Frauen überhaupt die Möglichkeit eines Abbruchs gewährleistet wird?

Frau Heck-Klassen hat in der Fallkonstellation auch über Verhütung und Familienplanung gesprochen. Im Haushaltsplan sind ja Mittel dafür vorgesehen. Ich bin davon ausgegangen, dass es eine Konzeption gibt, wie Frauen, die darauf angewiesen sind, das Geld auch bekommen. Noch einmal in die Runde allgemein gefragt, ob Sie eine Konzeption der Landesregierung kennen. Wenn Sie sie nicht kennen, dann müssten wir das an anderer Stelle im Ausschuss noch nacharbeiten.

Frau Ott, Sie haben bezüglich der Finanzierungssituation gesagt, 80 % habe das Bundesverwaltungsgericht als auskömmlich ausgeurteilt. Auch ich würde mich sehr freuen, wenn Sie uns, wie angeboten, Ihre diesbezügliche Ausarbeitung zur Verfügung stellten, damit wir das noch einmal genau nachvollziehen können. Würde es denn in der derzeitigen Situation genügen, wenn 80 %

erreicht würden, oder sind 80 % aufgrund der geschilderten Fallkonstellationen und aufgrund der Komplexität Ihrer Arbeit zur Sicherstellung nicht ausreichend?

Abg. **Silvia Brünnel:** Guten Morgen allerseits. Auch von meiner Seite ein herzliches Dankeschön für die vielen schriftlichen Eingänge, die uns erreicht haben, aber auch für die mündlichen Stellungnahmen. Danke ebenfalls für das Fallbeispiel, das sichtbar gemacht hat, welchen Problematiken wir mit der Gesetzesnovellierung entgegenwirken sollten.

Frau Günther, Sie haben die Situation in Osthessen geschildert. Wie schätzen Sie es ein: Würde es nicht, wenn, wie es auch in der gemeinsamen Stellungnahme der Liga gefordert wird, noch mehr Ärztinnen und Ärzte aus der Anrechnung herausgenommen würden, gerade auch in den ländlichen Räumen noch einmal zu einer Verschlechterung der Situation kommen, sodass eine noch geringere Erreichbarkeit einer ersten Anlaufstelle zu verzeichnen wäre? Sie haben gesagt, dass es manchmal alleine schon lange Wartezeiten für einen Termin zu einem Erstgespräch in einer Frauenarztpraxis gibt. Denken Sie nicht, dass das plurale Angebot wichtig ist, um das Netz gerade in diesen Räumen stabil zu halten?

Frau Nottbohm, wie schätzen Sie den Erfolg der Veröffentlichung eines Verzeichnisses der nach dem HAGSchKG geförderten Beratungsstellen ein, um sichtbar zu machen, wo ein gutes Beratungsangebot im Sinne einer ergebnisoffenen Beratung, die den Frauen ja zusteht, gegeben ist? Inwieweit könnte § 1 diesbezüglich nachgebessert werden?

Frau Schaller, Sie haben darauf hingewiesen, dass die Vergabe der Mittel aus der Bundesstiftung durch die Diakonie künftig mit 100.000 € gefördert wird. Wir sind sehr froh, dass wir diesen Weg gehen. Sie haben noch einmal ausgeführt, wie diese Förderung zum Einsatz kommt und wie dies durch die bestehende Struktur schon gut gewährleistet ist. Zuvor haben die Verbände die Kosten übernehmen müssen. Soweit ich das sehen kann, kommt es nach Ihrer Einschätzung künftig zu einer Entlastung der Verbände. Könnten Sie uns Ihre diesbezügliche Einschätzung bitte darlegen?

Vom Bundesverwaltungsgericht wurde eine Kostenübernahme von 80 % zur Verhinderung von Missbrauch festgelegt. – Ich denke, wir sind uns einig, dass ein solcher Missbrauch nicht stattfindet. – Frau Ott, wie schätzen Sie die Möglichkeit ein, dass sich auf Bundesseite die gesetzlichen Spielräume dennoch erweitern?

Abg. **Claudia Ravensburg:** Guten Morgen, Herr Vorsitzender, liebe Kolleginnen und Kollegen. Mich interessiert die Auffassung der Anzuhörenden bezüglich der Liste. Wir haben uns viele Gedanken über die Handhabung der Liste gemacht, damit Schwangere die notwendigen Informationen erhalten. Wie beurteilen Sie es: Ist die jetzt gefundene Lösung praktikabel?

Was die Verhütungsberatung angeht, habe ich mich vorhin ein wenig gewundert, weil die Schwangeren ja in ärztlicher Betreuung sind. Ich dachte immer, dass die Nachsorge beim Gynäkologen die Beratung zur Verhütung mit umfasst. Ist es in Ihrem Alltag so, dass Sie diese Aufgabe auch noch übernehmen müssen?

Abg. **Christiane Böhm:** Frau Brünnel hat mich an eine weitere Frage erinnert. Dabei geht es um das Kontingent der Ärztinnen und Ärzte, das vorgehalten wird und jetzt verringert werden soll. Können Sie deutlich machen, worin der Unterschied zwischen dem Angebot der Beratungsstellen und dem Angebot der Ärztinnen und Ärzte besteht? Frau Brünnel hat schon gefragt, ob damit die Kapazitäten verringert würden. Könnten die Beratungskapazitäten auch zu 100 % an die Beratungsstellen gehen, und wenn Ärztinnen und Ärzte das machen wollten, erhielten sie selbstverständlich die Pauschale, die, soweit ich weiß, 70 € beträgt? Sehen Sie überhaupt eine Konkurrenz, oder wird diese nur konstruiert?

Abg. **Claudia Papst-Dippel:** Meine Frage ist vielleicht implizit in den bereits gestellten Fragen enthalten. Frau Heck-Klassen, Sie haben einen Fall sehr eindrücklich geschildert. Dieser ist wirklich sehr komplex. Wie viel Prozent machen solche Fälle aus? Ist das flächendeckend? Können Sie abschätzen, ob die Zahl der komplexen Fälle immer weiter ansteigt, sodass es in ein paar Jahren nur noch solche Fälle gibt?

Sie hatten angedeutet, dass sich die Familie, um die es in dem Fallbeispiel ging, Verhütungsmittel nicht leisten kann. Konkret gefragt: Wie oft fehlt denn das Geld für Verhütungsmittel?

Vorsitzender: Mir liegen keine weiteren Wortmeldungen vor. Da alle Anzuhörenden angesprochen wurden, schlage ich vor, in der Reihenfolge von vorhin zu bleiben. – Bevor Frau Nottbohm spricht, erhält zunächst Frau Günther das Wort.

Frau **Günther:** Vielen Dank für die Nachfragen und die Möglichkeit zu ergänzen.

Die Frauen aus Osthessen müssen entweder nach Kassel, Gießen oder Frankfurt fahren. Das bedeutet zunächst einmal eine gewisse Wegstrecke und damit einen gewissen zeitlichen Aufwand. Aber das kostet natürlich auch zusätzlich Geld. Die Frauen brauchen immer eine Begleitung. Das heißt, die Kosten fallen doppelt an. Es kann sogar vorkommen, dass sie zweimal in die Klinik fahren müssen, sodass doppelte Wegstrecken und damit weitere Kosten anfallen.

Die Versorgungslage ist wirklich sehr komplex. Dadurch, dass Frauen oftmals erst in einem sehr späten Stadium in die Beratungsstelle kommen, erhöht sich der Zeitdruck, und die Methoden, die für den Abbruch gewählt werden können, schränken sich ein. Das hat zum einen mit den Terminen bei den Ärztinnen und Ärzten, die die Schwangerschaft feststellen, mit der Praxis, wie dort damit umgegangen wird, zu tun. Dazu kann ich gleich noch ein Fallbeispiel schildern. Aber zum anderen brauchen die Frauen auch einen Termin in der Konfliktberatungsstelle. Zumindest im Raum Fulda ist eine Woche Wartezeit die Regel. In den Kreisen Hersfeld-Rotenburg und Vogelsberg sieht die Situation ein bisschen besser aus, aber auch dort kommt es vor, dass die Frauen eine Woche warten müssen. Insbesondere wenn eine Mitarbeiterin erkrankt ist, verschärft sich natürlich die Situation.

Nun ganz kurz zu dem Fallbeispiel und zu der Frage, warum sich die Termine bei den Ärztinnen und Ärzten so stark verzögern.

Eine Klientin ist zum dritten Mal schwanger. Als sie die Schwangerschaft vom Gynäkologen bestätigen lassen möchte, gibt sie diesem zu verstehen, dass sie kein drittes Kind möchte. Daraufhin redet der Gynäkologe massiv auf sie ein, die Schwangerschaft doch auszutragen. Die Frau ist von diesem Verhalten völlig überrumpelt und auch geschockt, weil sie damit nicht gerechnet hat. Der Gynäkologe gibt ihr einen Flyer einer kirchlichen Beratungseinrichtung, die keine staatlich anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle ist, und sagt ihr, dass sie sich dort beraten lassen solle, weil die örtlichen Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen die Beratungsbescheinigungen wie am Fließband verteilen. Er bestellt sie für zwei Wochen später erneut ein, obwohl sie bereits in der achten Schwangerschaftswoche ist. Außerdem lässt er für sie, obwohl sie das nicht möchte, einen Mutterpass ausstellen, den sie zum zweiten Termin mitbringen soll. Er klärt sie auch nicht darüber auf, dass sie eine Überweisung für den Schwangerschaftsabbruch benötigt.

Nachdem sie in der Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle war, muss sie erneut zu ihm in die Praxis kommen und die Überweisung holen, die er ihr schon beim ersten Termin hätte aushändigen können. Er besteht aber auf diesem weiteren Termin, um mit ihr zu sprechen. Eigentlich möchte die Klientin nicht wieder in seine Praxis gehen, ist aber dazu gezwungen. Sie verzichtet dann auf die Nachsorgeuntersuchung, weil sie sich diesem Gynäkologen nicht mehr aussetzen möchte.

Wenn dann auch noch in einem erweiterten Umfeld nach einer geeigneten Klinik gesucht werden muss und sich die Methoden schon einschränken, dann ist es – das kann man sich vorstellen – für die Klientinnen sehr schwierig.

Die Beantwortung der Frage nach der Herausnahme der Ärztinnen und Ärzte aus der Anrechnung und nach weiteren Lösungsmöglichkeiten wird Frau Nottbohm übernehmen. Ich möchte noch etwas zu der Liste sagen.

Ich hatte es schon angesprochen: Frauen berichten immer wieder, dass sie in bestimmten Praxen oder Kliniken Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen haben. Wenn die Beratungsstellen dort nachfragen, wird das aber negiert. Das heißt, die Beratungsstellen haben keine vollständigen

Informationen darüber, welche Kliniken überhaupt Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, und wissen auch nicht, unter welchen Kriterien diese vorgenommen werden. Das erhöht die Unsicherheit. Oftmals müssen sie deshalb der Information hinterher telefonieren. Hinzu kommen bestimmte Voraussetzungen mancher Kliniken. Manche bestehen auf einem Überweisungsschein, andere nicht. Auch das alles muss erfragt und eruiert und mit den Klientinnen geklärt werden.

Aber diese Frage kann Frau Ott sicherlich ausführlicher beantworten, da sie in der Beratung tätig ist.

Frau **Nottbohm**: Nun zu der Frage nach Vorschlägen in Bezug auf Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungslage. – Frau Böhm, habe ich Ihre Frage richtig verstanden? – Ein erster Schritt bestünde darin, zur Kenntnis zu nehmen, dass die Versorgungslage schlecht und das Problem ernst zu nehmen ist. Uns erreichen viele Problemanzeigen. Damit verbunden ist aber das weitere Problem, dass wir eigentlich nicht sehr viel wissen. Die Informationen, die wir erhalten, kommen über die Beratungsstellen. Wir warten mit Spannung auf die Ergebnisse der ELSA-Studie, aber die Berichte aus Ost- und teilweise auch aus Mittelhessen sind schon sehr eindrücklich und zeigen, dass man Maßnahmen ergreifen muss.

In Baden-Württemberg wurde z. B. ein Runder Tisch einberufen. Man könnte auch über eine Kampagne nachdenken, um Ärzte, die Abbrüche vornehmen, zu unterstützen. Die Ausbildung ist bestimmt auch ein Bereich, in dem Verbesserungen möglich wären. Ein weiterer Ansatz bestünde darin, einmal konkret darüber nachzudenken, inwieweit öffentlich finanzierte Krankenhäuser verpflichtet werden können, ein entsprechendes Angebot vorzuhalten. Frau Hänel hat in ihrer Stellungnahme ebenfalls Vorschläge formuliert.

Frau **Günther**: Ergänzend will ich sagen: Das ist kein rein osthessisches Problem, sondern es wird in ganz Hessen zunehmend schwieriger, Praxen zu finden, die Abbrüche vornehmen. Das bereitet den Beratungsstellen große Sorge. Viele Ärzte werden demnächst ins Rentenalter eintreten, sodass sich zudem die Zahl der Praktizierenden verringern wird.

Frau **Nottbohm**: Dies möchte wiederum ich ergänzen. Es ist wohl bereits bekannt, dass nicht überall alle Methoden gewählt werden können, dass also oftmals nur bestimmte Methoden vorgehalten werden, was eine Einschränkung des Angebots bedeutet.

Frau Gnadl, Sie haben gefragt, ob das Gesetz, so wie es jetzt geplant ist, ausreicht, um, was die Konfliktberatung betrifft, den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen. In unserer Stellungnahme haben wir mehrere Hebel benannt, mit denen man zu einer besseren Versorgung kommen könnte.

Ein Hebel ist die Ärztequote. Damit komme ich auch auf die Frage von Frau Brünnel zu sprechen. Die Anrechnung der Ärzte, die Konfliktberatung anbieten, ist insofern problematisch, als wir denken, dass dies zulasten der Versorgung geht, weil sie in zweifacher Hinsicht zu einer Einschränkung führt. Ärzte, die Konfliktberatung anbieten, beraten halt nur zu diesem Thema und nicht zu dem gesamten in § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes formulierten Themenspektrum. All jene Fragen, die Frau Heck-Klassen mit ihrem Beispiel geschildert hat, werden von ihnen nicht abgedeckt. Das bedeutet zum einen eine Verengung des Beratungsspektrums. Die zweite Einschränkung ist einfach eine zeitliche. Ärzte beraten ja nicht wie eine Vollzeitberatungsfachkraft, die die gesamte Woche für die Beratung zur Verfügung steht, sondern eben nur punktuell.

Bislang war jede fünfte Beratung einer Fachkraft eine ärztliche Beratung. Wenn jetzt der Anteil staatlich anerkannter Ärztinnen und Ärzte von 20 % auf 15 % herabgesetzt wird, sind wir bei ungefähr jeder siebten. Daran wird deutlich, dass das zulasten der allgemeinen Versorgung geht.

Das ist kein Argument gegen die ärztliche Beratung. Die Kritik zielt vielmehr darauf ab, dass die ärztliche Beratung nicht angerechnet werden sollte, weil das eben zwei unterschiedliche Beratungsangebote sind.

Nun zum zweiten Hebel. Wenn Beratungsstellen während einer Förderperiode schließen müssen oder Ärzte nicht mehr nach § 5 beraten, müsste eine erneute Ausschreibung erfolgen. Träger müssten also aufgefordert werden, sich neu zu bewerben. Denn aufgrund der Bevölkerungszahl wurde ja ein bestimmter Schlüssel festgestellt, der eingehalten werden sollte. Das ist nicht der Fall, wenn Beratungsstellen schließen müssen. – Dies wären zwei Hebel, um die Versorgung zu verbessern.

Damit komme ich zur Frage der Verhütung. Mir ist kein Konzept zur Verhütung bekannt. Soweit ich weiß, wurden dafür im letzten Haushalt 80.000 € und in diesen Haushalt ca. 100.000 € eingestellt. Ich habe gehört, dass das irgendwie über den öffentlichen Gesundheitsdienst laufen soll, aber mehr Informationen habe ich leider nicht. Es wäre schön, Näheres zu erfahren.

Ich habe eben schon über die Ärztequote gesprochen. Ich glaube nicht, dass es zulasten der ärztlichen Beratung geht, wenn es nicht angerechnet wird. – Frau Brünnel, so habe ich Ihre Frage verstanden. – Die Gefahr, die ärztliche Beratung in Konkurrenz zu setzen, sehe ich nicht.

Nun noch zur Frage der Liste. Sie meinen die Liste der Beratungsstellen, nicht die Liste der Ärzte der Bundesärztekammer? – Okay. – Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass sie gerade angesichts unseriöser Beratungsangebote zu mehr Transparenz und Verbraucherschutz führen kann. Allerdings ist für uns unklar, wie dies konkret umgesetzt werden soll, weswegen wir uns in unserer schriftlichen Stellungnahme auch dahingehend geäußert haben. Die Operationalisierung ist ja noch offen, es ist noch offen, wie diese Liste gepflegt wird, an welcher Stelle sie veröffentlicht, wie sie aktualisiert wird. Um sie beurteilen zu können, brauchten wir mehr Informationen.

Frau **Günther**: Frau Brünnel, Sie haben gefragt, wie die Situation in Osthessen verändert werden kann. Es wäre natürlich sehr hilfreich, wenn zumindest die Kliniken in öffentlicher Trägerschaft Abbrüche vornähmen. Vermutlich entscheiden sich viele niedergelassenen Ärzte aus Gewissensgründen oder aufgrund öffentlichen Drucks nicht dafür, einen Abbruch durchzuführen. Aber eine öffentliche Einrichtung wie sie Kliniken, die mit Steuergeldern finanziert werden, darstellen – das Klinikum Fulda ist ein Klinikum der Maximalversorgung –, sollte ein solches Angebot vorhalten. Wir denken, dass das ein guter Weg sein kann. Damit wäre vor Ort wirklich sehr viel geholfen und das Problem im Grunde gelöst.

Frau **Schaller**: Zu Ihren Nachfragen zur Bundesstiftung und zur Finanzierungslücke, die dann gegeben ist: Ja, das wird dann über Eigenmittel der Verbände mit finanziert. Wir haben glücklicherweise schon im Jahr 2018 über die Projektmittelförderung der Geschäftsstelle verfügt. Wir verabreden in der Steuerung mit den anderen Verbänden bestimmte Richtlinien und Maßnahmen und stimmen uns ab. Die Verbände, die ein zentrales Vergabesystem haben, erhalten dann selbst Anteile dieser Fördermittel. Als Geschäftsstelle in der Diakonie Hessen haben wir sozusagen 80.000 € dieser 100.000 € zur Verfügung. 20.000 € geben wir für die Verwaltung und Bearbeitung der Stiftungsanträge als Umlage an die Verbände weiter. Diese Absprache haben wir einvernehmlich mit den Verbänden getroffen, um die umfangreiche Bearbeitung und Prüfung der Anträge der Bundesstiftung ein wenig zu kompensieren.

Was würden wir machen, wenn wir nicht gefördert würden? Hätten wir Mehrkosten zu verzeichnen? Haben wir jetzt, da wir gefördert werden, vielleicht weniger Kosten? – Ja. Andersherum gesagt: Würden wir es nicht machen, müsste diese Aufgabe das Land Hessen übernehmen.

Ich bin ja auch Mitglied im Stiftungsrat auf Bundesebene, bin dort in Kontakt mit den Zuweisungsempfängern der anderen Länder und weiß, wie das in den Ministerien oder in den Landesstiftungen organisiert ist und dass die Personal- und Sachkosten zur Bearbeitung der Mittel der Bundesstiftung dort weitaus höher sind. Damit will ich nicht sagen, dass wir ein Schnäppchen sind, aber der Service, der von den Verbänden geleistet wird, ist sehr gut, und wir halten sehr viel davon. Es ist ja nicht so, dass es uns um Geld für uns geht. Vielmehr sagen wir: Stiftungsmittel sind wichtig für die Frauen in Hessen. Ich habe vorhin schon gesagt, dass jede fünfte bis sechste Frau, die in Not und finanziell nicht gut gestellt ist, Unterstützung von der Bundesstiftung erhält. Im letzten Jahr waren es über 9.000 Frauen und Familien, die darüber eine Finanzierung erhalten und damit vielleicht auch einen besseren Start in die Familiengründung erfahren haben, als es sonst möglich gewesen wäre.

Frau **Heck-Klassen**: Ich möchte einmal darstellen, wie im Caritasverband der Diözese Mainz das Prozedere bezüglich der Bundesstiftung geregelt ist. Die dezentrale Vergabe bringt natürlich einen gewissen Aufwand mit sich, um die Vergleichbarkeit der Vergabe innerhalb des Verbandes zu gewährleisten. Der Caritasverband der Diözese Mainz hat in Hessen vier Träger. Das sind drei

Caritasverbände und ein SkF. Bei jedem dieser Träger gibt es einen sogenannten Vergabeausschuss, der für seinen Bereich alle Anträge prüft. Jede Beraterin ist damit befasst. Die Verwaltung der Mittel und die Anweisungen, die damit verbunden sind, müssen natürlich von einer Verwaltungskraft sichergestellt werden; denn würden wir diese Zeit auch noch aus der Beratung abziehen, dann wäre das eine Katastrophe.

Die Vergabeausschüsse vor Ort haben die Aufgabe, einen Blick darauf zu werfen, dass die Vergabe der Mittel nach gleichen Kriterien, die im Leitfaden festgeschrieben sind, erfolgt. Wir als Diözesanstelle haben hierbei auch einen Auftrag: Wir müssen die Ergebnisse aus den einzelnen Trägerverbänden bei uns sammeln, sie auch noch einmal auf Stimmigkeit hin prüfen und zur Steuerung des Mittelflusses für Hessen insgesamt auch regelmäßig berichten, wie viel Geld wir ausgegeben, wie viel Geld wir noch haben, ob wir etwas abgeben können oder noch Geld brauchen. Das ist ein durchaus aufwendiges Geschehen.

Von den 20.000 €, die an jene Verbände gehen, die am Koordinierungsausschuss beteiligt sind, landen 4.000 € bei uns. Sie können sich vorstellen, dass dies gerade einmal dafür reicht, den Aufwand, den wir im DiCV haben, abzupuffern. Auch dort ist der Aufwand höher als das, was refinanziert wird. Wenn man das auf Fachleistungsstunden herunterbricht, erkennt man, dass diese Mittel nicht ausreichen, um sie zu finanzieren.

Es geht also um ein großes Engagement der Träger und an der Stelle vielleicht auch um ein sehr gut eingeübtes Miteinander im Rahmen der Caritas-Diakonie-Konferenz und im Koordinierungsausschuss. Dort besteht ein sehr gutes, vertrauensvolles Miteinander. Ich glaube, wir haben das auf solide Füße gestellt, aber die 100.000 €, die jetzt für die Finanzierung der Bundesstiftung zur Verfügung stehen, sind wirklich nur der minimale Overhead, also für die Geschäftsstelle bei der Diakonie und für die mitwirkenden Verbände ein kleiner Puffer. – Das wollte ich noch mit einbringen.

Es gab auch Rückfragen zu dem Fallbeispiel, das ich vorgetragen habe. Eine Frage lautete, wie wir die Eigenmittel finanzieren, die wir laut Definition des Bundesverwaltungsgerichts ohnehin schon aufbringen müssen. Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem Urteil von 2004 festgeschrieben, dass zu einer auskömmlichen Finanzierung 80 % der Kosten staatlich übernommen werden müssen. Das Urteil ist also schon in die Jahre gekommen. Meines Wissens wird aber diesbezüglich auf Bundesebene überhaupt nicht nachgedacht. Frau Ott hat ausgeführt, inwiefern die genannten 20 % Eigenmittel eigentlich mehr als 20 % sind.

Woher bekommen wir das Geld? Als kirchliche Beratungsstellen hatten wir diesbezüglich bisher einen guten Stand, weil wir die Eigenmittel durch Kirchensteuermittel abgepuffert haben. Das wird sich bei sinkenden Kirchensteuereinnahmen und Sparhaushalten in den Bistümern zukünftig sicherlich ändern. Wir müssen jetzt schon jährlich 2 % der Haushaltsmittel einsparen. Insofern können Sie sich vorstellen, wo der Sparansatz liegt: natürlich bei den Personalkosten. Es wird darüber diskutiert, wie zukünftig die Steigerungen durch Tarifabschlüsse überhaupt noch finanziert werden können. Das wird auch in unserem Rahmen zunehmend zu einem kritischen Thema und landet jetzt auch schon auf der Referatsebene. Wenn man die Jahressummen kalkuliert, zeigt sich, dass das schwieriger werden wird. Und was die Möglichkeiten angeht, es aus zusätzlichen

Angeboten, die mit einem Entgelt oder einem Teilnehmerbeitrag verbunden sind, zu finanzieren, so haben wir gerade in der Pandemiephase gesehen, wie fragil diese sind. Wenn alle diese Angebote wegfallen, dann hat man an der Stelle auch keine Einnahmen.

Auch wurde gefragt, ob bei komplexen Fällen eine Fallkalkulation vorgenommen wird, um zu schauen, was es wirklich kostet. Die Rückmeldungen der Beraterinnen aus meiner Praxis besagen, dass die Fälle komplexer werden, und dass sie nicht nur deswegen komplexer werden, weil die Vielfalt in der Beratung zunimmt, sondern es ist wirklich durchgängig so, dass die Fragestellungen bei allen gesellschaftlichen Gruppierungen von Ratsuchenden, die sich an die Beratungsstellen wenden, komplexer werden. So bringt beispielsweise die Beratung im Kontext von Elterngeld und Elternzeit, zur Gestaltung dieser Möglichkeiten, in den einzelnen Fällen sehr viele Fragen mit sich. Die Ratsuchenden werden von den Elterngeldstellen insoweit nicht begleitet, als dort nicht gefragt wird, wie Mann und Frau ein bestimmtes Modell, das sie sich vorstellen, tatsächlich stemmen können, wie sie mit den Emotionen, die damit verbunden sind, gut umgehen können und wie sie planen können, um sich nicht von vornherein zu übernehmen, wenn es darum geht, mit wie viel Prozent ihrer Arbeitskraft sie nach gewählten Elternzeiten in den Beruf zurückkehren. Auch das ist in unserer Beratung durchaus ein großes Thema.

Selbstverständlich sind – Gott sei Dank – nicht alle Fälle so komplex wie der, den ich Ihnen heute vorgestellt habe. Sonst hätten wir Wartelisten von mehreren Wochen bis Monaten. Aber der geschilderte Fall war einer, der sich über das ganze Jahr gezogen hat, und wir wollten Ihnen einfach mitteilen, dass es auch solche Fallkonstellationen gibt. Diese stemmen wir in der Beratungspraxis nur, weil wir sehr motivierte Beraterinnen haben, die oft an ihre Grenzen und über ihre Grenzen hinausgehen, zusätzliche Termine einräumen, Überstunden machen und dann wieder schauen müssen, wie sie mit ihren persönlichen Arbeitszeitkonten klarkommen. Das ist mit Stress verbunden.

Wichtig zu erwähnen ist auch – ich denke, insoweit spreche ich nicht nur für katholische Beratungsstellen –: Wir arbeiten nach dem Prinzip, dass Frauen, die zu uns kommen, erst einmal den Hinweis erhalten, dass sie bei uns mit ihren Anliegen richtig sind und dass wir uns die Zeit nehmen, diese Anliegen mit ihnen so zu bearbeiten, dass es zu Lösungen kommt. Damit will ich sagen: Das geht oft über die reine Weitergabe von Informationen hinaus. Das geht in den Bereich der psycho-sozialen Beratung hinein.

Was unsere Beratung nach § 2 SchKG von der Beratung nach § 5, in dem es – in Anführungszeichen – „nur“ um den Schwangerschaftskonflikt mit dem Abschluss eines Beratungsscheins geht, unterscheidet, ergibt sich aus § 2 Abs. 3 SchKG, der lautet: „Zum Anspruch auf Beratung gehört auch die Nachbetreuung nach dem Schwangerschaftsabbruch oder nach der Geburt des Kindes.“ Nach den Auslegungen, an denen wir uns orientieren, bedeutet „nach der Geburt des Kindes“: bis zum dritten Lebensjahr des Kindes. Wir sprechen also über einen ganz anderen Zeitrahmen, wenn es um Beratungsanliegen von Frauen geht, die im Zusammenhang mit der Geburt stehen. Eine Frau, die ein zweieinhalbjähriges Kind und Probleme mit ihrem SGB-II-Bescheid hat, landet nicht bei der Schwangerenberatung. Sie muss dann schauen, wo sie Hilfe

bekommen kann. Aber für Frauen, die sich in der laufenden Beratung befinden, sind solche Themen selbstverständlich mit im Blick.

Aus unserer Sicht ist die Anzahl der Fälle auf einem hohen Niveau gleichbleibend oder tendenziell steigend. Für unser Diözese, auch für die hessischen Beratungsstellen in unserer Diözese, kann ich sagen, dass wir sogar im letzten Jahr mehr Fälle angenommen haben als im Jahr davor. Das hat natürlich auch mit der Haltung und mit der Erreichbarkeit der Beratungsstellen zu tun. Wir haben auch viele Frauen und Paare in der Schwangerschaft beraten, die mit ihren Fragen bei den zuständigen Behörden nicht landen konnten, weil diese nicht erreichbar waren. Das ist noch einmal ein Hinweis darauf, dass die Schwangerschaftsberatungsstellen wirklich ein wichtiges Teil im Puzzle der sozialen Versorgung sind. Sie waren über die gesamte Zeit der Pandemie durchgängig erreichbar, telefonisch und, wenn es erforderlich war, oft sogar in Präsenz – unter entsprechenden Hygienevoraussetzungen natürlich.

Auch zur Verhütungsplanung wurden Fragen gestellt. Frau Nottbohm hat schon gesagt, dass wir von einem Konzept zu besagtem Titel im Landeshaushalt keine Kenntnis haben. Vor Ort gibt es manchmal die Möglichkeit, über kommunale Verhütungsmittelfonds weiterzuhelfen. Aber das ist nicht überall so, meines Wissens auch nicht am Ort der Beratungsstelle, aus der der geschilderte Fall stammt.

Das Verhältnis zwischen ärztlicher Beratung und der Beratung in den Beratungsstellen wurde in den Fragen ebenfalls thematisiert. Dazu will ich nur anmerken, dass die Organisation der medizinischen Praxis einfach ganz anderen Systematiken folgt als ein Beratungsgespräch in einer Beratungsstelle, das mit ganz anderen Zeitfenstern hinterlegt ist. Daher ist es für die Frauen wohl näherliegend, in eine Beratungsstelle zu gehen. Manchmal muss man erst ein langes Gespräch mit den Ratsuchenden führen, bis überhaupt die Fragestellung klar ist. Sie kommen mit einem diffusen Gefühl, aber wissen noch gar nicht genau, wie sie ihr Problem benennen sollen. Um in solchen Fällen eine Klärung herbeizuführen, braucht man meiner Ansicht nach eher die Beratung. Das kann im medizinischen Ablauf in der Form einfach nicht gewährleistet werden.

Soweit meine Antworten. Ich hoffe, ich habe keine Ihrer Fragestellungen ausgelassen. Sonst müssten Sie noch einmal nachhaken.

Frau **Ott**: Zur Sicht von pro familia auf eine Beratung durch Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu einer Beratung durch Beratungsstelle möchte ich Sie an meine Kollegin Heike Pinne verweisen. Sie wird im Rahmen der zweiten Gruppe der Anzuhörenden für pro familia aus der Praxis berichten und ist diesbezüglich sehr viel kompetenter als ich.

Ich konzentriere mich jetzt auf den Aspekt der Finanzierung, den ich als Vertreterin der Liga vorgetragen habe, und gehe auf die dazu gestellten Fragen ein.

Im Jahr 2003 oder 2004 – ich weiß es nicht genau – gab es ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts zu einem Rechtsstreit, in dem es darum ging, was „angemessene Förderung“ eigentlich

heißt. Das Bundesverwaltungsgericht hat in diesem Zusammenhang gesagt, eine angemessene Förderung sei dann gegeben, wenn mindestens 80 % der Kosten öffentlich gefördert würden.

Ich kann diese Anteilsfinanzierung immer dort, wo es um Projektförderungen geht, gut nachvollziehen, weil man damit auch heute, in aktuellen Situationen, sagt: Der Träger, der ein Projekt durchführt oder ein Thema bearbeiten möchte, sollte ein angemessenes Eigeninteresse mitbringen. Ansonsten macht er sich möglicherweise die Nachfrage selbst, und man kann dies dann vonseiten des Staates gar nicht mehr einfangen.

Bezogen auf bestimmte Projekte und Thematiken kann das also richtig sein, aber im Falle der Schwangerenberatung nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz konnte ich es damals und kann ich es auch heute nicht nachvollziehen, weil das eine gesetzliche Aufgabe ist und nicht irgendjemand irgendeinen Bedarf produziert. Vielmehr gibt es einen Bundesschlüssel, der besagt: eine Beratungsvollkraft auf 40.000 Einwohner. Der Rahmen ist geregelt, die Inhalte sind geregelt, die Aufgaben sind geregelt. Insoweit erschließt es sich mir nicht, wieso diese Einschätzung bis heute Gültigkeit hat. Mir ist nicht bekannt, dass es diesbezüglich Überlegungen gibt, aber nunmehr sind ja schon ein paar Jahre ins Land gegangen, und ich denke, das könnte man durchaus einmal aufgreifen und schauen, ob dies noch auf die heutige Situation passt.

Nun zur Finanzierung über die Pauschale. Diese Pauschale enthält die drei bereits von mir genannten definierte Bestandteile der Personalkosten für Hilfs- und Unterstützungspersonal, der Personalkosten für die Fachkraft und der Sachkosten. Es ist hinterlegt, welche Werte in diese drei Bausteine einfließen. Diese werden addiert, daraus werden 80 % gezogen, und es wird gesagt: Das ist die Landesförderung. – Das sind die mindestens 80 %.

Das, was ich vorhin ausgeführt habe, bezog sich auf die Werte, mit denen die Bausteine ermittelt werden, nicht auf die Berechnung der 80 % davon. Dabei beinhaltet der Baustein „Personalkosten einer Beratungsfachkraft“ 80 % einer Eingruppierung nach E10 TVöD und 10 % einer Eingruppierung nach E14 TVöD. Das ergibt 90 %.

Die Entstehungsgeschichte ist wie folgt: Das waren einmal 80 % E10 und 20 % E14. Dann wurde in einer Novellierung dahingehend geändert, dass die höher dotierte Tätigkeit nach E14, die sich auf hinzuzuziehende oder beschäftigte Kräfte wie Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Juristinnen und Juristen, bezieht, auf 10 % heruntergerechnet wurde. Dabei wurden allerdings die bei E14 gekürzten 10 % nicht dem Anteil für die Fachkraftstelle nach E10 zugeschlagen. Darin hängen wir bis jetzt. Deshalb fließt nur noch ein Teil dieses Bausteins und nicht die volle Berechnungsgrundlage als Wert in die Berechnung ein.

Nun zur laufenden Periode, den regionalen Defiziten und zur Aufstockung, wenn Beratungsstellen nicht vorgehalten werden. Es ist jetzt die Regel, dass zu Beginn einer Förderperiode, die drei Jahre dauert, anhand der Bevölkerungszahl festgestellt wird, wie viele Personalstellen für diese Förderperiode vorzuhalten sind. Die Regelung besagt weiterhin: Innerhalb einer Förderperiode wird die Bevölkerungszahl nicht mehr überprüft, auch wenn sich diese verändert. Das resultiert aus der Erfahrung, dass die Veränderungen nicht so gravierend sind und es ein relativ großer Aufwand wäre, erneut anzupassen.

Das ist soweit verstanden. Soweit d'accord. Wir haben aber erlebt, dass von den Fachkraftstellen, die zu Beginn der Förderperiode festgestellt wurden, einzelne im Verlauf der Periode nicht mehr ausgefüllt wurden, weil z. B. Ärzte die Anerkennung zurückgegeben oder Beratungsstellen den Betrieb eingestellt haben. Unsere Forderung lautet: Wenn die für die Förderperiode festgestellte vorzuhaltende Fachkraftbesetzung in der Periode unterschritten wird, weil jemand etwas zurückgibt, dann muss nachbesetzt werden; sonst verschärft sich die Situation, und der Bundesschlüssel wird unterlaufen. – Darum geht es in unseren Anmerkungen zu § 3.

Zum Sicherstellungsauftrag, zum Gesetz und der Frage, ob die Liste praktikabel ist, schließe ich mich dem an, was dazu schon gesagt wurde. Hierzu habe ich nichts zu ergänzen.

Abg. **Lisa Gnadl**: Ich habe noch eine Frage an Sie, Frau Nottbohm. Sie haben den runden Tisch in Baden-Württemberg erwähnt. Können Sie auch aus anderen Bundesländern Beispiele anführen, die für die Arbeit hier in Hessen dienlich wären? Haben Sie oder hat vielleicht Frau Ott Best-Practice-Beispiele aus anderen Bundesländern im Kopf?

Frau **Nottbohm**: Soweit ich weiß, werden in Bremen neue Ansätze zu Verbesserungen im Ausbildungsbereich von Medizinern entwickelt. Weitere Informationen kann ich jetzt nicht geben, aber Brigitte Ott hat gesagt, sie kann etwas dazu sagen.

Frau **Ott**: Ich kann zwar keine Beispiele nennen, aber ich weiß aus Diskussionen mit Kolleginnen aus anderen Bundesländern, dass Ärzte durchaus bereit sind, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, dass aber nicht jeder Arzt, der dazu bereit ist, das komplette Equipment aufbauen kann. Man arbeitet auch bei anderen Eingriffen mit Belegärzten. Daher ist zu fragen, ob es nicht auch hier zumindest in öffentlich geführten Krankenhäusern eine Option sein kann, das Equipment zur Verfügung zu stellen. Die Problematik, dass man den einzelnen Arzt bzw. die einzelne Ärztin nicht verpflichten kann, ist gegeben, aber diese Überlegungen und Diskussionen kenne ich aus dem Kollegenkreis.

Frau **Günther**: Ich möchte kurz ergänzen. Der runde Tisch hat den Vorteil, dass eventuell auch die Krankenkassen beteiligt werden können. Denn auch bei den Krankenkassen gibt es ganz unterschiedliche Vorgehensweisen bzw. Unterschiede in dem, was sie zur Kostenübernahme verlangen. Zum Teil wollen sie den Beratungsschein vorgelegt haben, wofür es gar keine gesetzliche Grundlage gibt. Es wäre sicherlich sinnvoll, dass sich viele Akteure an einem solchen runden Tisch beteiligten und gemeinsam überlegten, wie die Situation verbessert werden kann.

Vorsitzender: Weitere Wortmeldungen sehe ich nicht. Ich darf mich ganz herzlich bei den Anzuhörenden der ersten Gruppe bedanken. Wenn Sie möchten, steht es Ihnen selbstverständlich frei, die weitere Anhörung auf der Besuchertribüne zu verfolgen.

Ich darf nunmehr die Anzuhörenden der Gruppe 2 nach unten in den Plenarsaal bitten. – Wir starten in der Gruppe 2 mit dem Caritasverband für die Diözese Limburg e. V.

Frau **Dill-Arthen:** Einen schönen guten Tag. Mein Name ist Sabine Dill-Arthen. Für den Diözesan-Caritasverband Limburg spricht heute die Geschäftsführerin des SkF Wiesbaden, Frau Dr. Schmitt.

Frau **Dr.Schmitt:** Auch ich wünsche Ihnen allen einen schönen guten Tag. Herzlichen Dank für die Gelegenheit, heute einen Bericht aus der Praxis unserer Schwangerenberatungsstelle hier in Wiesbaden zu geben.

Bei uns geht es um den Umgang mit der kulturellen Vielfalt, um die Diversität als Herausforderung für die Schwangerenberatung. Zu unserem Selbstverständnis gehört es, die Diversität der Ratsuchenden Klientinnen im Beratungskontext zu berücksichtigen: ihr Alter, ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten, ihre Identität und soziale Herkunft, ihre Religion und Weltanschauung, die ethnische Herkunft, ihre Nationalität und ihre Migrations- bzw. seit 2014/15 vermehrt auch ihre Fluchtgeschichte. Aufgrund der großen Flucht- und Migrationsbewegungen und deren gesellschaftlichen und individuellen Folgen sind die Anforderungen an die Schwangerenberatung nochmals deutlich gewachsen. Gerade Klientinnen mit Flucht- und Migrationshintergrund geraten durch eine Schwangerschaft oft in spezifische, zum Teil existenziell bedrohliche Notlagen, sind sehr verunsichert, manchmal desorientiert und bedürfen auch insoweit der besonderen Unterstützung.

In der Schwangerenberatungsstelle des SkF Wiesbaden stellen Frauen und Paare mit Migrations- und Fluchthintergrund die Mehrheit der Ratsuchenden, und ich kann Ihnen sagen, dass dies nicht nur bei uns der Fall ist. Im Jahr 2020 hatten mehr als 70 % der bei uns Rat suchenden Menschen einen Migrations- oder Fluchthintergrund. Etwa die Hälfte unserer Klientinnen stammt aus dem nichteuropäischen Ausland. Mehr als ein Viertel der Klientinnen war aktuell oder in den vorangegangenen Jahren geflüchtet und neu in Deutschland angekommen.

Besondere Herausforderungen und Themen, die diese Klientinnen mitbringen, sind traumatische Erlebnisse, Gewalterfahrung im Herkunftsland oder im Kontext der Flucht oder auch hier vor Ort in den GUs, die Sorge um die Familie, vielfältige bürokratische Hürden, schlechte Wohnverhältnisse, Partnerschaftskonflikte. Die erforderliche trauma- und auch kultursensible Beratung im Kontext der Schwangerschaft stellt hohe Anforderungen an die Beratungsinstitutionen und an die Beraterinnen. Beispielhaft möchte ich auf einige vertiefend eingehen.

Schon in der ersten Runde des heutigen Tages war von der Sprache die Rede. Die gemeinsame Sprache ist eine ganz wichtige Basis für eine gute Beratung. Für einige Migrantinnen und geflüchtete Frauen mit geringen Deutschkenntnissen stellt die englische oder französische Sprache eine Verständigung sicher. Durch Fortbildungen in diesen beiden Sprachen konnten in den letzten Jahren die Fremdsprachenkompetenzen der Beraterinnen deutlich verbessert werden. Gefragt sind jedoch auch Arabisch, Farsi, Dari und mittlerweile auch viele afrikanische Sprachen.

Hier kommen aufgrund der hohen Kosten für Dolmetscherinnen meist sogenannte Sprachmittlerinnen zum Einsatz. Die Kollegin hat das schon erwähnt. Das sind speziell geschulte Ehrenamtliche, die beispielsweise hier in Wiesbaden über einen Verein gegen Entgelt zur Verfügung gestellt werden. Nichtsdestotrotz erschwert dies die Beratungen deutlich und erhöht den zeitlichen Aufwand enorm, weil natürlich auch ein Vor- oder Nachgespräch mit den Sprachmittlerinnen erfolgen muss.

Kultur ist ein zweiter ganz wichtiger Punkt. Detaillierte Kenntnisse über die Herkunftsländer, die Religion, die kulturelle Prägung, das Rollenverständnis oder kulturelle Traditionen wie z. B. – besonders drastisch, aber zum Teil weitverbreitet – die Genitalverstümmelung sind für eine qualifizierte Beratung wichtig und hilfreich. Es geht um die Aneignung interkultureller Kompetenzen, zu denen neben den ohnehin notwendigen Soft Skills für die Beraterinnen ein entsprechendes Feingefühl für landestypische Sitten, Gebräuche und auch der fehlende Ethnozentrismus gehört.

Ein ganz wichtiger Bereich ist die Integration. Es geht darum, die Migrantinnen und die geflüchteten Frauen zur besseren Alltagsbewältigung in Deutschland in Deutschkenntnisse zu bringen und ihnen Deutschkenntnisse zu empfehlen. Es geht darum, den Frauen Kenntnisse über das Gesundheits- und Sozialsystem zu vermitteln und sie dabei zu unterstützen, dass diese auch genutzt werden können. Erschwert wird dies dadurch, dass wir zunehmend mehr Frauen in der Beratung haben, die keine oder nur eine sehr geringe Schulbildung mitbringen und denen der Erwerb der deutschen Sprache unter anderem deshalb sehr schwerfällt. Gegebenenfalls ist der Zugang zu Sprache und Integrationskursen auch aufgrund des Aufenthaltsstatus erschwert. Bei uns sind das häufig Frauen aus Nigeria.

Die Vernetzung ist unendlich wichtig und kostet Zeit, ist aber auch fruchtbar mit anderen Beratungsdiensten, Institutionen und Initiativen, die sich mit Fachfragen von Flucht und Migration auskennen, sich anwaltlich einsetzen und Hilfe anbieten, sich bei sozialen Leistungen für die jeweilige Personengruppe besonders gut auskennen und bei der Integration unterstützen.

Ein ganz wichtiger weiterer Punkt, den ich noch nennen möchte, ist die anwaltliche Funktion der Beratungsstellen und Beraterinnen. Hier werden Ideen und anwaltliche Funktionen erwartet – das ist auch das, was wir tun –, um kirchliche und freie Mittel zu erschließen und persönliche Kontakte herzustellen.

Insgesamt kann man sagen, dass die quantitative Zunahme und die gerade nur angerissenen qualitativen Herausforderungen dieser Zielgruppen dazu führen, dass für eine adäquate Beratung, Betreuung und bei uns auch tatsächlich lang- und längerfristige Begleitung – –

Wir haben auch Frauen, die seit 2015 bei uns mit dem ersten, zweiten oder dritten Kind in der Beratung sind und die auch unsere weiteren Angebote in Anspruch nehmen, die fest bei uns angedockt sind, was wir als sehr positiv empfinden. Nichtsdestotrotz ist das natürlich mit deutlichen Anstrengungen und Belastungen für die Beraterinnen und auch für die Einrichtung verbunden.

Mein Appell geht deshalb dahin, dass Sie die veränderten Herausforderungen in den Blick nehmen und sie bei der Entscheidung hinsichtlich der Ausgestaltung der zu treffenden Regelungen auch berücksichtigen. Wir sind sehr bemüht, uns immer an der Lebenswelt der Frauen und der bei uns Ratsuchenden zu orientieren, um eine möglichst gut informierte und qualifizierte Entscheidung zu ermöglichen.

Ganz herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Frau Pinne: Mein Name ist Heike Pinne. Ich bin Geschäftsführerin der beiden Beratungsstellen in Offenbach und in Dietzenbach, Stadt und Landkreis Offenbach. – Ich möchte heute zu dem Versorgungsschlüssel und auch – Sie haben ein paar Fragen dazu gestellt – zu der Anrechnung der staatlich anerkannten Ärztinnen und Ärzte Stellung nehmen.

In dem vorliegenden Entwurf ist der Anteil der Ärztinnen und Ärzte mit 15 % benannt. Für uns ist diese Zahl nicht nachvollziehbar. Wir haben uns gefragt: Warum sind das 15 % und nicht 10 % oder 12 %? – Ich möchte Ihnen ein bisschen bebildern, dass die Anrechnung der Stellen für uns in der alltäglichen Beratungsarbeit tatsächlich eine Belastung darstellt.

Wir Beratungsstellen halten ein vielfältiges und sehr differenziertes Beratungsangebot vor, das von einem multiprofessionellen Team erbracht wird. Wenn man sich den § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes anschaut und ihn zitiert mit dem Anspruch an die Bürgerinnen und Bürger in allen eine Schwangerschaft mittelbar und unmittelbar betreffenden Fragen, dann muss man sagen, dass das ein Auftrag ist, den wir in den Beratungsstellen ausgesprochen ernst nehmen, und zwar in einer sehr proaktiven Weise.

Wir halten Expertise zu den Themen vor, die die Frauen und die Familien mitbringen und vermehrt an uns herantragen. Das sind klassisch alle sozialen Leistungen – die Kollegin hat es vorhin schon beschrieben – wie Elterngeld und Kindergeld. Das Elterngeld ist komplex genug. Dazu kommen Partnerschaftsprobleme, Depressionen während der Schwangerschaft und nach der Geburt, Überlastungen, Wohnungsprobleme, häusliche Gewalt, Kündigungsschutz, Adoption und vertrauliche Geburt. Ich könnte jetzt noch sehr viele Minuten so weitersprechen.

Zu allen diesen Themen gibt es bei uns in den Teams vertieftes Wissen und Vernetzung. Dieses vertiefte Wissen wird gebraucht, wenn die Ratsuchenden diese Problematik mitbringen, und zwar nicht nur in der allgemeinen Schwangerschaftsberatung – da ganz besonders –, sondern gelegentlich auch in den Schwangerschaftskonfliktberatungen. Wir sehen viele Frauen, die sehr unterschieden und die nicht im engeren Sinne im Konflikt sind. Aber wir sehen auch Menschen in schweren Krisen, die eine Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft zu treffen haben.

Es ist unser gesetzlicher Auftrag, dazu beizutragen, dass dies eine umfassend informierte Entscheidung sein kann. Dafür ist es wichtig, alle Hilfen zu kennen und anwenden zu können.

Die Frauen kommen zu uns und haben sehr konkrete und manchmal ganz entscheidungsrelevante Fragen. Um es einmal ganz plastisch zu machen: Eine Frau, die alleinerziehend und aufgrund ihrer Einkommenssituation nach der Geburt auf ALG II angewiesen sein wird, möchte vielleicht ganz konkret wissen: Wie viel Geld werde ich haben, wenn ich alleinerziehend sein werde? Können Sie mir das beziffern?

Der Gesetzgeber hat beide Formen der Beratung in das Gesetz geschrieben und einen Versorgungsschlüssel festgelegt, der aber durch die Anrechnung der Ärztequote aus unserer Sicht unterlaufen wird. Gerade diese Woche ist im Rhein-Main-Gebiet die Nachfrage nach Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung wieder sehr hoch. Solche Nachfragespitzen stellen wir immer wieder und immer öfter fest. Wir machen vor Ort im wahrsten Sinne des Wortes alle Verrenkungen, um den Ratsuchenden zeitnah und umfassend Beratung und Unterstützung zu bieten.

Für uns ist es unverständlich, dass Personalstellen an Ärztinnen und Ärzte vergeben werden, die insgesamt nur wenige und auch nur Konfliktberatungen anbieten, und das neben ihrem vollen Praxisalltag. Die Ärztinnen und Ärzte haben aus unserer Sicht einen ganz eigenen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Wir alle wissen, dass dieser durchaus tagesfüllend ist. Trotzdem werden die staatlich anerkannten Ärztinnen und Ärzte als volle Stelle Schwangerschaftsberatung gerechnet und damit aus dem Pool der zur Verfügung stehenden dringend benötigten Stellen herausgenommen.

Aus guten Gründen, wie vorhin schon beschrieben, können die Ärztinnen und Ärzte die Fachlichkeit nicht vorhalten. Zudem sind sie nicht in die relevanten Netzwerke eingebunden. Die Schwangerschaftsberatungsstellen sind gesetzlich vorgeschrieben und aus gutem Grund aktive Teile der Netzwerke Frühe Hilfen, weil sie häufig die ersten Beratungsstellen sind, die mit Familien in Kontakt kommen und früh Bedarfe erkennen können. Im Übrigen ist das nicht milieuspezifisch, sondern wir sind schon früh mit Familien aus allen Milieus in Kontakt.

Aus unserer Sicht muss die bundesgesetzlich vorgeschriebene Stellenzahl den Schwangerschaftsberatungsstellen in vollem Umfang zur Verfügung stehen. Trotzdem muss für die Frauen, die dies möchten, auch die Möglichkeit bestehen, eine Beratung bei den Ärztinnen und Ärzten in Anspruch zu nehmen.

Frau **Klaff-Isselmann**: Ich möchte für Donum vitae Hessen in der gebotenen Kürze eine Stellungnahme abgeben. – Mein erster Punkt korreliert mit der Kollegin von gerade. Wir begrüßen grundsätzlich den vorliegenden Gesetzentwurf. Wir begrüßen ebenso, dass die Obergrenze für die Anrechnung von ärztlichen Beratungsstellen auf den gesetzlichen Versorgungsschlüssel gesenkt werden soll. Aus unserer Sicht wäre es allerdings noch notwendig und auch sach- und fachgerecht, diesen weiter zu senken, weil die einschlägigen Kenntnisse und Erfahrungen – das

ist gerade sehr ausführlich dargestellt worden; deswegen möchte ich das nicht wiederholen – eindeutig auf der Seite der Beratungsstellen angesiedelt sind. Zur Kernkompetenz eines Arztes gehört in der Regel nicht, Schwangere in einem Konflikt zu begleiten, unter den sehr vielfältigen Aspekten, die wir gerade gehört haben. Deswegen ist für uns ein sehr wichtiger Punkt, diese Quote noch stärker abzusenken.

Völlig unverständlich – ein zweiter Punkt – bleibt für uns, dass die Systematik der Landesbezuschussung die anfallenden Kosten für unsere Verwaltungsangestellten weiterhin als Sachkosten betrachtet. Die Arbeit unserer Verwaltung macht unsere Beratungsarbeit erst möglich. Die Verwaltung vertritt unsere Beratungsstellen als erstes Gesicht. Das Arbeitsfeld dieser Mitarbeiterinnen erweitert sich stetig. Professionalität auch an dieser Stelle ist unser Markenzeichen.

Die Verwaltung ist erster Ansprechpartner, pflegt die Homepages, verwaltet die Verhütungsmittelfonds der einzelnen Städte mit ihren Verwendungsnachweisen, zahlt Mittel der Bundesstiftung Mutter und Kind an die Klientinnen aus und führt die Verwendungsnachweise, sorgt für Kontinuität beim Auftritt in den sozialen Medien, bereitet Öffentlichkeitsarbeit vor und erstellt Druckvorlagen, erledigt die täglich anfallenden Büroarbeiten, bereitet die Finanzverwaltung vor, arbeitet der Buchhaltung zu und koordiniert Abläufe mit den Vorständen. Diese Menschen leisten Arbeit, die unsere Beraterinnen nicht noch zusätzlich leisten könnten. Sie den Sachkosten zuzuordnen, erscheint uns diskreditierend und nicht der tatsächlichen Aufgabenstellung angemessen. Daher sind aus unserer Sicht die Kosten der Entlohnung unserer Verwaltungsangestellten den Personalkosten hinzuzurechnen und in den Stellenschlüssel einzubeziehen.

Frau **Dr. Hänel**: Herzlichen Dank für die Einladung in den Hessischen Landtag. Immerhin bin ich rechtmäßig verurteilte Straftäterin nach § 219a. – Ich freue mich, dass ich als einzige Ärztin hier vielleicht noch einen anderen Blick auf die Problematik geben darf. Ich habe lange Jahre bei pro familia gearbeitet und war auch in der Beratung tätig, sodass ich das Ganze gut einschätzen kann.

Aus der Sicht der Institution, die Schwangerschaftsabbrüche macht – wir haben viel auch von der Problematik in Osthessen gehört –, fange ich mit einem kleinen Fall an. Eine streng katholische Frau aus Osthessen kam ausgerechnet an dem Tag zu mir, an dem Abtreibungsgegner aus Mainz bei uns vor der Tür standen und ich abends zu „Anne Will“ sollte. Sie hatte schon vier Kinder zu Hause, und der Partner hatte sich abgewandt. Sie hatte keine Chance, die Schwangerschaft auszutragen, und sagte noch: Vor zwei Wochen hätte auch ich da draußen gestanden.

Wir haben dann den Abbruch gemacht. Die Anästhesistin sagte: Die kann nicht mit dem Zug nach Hause fahren. – Sie war mit dem Zug gekommen. Der 17-jährige Sohn passte zu Hause auf das Baby auf, das Fieber hatte. Der Schwager hatte gesagt, dass er sie nicht abholt. Am Ende haben wir gesagt: Wir legen für das Taxi zusammen, damit die Frau nicht mit dem Zug fahren muss. Dann kam der Schwager aber doch, und die Sache ist gut ausgegangen.

Positiv ist, dass wir jetzt in Hessen Schutzzonen haben und dass die Betroffenen in die Beratungsstellen und in die Praxen kommen können. Dafür möchte ich hier meinen Dank aussprechen. Wir sind da in Hessen als einziges Bundesland schon so weit.

Die Problematik der mangelnden Versorgung – dies kann ich aus der täglichen Erfahrung berichten – liegt aber nicht nur in Osthessen. Dort ist sie extrem. Deswegen habe ich diesen Fall gewählt. Sie liegt auch im Bereich Limburg, Westerwald und Odenwald. Meine Praxis bekommt aufgrund der Bekanntheit, die wir erlangt haben, Anrufe aus ganz Deutschland, aber eben auch aus Hessen, weil die Betroffenen keinen Zugang finden.

Wir haben eben gehört, wie gut sich die Beraterinnen bemühen, Adressen herauszufinden. In meiner Praxis passiert es regelmäßig, dass eine Frau – ich will jetzt keine Namen nennen – in der zehnten Woche in ein Krankenhaus zum Schwangerschaftsabbruch geschickt wird und sie in dem Krankenhaus nach einem Vorgespräch mit der Anästhesie und dem Chirurgen erfährt: Wir machen das nicht. Das ist schon zu weit. – Das ist kein böser Wille der Beratungsstelle. Aber dann hat sie noch einmal zwei Wochen verloren.

Die Situation mit der Schwangerschaftsfeststellung in den gynäkologischen Praxen wird immer schwieriger. Termine werden erst drei Monate später vergeben. Ich habe letztes Jahr einmal 100 Frauen gefragt und kann insofern statistisch belegen, in welchen Zeiten die Frauen, nachdem sie dort angerufen haben, überhaupt die Möglichkeit für eine Schwangerschaftsfeststellung haben, wenn die Ärztinnen und Ärzte überhaupt dazu bereit sind. Die Schwangeren bekommen immer wieder gesagt: Wenn Sie einen Abbruch machen wollen, bekommen Sie bei mir keinen Termin. – Eine Frau Mitte vierzig hat schon zwei oder drei Kinder geboren und bekommt das einfach so gesagt. Sie sucht dann weiter, bis sie erfährt: Ich kann in der Beratungsstelle anrufen. Ich rufe jetzt einmal in einer Einrichtung an, die Abbrüche macht. – Das ist unser täglich Brot.

Das war keine Patientin von mir, aber ich wurde irgendwann am Ende eingeschaltet: Eine Frau in der Frühschwangerschaft entscheidet sich für einen Schwangerschaftsabbruch, geht zur Beratung und bekommt eine Lungenembolie. Sie kommt ins Krankenhaus, wird dort mehrere Wochen lang behandelt und dann entlassen. Es war immer klar, dass diese Frau einen Abbruch will. Sie stand unter Medikamenten und war schon in der zwölften Woche. Sie hatte schon zehn große Kliniken durch, auch Unikliniken, die sie nicht genommen haben. Ich habe gesagt: Ich kann das mit dieser Dosierung der Gerinnungsmittel ambulant nicht machen. – Am Ende haben wir dann ein Krankenhaus gefunden. Dieser Fall hat uns Tage beschäftigt, bis wir für so jemanden einen Platz gefunden haben. Das ist die Situation, mit der wir es täglich zu tun haben.

Ein Thema ist noch, dass in den Beratungsstellen in aller Regel auf die Kostenübernahme hingewiesen wird, aber nicht immer. Auch da gibt es Probleme in der inhaltlichen Vermittlung. Pro Woche kommen drei bis fünf Patientinnen ohne Kostenübernahme zu uns, die aber einen Anspruch haben. Wir telefonieren dann herum. Meistens bekommen wir das. Manchmal drohe ich mit der Presse; dann klappt das ganz schnell.

Dann haben wir Probleme mit dem Datenschutz. Manche trauen sich nicht mehr zu faxen. Manche machen es per Mail. Bei anderen müssen die Frauen persönlich in die Kasse kommen, um

überhaupt nur das Formular zu erhalten. Es wäre total wichtig, wenn es ein einheitliches Formular gäbe, das digital abrufbar ist.

Ich bedanke mich explizit beim hessischen Sozialministerium. Als das mit COVID-19 so eng wurde, haben wir wirklich eine ganz tolle Zusammenarbeit gehabt. Da wurde sich wirklich bemüht. Aber wir bekommen das Problem nicht in den Griff. Es gibt nach wie vor Krankenkassen, die um ein bis zwei Wochen verzögern. Das sind meistens diejenigen, die nicht so oft damit zu tun haben.

Wir haben eine Frau, die bei der Frauenärztin schon eine Woche verloren hat. Sie versucht dann, die Kostenübernahme zu bekommen.

Dann gibt es Frauen, die die Lebensbescheinigung eines ihrer Kinder nicht finden. Die müssen sie aber bei der Kasse für die Kostenübernahme vorlegen. Nicht alle Frauen finden gleich ihre Unterlagen. Sie sind ja auch im Stress. Dann macht man einen Abbruch auch einmal ohne. So ist das letztlich in der Praxis. Das kann man sonst nicht aushalten, weil die Frau ansonsten ihren Abbruch nicht mehr bekommt. Entweder findet sie keine Stelle, die einen Abbruch macht, oder sie wird irgendwohin geschickt, und dann machen die es nicht, weil die Schwangerschaft schon zu weit fortgeschritten ist.

Das ist der Alltag, aus dem ich Ihnen berichten kann. Ich könnte jetzt auch noch von Fällen aus der letzten Woche berichten.

Als ich begann, bei pro familia zu arbeiten, war damals das Wahlprogramm der SPD und der GRÜNEN: Wir wollen es den Frauen nicht schwerer machen. Wir wollen die Beratung und den Schwangerschaftsabbruch unter einem Dach haben. – Das weiß wahrscheinlich heute niemand mehr. Priska Hinz – ich erinnere mich noch – war damals bei pro familia. Ich weiß nicht, wo diese Zeiten sind. Darüber denkt man schon gar nicht mehr nach. Wir sind jetzt ganz woanders. Das ist uns irgendwie verloren gegangen. Damals stand im hessischen Ausführungsgesetz noch die Ausstattung der Räume und die Ausbildung derjenigen, die die Abbrüche machen. Man war sich des Auftrags bewusst, dass im Schwangerschaftskonfliktgesetz noch andere Punkte stehen als die Beratungsstellen.

Ich habe mir einmal die Mühe gemacht und in den anderen Bundesländern geschaut: Nur Berlin und Sachsen-Anhalt haben einen lapidaren Satz zu der Zulassung der Einrichtungen nach § 13. Insofern steht Hessen nicht besonders schlecht da. Aber niemand kümmert sich um die Aufgabe, dass die Versorgung mit ambulanten und stationären Einrichtungen gewährleistet sein muss. Ich wünsche mir, dass Hessen auch da nach vorne geht. Das wird jetzt bis zum Dezember nicht mehr klappen; das ist mir schon klar. Aber es muss etwas dafür getan werden, damit die Versorgung gewährleistet wird. Dazu sind vorhin schon ein paar Punkte angesprochen worden.

Das eine ist, dass öffentliche Krankenhäuser Abbrüche durchführen sollten. Dazu gehören auch große Unikliniken. Ich habe mir die Anfrage der AfD mit den Antworten der Unikliniken angeschaut. Ich habe einen Abbruch in Marburg, glaube ich, im Jahr 2019 oder 2020 gefunden; ich kann die Jahreszahl jetzt nicht mehr genau sagen. Das ist eine Problematik, die wir vor Ort haben. Wir machen manchmal auch Abbrüche, die vielleicht doch lieber stationär hätten gemacht werden

sollen, wie ich finde. Da könnte man ansetzen, dass man darüber spricht. Ein Gewissen kann nur eine einzelne Person haben. Ein Krankenhaus hat kein Gewissen. Man kann fragen: Haben die Konfessionellen das Recht zu sagen – darüber kann man diskutieren –, dass sie keine Abbrüche machen? – Im Notfall müssten auch sie helfen.

Ich bin dazu übergegangen, in meiner Beratung zum medikamentösen Abbruch, bei dem es sehr selten zu sehr starken Blutungen kommt – das ist dann nicht unbedingt in der Zeit, zu der die Frauen in der Praxis sind –, genau zu schauen, welches Krankenhaus in der Nähe ist, weil es manchmal zu Problemen mit katholischen Krankenhäusern kommen kann, wenn das Herz noch schlägt, aber das Leben der Frau gerettet werden muss. Ich will nicht, dass wir einen solchen Fall wie in Polen auch in Deutschland bekommen, sodass ich die Frauen darüber aufkläre.

Ich finde, zur Versorgungslage gehört auch, dass wir nicht nur schauen, ob die Frauen gut beraten werden, sondern wir müssen auch schauen, ob sie gut versorgt werden. Die meisten sind Mütter. Das andere sind unsere Schwestern, Töchter und Nichten. Wir sind das. Unsere Bevölkerung ist davon betroffen.

Man könnte die Versorgung auch noch verbessern – das wird schon in anderen Ländern gemacht und wird wahrscheinlich auch in die Leitlinien aufgenommen, die am Entstehen sind –, indem man die Allgemeinärzte noch mehr in die medikamentösen Abbrüche einbezieht. Allgemeinärzte haben dadurch, dass sie die Familie kennen, oft noch einen anderen Bezug und manchmal auch großes Verständnis für die Situation der Betroffenen.

Mir ist vorhin, als es um Gelder und Verhütung ging, die postoperative Spiraleinlage eingefallen. Nach internationaler Literatur kann man damit sehr viele ungewollte Schwangerschaften verhindern, die auch nach einem Abbruch relativ bald wieder passieren können. Eine normale Kupferspirale kostet 35 €. Das ist kein großer Posten. Damit könnte man viel erreichen, wenn man nicht den Weg geht und sagt: „Verhütungsmittel für Bedürftige sind freizugeben“, was natürlich der richtige Schritt wäre.

Ich möchte noch etwas zu den Ärzten sagen. Aus meiner Erfahrung aus einer Praxis, die doch relativ viele Abbrüche macht, hat sich die Situation durch COVID-19 noch verschärft. Ich mache das nicht, um reich zu werden. Man kann mit den Abbrüchen nicht reich werden. Ich habe 20 Jahre lang meinen eigenen Lebensunterhalt nicht durch meine Praxis finanzieren können. Ich habe in Krankenhäusern und im Rettungsdienst gearbeitet. Das ist die Situation von Praxen, die Abbrüche durchführen. Ich sitze hier im beginnenden Rentenalter. Ich bin 65 Jahre alt und habe bisher keine Nachfolgerin.

Ich persönlich finde es sehr gut, dass Ärztinnen und Ärzte eine Beratung machen, weil das manchen Frauen den doppelten Weg abnimmt. Es gab eine Ärztin in Alsfeld, die die entsprechende Zulassung hatte und auch lange Beratung gemacht hat, die sicherlich gut war. Aber sie ist jetzt im Rentenalter. Ich habe im Moment überhaupt keine Zuweiser, wo Ärztinnen oder Ärzte die 219-Beratung machen. Das wollte ich nur noch aus der Praxis in die Diskussion mit den 20 % und den 15 % einbringen. Ich weiß gar nicht, woher die kommen. Damit höre ich jetzt erst einmal auf.

Frau **Gerlach**: Mein Name ist Andrea Gerlach. Ich bin stellvertretende Vorsitzende des LandesFrauenRats und möchte mich für die Einladung bedanken. – Wir haben uns im LandesFrauenRat im Vorfeld mit unseren Mitgliedsverbänden verständigt und möchten noch zwei kritische Punkte adressieren.

Der erste Punkt ist die Anrechnung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als Vollzeitberatungskraft. Ich denke, die Argumente sind schon im Vorfeld ausgeführt worden, sodass ich zu fortgeschrittener Stunde gleich zu dem zweiten Punkt kommen kann.

Der zweite Punkt sind die digitalen Beratungsangebote. Dabei vermissen wir etwas den Ausbau. Die Pandemie zeigt uns sehr eindrücklich, wie schnell wir wieder in Lockdownsituationen gehen können oder vielleicht auch schon halb drin sind. Frauen finden dann oftmals nicht den Weg in die Beratung, weil sie unsicher sind, ob die Beratungsstellen überhaupt geöffnet sind oder ob eine Beratung stattfinden kann. Wenn Frauen, Männer, Paare, Familien den Weg in eine Schwangerschaftsberatung nicht mehr finden, dann müssen die Beratungen den Weg zu den Klientinnen finden. Das funktioniert z. B. über das sogenannte Blended Consulting. Das heißt, dass Beratungen in persona eins zu eins ins Digitale übersetzt werden können. Somit können Beratungsleistungen online stattfinden. Auch die Schwangerschaftskonfliktberatung muss neue Wege gehen und dort, wo sie schon gegangen werden, ausgebaut werden. Das bedeutet, mehr digitale Kommunikationsmedien zu nutzen und effektiv zu beraten.

Diese Onlineberatungen erfordern aber Weiterbildungsmaßnahmen. Dafür muss zwingend ein Budget etatisiert werden. Außerdem muss die Möglichkeit zur digitalen Beratung explizit benannt werden. Da sehen wir eine Lücke, die wir hier gerne adressieren würden.

Auch und vor allem im Hinblick auf den Zugang zu Beratungsstellen im ländlichen Raum möchte der LandesFrauenRat ganz aktiv darauf hinweisen, dass in einem Flächenland wie Hessen mehr Geld für Weiterbildungsmaßnahmen für die digitale Schwangerschaftskonfliktberatung bereitgestellt werden muss; denn nur so ist garantiert, dass jede Frau ihren Weg zu einer Beratung findet.

Frau **Junker**: Ich kann mich meiner Vorrednerin direkt anschließen. Ich würde Ihnen gern eine Zusammenfassung geben. Auch ich bin mit meiner Trägerschaft in der Liga vertreten. Ich möchte das Gesamte in den Blick nehmen.

Schwangerschaftsberatung und Schwangerschaftskonfliktberatung unterliegen konstant hohen und wechselnden Anforderungen. Wir haben Ratsuchende mit absolut komplexen Themen, mit Lebenssituationen, die sich verändern. Neben den gesellschaftlichen Veränderungen und Entwicklungen kommen immer wieder neue bundesgesetzliche Aufgaben auf uns zu wie z. B. damals die vertrauliche Geburt, die mittlerweile gut implementiert ist. Mit diesen Herausforderungen müssen unsere Beraterinnen arbeiten.

Sie haben schon von meiner Kollegin von pro familia gehört: Es gibt oft prekäre Situationen. Oftmals spielen viele verschiedene Problemlagen eine Rolle, auch aneinander anschließend, die sehr viel Feingefühl und sehr viele gute Ausbildung und Rückendeckung unserer Beraterinnen,

aber auch Supervision für unsere Beraterinnen bedürfen. Auch das sind Kosten, die wir als Träger der Beratungsstellen tragen.

In dem Spannungsfeld muss sich die Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung konstant anpassen. Sie muss sich vorausschauend entwickeln und sich vorausschauend aufstellen. Die Digitalisierung hat meine Vorrednerin soeben angesprochen. Gerade durch die Pandemie ist noch einmal sehr deutlich geworden, dass sich Beratungsangebote immer wieder den Anforderungen unserer Ratsuchenden anpassen und dass sie dementsprechend ausgebaut werden müssen. Das bedeutet aber auch, dass wir als Beratungsstellen überlegen müssen: Wie sind die Zugänge für unsere Ratsuchenden? Wie gestalten wir sie? Sind sie niedrighschwellig und adäquat genug, damit wir auch gefunden werden?

Das Gleiche kommt bei unseren sexualpädagogischen Angeboten zum Tragen, die auch ein gesetzlicher Auftrag sind. Auch da müssen wir immer wieder neue Wege finden, um diesen Auftrag zu erfüllen und zu finanzieren. Das passiert teilweise durch die Teilnehmerbeiträge, die in der ersten Runde schon einmal kurz angesprochen worden sind. Doch auch da sind Drittmittel nicht immer auskömmlich, um die Angebote vorzuhalten.

Die Bedarfe der Ratsuchenden werden umfangreicher, komplexer und tiefgreifender. Beratungszyklen dauern länger. Das haben Sie heute schon mehrfach gehört. Es ist nicht mehr so, dass Frauen einmal in die Beratung kommen, ihr Kind bekommen und danach alles gut ist. Wir haben viel mehr Folgeberatungstermine, was für die Beraterinnen bedeutet: Entweder lassen sie Erstberatungstermine fallen, und Akutberatungen können nicht gewährleistet werden, oder sie arbeiten mehr. In unserem Fall – ich glaube, das ist schon eindrücklich geworden – sind die Beraterinnen hoch motiviert. Dementsprechend arbeiten sie mehr. Das heißt, auch da haben wir eine sehr hohe Belastung und einen sehr hohen Druck.

Ich bitte Sie, bei der Gesetzesvorlage zu berücksichtigen, dass die Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung auch ein Barometer gesellschaftlicher und sozialer Notstände ist, dass bei uns vieles an der gesellschaftlichen Entwicklung abgelesen werden kann und dass Notstände und Bedarfe so auch noch einmal kontrolliert werden können.

Abg. **Christiane Böhm:** Zunächst Ihnen allen schönen Dank für die Stellungnahmen und auch für die eindrücklichen Schilderungen. – Ich werde jetzt anhand der Beiträge meine Fragen formulieren.

Frau Dr. Schmitt, Sie haben deutlich gemacht, wie sich die Qualifikationen der Beraterinnen verändern und welche Bedeutung sie aufgrund der neuen und veränderten Herausforderungen bekommen haben. Das hat sich durch mehrere Stellungnahmen gezogen. Meine Frage ist: Wie schaffen Sie es, Ihre Mitarbeiterinnen in Anbetracht der geringen Zeit, die sie haben, für die hohen Qualifikationen, die erforderlich sind, zu qualifizieren? Aus welchem Topf holen Sie die Fortbildungsmittel? Sind das Sachkosten, die auch noch in die Verwaltung gehen müssen? Mir erschließt sich nicht, wo sich das abbildet und welche Möglichkeiten es da gibt.

Sie haben auch von Sprachmittlerinnen gesprochen. Die gibt es in Hessen nicht überall. So etwas gibt es nur, wenn eine Kommune offene Ohren oder eine gute Ortsregierung hat. Meistens sind die Sprachmittlerinnen auch nicht unbedingt für die Aufgabe qualifiziert, die sie in einer Schwangerschaftskonfliktberatung erfüllen müssen. Es ist nicht so einfach, da eine Sprachmittlung zu machen. Gibt es in Hessen in irgendeiner Region überhaupt Angebote und Kurse zur Qualifizierungen von Sprachmittlerinnen im Gesundheitsbereich, insbesondere für den spezifischen Bereich der Schwangerschaftskonfliktberatung? Als Frau in diesem Bereich eine Sprachmittlung zu machen, hat immer auch mit einem selbst zu tun. Da geht keine Frau hinaus und sagt: Ich habe nicht meine eigenen Anliegen im Kopf. – Das ist eine ungeheure Herausforderung. Das gilt für Ihre Beraterinnen genauso, die auch immer diesen Eigenanteil bei sich haben. Es ist notwendig, nicht nur die Qualifizierung, sondern auch eine permanente Supervision zu machen, weil keine Frau unbeeinflusst aus einer solchen Beratung geht.

Eine weitere Frage ist – ich glaube, die betrifft alle; Sie können antworten, wenn Sie sich angesprochen fühlen –: Haben Sie den Eindruck, dass die Beraterinnen in der Schwangerschaftskonfliktberatung die Lücken im sozialen Netz ausbaden müssen? Wie können Sie da in Ihren Verbänden verfahren? Sie können in Anbetracht der Menge der Themen natürlich nicht alles beraten, was ankommt. Ich glaube, dann wäre ihre Zeit als Schwangerschaftskonfliktberaterin gleich zu Ende. Wo merken Sie, dass es da gar nichts gibt, sodass Sie dann sagen müssen: „Solange es niemanden gibt, muss ich in irgendeiner Weise tätig werden“?

Das sind die Fragen, was die Beratung betrifft.

Frau Klaff-Isselmann, schönen Dank, dass Sie hierhergekommen sind. Sie haben bekräftigt, dass der Schlüssel beim Verhältnis der Beratungsstellen zu den Ärztinnen und Ärzten gesenkt werden muss. Auf eine Anfrage aus dem Jahr 2019 hat uns die Landesregierung geantwortet, dass nur ungefähr 9 % der Beratungen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz von Ärztinnen durchgeführt werden. Insofern haben wir auch bei 15 % noch immer eine ziemlich große Lücke. Was wäre Ihre Vorstellung, wie weit man das senken könnte? Was wäre eine sinnvolle Regelung? Vielleicht gibt es auch eine andere Regelung, beispielsweise 100 % plus die Fallpauschalen, die die Ärztinnen bekommen. Meine Frage ist, was Sie uns in diesem Bereich empfehlen würden und wie wir das machen sollten.

Frau Hänel, ich habe jetzt ein bisschen den Eindruck bekommen, dass wir in Hessen einen Mangel an Gynäkologinnen haben. Der war mir noch nicht bekannt. Wir reden über Hausärzte und den öffentlichen Gesundheitsdienst. Diese Woche haben wir schon über einen Mangel an Psychiatern gesprochen. Aber wir haben wohl auch einen Mangel an Gynäkologen. Ist das so? Wieso ist es so schwierig, einen Termin für eine Schwangerschaftsfeststellung zu bekommen? Ist es notwendig, dass wir in dem Gesetz noch klarere Regelungen treffen, was getan werden muss, um den § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes zu erfüllen? Inwiefern ist es notwendig, auch in Richtung der beruflichen Voraussetzungen etwas zu tun?

In diesem Zusammenhang kann ich nicht nachvollziehen, warum sich Krankenhäuser weigern, Schwangerschaftsabbrüche zu machen. Vielleicht könnten Sie auch dazu noch etwas sagen. Ist

das so unlu­krativ für die Kliniken? Ist das der Grund, oder gibt es tatsächlich so viele, die sagen, sie machen das nicht?

Frau Hänel, sehen Sie den Versorgungsvertrag tatsächlich als mangelhaft an, wie Sie es geschrieben haben? „Mangelhaft“ heißt, er ist in Hessen nicht gewährleistet. Das kann man so sagen. – Sie nicken. Aber Sie können noch gerne etwas dazu ausführen.

Ich glaube, ich habe jetzt alle Fragen gestellt, wenn nicht, melde ich mich noch einmal. – Danke schön.

Abg. **Lisa Gnadl**: Auch von mir vielen Dank Ihnen allen für die sehr eindrücklichen Stellungnahmen. – Ich habe einige Fragen, zunächst an Frau Dr. Schmitt. Sie haben deutlich gemacht, dass die Mehrheit der Ratsuchenden in Wiesbaden aus der Flucht- und Migrationsbewegung kommt und dass das in anderen Bereichen sicherlich ähnlich ist. Ich habe Sie so verstanden, dass Sie zum Teil auch noch die Unterstützung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern haben. Wäre das, was an gestiegenen Anforderungen und veränderten Herausforderungen da ist, überhaupt leistbar, wenn Sie nicht noch zusätzliche ehrenamtliche Kräfte hätten? Wie müssten auch die veränderten Lebenswelten von Frauen in die Finanzierung mit aufgenommen werden?

Dann eine Frage an Frau Pinne von pro familia in der Stadt und im Kreis Offenbach. Sie sind auf die Anrechnung der 15 % an Ärztinnen und Ärzten, auf die Ärztequote eingegangen. Mir stellt sich in diesem Zusammenhang eine Frage, weil wir immer über Prozentzahlen diskutieren. Vorhin ist schon seitens des Paritätischen gesagt worden, man müsste die Ärzte eigentlich komplett aus der Systematik der Finanzierung der Beratungsstellen herausnehmen. Insofern sind realistischere­weise wahrscheinlich nur die 9 % aktiv, die genannt wurden. Wie bewerten Sie das aus Ihrer Sicht?

Die zweite Frage betrifft die Problematik mit den Tarifsteigerungen und der Anrechnung. Vielleicht könnten Sie aus Ihrer Praxis von pro familia in der Stadt und im Kreis Offenbach berichten, was das konkret für Sie bezüglich der Finanzierungssituation bedeutet.

Frau Klaff-Isselmann, Sie haben die Problematik hinsichtlich der Verwaltungsstellen angesprochen. Könnten Sie noch konkret sagen, wie aus Ihrer Sicht die Finanzierungs­berechnung genau ausgestaltet werden müsste?

Dann meine Fragen an Frau Hänel. Sie haben darauf hingewiesen, dass sich das hessische Ausführungsgesetz nur auf die Beratungsstellen bezieht und nicht darüber hinaus. Was wäre aus Ihrer Sicht konkret in das hessische Ausführungsgesetz im Hinblick auf die Ausbildung und die Räume aufzunehmen?

Noch eine Frage in Bezug auf die Versorgungslücken: Gibt es zu den Erfahrungswerten bei Versorgungslücken, die Sie genannt haben, eine konkrete Übersicht? Gibt es überhaupt jemanden, der eine Übersicht darüber hat, wie die Versorgung in der Praxis tatsächlich aussieht?

Was ist landesgesetzlich in dem hessischen Ausführungsgesetz lösbar? Wo sehen Sie Punkte, die nicht landesgesetzlich, sondern möglicherweise auch bundesgesetzlich gelöst werden müssten, um die Situation von Frauen zu verbessern?

Sie haben gesagt, ein Gewissen könnten nur einzelne Personen haben, nicht Kliniken. Haben Sie einen Überblick darüber, wo sich ganze Kliniken auf ihr Gewissen berufen? Sie brauchen jetzt nicht die Namen der einzelnen Kliniken zu nennen. Ich will Sie jetzt nicht in eine schwierige Situation bringen. Aber können Sie sagen, wie häufig es bei Ihnen schon aufgetreten ist, dass sich ganze Kliniken auf das Gewissen berufen, was eigentlich nur eine Einzelperson machen kann?

Abschließend noch eine Frage an Frau Gerlach. Sie haben auf die Problematik der Digitalisierung und des Ausbaus hingewiesen. In welchen Fällen kann eine Onlineberatung greifen? Wie kann der Zeitverlust, den man oft hat, dadurch entsprechend verkürzt werden? Vielleicht können auf die Frage bezüglich der Digitalisierung auch noch die Praktikerinnen eingehen.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Vielen Dank auch meinerseits für die interessanten Stellungnahmen, sowohl mündlich als auch schriftlich. – Ich als gesundheitspolitische Sprecherin habe gerade aufgehört, als Frau Hänel davon gesprochen hat, Hausärzte in die Abbrüche mit einzubinden. Deswegen hätte ich gerne konkret gewusst: Wie kann das funktionieren? Wie sieht dann die Weiterbildung oder Fortentwicklung der Qualifikation aus? Wir haben ja den Masterplan Medizinstudium 2020. Da wird gerne darauf abgestellt, dass sich die Arzt-Patienten-Kommunikation erheblich verbessern soll. Wenn ich mir Sie alle anhöre, stelle ich fest, dass alles immer viel mit Kommunikation und auch Information, die sich verbessern müssen, zu tun hat. Das ist genau der Aspekt, der gestärkt werden müsste.

Das Zweite in diesem Zusammenhang ist: Es gibt eine WHO-Empfehlung zu der Thematik „Sichere Schwangerschaftsabbrüche“. Vielleicht könnten Sie alle etwas dazu sagen, inwieweit wir als Land Hessen das tatsächlich gewährleisten. Der Bundesgesetzgeber hat im März 2019 das Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch in Kraft gesetzt. Deswegen meine Frage an Sie, wie das mit der Entwicklung der nationalen Leitlinie zum sicheren Schwangerschaftsabbruch aussieht, ob Sie da eingebunden sind, wie weit das vorangeschritten ist und ob das auch auf Ihr Wohlgefallen trifft.

In den Niederlanden hat es immer eine sehr liberale Gesetzgebung gegeben. Ich kann mich noch daran erinnern, dass man früher immer gesagt hat: Fahr doch in die Niederlande! – Wenn man sich jetzt einmal anschaut, wie die Abbrüche weltweit sind, fällt auf, dass es, obwohl das in den Niederlanden so liberal ist, dort eine umfassende Aufklärung gibt. Es gibt – das passt zu dem, was Sie, Frau Hänel, gesagt haben – einen einfachen Zugang zu Verhütungsmitteln. Sie haben beispielsweise die Spiralen genannt. Es ist auffällig, dass die Niederlande in einem weltweiten Vergleich die niedrigste Abbruchrate haben. Wie erklären Sie sich das? Warum sollten wir dann das eine oder andere analog den Niederlanden anders machen?

Abg. **Silvia Brünnel**: Vielen Dank erst einmal von meiner Seite für die Stellungnahmen, die uns schriftlich vorliegen, und auch für die mündlichen Ausführungen. – Ich habe zwei Fragen zur Digitalisierung. Dies ist bereits von der Liga angesprochen worden. Ich würde aber gerne auch bei pro familia nachfragen, inwiefern das Digitalisierungsangebot in Corona-Zeiten angenommen wurde und wie Sie das begleiten konnten. Wie sind Ihre Erfahrungen zum digitalen Beratungsschein? Uns hat sehr gut gefallen, dass dies so schnell auf den Weg gebracht worden und es gesetzlich möglich gewesen ist, trotzdem den geschützten Raum zu erhalten. Da mussten Sie sicherlich große Herausforderungen leisten. Ich hätte gern Ihre Einschätzung dazu, wie es gelungen ist, das in der kurzen Zeit so gut auf den Weg zu bringen, und welche Entwicklungen Sie in diesem Bereich sehen.

Diese Frage würde ich gerne auch an Sie vom LandesFrauenRat richten. Sie haben in Ihrer Stellungnahme ausgeführt, dass Sie das auch zukünftig als wichtigen Bestandteil der Beratungslandschaft sehen und dass nach Ihrer Einschätzung, Frau Gerlach, zu einem Auftrag auch gehört, wie wir Beratung gut auch in die Fläche bringen können, gerade dort, wo das Netzwerk vielleicht nicht ausreichend vorhanden ist, damit wir da in eine noch bessere Struktur kommen können.

Abg. **Claudia Ravensburg**: Ich habe noch zwei ergänzende Fragen, was mich interessieren würde.

Frau Dr. Schmitt hat den Anteil der Migrantinnen im Bereich der Beratung von Caritas Wiesbaden genannt. Mich würde interessieren – diese Frage richtet sich nicht an die Caritas, sondern an pro familia –, wie das Verhältnis bei den Beratungsscheinen zwischen Frauen mit Migrationshintergrund und Menschen ohne Migrationshintergrund ist.

Das Zweite ist: Wir haben vorhin von Kliniken gesprochen, die Abtreibungen machen. Frau Hänel ist ambulant tätig. Mich würde interessieren, wie das Verhältnis zwischen Abtreibungen in Kliniken und von ambulanten Ärzten ist; denn nach meiner Kenntnis werden die meisten Abtreibungen ambulant vorgenommen. Gibt es noch Mischsysteme, also Belegärzte, die in Kliniken tätig sind und dort Eingriffe vornehmen?

Frau **Dr. Schmitt**: Vielen Dank, auf Ihre Fragen etwas vertiefend eingehen zu können. – Sie haben sich nach der Qualifikation der Beraterinnen und auch danach erkundigt, wie wir das Ganze angesichts der sehr umfänglichen, komplexen und auch sehr zeitintensiven Beratungssituation schaffen. In der Regel steigen die Beraterinnen bei uns mit mindestens einer Zusatzqualifikation ein, mit einer Beratungsausbildung, systemische Beratung, Gesprächspsychotherapie oder Ähnlichem. Im Rahmen der katholischen Schwangerenberatung gibt es eine verpflichtende Qualifizierung, die verbandlich organisiert ist. Es gibt viele Fortbildungen zu aktuellen Fragestellungen, beispielsweise im Kontext von Flucht, von Corona oder von sich ändernden Gesetzeslagen. Im Moment ist es das Thema Afghanistan, bei dem sich die Kolleginnen fast wöchentlich

fortbilden und an Fortbildungen teilnehmen, auch im Bereich der Genitalverstümmelung. Ich habe das schon angesprochen.

Es gibt ganz viele Themen, die uns herausfordern und auf die wir uns im Kontext der Finanzierung einstellen müssen. Auch das war ein Punkt, den Sie angesprochen haben. Das geht über den Bereich der Sachkosten und über Eigenmittel, aber natürlich auch über verbandliche Angebote. So gibt es für die Schwangerenberaterinnen pro Jahr mindestens zwei Studientage auf Verbands-ebene, bei denen aktuelle Themen angesprochen werden und versucht wird, immer das aufzugreifen, was gerade aktuell ist.

Ein weiterer Punkt, den Sie angesprochen haben, waren die Sprachmittlerinnen. Hier sind wir, wie gesagt, in Wiesbaden relativ gut vernetzt. Wir können schon auf vorgeschulte Sprachmittlerinnen zurückgreifen. Es gibt auch die Netzwerke der Caritas im Bereich der Migrationsberatung, in denen man sich gegenseitig unterstützt, lokal und auch innerverbandlich.

Ganz wichtig ist – dies habe ich kurz angedeutet –, dass wir sehr viel Wert darauf legen, bestimmte Sachen mit den Sprachmittlerinnen, die sich manchmal sehr schwere Schicksale anhören müssen, vor- und nachzubesprechen und ein Stück weit Supervision zu machen. Wir lassen die Sprachmittlerinnen nicht durch die Tür gehen, ohne bestimmte Sachen nachbesprochen und aufgefangen zu haben.

Für die Beraterinnen gibt es ein Supervisionsangebot von unserer Seite. Das sind zehnmal zwei Stunden pro Jahr. Das ist auf verbandlicher Ebene geregelt. Es gibt aber auch ganz viel kollegiale Beratung und Fallbesprechungen in den Teams, um sowohl organisatorische und beraterische Fragen zu klären als auch das anzusprechen, was die Beraterinnen aus den Beratungen mit sich herumtragen. Ein Schicksal lässt uns ganz oft nicht los und begleitet uns mehrere Wochen und Monate. Das sind Zeiten, die zwar nirgendwo auftauchen, aber die natürlich zu Buche schlagen, wenn wir über Fälle sprechen. Das sind nicht nur die Zeiten, die wir mit den Klientinnen verbringen. Wir versuchen, im Hintergrunddienst ein großes Netz aufzubauen.

Eine weitere Frage war, wie es mit Migration und Flucht aussieht. Migrantinnen sind schon seit Jahren, seit 2013, relativ konstant mit 50 bis 60 % in den Beratungsstellen vertreten. Seit 2014/2015 kamen noch rund 10 % geflüchtete Frauen dazu.

Wir als SkF – das steht sozusagen auf unseren Fahnen – machen sehr viel Arbeit mit ehrenamtlicher Unterstützung. Wir haben zwei spezifische Projekte. Eines heißt „Mama + me“. Das ist ein Mentoringprogramm für schwangere Frauen. Es wird vom Land und dem Bistum finanziert. Dabei geht es darum, Frauen von ehrenamtlichen, geschulten Frauen eine spezifische Begleitung angeeignet zu lassen, die wir natürlich auch hauptamtlich betreuen. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt für uns.

Das Ziel ist Empowerment, wie man heute so schön sagt. Uns ist wichtig, die Selbstwirksamkeit der Frauen durch das zivilgesellschaftliche Engagement anderer Frauen zu erhöhen. Dabei geht es um den Spracherwerb und um die Bekämpfung sozialer Isolation. Gerade jetzt im Kontext von

Corona ist das ein ganz wichtiger Punkt. Es geht darum, dass die ehrenamtliche und die schwangere Frau die Stadt, die Einrichtung und die Infrastruktur kennenlernen, dass man einfach einmal einen Kaffee zusammen trinken geht und sich eine Stunde Zeit nimmt, dass man in den Angeboten der Frühen Hilfen ankommt, um Schwellenängste zu beseitigen und zu sagen: Wir gehen einfach mal zusammen hin. – Auch gibt es Unterstützung bei Behördenfragen usw. Wie gesagt: Das ist sehr hilfreich, aber ersetzt natürlich nicht eine fachliche Beratung und eine Begleitung der Ehrenamtlichen, die das tun, in Vorgesprächen und auch in Fortbildungen, die wir organisieren.

Das ist zu dem Bereich der Unterstützung durch Ehrenamtliche. Das ist sozusagen noch „on top“, was die Beratung angeht. Das ersetzt auf keinen Fall die Beratung, sondern es ist uns ein besonderes Anliegen, die Frauen da zu unterstützen.

Vielleicht noch einen Punkt zur Digitalisierung. Da war ich nicht persönlich gefragt. Auch das ist uns ein wichtiges Anliegen. Aber auch das ist etwas, was wir als SkF „on top“ über eine Projektfinanzierung machen müssen, weil wir es gar nicht schaffen, uns nebenher zu digitalisieren. Die Beraterinnen sind sehr am Blended Counseling interessiert, weil sie sagen, das ist eine gute Möglichkeit, auch über eine längere Zeit hinweg Kontakte zu den Frauen zu halten. Wir sind gerade bei der Vorbereitung des Einstiegs in das Blended Counseling, wie gesagt, über eine Projektfinanzierung. Wir sind sehr froh darüber, weil uns dies auch die Möglichkeit bietet, entsprechende Soft- und Hardware zu besorgen und eine gute Ausstattung zur Verfügung zu haben.

Wir stellen auch fest, wenn wir einmal die andere Seite der Digitalisierung betrachten, dass unsere Klientinnen sehr häufig nur über ein Handy verfügen und dass das extrem schwierig ist – das haben wir jetzt gerade in der Corona-Zeit gesehen –, weil man mit einem Handy nur relativ wenig ausrichten kann. Man kann sich zwar vielleicht ein Formular herunterladen, aber es nicht ausdrucken. Man kann es nicht ausgefüllt scannen und wieder hochladen. Allein das ist für die Klientinnen extrem schwierig.

Ich finde es sehr wichtig zu digitalisieren. Es muss aber auch geschaut werden, wie man den Klientinnen eine Möglichkeit bieten kann, um digitalisierte Angebote von Einrichtungen, Institutionen, Ämtern und Behörden, wenn es sie denn gibt, tatsächlich zu nutzen. Ich denke, das ist ein ganz wichtiger Hinweis. Man muss immer beide Seiten betrachten, wenn man über die Digitalisierung von Beratung spricht.

Frau **Dill-Arthen**: Ich möchte noch etwas aus der Perspektive des Caritasverbands der Diözese ergänzen. – Die Ausführungen von Frau Dr. Schmitt haben deutlich gemacht, dass wir uns dem Thema Digitalisierung zukünftig ganz sicher widmen müssen. Das ist eine Herkulesaufgabe in ganz vielen Bereichen und sehr komplex. Über die Anbindung an die verbandlichen Strukturen können wir den Wegen folgen, die der Deutsche Caritasverband da mit seiner Onlineplattform vorlegt, die jetzt auch Open Source und für andere möglich ist.

Im Fachbereich der Schwangerenberatung wird Blended Counseling das Thema sein, mit dem wir uns befassen. Es gilt, eine umfassende, systematische und konzeptionelle Fundierung zu

hinterlegen, um eine passgenaue Kombination verschiedener digitaler und analoger Kommunikationskanäle in der Beratung anzuwenden. Das heißt, in Einzelfällen muss das, was Frau Dr. Schmitt beschrieben hat, auf die einzelne Klientin hin gedacht und müssen die entsprechenden Möglichkeiten geschaffen werden. Insofern braucht es eine Rahmung in allen Beratungsstellen, angefangen von der Verwaltungsfachkraft bis zu den Beraterinnen: Wie bekommen wir die Anforderungen gestemmt, sodass wir das passgenaue Angebot der Klientin gegenüber erbringen können? Hierzu gibt schon erste Überlegungen im hessischen Sozialministerium. Es würde uns sehr unterstützen, wenn wir das für die Schwangerenberatung in Hessen weiterbringen könnten.

Frau **Pinne**: Ich fange mit der Frage nach der Qualifizierung an. Unsere Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberaterinnen werden über unseren Bundesverband qualifiziert. Das ist eine sehr ausführliche Qualifikation, die sowohl die Konfliktberatung als auch die allgemeine Schwangerschaftsberatung abdeckt. Ich habe diese Qualifizierung lange Jahre über den Bundesverband durchgeführt. Diese ist für uns mit geringeren Kosten verbunden, weil diese Fortbildung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gefördert wird. Trotzdem geht ein finanzieller Teil und natürlich auch die Zeitressource zulasten des Budgets der Beratungsstellen.

Im Hinblick auf die Vielfalt der Themen, die ich vorhin beschrieben habe und für die man immer kurze Fortbildungen braucht, versuchen wir, unsere Ressourcen über den Landesverband und manchmal auch trägerübergreifend zu bündeln und gemeinsam Fortbildungen zu den aktuellen Themen zu organisieren. Auch das braucht Zeit, Energie und Personalressourcen auf allen Ebenen. Aber ohne das geht es nicht. Das stellen wir immer wieder fest. Wir wollen verlässliche Informationen vor Ort und verlässliche Hilfen bieten können. Finanziert wird das bei uns über die Sachkosten.

Zu den Sprachmittlerinnen: Auch das ist ein großes Thema. In der Regel – ich glaube, das ist in fast allen Kommunen so – gibt es vor Ort lokale Netzwerke, in denen man auf Sprachmittlerinnen zurückgreifen kann. Bei unseren Themen muss man vorher immer Informationen und einen Kontakt haben. Es werden verschiedene Themen angesprochen, nicht nur Schwangerschaft und Geburt, sondern auch Sexualität, häusliche Gewalt, heikle Themen, auf die die Sprachmittlerinnen vorher vorbereitet werden müssen. Sie müssen wissen, in welchem Feld sie sich bewegen, wenn sie für uns dolmetschen. Wir brauchen professionelle Dolmetscherinnen. Alle Sprachmittlerinnen haben ihre persönliche Geschichte und bringen die mit. Da dann neutral zu bleiben, ist ganz schwierig.

Ich möchte einmal das wunderbare Beispiel des Bundeslands Thüringen anbringen. In Thüringen ist es meines Wissens so, dass das Land einen Rahmenvertrag mit einem Telefondolmetschendienst hat. Die sozialen Institutionen können auf ihn zurückgreifen. Es wäre gerade in einer Stadt und in einem Landkreis wie Offenbach wunderbar, wenn wir so etwas hätten; denn es ist nicht immer so, dass die Beratungen geplant sind und wir schon vorher wissen, dass wir eine Dolmetscherin in der Sprache Dari brauchen werden.

Gerade in Offenbach gibt es eine Kultur, über die wir, wenn nicht gerade Pandemie ist, sehr froh sind, nämlich dass die Klientinnen zu uns kommen. Sie stehen bei uns in der Beratungsstelle und haben ein Anliegen. Manchmal bräuchten wir die Sprachmittlerinnen schon, um das Anliegen zu klären und zu wissen, worum es geht und was für einen Termin wir brauchen.

Wir nutzen jetzt einen Telefondolmetscherdienst, den wir selbst aus unseren knappen Mitteln finanzieren. Manchmal merken wir, dass wir nicht darum herumkommen.

Sie haben gefragt, ob wir Lücken im sozialen Netz ausbaden müssen. Ich glaube, ja, allein schon beim Thema Elterngeld und Elternzeit. Dieses Thema ist sehr komplex. Wer das schon einmal beantragt weiß, da muss man sich wirklich sehr gut auskennen und sehr fit sein, wenn dann noch irgendwelche Sondersituationen dazukommen. Oft verweisen Elterngeldstellen an uns zurück, wenn die Fälle zu kompliziert werden. Da springen wir in Lücken hinein, die eigentlich gar nicht unsere gesetzliche Aufgabe sind. Aber natürlich beraten wir die Frauen und Paare, die zu uns kommen. Da grenzen sich die Elterngeldstellen an manchen Stellen sehr ab.

Sie haben weiterhin gefragt, ob es manchmal auch gar nichts gibt. Ja, diese Situation gibt es ständig. Wir haben permanent Klientinnen und Klienten, die sagen: Wir finden keinen bezahlbaren Wohnraum. – Dabei können auch wir nicht helfen. Trotzdem haben wir diesen Druck regelmäßig, und zwar über alle Milieus hinweg. Wir müssen schauen, dass für Menschen, die sich vor der Geburt in prekären Wohnsituationen befinden, schnell etwas geschieht. Da wiederum zeigt sich, dass wir als Schwangerschaftsberatungsstellen sehr gut vernetzt sind und auch sein müssen; denn manchmal müssen ganz pragmatisch und schnell Lösungen gefunden werden.

Dann haben Sie gefragt, welche Quote bei den Ärztinnen und Ärzten gut wäre. Ich habe es vorhin schon gesagt: Man nimmt aus dem Pool der zur Verfügung stehenden Vollzeitstellen eine ganze Stelle heraus, wenn man eine staatlich anerkannte Ärztin bzw. einen staatlich anerkannten Arzt anerkennt. Das wird der Sache nicht gerecht. Ich gehe mit Frau Hänel mit, die sagt: Es ist gut, dass sich eine Frau entscheiden und sagen kann, sie möchte die Beratung bei ihrer Ärztin oder in einer Arztpraxis machen. Aber dafür dann eine volle Stelle Schwangerschaftsberatung mit all der Vernetzung und all den sonstigen Hilfen, die es gibt, aus diesem Pool herauszunehmen, das ist für uns wirklich unverständlich.

Das Geld ist knapp, und die Tarife steigen. Sie haben nach der Tarifsteigerung gefragt. Wir haben das schon mehrfach adressiert. Wir haben Mitarbeiterinnen, die lange bei uns bleiben, und freuen uns auch darüber. Aber das hat natürlich auch Kostensteigerungen im Personalbereich zur Folge. Wir brauchen dringend ein Ausführungsgesetz, das die Tarifsteigerungen und auch neue Tarifverhandlungen in dem Jahr, in dem die Tarifsteigerung stattfindet, berücksichtigt, nicht erst viele Jahre später. Sie müssen sich das so vorstellen: Wir zahlen die Tarifsteigerungen sofort. Sie werden aber erst später berücksichtigt. Da geht die Schere auseinander. Mit jeder Tarifsteigerung wird die Kluft immer größer.

Zur Digitalisierung kann ich sagen, dass wir sehr schnell umgestellt haben, weil wir, wie gesagt, den Versorgungsauftrag sehr ernst nehmen und im März 2020 in der Pandemie gemerkt haben, dass wir sofort andere Möglichkeiten der kontaktlosen Beratung schaffen müssen. Ich glaube, wir

waren im April mit den ersten Videoberatungen online und haben unsere ersten Erfahrungen damit gemacht. Das wird von den Ratsuchenden sehr gut angenommen. Aber – die Kollegin hat es vorhin schon beschrieben – das bringt ganz viele Themen mit sich. Auch da braucht es eine Qualifizierung. Eine digitale Beratung ist keine Beratung, die nur über ein Videotool geführt wird, sondern man braucht dafür andere Kompetenzen.

Wir haben uns zum Teil Laptops geliehen, quasi aus der Familie, um schnell technisch ausgestattet zu sein. Inzwischen sind wir ausgestattet. Gerade jetzt bei den hohen Inzidenzen kehren wir immer mehr zur kontaktlosen Beratung zurück.

Wir haben auch festgestellt, dass zwar wir uns ausgerüstet haben. Aber die Klientinnen und Klienten sind nicht immer in der Lage, digital so ausgestattet zu sein, dass sie gut eine digitale Beratung in Anspruch nehmen können. Die meisten auch bei uns haben nur ein Handy. Zudem haben wir festgestellt – während des Lockdowns war das ein großes Problem –, dass es zwar vielleicht ein Handy, eine Internetverbindung und WLAN gibt. Aber die Frauen sind dann zu Hause und suchen nach einem ruhigen Ort, wo sie eine digitale Beratung machen können. Wir haben auch Frauen beraten, die sich zu Hause im Bad eingeschlossen haben, um ein ruhiges Gespräch zu führen, oder die im Park spazieren gegangen sind, weil sie ansonsten keinen Raum und keine Rahmen hatten.

Das nur als Beispiel dafür, dass digitale Beratung auch bedeutet, ganz viele angrenzende Themen mitzubearbeiten. Bei einer Paarberatung muss überlegt werden: Wie kann ein Paar, das vielleicht in einem konflikthaften Kontakt ist, gemeinsam vor einem Bildschirm sitzen, wenn es als Paar beraten wird? Eigentlich müssten sie getrennte Geräte haben. Welche Familie kann das leisten? Das nur als Hinweis, dass die digitale Beratung viele Herausforderungen mit sich bringt.

Trotzdem glauben wir, dass es total wichtig ist, beides weiterzumachen und dies im Rahmen von Blended Counseling konzeptionell weiterzuentwickeln. Wir wollen auf allen Ebenen erreichbar sein und fachlich gut im Kontakt mit den Klientinnen und Klienten stehen. In Zukunft werden diejenigen, die mehrere Beratungen in Anspruch nehmen, sicherlich die verschiedenen Medien wechseln, sodass man über eine sichere Plattform sowohl in Schriftform als auch über Video und im persönlichen Kontakt beraten kann.

Gerade was die Schwangerschaftskonfliktberatungen angeht, müssen wir schnell und niedrigschwellig auch über Video eine Beratung anbieten können. Das ist für uns ein hoher Wert und eine Errungenschaft, die wir unbedingt sichern wollen.

Sie haben nach den nationalen Leitlinien und nach der Entwicklung sicherer Schwangerschaftsabbrüche gefragt. Dazu kann ich sagen, dass unser Bundesverband in die Entwicklung der nationalen Leitlinien eingebunden ist. Dort sind medizinische Referentinnen und Referenten eingebunden. Das ist aus unserer Sicht der richtige Ort, um sie von dort aus einzubinden.

Sie haben auf die geringen Abbruchzahlen in den Niederlanden geschaut. Das ist ein Bebildern, dass ein scharfes und restriktives Schwangerschaftsabbruchgesetz keine Zahlen reduziert. Das wissen wir schon seit Langem. In den Niederlanden ist das Schöne, dass es nicht nur ein liberales

Schwangerschaftsabbruchgesetz gibt, sondern auch, wie Sie es erwähnt haben, einen niedrigschwelligen Zugang zur Verhütung. Ich finde, da gehört eines zum anderen. Es ist total wichtig, dass das miteinander einhergeht.

Sie wissen sicherlich, dass es eine Initiative durch ganz viele gesellschaftliche Gruppen gibt, die Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch aus dem Strafgesetzbuch herauszunehmen, weil sie dort eigentlich nichts verloren haben, sondern dass es eine gesetzliche Regelung woanders geben und dass die Versorgung, Beratung und Information von Frauen gesetzlich garantiert werden muss. Sie dürfen nicht mit einer Strafe bedroht werden.

Zum Thema Verhütung: Wir haben in Offenbach schon lange tradiert und aus gutem Grund einen sehr gut ausgestatteten Verhütungsmittelfonds, den wir in der Beratungsstelle vergeben. Wir finden es sehr wichtig, dass Verhütung keine Frage des Einkommens sein darf. Die Stadt Offenbach, die bekanntermaßen keine reiche Kommune ist, leistet sich das. Sie hat gute Gründe, das so zu machen. Die Vergabe erfolgt bei uns vor Ort in der Beratungsstelle.

Bezüglich der Frage nach dem Anteil von Migrantinnen würde ich sagen: Das ist immer ein Spiegel der Gesellschaft. So wie der Anteil in den jeweiligen Kommunen ist, so ist auch der Anteil der Migrantinnen in den Beratungen, sowohl in den Beratungen mit Beratungsschein als auch in den Beratungen nach § 2. Das Thema „ungeplante Schwangerschaft“ ist ein Spiegel der Gesellschaft. Ich habe schon vorhin gesagt, dass wir Beratungen in allen Milieus machen. Ich glaube, bei der Migration und beim Schwangerschaftsabbruch gibt es keine Korrelation, sondern das ist ein Frauenthema.

Frau **Klaff-Isselmann**: Sie haben mich gefragt, wie weit ich mir die Herabsetzung der Obergrenze für die Anrechnung von ärztlichen Beratungsstellen vorstellen kann. Ich kann mir sehr gut vorstellen, dies auf null zu reduzieren. Ich kenne zwar auch Fälle, in denen sich Frauen aufgrund des bestehenden Vertrauensverhältnisses und überhaupt der Praktikabilität wegen beim Arzt beraten lassen würden. Aber ich denke, dass jeder dort arbeiten sollte, wo er seine höchsten Kompetenzen hat. Die Ärzte haben das in den medizinischen Fragen. Unsere Kompetenzen liegen im sozialen, sozialpädagogischen und sozialpsychologischen Bereich. Dies sehe ich für diese Art von Beratung im Mittelpunkt. Ich möchte das den Beraterinnen in jedem Fall als Stellenanteil zukommen lassen.

Die zweite Frage war von Ihnen, Frau Gnadl, nämlich wie ich Verwaltungsstellen finanzieren würde. Mir ist schon klar, dass Verwaltung keine Beratung ist. Nichtsdestotrotz hieße es, die Augen zu verschließen, wenn man dächte, Beratung könnte ohne Verwaltung stattfinden. Das ist nicht der Fall. Arbeiten, die die Beratung für sinnvoll und nützlich erachtet – wie Verhütungsmittel, Mittel der Bundesstiftung oder auch anfallende Büroarbeiten –, machen sinnvollerweise nicht auch noch die Beraterinnen. Das ginge von ihrer Zeit für die direkte Klientinnenberatung ab. Deswegen brauchen wir die Verwaltung als Voraussetzung für eine gute Beratung. Ich sehe deswegen überhaupt keine Schwierigkeit, die Definition insofern zu erweitern und die Verwaltungsmitarbeiter zumindest zu einem großen Prozentsatz in den Personalkostenanteil hinzuzurechnen.

An alle wurde die Frage hinsichtlich der nationalen Leitlinien gestellt. Auch bei uns ist der Bundesverband darin eingebunden. Ich bin auch Mitglied des Bundesvorstands. Insofern können wir die Fragen abdecken, die uns betreffen.

Das Thema Digitalisierung hat natürlich auch uns betroffen. Wir haben davon profitiert, dass wir schon in den letzten Jahren hinsichtlich der Digitalisierung bzw. der Computerausstattung oder überhaupt der digitalen Ausstattung in unseren Geschäftsstellen gut vorbereitet waren. Daher hatten wir zur Realisierung rechtsicherer digitaler Beratungen keinen sehr großen Schritt mehr zu gehen. Den konnten wir zeitnah gehen, als dies erforderlich wurde. Insbesondere Schulungen, die dann auch nötig waren, konnten wir über ein Projekt abwickeln. Insofern glauben wir, dass wir dieses Thema auch mit einem vertretbaren finanziellen Aufwand bewältigen konnten.

Frau **Hänel**: Ich habe vorhin noch einen Punkt vergessen, den ich jetzt kurz vorschlebe. Wir haben es inzwischen – darüber können die anderen vielleicht gar nicht so viel berichten, weil sie es nicht mitbekommen – auch mit Fake-Beratungsstellen zu tun, bei denen die Frauen irregeleitet werden. Ich nenne jetzt namentlich Pro Femina. Die Frauen verwechseln das. Sie gehen in diese Beratungsstellen, die jetzt bundesweit agieren. Gerade durch die Telefonberatung haben die es leichter. Die Betroffenen verlieren in der Regel eine Woche bis zehn Tage, bis sie überhaupt bemerken, dass sie dort keinen Schein bekommen. Daher ist es wichtig, dass es eine Liste gibt, aus der hervorgeht, wer zugelassen ist. Dann muss aber auch klar sein, wer den Schein ausstellt, der benötigt wird, damit das möglichst nicht mehr passiert. Das muss geregelt werden.

Die hauptsächlichen Fragen an mich betrafen den Versorgungsmangel. Zunächst zu den Schwierigkeiten, einen Termin zu bekommen: Daran mag der Facharztmangel schuld sein. Es mag auch sein, dass manche nicht willens sind, den Frauen in diesem Fall einen Termin zu geben. Es gibt Praxen, in denen ich wegen einer ungewollten Schwangerschaft anrufe und dann innerhalb von zwei Tagen einen Termin habe. Das ist häufig so. Aber ganz viele machen das eben nicht.

Ich verweise auf das argentinische Gesetz oder die neuseeländische Leitlinie, die besagen: Wenn jemand aus Gewissensgründen mit diesem Thema nichts zu tun haben oder keine Abbrüche machen will, dann muss er innerhalb von 24 Stunden verweisen, wo der Abbruch gemacht werden kann oder wo Hilfe erfolgt. – Man kann nicht sagen: Kommen Sie noch einmal. Wir reden noch einmal über den Herzschlag. – Das geht einfach nicht. Das muss vor Ort geregelt werden. Die Versorgung ist Auftrag der Länder.

Zu der Frage nach den Krankenhäusern und dem Gewissen: Wenn der Chefarzt sagt, er sei religiös und mache deswegen keine Abbrüche, gibt es selten Assistenzärztinnen bzw. -ärzte, die dann öffentlich sagen, dass sie das machen würden. Dafür gibt es auch keine Struktur. Ich denke, diese Struktur müsste vorgegeben werden. Das wäre meiner Meinung nach eine Aufgabe des Landes Hessen. Die öffentlichen Krankenhäuser müssen Abbrüche machen.

Zu der Frage, wie viele Abbrüche das überhaupt sind: Mehr als 90 % aller Abbrüche werden ambulant gemacht. Das ist auch völlig richtig. Manche Frauen hätten das gerne. Man kann einen

Schwangerschaftsabbruch natürlich auch ambulant in einer Klinik machen, wenn man vor Ort keine niedergelassene Praxis hat, die das kann. Ich traue mir jetzt nach 40 Jahren wirklich viel zu. Aber es gibt auch Fälle, bei denen ich Bauchschmerzen habe, lieber eine Klinik hätte und sage: Ich schicke die Betroffene zu Ihnen. Dieses und jenes liegt vor. – Aber damit habe ich große Probleme. Ich will jetzt keine Beispiele von einzelnen Kliniken nennen.

Dazu gehört auch, dass es Kliniken gibt, die offiziell keine Abbrüche nach der Beratungsregelung machen. Es gibt immer wieder Fälle, bei denen man sagt: Da ist das Herz schon abgestorben. Es gibt keinen Herzschlag mehr. Wir machen jetzt eine „missed abortion“. Das heißt, der Eingriff wird gemacht. Er wird aber nicht als Abbruch deklariert und kommt auch nicht allen zugute, sondern nur denjenigen, bei denen eine Bekanntschaft beispielsweise zum Oberarzt besteht. Das sind Fälle, zu denen ich jetzt keine Kliniken nenne. Aber das ist nicht nur in einer Klinik so.

Die anderen Fälle, in denen Ärzte 1.000 € nehmen und sagen: „Eine Quittung bekommen Sie nicht“, habe ich kurz beschrieben. Ich habe mich natürlich gefragt, ob ich so etwas hier benennen soll. Aber so etwas muss benannt werden; denn die mangelnde Versorgungslage schafft diese Strukturen. Die schwarzen Schafe greifen dann ab.

Das Projekt ELSA wurde vorhin genannt. Es gibt die sogenannte Spahn-Studie, aus der ELSA, eine große Studie, hervorgegangen ist. Es gibt noch zwei kleinere Studien, eine davon am UKE Hamburg. Eine Studie ist in Kassel angesiedelt, bei der geschaut werden soll, wie es in den Krankenhäusern mit der Versorgung aussieht. Sie ist nicht bei ELSA angesiedelt und kommt. Wenn ich ein Krankenhaus anfrage, ob dort Abbrüche gemacht werden, dann sagt es Ja, macht sie aber dann doch nicht. Wie die Realität in dieser Studie erfasst wird – an der Kasseler Studie bin ich nicht beteiligt –, dazu kann ich nichts sagen. Bei den anderen bin ich beteiligt.

Ich bin über die DEGAM für die Leitlinien-Kommission delegiert. Es hat große Auseinandersetzungen darüber gegeben, wer da alles drin ist. Wir sitzen jetzt drin und arbeiten hart. Ich bin froh, dass die Kollegen von pro familia und Donum vitae dabei sind. Ich kann inhaltlich nicht so viel sagen. Aber es wird um alle diese Fragen gehen. Es geht natürlich um die Versorgungsstrukturen, um die informierte Entscheidung und alle diese Fragen.

Die WHO-Leitlinie zum sicheren Schwangerschaftsabbruch wurde benannt. Die können wir in Deutschland nicht erfüllen. Wir haben die Möglichkeit der informierten Entscheidungsfindung nicht, weil wir den § 219a haben, der die sachliche und zeitnahe Information für die Betroffenen verhindert. Wir haben noch immer diese Fake-Information, obwohl sich das in den letzten vier Jahren sehr verändert hat. Wir haben einfach die Situation, dass wir das nicht erfüllen können. Das wird natürlich in der Leitlinie stehen. Es gehört ja zum medizinischen Auftrag zu informieren. Aber das Gesetz steht davor. Dieses Problem werden wir hier in Hessen nicht lösen können. Ich hoffe da nach wie vor auf das Bundesverfassungsgericht oder auf eine politische Entscheidung im Bundestag, um endlich die medizinisch notwendige Informationsvermittlung, eine informierte Entscheidungsfindung, wie wir es überall in der Medizin haben, erreichen zu können, damit wir da ein Stück weiterkommen.

In der WHO-Leitlinie wird das Medikament Misoprostol genannt, eine „essential drug“ seit über 20 Jahren, das wir für den medikamentösen, aber auch für den instrumentellen Abbruch brauchen. Ich erlaube mir, kurz etwas Inhaltliches zum Thema Abbrüche zu sagen, und hoffe, dass mich jetzt niemand anzeigt. Wir brauchen dieses Medikament zur Vorbereitung beim instrumentellen Abbruch. Es verringert das Verletzungsrisiko und die Blutungshäufigkeit. Wir bekommen es aber im Moment nicht. Ich bin die letzten zwei Wochen damit beschäftigt gewesen, mir dieses Medikament aus der Schweiz zu besorgen, was sich unglaublich schwierig gestaltet. Das geht auf den Importstopp für Misoprostol zurück. Wir brauchen dieses Medikament für jede Form des Schwangerschaftsabbruchs und können momentan nicht darauf zugreifen. Das ist nicht vernünftig.

Der Zusammenhang zwischen der Aufklärung, dem einfachen Zugang zu Verhütungsmitteln – Gleichberechtigung der Geschlechter – und dem guten Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen ist hauptsächlich evidenzbasiert in der Lancet-Studie aufgezeigt, in der die WHO, verschiedene andere Institutionen wie das Guttmacher-Institut und alle Länder der Welt danach geschaut haben: Wie ist die Versorgung? Welche Faktoren spielen eine Rolle, damit Frauen gesund und lebend aus dem Abbruch herauskommen? Wie ist das in den verschiedenen Ländern? – Da ist Deutschland aus verschiedenen Gründen nicht im Goldstandard, unter anderem weil wir zum Teil noch immer die Methode der Ausschabung anwenden, die schon lange obsolet ist. Aufgrund der Gesetzeslage und aufgrund dessen, was wir alles hier besprochen haben, kommen die Frauen spät zum Abbruch. Je früher eine Frau, die sich sicher ist, zum Schwangerschaftsabbruch kommt, desto geringer ist das medizinische Risiko. Da haben wir in Deutschland große Probleme.

Zu den beruflichen Voraussetzungen für Schwangerschaftsabbrüche: Holland hat ein ganz ausdifferenziertes Fortbildungssystem. Dort muss man nicht Facharzt für Gynäkologie sein. Aber man muss einen bestimmten Ausbildungsgang erreicht haben. In den hessischen Ausführungsgesetzen stand damals genau so etwas drin: Ich brauche eine gynäkologische Erfahrung. Ich muss zwei Jahre Ärztin sein. Dann kann ich Provider für Schwangerschaftsabbrüche sein. – Das halte ich für eine ganz sinnvolle Lösung. Dadurch, dass die Hürden niedrig gehalten und nicht unnötig erhöht werden, wird gewährleistet, dass sich die Versorgungslage verbessert.

Es werden schon Fortbildungen für Allgemeinärzte durchgeführt. Da sind im Moment Berliner Ärztinnen ganz aktiv. Ich lege eine große Hoffnung hinein, dass wir auch in Hessen Ärztinnen und Ärzte finden. Ich spreche momentan schon einzelne an, die sich in die Versorgung einklinken würden. Wie man das fördern könnte, weiß ich nicht ganz genau.

Wichtig für die Verbesserung ist die rechtliche Situation, die Finanzierung der Abbrüche. Die Krankenhäuser müssen angesprochen werden. Den runden Tisch finde ich einen guten Vorschlag. Dort können diese Punkte besprochen werden. Die Versorgungssituation muss meines Erachtens in das hessische Ausführungsgesetz geschrieben werden. Wie das nachher ausgestaltet wird, kann ich nicht sagen, weil ich keine Politikerin bin. Ich sitze hier als Ärztin und bin keine Juristin. Vielleicht kann man mich im Einzelfall fragen, welche Ideen ich habe. Aber dazu kann ich Ihnen jetzt keinen vorbereiteten Vorschlag liefern. Ich kann Ihnen nur sagen, wo die Probleme sind und wo es langgehen soll.

Frau **Gerlach**: Ich spreche für über eine Million Frauen aus 46 Verbänden. Ich konnte im Vorfeld nur mit wenigen Verbänden sprechen. Das sind aber diejenigen, die das betrifft. Da gab es folgendes Credo: Die Gesundheit der Frauen ist das oberste Ziel, vor allem in ländlichen und urbanen Regionen des Bundeslandes.

Frau Gnadl und Frau Brünnel, ich möchte Ihre Frage beantworten. Es geht auch darum zu fragen: Wie kann ich eigentlich die Gesundheit von Frauen durch eine Beratungsleistung für alle gleich gut abdecken? Dafür haben wir die Digitalisierung respektive das Blended Counseling als eine Methode genannt, die wir gerne verstärkt ausgebaut wissen wollen. Das heißt aber auch, dass es nicht so sein kann, dass man die Beratenden einweist oder ihnen sagt: Es gibt die Möglichkeit von Blended Counseling. Macht mal. – Wenn man den Gedanken der Gesundheit der Frauen konsequent zu Ende denkt, dann bedeutet das auch, dass man die Beratenden entsprechend ausstatten muss, und zwar zum einen mit finanziellen Mitteln für Weiterbildung für diese besondere Situation. Zum anderen müssen Digitalisierungsprozesse konsequent zu Ende gedacht werden.

Wenn wir hören, dass nach einer digitalen Schwangerschaftskonfliktberatung noch ein Ausdruck notwendig ist, dann glaube ich, dass da noch Hausaufgaben gemacht werden müssen. Damit wird Frauen im Prinzip eine schnelle und niedrigschwellige Hilfe gewährleistet, sowohl im ländlichen als auch im urbanen Raum. Aber man hat am Ende eventuell nichts gewonnen, weil man dann doch wieder auf analoge Medien umschwenken muss. Pandemiebedingt, wegen des Lock-downs, steht eventuell auch keine Möglichkeit zum Ausdrucken zur Verfügung.

Insofern sagen die Mitgliedsverbände: Die Onlineberatung muss ausgebaut werden, aber bitte auch im Hinblick auf die Digitalisierungsprozesse, die konsequent bis zum Ende finanziert und durchdacht werden müssen.

Frau **Junker**: Ich möchte noch auf zwei Sachen eingehen, und zwar zunächst auf die Frage nach den Lücken im sozialen Netz. Ja, die sind bei uns zu sehen. Sie sind bei uns ganz klar zu finden. Es wurde gefragt, wie wir das auffangen. Wir fangen das Ganze durch Netzwerkarbeit und sehr gute Kommunikation auch mit Ämtern und Behörden auf. Aber auch das braucht wieder Ressourcen, Zeit und Energie der Beraterinnen, weil das die Personen sind, die die Situation und die Lage der Frau bewerten und beurteilen und dementsprechend auch im Sinne der Frau handeln können.

Die Elterngeldstellen wurden benannt. Schwierige Fälle werden aus den Elterngeldstellen bei uns im Bistum Fulda in meine fünf Beratungsstellen verwiesen. Ratsuchende kommen zum Teil zu uns, weil die Beratung bei der Elterngeldstelle so umfangreich und tiefgehend gewesen wäre, dass sie dafür hätten bezahlen müssen, weil das über das kostenfreie Angebot hinausgeht. – Genau so haben auch wir geschaut, Frau Böhm. So schauen wir in letzter Zeit öfter. Ratsuchende kommen zu uns und sagen: Das hätte 65 € gekostet. Das können wir uns nicht leisten. Könnten Sie uns helfen?

Ich schließe mich jetzt Frau Hänel an: Es gibt Dinge, die manchmal benannt werden müssen. Das ist eine Tatsache. Das ist Lebensalltag unserer Ratsuchende, dass sie dann dastehen und sagen: Ich weiß nicht vor und nicht zurück. Ich verstehe das Ganze nicht, auch nicht, wenn ich versuche, mich online zu informieren. – Da rede ich jetzt nicht unbedingt nur von Frauen mit Migrationshintergrund oder schlechten Deutschkenntnissen, sondern von Frauen und auch Paaren, die mit der Situation einfach überfordert sind und die dann letztlich bei uns ankommen.

Onlineberatung und Digitalisierung wurden jetzt schon mehrfach von meinen Vorrednerinnen benannt. Ich glaube, dazu ist schon so viel gesagt worden, wie man dazu sagen kann.

Das Einzige, was mir noch fehlt, ist der Datenschutz. Datenschutz kostet verdammt viel Geld. Selbst wenn eine Ratsuchende in der Lage ist, mit ihrem Handy ein ausgefülltes Dokument, das sie vorher bei einer Freundin ausgedruckt und dann ausgefüllt hat, zu fotografieren und hochzuladen – wohin, auf eine sichere Cloud oder doch per WhatsApp oder per SMS? Sie sehen die Problematik. Datenschutz kostet sehr viel Geld. Einen sicheren Zugang zu gewährleisten, was die Digitalisierung angeht, ist auch etwas, was immer in dem Kostenplan berücksichtigt werden muss, neben der Fortbildung für unsere Beraterinnen, neben den Hardware- und Softwareanforderungen und den verschiedenen Zugängen für die Ratsuchenden.

Vorsitzender: Ich kann feststellen: Es gibt keine weiteren Wortmeldungen mehr. Damit sind wir auch mit der zweiten Gruppe fertig.

Ich frage der guten Ordnung halber, ob es noch Anzuhörende gibt, die da sind und noch nicht gehört worden sind. – Das ist offensichtlich nicht der Fall.

Ich bedanke mich ganz herzlich für Ihre Ausführungen und schließe damit die 63. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses.

Beschluss:

SIA 20/64 – 19.11.2021

Der Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss hat zu dem Gesetzentwurf eine öffentliche mündliche Anhörung durchgeführt.

Wiesbaden, 24. November 2021

Protokollführung:

Vorsitz:

Maximilian Sadkowiak

Moritz Promny