

Protokoll / Wortprotokoll

der öffentlichen Sitzung

des Ausschusses für Wissenschaft und Gleichstellung

Sitzungsdatum: 21. Juni 2018
Sitzungsort: Hamburg, im Rathaus, Raum 151
Sitzungsdauer: 17:03 Uhr bis 22:06 Uhr
Vorsitz: Abg. Daniel Oetzel (FDP)
Schriftführung: Abg. Dr. Sven Tode (SPD)
Sachbearbeitung: Christopher Höhn

Tagesordnung:

1. Drs. 21/9670 Operationen an Kindern mit Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale
– Große Anfrage Fraktion DIE LINKE –

hier: Anhörung von Auskunftspersonen gem. § 58 Abs. 2 GO
2. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 19.12.2017 –
Bedeutung und Konsequenzen für die Wissenschaftspolitik
(Selbstbefassung gem. § 53 Absatz 2 der Geschäftsordnung der
Hamburgischen Bürgerschaft)

hier: Senatsbefragung
3. Drs. 21/13045 Änderung des Gesetzes über die Errichtung der Stiftung „Bernhard-
Nocht-Institut für Tropenmedizin“ (BNI-Gesetz)
– Senatsantrag –
4. Verschiedenes

Anwesende:

I. Ausschussmitglieder

Abg. Uwe Giffei (SPD)
Abg. René Gögge (GRÜNE)
Abg. Astrid Hennies (SPD)
Abg. Dora Hayenn (SPD)
Abg. Annkathrin Kammeyer (SPD)
Abg. Prof. Dr. Jörn Kruse (AfD)
Abg. Daniel Oetzel (FDP)
Abg. Carsten Ovens (CDU)
Abg. Dr. Sven Tode (SPD)

II. Ständige Vertreterinnen und Vertreter

Abg. Gaby Dobusch (SPD)
Abg. Farid Müller (GRÜNE)
Abg. Cansu Özdemir (DIE LINKE)
Abg. Dr. Isabella Vértes-Schütter (SPD)

III. Weitere Abgeordnete

Abg. Deniz Çelic (DIE LINKE)

IV. Senatsvertreterinnen und Senatsvertreter

Behörde für Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung

Frau Staatsrätin	Dr. Eva Gumbel
Frau Leitende Regierungsdirektorin	Dr. Anja Diek
Frau Oberregierungsrätin	Katharina Buhk
Frau Wiss. Angestellte	Dorothee Bramlage
Frau Angestellte	Olga Volkmann
Herr Regierungsdirektor	Dr. Marco Keser

V. Auskunftspersonen

1. Frau Michaela Katzer
Hochschule Merseburg, Fachbereich Sozial Arbeit. Medien. Kultur
2. Frau Prof. Dr. Konstanze Plett
Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft

3. Frau Ursula Rosen
IMeV (Intersexuelle Menschen e.V.)
4. Frau Dr. Katinka Schweizer
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin,
Institut für Sexualforschung & Forensische Psychiatrie

VI. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Bürgerschaftskanzlei

Christopher Höhn

VII. Sonstige

- / -

VIII. Vertreterinnen und Vertreter der Öffentlichkeit

19

Zu TOP 1

Vorsitzender: Meine Damen und Herren, ich möchte bitten, Platz zu nehmen, damit ich die Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft und Gleichstellung eröffnen kann.

Herzlich willkommen zu unserer heutigen Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft und Gleichstellung. Die Wissenschaftssenatorin lässt sich heute Abend entschuldigen, sie ist in Berlin bei der dritten Cluster-Begutachtung und deshalb begrüße ich für die Behörde für Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung die Staatsrätin, Frau Dr. Gumbel. Außerdem haben wir aus der Behörde heute Abend noch Frau Diek, ...

(Zuruf: Frau Diek ist da, die (...) dann nach hinten gestellt(...) – Zuruf: Die kommt gleich (!)

... Frau Buhk, Frau Bramlage, Frau Volkmann und Herrn Dr. Keser. Herzlich willkommen.

Tagesordnungspunkt 1 ist die Große Anfrage der Fraktion DIE LINKE: Operation an Kindern mit Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale.

Mir ist schon mitgeteilt worden, dass hier ein Wortprotokoll gewünscht ist. Der Hinweis an die Medien, dass wir jetzt in die inhaltlichen Beratungen einsteigen und deshalb ich Sie bitten möchte, jetzt Bild- und Tonaufnahmen zu beenden. – Danke schön.

Dann schaue ich noch einmal in die Runde, wie das aussieht mit einem Wortprotokoll. Damit sind sicherlich alle einverstanden hier? Es ist so, dann machen wir das.

Wir haben heute Auskunftspersonen geladen, die ich natürlich auch noch einmal ganz herzlich begrüße zu diesem Tagesordnungspunkt. Das ist Frau Katzer von der Hochschule in Merseburg, außerdem Frau Professor Dr. Plett von der Universität Bremen, Frau Ursula

Rosen vom Verein Intersexuelle Menschen und Frau Dr. Schweizer vom UKE. Herzlich willkommen, guten Abend.

Ich würde sagen, wir steigen gleich erst einmal in eine kurze Einführungsrunde ein. Ich würde gern nach alphabetischer Reihenfolge den geladenen Auskunftspersonen das Wort erteilen. Dann hätten Sie erst einmal die Gelegenheit zur vorliegenden Drucksache oder auch generell zum vorliegenden Thema, über welches wir heute Abend sprechen, eine generelle Einschätzung aus Ihrer Sicht zu liefern. Danach steigen wir dann in die Fragerunde ein mit den Abgeordneten. Damit sind wahrscheinlich alle einverstanden, denke ich. Dann machen wir das so und ich würde gern direkt dann mit Frau Katzer beginnen. Bitte schön. Und bitte auch noch einfach das Mikro anmachen, denn das ist für die Protokollaufzeichnung wichtig. Danke.

Frau Katzer: Ja. Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Ausschussmitglieder, sehr geehrtes Publikum! Ich bedanke mich herzlich für die Einladung und das vorab dadurch in mich gesetzte Zutrauen oder Vertrauen. Ich bin Fachärztin für Ovologie und habe unter anderem fünf Jahr am Universitätsklinikum in der Martin-Luther-Universität in Halle gearbeitet, zwei Jahre in einem anderen Krankenhaus in Halle und bin seit 2014 in einem BMBF-Projekt an der Hochschule Merseburg beschäftigt, der dortige Forschungsprofessor ist Heinz-Jürgen Voß.

In meiner beruflichen Tätigkeit, aber auch aus anderen Zusammenhängen fiel mir auf, dass relativ oft es sich zeigt, dass Patienten mit verschiedenen Variationen der Geschlechtsentwicklung im Kindes- oder auch noch Jugendalter Behandlungen, insbesondere Operationen, hinter sich hatten, die eher dazu dienten, den Anschein einer Auffälligkeit zu beheben und dabei aber außer Acht ließen, dass in vielen Fällen langfristige körperliche Beeinträchtigungen fürs Erwachsenenalter und auch zusätzliches Leid verursacht wurden.

In Anbetracht des Umdenkensprozesses, der auch angestoßen von der Selbsthilfe durch die Fachgesellschaften zum Teil schon umgesetzt wird, beispielsweise in Form von der Stellungnahme des Bundesärztekongresses oder der Leitlinie zu den Variationen der Geschlechtsentwicklung, ist zwar schon einiges erreicht worden, aber die Gesamtsituation und auch Beobachtungen und Schilderungen von Betroffenen und Eltern von Betroffenen lassen es für mich als notwendig erscheinen, dieses Thema auch aus legislativer Sicht nach Möglichkeit, also, zu behandeln.

Ich bitte um Entschuldigung, falls ich irgendwelche Begriffe oder Umgangsformen nicht in einer Art einhalte, die hier geboten sind. Ich bin etwas aufgeregt und solch eine Befragung einfach nicht gewohnt. – Vielen Dank erst einmal.

Vorsitzender: Herzlichen Dank, Frau Katzer. Es war alles gut, keine Sorge. Wir haben hier ein recht offenes Format und jeder kann seinen Vortrag auf die Art und Weise gestalten, wie er oder sie es gern möchte. Herzlichen Dank schon einmal für Ihre einleitenden Worte. Dann würde ich gern direkt Frau Professorin Plett als Nächstes aufrufen. Bitte schön.

Frau Dr. Plett: Ja, vielen Dank, Herr Vorsitzender, ich bedanke mich ebenfalls für die Einladung. Verehrte Abgeordnete und sonstige Anwesende! Ich bin so gesehen in einem kleinen Vorteil, vor ziemlich genau neun Jahren habe ich auch schon einmal an dieser Stelle hier in diesem Saal gesessen. Da war es allerdings der Ausschuss für Gesundheit und Verbraucherschutz, der sich mit der Thematik im weitesten Sinne befasst hat.

Ja, ich bin inzwischen im Ruhestand, aber immer noch sozusagen Professorin der Universität Bremen. Das bleibt, und die Thematik hat mich mit Erreichen eines bestimmten Geburtstages auch nicht verlassen. Also ich bin weiterhin damit beschäftigt und von daher

über jede politische Diskussion, insbesondere auch auf Länderebene und hier in Hamburg ganz besonders, da es meine Geburtsstadt ist, froh.

Sie haben ja keine Fragen vorgegeben, deshalb möchte ich jetzt an dieser Stelle nur ein paar Dinge nennen, die mir bei der Lektüre der Drucksache, die ja nun auch schon vom letzten Sommer stammt, und in der Zwischenzeit ist ja auch einiges noch passiert, es hat auch weitere Veröffentlichungen gegeben. Was ich generell finde bei dieser Thematik sehr schön, dass sich dieser Ausschuss damit befasst, aber wie in der Anfrage des Senats ja eingangs auch genannt ist, andere Behörden hatten von dieser Studie keine Kenntnis, eigentlich ist diese Thematik etwas, die nur ressortübergreifend behandelt werden kann. Natürlich müssen die einzelnen Ressorts sich mit den spezifischen Fragen befassen, aber Intergeschlechtlichkeit ist etwas, das berührt alle Lebensbereiche und alle Menschen, die in ihrem jeweiligen Umfeld damit auch befasst sein können, seien es Menschen, die an der Schule unterrichten, die im Kindergarten Betreuung leisten, die in der Ausbildung tätig sind, am sonstigen Arbeitsplatz. Also es ist wirklich eine gesamtgesellschaftliche Thematik. Aber wie gesagt, heute sind wir hier im Ausschuss Wissenschaft und Gleichstellung und da ist das Thema natürlich auch gut aufgehoben.

Ich kann mir jetzt Ausführungen zu den aktuellen Beratungs- und Informationsmöglichkeiten sparen. Da hat ja in der letzten Legislaturperiode auch Frau Schweizer eine Studie im Auftrag des Bundesfamilienministeriums beziehungsweise der interministeriellen Arbeitsgruppe, die es zu der Thematik in der letzten Legislaturperiode auf Bundesebene gegeben hat.

Zu der Studie von Ulrike Klöppel kann ich jetzt als Juristin vor allem sagen, ich finde sie plausibel und als Juristin kommt es für mich auf Zahlen letztlich nicht an, wie viele Menschen davon betroffen sind, weil unter menschenrechtlicher Perspektive natürlich gilt, und wenn nur einem Menschen unrecht getan wird, dann ist das einer zu viel. Für mich ist die Studie von Frau Klöppel insofern plausibel, weil sie zeigt, dass immer noch medizinische, insbesondere auch chirurgische Eingriffe an nicht einwilligungsfähigen Menschen vorgenommen werden, ohne dass sie eben selbst dazu eingewilligt haben.

Es gibt bereits – ich habe sie hier einmal mitgebracht, vielleicht in der Pause oder so kann ich es auch einmal zeigen – seit längerem juristische Dissertationen, die sich der Thematik gewidmet haben und zu dem Ergebnis gekommen sind, dass Eltern in nicht zur Lebensrettung notwendige Operationen an ihren Kindern nicht wirksam einwilligen können. Sicher kann man also ... vielleicht kennen Sie ja auch den Spruch, zwei Juristen, drei Meinungen, also es lässt sich sicher auch darüber streiten, aber im Moment gibt es mehr juristische Äußerungen, die das für, also, unwirksam halten, wenn nur die Eltern einwilligen und verlangen, dass die jeweiligen Menschen, wenn etwas an ihrem Körper passiert, nur höchstpersönlich einwilligen können. Unter weltpolitischer Frage könnte man diskutieren, also ob nur Volljährige oder auch schon früher, aber das lasse ich jetzt hier einmal beiseite.

Das Problem ist dann allerdings, wenn diese Rechtsauffassung für gültig gehalten wird, wie soll sie überwacht werden. Das Kind, dem es geschieht, kann nicht zur Staatsanwaltschaft laufen und sagen, hier, ich habe eine Körperverletzung erlitten. Auch wenn dieser Mensch dann später volljährig geworden ist und erfahren hat, was ihm widerfahren ist, soll dieser Mensch dann gegen die eigenen Eltern vorgehen. Wir kommen in die Probleme der Verjährung rein, wir kommen in die Probleme der Aktenaufbewahrungsfristen rein und das sind alles Sachen, die zu bedenken sind. Vor allem gibt es auch – und damit will ich jetzt fürs einleitende Statement aufhören – weiter Informationsbedarf nicht der betreffenden Menschen selbst, das natürlich auch, aber der Menschen, die mit ihnen zu tun haben. Also Weiterbildung des medizinischen Personals, der Hebammen und aus einer Studie des Deutschen Instituts für Menschenrechte hat sich ergeben, dass dieser Personenkreis nicht einmal über die Personenstandsgesetzänderung von 2013 informiert war. Das ist natürlich auch dann ein Unding und ich glaube, das sind ja auch die Punkte, die in der Drucksache

angesprochen werden und wo Sie sicher dann noch Fragen haben und wir das noch dann hier diskutieren können. Vielen Dank, soweit erst einmal.

Vorsitzender: Vielen Dank, Frau Professorin Plett. Als Nächstes in der Reihenfolge wäre dann Frau Rosen. Frau Plett, wenn Sie noch Ihr Mikro wieder ausmachen könnten, das erleichtert dann die Aufzeichnung. Danke schön. Frau Rosen.

Frau Rosen: Ja, auch ich danke Ihnen ganz herzlich für die Einladung. Ich sehe meine Möglichkeiten, hier beizutragen zu dem Thema aus verschiedener Perspektive. Ich bin eingeladen als Vertreterin des Vereins Intersexuelle Menschen e. V., ich bin dort im Vorstand, Vorstandsmitglied. Ich Mutter eines intergeschlechtlichen Kindes. Dieses Kind ist inzwischen erwachsen. Es hat eingewilligt, es weiß, dass ich hier bin und findet das auch in Ordnung. Und damit mache ich auch politische Arbeit, die ich sehr wichtig finde, weil ich mein Kind in einer Zeit bekommen habe, als dieses Tabu noch absolut vorhanden war. Es fängt erst langsam an aufzubrechen und deswegen kann ich auch vielleicht Fragen beantworten, wie kommen eigentlich Eltern dazu zu einer solchen Operation einzuwilligen.

Ich bin im Elternrat der XY-Frauen, also damit auch in der Selbsthilfe tätig, und bin Sprecherin der XY-Frauen. Ich bin Lehrerin gewesen an einem Gymnasium für Biologie und Werte und Normen. Ich habe festgestellt, dass in den Schulen überhaupt kein Wissen vorhanden ist über Intergeschlechtlichkeit und ich bin Peer-Beraterin. Wir haben vom Verein her ein Angebot Peer-Beratung für intergeschlechtliche Menschen oder Eltern von intergeschlechtlichen Kindern.

Ich habe die Tischvorlage dieser Anfrage sehr genau gelesen, habe dazu auch einige Fragen. Ich habe auch die Leitlinien für die Mediziner und Medizinerinnen sehr genau gelesen und kann auch dazu einiges sagen und würde gern da auch zum Beispiel ein Zitat einmal vorlesen, wo es um Kinderrechte geht. Ich habe hier zwei Tischvorlagen noch austeilen lassen. Das eine ist eine Stellungnahme von unserem Verein Intersexuelle Menschen und das andere ist eine Zusammenstellung von Lucie Veith, "Intergeschlechtlicher Mensch", sehr bekannt, denke ich auch, ist auch schon hier gewesen. Ich finde es schade, dass ich als Mutter jetzt die Funktion habe, auch für die intergeschlechtlichen Menschen zu sprechen. Es wäre schön, wenn es intergeschlechtliche Menschen selbst tun könnten. Das ist aber jetzt hier niemand als intergeschlechtlicher Erwachsener eingeladen worden, wenn ich das richtig sehe.

Ja, das war es zunächst einmal als Einführung, danke schön.

Vorsitzender: Vielen Dank. Dann möchte ich einmal Herrn Höhn bitten, die eben angesprochene Tischvorlage vielleicht noch einmal zu verteilen, die wir eben entgegengenommen haben. Können wir da vielleicht auch noch einmal hier da reingucken. Das soll aber nicht ablenken von dem Vortrag von Frau Dr. Schweizer, die als Nächstes dran ist und der ich jetzt bitte das Wort erteile. Bitte schön.

Frau Dr. Schweizer: Vielen Dank. Auch ich möchte mich herzlich bedanken für die Einladung. Ich freue mich sehr, dass die Hamburger Bürgerschaft sich dem wichtigen Thema des Umgangs mit Intergeschlechtlichkeit oder Variationen der körperlichen Geschlechtsentwicklung widmet.

Es gab ja im Dezember schon einen Tagesordnungspunkt, dort war ich aus Nordfriesland angereist, der wurde dann kurzfristig leider von der Tagesordnung genommen, (...) der Anhörung oder zu diesem Thema. Da wurde beschlossen, dann ja eine Anhörung zu machen, was ich doch erfreulich finde. Schade ist natürlich immer, wenn man Zeit verliert. Ich bin auch etwas frustriert, weil ich auch vor neun Jahren hier war bei der Anhörung, die Frau Professorin Plett erwähnt hat, und mein Eindruck ist, dass sich nicht sehr viel getan hat, gesamtgesellschaftlich einerseits, was den Umgang mit Intergeschlechtlichkeit angeht. Wir

müssen ja anerkennen, dass wir es über Jahrzehnte im westlichen Kulturkreis, auch in Deutschland, in Hamburg, mit einer systematischen Unsichtbarmachung von körpergeschlechtlicher Vielfalt zu tun hatten. Da war meine Disziplin die Psychologie und die Medizin maßgeblich daran beteiligt. Damals in dem Denken, man tut Familien und Kindern das möglichst Beste, indem man sie körperlich einem der Normgeschlechter anpasst äußerlich, damit sie in der Gesellschaft besser zurechtkommen.

Wir haben in der Hamburger Intersexstudie, damals unter der Leitung von Frau Professorin Richter-Appelt, die vor neun Jahren ja auch hier Auskunft gegeben hat, festgestellt, dass wir es mit einem hohen Maß an Traumatisierungen zu tun haben, psychischer Beeinträchtigung der Erfahrungsexperten und -expertinnen und Betroffenen und gleichzeitig einer großen Sprachlosigkeit. Und wir haben in weiteren Studien hier in Hamburg, unter anderem in der Auftragsstudie fürs Bundesfamilienministerium 2015 ja auch zeigen können, dass der Beratungsbedarf gerade für Eltern eklatant ist, dass es eigentlich kaum angemessene Beratungsangebote gibt. Wir kennen Studien, die zeigen, wenn Eltern eine gute psychosoziale Begleitung von Anfang an haben, dass die Operationen, die medizinisch nicht indiziert sind, abnehmen. Es wird weniger operiert, wenn mehr gesprochen wird. Eigentlich eine alte psychosomatische Erkenntnis, die müssen wir aber anwenden. Wir haben viel Know-how hier in Hamburg, das muss vernetzt werden.

Ich habe im Juli letzten Jahres der Behörde ein Modellprojektvorhaben zugeschickt, das liegt in der Schublade. Wenn Sie Gelder freisetzen, das fände ich notwendig und wichtig, könnte man anfangen, die wichtige Vernetzung des Know-hows in Hamburg – auch am UKE, große Einrichtung, wachsend – zu installieren. Wir haben ein gutes Transgender-Versorgungszentrum. Transgender, da ist Hamburg wirklich führend in Deutschland, Transmenschen zu begleiten, Entstigmatisierungen zu fördern. Und Intergeschlechtlichkeit ist ja ein Oberbegriff, der viele körperliche Erscheinungsformen zusammenfasst, aber viel, viel und viel häufiger ist, wenn wir den Oberbegriff nehmen, als Transidentität oder Transgeschlechtlichkeit, aber viel unbekannter. Deshalb ist meines Wissens oder meiner Einschätzung nach die Aufklärungsarbeit einfach notwendig und der Ausbau der psychosozialen Versorgung. Von daher sind meine Wünsche an diesen Ausschuss heute, dass wir gemeinsam nach vorne schauen.

Was brauchen wir, um Eltern besser zu begleiten? In der Regel sind Eltern nicht darauf vorbereitet, dass sie ein Inter-Kind bekommen, schlichtweg, weil sie gar nicht wissen, dass es Intergeschlechtlichkeit gibt. Wenn wir aber besser aufklären, in allen gesellschaftlichen Bereichen, dann gibt es eben auch die Möglichkeit, dass mein Kind ein Junge, Mädchen oder ein Inter-Kind wird. Und da müssen wir noch überlegen, was für Worte wir wählen. Wir haben ja einige Publikationen auch in Hamburg herausgebracht, "Intersex Kontrovers" (2012), "Die Schönheiten des Geschlechts", "Intersex im Dialog". Hier möchte ich der Stadt Hamburg auch danken für die Förderung zusammen mit dem Bildhauer Fabian Vogler. Also, wenn sich die Disziplinen treffen, dann können wir Fruchtbare leisten. Das ist immer anstrengend, weil wir verschiedene Sprachen sprechen und wir ganz viel Übersetzungsarbeit leisten müssen. Was mich persönlich als Psychologin am traurigsten stimmt, ist, dass Medizin und Recht kaum miteinander sich austauschen. Ich war auf einer Menschenrechtskonferenz vor drei Wochen in Bologna, fast nur Juristen und Juristinnen da, alle sagen, es ist ganz klar, Operationen sind verboten an Kindern, die nicht selbst einwilligen können, wenn keine glasklare medizinische Indikation, also Behandlungsnotwendigkeit vorliegt. Aber wir wissen aus der medizinischen Praxis, dass eben bei einem auffälligen Genitale, häufig beim sogenannten AGS, Adrenogenitalem Syndrom, weiter ein Genitale, das als Klitoris bezeichnet wird, verkleinert wird, damit es aussieht wie ein normales Genitale bei einer Frau.

Was ist ein normales Genitale? Jeder Mensch hier hat wahrscheinlich ein sehr individuelles Genitale. Also wir können weiter einsteigen und das vielleicht abschließen. Ich glaube, dass das Weggucken bei diesem Thema auch mit dem Geschlechtstabu zu tun hat, weil wir alle

davon ein bisschen berührt sind. Das ist etwas, was wir versuchen, im Institut für Sexualforschung hier in Hamburg zu brechen und ich finde, da kann Hamburg wirklich eine Vorreiter_innenrolle weiterhin einnehmen. – Vielen Dank.

Vorsitzender: Herzlichen Dank an alle Auskunftspersonen für die einleitenden Worte. Wir steigen dann in die Fragerunde ein. Es liegen auch schon die ersten Wortmeldungen vor und Frau Kammeyer fängt an. Bitte.

Abg. Annkathrin Kammeyer: Ja, moin. Vielen, vielen Dank, dass Sie da sind und uns jetzt einsteigend schon berichtet haben. Uns ist das Thema sehr, sehr wichtig und ich möchte der LINKEN auch noch einmal für die Große Anfrage danken, die dann hier auch überwiesen wurde in den Ausschuss und wir uns dann gemeinsam auch beschlossen haben, eine Experten- und Expertinnenanhörung dazu durchzuführen, weil, es halt auch eben ein sehr komplexes Thema ist. Also für mich war die Große Anfrage natürlich ein bisschen schwer zu lesen als Nichtmedizinerin mit den ganzen unterschiedlichen Diagnosen und deswegen freue ich mich, dass Sie uns da auch aus der praktischen Arbeit oder auch aus den eigenen Erfahrungen, aus dem familiären Umfeld berichten können, was passiert da eigentlich und was passiert dann auch an Beratungen et cetera. Deswegen würde ich als Erstes Frau Rosen fragen wollen.

Sie hatten eben angeboten, dass Sie vielleicht aus Ihrem persönlichen Erfahrungsschatz noch ein bisschen berichten könnten. Das würde mich tatsächlich sehr interessieren, wie Sie damals das als Mutter erlebt haben, wenn es nicht zu sehr ins Private geht, und wie Sie eigentlich damals beraten wurden und was eigentlich passiert ist und welche Diskriminierungserfahrungen Sie vielleicht auch gemacht haben.

Und die zweite Frage geht an Frau Dr. Schweizer. Ich finde das sehr interessant mit dem Modellprojekt. Also das interessiert mich tatsächlich sehr. Vielleicht sollten Sie das auch dem Parlament einmal zukommen lassen. Wir haben ja durchaus als Parlament auch die Kompetenz, Haushaltsanträge zu stellen und solche Projekte dann vielleicht auch so auf den Weg bringen, weil, ich glaube, wir haben gemeinschaftlich auch das Interesse, dass Hamburg, was das Thema angeht, seine Vorreiter_innenrolle auch weiter ausbaut.

Und vielleicht eher aus dem medizinischen Bereich, das UKE hat ja sicherlich auch Fälle von solchen Operationen, ob Sie da vielleicht berichten können, wie da im Moment vielleicht die Beratungen stattfinden für die Eltern und wie da Ihre Praxis vielleicht auch vor Ort ist, auch wenn Sie sagen, dass es einen eklatanten Mangel vielleicht an Beratungen gibt. Aber was tun Sie, um dem im Moment ohne Geld und ohne Modellprojekt entgegenzutreten? – Vielen Dank.

Vorsitzender: Vielen Dank. Einige waren direkt angesprochen. Frau Rosen bitte.

Frau Rosen: Ja. Als mein Kind geboren wurde, habe ich die Diagnose erfahren und es wurde mir gleich im Prinzip eine Minute später gesagt, das dürfen Sie niemals jemanden sagen, nicht einmal Ihren Eltern und Geschwistern und wenn Sie das nicht aushalten können, kommen zu mir.

Ich habe das nicht ausgehalten. Ich habe mit Freunden drüber gesprochen. Es war ein langer Weg, es war ein absolutes Tabu. Ich habe ..., da mein Kind Besonderheiten hatte, es ist nicht sofort der Fokus auf die Intergeschlechtlichkeit gelegt worden, das ist vielleicht ganz interessant. Ich habe Tagebuch geschrieben, ungefähr ein halbes Jahr lang, weil mein Kind noch in der Klinik war wegen anderer Probleme und es taucht nicht einmal auf in diesem Tagebuch bis auf den einen Tag, wo man es mir gesagt hat. Da habe ich mir Sorgen gemacht, oh Gott, wie wird das werden und dann war das aber kein Thema mehr.

Als mein Kind 5, 6 war – also mein Kind ist zunächst einmal weiblich eingeordnet worden –, als sie 5, 6 war, bin ich an eine Ärztin geraten, die mir gesagt hat, um Gottes willen, wieso kommen Sie jetzt erst, ist doch viel zu spät, Ihr Kind kann sich doch gar nicht als Mädchen identifizieren, wenn es keine Scheide hat und eine große Klitoris, das muss sofort operiert werden.

Ich habe dieser Ärztin Gott sei Dank nur zum Teil geglaubt und habe ich mich dann schlaugemacht. Es gab damals keine Beratung, es gab noch keine Selbsthilfe, es gab eigentlich niemanden, der mir da hätte sagen können, das ist eine Möglichkeit und macht dein Kind stark. Also ich glaube, das wäre mir lieber gewesen, man hätte mir gesagt, nimm dein Kind so an, wie es ist. Das hat mir anfangs ein Arzt gesagt, das hat mir sehr geholfen, so, wie Ihr Kind ist, so hat der liebe Gott es gewollt. Das fand ich ganz toll. Aber dieser Druck war schon sehr stark, was tun Sie Ihrem Kind an und was sind Sie für eine Mutter, die das Kind nicht operieren lassen will. Also das ist damals ein sehr starker Druck gewesen. Ich weiß, dass auch heute noch Eltern diesen Druck bekommen von Medizinerseite, dass es Kliniken gibt, die ein sehr gutes Beratungsangebot auch haben. Es gibt also Kliniken, auch hier im norddeutschen Raum, die Eltern dann auch informieren über Beratungsangebote. Wir haben – das habe ich vorhin angesprochen – wir haben ja auch diese Peer-Beratung vom Verein aus aufgebaut, es ist eine qualifizierte Beratung, die auch von Kliniken angefragt wird. Soweit ich weiß, sind wir aber hier von Hamburger Kliniken noch nicht als Peer-Berater angefragt worden.

Wir können vielleicht Perspektiven aufzeigen, zunächst einmal zu warten, bis das Kind selbst entscheiden kann. Und ich habe vorhin schon gesagt, ich habe mich auch mit den Leitlinien für die Ärzte und Ärztinnen vertraut gemacht. Genau das steht da drin: "Eine Entscheidung im Sinne des Kindeswohls ist mir sachgemäß möglich, wenn dem Kind selbst Gehör geschenkt wird. Daher kann eine Therapieentscheidung mit fehlender medizinischer Notwendigkeit einer elterlichen Zustimmung das Einverständnis des Kindes nicht ersetzen. Weder Eltern noch Ärzte können die geschlechtliche Entwicklung eines Kindes vorhersehen und damit ist jede Entscheidung für das Kind quasi hinfällig, wenn das Wohl des Kindes ernst genommen wird." Und das, finde ich, ist ein ganz wichtiger Punkt. Wenn ich nämlich kleine Kinder operiere, zum Beispiel eine große Klitoris verkleinere und dieses Kind entscheidet mit 10 oder 11 ... und das ist so, ich kenne solche Fälle aus dem Verein, wo intergeschlechtliche Kinder mit 11, 12 Jahren plötzlich sagen, diese weibliche Zuweisung ist falsch, für mich passt vielleicht im Moment eher die männliche Zuweisung. Nur sehr wenige sagen, ich bin inter, ich möchte mich auch als inter definieren. Wir haben ja immer noch in der Gesellschaft, es gibt Jungen und es gibt Mädchen. Das ist für Kinder schon sehr schwer, dann zu sagen, und ich bin dazwischen. Oder beides oder wie auch immer. Aber das muss möglich sein. Und deswegen finde ich es ganz schwierig, wenn Eltern oder auch Mediziner und Medizinerinnen bei kleinen Kindern sagen, das wird jetzt operiert. Da muss also einfach viel mehr Beratung noch der Eltern erfolgen. Vielleicht ein letzter Satz. Ich habe ... das ist ein Zitat eines Arztes, den Namen weiß ich auch nicht mehr, er war auf einem Elterntreffen da und da sagte er, wir wollen ja eigentlich gar nicht mehr operieren, aber wenn die Eltern sagen, mit dem Aussehen meines Kindes kann ich nicht umgehen, dann operieren wir das Kind eben doch. Da habe ich dann gesagt, warum operieren Sie nicht die Eltern? Denn der Fehler liegt ganz offensichtlich nicht beim Kind vor, sondern da ist ... dann wird operiert, um den Eltern einen Gefallen zu tun, das ist nicht Kindeswohl, tut mir leid. Danke.

Vorsitzender: Und direkt angesprochen war nach meiner Erinnerung auch noch Frau Dr. Schweizer. Bitte.

Frau Dr. Schweizer: Ja, danke, Frau Kammeyer für Ihre Nachfrage, sehr gern lasse ich Ihnen das Projektvorhaben zukommen. Es würde mich sehr freuen, wenn das Parlament das unterstützt. Es gibt ja wirklich viel Know-how in Hamburg. Es gibt, dass, wie gesagt, vernetzt werden muss, auch in den verschiedenen Ressorts und Disziplinen. Wir haben das Know-how im Transgender-Bereich, dadurch auch eine gute Zusammenarbeit beispielsweise mit

der Urologie, mit dem kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich im Zentrum für psychosoziale Medizin, wo das Institut für Sexualforschung angesiedelt ist, an dem ich arbeite, begleiten wir vor allen Dingen erwachsene Menschen, die oftmals eine Psychotherapie besuchen aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen, Depressionen oder Traumafolgestörungen. Wo wir in der Therapie herausfinden, uns sozusagen eine Körpergeschichte rekonstruieren, wo das Intersex-Thema Thema sein kann, weil wir wissen, was das ist. Viele Psychotherapeuten wissen das nicht. Da ist also auch im fachlichen Bereich noch sehr viel Aufklärungsarbeit zu machen. Und in der Medizin ist es ja doch so, trotz der ganzheitlichen Wünsche, dass jeder Bereich ja doch sehr für sich arbeitet. Und da könnten ganz praktisch durch Mittelfreisetzung so Querverbindungen hergestellt werden. Nein, es gibt ja gute Ideen, auch ein mobiles Team sozusagen von Intersex-Expert_innen zusammenzustellen, die psychosozial geschult sind und die diese Laufdienste machen, und wo Psychologen ja ganz gut geeignet sind zum Beispiel und die verschiedenen Disziplinen in Kontakt bringen.

Es gibt aktuell eine sehr kleine, aber feine Studie im Rahmen der Hamburg Open Online University, worauf Hamburg ja sehr stolz ist, die HOOU, intersex-kontrovers, unseren Blog können Sie gern besuchen. intersex-kontrovers, wo wir versuchen, erst einmal Informationen zu versammeln, was sich zum Thema aktuell tut in verständlicher Sprache. Und im Rahmen der Begleitforschung haben wir eben auch Erfahrungs- und Fachexperten interviewt zu den zentralen Kontroversen, weil ich festgestellt habe, es gibt die Paralleldiskurse, die laufen alle für sich, Sozialwissenschaft, die ganzen wichtigen sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse aus der Geschlechterforschung kommen in der Medizin null an, null. Ich habe heute Morgen wieder unterrichtet, die Mediziner_innen gefragt, haben Sie schon einmal gehört Judith Butler oder so was oder Geschlechtermodelle, nein. Adorno, nein. Also, das ist fast ein Verbrechen am Wissenschaftsstandort Deutschland, könnte man sagen, dass so viel Wissen, Grundwissen in der Medizin leider nicht mehr gelehrt wird. Es wird sehr zielorientiert, auch sehr fortschrittlich, das UKE ist führend, wir machen eine tolle Lehre, aber das gute Studium Generale, das könnten wir gut wieder einführen.

Ich habe vorhin ... Also, diese HOOU, das HOOU-Projekt – ist ein kleines Projekt, 15 000 Euro im Jahr ist nicht viel, da können wir ein Symposium machen, das wir dann per Video auch wieder Leuten, die nicht kommen können, freistellen, zugänglich machen –, wo wir wirklich versuchen, diese verschiedenen Diskurse zusammenzubringen, und erst einmal Verständnisarbeit zu machen. Aber ganz praktisch vor Ort muss erst einmal den Eltern und den Kindern und den Jugendlichen und den Erwachsenen mit Intergeschlechtlichkeit auch im fernsten Dorf geholfen werden. Wir sind hier in Hamburg, ich weiß, aber Hamburg ist Metropole und hat Ausstrahlung.

Was ich vorhin vergessen habe zu sagen, ist, ich habe gesagt, wir wollen nach vorne schauen, Ausblick: Was brauchen wir? Solch ein Modellprojekt wäre ein Anfang. Rückblick ist natürlich auch wichtig. Eine Aufarbeitung des Umgangs mit Intergeschlechtlichkeit in Hamburg, an Hamburger Krankenhäusern halte ich ebenso für zentral.

Wir haben ... Sie haben noch nach praktischem Vorgehen gefragt. Es gibt eben die Zusammenarbeiten im Rahmen des Transgender-Zentrums. Ein Intersex-Zentrum, vielleicht nennen wir es noch anders oder Intersex-Beratung ist das, was ich mir wünsche. Aufgrund der gewachsenen Kooperationen habe ich es schon öfter gemacht, wenn aus der Kinderklinik Anfragen kommen, auch aus dem Altonaer Kinderkrankenhaus, ein ethisches Konzil einzuberufen mit unserer Ethikerin am UKE, mit mir, wo wir Eltern beraten haben. Da haben wir auch schon einmal zwei Stunden zusammengesessen. Und die weinenden Eltern, die dachten, sie haben einen Jungen, von dem sie jetzt erfahren haben, dass er einen weiblichen Chromosomensatz hat, also genetisch weiblich ist, erst einmal zu trösten, und nicht nur zu trösten, sondern zu sagen, das ist in Ordnung, das gibt es nun einmal. Aber sie wussten das vorher nicht. Und wenn ich nur weiß, es gibt entweder oder, kann ich mich ja nicht darauf vorbereiten. Und unsere Gesellschaft ist einfach sehr rigide und starr und

biologisch völlig unaufgeklärt, weil biologisch Geschlecht ein Kontinuum ist. Es gibt auf jeder Geschlechterebene von männlich bis weiblich und es wäre jetzt ein Vortrag für sich, aber da ist einfach noch viel Aufklärungsarbeit zu machen.

Und wir bemühen uns, aber es gibt eben kein standardisiertes Prozedere. Das war ja auch ein Punkt, eine Frage in der Anfrage, es gibt keinen Automatismus, der angeklickt wird, wenn ein Kind mit einem Genitale geboren wird, das nicht ins männliche Raster und nicht ins weibliche Raster ... Das ist ja sehr schön auf der Kloepfel-Studie vorne, dieser Phall-O-Meter, was ist männlich, was ist weiblich? Wer entscheidet darüber eigentlich? Ja, das sind die Hebammen und Ärzt_innen und Geburtshelfer. Und das ist eigentlich sehr verkürzt, Geschlecht anhand des Genitales bei der Geburt einzuordnen. Also, wenn wir einen Automatismus hätten, wenn ein Kind geboren wird, würde es die Ärzt_innen und die Geburtshelfer ja enorm entlasten, wissen Sie, wir haben hier ein ... Ich rede rechts vorbei. Wissen Sie, wir haben hier ein Angebot, dahin können wir Sie überweisen, da kommt nachher jemand vorbei und kann mit Ihnen sprechen, was es gibt. Und das wäre ein Anfang. Aber jetzt ist es immer so on Top der normalen Arbeit, die in einem Uniklinikum ja auch nicht wenig ist, weil man forscht und lehrt und gute Versorgung machen möchte. Und es sind kleine praktische Dinge, die man einrichten könnte, aber dafür braucht es die Entscheidung und den politischen Willen. Danke.

Vorsitzender: Vielen Dank. Herr Müller, bitte.

Abg. Farid Müller: Ja, auch von meiner Fraktion noch einmal herzlich willkommen, schön, dass Sie dabei sein können. Das ist heute, glaube ich, für uns eine ganz wichtige Anhörung und weil wir uns tatsächlich schlauer machen wollen mit Ihnen. Und ja, ich wollte vielleicht noch ein Wort vorab sagen, weil Sie, Frau Dr. Katzer sagten, seit neun Jahren hätte sich nicht so wirklich was getan. Ich finde, das Verfassungsgerichtsurteil im letzten Jahr, dass das schon ein Meilenstein ist, dass überhaupt jetzt klar ist, es gibt auch noch was anderes, so, oder was weiteres oder wie man es jetzt auch, Minigesetzentwurf, dann nennen mag, der ist ja jetzt gerade im Entstehen und natürlich hat das schon ganz schön was ausgelöst. Da werden es dann 700 Bundestagsabgeordnete am Ende auf dem Tisch haben das Thema und es wird überall in den Bundesländern dann umgesetzt werden und so weiter und so fort. Ich glaube schon, dass da auch noch einmal ein neues Bewusstsein geschaffen wird für dieses Thema, was, wie man das manchmal so hat, wenn es viele Menschen nicht betrifft, dann beschäftigt man sich damit halt nicht so. Also deswegen bin ich nicht ganz so pessimistisch wie Sie, aber manchmal könnte es schneller gehen. Und im Gleichstellungsbereich haben viele ja auch festgestellt, dass man da einen langen Atem haben muss, aber das ... ich habe das Gefühl, momentan ist eigentlich eine gute, eigentlich eine ganz gute Stimmung für diese Themen und deswegen glaube ich, dass man jetzt auch noch einmal besonders gucken muss, wo hakt es.

Und deswegen jetzt zu meiner Frage. Ich habe jetzt zwei Problemfelder ein bisschen rausgehört aus den Ausführungen, dass wir einerseits die Situation haben, dass die Ärzte nicht genau verstehen, was im Gesetz steht, wenn ich das einmal so formulieren darf. Und auf der anderen Seite tatsächlich die Eltern auch oft mit dem Problem sich alleingelassen fühlen. Und das sind zwei verschiedene Bereiche. Und zu dem einen, was man also noch an Beratung machen kann, hatten Sie, glaube ich, auch ... eigentlich sind ein paar Themen schon gefallen, was man machen kann, aber die Idee, dass wir jetzt an allen Unis der Republik sagen, dieser Punkt kommt jetzt verpflichtend überall ins Studium und ist schwer zu kontrollieren, ob es dann tatsächlich passiert. Die Frage ist, ob man einmal in den Bundesländern überlegt, einmal mit den Ärztekammern einmal zu sprechen, auch mit der Selbstverwaltung, wie man sich mit dieser Situation einfach einmal nähert. Welche Ärztgruppen vielleicht auch überhaupt infrage kommen, mit denen man dann vielleicht näher einmal ins Gespräch kommt und wo man auch Informationen loswerden kann. Die gehen ja durchaus auf Fortbildungen, Ärzte, soweit ich das verstanden habe. Und insofern wäre das noch einmal so eine Frage.

Und dann weiß ich nicht, und die Anfrage beziehungsweise die Antwort des Senats, waren ja diverse Operationen tatsächlich auch aufgeführt worden, für mich jetzt als Laie ist nicht ganz klar geworden, welche davon, sagen wir einmal, im Graubereich des Gesetztes sind, was wir jetzt ja eigentlich ... wo wir denken, es sei klar, aber wo wir merken, offenbar vielleicht nicht ganz, jedenfalls nicht allen, die damit dann zu tun haben. Ich weiß nicht, ob Sie Gelegenheit hatten, einmal in die Senatsantwort reinzuschauen und sich noch einmal ein Bild zu machen? Was würden Sie sagen, welcher ... wie viele davon wären eigentlich nicht gesetzlich korrekt gewesen?

Vorsitzender: Vielen Dank. Wer möchte darauf antworten? Ich glaube, ich habe jetzt keinen direkten Namen, melden Sie sich einfach, dann ...

(Zuruf: Ja, genau.)

Bitte, Frau Rosen.

Frau Rosen: Ich glaube die Problematik, ich habe das ja genau alles durchgearbeitet, liegt erstens darin, dass bei den Operationen zwischen 0 und 9 Jahren oft Punkte auftauchen, das heißt, genaue Zahlen sind es nicht, weil im Rahmen der Geheimhaltung, des Datenschutzes da steht, da dürfen wir gar nicht angeben, wie viele es sind. Das Problem ist, dass es nach Diagnosen aufgeschlüsselt ist, dass nach Intersex-Diagnosen im engeren Sinne und auch nach weiteren Diagnosen aufgeschlüsselt wird, dass also zum Teil dort Zahlen auftauchen, von denen man gar nicht sagen kann, was war denn eigentlich die Diagnose. Das Problem ist, dass viele intergeschlechtliche Menschen gar keine Diagnose haben, sodass es dann auch schwierig ist ... Ich bin keine Medizinerin, deswegen kann ich zu diesen Antworten und zu dieser Auflistung der Zahlen wenig sagen. Ich weiß nur, dass zum Beispiel, wenn ein Kind, was männlich zugeordnet wurde, mit einer Hypospadie geboren wurde, das heißt, mit einer, wo die Öffnung des Harnleiters nicht an der Spitze des Penis mündet, sondern am Schaft des Penis, dass das dann als Hypospadie bei einem Jungen bezeichnet wird und das dann eine Diagnose ist, die gar nicht als Intersex-Diagnose gesehen wird, obwohl es eine Diagnose ist, oder sagen wir einmal, obwohl es eine Besonderheit ist, die in den DSD Formenkreis fällt.

Ein ganz praktisches Beispiel auch noch, um die Problematik klarzumachen. Wenn ein Kind – hab ich bei mir, es gibt ein solches Kind – wenn ein Kind geboren wird, das ist ein Junge, wird gesagt, ja, das ist ein Junge, ganz klar, das hat nur einen Hodenhochstand. Dieser Hodenhochstand soll operiert werden und es stellt sich dann heraus, da ist eine Gebärmutter, dann wird den Eltern gesagt, ja, diese Gebärmutter müssen wir rausnehmen, denn die gehört ja hier nicht hin und die könnte entarten. Und wenn dann bei einem einjährigen Kind eine Gebärmutter rausgenommen wird, dieses Kind ist ganz klar ein DSD-Kind, kann man nicht anders definieren, denke ich, dann ist da möglicherweise eine andere Diagnose genannt als DSD. Und dann wird es ganz schwierig, finde ich.

Ach so, DSD. Ja, es gibt zwei Möglichkeiten, die Abkürzungen zu übersetzen. Früher haben Mediziner_innen gesagt, Disorders of Sex Development, also Störungen der geschlechtlichen Entwicklung. In den neuen Leitlinien für die Ärzteneinnung heißt es, Varianten der Geschlechtsentwicklung. Und DSD wird auch vom Deutschen Institut der Menschenrechte zum Beispiel mit ...

(Zuruf: Diverse Sex ...)

... Diverse Sex Development, danke schön, ja, wird es übersetzt. Also, um solche Diagnosen geht es. Es gibt – es wurde vorhin schon einmal klar – es gibt eine unglaubliche Vielfalt von DSD-Menschen. Also, wenn man sich vorstellt, ja, wir haben Jungen und wir haben Mädchen und dann gibt es noch Kinder, die sehen immer gleich aus, die haben immer das gleiche Genital, die sind dazwischen, das ist eine falsche Vorstellung. Das ist einfach falsch.

Und deswegen gibt es diese Abkürzungen ICD, C oder E oder unter Nummern dahinter und die Vielfalt ist sehr, sehr groß. Aber ich glaube, dazu könnte die Medizinerin hier am Tisch deutlich mehr sagen.

Vorsitzender: Die hat sich auch schon gemeldet, Frau Katzer, bitte.

Frau Katzer: Es gibt in der Tat sehr viele Variationen der Geschlechtsentwicklung, die sich auf unterschiedlichen Ebenen abspielen, die unterschiedliche Ursachen haben und die sich auf ganz unterschiedliche Weise äußern. Vor diesem Hintergrund ist es halt eine sehr inhomogene Gruppe von Menschen. Und der – im Anschluss an das, was Frau Rosen gesagt hat und auch schon vorhin erwähnt hatte – dieser Aspekt des Geschlechts, der bei Diskussionen um den Themenkomplex Intergeschlechtlichkeit, Intersexualität oder hier jetzt Differences of Sex Development ist, ist für viele der Menschen, von denen ich die meisten im Erwachsenenalter, einige auch als Kinder und Jugendliche, aber im Wesentlichen im Erwachsenenalter gesehen habe, gar nicht oder nur für viele ein verhältnismäßig nachrangiger Aspekt, sodass ich da sehr viel mehr sehe, dass die Operationen, die da stattgefunden haben, sehr oft negative Folgen haben: Schmerzen, Unfruchtbarkeit, Verlust an allgemeiner und sexueller Lebensfreude. Und selbstverständlich wird das dann oft als besonders schlimm erlebt, wenn Behandlungen im Kindesalter stattgefunden hatten und sich später rausstellt, dass die Organe ohne Operation besser zum Gefühl und Selbstverständnis der Personen gepasst hätten. Die Mediziner sind natürlich untereinander auch alle sehr ... eine inhomogene Gruppe, je nach fachärztlicher Spezifikation, je nach auch Breite oder Tiefe der sonst vorhandenen Interessenlage.

Mir geht es deswegen wirklich darum, nach Möglichkeit nicht eine Einengung zu treffen zumal auch die Bürgerschaft in der erwähnten Anfrage sich ja geäußert hatte, dass es sich um keinen – Entschuldigung – so schrecklich trennscharfen Begriff handelt, sondern dass es aus meiner Sicht sehr viel wichtiger ist, die Frage zu stellen, ob eine Operation zum Abwenden von Schaden von der körperlichen Gesundheit des Kindes und des späteren Erwachsenen unaufschiebbar ist oder eben nicht. Die Zahlen, die in der Vorlage, in der Drucksache erwähnt sind, zeigen, dass unter anderem in Hamburg eine erhebliche Zahl von, im Vergleich zu den anderen aufgeführten Eingriffen, von Operationen wegen Hypospadie an Kindern von 0 bis 9 Jahren und auch in der Altersgruppe 10 bis 19 Jahren durchgeführt wurde.

(Zuruf: Können Sie die Seite sagen?)

– Die Seite dazu ist in der ausgedruckten Version, die ich vorliegen habe, die Seite, Moment, 17, wo in Zeile 4.6 angeführt ist, dass im Jahr 2010 bei 100 Kindern und im Jahr 2015 bei 64 Kindern eine derartige Operation bei Hypospadie durchgeführt wurde.

Zu den Problemen gehört, dass früher und auch von nicht so somatischen Seiten oft die Einschätzung vorlag, dass es unabdingbar für das männliche Selbstverständnis des Kindes und späteren Mannes sei, möglichst früh und oft, und im Stehen Harnlassen zu können. Dies deckt sich jedoch nicht mit dem, was mir Erwachsene aus ihrer Kindheit oder Jugend so geschildert haben.

Es wurde ja schon beschrieben und in den allermeisten Fällen ... und ich habe ich ältere Patienten gehabt, die aus anderen Gründen bei mir in Behandlung waren, die zum Teil in einem Alter waren, wo damals eine Hypospadie nicht operiert worden war, aus welchen Gründen auch immer, und die ohne Operation trotzdem sowohl ein reguläres männliches Selbstverständnis, ein reguläres männliches Aussehen und praktisch keine Probleme daraus hatten. Daraus ist und auch aus den weiteren Beobachtungen zeigt sich, dass bei den allermeisten Fällen auch ohne vorherige Operation bei Hypospadie die Harnblasenentleerung gar nicht beeinträchtigt ist, dass aber Versuche oder, dass aber Operationen – und da gibt es viele und auch sehr ausgefeilte Techniken, die Harnröhre zu

konstruieren – doch relativ hohe Komplikationsraten haben sowohl früh als auch ... da eine Operation ... grundsätzlich ist es nicht möglich zu operieren, ohne Narben zu hinterlassen. Spätestens ab dem Pubertätsalter, das ja dann erst nach dem zehnten Lebensjahr eintritt – und sich die Genitalien bei allen Menschen, ob mit oder ohne Variationen der Geschlechtsentwicklung –, verändern sich die Genitalien durch Wachstumsprozesse im Pubertätsalter. Diese Narben können nicht mitwachsen und verhältnismäßig oft kommt es zu einer Einengung, sodass der Harnstrahl schwächer wird, was zum Teil dann versucht wird, durch Baupresse seitens der Patienten zu kompensieren, um die Blase leerbekommen. Das hat weitere Folgen auf die Dauer, weil, durch den erhöhten und wiederholt erhöhten Druck auf der Blase auch eine Nierenschädigung eintreten kann, was ich bei erwachsenen Patienten im allgemeinen Krankengut auch in Halle gesehen habe. Und zum anderen, weil auch durch dieses Pressen – gerade, wenn vorher Rechtsharn und eine etwaige Keimbeseidlung des Harns eingetreten sind, die ja nicht regulär ist, aber durch Restharn bei Blasenentleerungsstörungen begünstigt wird – dann wiederkehrende Nebenhodenentzündungen – weil einfach durch das Pressen von Harn, der dann auch über die Samenleiter in die Richtung der Hoden kommt, entsprechende Keimverschleppung und Entzündungen, die auch nicht nur schmerzhaft, sondern auch zur Schädigung bis hin zum Verlust des Hoden führen können – eintreten können.

Ein derartiger Fall ist, wenn ich mich richtig erinnere, auch in einem der Menschenrechtsberichte des Vereins Intersexuelle Menschen erwähnt worden, wo an einem Kind eigentlich gegen den Willen der Eltern eine sogenannte Hypospadie-Korrektur stattgefunden hatte und letztlich zumindest ein Hoden verloren gegangen war, wenn ich mich nicht täusche. Müsste ich jetzt nachgucken, ich glaube, es war CAT 2011. Ich mag mich irren und bitte das dann zu entschuldigen.

Generell sind viele Variationen der Geschlechtsentwicklung gar nicht so auf diesem Intersex-Schirm, der teils mehr, teils weniger eine Rolle spielt. Aber das heißt nicht, dass nicht durch Operationen, die da eine Behebung stattgefunden ... die da die Auffälligkeit verdecken oder beheben sollen, doch andere Schäden eintreten. Dies betrifft nicht nur Hypospadie, dies betrifft auch beispielsweise AGS, wo dann oft argumentiert wird, beispielsweise in Veröffentlichungen aus Hannover, dass man das nicht als eine DSD oder Intersex-Diagnose sehen dürfe, dass vergleichbare Dinge auch zu anderen Formen aus diesem Formenkreis genannt werden. Deswegen auch der Hauptaspekt aus meiner somatomedizinischen Sicht, ist da eine Notwendigkeit, um Schaden abzuwenden oder ist das Risiko Schaden zu verursachen nicht deutlich größer. Im Zweifelsfall sollte dann nicht operiert werden. Ich kann das nicht so gut formulieren wie wahrscheinlich die Juristen und danke erst einmal. Ich hoffe nicht so lange ... Doch, ich habe sehr lange geredet.

Vorsitzender: Das ist genau richtig, dafür sind Sie ja auch heute Abend da, umso länger Sie reden, desto mehr können wir hinterher auswerten und desto mehr können wir mitnehmen. Deshalb, herzlichen Dank für das Statement.

Frau Schweizer und Frau Plett habe ich gesehen mit einer Meldung, jetzt auch noch Frau Rosen. Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass Sie sich möglichst nahe an der Beantwortung der Fragen orientieren. Frau Schweizer, bitte.

Frau Dr. Schweizer: Ja, Sie hatten ja nach dem Graubereich gefragt, also ... Danke schön. Sie hatten gefragt nach dem Graubereich des Gesetzes, welche Operationen bewegen sich in diesem Graubereich. Und wie die Ausführungen ja gerade schon zeigen, ist, dass wir nach 5 Minuten in unserer Konzentration ja schon eingeschränkt sind, wenn wir diese Q-Ziffern lesen und uns einlassen auf eine Vorstellung, wie die Harnröhre behandelt werden kann. Vielleicht können wir exemplarisch uns einmal das anschauen, wir haben ja alle die Druckvorlage. Auf der ersten Seite ist ja gefragt beispielhaft, sind die ICD-Ziffern in der Mitte, erste Seite, genannt Q52, Q53 und Q54. ICD ist ja die International Statistical Classification of Diseases, also der Katalog, das Büchlein der WHO, wonach wir in Europa Krankheiten diagnostizieren und mit den Krankenkassen abrechnen deren Behandlung.

Seit Montag, ich weiß nicht, ob Sie es mitbekommen haben, haben wir einen ICD-11, also wir müssen uns jetzt auch auf ganz neue Diagnosen einstellen. Erfreulich ist zum Beispiel, Transgender ist nicht mehr unter den psychischen Störungen drin, eine Errungenschaft. Die Frage ist aber, ob jetzt ... wie es nun mit der Bezahlung ist von somatischen Eingriffen, aber das Thema ist ja heute nicht Thema.

Aber wenn wir uns das angucken und es wird eben dann deutlich, wie schwierig es ist, Ihre Frage zu beantworten. Q52, wenn Sie das googeln mögen im ICD-10, heißt, ist ein ... also Q ist Kapitel, das Kapitel F sind zum Beispiel psychische Störungen, also jeder Krankheitsbereich hat ein Kapitel. Und Q52 sind die sonstigen Fehlbildungen der weiblichen Genitalorgane. Was stellen Sie sich darunter vor? Sonstige Fehlbildungen der weiblichen Genitalorgane. Das ist erst einmal ein breiter Umbrella Term, also ein großer Oberbegriff, wo viel darunterfällt.

Oder Q53, Ektopia testis, zu Deutsch Hodenhochstandsformen.

Und Q54, die Hypospadie über die Sie gerade ausführlicher gesprochen haben. Ich dachte lange, Hypospadie ist etwas, was eigentlich nicht zu Intersex zu zählen ist, ist ja etwas am Penis, ist doch männlich. Beim Intersex-Tag zuletzt am UKE 2017 im November hatten wir sehr hitzige Diskussionen darüber, wo deutlich wurde, Hypospadie ist etwas, was oft einhergeht auch mit anderen Intersex-Formen und tatsächlich ja eine Variante des körperlichen Geschlechts darstellt, also wir dürfen das nicht mehr ausschließen.

Oder das E-Kapitel – ich nutze Ihren Zettel, der ist so schön – E25, da ist das Adrenogenitale Syndrome beschrieben oder E34.5, die Formen der Androgen-Insensitivität. Wenn Sie all diese Begriffe hören, dann merken Sie, also ich habe ein Jahr gebraucht als Psychologin mich so etwas einzulesen und zu differenzieren. Und ich glaube, das ist auch ein Grund, weshalb das Thema uns schnell ermüdet, wenn wir nicht davon betroffen sind, weil so komplex ist. Dass wir denken, ach, nächste Anhörung.

Und ich gebe Ihnen recht, natürlich ist viel passiert einerseits auf politischem Niveau, aber gleichzeitig auf praktischer Ebene sehr, sehr wenig. Wenn wir exemplarisch es einmal angucken – weil, ich glaube auch, wie Professorin Plett sagte, dass die Kloeppel-Studie, wie wir Sie umgangssprachlich nennen, wichtig ist, um zu zeigen, dass insgesamt die Genitaloperationen in Deutschland nicht zurückgegangen sind –, muss man aber auch vorsichtig kritisieren, dass wir zum Teil sehr schwer differenzieren können, um was für Operationen handelt es sich.

Und ähnlich ist es ja auch bei der Anfrage. Sie haben ja sehr dezidiert gefragt. Und das ist ja auch gut, da muss man sich die Mühe machen. Wenn wir zusammen einmal auf Seite 18 schauen, da ist ja unter 5.1 die Frage: Wie häufig wurden in einem Hamburger Krankenhaus seit 2005 die Prozeduren 5, 7050 ... zu Deutsch, Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina vorgenommen? Bitte aufschlüsseln. Dann haben wir 2010 elf solcher Interventionen, 2015 101. Da kriegen wir einen Riesenschock. Als ich das las, dachte ich, wie kann das denn sein. Zunahme von Operationen? Ah, das Transgender-Zentrum wurde gegründet in dieser Zeit. Also es zeigt, die ... hier sind auch mit aufgeführt die Maßnahmen, die von erwachsenen Personen nach einer Begleittherapie eine Geschlechtsumwandlung wünschen aufgrund, wenn Sie weiter unten gucken, Aufschlüsselung ist erbeten, aufgrund einer Diagnose, unten Seite 18 unter 5.8 ICD, F64, Störungen der Geschlechtsidentität. Das ist der alte Name, Transgender sagen wir umgangssprachlich oder Transidentität, wo die Menschen, erwachsen, selbst diese Operation wünschen und das eine Gesundheitsversorgung ist, die bewilligt werden. Also, die haben zugenommen, weil die Urologie in Hamburg angefangen hat, am UKE diese Operationen durchzuführen.

Also, das zeigt eben, wir müssen die Ergebnisse ganz genau lesen und es zeigt, wie schnell alles wieder in einen Topf geworfen wird. Also trotzdem wollen wir ja wissen, wie kommen

diese 101 zustände? 42 sind aufgrund F64, 42 sonstige nicht-entzündliche Krankheiten der Vagina. 99, das wird sich wahrscheinlich wieder ... also, man kann es nicht zusammenzählen, das sind immer verschiedenen Definitionen, die zugrunde gelegt werden. Ich glaube, das reicht schon zu demonstrieren, es ist ganz schwer, den Graubereich zu definieren, bei dem Transbereich, würde ich sagen, ist es nicht Graubereich. Unsere Studien, jetzt die aktuellsten, zeigen die umstrittenen Studien, und da brauchen wir keine Studien, da reicht es, Erfahrungsberichte herzunehmen, wie sie auch die Hamburger Intersex-Studie schon 2009 gezeigt hat, umstritten sind die Klitorisoperation, die Vaginalplastiken im Kindesalter, die kaum noch gemacht werden, nach meinem Wissen, hoffentlich, und die Gonadenentfernung.

Hier gibt es im Publikum viele Fach- und Erfahrungsexpertinnen und -experten, die mehr dazu sagen könnten, aber vielleicht noch einmal Seite 19, da geht es nämlich um die Prozeduren an der Klitoris. Also Prozeduren sind da die Begriffe. Da haben wir eigentlich ein erfreuliches Ergebnis, 6.2 sagt, wie häufig wurde diese Operation vorgenommen aufgrund einer Intersex-Diagnose im engeren Sinne, unter anderem E25, das ist das Adrenogenitalsyndrom, oder E34.5, das sind die Formen der Androgeninsensitivität, da haben wir keine Operationen. Wenn das so ist, ist fein, aber natürlich haben wir unten andere ICD-Diagnosen nicht weiter differenziert. Woher weiß ich, wer was wie verschlüsselt? Das ist natürlich auch noch einmal zu bezeichnen.

Das als Demonstration, wie schwierig es ist. Fortbildung machen wir, glaube ich, in Hamburg schon relativ viel. Das muss weiter passieren, aber ich glaube, das braucht ganz praktisch nah an den Familien die ganz praktische Unterstützung. Es gibt tolle Peer-Beratungsangebote, die vor allen Dingen in der Selbsthilfe erwachsen ist, wir haben mit der Studie für das Familienministerium 2015 gezeigt, dass ein Großteil der psychosozialen Beratungen in Deutschland von der Selbsthilfe organisiert wird, die ja nicht bezahlt wird dafür, die sich selbst vertritt und sich selbst professionalisiert. Und das auch professionell und finanziell zu unterstützen, wäre auch eine Aufgabe. Es gibt in Hamburg auch Gruppen, und es gibt so viele Anfänge, aber die müssen systematisch vernetzt werden. – Danke.

Vorsitzender: Vielen Dank. Frau Plett.

Frau Dr. Plett: Ja, ich möchte eigentlich nur noch eine kleine Ergänzung machen aus Sicht einer Juristin, die aber auch viel empirisch geforscht hat und nicht medizinisch vorgebildet ist, aber im Zusammenhang mit den Forschungen doch einiges Medizinische auch gelesen hat.

Mit diesen Diagnoseschlüsseln, die dienen ja einerseits statistischen Zwecken, andererseits Vereinfachung von dem medizinischen Alltag, dass also nicht mehr Gutachten geschrieben werden muss in der Rechnung, sondern dann wird die Ziffer angegeben.

Das klingt so, als ob es eindeutig und 1:1 machbar ist, aber genau meine beiden Vorrednerinnen haben ja schon angedeutet, dass auch da sehr viel Normatives ... Und das ist ja meine Urkompetenz, sich mit Normen auseinanderzusetzen, und ich war selbst überrascht, wie viel Normatives in die Diagnosen und auch in die Beschreibung der Diagnosen, das ist ja zunächst einmal nur auf einer abstrakten Ebene, mit eingeht, was eben auch zu bedenken ist. Und Frau Schweizer hat schon darauf hingewiesen, aus der neuen ICD 11 jetzt ist Transdiagnose eben nicht mehr unter der Oberüberschrift Psychische Diagnosen, wir haben aber eben auch in dem ganzen Korpus dieser Schlüssel- und Diagnosekataloge, nenne ich das jetzt einmal, überhaupt nicht Intergeschlechtlichkeit als Gesamtdiagnose, sondern wir haben die verschiedenen einzelnen körperlichen Besonderheiten oder die jeweilige individuelle Konstitution, die 'mal so, 'mal so ...

Und da ist auch immer ein Stück Interpretation dabei. Das wurde an einem Beispiel der Hypospadie, finde ich, sehr deutlich. Das gilt es zu bedenken, und da gilt es dann in dem

Moment, wo Verwaltungen oder Gesetzgebungsorgane Dinge auch überwachen und dafür Sorge tragen, dass die Dinge sozusagen ordentlich verlaufen, darauf mit hinzuweisen.

Ich gebe Ihnen zu oder ich hoffe, ich war ja an der Verfassungsbeschwerde beteiligt, das auch, um mich hier zu verorten, die jetzt die Gesetzgebung erforderlich macht, aber im Auge zu behalten oder im Hinterkopf zu behalten, dass eben da auch sehr viel Normatives und dass wir uns nicht abspeisen lassen dürfen, weil das so ist, oder Intergeschlechtlichkeit ist eine Diagnose, das ist keine Krankheit, die als solche heilbar ist. Es ist eine Kondition, wie Frau Rosen gesagt hat, ja, der Mensch ist so geboren und das ist zunächst dann auch, wenn das Leben nicht bedroht ist, auch gut so.

Nur noch einmal, um ... Mein Lieblingsbeispiel aus ... dass eben, was vor zehn Jahren gesagt wurde oder auch noch vor fünf Jahren gesagt wurde, wenn es dann kritisch hinterfragt wird, heute nicht mehr gilt, und das macht die Diskussion auch ein bisschen schwierig, aber das ist mit den Keimdrüsenentfernungen, Gonadektomien. Das sind wieder zwei Formenkreise, wo die besonders gemacht worden sind, und in der medizinischen Literatur wurde immer gesagt, weil Entartungsrisiko, also Krebsrisiko, deshalb Keimdrüsen entfernen. Bei dem Formenkreis, wo XY-Chromosomen, aber weibliches Äußeres, also die innen liegenden Hoden wurden entfernt mit der Folge Hormonsubstitution, will ich jetzt gar nicht weiter ausführen, sondern darauf hinweisen, dass das Entartungsrisiko für den einen Formenkreis ... wurde immer mit 60 Prozent angegeben. Ich bin auf den Urartikel runtergegangen, das war ein medizinischer Artikel, zehn Fälle, in sechs Fällen war die Diagnose gestellt. Ja, man kann nicht irgendwie zehn Fälle zu 60 Prozent kolportieren.

Und das ging so lange durch und inzwischen gibt es neuere Untersuchungen, und gerade bei diesem einen Formenkreis, wo durch die Bank prophylaktisch, ohne dass die Entartung bereits eingetreten war, die Gonaden entfernt worden waren, sagt man heute, das ist unter 10 Prozent, keine Entfer ... keine. Als Beispiel dafür, wie auch Aussagen, die im naturwissenschaftlich-biologisch-medizinischen Gewande daherkommen, gar nicht dem standhalten. Also das mein juristischer oder rechtssoziologischer Kommentar dazu. Und das ist auch immer zu berücksichtigen.

Deshalb noch einmal wieder, also es ist viel in Bewegung, aus dem Graubereich kommen wir nicht heraus, aber deshalb denke ich, der menschenrechtliche Ansatz hält, körperliche Integrität soweit wie möglich wahren und die Menschen dann selbst darüber bestimmen lassen. Und mit diesen Menschen, bevor sie selbst darüber bestimmen können, umgehen, die darüber informieren und aufklären. Und da, denke ich, kann ... Vieles ist ja auch bundesgesetzlich geregelt, da kann Hamburg ja Anregungen über den Bundesrat geben, aber vieles ist dann ja auch auf Landesebene, wie beispielsweise, wenn Jugendämter dann doch einmal damit befasst sein sollten, die Fach- und Dienstanweisungen für die Jugendämter, die zitiert werden in der Drucksache, ich kenne sie nicht, aber die könnten ja vielleicht auch einmal daraufhin durchgesehen werden, ob sie überhaupt die Thematik behandeln. Soweit erst einmal. – Danke.

Vorsitzender: Danke schön. Da habe ich eben noch von Frau Rosen eine Meldung gesehen. War das richtig? Bitte.

Frau Rosen: Ja. Ich möchte noch einmal auf ein ... ein Zitat bringen aus dieser Vorlage hier, Seite 5, aus der Antwort: "Unabhängig hiervon hat das UKE darauf hingewiesen, dass funktionell wirksame Veränderungen der Geschlechtsmerkmale häufig primär dringliche Operationen erfordern, ohne die ein normales Gedeihen und Leben nicht möglich wäre." Ich weiß aus eigener Erfahrung und aus der Erfahrung der Selbsthilfe, dass ein intergeschlechtliches Kind geboren wurde, früher als Notfall bezeichnet wurde. Ganz früher hieß es medizinischer Notfall, dann musste die Medizin umdenken und sagte dann, das ist ein psychosozialer Notfall, und ich frage mich, was mit normalem Gedeihen und Leben gemeint ist. Ich habe danebengeschrieben, schon bevor Michaela Katzer darauf

hingewiesen hatte, dass Eltern immer wieder zu hören bekamen, Ihr Kind ist doch ein Junge, der muss doch im Stehen pinkeln können. Also wenn man immer noch in unserer Gesellschaft meint, dass ein normales Leben und Gedeihen eines Kindes, eines Jungen, nur geht, wenn er im Stehen pinkeln kann, dann ist das möglicherweise hier dahinter versteckt, und das finde ich schon sehr schwierig. Denn damit wird dann eine OP begründet, die medizinisch überhaupt nicht notwendig ist.

Und was mich auch sehr gestört hat, Ziel dieser Eingriffe sei nicht die kosmetische Operation uneindeutiger Genitalien im Kindesalter, sondern die dringend notwendige Behandlung der syndromalen Erkrankung beziehungsweise lebenswichtiger Organe. Hier ist immer noch dieses Krankheitsbild der Intergeschlechtlichkeit da, und das ist die ganz große Problematik. Weil Eltern ihr Kind sehr häufig einfach so annehmen, wie es ist, und dann aber im Klinikalltag gleich nach der Geburt zu hören bekommen, um Gottes willen, wir haben da jetzt ein Problem und da müssen wir jetzt tätig werden und so können wir doch Ihr Kind nicht lassen, das sind alles Aussagen, die ich von Eltern gehört habe. Deswegen denke ich, wir müssen von dieser medizinischen Sicht dann auch wegkommen und einfach sagen, es gibt Intergeschlechtlichkeit und diese Menschen müssen ein Recht haben, als intergeschlechtliche Menschen zunächst einmal aufzuwachsen. Und nur, wenn wirklich ... wenn da steht, das ist lebensbedrohlich, natürlich muss ich dann eingreifen, aber doch nicht kosmetisch. Und was heißt uneindeutige Genitalien? Das ist sicherlich ganz eindeutig, dass dieses Kind seine Genitalien hat. Und das muss man Eltern vermitteln. Und das kann man Eltern auch vermitteln. Das finde ich unglaublich wichtig.

Deswegen möchte ich als zweiten Punkt ... Also das mit der Gonadektomie, das erfahren wir auch so, dass den Eltern gesagt wird, da ist ein Entartungsrisiko, und Entartung bedeutet für alle ganz automatisch, oh Gott, das ist Krebs. Bei meinem Kind waren entartete Zellen da, das war aber überhaupt kein Krebs. Das waren einfach untypische Samenzellen. Okay. Also diese Angst setzt ja sofort ein, oh Gott, mein Kind kann Krebs kriegen, und dann sagt mir der Arzt, das muss raus, dann lassen wir das doch rausnehmen.

Und das Dritte, was ich noch anmerken möchte, Sie haben vorhin gesagt, Meilenstein BVG. Ja, okay, mag sein, aber wenn ich jetzt lese, dass da steht Weiteres als Geschlechtsbenennung, positiv vielleicht auch noch, und Eltern werden gefragt, was haben Sie denn bekommen, einen Jungen oder ein Mädchen, und die sagen, nein, Weiteres, finde ich klasse.

Vorsitzender: Danke schön. Frau Özdemir.

Abg. Cansu Özdemir: Vielen Dank, Herr Vorsitzender, vielen Dank Ihnen, unseren Auskunftspersonen. Es wurden ja jetzt schon viele Fragen ausführlich beantwortet, aber ich habe trotzdem noch einmal vor allem zu den Eingriffen, also der Hypospadie, aber auch der Konstruktion des Scheideneingangs, noch einmal eine Frage. Jede Operation ist ja risikoreich, unabhängig davon, wie lange, also wie viele Stunden, operiert wird, das bedeutet ja auch, dass es gerade für Kinder noch einmal eine enorme Belastung ist. Frau Katzer, Sie haben ja eben noch einmal auch deutlich gemacht, welche Gefahren eigentlich auftreten können, von Schmerzen bis Unfruchtbarkeit, nach solchen Eingriffen im Erwachsenenalter. Mich würde aber trotzdem zum einen noch einmal interessieren, wie heftig können wir diese chirurgischen Eingriffe einordnen. Also reden wir da wirklich von sehr großen Operationen, die auch während der Operation einfach eine Gefahr sind für die Kinder, für die Jugendlichen?

Zum anderen interessiert mich auch noch einmal, das ist der Punkt mit den Komplikationen auch, zum anderen interessiert mich eben diese Frage, was sich dahinter verbirgt. Zum anderen interessiert mich aber auch, das richtet sich vielleicht noch einmal an alle, die eben auch den Kontakt zu den Personen haben, ob sie auch Personen kennen, die im Erwachsenenalter es bedauert haben, dass sie als Kind nicht operiert wurden. Also ob Sie

diese Erfahrung gemacht haben, vor allem eben auch bei der Beratung, denke ich, war es vielleicht eine Frage, das würde mich einfach auch noch einmal interessieren. Ja. – Vielen Dank.

Vorsitzender: Vielen Dank. Frau Katzer bitte.

Frau Katzer: Jede Operation hat allgemeine und spezifische Risiken. Zu den allgemeinen Risiken gehören selbstverständlich Nachblutungen, Vernarbungen, Schmerzen, zum Teil auch länger anhaltende Schmerzen, Verletzung relevanter Strukturen, also Blutgefäßen und Nerven, was dann zu Taubheit oder auch Verletzungen von Blutgefäßen, zu Absterben und damit Verlust des Organs führen kann.

Ich habe bei dem Punkt, der eben erwähnt wurde, auch so ein bisschen vermisst, dass das UKE da nicht wenigstens ein paar Beispiele oder eine Auflistung der häufig primär dringlichen Operationen, die da erforderlich sein sollen, anführt. Vielleicht wird das ja noch andernorts getan oder nachgereicht.

Ein Unterschied zwischen den Kindern und den Erwachsenen liegt halt darin, dass bei Kindern, auch erst recht im Säuglingsalter, halt die gesamten physiognomischen Bedingungen noch etwas anders sind und dass sie zu dem Zeitpunkt ja sehr viel kleiner sind und deswegen auch der Operationssitus viel diffiziler ist, was sich zwar zum Teil durch Operationsmikroskope vielleicht kompensieren lässt, aber grundsätzlich können nach jeder Operation Umstände eintreten, sei es infolge der Operation, sei es infolge anderer Umstände, dass spätere Operationen nötig werden, und zwar auch, wenn die erste Operation eher elektiv war oder aufgeschoben hätte werden können. Und das ist dann sehr viel schwieriger für die Ärzte, weil aufgrund der Vernarbungen, die es notwendigerweise immer gibt, auch wenn sie weniger auffallen mögen, wenn in bestimmten Lebensaltern operiert wurde, ist dann die Gesamtsituation schwieriger und nicht einzuschätzen.

Ich habe Patienten gesehen, einige, die halt mit unterschiedlichen Diagnosen, auch zum Beispiel mit AGS, nicht im Säuglings-, Kindes- oder Jugendalter operiert worden waren und die damit durchaus nicht unzufrieden waren, sondern ganz ... insbesondere, nachdem sie mitbekommen hatten, was die Folgen von Operationen vieler anderer Kinder ist, eigentlich sogar ganz froh waren. Ich habe kein ... Ich kann mich nicht erinnern, eine Patientin oder einen Patienten gesehen zu haben, der mir als Erwachsener deutlich gemacht hatte, dass, nicht operiert worden zu sein wegen einer Variation der Geschlechtsentwicklung im Kindesalter einen dauernden und unwiederbringlichen Schaden dadurch bewirkt hat.

Diejenigen, die als Kinder und Jugendliche operiert worden waren, haben, wie auch schon diverse Studien zeigen, eine relativ hohe Unzufriedenheit im Erwachsenenalter, und diese hängt ja nicht nur mit dem Aspekt der Geschlechtszuordnung, sondern eben auch mit den anderen, schon vorhin erwähnten Aspekten zusammen.

Aufgrund dieser Konstellation scheint es oder halte ich es für sehr viel sinnvoller, Operationen, wenn kein unaufschiebbares, und ich meine jetzt eine unaufschiebbare körperliche Notwendigkeit, ein Schaden, der sonst eintritt, wie beispielsweise Nierenschädigung durch Harnstau oder wiederkehrende Infektionen oder dergleichen, wenn das nicht gegeben ist, dann diese doch aufzuschieben in ein Alter, wo selbst entschieden werden kann. Begleitend dazu ist es selbstverständlich unabdingbar, dass das Thema Variation der Geschlechtsentwicklung auch sonst in der Gesellschaft ankommt, was zwar schon mehr der Fall ist als vor 10 oder 20 Jahren, aber doch nicht in einer Art, die da möglich und nötig ist auch aus so einer sexualpädagogischen Haltung heraus.

Soweit erst einmal.

Vorsitzender: Ja, herzlichen Dank. Herr (...) ... Eine Nachfrage noch von Frau Özdemir? Bitte.

Abg. Cansu Özdemir: Genau. Ich habe noch einmal die Nachfrage, wenn wir von oder wenn die Eltern von diesen Komplikationen erfahren, das muss doch abschreckend wirken. Weil, für Eltern ist es doch keine einfache Entscheidung, wenn ihr Säugling, ihr Kind oder auch im Jugendalter dann einen chirurgischen Eingriff erleben muss. Das muss doch abschreckend wirken eigentlich.

Frau Katzer: Die Gesamtkonstellation, auch aufgrund der medikalisierten Beratungs- und Behandlungssituation, führt dazu, dass die allermeisten Ärzte eine sehr große Kompetenz ausstrahlen und auch in anderen Situationen ja durchaus in der Lage sind, eine Aufklärung auf eine Weise durchzuführen, dass sie nach juristischen Kriterien üblicherweise nicht belangt werden können oder nicht belangt werden.

Der Schrecken aufseiten der Eltern, ich kann mich dazu nicht so gut äußern wie vielleicht dann auch die Frau Rosen, aber kann zum einen unterschiedlich sein, in einigen Fällen gibt es bestimmte Formen von Intersexualität oder Variationen der Geschlechtsentwicklung, die familiär doch gelegentlich auftauchen, und auch die ganze Art und Weise, wie die Aufklärung der Mutter, der Eltern erfolgt, hat da einen erheblichen Einfluss darauf. Wenn das Ganze zunächst mit so einer gewissen dramatischen Haltung oder psychosozialer Notfall präsentiert wird, wo dann auch oft erst einmal die Frage ist nach der genauen Diagnose, die sich in 40 bis 50 Prozent der Fälle auch heutzutage noch nicht so stellen lässt bei bestimmten Oberformen der Variation der Geschlechtsentwicklung, dann wirkt das Angebot der Ärzte wie eine Lösung und kann wie eine Erleichterung wahrgenommen werden. Gleichzeitig, und das gilt auch für verschiedene Formen, ist es so, dass der Hinweis auf Selbsthilfestrukturen, auf Peer-Beratung, auch auf Selbsthilfe von Eltern für Eltern oder mit Eltern- und Familienschwerpunkt von vielen Ärzten anscheinend bis jetzt nicht so deutlich gemacht wurde, als dass es wahrgenommen wurde. Der Austausch der Eltern mit anderen Eltern und auch das Gespräch mit erwachsenen Betroffenen kann dann die Situation, die vorher auch aus so einer medizinischen Perspektive sehr für eine Operation gesprochen hat, doch meines Erachtens deutlich relativieren.

Vorsitzender: Frau Plett noch einmal dazu. Ja. Bitte.

Frau Dr. Plett: Ja, auf Ihre Bemerkung hin, die Eltern müssen doch einen Schrecken kriegen, wenn sie hören, was damit verbunden sein kann, das hängt ja mit der Entwicklung auch des Medizinrechts wiederum zusammen. Das, was heute unter informierter Einwilligung verstanden wird und seit der Behandlungsvertrag ja auch jetzt ex... das war ja vorher nur Rechtsprechung, ist ja jetzt seit ein paar Jahren explizit im Bürgerlichen Gesetzbuch geregelt, ja, das ist dann wiederum der Unterschied zwischen dem Recht, was wir lesen können, und dem Recht, wie es in der Tat gelebt wird. Also in juristischen Lehrbüchern zum Medizinrecht ist wunderbar nachzulesen, was alles zur Aufklärung gehört, bevor dann der Eingriff rechtmäßig ist. Also es muss Diagnose, Behandlungsalternativen, Nebenfolgen, Spätfolgen und alles, und im Falle von nicht einwilligungsfähigen Kleinkindern sowieso, aber auch noch von Minderjährigen insgesamt, muss diese Aufklärung auch den Eltern zuteilwerden.

Mittlerweile ist normiert, es muss dokumentiert... über die Aufklärung, das Aufklärungsgespräch, das ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist aufzubewahren. Zehn Jahre. Ja. Da sind wir ... Hier in unserem Bereich reicht das hinten und vorne nicht. Aber zugleich, wer liest nach, was dokumentiert wurde? Das wird doch nur nachgelesen, wenn es streitig wird. Und so, wie bisher die Situationen beschrieben wurden, kommt es da nicht zu einem Rechtsstreit. Weil, deshalb kommt es ja, sage ich auch als Juristin, wie schön wäre es, wenn wir jetzt sofort irgendwie das Gesetz hätten, alles so und so muss es sein. Das nützt nichts. Das muss auch ... Dieses Recht ist vom Buchstaben her immer

verbesserungswürdig und -fähig, aber schon einmal gar nicht so schlecht. Aber damit das auch umgesetzt wird, muss so viel Zusätzliches geschehen.

Und, ja, es wäre schön oder auch der medizinisch... Also da hat es mir ja als Nichtmedizinerin irgendwie doch ein bisschen ... bin ich gestolpert, wenn der Medizinische Dienst Nord mit Fragen dann ja auch nur hinterher und nicht vorher, wenn ich es richtig nachgelesen habe, befasst wird, zieht heran die Grundlage der Begutachtungsanleitung geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität für Interoperationen. Da fehlt es aber noch irgendwie auch an den jetzt fachspezifischen Grundlagen. Punkt, Punkt, Punkt, auf der letzten Seite. Ja. Ich hoffe, das hat noch ein bisschen dazugegeben.

Vorsitzender: Danke. Und Frau Rosen noch.

Frau Rosen: Ja, Sie haben vorhin nach den Folgen von Operationen für Kinder oder auch Jugendliche gefragt. Was man nicht außer Acht lassend darf, ist auch eine psychische Folge. Ich glaube, dass Eltern dann Operationen einwilligen, wenn sie meinen, sie tun dem Kind etwas Gutes, weil sie hoffen, dass das Kind dann nicht ausgegrenzt wird, weil sie meinen, dass das Kind sich dann als Mädchen oder Junge identifizieren kann, da sie nicht wissen, wie sich ein Kind als intergeschlechtlich identifizieren soll, wenn sie selbst gerade erst erfahren haben, dass es so etwas gibt.

Wenn Kinder, deren Eltern in der Kindheit, Kleinkindheit, oder im Säuglingsalter zugestimmt haben, später erfahren, dass ihre Eltern das gemacht haben, weil sie sagten, so konnten wir dich doch nicht lassen, dann darf man das nicht außer Acht lassen, dass das ganz, ganz schwere seelische Verletzungen sind. Und wir gucken hier immer nur auf Körper, aber wir müssen auch auf seelische Verletzungen schauen. Und die sind manchmal mit jahre- oder jahrzehntelanger Behandlung nicht wiedergutzumachen. Das wollte ich einfach noch einmal anmerken.

Vorsitzender: Danke schön. Herr Tode jetzt.

Abg. Dr. Sven Tode: Ja, vielen Dank. Vielen Dank auch an Sie. Wenn man hier so als unbedarfter Abgeordneter sitzt, dann hört man natürlich ganz unterschiedliche Statements aus Ihren jeweiligen Fachbereichen. Der eine spricht über Harnleiterstruktur, der nächste über die juristische Struktur, Sie als Betroffene, und zum Schluss oder bedeutend fand ich das, was Frau Dr. Schweizer sagte, dass Sie gar nicht miteinander sprechen, dass sie sozusagen auf einem Kongress in Bogotá waren und da waren vor allen Dingen ... Bitte?

(Frau Dr. Schweizer: Bologna!)

– Bologna, Entschuldigung, Bologna. Bogota wäre vielleicht schöner gewesen, aber egal.

... in Bologna waren und dann eine der wenigen Psychologinnen waren und eben dort eher vor allen Dingen Juristen und andere getroffen haben.

Das führt mich zu mehreren Fragen. Die eine Frage wäre, wenn Sie das so einschätzen, Sie waren ja auf diesem Kongress, wie steht Deutschland da? Was kann man international von so einem Kongress lernen? Wie ist da der Stand der internationalen Diskussion, wie Sie ihn mitbekommen haben?

Die zweite Sache, die Sie erwähnt haben, die ich nur kurz im Nebensatz kommentieren möchte, wir haben letztes Mal eine Anhörung zum NC gehabt und haben heute die Senatsbefragung dazu, dass heute Abiturienten Adorno und Butler nicht kennen, ist frustrierend, zumal es sich ja da um die Einserabiturienten handelt, die Medizin studieren, aber das ist ein anderer Punkt. Aber auch das wäre sicherlich dann vielleicht für die Ausbildung ein wichtiger Hinweis, dass man das dann entsprechend nehmen soll. Dass man

einfach die Frage von Geschlechtlichkeit generell, ob das in der Sprache ist, ob das in der Sexualität, ob das im Recht ist, vielleicht in diese jeweilige Ausbildungsstruktur mit hineinnehmen sollte. Wir sind ja ein Ausschuss für Wissenschaft und Gleichstellung, und dann ist es fast naheliegend, jedenfalls habe ich Ihre Statements verstanden. Vielleicht können Sie das ja noch einmal dann sagen.

Es führt mich aber vor allen Dingen zu der Frage, was wünschen Sie sich von dem jeweils anderen. Als Information. Was wünschen Sie sich als Mediziner von den Psychologen? Was wünschen Sie sich von der sozialen Arbeit? Was wünschen Sie sich als Juristin oder Jurist von den ... als Input? Was brauchen Sie, damit Sie quasi Ihre Arbeit jeweils in diesem Themenbereich gut erfüllen können? Das würde mich noch einmal interessieren.

Frau Rosen, Sie haben zum Schluss gesagt, das Bundesverfassungsgericht hat gesagt, es gibt etwas Weiteres.

(Frau Rosen: Nein, nein, das ist (...)!)

Ich weiß, das war (...). Die Frage ist, wie diskutieren Sie, Sie als Betroffene oder auch in Ihrem Verein, die Bezeichnungsstrukturen? Was würden Sie sich wünschen als Bezeichnung oder wie würden Sie damit umgehen oder was wäre Ihr Vorschlag? Vielleicht könnten Sie das einmal ... Nicht jetzt, sondern ich habe noch zwei Fragen. Sie müssen erst vom Vorsitzenden das Wort bekommen. Aber das würde mich noch einmal interessieren. Gibt es da kontroverse Diskussionen oder sind Sie da einig oder wie wollen Sie damit ... wie wollen Sie das haben?

Und schließlich, natürlich, da wir ja auch Gesetzgeber sind, Frau Professor Plett, vielleicht an Sie die Frage, Sie hatten vorhin gesagt, der rechtliche Rahmen ist noch ziemlich unklar. Sie hatten jetzt gesagt, Aktenproblematik, zehn Jahre, das müsste man doch relativ einfach lösen können, die Verjährungsfrage müsste man doch relativ einfach lösen können. Aber schließlich ist doch die Frage, welche rechtlichen Folgen sind für welche betroffenen Gruppen zu erwarten oder was würden Sie sehen, welche Strukturen es da gibt? Also so für die Eltern, für die Ärzte, für gegebenenfalls Hebammen. Wir machen auch demnächst eine Hebammenausbildung. Also die sind da sozusagen, die haben ja ohnehin schon große Schwierigkeiten in der rechtlichen Ansprache, sage ich einmal, müssen hohe Versicherungen bezahlen. Also welche Formen wären da aus Ihrer Sicht wünschenswert, dass man das berücksichtigt oder welche Vorgaben sollte der Gesetzgeber in diesem Fall tun? Also das wären sozusagen meine Fragen an Sie. Vielleicht ein bisschen viel auf einmal, aber kann ja der eine oder andere sich überlegen, was er dazu sagt. – Vielen Dank.

Vorsitzender: Vielen Dank. Ich glaube, die Frage richtete sich ziemlich an alle. Ich fange einmal bei Frau Rosen an, die hatte eben schon so zum Mikro sich bewegt. Das ist doch in Ordnung, bitte schön.

Frau Rosen: Ich fange erst einmal an mit der Frage, oder ja, mit meinen Wünschen an die Gesellschaft oder auch an Bildung. Es wurde vorhin gesagt, Abiturienten kennen oder Abiturient_innen kennen (...) nicht, okay. Biolehrer_innen kennen Intergeschlechtlichkeit nicht. Das habe ich selbst erlebt an meiner Schule mit einer Referendarin, die auch noch in Schleswig-Holstein Schwerpunkt Sexualerziehung studiert hatte und diese Ausbildung gemacht hat, die kannte es nicht. Und das ist erst einmal eine Voraussetzung, in der Bildung muss es, es muss ankommen in der Gesellschaft.

Zu Ihrer zweiten Frage. Wir haben ... ich habe Ihnen gesagt, Sie bekommen das auch als Vorlage von uns, Stellungnahme des Vorstandes, Intersexuelle Menschen e. V. Es hat eine Umfrage gegeben unter intergeschlechtlichen Menschen, auch unter den Angehörigen von intergeschlechtlichen Menschen, was denn eine positive Benennung sein könnte. Also "anderes" oder "Weiteres" finde ich ganz unselig, weil, das ist nichts Positives und macht

auch gleich wieder neue Fragen auf, wie, was denn nun "Weiteres". Wir haben zum Beispiel "inter" als positive Vorstellung. Das steht hier auch auf Seite 2 in dem Papier, was Sie bekommen haben, "inter" oder "divers" und "inter-divers". Also ich persönlich sage immer "inter", intergeschlechtlich übrigens, nicht intersexuell, weil dann gleich jemand kommt, da geht es um Sexualisierung und Frühsexualisierung, das hat ja mit Sex im Sinne von Geschlecht etwas zu tun und das hat nichts mit Sexualität zu tun.

Das sind meine Anmerkungen dazu.

Vorsitzender: Vielen Dank. Frau Dr. Schweizer vielleicht? Ja, bitte.

Frau Dr. Schweizer: Ja, danke, Herr Dr. Tode für die wichtigen Fragen. Aus Bologna, Bogotá, Bologna berichte ich gern, dass es mehrere interessante Erkenntnisse gab. Zum einen erlebe ich, dass mit großer Bewunderung nach Deutschland geschaut wird, gerade jetzt aufgrund des Bundesverfassungsgerichtsurteils, aber wir haben natürlich auch andere Länder, die uns vorausgehen, Malta, Australien, Südamerika, gibt es Länder, Neuseeland meine ich auch. Es gab einen Beitrag einer australischen Familienrichterin. Die hat berichtet über Entscheidungen über Genitaloperationen bei intergeschlechtlichen Kindern. Das ist eine neue Gesetzgebung in Australien seit einigen Jahren, dass dort Familiengerichte hinzugezogen werden. Wenn irreversible Maßnahmen im Kindesalter durchgeführt werden sollen, das ist ein Schritt, wird sehr kritisch gesehen von den Ärzt_innen dort. Die Ergebnisse waren insofern interessant und auch es ist erschreckend, dass gezeigt wurde, dass sehr inkonsistent entschieden wurde und auch jeweils das normative Verständnis der Richterpersonen dort sehr ausschlaggebend war. Ich glaube, das ist ein Grundproblem in dieser ganzen Thematik, dass die impliziten Normvorstellungen, in die wir retrainiert werden vom Tag unserer Geburt an, weil unsere Eltern uns schon irgendwie als Junge oder Mädchen denken, also seit es Pränataldiagnostik gibt, dass wir ... dass es einfach so wirksam ist dieses implizite Denken, und keinen Zwischenraum gedacht wird. Also ein anderes erschreckendes Ergebnis war aus Südafrika zu hören aus manchen Stämmen, wo es Schamanen gibt, die anscheinend dafür sorgen, dass intergeschlechtliche Kinder nach der Geburt getötet werden. Dann wurde diskutiert, ist dann eine Operation nicht besser. Also wurde provokant diskutiert, nicht. Um solch eine Tötung zu verhindern. Also, nur weil Sie jetzt ganz konkret nach dem internationalen Vergleich gefragt haben. Das hat mich wirklich schockiert, weil ich das wirklich nicht wusste. Und wir freuen uns ja, dass inzwischen auch die Theologie sich befasst mit Intergeschlechtlichkeit und sozusagen Intergeschlechtlichkeit als ein Geschenk der Schöpfung auch mitgedacht wird. Das meine ich eben, wie wichtig es ist, dass alle gesellschaftlichen Felder sich befassen.

Was ich mir wünsche von den jeweils anderen, das ist eine sehr schöne Frage. Ich glaube, das Erste ist sehr basal, ist Zeit und Zuhören. Zuhören müssen wir lernen, Zeit wünschen wir uns alle, aber Zeit muss eben institutionell auch möglich sein. Das ist bei solchen Kongressen natürlich sehr schön, aber ich habe kaum ..., also wir als Psychologen reisen da gern zu Mediziner_innenkongressen und zu Selbsthilfetreffen und zu Sozialwissenschaftler_innen, weil wir selbst so eine Zwitterwissenschaft sind. Uns gibt es erst hundert Jahre und wir sind zwischen Natur und Geisteswissenschaft irgendwo angesiedelt und wir lernen, glaube ich, uns auch anzupassen und Sprachen zu übersetzen. Aber das ist wirklich ... ich habe kaum fruchtbare Konferenzen jetzt in den letzten zwölf Jahren, seit ich am UKE zu dem Thema arbeite, erlebt, wo Mediziner_innen und Jurist_innen und Psycholog_innen und Erfahrungsexpert_innen und Sozialwissenschaftler an einem Tisch sitzen und nicht nur, wie es ja oft ist in einer Podiumsdiskussion, Eingangsstatement, Eingangsstatement, Eingangsstatement, Abschlussstatement, Abschlussstatement. Also wieder Zeit und Zuhören, wie es heute auch, finde ich, ganz exemplarisch positiv läuft hier, ist ein Kernelement. Es ist so einfach, aber es wird nicht praktiziert und die NC-Geschichte ist ja auch eine Frage, ob es gut war, das 13. Schuljahr abzuschaffen, ich glaube nicht, weil Reifung, wir werden immer älter, schadet keinem und Wissenszuwachs und so das Studium

generale, das ich nach wie vor wichtig finde, ist damit ja auch abgeschafft worden, was es früher ja die Oberstufe bringen sollte.

Also das wünsche ich mir. Ich wünsche mir aber auch, dass eben so Koordinatorenpersonen, die sozusagen den Diskurs oder die Übersetzungsarbeit auch leisten, ... Zum Beispiel wollte ich gern rückfragen, es gibt ein Vorurteil bei den Operationen, das sich hartnäckig hält in der Medizin und in der Chirurgie, dass am Gewebe eines Babys das Operieren ganz einfach ist. Und auch in manchen Statements heißt es, die Narbenbildung ist nicht so schlimm und die Komplikationsrate ist geringer, und das ist etwas, wo ich gern selbst noch mehr lernen würde, weil, da gibt es eben auch wie in allen Disziplinen auch verschiedene Lehrmeinungen, die aufeinanderclashen, und das konstruktive Streiten und sich aber auch zuhören und bereit zu sein, von seinem Expertenross runterzukommen und zu sagen, das weiß ich jetzt gerade selbst nicht, das müssen wir nicht bei Intergeschlechtlichkeit alle. Wir wissen nicht, wie die Geschlechtsidentität sich entwickelt, wird es ein Junge, wird es ein Mädchen, wird es ein Inter-Kind im Selbsterleben. Das fällt uns, glaube ich, schwer, weil wir Expert_innen sind und sein wollen, ungern demütig sind und zugeben, wo wir was nicht wissen. Und ich glaube, das muss in die Mediziner_innenbildung rein. Das versuche ich als Psychologin in meiner Lehre jede Woche auch zu lehren, aber das ist schwierig. Wenn ich den weißen Kittel umkriege, den kriege ich ja recht schnell um, schon im Praktikum, und dann muss ich was hergeben, was ich noch gar nicht bin. Und dieses ... also das Zeit und Zuhören und den Perspektivwechsel zu trainieren, ist etwas, was man lebenslang, glaube ich, machen muss.

Aber ich glaube, es braucht tatsächlich jemand, der auch diese, wie ich es noch einmal sagte, in solch einem Hamburger Projekt, was es geben sollte, wo eine Koordination zusammenläuft und wo Zeit und Raum dafür ist, auch die Menschen an einen Tisch zu bringen. Weil, das Interesse ist auch groß, auch bei den ärztlichen Kolleg_innen, und es braucht nur auch die Ressourcen dafür.

Vorsitzender: Vielen Dank. Frau Plett. Oder?

(Zuruf: Ja!)

Frau Plett.

Frau Dr. Plett: Ressourcen ist schon einmal ein gutes Stichwort hinsichtlich meiner Wünsche und Sie hatten ja einige gesellschaftliche und berufliche Gruppen genannt. Ich wünsche mir natürlich, dass die Hebammen nicht so gezwiebelt werden, wie sie im Moment gezwiebelt werden. Das ist also ein ganz wichtiger Beruf und eine Tätigkeit, wo Zeit erforderlich ist, und das gilt letztlich für alle. Also Katinka Schweizer kenne ich nun ja oder durch unsere jeweilige Arbeit, also wir kennen uns schon recht lange, Zeit und Zuhören kann ich sofort zustimmen, aber eben sozusagen, dass das vielleicht auch irgendwie noch institutionalisiert werden könnte. Ich fühle mich immer sehr wohl, wenn ich mit Menschen, die andere Lebenshintergründe sowieso, aber auch berufliche und fachliche Hintergründe haben, tausche ich mich immer sehr gern aus. Aber ich bin ja auch wiederum nur eine Person und deshalb sozusagen einen kleinen Hoffnungsschimmer habe ich. Als ich anfang, auch in dem Thema zu unterrichten, habe ich immer mindestens zwei Unterrichtseinheiten gebraucht, um den jungen Studierenden überhaupt die Problematik zu vermitteln, manchmal noch länger. Das ist ... also jetzt unterrichte ich seit drei Jahren nicht mehr, aber davor, das ist sehr viel schneller gegangen. Also oft haben die auch, wenn sie ... ich habe gefragt, schon einmal jemand gehört davon, nein, aber die haben zusammen irgendwie nach einer halben Stunde schon kapiert. Also es ist insgesamt gerade ein bisschen was in Bewegung geraten und auch in, sozusagen unter Juristen, Juristinnen gibt es jetzt auch mehr, die als Auskunftspersonen fungieren können.

Ja, aber dass das vielleicht eben dann nicht nur zwischen Menschen A, B, C, D, E, die sich dann bei solchen Gelegenheiten treffen und wunderbar verstehen und ergänzen und bereit sind, voneinander zu lernen, weil, das muss dann ja wieder in die jeweiligen Professionen zurück. Also auch da irgendwie ein institutionalisierter Austausch. Und – ja, also Bundesverfassungsgericht, sozusagen, ich hatte mich ja, als ich dann an der Verfassungsbeschwerde mitschrieb, eben dafür eingesetzt, was von der Antrag stellenden und dann beschwerdeführenden Person begehrt wurde, dass ein positiv benannter Antrag für die erwachsende Person möglich ist neben dem Offenlassen. So. Ja, Begriff, was soll gewählt werden jetzt? Das Bundesinnenministerium hat "Weiteres" gesagt. Ich finde, es muss noch sehr diskutiert werden und es sollten vielleicht auch Vorschläge aufgegriffen werden bei allen, die Eintragung auszusetzen, bis sie ...

(Zuruf)

... bis sie auch sozusagen auch darüber, über das Registergeschlecht bestimmen können, weil, das Bundesverfassungsgericht hat ja nur gesagt, sozusagen, oder hat es auf Erwachsene bezogen, war ja auch nur beantragt, kann ja nicht drüber hinausgehen, aber hat es damit auch begründet, dass es sozusagen dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht unterliegt, der entwickelten Persönlichkeit, wie sie ihr Geschlecht empfindet. Wenn jetzt "Weiteres" ab Geburt möglich ist, das ist ja gar kein, dann wird ja etwas registriert, was gar nicht eigentlich registriert werden sollte, es soll ja das individuelle persönliche, selbst geäußerte Geschlecht registriert werden nach der Entscheidung aus Karlsruhe und nicht das medizinisch bestimmte nach Geburt. Und insofern Bundesinnenministerium-Referentenentwurf verlangt ja auch medizinische Bescheinigung. Das passt irgendwie nicht zusammen und ich bin sicher, da werden jetzt im Anhörungsverfahren viele Stellungnahmen eingehen, die das auch aufpieksen, aber das kann natürlich auch Hamburg über den Bundesrat in das Gesetzgebungsverfahren mit einbringen und darauf aufmerksam machen, wenn sie dann noch mehrheitlich zu der Auffassung kommen. Das sollte so sein.

Ja, Ausbildungsstrukturen, könnte ich nur andere und mich selbst wiederholen. Deshalb erst einmal so weit. Oder ist eine Frage unbeantwortet?

Vorsitzender: (...)

Abg. Dr. Sven Tode: Ja, ich hatte noch gefragt nach den rechtlichen Folgen ...

Vorsitzender: (...) noch einmal dürfen, Herr Tode. (...)

Abg. Dr. Sven Tode: Das hatte ich gerade gefragt, aber Sie (...)

Vorsitzender: (...)

Abg. Dr. Sven Tode: Deswegen konnte ich es leider nicht. Aber ich frage noch einmal. Darf ich noch einmal nachfragen?

Vorsitzender: Herr Tode, herzlich gern.

Abg. Dr. Sven Tode: Danke schön, Herr Vorsitzender. So ist das hier bei uns.

Frau Professor Plett, ich hatte noch einmal gefragt nach dem rechtlichen Rahmen. Also Sie hatten vorhin gesagt, die Aktenproblematik ist eine, zehn Jahre, das müsste man doch relativ einfach ändern können. Das Zweite war die Frage, die Sie im Eingangsstatement gesagt haben, Verjährung. Auch das müssten Sie, glau ..., müsste man ändern können.

Frau Dr. Plett: Ja, ...

Abg. Dr. Sven Tode: Und das Dritte, was ich gefragt habe, waren die rechtlichen Folgen. Also sozusagen, was passiert, wenn zum Beispiel ..., das hatten wir ja vorhin das Beispiel, die Eltern entscheiden etwas und Sie hatten vorhin eingangs gesagt, das betroffene Kind könnte dann theoretisch klagen. Und wie sind die Strukturen, welche Formen gibt es da, gibt es Unterstützungen, welche Strafandrohungen gibt es? Und das Gleiche gilt eben für Ärzte oder eben, und das war mein Beispiel, Hebammen. Weil wir ja vorhin die Frage hatten, es wird sozusagen medizinisch – das haben Sie eben auch noch einmal gesagt – medizinisch bestimmt, was es für ein Geschlecht ist. Also das tut die Hebamme oder der Arzt, der sozusagen die Geburt vornimmt, oder die Ärztin. Gibt es da sozusagen strafbewährte Vorschläge oder Ideen oder wie wird das sozusagen künftig gehandhabt oder was wäre Ihr Vorschlag, weil Sie ja, wie Sie eben ja gesagt hatten, selbst die Beschwerdeführer unterstützt haben? Was wäre sozusagen aus Ihrer Sicht die juristisch richtige Vorgehensweise in diesem Zusammenhang?

Vorsitzender: Vielen Dank. Dann Frau Plett noch einmal. Und ich glaube, Frau Katzer hatte sich eben auch noch einmal ..., bitte, Frau Plett.

Frau Dr. Plett: Also zur Aufbewahrungsfrist, ist Bundesrecht, BGB, Hausnummer habe ich jetzt nicht im Kopf. Es gibt aber noch Spezialgesetze, Strahlenuntersuchung, gibt es längere Aufbewahrungsfristen, die dann aber auch teilweise wieder widersprüchlich sind, wenn ich sie jetzt auf analoge Anwendbarkeit in Bezug auf Dokumentationen im Zusammenhang mit Intergeschlechtlichkeit beziehe. Also es ist nicht ganz so trivial, es wäre mehr als ein Federstrich. Da müsste man auch noch einmal genauer hingucken, was alles davon betroffen ist. Dasselbe gilt für Verjährung, weil wir haben ja Verjährungsstrafbarkeit, wir haben Verjährung für Schadensersatzansprüche. Die Verjährungen sind ..., die bürgerlich-rechtlichen sind einerseits verkürzt, andererseits aber dann doch auch wieder für Körperschäden nicht mehr so einfach wie ehemals, einfach 30 Jahre, sondern da muss man auch genauer hingucken, Strafrecht muss man auch genauer hingucken, weil es von der Strafbarkeit abhängt. Im Zusammenhang mit der sexuellen Selbstbestimmung ist sozusagen ausgesetzt, dass die Verjährungsfrist erst ab Volljährigkeit beziehungsweise Kenntnis zu laufen beginnt, aber sexuelle Selbstbestimmung im Strafgesetzbuch ist etwas anderes als die Selbstbestimmung des intergeschlechtlich geborenen Menschen über seinen Körper. Wurde ja schon erwähnt. Intergeschlechtlichkeit deshalb und nicht Intersexualität. Also auch da müsste sozusagen etwas länger genauer hingeguckt werden, aber das sind auf jeden Fall die (...) von mir.

Zu den Formen, in der Dissertation, die mit dem Titel, unter dem Titel "Die Grenzen der elterlichen Sorge bei intersexuell geborenen Kindern" – da war es noch intersexuelle Kinder –, 2012 veröffentlicht, die kommt auch zu dem Vorschlag, dass Eltern ... Also es ist ja eine Dreierkonstellation, Kind, Eltern, Medizinsektor, sage ich einmal, aber solange das Kind nicht reden kann, ist es eine Zweierkonstellation und sozusagen das Kind fällt aus der Debatte raus. Das macht das so schwierig. Deshalb wäre es wünschenswert, auch zur Entlastung der Eltern, dass eine dritte Instanz draufguckt. Da gibt es unterschiedliche, also Anwalt des Kindes, ist in anderem Zusammenhang auch schon einmal eingeführt worden, oder eben doch Familiengericht. Aber da gibt es auch wieder Bedenken. Sollen vor allem auch von medizinischer Seite, sollen dann die Richter statt der Ärzte entscheiden, sind doch keine Mediziner? Oder dann kommt ja doch nur ein Gutachter hin und dann folgt der Richter oder die Richterin dem Gutachter. Das bläht alles unnötig auf, das kann es nicht sein. Dafür habe ich ..., aber das ist sozusagen als Form meine Wunschvorstellung und geht noch ein bisschen über das hinaus, was meine Doktorandin damals selbstständig erarbeitet hat oder ein bisschen anders. Also da war ich auch etwas anderer Meinung als sie. Aber ich stelle mir vor, dass das Gericht, und Familiengerichte haben Erfahrungen mit Kinderbefragung aus Scheidungsverfahren oder Trennungsverfahren oder Unterhaltsanspruchsverfahren, dass die Kinder befragt werden, wenn Minderjährige noch im Spiel sind und nicht nur die Ärzte, was muss gemacht werden, sondern ob sie aufgeklärt worden sind. Und das können natürlich Gerichte machen anhand der Kataloge, die es im Medizinrecht gibt. Ob das Kind

das verstanden hat und ob sozusagen da die Voraussetzungen eingehalten sind, wenn es nicht überhaupt zum Verbot an Minderjährigen kommt. Dann wäre natürlich sozusagen so eine dritte Instanz entbehrlich, weil dann alles rechtswidrig wäre, hätte natürlich auch dann die große Signalwirkung. Aber ich denke auch, wenn es ... ein explizites Verbot ist nötig, weil das implizite, durch Auslegung ermittelte Verbot nicht trägt oder nur in sehr geringem Maße.

Vorsitzender: Frau Katzer bitte.

Frau Katzer: Ja. Ich freue mich erst einmal, dass wir hier ja alle offensichtlich doch recht interdisziplinär nicht nur aufgestellt sind, sondern soweit ich es sagen kann, kenne ich die Kolleginnen alle ja schon aus auch unterschiedlichen Zusammenhängen. Und denke, wenn ich jetzt so an diese Frage, was die verschiedenen Berufsgruppen da tun können und sollten, vielleicht zuerst einmal auch als eine Ermutigung an meine eigenen ärztlichen Kollegen, anders als vielleicht im Studium oft üblich, mehr Dinge auch zu fragen, überliefertes Wissen infrage zu stellen und auch die Kontexte zu prüfen, in denen bestimmte Einschätzungen getätigt wurden, sich selbst auch Zeit zu nehmen, den Patientinnen und Patienten und auch den Eltern zuzuhören und auf eine Weise zu erklären, die dann auch wirklich dem Verständnis und nicht nur der Befriedigung einer rechtlichen Voraussetzung dient. Denn letztlich sind ja alle auch nur Menschen und können früher oder später ja auch in die Situation kommen, als Patientin oder Patient auf einen Kollegen angewiesen zu sein und dann wollen wir ja auch, wenn es nicht unser eigenes Fachgebiet ist, doch gut beraten werden.

Von den Lehrern und Pädagogen wünsche ich mir, was Frau Rosen ja zum Teil schon gemacht hat, dass das Thema Intersexualität im ... Oder ich muss kurz ergänzen, aufgrund dessen, dass ich mich mit vielen dieser Fragen schon vor über 25 Jahren beschäftigt habe, sage ich relativ häufig Intersexualität. Das soll jetzt aber nicht normativ sein, sondern spiegelt vielleicht eher wider, dass ich auf solche, in Bezug auf diese Fragen schon länger mich beschäftigt habe und soll nicht heißen, dass andere Begriffe falsch oder nicht sogar besser sein können. Deswegen zu ... Das halte ... Dass generell thematisiert wird, ohne sich jetzt in einzelne Syndromkategorien zu verlieren, was Ärzte gern machen und was sicherlich schon bei Ärzten ein Problem sein kann, aber über das hinausgeht, was wahrscheinlich im schulischen Kontext und mit Kindern und Jugendlichen sinnvoll ist, sondern dass da vielmehr auch eine Bereitschaft vermittelt wird anzuerkennen, dass es zu ganz vielen körperlichen Merkmalen eben auch Merkmale der Geschlechtsmerkmale, ein breites Spektrum an Ausprägungen, gibt. Und dass diese Variationen kein Grund sein sollten, im Alltag Kinder auszugrenzen oder zu ärgern, sagte man früher, jetzt heißt es Bullying oder Mobbing oder andere Begriffe, die mir vielleicht nicht so leicht über die Lippen kommen, weil letztlich auch die Kinder, die über ihren eigenen Körper, über Geschlechtsmerkmale, über sich Bescheid wissen, auch generell stärker sind und selbstbewusster und besser sich gegen auch andere Übergriffe wehren können. Dabei weise ich auch insbesondere darauf hin, dass ein Reihe, vielleicht so Dreiviertel der Formen von Variationen der Geschlechtsentwicklung, ja auch erst im jugendlichen Pubertätsalter auffallen und wenn das dann ein Grund ist, geärgert zu werden, vielleicht sogar nicht nur durch Mitschüler, sondern vielleicht auch noch durch unbedarfte Lehrer, dann ist es etwas, was sich hoffentlich ändert und ändern wird durch auch bessere Lehrerschulung inklusive Themenbereich Geschlecht und Sexualität.

Wenn ich mir vergegenwärtige, dass die allermeisten intersexuellen Menschen mit Formen von Variationen der Geschlechtsmerkmale als Erwachsene wenig Probleme haben, sich im Alltag als Frau beziehungsweise Mann einzuordnen und sich gewöhnlich auch selbst so sehen und dass das meistens genauso ist, wie sie als – meistens, nicht immer – wie sie als Kind aufgewachsen sind und man ihnen ... Wir laufen alle, wenn wir nicht gerade am FKK-Strand oder in der Sauna sind oder zu Hause, bekleidet rum, bekleidet sieht man es den meisten auch nicht weiter an, egal ob sie operiert worden sind oder nicht. Vor diesem Hintergrund wünsche ich mir auch so ein wenig ... oder wünsche ich mir vonseiten Psychotherapie, Psychologie, psycho- ... psychische Disziplinen aus dem Medizinumfeld

und -betrieb da auch vielleicht oder da auch nicht so sehr diesen Fokus auf Geschlecht und Geschlechtsidentität zu sehen, sondern auch andere Aspekte für richtig zu erachten. Meiner Erfahrung nach ist es so, dass Erwachsene, die allermeisten Erwachsenen, die nicht gerade in einem Zustand sind, wo ihr Urteilsvermögen erheblich eingeschränkt ist, nach ausführlicher Aufklärung über Möglichkeiten, Alternativen und Konsequenzen über sich, über ihr eigenes Leben und auch ihren eigenen Körper zu entscheiden und da nicht ... und sich da freuen, wenn psychotherapeutische und psychologische Begleitung angeboten wird, aber eben keine Bevormundung, wie es de facto meiner Beobachtung nach oft noch der Fall ist.

In Bezug auf den Umstand, dass die meisten sich als Frau oder Mann einordnen natürlich, und ich begrüße das Bundesverfassungsgerichtsurteil, eine dritte benannte Kategorie einzuführen oder wenn ich es richtig verstanden habe – das muss ich noch einmal infrage stellen –, den Geschlechtseintrag, den bürokratisch-juristischen ganz abzuschaffen. Auch das möchte ich durchaus als eine mögliche Option sehen.

Die beschwerdeführende Person hat in Interviews sowohl aufseiten der dritten Option als auch in verschiedenen Medien, die insbesondere ich im Internet gesehen habe, auch deutlich darauf hingewiesen, dass es ihr ein wichtiges Anliegen ist, dass Operationen an Kindern nicht stattfinden, außer wenn die halt unabdingbar sind, und zwar aus wirklichen Gründen, wie ich eben schon erzählt habe und nicht weil ... und nicht aus einer Tradition oder einer Grundhaltung, die andere Bedürfnisse, als die des Kindes sieht. Diese Umstände habe ich leider etwas in dem Verfassungsgerichtsurteil vermisst, wobei das ja nicht heißt, dass sich Juristen da nicht zu äußern und äußern können.

Ich bin insofern auch nicht gegen eine, sondern ich finde, dass das weiterverfolgt werden soll, aber nicht als ... nicht zum Ablenkungsmanöver werden darf, was die anderen Aspekte, die hier auch schon reichlich erwähnt wurden, zu regeln gilt. Von juristischer Seite wünsche ich mir, nachdem ich von Mitte der Neunzigerjahre bis vielleicht so 2005 gedacht hatte, na, die Ärzte müssten ja eigentlich mit ihren Fachgesellschaften und ihrem Wissen selbst darauf kommen, dass diese Operationen nicht sinnvoll sind und wir jetzt erst seit relativ Kurzem, seit zwei Jahren diese neue Leitlinie haben, de facto scheint mir von juristischer Seite und nötig zu formulieren ein gesetzliches strafbewährtes Verbot von Operationen, etwa in Anlehnung an das, was im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung steht oder halt, was ich oder andere hier schon formuliert haben. Wobei da auch zu berücksichtigen ist, dass eine Verjährung nicht die Rechte einschränken soll und dass auch die ... und dass, als auch um Taten geht, die nicht dadurch legal sein sollten, dass sie im Ausland ausgeübt werden sollen. Grundsätzlich, auch wenn das von juristischer Seite nicht so gesehen wird, handelt es sich ja bei diesen Operationen auch um Eingriffe in die sexuelle Selbstbestimmung des Kindes oder des Menschen, der ja später sehr wahrscheinlich erwachsen werden wird.

Meiner Erfahrung nach sind Menschen, die über sich selbst entschieden haben, selbst wenn es dann nicht so gut ausging, immer noch im Allgemeinen selbstbewusster und wirklicher als jene, die erlebt hatten, dass über sie entschieden wurde, auch wenn das objektive Ergebnis vermeintlich besser scheint. Auch würde ich mir sehr wünschen, wenn von juristischer Seite klargestellt wird, dass auch vorherige Fälle so alt wie möglich dann doch durch Schadensersatz und Schmerzensgeld oder irgendeinen Fonds das Leid, das viele der Betroffenen erlitten haben, doch eine gewisse, einen gewissen Ausgleich findet.

Soweit mein Rundumschlag.

Ach so, international. Es gibt nationale und internationale Konferenzen, Deutschland ist da so ein bisschen in den Blickpunkt geraten, auch wegen der neuen Leitlinie, auch wegen des Verfassungsgerichtsbeschlusses. Malta wurde eben schon erwähnt.

Ich denke, ja, wir haben und brauchen auch den Austausch international, und ich habe dabei auch gesehen, dass insbesondere Betroffene zu nationalen und auch internationalen

Kongressen wie beispielsweise den DSD-Symposien hinfahren und sich da durchaus auch einbringen und beteiligen. Und das gilt es zu fördern und wertzuschätzen und nicht als Störung zu betrachten. – Danke schön.

Vorsitzender: Vielen Dank. Ich möchte noch einmal sagen, wer noch alles auf der Redeliste steht, und würde dann den Vorschlag machen, dass wir die Redeliste nach denjenigen, die jetzt noch draufstehen, schließen. Momentan habe ich noch Herrn Celik, Frau Dobusch, Frau Kammeyer, Frau Vértes-Schütter, Herrn Giffei und mich selbst. Wenn ich keine anderslautenden Meinungen sehe, dann schließen wir die Redeliste. Herr Celik bitte.

Abg. Deniz Celik: Ja, vielen Dank. Ich möchte auch mich bedanken bei den Expert_innen. Sie haben ja schon sehr viele Fragen beantwortet. Und an Frau Schweizer möchte ich noch einmal den Vorschlag machen, dass Sie Ihr Modellvorhaben allen Fraktionen noch einmal zur Verfügung stellen, weil wir nach der Sommerpause gleich Haushaltsberatungen haben, und das wäre doch der perfekte Zeitpunkt.

Meine Fragen. Zum einen haben wir in unserer Großen Anfrage auf Seite 4 erfahren, dass für die Eltern, die eine Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung ... also Beratungsangebote zur Verfügung gestellt werden. Allerdings wissen wir nicht oder erfahren wir aus der Antwort nicht, in wie vielen Fällen diese Hilfen oder Beratungen angenommen werden, also ob jetzt auch wirklich auch auf nicht ... Beratungsangebote außerhalb der Kliniken verwiesen wird. Das wäre noch einmal eine sehr spannende Frage, weil wir auch ... weil auch jetzt die Aussage getroffen wurde, dass Intergeschlechtlichkeit keine Krankheit ist. Von daher ist es, glaube ich, auch wichtig, dass es auch nichtmedizinische Beratungsangebote gibt.

Es wurde ja auch gesagt von Frau Rosen, dass zum Beispiel von keinem Hamburger Krankenhaus das Angebot der Peer-Beratung angenommen wurde. Da würde ich auch gern noch einmal fragen, wie hängt das zusammen, dass diese Beratungsangebote nicht in Anspruch genommen werden, und wäre es vielleicht auch sinnvoll, diese Beratung obligatorisch durchzuführen. Weil, ich kann mir auch vorstellen, wenn da Angebote zur Verfügung stehen, aber die Eltern nicht ausreichend informiert werden, dass die das gar nicht in Anspruch nehmen.

Dann wäre noch meine Frage, ob es Erkenntnisse gibt darüber, dass zum Beispiel Kinder auch, die zwar hier in Hamburg geboren werden, auch vielleicht in anderen Bundesländern operiert werden, also so etwas wie ein OP-Tourismus. Gibt es dazu irgendwelche Erkenntnisse?

Meine letzte Frage wäre noch einmal an Frau Plett. Wir haben mit Krankenkassen auch gesprochen und auch gefragt, warum werden diese Operationen, die nicht medizinisch notwendig sind, überhaupt finanziert und bezahlt. Und da haben wir die Antwort erhalten, dass diese Operationen so lange finanziert werden müssen von den Krankenkassen, solange es keine strafrechtlich ... also keine Klarstellung im Strafgesetzbuch gibt. Können Sie vielleicht etwas dazu noch sagen?

Vorsitzender: Vielen Dank, Herr Celik. Ich schau einmal in die Runde. Frau Rosen? Bitte.

Frau Rosen: Ja, noch einmal zu dieser Frage auch, warum das nicht angenommen wird von den Krankenhäusern. Das ist eine Frage, die haben wir auch. Denn es steht in den Leitlinien drin, auf Seite 13 steht: "Ebenso ist eine qualifizierte Peer-Beratung wertvoll". Da geht es um die Beratung und das Therapiekonzept. An einer anderen Stelle steht, da geht es darum, wenn Operationen gemacht werden: "Des weiteren steht er" – der Operateur – "in der Pflicht, in der Beratung die Option der Peer-Beratung und der weitergeführten und wieder aufzunehmenden psychologischen Mitbetreuung anzubieten." Das steht da drin. Also es müssen einfach die Leitlinien umgesetzt werden, das wäre schon einmal ein guter Schritt.

Vorsitzender: Noch jemand? Frau Plett? Bitte.

Frau Dr. Plett: Ja, also Erstattung, solange es nicht strafbewehrt ist, das ist ja natürlich eine super tolle Antwort, weil auch Behandlungen, die nicht so kompliziert sind oder nicht so komplex sind ... Wenn ein Zahn gezogen wird, der nicht krank ist, dann ist das eine Körperverletzung und dann dürfte eigentlich ...

(Zuruf: Auch wenn er krank ist!)

Ja, das ist die Frage, wie ist es bei Medizin ... sozusagen den unstreitigen, klassischen Medizinschadenfällen, da hat dann ja die Kasse gegen die behandelnden Mediziner_innen möglicherweise einen Regressanspruch. Dass Patienten, die ... nicht auf den Kosten sitzenbleiben von Fehlbehandlungen, das sollte sich verstehen. Das ist dann ja auch wieder eine Dreieckskonstellation.

Aber es zeigt offenbar auch, dass auch da alles ein bisschen dafür spricht, durch eine explizite Strafbarkeit irgendwie die Sachen deutlicher zu machen. Ich will jetzt nicht ... Da kann man ganz lange drüber reden, über jetzt auch noch private und gesetzliche Krankenkasse und wer bezahlt unter welchen Voraussetzungen was, ist ein weites Feld, sollte im Auge behalten werden, und Einsparungspotenzial ist möglicherweise ja auch drin. Vielen Dank für die Frage und ist jetzt nur eine oberflächliche Antwort, aber die Zeit ist ja auch schon ein bisschen vorgeschritten. Wenn Sie es einfach im Auge behalten und vielleicht noch einmal dann weiter einbringen, wäre es gut.

Vorsitzender: Frau Schweizer.

Frau Dr. Schweizer: Ja, danke für die Fragen. Zu der Frage nach den Erkenntnissen, ob es einen OP-Tourismus gibt, kenne ich keine Zahlen, aber ich vermute, dass es den gibt. Das höre ich von Behandlern, medizinischen, die sich ... die gelernt haben, sich zu verweigern, nicht notwendige Operationen zu machen, die dann auch sagen, ich weiß nicht, wo die Familien da hingehen, aber das ist ja nicht meine Verantwortung dann. Aber ich höre es eben auch von ... Ich höre aus anderen Bundesländern, dass da munter operiert wird.

Die psychologische Mitbetreuung, die in den medizinischen Leitlinien der AWMF, der wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaft, gefordert ist, klingt so schön, und die gibt es vielleicht in manchen Kinderkrankenhäusern, wo es vielleicht eine pädiatrische Psychologin gibt, die sich dann mit chronischen Erkrankungen auskennt wie Diabetes, im onkologischen Bereich eingesetzt ist. Und meine Erfahrung ist, dass es da ein Bemühen gibt, aber auch wenig Know-how im Intersex-Bereich. Und die Forderung der obligatorischen Beratung, die stellen wir schon lange, sie ist jetzt eben auch drin in den Leitlinien, aber es fehlt an der ganz praktischen Umsetzung. Und es gibt eben tatsächlich einen Unterschied, wenn eine Psychologin eine von ... in einem Team ist mit sieben Mediziner_innen. Die Mediziner_innen sind die Mächtigsten mit den Juristen in den Akademikerberufen, weil die einfach Entscheidungsmacht haben über die Menschen, die in einem Land leben. Das ist so meine Erfahrung.

Vielleicht ist das auch der Grund, weshalb die so wenig miteinander reden. Weil die ihre Machtreviere behalten. Ich rede jetzt ein bisschen umgangssprachlich, das ist für das Protokoll vielleicht ein bisschen gefährlich, aber das ist meine Erfahrung. Und als einzelne Psychologin bei zehn Mediziner_innen bin ich die Hilfspsychologin oder die Window-Colouring-Psychologin, die dafür sorgt, dass es ein psychosoziales Angebot gibt, aber es ist einfach ... oft haben die psychosozialen Kräfte so ein bisschen Alibifunktion gehabt. Das ist gerade im Intersex-Bereich so. Und deshalb ist es absolut notwendig, wie Sie fordern, dass es auch unabhängige Beratungsangebote gibt. Und dass die Peer-Beratung, die es eben gibt, mit eingebunden ist.

Ich selbst verweise da auch drauf, verteile die Flyer, sowohl am UKE als auch bei den Tagungen, wo ich bin, und in der Lehre, die ich nicht nur im UKE mache. Warum es nicht in den anderen Bereichen genutzt wird, vermag ich nicht zu sagen, das ist bedauerlich, aber ich vermute, es liegt an diesen Dingen der geringen ... der verbesserungsfähigen Vernetzung und der mangelnden Zeit oftmals und vielleicht oft auch dem fehlenden Kenntnisstand.

Wenn die Peer-Beratung finanzielle öffentliche Mittel erhält, um auch das Peer-Beratungscurriculum, das ja entwickelt ist, weiter am Leben halten zu können, wo Niedersachsen Hamburg ein Stück voraus ist, da kann Hamburg eigentlich einen guten Wettbewerb mit Niedersachsen anfangen. Wäre schön für Norddeutschland. Wenn die auf gesicherte Beine gestellt würde, dass die Peer-Beratung, also die Peer-to-Peer, Betroffenen helfen den Betroffenen, oder Erfahrungsexpert_innen unterstützen andere, wenn die weiter professionell fundiert ist, dann ... dass die, die diese Ausbildung tragen, auch in die Krankenhäuser gehen können und einmal einen Infotag machen können und den Raum bekommen, vom Institutsdirektor vorgestellt werden. Also wir müssen die Dinge eben nicht nur ... auch von top down auch zur Priorität machen. Und da bin ich ganz hoffnungsvoll. Aber es fehlen Zeit und Ressourcen und die Leute, die das Intersex-Know-how haben, die dafür auch dann freigestellt werden könnten.

Vorsitzender: Vielen Dank. Herr Celik hat noch eine direkte Nachfrage. Bitte schön.

Abg. Deniz Celek: Ja, an Frau Schweizer noch einmal. Sie hatten ja auch vom Ethik-Koncil gesprochen. In wie vielen Fällen wird das Ethik-Koncil denn beansprucht oder in die Entscheidung, also in die Beratung, mit einbezogen? Ist das eine kleine Minderheit der Fälle oder ist das regelmäßig der Fall, dass das Ethik-Koncil auch die Eltern berät oder bei der Entscheidungsfindung behilflich ist?

Frau Dr. Schweizer: Wie ich schon vorhin sagte, noch sind es Fälle, die ich an ein, zwei Händen abzählen kann, also an die ich mich individuell erinnere, und es eben noch nicht systematisch institutionell eingestellt ist, sondern wenn Leute mich kennen, dass sie mich dann ansprechen, oder wissen von unserer Forschung in der Sexualforschung. Aber vielleicht ist das Institut für Sexualforschung auch nicht das passende Aushängeschild für den pädiatrischen Bereich, für den kinderheilkundlichen Bereich oder den geburtshelferischen. Da müssen wir ja auch über Sprache eben genau nachdenken.

Sie sagten ja auch, Geschlecht klingt so schlecht, das Wort schlecht steckt da drin. Das habe ich irgendwann einmal erkannt, weshalb es irgendwie doof ist, in der Sexual-Geschlechterforschung zu sein. Aber ich glaube, das löst viel aus und hat immer noch viel Wirkmacht für das Geschlechtertabu. Da ist absolut ... gibt es Leute, die das etablieren wollen, aber es mangelt tatsächlich an Zeit und Ressourcen.

Erfreulich am UKE, kleine positive Hamburger Nachricht, wenn ein Kind am UKE geboren wird, bekommen die Eltern einen Zettel, wo draufsteht das Gewicht und die Größe und draufsteht dann, Ihr Kind, Frederik Finn, ist geboren, herzlichen Glückwunsch. Also nicht Ihr Mädchen oder Junge, sondern Ihr Kind. So einfach, so gut. Und bald werden wir auch Geburtsanzeigen haben, wie wir neulich bei einer Elterngruppe oder Kombigruppe sprachen, wo da vielleicht in der Zeitung einmal steht: Hurra, wir freuen uns, unser Interkind ist geboren. Oder: Unser Kind ist geboren. Das ist ja auch die Frage ...

Vorsitzender: Frau Katzer bitte.

Frau Katzer: Es war eben gefragt worden nach OP-Tourismus. Das klingt so negativ, so weit ... Zum einen gibt es beispielsweise in Lübeck mit Professor Wünsch einen hervorragenden Kinderchirurgen, der sich auch über diese Dinge ... durchaus informiert ist

und sich Gedanken macht und auch sorgfältig handelt, allerdings auch mitunter sagt, wenn die Eltern sehr drängen, dann operiert er halt doch, weil er es ... vielleicht aus so einer Vorstellung, er kann es besser als jemand anders, der es dann täte, weil die Eltern hingehen, auch wenn das nicht gut ist. Ich weiß in bestimmt auch ... in Bezug auf manche Formen, wo dann doch zwei oder drei Ärztinnen oder Ärzte der operierenden Disziplin in den jeweiligen Kliniken auch über die Grenzen der Bundesländer hinweg Patienten oder auch Eltern mit Kindern als Patienten anziehen, und möchte da jetzt nicht sagen, dass das böse Eltern sind. Ich denke eher, dass das Eltern sind, die sich nach den Möglichkeiten eine Meinung gebildet haben, die sich mehrere Ärzte auch angehört haben, und da in Bezug auf Abrechnung medizinischer Leistungen das Geltungsgebiet des Grundgesetzes ja eigentlich als einheitliches Gebiet gilt, würde ich jetzt nicht sagen, dass dort das per se jetzt schlecht oder böse ist. Vielmehr sehe ich es so, dass durch eine gesetzliche Klarstellung, und in einigen Fällen sind es eher Eltern, in anderen eher die Ärzte, die da zu einer Operation raten oder drängen, dass durch eine gesetzliche Regelung Eltern wie Ärzten eine Entscheidung erspart bleibt, erspart wird, die letztlich nur falsch sein kann und nur Schaden kann.

In Bezug auf Ausland sind solche Phänomene auch bekannt. Das Operationsverbot von Malta wird meines Wissens zum Teil dadurch unterlaufen, dass die Kinder auch aufgrund der Kolonialvergangenheit dann in London operiert werden. Wie erwähnt, sollte so etwas nicht geschehen, umgekehrt sehe ich jetzt aber nicht die Notwendigkeit, die Operationen auf das Bundesland oder die Hansestadt zu beschränken, in der das Kind geboren wurde oder lebt, sondern da ein gleichförmiges Bundesgebiet lieber beizubehalten. Wenn das die Frage beantwortet.

Vorsitzender: Vielen Dank. Frau Dobusch.

Abg. Gabi Dobusch: Vielen Dank. Die meisten meiner Fragen sind schon beantwortet, aber eine kleine Nachfrage zum Thema Leitlinie würde ich doch gern noch stellen. Ich bin medizinische Laiin, aber ich weiß ja, dass diese Leitlinien einen gewissen Prozess durchlaufen und es auch verschiedene Varianten davon gibt. Ist das jetzt schon der letzte Stand, den Leitlinien so haben, ist der schon erreicht? Oder steht da noch die nächste Stufe aus? Das würde mich noch einmal interessieren.

Und das Zweite, ich glaube, ich kann schon ein bisschen rauslesen an den einzelnen Antworten, dass die Verbindlichkeit so einer Leitlinie nicht allzu weit trägt, und doch hätte ich gern noch ... fände ich es nett, wenn Sie dazu sich noch einmal äußern könnten, wie ich mir das überhaupt vorstellen kann. Weil, so als Laiin würde ich ja sagen, es gibt eine breit abgestimmte, interdisziplinär oder zumindest in Zusammenarbeit entstandene Leitlinie. Dann verstehe ich nicht, warum sie nicht durchgesetzt wird, von den Krankenkassen aufgegriffen wird oder auch strafbewehrt wäre, wenn man sich daran nicht hält. Aber vielleicht könnten Sie das eine oder andere noch zu sagen.

Vorsitzender: Vielen Dank. Ich erinnere mich daran, dass ich eben Frau Rosen vergessen habe. Die hatte sich noch gemeldet. Deshalb möchte ich das gern noch nachholen. Und da, glaube ich, haben die (...)

Frau Rosen: Nicht zu den Leitlinien jetzt, sondern noch einmal zu der Frage des OP-Tourismus. Ich weiß selbst, und das weiß ich sicher, dass es das gibt. Ein positiver Aspekt, wenn Eltern an der einen Klinik abgewiesen werden mit dem Wunsch, ihr Kind operieren zu lassen, weil die Ethikkommission der Klinik gesagt hat, das machen wir nicht, diese Eltern an die nächste Klinik gehen und diese Klinik auch wieder eine Ethikkommission hat, ist das etwas Positives, wenn diese Klinik dann aber sagt, einerseits, wir wollen gar nicht operieren, aber wir haben Angst, dass die Eltern weiterziehen zur nächsten Klinik, dass sie irgendwann eine kleine Klinik finden, die vielleicht nicht so kompetent sind und dennoch operieren. Und deswegen geht das nur über ein Operationsverbot. Das wollte ich noch einmal eben ergänzen.

Vorsitzender: So, und dann jetzt zu den Fragen von Frau Dobusch. Da hatte ich auch schon einige Meldungen. Ich glaube, alle ... Bitte, fangen wir einfach bei Frau Katzer an und dann die Reihe durch.

Frau Katzer: So kurz wie möglich. Die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften haben alle ein Verfallsdatum beziehungsweise ein Datum, wo sie zu überprüfen sind. Die Erstellung der Leitlinie hat etwas länger gebraucht, als erwartet worden war, und das ist, denke ich, auch ganz gut so. Und der Fortschritt gebietet es, dass natürlich diese Überprüfungen und auch die eine ... neue Erkenntnisse eingearbeitet werden, es wird nicht die ultimative Leitlinie geben, die irgendwann nie mehr überprüft werden muss.

Wenn ich als Ärztin eine Leitlinie nicht kenne oder von einer Leitlinie abweiche und nicht dokumentiere, dass ich es tue, und nach Möglichkeit auch, warum ich es tue, dann mache ich mich ... dann komme ich durchaus in einen Zustand, wo ich damit rechnen muss, das ich gegebenenfalls auch verklagt werde. Deswegen ist es notwendig, die Leitlinien zu kennen. Und wie das dann geahndet wird, sagt mir die Juristin.

Vorsitzender: Danke schön. Frau Plett.

Frau Dr. Plett: Ja, ich wollte zuerst antworten, weil ich meinerseits eine Frage an Michaela Katzer habe, die aber schon indirekt mit beantwortet ist. In der Tat, die Leitlinien gelten nur befristet, sie werden in einer Debatte – wir haben ja auch hier ... Lucie Veith war an dieser Leitlinie beteiligt, also waren erstmals aus ... Interessen-, nicht medizinische Interessengruppierungen dabei. Es war ein langer Prozess, die alte hatte schon längst das Verfallsdatum überschritten, aber die neue heißt jetzt ja auch anders. Ist auf fünf Jahre.

Rechtlich sind Leitlinien keine Rechtsnormen. Es sind wirklich ... geben den Stand des Wissens zu einem gegebenen Zeitpunkt wieder. Das ist die Idee dahinter. Dann gibt es noch unterschiedliche Härtegrade, wie gesichert das darin mitgeteilte Wissen ist. Es ist ein Konsensprinzip. Wenn Sie die Leitlinien selbst sich angucken, dann ist das starker Konsens, weniger starker. Ja, das zeigt auch schon, dass da letztlich auch wieder Normbildung mit drin ist. Also wegen Leitlinienverletzung allein jetzt einen Schadenersatzprozess durchzuziehen, ist nicht so einfach. Da muss schon mehr dazukommen.

Aber deshalb, meine Frage, die ich an die Medizinerin jetzt gehabt hätte, wäre nämlich, es sind ja nun auch mal irgendwie 18 und die Leitlinie selbst hat auch noch einmal 18 ... nein, Moment, die hat ... ist noch länger, die hat irgendwie 32 Seiten Text und die Erläuterungen dazu 18 Seiten Text, das sind 50 Seiten Text. Welcher Mediziner, welche Medizinerin kann das lesen oder liest das, wenn ein solcher Fall auf dem Tisch liegt und dieser eine Fall nur einer von 30, die am selben Tag anzusehen sind?

Aber darf ich einen Satz aus dem Begleittext zitieren, den finde ich nämlich wirklich hilfreich auch. Ich tue es. "Der Aspekt der eigenen Entscheidung der betroffenen Person für oder gegen eine Maßnahme wird in der Leitlinie", das ist die Erläuterung dazu, "immer wieder hervorgehoben, um die bisherige Vorstellung und Umsetzung früher angleichender Maßnahmen an das männliche oder weibliche Geschlecht aus den Köpfen der Behandler auszulöschen." Ich bin etwas unglücklich über das letzte Wort, das erinnert ...

(Heiterkeit)

Gut, Ihre Reaktion zeigt, dass Sie es verstanden haben.

(Zuruf: Ja!)

Trotzdem fände ich einfach, dass die Gruppe, Redaktionsgruppe, die es dann letztlich zu verantworten hat, allein die Idee, das etwas aus den Köpfen rauszukriegen ist, was über so lange Zeit da drin war ... Deshalb wünsche ich mir, dass die Lektüre der Leitlinie seitens der medizinischen Verbände verbindlich gemacht wird. Die Juristen können das nicht, das ist irgendwie etwas Innermedizinisches. Aber natürlich mit juristischen Berührungspunkten.

Vorsitzender: Danke schön. Gab es da noch mehr Meldungen aus den Reihen der Experten? Nein. Dann ist als Nächstes Frau Kammeyer dran.

Abg. Annkathrin Kammeyer: Ja, tatsächlich wurden meine Fragen fast schon alle beantwortet. Vielleicht noch eine Nachfrage zu den Leitlinien. Wenn die nicht eingehalten werden, ja klar, dann kann man klagen. Aber wer klagt denn dann da überhaupt? Weil, die Eltern klagen ja nicht, weil, die wollten das ja. Und die Kinder können nicht klagen. Sie hatten ja vorhin angedeutet, da hat man dann vielleicht auch ein Problem mit den Archiven, dass da die Akten dann gar nicht mehr vorliegen. Also gibt es da ja im Moment wirklich eine Grauzone dessen, was da geht und was nicht geht. Also das wurde eigentlich eben schon so ein bisschen angesprochen, aber da wollte ich auch noch einmal nachfragen, ob ich das jetzt alles so richtig verstanden habe in der Gesamtschau.

Vorsitzender: Frau Plett.

Frau Dr. Plett: Ja, es sind Verfahrensgarantien seitens der Norm(...) oder seitens des Staates, sage ich jetzt einmal zunächst allgemein, zu formulieren, hinzukriegen, durchzusetzen, dass das, was an materiellem Recht da ist, dann auch wirklich eingehalten werden kann. Und der eine Fall, der vor ein paar Jahren Furore gemacht hat, Christiane Völling, die ja 100 000 Euro Schadensersatz zugesprochen bekommen hat, das war einerseits ein Inter-Fall, in der Entscheidung kommt das nicht mehr vor, da waren so viele Zufälle, dass es überhaupt zu Gericht gehen konnte. Dass die Akten noch da waren, dass es so dokumentiert war. Deshalb, ja, es fängt irgendwie an, vielleicht muss ... Da bin ich auch noch am Anfang mit dem Nachdenken drüber.

Ich vertraue ja auch meinen Ärztinnen und Ärzten, dass sie mich ordentlich behandeln. Ich gucke nicht nach, was dokumentieren sie jetzt, wie sie mich aufgeklärt haben. Ja, ich nehme es hin und gleichzeitig weiß ich, wenn ich irgendwie mit viel Fieber und Schmerzen hinkomme, da kann ich so gut aufgeklärt werden wie noch, ich verstehe es ja nicht einmal, auch wenn ich es sozusagen nüchtern für andere verstehen würde. Also da bin ich noch am Nachdenken, was vielleicht noch weiter an Regelungen ... dass es abgesegnet werden müsste, damit dann auch wirklich klar ist, was ist gesagt worden in einem Aufklärungsgespräch. Da ist auch noch durchaus Phantasie zulässig, um dem, was schon formuliert ist, dann auch wirklich zur praktischen Geltung zu verhelfen. Also die Leitlinien sind gut, aber wenn sie nicht gelesen werden, ist schlecht, wenn sie gelesen, aber nicht beachtet werden, ist auch schlecht.

Vorsitzender: Danke schön. Herr Giffei.

Abg Uwe Giffei: Ja, vielen Dank. Bei mir ist auch nur noch eine einzige Nachfrage übriggeblieben. Ich habe jetzt verstanden aus der Anhörung ganz viel, aber unter anderem, dass Sie einheitlich eigentlich für ein Verbot von Operationen sind. Jedenfalls so lange, und da ist jetzt meine Nachfrage, solange die betroffene Person das nicht selbst entscheiden kann. Und ich fand diese Umschreibung, die Sie am Anfang gewählt haben, immer sehr sympathisch, aber sie ist ja auch sehr offen. Da stellt sich ja die Frage, ab wann kann diese Person das selbst entscheiden.

Später haben Sie, Frau Klett, dann von Volljährigkeit gesprochen, das ist ja ein großer Unterschied. Ich kann mir gut vorstellen, dass man das auch schon mit 13, 14 ganz gut selbst entscheiden kann. Deswegen wollte ich da noch einmal konkret nachfragen, ab wann,

glaube Sie denn, ist ein Mensch reif genug, um diese Entscheidung gegebenenfalls dann auch selbst zu treffen.

Vorsitzender: Wer möchte das ... Frau Plett.

Frau Dr. Plett: Ja, andere ... Ich weiß, dass da verschiedene Meinungen im Raume stehen. Volljährigkeit ist eine Grenze, das ist 18, war früher ja auch einmal 21 und davor noch 24, also ... Religionsmündigkeit tritt mit 14 ein. Also wir haben so standardisierte Altersgrenzen. Strafmündigkeit mit 14, so. Es ist auch ... Es werden 14 Jahre diskutiert, ich bin aber in diesen Fällen zwar für ... nicht unbedingt dafür, dass generell erst mit Volljährigkeit, weil ich nicht diejenigen ausschließen möchte, die vorher Leid empfinden, und das betrifft dann unter Umständen auch Transpersonen. Ich bin aber auf jeden Fall gegen eine standardisierte Grenze, weil ... und in jedem Fall dann aber auch für Einzelfallüberprüfung, ob das Kind die Aufklärung verstanden hat, ob es darlegen kann, dass es wirklich seine eigene Entscheidung ist, weil, in diesem Bereich und ja auch sonst, ich kann ein 10-jähriges Kind haben, das weiß ganz genau, wie es sich sieht, wie es die Welt sieht und was es will, und ich kann 19-Jährige haben, die das noch nicht kapieren. Deshalb bin ich in diesem so sensiblen, komplexen Bereich, wo es um die eigene Geschlechtlichkeit, den eigenen Körper geht, gegen eine standardisierte Grenze. Aber andere haben andere Auffassungen. Ist vielleicht ... Müssen noch diskutiert werden.

Vorsitzender: Frau Katzer bitte.

Frau Katzer: Ich sehe durchaus die Punkte, die Sie sagen, Frau Plett. Eine Befürchtung, die ich aus den bisherigen Diskussionen heraushöre, ist diejenige, dass, wenn man schon nicht mehr die Säuglinge und die Kinder operieren darf, dann doch noch möglichst früh, und nicht darauf hinzuweisen, dass vielleicht ja auch sehr deutlich gesagt werden sollte, dass viele dieser Operationen auch später und auch doch deutlich viel später als jetzt Volljährigkeit oder junges Erwachsenenalter infrage kommen, wenn die Patient_innen und auch die Eltern dieses Wissen und diese Option im Griff haben, dass sie durchaus ohne irgendwelchen Rechtfertigungsdruck oder finanzielle Bedingungen, wie es von manchen im Ausland geschildert wurde, sich auch noch mit 20 oder 25 operieren lassen können, dann ist da deutlich Druck heraus.

Ich verweise auch auf eine Argumentation, die Heike Boedeker beziehungsweise damals, 1995, noch Heike Spreitzer vor Adoption, auf einem Kongress in Frankfurt gehalten hat, dass halt doch das Volljährigkeitsalter ja eine gewisse Bedeutung hat und dass vor Erreichen des Volljährigkeitsalters und vor Erreichen der vollen Geschäftsfähigkeit ja doch (...) eine Situation besteht, wo der junge und eben noch nicht erwachsene Mensch über viele Dinge noch nicht so entscheiden kann, sonst würden wir ja das Volljährigkeitsalter auch runtersetzen. Das heißt nicht, dass in einzelnen Fällen, wo schweres Leid bis hin zu Selbstverstümmelungsversuchen oder Suizidversuchen auch eine frühere Operation möglich sein sollte, wenn von dem Kind oder dem Jugendlichen aus wiederholt aus eigenem Antrieb und unter Kenntnis all der Konsequenzen dieser Wunsch über einen längeren Zeitraum wiederholt vorgebracht wurde, kann ich mir das durchaus vorstellen, aber nicht im Sinne eines Automatismus, der darin besteht, ein Kind zweimal gesehen zu haben und zu sagen, ach, das ist ja schon groß genug, das selbst entscheiden zu können, wir machen morgen einen Termin.

Dies möchte ich so zu bedenken geben, und bis auf Weiteres halte ich das Volljährigkeitsalter weder für zwingend änderungsbedürftig noch für einen Maßstab, der jetzt so ganz daneben wäre. Ich hatte unter anderem mehrere Patienten kennengelernt, die im jugendlichen Alter, zum Teil auch noch mit 17, einverstanden waren mit einer Operation, die ihnen vorgeschlagen, herangetragen worden war, die aber dann relativ bald nach Erreichen der Volljährigkeit und eben dann auch nach Austausch in Selbsthilfefzusammenhängen

erkannten, dass das eine Fehleinschätzung war und Schaden resultierte, der darin lag, dass die vorige Gesamtsituation nicht besser eingeschätzt werden konnte. – Danke.

Vorsitzender: Frau Rosen.

Frau Rosen: Das, finde ich, ist auch ein ganz, ganz wichtiger Punkt, der oft vergessen wird. Wenn man nämlich einfach nur eine Zahl nennt und sagt, ab 18, dann verkennt man, dass viele intergeschlechtliche Menschen ja erst im Jugendalter oder im frühen Erwachsenenalter von dieser Diagnose erfahren. Wenn die dann überhaupt noch nicht erkennen können, was es überhaupt ist, was ihre Besonderheit ist, wenn sie kein positives Bild vielleicht auch entwickeln können, wie sie mit dieser Besonderheit leben können, dann reicht es nicht zu sagen, sie sind 18 und die können operiert werden.

Also für mich sind die wichtigsten Punkte, egal, wo dieses Alter jetzt festgelegt wird, aber es muss eine informierte Einwilligung sein, sie müssen längere Zeit sich mit der Diagnose auseinandersetzen können, sie müssen in die Lage versetzt werden, die Informationen der Ärzte zu durchdenken, auch zu hinterfragen und auch noch einmal nachzufragen. Dazu gehört also dann auch ein etwas längeres medizinpsychologisches Angebot, was gemacht wird. Und ich sehe noch das Problem, wenn wir einfach sagen, bis 18 Operationsverbot, dass dann auf andere Diagnosen ausgewichen wird. Diese Gefahr sehe ich ganz, ganz, ganz stark.

Vorsitzender/Abg. Daniel Oetzel: Vielen Dank.

Dann habe ich mich abschließend einmal noch selbst auf die Redeliste gesetzt mit nur zwei oder drei kurzen Nachfragen. Ich habe noch einmal ... Wir hatten eben über dieses Verbot, über so ein mögliches Verbot gesprochen und was es auch für den Tourismus bedeuten könnte oder dass möglicherweise ... Ja, verzeihen Sie, vielleicht ist das eine etwas missverständliche Ausdrucksweise. Wir hatten von OP-Tourismus selbstverständlich gesprochen. Müssten wir aber da nicht ... müsste da nicht aber ... eigentlich auf internationaler Ebene im Grunde in Verständigung kommen, weil ja so ein OP-Tourismus ja nicht nur denkbar ist von einer Klinik zur nächsten, sondern selbstverständlich auch zwischen verschiedenen Ländern und, da reicht vielleicht nicht einmal eine europäische Einigung aus, ja im Grunde sogar noch weiter. Das betrifft nicht allein diesen Bereich, den wir heute besprechen. Aber das sehen wir ja auch in anderen Fällen, dass, wenn man mit den Angeboten, die hier vor Ort nicht bestehen oder hier bestehen, unzufrieden ist, dass man dann eben auf andere Länder oder auch andere Kontinente ausweicht.

Insofern wäre einfach noch einmal meine Frage an Sie, wie Sie das einschätzen, inwiefern ein generelles OP-Verbot nicht auch möglicherweise solche Folgen nachziehen würden. Dass man also woanders hingehet oder möglicherweise auch in nicht sanktionierte Kliniken sozusagen sich begibt.

Und dann habe ich noch eine Frage, die an etwas anknüpft, Frau Schweizer, was Sie vor längerer Zeit gesagt haben, als Sie beispielhaft die Regelung in Australien erwähnt haben, wo Sie gesagt haben, dass ein Familiengericht einbezogen werden muss. Da fehlt mir an dieser Stelle ein bisschen die Phantasie vielleicht nicht, aber die Expertise, um mir richtig vorstellen zu können, an welchen Kriterien, wenn ich mir überlege, es entscheidet jetzt kein Arzt und es entscheidet auch nicht die betroffene Familie selbst, nach welchen Kriterien oder anhand welcher Kriterien denn ein Richter eine solche Entscheidung treffen kann. Und wenn wir sagen, das würde dann wahrscheinlich wieder an einem Gutachten und das wird dann ... wer weiß, aus welcher Richtung das kommt, über was für Kriterien man in einem solchen Gutachten berichten müsste oder entscheiden müsste. So sehr ich es ... Ich finde es eine gute Idee zu sagen, man muss im Grunde ja direkt in diese Situation rein. Wenn nach der Geburt festgestellt wird, dass ein Interkind geboren wurde, dann muss man ja im Grunde ganz ...muss man ja, wenn man etwas ändern möchte an der jetzigen Praxis, muss man in

diese Situation ja irgendwie direkt hinein. Und da frage ich mich einfach, anhand welcher Kriterien man die Entscheidung, die dann getroffen wird in die eine oder andere Richtung, beeinflussen könnte. Und, wie gesagt, dann auch noch die Frage, inwiefern Richter das dann überhaupt informiert tun können.

So, Ende meiner Frage. Jetzt erteile ich gern einem von Ihnen das Wort. Frau Schweizer vielleicht direkt, weil ich Sie gefragt habe?

Frau Dr. Schweizer: Na ja, die Kriterien, die ... Ich kenne jetzt die australische Praxis nur aus Berichten und nicht vom direkten Eindruck vor Ort, aber die Kriterien, die angelegt werden sollten, wären natürlich die vier ethischen Grundprinzipien, no harm, also keinen Schaden anfügen, die Zukunft offenhalten, also das Recht auf eine offene Zukunft, körperliche Integrität, und das vierte Kriterium ist mir gerade entfallen. Aber da sind wir schnell wieder bei den menschenrechtlichen Grundrechten des Menschen. Vielleicht hilft es auch in der Diskussion gerade eben mit dem Alter, wenn wir jetzt dann doch noch einmal wieder Trans- und Intergeschlechtlichkeit als Phänomene nebeneinanderstellen. Mir ist es immer wichtig, das zu differenzieren und nicht in einen Topf immer zu werfen, aber was unseren Umgang damit angeht.

Wir sind jetzt ja dabei, bei transgeschlechtlichen Kindern oder Kindern mit Geschlechtsdysphorie sie das Gefühl haben, nicht in ihrem eigenen Körper zu Hause zu sein, sondern ein anderes Identitätsgeschlecht zu haben, sind wir dabei in Deutschland, vor Beginn oder mit Beginn der Pubertät pubertätshemmende Hormone zu geben oder Hormonblocker, um die Selbstbestimmung des Kindes zu würdigen. Und ich denke, es ist vielleicht die Gefahr, dass wir jetzt zu überstreng oder überreglementieren wollen, vielleicht aus einem schlechten Gewissen heraus, wie es die letzten Jahrzehnte war, dass wir jetzt eine genaue Altersangabe festlegen wollen. Das sollte ja nicht passieren, sondern es geht doch darum, mit dem Kind zu sprechen, als Eltern, als Ärzt_innen, als Psycholog_innen, als Lehrer_innen, als Nachbarn, und die geschlechtliche Entwicklung zu begleiten und das gelebte Identitätsgeschlecht zu erfahren, wie das Kind es beschreibt.

So wie wir es mit Transkindern, salopp gesagt, ja auch tun, die wir auch über Jahre begleiten. Und wenn wir das Gefühl haben, dass Identitätsgeschlecht ist so deutlich und glaubwürdig und es ist ein Leiden, wenn es jetzt ein biologischer Junge zum Beispiel, der sich als Mädchen erlebt, in die männliche Pubertät geschickt wird, die sehr schwer wieder rückgängig zu machen ist, weil, ein weiblicher Körper kann durch Testosterongabe relativ leicht vermännlichen, aber nicht wieder verweiblichen zurück, wo wir ja tatsächlich no harm, also Schaden abwenden wollen, indem wir die geschlechtliche Selbstbestimmung ernst nehmen. Das ist ja eigentlich das gemeinsame Thema, wenn wir Trans und Inter nebeneinanderstellen. Wir wollen ja Entwicklung fördern, Menschen zu mündigen Bürger_innen, selbstbewussten, selbstverantwortungsvollen Menschen sich entwickeln lassen, und dazu gehört, wie Sie ja auch sagten, Frau Katzer, vorhin, die Erfahrung von Selbstbestimmung schon in frühen Jahren ist dafür die beste Prognose. Wir kennen die Konzepte aus der Psychologie der erlernten Hilflosigkeit, wenn immer andere über mich bestimmen, dann erlerne ich so eine Haltung von, ach, bringt eh nichts, und (...) ich halt, ist doch eh egal. Aber wir wollen ja Einfluss nehmen, von daher das zu der Frage mit den Kriterien.

Und natürlich werden dann auch Gutachter hinzugerufen, wie es nach dem noch geltenden Transsexuellengesetz ja auch gemacht wird, dass Leute, die sich in dem Feld auskennen, hinzugenommen werden. Von daher, glaube ich, geht es bei dem australischen Modell beispielhaft darum, eine dritte Instanz herzustellen, um Raum herzustellen, ein bisschen Luft herzustellen zwischen Arzt, Kind und Eltern. Dass das Kindeswohl vertreten wird im besten Sinne. Und das kann gut gehen oder eben, wie wir vorhin gehört haben, nicht so gut gehen.

Und die europäische und internationale Verständigung findet natürlich auch statt, auch gerade im intergeschlechtlichen Bereich, weil das ein Thema ist, das so lange ein Tabudasein geführt hat. Wir haben ein europäisches Netzwerk von Psycholog_innen vor einigen Jahren gegründet, um auch in der Medizin eine Stimme zu haben als ... in unserer Berufsgruppe. Und wenn wir nachher noch Gelegenheit für ein Schlussstatement haben, dann würde ich mich noch korrigieren, dass neben den Jurist_innen und den Ärzt_innen natürlich die Politiker_innen die mächtigste Berufsgruppe sind, weil sie die politischen Rahmenbedingungen ja setzen. Also das ist nicht zu unterschätzen. Und inzwischen glaube ich auch, dass wir ein OP-Verbot brauchen, ich habe mich lange geziert über viele Jahre, weil ich glaube, anders wird sich nichts ändern.

Vorsitzender: Vielen Dank. Frau Rosen hat sich noch gemeldet. Und weil Sie gerade schon auf ein Schlussstatement uns hingewiesen haben, möchte ich Ihnen vielleicht auch allen die Gelegenheit geben, jetzt, wenn Sie noch etwas sagen, auch gleich Ihr Schlussstatement anzuschließen, weil wir ansonsten am Ende der Frageliste und der Redeliste angekommen sind.

Bitte, Frau Rosen.

Frau Rosen: Ja, ich möchte das einmal aufgreifen, was Katinka Schweizer gesagt hat, dass man bei Transkindern ja selbst den Kindern, die in der Jugend massiv sagen, ich möchte aber... ich sehe aus wie ein Junge, ich bin ein Mädchen, ich möchte nicht als Junge leben, da verweigert man diesem Kind zu Recht in jungen Jahren und bis ins späte Jugendalter eine OP. Man greift insofern ein, als man Medikamente einsetzt, Hormonblocker einsetzt und sagt, eine männliche Pubertät sollte man in diesem Falle diesem Kind auch nicht zumuten, wenn dieses Kind als Frau leben möchte später.

Und bei Interkindern macht man es eigentlich bislang umgekehrt. Da wird ganz früh operiert, immer noch, da wird darüber nachgedacht, ob man denn das nicht noch machen sollte, solange die Windeln dran sind, weil das dann so gut zu operieren ist. Das passt doch nicht zusammen. Also ich glaube, für Interkinder sollte da wirklich das Gleiche gelten, dass sie in der Pubertät, wenn sie sich zum Beispiel ... wenn sie männliche Hormone bilden, weil sie Hoden haben, wenn sie sich dann dafür aussprechen, dass sie aber keine männliche Pubertät möchten, dann muss man das entsprechend auch machen können. Aber eine OP kann doch so lange warten, bis alle, die daran beteiligt sind, und das muss ein langer Prozess sein, sagen, dieser junge Erwachsene hat begriffen, worum es geht, wenn wir jetzt operativ tätig werden, und das ist sein freier Wille. Also das ist einfach eine Forderung, die ich habe.

Ja, ich habe mir so ein paar Punkte aufgeschrieben für mein Statement. Zunächst einmal wünsche ich mir eine positive Benennung für intergeschlechtliche Menschen, das habe ich vorhin auch einige Male deutlich gemacht. Ich wünsche mir auch, dass bei der Entscheidungsfindung und bei der letzten Entscheidung, wenn dann das gesetzlich festgelegt wird, einfach die Sachverständigen mit einbezogen werden. Ich glaube, es ist deutlich geworden, dass die meisten Menschen in unserer Gesellschaft, ich will Ihnen nicht zu nahe treten, aber auch die meisten Politiker_innen, von diesem Thema wenig Ahnung haben. Und da wäre es schon schön, wenn man da die Sachverständigen mit einbeziehen würde.

Wichtig ist eine Anerkennung in der Gesellschaft. Das reicht also nicht, wenn es in irgendeiner Verwaltungsvorschrift drinsteht und keiner kriegt es mit. Es muss also allen Menschen klar sein, dass es so etwas wie intergeschlechtliche Menschen gibt.

Ich fordere die Einhaltung der Kinderrechte, unter anderem das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Und das bedeutet, dass an Kindern nicht operiert werden darf, wenn es nicht um lebenserhaltende Maßnahmen geht.

Ja, Einhaltung der Leitlinien, haben wir schon drüber gesprochen. Das wird aber nur passieren, wenn die auch bekannt gemacht werden. Da sollte man drüber nachdenken, wie man das zumindest in Hamburger Kliniken auch verwirklichen kann, dass die dann auch gelesen werden. Wo ja zum Beispiel auch drinsteht, wie die Befundergebnisse, damit umgegangen werden muss, dass die überhaupt dokumentiert werden müssen und wie lange das aufbewahrt werden muss und so weiter.

Ausweitung der Beratungsstrukturen, ganz, ganz, ganz wichtig. Tut mir leid, aber das kostet Geld. Also da muss man einfach auch einmal bereit sein bei so einem Thema, ein bisschen Geld in die Hand zu nehmen. Ich habe vorhin ... Irgendjemand sagte, das ist ehrenamtlich, das machen wir ehrenamtlich. Aber ehrenamtliche Arbeit kommt da auch irgendwann an Grenzen.

Beratungspflicht für Eltern, aber nicht ... Also Beratungspflicht vor der OP. Wenn Eltern sagen, ich habe ein Interkind und es ist alles in Ordnung und gehen nach Hause, dann sollten die nicht gezwungen werden, noch einen Psychologen aufzusuchen.

Ich wünsche mir, dass wir für alle Kinder den Geschlechtseintrag offen lassen, weil ich glaube, dass das auch allen Kindern guttun würde, wenn sie nicht gleich in die rosa oder in die himmelblaue Schublade geschoben werden würden und gleich die Puppe oder die Eisenbahn in die Wiege gelegt bekommen. Und nicht ein ärztliches Gutachten zu fordern als Grundlage für den Geschlechtseintrag. Ich weiß, ich bin hier in Hamburg, aber das ist ja ... das Ganze geht ja auch noch durch den Bundesrat, und es wäre mir schon lieb, wenn das nicht wieder auf der ärztlichen Seite bleibt, die Entscheidung darüber, ob das Kind nun männlich, weiblich oder wie auch immer eingetragen wird.

Und genaues Lesen der Gesetze. Bislang haben wir das Gesetz, das nicht das Gesetz offengelassen werden kann, was man immer hört, sondern dass es offengelassen werden muss bei Interkindern. Vielleicht einfach einmal nachfragen in Hamburg, wie viele Interkinder gibt es und wie viele wurden nicht eingetragen, wie es eigentlich dem Gesetz entspricht. Denn so ist der Personenstand ohne diesen Geschlechtseintrag vorzunehmen, so ist noch die Rechtslage im Moment.

Ja, und ansonsten wünsche ich mir für die Schulen, dass die Lehrer_innen sich trauen, das Thema zu unterrichten. Ich habe es unterrichtet. Die Schüler_innen interessiert es maßlos. Man hat selten ein Thema, wo Schüler einem an den Lippen hängen und in der Pause noch mehr wissen wollen. Also es geht. – Danke schön.

Vorsitzender: Wer möchte als Nächstes? Frau Plett.

Frau Dr. Plett: Ja, ich kann dem und möchte auch wenig hinzufügen. Vieles ist ja schon gesagt worden. Ich wünsche mir vielleicht insgesamt ein perinatales Beratungsangebot für alle Kinder, die geboren werden. Und, ja, Weiterbildung und die Sachen sind gesagt worden.

Zu den von Frau Schweizer vorhin angesprochenen Machtverhältnissen, ja, das erlebe ich teilweise auch so, dass die Juristen glauben, sie haben das letzte Wort, und über die Gerichte haben sie es letztlich ja auch, aber die Mediziner... Also es sind da schon auch ... laufen da auch Machtspiele. Deshalb möchte ich oder wiederhole ich jetzt an dieser Stelle noch einmal, ich wünsche mir Verfahrensgarantien und nicht, dass also jetzt sich irgendwie das als Machtkampf zwischen Recht und Medizin fortpflanzt. Und vielleicht ... Also die dritte Gruppe, die Politik, kann ich in dem Zusammenhang nicht als dritte mächtige und mächtigste Gruppe gar verstehen, sondern vielleicht ja auch als Schlichter, die zwischen ... von beiden aus Medizin und Recht aufnehmen und dann sehen, dass das verfahrensmäßig vernünftig vorangetrieben wird. Ja, das möge als Schlusswort genügen. Forderungskatalog. Muss ich im Protokoll lesen, ob dann alles drin ist oder sonst würde ich noch nachliefern.

Vorsitzender: Herzlichen Dank. Frau Katzer.

Frau Katzer: Vieles Gute wurde schon von den Kolleginnen und von mir gesagt, und die Gewichtung einzelner Punkte, die Teilaspekte, wo dann die Meinungen sich etwas unterscheiden, sind ja auch ein Ausdruck von Vielfalt, der sich vielleicht nicht immer so ganz bündeln lässt. Die Frage für mich ist weniger, ob die Macht bei uns Ärzten oder bei den Juristen oder bei den Politikern liegen sollte, sondern für mich handelt es sich um eben auch grundlegend menschliche und menschenrechtliche Aspekte. Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus. Letztlich sollte da nicht nur das Volk als Gesamtheit, sondern auch jeder einzelne Mensch im Sinne der Aufklärung dazu ermächtigt werden, über sich und sein Leben zu entscheiden und seine Möglichkeiten zum Wohle der Gemeinschaft auszuschöpfen. Dies ist, bezogen auf die konkrete Fragestellung, relativ unkonkret. Konkreter wurde ja schon gesagt, Leitlinien sind gut. Ein strafbewehrtes Verbot erscheint mir dennoch besser und zielführender, welches sich nicht auf Identitäten oder Diagnosen bezieht, sondern welches tatsächlich dann zumindest Kinder davor schützt vor Operationen, soweit die aufschiebbar sind, ohne dass ein dauerhafter Schaden für die Gesundheit des Kindes eintritt.

Mündigkeit, Erwachsenwerden, ja, das muss auch gelehrt und gelernt werden. Und dieser Lernprozess ist sicherlich einer, den nicht nur die ... in der Schule oder im Studium geschieht, sondern der wahrscheinlich lebenslang mich und uns alle begleiten wird. Da, wo Statements aus betroffenen Zusammenhängen gekommen sind, sollten die berücksichtigt und auch weitgehend umgesetzt werden. Wir sind zum Glück in einer Zeit und Gesellschaft, wo viele Aspekte von Geschlecht gegenüber früheren Epochen an Bedeutung verloren haben. Wir haben die Ehe für ... die sogenannte Ehe für alle, unabhängig vom Geschlechtseintrag, wir haben derzeit die Wehrpflicht für junge Männer ausgesetzt und ermöglicht, dass auch Frauen den Dienst an der Waffe leisten können. Viele Aspekte, die auch aus feministischer Sicht seit Jahrzehnten angegangen worden sind, jeweils im Kontext der Möglichkeiten, wurden erreicht. Aber es zeigt sich, dass einfach noch sehr viel auch vor uns steht, und da sollten wir dranbleiben und auch immer einmal zurückschauen, ob das, was wir gemacht haben, gut ist und wo wir es besser machen können. Und aus Fehlern lernen. – Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und die Zeit, die Sie mir und uns gegeben haben.

Vorsitzender: Herzlichen Dank. Frau Schweizer noch.

Frau Dr. Schweizer: Danke. Ich nutze auch gern die Gelegenheit, verbunden mit dem Dank für die Einladung, ich möchte mich den Vorrednerinnen anschließen, insbesondere dem differenzierten Forderungskatalog von Ursula Rosen.

Konkret möchte ich vier Forderungen formulieren für Hamburg, und zwar Ressourcen zu ermöglichen, finanzielle, räumliche und personelle, erstens für die vielfach erwähnte obligatorische psychosoziale und Peer-Beratung. Ich würde jetzt nicht sagen, vor Operationen, sondern nach Diagnosestellung, weil es oft doch ein Automatismus ist. Eine Diagnose wird gestellt, dann machen wir Folgendes. In den medizinischen Lehrbüchern steht, beim AGS wird das und das gemacht, beim CAIS wird das und das gemacht. Also das Phänomen wird nicht einmal beschrieben und gewürdigt, es wird sofort eine medizinische Intervention vorgeschlagen. Die Lehrbücher sind noch aktuell.

Zweitens muss die Aufklärung und Information verbessert werden. Und bei Intergeschlechtlichkeit, weil es so ein tabuisiertes Thema ist, reicht es nicht, nur einen Aufklärungsbogen zu haben, sondern im Prinzip muss das Informationsmanagement und der Verarbeitungsprozess begleitet werden. Das kann mit in die erstgenannte obligatorische Beratung fallen, aber was ich da speziell fordere, und das habe ich schon 2011 vor dem deutschen Ethikrat getan, dass die Indikation, also die Behandlungsnotwendigkeiten, dass die konkret und präzise genannt werden. Warum muss welche Maßnahme bei dem Kind jetzt

gemacht werden. Und in der Vergangenheit wurden eben vitale, organisch funktionelle und geschlechtsangleichende Indikationen, also Behandlungsmaßnahmen, vermengt und wurden nicht differenziert benannt. Das ist sehr einfach, das sprachlich zu differenzieren, aber es ist kaum passiert, und auch heute, ich glaube, weil es um das Geschlechtsteil in der Regel geht, wird das vermengt und da reden wir nicht drüber. Aber das muss mündig und präzise und differenziert benannt werden und rückgefragt werden, haben Sie das verstanden. Und auch die Risiken und Nebenwirkungen der Nichtintervention.

Drittens muss Fort- und Weiterbildung verbessert werden, das haben Sie ja selbst auch schon genannt, für alle involvierten Berufsgruppen inklusive Peer-Berater_innen, die ganz viel Pionierarbeit hier gemacht haben.

Und viertens fordere ich eine wissenschaftliche Aufarbeitung des medizinischen, psychologischen und gesellschaftlichen Umgangs mit Intergeschlechtlichkeit, in Hamburg, in den Hamburger Kliniken in den letzten Jahrzehnten, also begonnen in den Fünfzigerjahren. Da kann das UKE sicher auch einige Geschichten erzählen. Und es wäre wunderbar, so eine Aufarbeitungsarbeit, und wichtig zu machen. Das richtet sich also speziell noch einmal an den Wissenschaftsausschuss. – Vielen Dank.

Vorsitzender: Ja, dann auch noch einmal im Namen des Ausschusses vielen Dank an Sie vier, dass Sie so lange und so ausdauernd uns hier Rede und Antwort gestanden haben und uns da ermöglicht haben, auch diesen sehr interdisziplinären Blick auf dieses wichtige Thema zu erhalten. Wir haben auf jeden Fall durch die Tatsache, dass wir heute ein Wortprotokoll gehabt haben, auch wenn wir ... wenn es natürlich schwerfällt, über drei Stunden jede Einzelinformation jetzt für immer abzuspeichern, selbst für Politiker, haben wir ja die Gelegenheit, das später im Wortprotokoll nachzulesen und uns dann auch noch einmal inspirieren zu lassen für die Senatsbefragung, die wir dann in einer der nächsten Sitzungen oder der nächsten Sitzung vornehmen werden, und dann vielleicht auch Ihre Wünsche und das, was Sie heute hier formuliert haben, mit der realen Politik in Kontakt zu bringen und zu schauen, wie wir hier in Hamburg weitermachen können. Also noch einmal herzlichen Dank an Sie vier für den Input heute Abend.

Wir haben, bevor wir weitermachen mit TOP 2 und TOP 3, draußen einen Imbiss vorbereitet, zu dem ich die Abgeordneten, die Auskunftspersonen und die Senatsvertreterinnen und Senatsvertreter ganz herzlich einladen möchte. Ich schlage vor, dass wir spätestens um Viertel nach acht, wirklich spätestens um Viertel nach acht, ich gucke noch einmal in die Runde, hier weitermachen. Die Sitzung ist damit unterbrochen.

(Sitzungsunterbrechung)

Zu TOP 2

Vorsitzender: Meine Damen und Herren, liebe Menschen, wir würden jetzt gern demnächst in die Beratung der nächsten Tagesordnungspunkte einsteigen. Deshalb würde ich mich freuen, wenn Sie Platz nehmen würden. Ich gehe davon aus, dass wir für den zweiten Tagesordnungspunkt bei einem Wortprotokoll verbleiben? Ich schaue kurz in die Runde, das ist der Fall und komme dann zu Top 2, das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 19.12.2017 – Bedeutung und Konsequenzen für die Wissenschaftspolitik. Hier hatten wir die Anhörung von Auskunftspersonen in einer der letzten Sitzungen und machen heute die entsprechende Senatsbefragung. Möchte der Senat irgendwelche einleitenden Worte wählen oder gehen wir gleich in die Befragung? Bitte, die Staatsrätin hat das Wort.

Staatsrätin Dr. Gümbel: Ja, ich richte mich selbstverständlich danach, wie es Ihnen am liebsten ist. Wenn Sie mögen, kann ich gern einführen. Soll ich? Dann tue ich das sehr gern.

Ja, wir sind tatsächlich ja heute in der Senatsbefragung, sie schließt an die Expertenanhörung in diesem Ausschuss am 12. April 2018 an. Wir haben fünf Experten gehört, Sie werden sich sicherlich gut erinnern und haben sich ja auch vorbereitet, es ging um den Nachgang des Bundesverfassungsgerichtsurteils, was zu tun ist. Und das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 19. Dezember 2017 zu den verfassungsrechtlichen Anforderungen an das Verfahren der Hochschulzulassung im Studiengang Humanmedizin – das ist ja etwas, von dem wir heute nun gehört haben, wie verantwortungsvoll dieses Studium ist, mit wie vielen unterschiedlichen und diversen Lagen es sich zu befassen hat –, also, das Verfahren der Hochschulzulassung im Studiengang Humanmedizin einzelne Regelungen zur Studienplatzvergabe für verfassungswidrig hält. Das ist wichtig, es geht um einzelne Regelungen. Es hat die Gesetzgeber aufgefordert, bis zum 31. Dezember, das ist nun auch wichtig, bis zum 31. Dezember 2019 eine Neuregelung zu schaffen. Das könnte theoretisch auf unterschiedliche Weise erklären, und deshalb hat der Bund hierzu frühzeitig erklärt, dass er nicht vor hat, ein Hochschulzulassungsgesetz zu erlassen. Das hat der Bund frühzeitig mündlich getan und hat dann am 7. Mai einen Brief an die Amtschefkonferenz geschrieben, wo er das noch einmal betont hat.

In unserer Expertenanhörung selbst haben die Experten auch darauf hingewiesen, dass das so sei, und haben insbesondere gesagt, dass wir eine sehr kurze Umsetzungsfrist nur haben, das waren wichtige Punkte. Das bedeutet, dass der neue Staatsvertrag, der aufzusetzen ist, nicht nur ausgearbeitet werden muss und hier Einvernehmen hergestellt werden muss zwischen den 16 Ländern und dem Bund, sondern dass diese Regelungen, die dann beschlossen wurden, auch technisch so umgesetzt werden müssen, dass die Studienplatzvergabe, die naturgemäß vor dem Antritt der Studienplatzannahme dann liegt, auch gelungen ist.

Wir finden im Grunde diese Regelung des Staatsvertrages auch sinnvoll, wenn der Bund von seiner Kompetenz keinen Gebrauch macht, weil es ja sonst so sein würde, dass die 36 Hochschulen, an denen es medizinische Fakultäten gibt in der Bundesrepublik, dann eigene Lösungen entwickeln müssten und das wäre schlecht. Insofern hat der Hochschulausschuss der KMK unter der Führung unseres Landes, also von Hamburg eine AG eingesetzt, die uns Vorschläge gemacht hat. Also uns heißt in dem Falle, der Kultusministerkonferenz, die Vorschläge zu Eckpunkten gemacht hat. Und auf diese Eckpunkte haben sich die Länder in der KMK am 15. Juni, es ist also noch nicht so lange her, wir haben ja heute den 21., geeinigt.

Diese Eckpunkte sind wie folgt, zunächst einmal Wegfall der Wartequote. Das war schon angelegt im Bundesverfassungsgerichtsurteil, da handelte es sich aber um eine Begrenzung der Wartezeit, die sozusagen zumindest gefordert war.

Dann, der zweite Eckpunkt ist die Beibehaltung einer Agenturbestenquote von mindestens 20 Prozent. Auch eine Beibehaltung des Auswahlverfahrens der Hochschulen, das haben wir jetzt ja auch. Auch das ist ja uns ausführlich berichtet worden in der Expertenanhörung. Und wir haben auch die Berücksichtigung zusätzlicher Kriterien in einer neuen Hauptquote oder in Form einer Binnenquote der AdH. Wir nennen diese Quote Talentquote, weil die Grundidee dieser Quote ist, dass im Raum dieser Quote die Abiturnote keine Rolle spielt. Also wie aber genau diese Quote ausgestaltet sein soll und die Auswahlkriterien hierzu, die sind noch offen. Aber man kann sich schon einmal merken, Talentquote.

Ja, also, jetzt will ich noch einmal sagen, was wir als zuständige Behörde wichtig finden. Ist zum einen, dass die Zulassung transparent und fair sein muss, das ist auch etwas, was im Urteil grundgelegt wurde. Und die Berücksichtigung neben dem Faktor Abitur, das halten wir für ganz wichtig, dass es dieses Fenster, dieses schmale Fenster gibt, um dort eine von der Abiturnote unabhängige ... ein Kriterium, was unabhängig ist von der Abiturnote, einzuführen. Und an dieser Stelle will ich es gern belassen. Vielen Dank.

Vorsitzender: Vielen Dank für die einleitenden Worte. Herr Tode hat das Wort.

Abg. Dr. Sven Tode: Vielen Dank, Frau Staatsrätin, vielen Dank, Herr Vorsitzender. In der Tat war diese, wie ich finde, für uns alle sehr hilfreich, diese Anhörung. Wir haben, wie ich glaube, sehr viel gelernt in der differenzierten Beurteilung. Wir haben auch gehört, dass keiner der Experten, was ja vorher doch anders schien, mehr davon ausging, dass bestimmte Sachen verfassungswidrig wären, das fand ich auch noch einmal ganz hilfreich und wichtig, dass wir das festhalten. Und wir haben eben auch gehört, dass die Qualität der Auswahl, der speziellen Auswahlkriterien, die an dem UKE vorherrschen durchaus auch dementsprechenden Anforderungen entspricht. Auch das, finde ich, noch einmal ein wichtiges Ergebnis, wenn ich das noch ergänzen darf, Frau Staatsrätin, dieser Anhörung.

Jetzt wäre meine Frage, es sind mehrere Komplexe, die ich habe. Das Erste ist die Abiturientenquote, da wird ja immer die Vergleichbarkeit, aber Bundesverfassungsgericht, der Abiturnoten angesehen. Welche Lösungen sind da jetzt angedacht, um quasi sicherzustellen, dass es nicht wieder vom Bundesverfassungsgericht kritisiert wird, dass die Abiturnoten in ihrer Vergleichbarkeit unterschiedlich sind? Das wäre die erste Frage.

Die zweite Frage wäre die Auswahl der Hochschulen, da werden wir speziell auch bei dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts erwähnt. Die Frage ist, wird das zentral oder individuell gelöst? Also, die Frage der Prüfungsideen, sozusagen was prüft man, wenn die Hochschulen quasi ihre eigene Auswahl treffen können. Ist, dass wir das ... Wird es einen bestimmten, wie beim Zentralabitur, einen bestimmten Kanon geben, oder wird das individuell gelöst? Schließlich muss dazu dann das Hochschulzulassungsgesetz geändert werden, also Paragraph 5. Müssen wir hier sozusagen individuelle Hamburger Lösungen noch zusätzlich abschließen? Also, das wäre noch eine Frage, die wir dann hätten.

Und schließlich inwieweit wurde das UKE quasi als diejenige Institution, die es ja vor allen Dingen betrifft, auch was die Auswahl der Hochschulen betrifft, in diesen Prozess von Hamburger Seite mit eingebunden, also die Erfahrungswelt? Wie konnte Hamburg das, was das UKE ja schon seit Längerem macht, mit hineingeben in die Diskussionen? Und vielleicht können Sie uns auch noch einen gewissen Zeitplan nennen, in dem diese Ganze, Sie haben ja gesagt, es sei eine sehr kleine und eine kurze Frist, die wir haben, in der die Parlamente dann jeweils auch mit in die Diskussionsprozesse mit einbezogen werden können? Soweit vielleicht erst einmal für die erste Runde. Vielen Dank.

Vorsitzender: Vielen Dank. Die Staatsrätin.

Staatsrätin Dr. Gümbel: Ja, vielen Dank. Ich habe, Gott sei Dank, hier noch zwei Expertinnen aus dem Haus mitgebracht, Frau Dr. Diek, die Sie ja vorhin schon begrüßt haben, leitet ja die Arbeitsgruppe. In der Arbeitsgruppe herrscht selbstverständlich Vertraulichkeit, insofern wird sie daraus nicht berichten können, aber selbstverständlich, kennt sich Frau Dr. Diek in diesem Themenfeld besonders gut aus und kann deshalb gleich auch Fragen mit beantworten. Und Frau Dr. Volkmann ...

(Frau Volkmann: Ohne Doktor!)

... ohne Doktor, gut, aber auch sehr kompetent, hat eine Standleitung, wenn ich das so sagen darf, zu Herrn Professor Hampe. Professor Hampe ist derjenige, der am UKE den HAM-Nat ja entwickelt hat. Den HAM-Nat haben wir hier in Hamburg, aber darüber hinaus wird er, glaube ich, sowohl an der Charité als auch in Magdeburg eingeführt. Und Herr Professor Hampe, das hat er ja in der Anhörung auch gesagt, ist ja dabei den HAM-Nat auch noch weiterzuentwickeln.

Jetzt aber gern zu Ihren Fragen. Soweit ich die beantworten kann, dann würde ich gleich auch abgeben. Sie haben ja gefragt die Vergleichbarkeit der Abiturquoten, wie wird das eigentlich hergestellt? Also, die ganz schlichte und einfache Antwort darauf heißt, in der Kultusministerkonferenz hat die Schulseite einen Fahrplan erarbeitet, wo durch die Pool-Lösungen bei den Abiturklausuren Vergleichbarkeit hergestellt wird, und zwar, das hat die ... sagt uns die Schulseite, verlässlich bis 2021 oder 2020? Bis 2021. Und da das, 2021, wie Sie ja merken, als sozusagen Stichtag nach dem liegt, wo die Gültigkeit des Gesetzes sein soll, haben wir da also eine Übergangszeit, wo das auch auf andere Weise noch hergestellt werden muss. Aber vielleicht in die genauen oder in die Tiefen sozusagen der Vergleichbarkeit und vor allen Dingen auch der Bereiche, wo das notwendig ist und wo es nicht notwendig ist, können vielleicht Frau Diek und Frau Volkmann ... Ja? Frau Volkmann, vielen Dank.

Frau Volkmann: Ja. Guten Tag. Wie Frau Staatsrätin jetzt erörtert hat, haben wir uns ein Verfahren überlegt, um für die Übergangszeit, bis die Maßnahmen der Schulseite dann so weit sind und greifen, die Abiturnoten annähernd vergleichbar zu gestalten. Da bietet sich ein sogenanntes Prozent-Rank-Verfahren an, das darauf basiert, dass man im Grunde nicht die absoluten Werte der Noten miteinander vergleicht, sondern guckt, zu welchem Anteil im jeweiligen Land der Abiturienten gehört man mit dieser bestimmten Note, ob das jetzt nur die besten 5 Prozent sind, die besten 10 Prozent sind. Und so macht man innerhalb des Landes eine Reihenfolge der Bewerber und bildet auch ... Dann, danach führt man diese Landeslisten zusammen zu einer Gesamtliste, wo man je nach ..., also verschiedene Kriterien berücksichtigt, nämlich wie streng im jeweiligen Land dann auch die Notenvergabe erfolgt. Also dann nutzt man im Grunde die Daten der Bewerber als Vergleichsbasis und guckt, wie viel Prozent im Land X kriegen zum Beispiel 1,1 und 1,2 und so weiter, und so setzt man das ins Verhältnis zueinander. Das ist, einfach beschrieben, dieses Prozent-Rank-Verfahren. Und die Landeslisten, die es früher bei der Abiturbestenquote gab, sind da auch ein Stück mit integriert in diesem Prozent-Rank-Verfahren, da man natürlich auch gucken muss, wie viele Abiturienten gibt es in welchem Land, wie verhält sich der Anteil der Abiturienten zu dem Anteil der Bewerber insgesamt und da bildet man auch auf Basis der früheren Entscheidungen auch so entsprechende Landeslisten als Teil dieses Prozent-Rank-Verfahrens.

Also wenn da noch Rückfragen zu den Details bestehen, dann werden wir natürlich auch versuchen, die noch zu beantworten, aber ...

Staatsrätin Dr. Gümbel: Genau, das war jetzt die erste Frage. Sie hatten ja, Herr Tode, auch gefragt nach dem Auswahlverfahren der Hochschulen, welche Testungen dort angewandt werden und wie man das im Grunde vergleichbar gestalten kann, weil ja in der Tat das Urteil auch gesagt hat, im Grunde ist das eine solche Vielfalt, die auch kaum zu bewältigen ist für junge Studierende oder solche, die es noch werden wollen. Dazu würde ich jetzt vielleicht auch Frau Diek noch einmal zur Ausgestaltung ... Also a), vielleicht vorweg, es geht ja darum, also wenn wir jetzt, wenn die, das hatte ich ja schon gesagt, die Wartezeitquote wegfällt, das sind ja 20 Prozent, dann ist jetzt ja die Frage ..., oder damit gewinnt man Raum, nämlich 20 Prozent, der ausgestaltet werden will und soll. Und man kann diese 20 Prozent jetzt entweder in die Hauptquote, also in die zentrale Hauptquote geben oder in die dezentrale Quote, also in dieses AdH-Verfahren. Und, Frau Diek, ich glaube, dann können Sie konkretisieren.

Frau Dr. Diek: Ich hatte Ihre Frage so verstanden, dass es für Sie um den Kriterienkatalog geht, also zentral oder individuelle vorgegebene Kriterien. Wir haben ja im Staatsvertrag jetzt auch einen Kriterienkatalog in Artikel 10. Der ist dann auch so übernommen worden ins Landesrecht einschließlich des Wortes insbesondere, was ja dazu führt, dass wir insbesondere das ändern müssen jetzt. Wir sind im Staatsvertrag in der Neuformulierung dabei zu überlegen, welche Kriterien in diesem Kriterienkatalog im Staatsvertrag drin sein werden. Die sind, wenn man reinguckt, relativ abstrakt formuliert. Wir beschäftigen uns mit

der Frage, ob das konkreter sein soll, was einen dann aber auch verpflichten würde auf bestimmte Tests oder eben etwas abstrakter. Klar ist für mich, dass der jetzige Kriterienkatalog geändert wird, der wird erweitert. Das ist auch so, dass das UKE zurzeit nicht alle dort durchgeführten Verfahren unter den jetzigen Kriterienkatalog subsumieren könnte. Da gab es ja dann Kriterienerfindungen, das ist ja sozusagen vom Ergebnis her eigentlich auch gut gelaufen, es war nur leider rechtlich nicht abgesichert und das muss jetzt nachgezogen werden. Und da sind wir ja im ... Wir haben sehr früh den Kontakt gesucht zum UKE, um das gleich einfließen zu lassen und sind also in stetigem Kontakt mit den Kollegen dort. Das ist natürlich äußerst hilfreich.

Wir haben aber auch andere geladen natürlich und die Länder sind durchaus unterschiedlich, haben ja auch verschiedene Hochschulen. Die Fakultäten suchen alle verschieden aus, also das wird jetzt alles versucht, eben auch in den anderen Ländern zu eruieren und dann da reinzufassen. Wir haben jetzt aber noch keinen Katalog entworfen neu, das ist noch in der Entstehung.

Staatsrätin Dr. Gumbel: Daran können Sie sehen, dass sozusagen die Frage, ob wir unser Hochschulzulassungsgesetz ändern müssen, hat Frau Diek ja sozusagen jetzt in einem Punkt schon beantwortet, ob es dann noch zu weiteren Änderungen wird kommen müssen, das muss man dann, glaube ich, im Nachgang betrachten.

Jetzt hatten Sie nach dem Zeitplan gefragt. Frau Diek, vielleicht könnten Sie den auch noch einmal kurz darlegen.

Frau Dr. Diek: Ja, der ist ambitioniert. Das Gericht hat, wie die Staatsrätin schon sagte, gesagt, die Neuregelung muss zum 1. Januar 2020 da sein. Die nehmen ja gern die Enden von Kalenderjahren dafür. In diesem Fall liegt das leider genau in einem Bewerbungsverfahren drin, denn das Portal für die Bewerbung zum Sommersemester schließt ja am 15. Januar. Das öffnet im Oktober, damit die Bewerber im zentralen Verfahren auch alle ihre ganzen Daten eintragen können und die Hochschulen da ihre Verfahren machen können. Das ist alles sehr ungünstig, aber, wie wir inzwischen wissen, kann man da jetzt auch nichts dran ändern. Also das Sommersemester wird dann nach dem neuen Recht schon gehen. Das bedeutet, dass wir im Grunde im Dezember den Staatsvertrag in der KMK beschließen lassen müssen ...

(Zuruf: Anno 2018.)

... 2018, in diesem Jahr, 2018, weil die Stiftung für Hochschulzulassung das Ganze ja auch noch softwaretechnisch umsetzen muss. Es reicht nicht in diesem Fall wie in manch anderen Fällen, dass die rechtlichen Grundlagen geschaffen werden und alle verhalten sich dann so, sondern es muss in diesem Fall dann ja auch die Stiftung all das, was im Staatsvertrag steht, umsetzen. Und wir haben mehrfach und stundenlang den technischen Geschäftsführer der Stiftung für Hochschulzulassung befragt nach allen Möglichkeiten, auch wie ihm geholfen werden könnte, damit den Hochschulen geholfen werden kann, das AdH in allen seinen Teilen ohne Unterbrechung und Aussetzung durchlaufen kann. Und er hat uns dann gesagt, wie viel Zeit er braucht für eine Version, die eine Zwischenversion darstellen wird. Das sind die üblichen Stadien einer Softwareentwicklung, Spezifikation und Programmierung, am Ende auch der Test, das kann alles nicht beliebig beschleunigt werden. Wir haben ihn auch gefragt, ob er mit mehr Geld oder mehr Leuten da irgendwie ..., ob wir da was machen könnten, aber das ist alles nicht der Fall. Jedenfalls, er braucht ..., er muss im Mai ungefähr fertig sein mit der Programmierung, um dann zu testen. Und bestimmte Teile sind jetzt auch sehr schnell, die er jetzt schon beginnen muss, damit insbesondere die Portale, in die die Bewerber dann ihre Daten eintragen, auch die richtigen Felder aufweisen. Und daher müssen wir jetzt sehr schnell sein. Aber so ungefähr ist der Zeitplan. Also auf dem Wege zu diesem Beschluss im Dezember 2018 gilt es dann eben, noch verschiedene Stadien teilweise auch mehrfach zu durchlaufen. Das sind die üblichen Hierarchien in der KMK, über

die Arbeitsgruppe, in den Hochschulausschuss, in die Amtschefkonferenz, ins Plenum, das ... Ja. Wir setzen uns immer Meilensteine zwischendurch und arbeiten fleißig.

Vorsitzender: Herr Tode hat noch eine Nachfrage.

Abg. Dr. Sven Tode: Genau genommen drei. Das Erste war an Sie bezüglich des Kriteriums Abitur. Da würde ich fragen, wird das nach Königsteiner Schlüssel verteilt. Also, wenn man das sozusagen länderspezifisch macht und sagt, die Besten aus dem jeweiligen Land, dann muss ja auch die Frage sein, wie viele aus jedem Land dann das sein können. Oder wird zum Beispiel auch berücksichtigt, welche Länder medizinische Hochschulen unterhalten und welche das nicht tun. Wäre ja auch ein interessantes Kriterium, weil, wir zahlen ja mit Hamburger Steuergeldern eine Universitätsklinik, die auch Studierende und Studenten aus anderen Bundesländern mit finanziert. Also wäre vielleicht auch noch eine Frage des Kriteriums.

Die zweite zu dem Auswahl ... Frau Diek, ich habe das so verstanden, Sie wollen aber einen Auswahlkatalog erstellen, also es soll sozusagen schon eine ..., wie beim Zentralabitur, jetzt einmal ganz vereinfacht gesagt, einen Auswahlkatalog geben. Das habe ich jetzt so richtig verstanden? Also sonst würde ich das noch einmal nachfragen.

Und schließlich das Dritte, was ich sehr wichtig finde, ist tatsächlich, wann wird die Bürgerschaft in diesen ganzen Beratungsprozess eingebunden.

(Zuruf: Wenn es vorbei ist.)

– Genau. Wahrscheinlich. Die Frage wäre sozusagen, wenn es Dezember 2018 ist, welcher Beschluss ist das. Ist das der Beschluss Ihrer Arbeitsgruppe? Ist das der Beschluss der Staatsräte? Ist das der Beschluss der Ministerinnen und Minister? Oder ist das der Beschluss der Ministerpräsidentinnen und -präsidenten? Also das alles wäre ja natürlich schon eine wichtige Information, weil, wenn es erst Ihre Arbeitsgruppe ist, dann ist es ja noch ein anderer Punkt, als wenn schon die Ministerpräsidenten im Dezember etwas unterschreiben. Und angesichts der Tatsache, dass ich gerade festgestellt habe, dass wir im November keine Sitzung haben werden, ist dann die Frage, wann die Bürgerschaft dann diesen Staatsvertrag sozusagen diskutiert beziehungsweise überhaupt zur Kenntnis bekommt. Denn ich verstehe ja die Gewaltenteilung, das wurde uns ja auch von den Expertinnen und Experten noch einmal bestätigt und ich erinnere mich auch, dass Frau Dr. Klafki uns darauf noch einmal deutlich hingewiesen hat, dass wir ja der Gesetzgeber sind und dementsprechend dem Staatsvertrag zustimmen müssen oder auch nicht. Dafür wäre es natürlich schon hilfreich, dass wir den auch entsprechend dann in diesem Zeitplan irgendwann bekommen. Wir wollen ja nicht aufhalten, aber wir wollen natürlich auch schon beteiligt werden. Also insofern wäre das noch einmal, glaube ich, eine wichtige Ergänzung.

(Zuruf)

Genau, danke schön.

Vorsitzender: Die Staatsrätin bitte.

Staatsrätin Dr. Gümbel: Ja, im Grunde, der Beschluss, von dem Frau Diek jetzt sprach, das ist der Beschluss in der KMK. Und dann gibt es sozusagen einen Staatsvertrag. Damit ein Staatsvertrag Gültigkeit erhält, muss der Staatsvertrag von allen Ländern und dem Bund ratifiziert werden im jeweiligen Parlament. Wenn die Länder diesen Staatsvertrag nicht ratifizieren, ist er auch nicht gültig.

Abg. Dr. Sven Tode: Das habe ich verstanden, Frau Staatsrätin. Unsere Frage war trotzdem, wenn das die KMK beschließt – verstehe ich das richtig –, dann geht es ja erst

noch zu den Ministerpräsidenten. Oder geht noch in die Minis...? Nein. Weil, die KMK ist ja nicht bekanntlich die Ministerpräsidentenkonferenz, sondern das ist ja die Kultusministerkonferenz, deswegen heißt sie ja KMK. Also insofern wäre meine Frage, wann ist dann sozusagen der Punkt, wo die Ministerpräsidenten es unterschreiben, weil, dann bekommen wir ja den Staatsvertrag zur Ratifizierung, nachdem die Regierung das unterschrieben hat. Und dann müssten wir ja in eine Beratungsstruktur kommen können, wie wir es ja auch bei dem letzten Staatsvertrag ... knapp beteiligt wurden.

Vorsitzender: So, dazu noch einmal der Senat, bitte.

Staatsrätin Dr. Gümbel: Ja, wir haben uns gerade intern noch einmal vergewissert, wie die Abläufe sind, damit wir Sie nicht fehlinformieren. Also die KMK entscheidet, dann entscheidet MPK, also Ministerpräsidenten plus Bundeskanzlerin, dann gibt einen Beschluss. Dann geht dieser Beschluss in die ... Also dann gibt es einen Staatsvertrag, dann geht der Staatsvertrag in die Landesparlamente und in das Bundes...

(Zuruf: Wann? Wann, ist die Frage. Entschuldigung. – Zuruf: Ja, wann?)

– Na gut, also wir hatten jetzt gesagt, ich weiß nicht genau, wann die Ministerpräsidenten und die Bundeskanzlerin, sozusagen wann die sich treffen. Ich weiß, dass wir ... Wann ist die KMK? Wo das vorgesehen ist?

(Zuruf: Im nächsten Dezember.)

– Im Dezember. Und danach ... Ich weiß jetzt nicht, ob das sozusagen dann noch im Dezember ist oder im Januar, wann die Ministerpräsidenten sich treffen. Das weiß ich nicht.

(Zuruf)

– Wie bitte?

Vorsitzender: Gut, herzlichen Dank. Bevor wir hier in Zwiegespräche verfallen, würde ich jetzt erst einmal in der Redeliste fortfahren. Und wenn es noch weitere Fragen gibt, die das besser aufklären können, dann können die ja vielleicht im Laufe der Sitzung noch gestellt werden. Herr Ovens, bitte.

Abg. Carsten Ovens: Vielen Dank. Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Wenn man nach Herrn Dr. Tode spricht, kann man ja immer schon denken, dass die beste Arbeit der Opposition schon erledigt ist, aber ich habe trotzdem noch einige Fragen über tatsächlich.

Erst einmal zwei grundlegende Fragen. Frau Staatsrätin, würde mich noch einmal interessieren, wir haben ja jetzt schon viel über Details gesprochen, aber welche Chancen oder auch welche möglichen Nachteile sieht der Senat eigentlich durch die notwendig gewordene Neuregelung der Zulassung. Das würde mich grundsätzlich noch einmal interessieren, und auch zu verstehen, was eigentlich die Stoßrichtung des Senates aktuell ist in dieser Situation. Immer vor dem Hintergrund, dass wir ja alle das Ziel haben, den Hochschulstandort Hamburg zu stärken und quasi auch die besten Köpfe von außerhalb für ein Studium nach Hamburg zu holen. Und dafür ist natürlich wichtig zu verstehen, welche Strategie der Senat an dieser Stelle hat, wie er sich also in diesen Verhandlungen reinbringt.

Und daran schließt sich so ein bisschen an, die Frage auch gern zu Protokoll, dann sparen wir uns eine SKA: Wie viele Medizinstudienplätze haben wir eigentlich aktuell in Hamburg? Und wie teilt sich das auf in Landeskinder, in Studienanfänger aus Deutschland und den Studienanfängern aus dem EU- beziehungsweise dem internationalen Ausland. Auch das vor diesem Hintergrund, zu verstehen, welche Auswirkungen eine mögliche Neuregelung haben kann. Das sind zwei allgemeine Fragen.

Zwei spezielle Fragen, die ich gern gleich noch einmal hinterherschoben möchte. Am Freitag hat ja die Kultusministerkonferenz getagt und Frau Senatorin Fegebank lässt sich danach zitieren, dass bei der Neuregelung der eigene Lebenslauf und individuelles Engagement eine wichtige Rolle bei der Studienplatzvergabe spielen sollen. Gleichzeitig kann man den Medien entnehmen, es soll keine Anrechnung einer Wartezeit mehr geben, dafür jetzt aber eine Talentquote. Und da würde es mich schon interessieren, gerade weil wir ja auch zu Recht darüber sprachen, wie wird das Parlament denn irgendwie mit der ganzen Thematik befasst, dass Sie vielleicht da noch einmal in die Tiefe gehen, welche Überlegungen da überhaupt aus Sicht des Senats vorstellbar sind, um so eine Talentquote anzureichern. Da gibt es ja sicherlich schon einige Überlegungen.

Und letzte kleine technische Frage wäre dann auch noch zu diesem Zeitverfahren. Also ganz werde ich jetzt auch noch nicht schlau aus den Antworten, die Sie gerade auf die relevanten Fragen von Herrn Dr. Tode gegeben haben. Ich entnehme den Medien, dass das ganz Verfahren ja nicht nur ein politischer Prozess ist, sondern am Ende des politischen Prozesses ja auch die technische Umsetzung der Bewerbersoftware beispielsweise und allem, was die Stiftung da noch machen muss, steht. Und laut Karlsruhe müssen wir ja bis Anfang 2020 komplett fertig sein.

(Zuruf: Ja, das (...).)

Und aus den Schilderungen, die Sie gerade vom Zeitplan her dargestellt haben, sehe ich, ehrlich gesagt, nicht, dass das bis 2020 abgeschlossen sein kann inklusive der technischen Umsetzung, wenn man sich so mit diesen und ähnlichen Verfahren beschäftigt. Da frage ich mich dann natürlich, was passiert dann und welche Auswirkungen kann das auf Hamburg haben.

Vorsitzender: Vielen Dank. Die Staatsrätin dazu noch einmal.

Staatsrätin Dr. Gümbel: Ja, vielleicht fangen wir vorne an. Sie hatten gefragt, wie viele Studienplätze Humanmedizin wir in Hamburg haben. Das sind 356. Das hatten Sie jetzt nicht gefragt, aber ist vielleicht ja auch interessant, Anzahl der Studienplätze insgesamt sind 9 176 im Wintersemester 2017/2018. Auf diese 9 176 Studienplätze haben sich 43 184 Bewerberinnen und Bewerber im Jahr 2017/2018 beworben. So. Ist ja vielleicht auch einmal ..., dann hat man sozusagen ein Gefühl für Mengen.

Sie hatten jetzt gefragt, welche Position der Senat in dieser Frage hat. Also, ein Staatsvertrag ... Ad 1, Auslöser war das Bundesverfassungsgerichtsurteil, es sind Monita benannt worden, die es zu beheben gilt. Wir hatten gesagt, welche das waren, und dementsprechend sozusagen, also ein Punkt war die Wartezeit, die wesentlich zu lang war, das hat das Bundesverfassungsgericht moniert. Deshalb hätte es sozusagen die Möglichkeit gegeben, diese weiter zu begrenzen. Ich hatte ja erläutert, dass die Kultusministerkonferenz, die zuletzt jetzt in Erfurt getagt hat, sich auf Eckpunkte geeinigt hat. Ein Eckpunkt ... Und in der Kultusministerkonferenz sitzen ja die 16 Länder und die Einigung ist auch einstimmig erzielt worden. Insofern, das will ich jetzt sozusagen in aller Demut hier auch als Senatsvertreterin einmal sagen, wir bewegen uns also in einem sehr einheitlichen..., also, sage ich einmal, der Korridor, in dem sozusagen jetzt eine Meinungspreizung erfolgen kann, ist stark eingeschränkt. Und zwar einerseits durch die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts, andererseits durch genau das, was Sie eben angesprochen haben, es geht nämlich darum, zu einem Zeitpunkt, der benannt ist, fertig zu werden, nicht nur mit dem Gesamtkunstwerk Staatsvertrag, sondern auch die Umsetzung erreicht zu haben, weil wir ja sonst in der Tat, und nicht nur in Hamburg, sondern in der gesamten Republik, ich habe Ihnen die Zahlen eben genannt, ein nicht geordnetes Zulassungsverfahren hätten und dementsprechend für so viele Leute eine sehr ungeordnet

Zukunft. Das wollen wir diesen jungen Leuten ja nicht antun, und nicht nur wir hier in Hamburg, sondern in allen Ländern und der Bund auch nicht.

Zum Zeitplan hat Frau Diek ja schon eigentlich alles gesagt. Aber vielleicht können wir das noch einmal sozusagen deutlich machen. Das Einzige, was ich ..., ich weiß tatsächlich nicht die exakten Daten. Da hatte ich mich jetzt auch ehrlich gesagt nicht drauf vorbereitet, dass Sie sozusagen das Datum der Dezembersitzung der Kultusminister – das kann man aber googeln – wissen wollen. Ich bin mir ziemlich sicher, die Ministerpräsidentensitzung im, entweder im, danach folgend, im Dezember oder im Januar, ist auch online verfügbar. Jedenfalls, da werden diese Beschlüsse gefasst. Dann geht es in die Parlamente und wenn es in den Parlamenten ratifiziert wird, kann sozusagen die technische Umsetzung erfolgen.

Damit Sie merken, dass das sozusagen sehr eng aufeinander abgestimmt ist, hat Frau Diek Ihnen ja berichtet, dass die technische Umsetzung erfolgt in der Stiftung für Hochschulzulassung. Das sind sozusagen die Informatiker, die das programmieren. So. Und mit denen wird natürlich jetzt sehr eng gesprochen, was ist in welchen Zeitläufen möglich. Und daraus hat sich ergeben, dass eben – im Mai war das? Wann muss Herr Professor Pepper alles haben? – im Mai sozusagen das Gerüst konkret stehen muss, weil dann die Programmierung, Herr Ovens, weil dann die Programmierung sozusagen erfolgen kann bis zu dem Stichtag, an dem dann das Portal öffnet, und, davor geschaltet, eine Phase der Testläufe auch garantiert, dass das Verfahren dann ordnungsgemäß durchgeführt werden kann.

(Zuruf: 6. Dezember.)

– Ja, also die KMK ist am 6. Dezember 2018 und möglicherweise treffen sich die Ministerpräsidenten ja dann auch noch im Laufe des Dezembers.

Protokollerklärung der Behörde für Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung

Siehe Anlage 1

Vorsitzender: Vielen Dank. Frau Özdemir, bitte.

Abg. Cansu Özdemir: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Sie haben ja gesagt, zu der Talentquote können Sie noch nicht so viel Konkretes sagen, aber mich würde trotzdem interessieren, weil Sie ja gesagt haben, dass die Abinote dann keine oder weniger eine Rolle spielen wird, ob dann zum Beispiel auch die, falls Sie es beantworten können, die fachnahen Berufsausbildungen oder aber auch die Berufserfahrungen in der Auswahl dann eine Rolle spielen werden. Das ist meine erste Frage.

Die zweite Frage bezieht sich noch einmal darauf, in der Expertenanhörung wurde ja auch darauf hingewiesen, dass es bei den Auswahltests eben auch einen diskriminierenden Effekt haben könnte, wenn weibliche Bewerberinnen im Durchschnitt eben schlechter abschneiden. Ob der Senat hier die Möglichkeit haben wird, zukünftig dann sicherzustellen, dass eben bei den Auswahlverfahren der Hochschulen es weniger geschlechterdiskriminierend dann zugehen wird? Also käme dann zum Beispiel ... oder gibt es dann auch den Vorschlag, ist der in der Diskussion, eine Quotenregelung einzuführen?

Staatsrätin Dr. Gümbel: In der Tat können wir zum Zeitpunkt jetzt im Grunde nur Folgendes festhalten, in der Talentquote wird das Abitur, Stand jetzt, das ist ja keine Einigung, sondern ein Eckpapier und ein Gedanke ... Stand jetzt ist es so, dass in der Talentquote, das soll so ..., wenn man es jetzt ..., etwas plakativ, es soll eine abiturnoten-, nicht -freie aber nicht

noch einmal sozusagen wertende Zone sein. Weil, Sie müssen ja ein Abitur haben, sonst, wenn Sie keines hätten, wären Sie ja überhaupt nicht im Verfahren drin.

Gleichwohl, und das muss man deutlich sehen, sind natürlich die Testungen, die dann möglicherweise Kriterien sein könnten, neben dem, was Sie schon angesprochen haben, also berufs- beziehungsweise studiennahe Ausbildungen, Soziales Jahr, all diese Dinge, die man sich ja auch gut vorstellen kann und wo man sich das ja auch wünschen würde, gerade, wenn man jetzt denkt an sozusagen den Tagesordnungspunkt, den wir vor unserer Sitzung haben. Also es gibt ja durchaus viele sozusagen Qualitäten, die einen oder eine spätere Ärztin, Arzt, Forscherin, Forscher und so haben muss, die man möglicherweise ... Also ich will jetzt nicht diskriminierend guten Abiturienten gegenüber sein, das auch nicht. Also ein sehr gutes Abitur bedeutet ja nicht, dass man keine Empathie hat, also das will ich nur vor der Klammer sagen. Gleichwohl, dass man auch einen Raum hat, wo man sozusagen auch noch einmal sich selbst erproben konnte eventuell im Umgang mit Patienten, im Umgang möglicherweise mit Bedürftigen oder so, also dass das auch eine Gewichtung findet. Gleichwohl ist es aber so, und das muss man, glaube ich, auch der Ehrlichkeit hinzufügen, wenn wir jetzt von diesem Testen sprechen, also HAM-Nat, TMS, das sind ja die beiden Tests, Sie erinnern sich, darauf hatten die Experten ja auch große Zeit verwendet, uns die nahezubringen, dann sind das Kombinationen von Wissens- und Intelligenztests. Und natürlich hängen auch diese Tests, also ich würde ..., das ist ja jetzt auch sehr naheliegend, ein hoher Intelligenztest und großes Wissen führt ja möglicherweise auch im Vorhinein auch schon einmal zu einem guten Abitur. Oder das kann jedenfalls eine gewisse Korrelation haben. Was ich damit sagen will, auch das ist nicht komplett frei von, sage ich, solchen Überlegungen. Aber das sind, wie gesagt, das sind Ideen, das sind Überlegungen, die noch nicht konkretisiert sind. Weitere Schritte werden folgen. Wenn das Ihre Frage beantwortet ... Ja?

Vorsitzender/Abg. Daniel Oetzel: Vielen Dank. Ich selbst habe zwei Fragen. Das eine ist noch einmal die nach den Ortspräferenzen. Da haben wir ja auch hier in der Expertenanhörung viel drüber gesprochen. Also da wäre meine Frage, inwiefern diese Ortspräferenz überhaupt weiter vereinbar sein kann mit den zukünftigen Regelungen.

Und das Zweite, einfach, weil das eine interessante Formulierung war, die Sie eben gewählt haben, als Sie darüber berichtet haben, auf welche Weise gerade dieses Programm da geschrieben wird, wo Sie, Frau Diek, sagten, die Programmierung dieses Programms könne weder durch mehr Personal noch durch mehr Geld beschleunigt werden. Das finde ich eine sehr ungewöhnliche Situationsbeschreibung. Vielleicht können Sie noch einmal erläutern, woran das liegen kann. Bitte schön.

Staatsrätin Dr. Gumbel: Ja, vielen Dank, Herr Vorsitzender. Frau Diek bitte.

Frau Dr. Diek: Ja. Also im jetzigen Verfahren ist es ja so, dass das begrenzt war auf sechs Ortspräferenzen. Die sind auch reichlich genutzt worden, insbesondere von den Hochschulen, die aufwendigere Auswahlverfahren durchführen, als quasi die Abiturliste weiter abzarbeiten als Fakultät. So was gab es auch noch vereinzelt. In Zukunft darf es nicht mehr so sein, dass jemand eine schlechtere Chance auf Zulassung hat, weil seine Ortspräferenzen ihn quasi immer wieder hinten angestellt haben, das war ja der Grund, warum das Bundesverfassungsgericht gesagt hat, das kann nicht sein, dass jemand, weil seine Wunschhochschule vollgelaufen ist, dann bei seiner zweiten oder dritten Wahl sich immer wieder ganz hinten anstellen muss. Und insofern darf das dafür nicht mehr genutzt werden. Also das wird kein Sortierkriterium mehr dafür sein, dass jemand eine schlechtere Chance auf Zulassung hat.

Wo das noch eine Rolle spielen wird in der ausgebauten Vollversion, ist bei diesen eben erwähnten Fakultäten, die aufwendige Auswahlverfahren durchführen. Da erkennt das Bundesverfassungsgericht an, dass es faktisch nicht umsetzbar wäre, wenn diese teuren

zeitintensiven Auswahlverfahren, die ja auch das UKE durchführt, zum jetzigen Zeitpunkt mit sogenannten multiplen Miniinterviews, die daraus bestehen, dass man an neun verschiedenen Stationen dann quasi in einem Interviewparcours von einer Jury beobachtet wird. Dafür werden dann auch schon Leute ausgewählt nach Ortspräferenz, weil das einfach viel zu aufwendig wäre, das für Tausende anzubieten, das kann das UKE gar nicht leisten und auch die anderen Fakultäten, die so was machen, können das nicht. Und das UKE war ja auch mit Herrn Hampe in den Anhörungen vom Bundesverfassungsgericht und die haben das insofern aufgenommen, das Argument, also dass da wieder Ortspräferenzen teilweise eine Rolle spielen dürfen, wenn man solche aufwendigen Verfahren dann hat.

Die zweite Frage zur Programmierung, das ist so, dass der technische Geschäftsführer dem versammelten Länderkreis auch erläutert hat, dass, wenn man ihm Geld und dadurch quasi mehr Personal zur Verfügung stellen kann, dass es immer in Software-Projekten zu sehen ist, dass man so und so viele Monate braucht. Also die Produktivität geht erst einmal runter und geht erst nach einigen Monaten wieder hoch, wenn diese Personen eingearbeitet sind. Die sind sozusagen – wie soll ich das nennen – nicht kaltstartfähig. Und daher sagt er, wenn man ihm jetzt mehr Personal oder Geld, damit er Personal besorgt, gibt, dann hat er erst einmal einen Einbruch in der Produktivität, und bis er durch dieses Tal wieder durch ist und das dann auch tatsächlich nach oben ginge, ist schon so viel Zeit vergangen, dass er dann nicht mehr sagen könnte, dass er das schafft.

Er hat übrigens ja gesagt, dass das durchaus zeitlich bis zum nächsten Mal programmierbar ist, aber im Auswahlverfahren der Hochschulen werden einige Teile nicht fertig werden. Das ist ja auch Bestandteil der Beschlüsse der Kultusministerkonferenz, dass das nicht versprochen werden konnte, dass alle Teile des Auswahlverfahrens der Hochschulen in diesem einen Jahr, das gebraucht wird, um die Vollversion zu programmieren, durchgeführt werden können. Aber wir gehen fest davon aus, und so ist es auch zugesagt, dass die jetzt besprochenen Teile zeitgerecht vorliegen. Insofern haben wir dazu dann auch keinen Plan B.

Vorsitzender: Vielen Dank. Frau Heyenn.

Abg. Dora Heyenn: Ich habe ein paar Nachfragen zu dem, was bisher schon angesprochen wurde.

(Zuruf: Mikro ist aus!)

Ich habe noch ein paar Nachfragen zu dem, was bisher schon angesprochen wurde. Bisher war das ja so, dass 20 Prozent ausmachte die Wartezeit. Und wir kennen ja alle Fälle von vielen Studierenden, die aufgrund ihres Abiturs, was nicht 1,0 bis 1,3 war ... das war für die die einzige Chance überhaupt, einen Studienplatz in Medizin zu bekommen.

Nun frage ich einmal, wenn jetzt jemand ein Abitur mit 2,2 hat, hat er denn nach der neuen Regel überhaupt noch eine Chance auf einen Medizinplatz oder kann er sich das gleich abschminken. Das ist die erste Frage.

Die zweite Frage ist, ich habe das mit der Vergleichbarkeit noch nicht verstanden, mit der Vergleichbarkeit der Abiture. Ich sage einmal ein Beispiel. Sie haben gesagt, Sie machen so ein Notenranking in verschiedenen Bereichen und gucken, wie viele in den einzelnen Bundesländern haben Abitur, ich sage einmal, mit 1,0 bis 1,3. Das sind ja so die Punkte. Nun gehe ich einmal davon aus – ich mache einmal ein Rechenbeispiel –, in Hamburg haben in einem Jahrgang 100 Abiturienten einen Schnitt von 1,0 bis 1,3 und in Bayern 50. Was für eine Auswirkung hat das denn auf diese 150 Studierenden? Das möchte ich gern einmal wissen. Das kann ich mir jetzt überhaupt nicht vorstellen, wie das verglichen wird.

Und dann kann ich mich erinnern, bei der Anhörung hat Professor Hampe vom UKE deutlich gesagt, dass er dieses, was Sie jetzt Talentquote nennen, dass er da große Probleme mit

hat, dass, wenn Abiturienten, weil sie eine schlechtere Note haben als 1,0 bis 1,3, dass die dann Pflegeberufe machen oder Krankenschwester oder oder und dass sie dann sich entschließen, danach dann das Medizinstudium aufzunehmen. Und da hat Professor Hampe gesagt, das findet ... Also UKE zum Beispiel unterstützt das eigentlich nicht und wir möchten eigentlich auch nicht so gern, dass die dann Medizin studieren, mit der Argumentation, das wäre ja auch ein bisschen schade, weil es eben in den Pflegeberufen so einen großen Personalmangel gibt, und dann wäre das ja auch nicht gut, wenn die da weggehen würden. Ich finde allerdings, dass das eine sehr persönliche Entscheidung ist. Und die Möglichkeit (...) muss es doch geben.

Und ich übertrage das jetzt einfach einmal auf einen anderen Bereich. Ich stelle mir nur einmal vor, ein Abiturient entscheidet sich erst einmal, Tischler zu lernen, weil er erst einmal von dem ganzen theoretischen Konstrukt die Nase voll hat und was machen will. Und dann hat er die Tischlerlehre beendet und dann will er Architektur studieren. Das muss doch auch möglich sein. Also wenn man jetzt dazu übergeht und sagt, bei diesem Auswahlverfahren werden wir bei dieser Talentquote ganz bestimmte Berufe, die dann erlernt worden sind, die werden wir nicht berücksichtigen, weil sie gesellschaftspolitisch gebraucht werden, das finde ich, das ist einfach eine Zuständigkeit, die nicht in der Zuständigkeit der Verteilung liegt.

Und als Viertes habe ich noch einmal die Frage, ich habe das jetzt so verstanden, dass ... die KMK beschließt einen Staatsvertrag, dann die Ministerpräsidentenkonferenz am 16. Dezember und dann geht das alles im Schweinsgalopp und dann wird es in den Parlamenten vorgelegt. Ich verstehe das jetzt so, wenn wir denn diesen Staatsvertrag hier in Hamburg in der Bürgerschaft vorgelegt bekommen, dann heißt das im Prinzip, friss, Vogel, oder stirb. Wir haben gar nicht die Möglichkeit, es a) zu verändern oder b) abzulehnen, weil, wenn wir es dann ablehnen, dann ist das ganze Konstrukt hinfällig. Da stehen wir quasi unter einem unglaublichen Druck. Und das, was Frau Professor Klafki gesagt hat, trifft dann überhaupt nicht mehr zu, dass die Parlamente entscheiden. Wir entscheiden dann eigentlich gar nichts. Wir können nur Ja oder Nein sagen.

Staatsrätin Dr. Gümbel: Was soll ich sagen, Frau Heyenn? Was soll ich sagen? Ein klein wenig ist das so. Das liegt sozusagen in der Natur der Sache. Und da sehe ich mich auch außer Stande, das Verfahren zu verändern. So. Also genauso wenig, wie Sie das ändern können.

Aber was ich jetzt gern machen ... Verstehen Sie, was ich meine? Sie haben recht, so funktionieren Staatsverträge. Jetzt haben wir ja in der Bürgerschaft zum Beispiel, nur damit Sie sich erinnern, hier öfter Staatsverträge, Rundfunkstaatsverträge zum Beispiel. Die haben nicht hinten so eine Deadline. Das Problem besteht jetzt ja für alle, die handeln. Also wir sind aufgefordert zu handeln durch das Bundesverfassungsgericht. Und das Bundesverfassungsgericht hat uns einen Endpunkt genannt. Und jetzt müssen alle Schritte – dazu gehört Ihre Beratung, dazu gehört die Programmierung, dazu gehört aber auch die Verständigung zwischen den Ländern und dem Bund, in welchen Eckpunkten der Staatsvertrag überhaupt abgefasst ... das muss in rasanter Geschwindigkeit passieren, sodass – wie will ich das sagen – in allen Bereichen höchste Verdrückung herrscht, also sowohl bei der Programmierung, bei der Erstellung der Eckpunkte und so weiter. Das ist ja unmittelbar einsichtig.

Und Sie haben recht, das zu bemerken und das vielleicht auch nicht gut zu finden, aber wir sind nicht diejenigen, die den Zeit-, den Endpunkt festlegen. Und wir beeilen uns schon so schnell, wie es geht, aber noch schneller, glaube ich, kriegen wir weder die Programmierung hin noch die Eckpunkte. Sie müssen sehen, die haben wir jetzt ja immerhin schon. Gut. Aber nichtsdestotrotz, Sie haben völlig recht in Ihrer Bemerkung.

Jetzt wollte ich noch einmal antworten auf das, was Sie gefragt haben, was ist denn gemeint mit Talentquote und wie hängt das zusammen mit den Berufen. Und da haben Sie

ausgeführt, dass ein Tischler wunderbar Tischler sein kann und danach Architektur studieren kann. Und da haben Sie völlig recht und so ist das auch. Und ich glaube, was Herr Professor Hampe meinte, war Folgendes: Wenn wir jetzt – und so ist das ja im Augenblick – die Ausbildung zur Krankenschwester oder sonstige Pflegeberufe... bonieren, und so ist das im Augenblick, je nachdem, im (...) -Verfahren der Hochschulen mit 0,5 oder 0,7. Boniert heißt, dass sie ... Sie haben ...

(Zuruf)

Ja. So. Dann könnte Folgendes passieren, dass ein Anreiz besteht für sehr viele zukünftige Medizinstudierende, in eine solche Ausbildung zu gehen, um sich den Bonus abzuholen, nicht, um hinterher Krankenschwester zu sein oder auch nur die Ausbildung wirklich zu machen. Deshalb schlug Professor Hampe vor, und andere auch, zu bonieren eine kürzere Zeit, damit ...

(Zuruf)

Ja, das kann man ja bewerten, wie man möchte. Ich wollte nur sagen – so hatte ich Professor Hampe verstanden –, in der Tat sind wir uns auch noch gar nicht oder ist die Ausformulierung der Talentquote da auch noch nicht weit fortgeschritten, was sie bonieren wird, also ob da abgeschlossene Lehrberufe, Pfleger, Krankenschwester et cetera boniert wird oder ob boniert wird eine längere Zeit, zwölf Monate oder so. Da gibt es auch Vorschläge vom Medizinischen Fakultätentag, genau, das so zu machen. Also es gibt ja jetzt sehr viele Vorschläge, die an allen Orten erarbeitet werden zu diesem Thema. Insofern sind wir da noch nicht so weit, aber fest steht, dass auch eine solche Komponente in diese Talentquote auf jeden Fall einfließen soll.

Dann hatten Sie gefragt nach der Frage Vergleichbarkeit von Abitur. Da wollten Sie noch Erläuterungen und die kann gern Frau Volkmann geben.

Frau Volkmann: Das Verfahren, dieses Prozent-Rang-Verfahren, ist ja auch ein bisschen kompliziert. Und ich glaube, wir mussten auch alle ein paar Mal diese Vorschläge über die Vorstellung lesen, um das überhaupt zu verstehen. Das hat ja auch viel mit Statistik zu tun und wie man bestimmte Listen zusammenführt. Also ich versuche das einmal in Schritten, eine Reihenfolge darzustellen, wie das jetzt ablaufen könnte. Wir haben uns ja auch nicht auf eine bestimmte Art und Weise, wie das durchgeführt wird, ja auch geeinigt, sondern das ist eine mögliche Variante, wie das ablaufen kann, und zwar ...

Also Ziel ist, dass man im Grunde alle Bewerber über alle Hochschulen oder über alle Hochschulen und Studiengänge hinweg, also dass die gesamte Bewerberzahl, die bei der Stiftung für Hochschulzulassung sich dann anmeldet, in eine lineare Reihenfolge bringt nach ihren Abiturnoten, die dann gewichtet werden.

(Abg. Dora Heyenn: Wie werden die gewichtet?)

Das erläutere ich gleich, also das Verfahren. Also zunächst werden die Landeslisten gebildet, und zwar ... Also innerhalb der jeweiligen Landes... also die Bewerber nach ihren jeweiligen Ländern, Ursprungsländern, die werden innerhalb dieses Landes in eine Reihenfolge gebracht nach ihren Abiturnoten. Das ist ja erst einmal unproblematisch, weil, da muss man ja nicht ausgleichen innerhalb des Landes oder zumindest ist die Notwendigkeit jetzt vom Verfassungsgericht her nicht gefordert. Sie werden nach der Abiturnote sortiert, dann nach weiteren Kriterien, zum Beispiel die Punktzahl, die auf dem Abitur noch ausgewiesen wird, und bei Gleichstand wird dann gelöst. Also das heißt, es wird dann pro Land eine Liste erstellt. Dann werden die Landesanteile berechnet. Also es gibt in dem Sinne keine Landeskinder in dieser Medizinzulassung, sondern man hat sich auf ein Verhältnis oder ein Verhältnis geeinigt, und zwar ein Drittel Anteil des Landes an den

Bewerbern insgesamt und zwei Drittel Anteil des Landes an der jüngeren Bevölkerung. Damit sind die 18- bis 21-Jährigen gemeint. Und so werden ... Nach diesen Verhältnissen werden die Länder ... pro Land ein Prozentsatz ausgerechnet, welchen Anteil an den Plätzen die jeweiligen Länder bekommen. Und die Stadtstaaten bekommen natürlich noch zusätzlichen Bonus, weil da die Verhältnisse ja anders sind als in den Flächenländern.

Und dann werden diese Landeslisten, also einmal diese Reihenfolge nach Abitur, und unter Berücksichtigung dieser Landesanteile zusammengeführt zu einer Liste nach dem sogenannten Sainte-Laguë-Verfahren, was ja auch in der Politik dann auch eingesetzt wird, um bestimmte Listen zu berechnen. Das ist ein bisschen kompliziert. Also da wird im Grunde geguckt, wie viele Plätze hat denn das jeweilige Land bekommen und welche Bewerber auf der Liste. Die werden dann praktisch so nach Kästchen verteilt auf diese Plätze, bis alle Plätze aufgebraucht sind. Also ich kann es jetzt nicht grafisch darstellen, aber so wird praktisch sowohl die Abiturnote berücksichtigt wie auch die Verhältnisse innerhalb des Landes, was die Bewerber und die Bevölkerungszahlen anbetrifft. Und dadurch wird dann annähernd ein Ausgleich erreicht. Denn einfach nur die Prozentsätze, also weil, man hat ja festgestellt, dass Länder erstens unterschiedliche Abiturientenzahlen haben und zweitens auch unterschiedliche Systeme haben in dem Sinne, dass unterschiedlich streng bewertet wird.

Das heißt also, zum Beispiel die besten 5 Prozent in Hamburg – also ich habe jetzt die Daten da nicht, aber deswegen die Zahlen erst einmal nicht absolut nehmen bitte –, zum Beispiel die besten 5 Prozent in Hamburg haben einen Durchschnitt bis 1,5, sag ich 'mal, und die besten 5 Prozent in Niedersachsen einen Durchschnitt bis 1,3. So. Und aus diesen Tatsachen kann man natürlich schlecht ... Und das ist nämlich auch unterschiedlich. Bei den 5 Prozent ist das so, bei den 10 Prozent ist möglicherweise das Verhältnis anders. Also die Strenge der Bewertung ist auch nicht durchgehend im gesamten Notenspektrum, sondern das ist sehr unterschiedlich. Also das belegen die Bewerberdaten schlicht, die nach Ländern dann auch vorliegen, sodass man auch nicht so eine Art Bonus oder Malus ausrechnen kann, weil das dann nicht für alle gerecht wäre, weil das eben so unterschiedlich verteilt ist. Und deswegen hat man eben dieses Prozent-Rang-Verfahren überlegt, dass man es annähernd vergleichbar gestaltet.

(Abg. Dora Heyenn: Ich habe eine Zusatzfrage!)

Vorsitzender: Noch eine Rückfrage dazu.

Abg. Dora Heyenn: Also wenn wir schon jetzt mitbestimmen können, möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass, wenn jemand Pfleger oder Krankenschwester gelernt hat und wird dann Arzt, dann ist es doch für den Arztberuf nur von Vorteil und nicht von Nachteil. Und deshalb kann ich immer noch nicht nachvollziehen, dass man versucht, den jetzigen derzeitigen Mangel in diesen Berufen dazu zu verwenden, dass man da weniger Boni gibt. Also das möchte ich doch bitten, dass man das noch einmal überdenkt.

Staatsrätin Dr. Gümbel: Danke. Wie gesagt, noch gibt es da überhaupt keine Festlegung. Ich wollte nur diesen Aspekt des Professor Hampe hier verdeutlicht haben. Und Sie betonen einen anderen Aspekt. Und ich glaube, es geht einfach drum, wie man das, wie man den Fehlanreiz und die gute Auswirkung miteinander ausbalanciert und zu welchem Urteil man dann kommt. Und Sie kommen zu dem, wie ich das jetzt sehe, sehr eindeutigen Urteil, dass Sie den Fehlanreiz für vernachlässigenswert halten, und offensichtlich Professor Hampe hatte die gegenteilige Einschätzung. Wir sind, also mit "wir" meine ich jetzt die Länder, da ja noch überhaupt nicht so weit, dass wir über solche Dinge im Detail gesprochen hätten.

Vorsitzender: Herr Ovens.

Abg. Carsten Ovens: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Also das Thema Abitur und Vergleich scheint mir jetzt in einer sehr komplexen Art und Weise behandelt zu werden, worden zu sein. Das löst aber für mich trotzdem das Dilemma noch nicht so ganz. Also auch wenn ich versucht habe, Ihren Ausführungen, die ja sehr detailliert waren dankenswerterweise, zu folgen, aber wie am Ende tatsächlich sichergestellt werden soll, dass das schlechtere Hamburger Abitur am Ende trotzdem im Vergleich zu Bayern beispielsweise zu einer erfolgreichen Bewerbung führen kann, bin ich mir noch nicht so ganz sicher, ob das tatsächlich durch diesen Schlüssel auch erreicht wird.

Nun wurde ganz ... Zu Beginn der Diskussion, Frau Staatsrätin, stellte ich ja die Frage ... Sie haben die Zahlen zwar der Gesamtstudienplätze gehabt, aber mich würde noch einmal interessieren, falls Sie es zur Hand haben, sonst gern zu Protokoll, von den 90 vergebenen Studienplätzen je Semester, wie viel davon gehen an Landeskinder und wie viel gehen an Bewerber aus der Bundesrepublik beziehungsweise an Auswärtige, EU und noch darüber hinaus. Und hat diese Neuordnung des Verfahrens womöglich auch eine Auswirkung auf die Verteilung dieser Studienplätze? Das wäre noch einmal eine Frage.

Und eine weitere, die mir jetzt auch gerade im Rahmen dieser Diskussion kam. Es hat sich ja mittlerweile ein ganzes Gewerbe darum entwickelt, Studienanfänger irgendwo in Osteuropa zu platzieren, um sie dann zum späteren Zeitpunkt zurückzuholen nach Deutschland, sei es auf einem Klageverfahren oder aber eben über eine spätere Bewerbung, nachdem man einige Semester im Ausland studiert hat. Da würde mich die Einschätzung des Senates interessieren, wie die Neuordnung der Studienplatzvergabe, was sich ja erst einmal nur auf Erstsemester bezieht (...)

Studienanfänger, eventuell auch für Studienplatzwechsler gerade aus dem Ausland eventuell Auswirkungen haben kann.

Und irgendeine dritte ... Ach ja, genau, die dritte spannende Frage, die sich mir natürlich stellt bei dieser ganzen Diskussion, wäre dann, inwieweit der Senat denn bei den internen Diskussionen in der Wissenschaftsbehörde zur Neufassung oder Neuregelung auch in punkto Talentquote sich auch tatsächlich mit den Betroffenen einmal auseinandersetzt, also beispielsweise mit dem bvmf und anderen Studentenvertretungsorganisationen, die hier ja durchaus auch sinnvolle Hinweise geben könnten, was denn angebracht wäre, um die richtigen Leute am Ende zum erfolgreichen Eintritt ins Medizinstudium auch zu bekommen.

Vorsitzender: Der Senat bitte.

Staatsrätin Dr. Gümbel: Vielen Dank. Ich will gern beginnen mit Ihrer ersten Frage. Sie hatten ja gefragt, Landeskinderregelung. Ich glaube, dass ... Die Medizinplatzvergabe erfolgt ja national, und insofern gibt es nirgendwo in keinem Land da eine Landeskinderregelung, sondern die Vergabe erfolgt genauso, wie Frau Volkmann es eben dargestellt hat. Und wir reservieren jetzt ... Das wäre... also das ist völlig undenkbar. Also denkbar ist immer alles, aber in dem Verfahren ist es jetzt nicht vorgesehen, dass Quoten reserviert werden für Landeskinder. Ad 1.

(Zuruf Abg. Carsten Ovens)

Ad 2. Es gibt eine Quote für EU-Ausländer ...

(Zuruf: Nicht-EU-Ausländer!)

... Nicht-EU-Ausländer, Entschuldigung, Nicht-EU-Ausländer, die aber auch national geregelt ist.

Dann hatten Sie gefragt, wie sich das niederschlägt möglicherweise, jetzt die Neufassung, auf die Chancen derer, die im Ausland oder in Osteuropa, sagten Sie, studieren, dann auf

den Wiedereinstieg. Wir haben bei der Expertenanhörung ja gehört – Herr Professor Hampe hatte das ausgeführt –, dass wir an Studienabbrecherquoten bis zum Physikum eine sehr geringe Quote haben in der Medizin, die etwa bei 10 Prozent liegt. Und genau diese 10 Prozent werden dann ja aufgefüllt mit diesen Rückkehrern. Und ich vermute einmal, dass sich das nicht groß ändern wird, aber das entzieht sich auch meiner Prognosefähigkeit, aber Stand jetzt würde ich sagen, möglicherweise verändert sich das nicht.

Dann hatten Sie gefragt, ob wir das Gespräch suchen oder den Austausch suchen mit Studierendenvertretern und so. Da hatte ich gesagt, ja, es gibt ja viele Vorschläge aus sozusagen jetzt ... Also es gibt zum Beispiel den Medizinischen Fakultätentag, der einen Vorschlag erarbeitet hat. Es gibt zusammen mit dem bvmd, also mit der Studierendenorganisation, gibt es einen Vorschlag. Also ich will sagen, wir kennen jetzt ... Wir werden natürlich auch, alle Ländervertreter werden jetzt natürlich auch – wir sind ja für die die Ansprechpartner im Grunde – mit deren Stellungnahmen adressiert, sodass wir glauben, dass wir eigentlich da ein ganz gutes Bild haben von dem, was da die geneigte Öffentlichkeit, die da jetzt besonders sich betroffen fühlt, wünscht und sich vorstellt.

Vielleicht wollen Sie dazu noch irgendwas sagen, Frau Diek?

Frau Dr. Diek: Ich würde gern ergänzen, dass wir in der Arbeitsgruppe ja auch diverse Vertreter von Interessenvereinigungen anhören im Laufe der Zeit und andere, die dazu sich gern äußern möchten. Und dazu gehörten auch schon der MFT und der bvmd.

Vorsitzender: Herr Ovens hat eine Nachfrage angekündigt.

Abg. Carsten Ovens: Vielen Dank, Herr Vorsitzender, habe ich darum gebeten, eine stellen zu dürfen. Also ich verstehe das durchaus mit der internationalen Vergabe der Studienplätze. Dennoch würde mich interessieren – dann formuliere ich es vielleicht etwas anders –, ob der Senat die tatsächlichen Anfängerzahlen darstellen kann, sortiert nach Hamburger Landeskindern, weil, wir können ja doch hoffentlich trotzdem nachvollziehen, wer ein Studium hier beginnt, ob die vorher Abitur in Hamburg gemacht haben oder ob sie Abitur außerhalb gemacht haben.

Staatsrätin Dr. Gümbel: Nein, nein. Darüber haben wir keine ...

Abg. Carsten Ovens: Wir haben überhaupt keine Ahnung, wer bei uns ein Medizinstudium beginnt am UKE?

Staatsrätin Dr. Gümbel: Selbstverständlich, aber ...

Abg. Carsten Ovens: Gut. Dann werden wir doch bestimmt nachvollziehen können, ob diese Kinder ein Abitur in Hamburg gemacht haben beziehungsweise außerhalb beziehungsweise außerhalb der Europäischen Union.

Staatsrätin Dr. Gümbel: Außerhalb der Europäischen Union, das könnten wir bestimmt nachvollziehen, weil, die wären dann ja in einer anderen Quote. Also vielleicht fragen wir das einfach noch einmal das UKE, ob die ... Würde ich vorschlagen.

(Zuruf Frau Volkmann)

Die Stiftung für ... Gut. Also Frau Volkmann, wollen Sie vielleicht einmal sich bemühen?

Frau Volkmann: Also ich kann Ihnen ... Herr Ovens, ich kann Ihnen leider jetzt keine Zahlen liefern, aber ich könnte mir vorstellen, dass die Stiftung für Hochschulzulassung, wo die Bewerber ja sich bewerben, und zwar aus dem gesamten Bundesgebiet, das tatsächlich erheben, woher die Abiture kommen und wo sie dann jeweils zugelassen werden, weil, es ist

ja nicht zwingend so, dass jemand, der in Hamburg Abitur gemacht hat, auch in Hamburg studieren möchte. Das heißt also, er wird dann vielleicht nicht hier zugelassen, sondern woanders. Das UKE wird die Daten ja so auch nicht haben, sondern wir müssten dann wahrscheinlich die Stiftung für Hochschulzulassung eher befragen dazu.

Abg. Carsten Ovens: Wäre das dann möglich, diese Zahlen zu Protokoll zu geben?

Frau Volkmann: Also wenn Sie jetzt ...

Vorsitzender: Da wir ein Wortprotokoll haben, wäre es sehr förderlich, wenn wir von Zwiesgesprächen absehen. Ist der Senat mit seinen Ausführungen zu dieser Frage erst einmal durch? Dann noch einmal ... Nein, bitte weiter.

Staatsrätin Dr. Gümbel: Wir können uns um solche Zahlen oder solche Auskünfte bemühen. Ich will nur darauf hinweisen, dass die Stiftung für Hochschulzulassung uns ... Sie unterliegt nicht dem Fragerecht der Abgeordneten, das will ich nur deutlich machen, aber wir bemühen uns da sehr, und wenn es da Zahlen gibt, dann werden wir die bestimmt auch kriegen. Ich wollte es nur deutlich sagen.

Abg. Carsten Ovens: Ich weiß das zu schätzen. – Vielen Dank.

Vorsitzender: Herr Giffei.

Abg. Uwe Giffei: Schönen Dank. Also ich möchte mich erst einmal vorweg, bevor ich auch ein paar, vielleicht manchmal auch kritische Fragen habe, erst einmal bedanken beziehungsweise erfreut zeigen darüber, dass die KMK so schnell zu Eckpunkten gekommen ist, nach einem halben Jahr nach dem Urteil. Das, muss man ja sagen, ist eine unglaublich zügige Zeit. Und das ändert aber nichts daran, dass dieser enge Zeitplan, der vom Bundesverfassungsgericht gesetzt ist, natürlich trotzdem noch zu Schwierigkeiten führt.

Ich habe zwei eher technische Nachfragen und eine vielleicht etwas prinzipiellere Frage. Ich habe einmal eine Frage zu diesem Prozent-Rang-Verfahren noch einmal. Also nicht noch einmal technisch erklären, ich wollte nur fragen, ob das auch jetzt angewendet wird bei dem Auswahlverfahren der Hochschulen, also genauso, wie Sie es beschrieben haben, anders als zuvor jetzt auch dort.

(Zuruf: Ja!)

Okay. Dann habe ich noch eine zweite technische Nachfrage. Die bezieht sich auf das, was Frau Diek gesagt hat, nämlich dass Teile des Auswahlverfahrens der Hochschulen wahrscheinlich noch nicht fertig programmiert sein werden, sag ich jetzt 'mal untechnisch, zum 1. Januar. Heißt das dann, dass für bestimmte Bewerbungsprozesse das Auswahlverfahren der Hochschulen dann nicht angewendet werden kann, oder wird es dann trotzdem angewendet, obwohl es technisch noch nicht umsetzbar ist? Gibt es dazu Überlegungen?

Ich habe aber dann vor allen Dingen noch eine dritte Frage, und die ist eher prinzipieller Natur. Also wenn man jetzt die Wartezeitquote komplett wegfallen lässt, dann ist das ja ein sehr kräftiger Eingriff in das bisherige System. Und ich kann mir vorstellen, dass es ... Also ich weiß nicht genau, wie viel Wartezeit man inzwischen angesammelt haben muss, um zugelassen zu werden, aber es wird sich sicherlich so bei 12, 13 Semestern bewegen. Was ist denn mit den Leuten, die jetzt 9 Semester darauf verzichtet haben, ein anderes Studium zu beginnen, weil diese Zeit ja nicht angerechnet wird auf die Wartezeit? Also wird es da eine Übergangsregelung geben für diese Leute, die jetzt schon sehr lange warten, oder was ist da die Planung? Das würde mich interessieren.

Vorsitzender: Der Senat bitte.

Staatsrätin Dr. Gümbel: Danke schön. Ich würde gern mit dieser übergeordneten Frage anfangen. Also der jetzige Stand ist, man muss 15 Semester warten. Und deshalb hat auch das Bundesverfassungsgericht gesagt, dass das im Grunde nicht zumutbar ist, weil wir dann – und das erinnern Sie sicherlich ja auch – in der Expertenanhörung gehört haben, dass gerade in dem Bereich der Studierenden, die über diese Wartequote reinkommen, die Abbrecherquote so hoch ist, das wiederum korrigiert mit Kenntnissen, die wir aus anderen Studiengängen haben, wo wir Hinweise darauf haben, die sehr deutlich sind, dass, wenn der Abstand von der Hochschulzugangsberechtigung zum Eintritt in ein Studium länger als 18 Monate dauert, dass dann die Abbruchwahrscheinlichkeit höher wird. Und im Grunde ist damit alles gesagt.

Wie der Übergang jetzt gestaltet wird ... Sie haben ja ganz zu Recht gesagt, was passiert denn mit denen, die jetzt ... Also ich finde das genau richtig beschrieben. Es ist wirklich sehr drastisch, wenn man ein solches starkes Wort wählt, aber die Länder sind der Auffassung, dass es richtig ist, weil diese Korrelation überall gesehen wird und weil gesehen wird, dass man möglicherweise auch lebenswichtige Lebensentscheidungen zu weit nach hinten rückt und auch zu lang – ich meine, 15 Semester, das sind sieben Jahre, das sind siebeneinhalb Jahre, das ist für so einen jungen Menschen wirklich eine sehr, sehr lange Zeit – dann eigentlich möglicherweise auf seinem eigenen Lebensweg nicht wirklich zielstrebig und entschieden vorankommt. Trotzdem war es ja eine Möglichkeit jenseits dieser sehr hohen Anforderungen an eine sehr, sehr gute Abiturnote – nur einmal so einen kleinen Schlenker –, wenn wir alle Studienplätze – ich hatte das vorhin ja gesagt, es sind unter 10 000 – zur Verfügung stellen würden und sie verteilen würden ohne jedes andere Kriterium nur über Abiturbestenquote, dann hätten wir alle 1,0er drin und einen großen Teil von 1,1, nicht alle. Also es ist wirklich sehr limitiert.

Und deshalb ist es natürlich wichtig, andere Zugänge zu schaffen. Deshalb, also wir brauchen einen Übergang, der verträglich ist. Dazu machen sich die Arbeitsebene und dann irgendwann die Staatssekretäre und die Ministerin Gedanken und dann wird das eine Form finden, wie dieser Übergang gestaltet werden kann. Und wir brauchen deshalb aber auch eine Zusatztalentquote, wo diese Aspekte ... Also diese Wartezeit ist ja oft genutzt worden dann, um eine Ausbildung zu machen, natürlich nicht, um dann immer und ewig als Krankenschwester zu arbeiten oder Rettungssanitäter oder so, aber um berufsnahe Erfahrungen zu machen, die Entscheidung möglicherweise auch noch einmal überdenken zu können. Also spätestens da fällt einem ja dann auf, kann man Blut sehen, ja oder nein, und wenn man das verneint, ist es vielleicht dann doch nicht das Richtige und so weiter und so fort, also sozusagen die Entscheidung etwas zu validieren. Und das Gute an diesem Prozess der individuellen Reifung, das soll überführt werden in diese Talentquote. So ist der Plan und man muss gucken, wie es gelingt.

Sie hatten aber ja gefragt, was passiert, wenn der Teil, ein wichtiger Teil der Programmierung in der AdH zum 1. Januar noch nicht fertig ist. Und dazu, Frau Diek, können Sie etwas sagen, oder?

Frau Dr. Diek: Die Stiftung für Hochschulzulassung hat erklärt, dass die Teile der Software, die dafür sorgen, dass die Stiftung über bestimmte Campusmanagementsysteme interagiert, mehrfach hin und her Informationen austauscht im Verlaufe dieser Bewerbungszeit mit den Hochschulen, nicht zeitgerecht programmiert werden kann. Das bedeutet, dass zu Portalschluss, also zu Bewerbungsschluss, das heißt, in Hamburg wäre das der 15. Juli, weil Hamburg kein Sommerzulasser ist, alle Daten, die von Relevanz sein müssen für das Zulassungsverfahren, eingestellt sein müssen ins Portal. Und das wird, wir sind mit dem UKE darüber bereits im Gespräch, vermutlich bedeuten, dass die Teile, die ich erwähnte, die Interviewteile, einmal im Wintersemester nicht durchgeführt werden können.

Wir sind dabei zu prüfen, was alles quasi, indem es vorgezogen werden kann, noch mit rein kann ins Portal, aber das ... die Prüfung läuft in allen Ländern. Diese Informationen der Stiftung sind ja auch erst vor relativ kurzer Zeit an uns gegeben worden. Das wäre dann einmal beziehungsweise für die Länder, die auch im Sommer zulassen, zweimal, aber das ist in Hamburg nicht der Fall.

Vorsitzender: Herr Tode bitte.

Abg. Dr. Sven Tode: Ja, vielen Dank, Herr Vorsitzender. Ich habe hier aus dem Block von Herrn Wiarda ein sehr schönes Zitat, das heißt, Bezug auf die Softwaregründe: "Die Amtschefs sind ernüchert, dass Technikprobleme politische Entscheidungen behindern." Ich darf das vielleicht auch sagen, auch wir sind ernüchert als Abgeordnete, dass das so ist, dass sich die Entscheidung zu einem Staatsvertrag und dem Zeitplan nach der Softwareentwicklung richtet und vielleicht nicht nach den politischen Vorgaben. Denn hätten wir eine schnellere Softwareentwicklung, könnten wir möglicherweise auch in den Parlamenten intensiver beraten. Das vielleicht nur einmal zu Protokoll gegeben.

Dann hatte Herr Giffei ja schon auf einen wichtigen Punkt hingewiesen, was passiert mit den Menschen, die schon lange gewartet haben. Da gibt es offensichtlich unterschiedliche, wie Sie auch ja gesagt haben, Wahrnehmungen, auch was die Rechtsprechung angeht. Schließlich geht es aber auch noch um die Frage der Übergangslösung. Es könnte doch dazu führen, dass die Auswahlverfahren der Hochschulen, die AdHs, beim Übergang erst einmal ausgesetzt werden müssen. Auch das wäre ... würde mich interessieren, inwieweit das der Fall ist.

Dann würde mich noch interessieren ... würde ich gern noch einmal auf die Expertenanhörung zu sprechen kommen. Wir hatten von Frau Dr. Klafki gehört, dass sie es sehr begrüßen würde, und ich kann mich dem auch nur anschließen, dass es eine Evaluierung der Standardisierung der AdH gibt, weil es da, das wurde auch vorhin noch einmal gesagt, bezüglich der Geschlechtergerechtigkeit – Frau Özdemir hatte das auch noch einmal angesprochen –, wie ist in dieser AdH, in der Auswahl, das hatten wir sehr ausführlich ... auch Professor Hampe hat es ja dann noch einmal klargelegt, wie ist eigentlich das Verhältnis zwischen Abiturientennote, da hat er noch einmal gesagt, die besten Abiturienten sind Abiturientinnen, aber bei dem AdH-Standardverfahren, haben wir erfahren, weil es da auch mündliche Prüfungen gibt, dass das dort eben so sein könnte, das war die Vermutung von Frau Dr. Klafki, da sie nicht involviert worden ist, dass es dort eine Benachteiligung von weiblichen Bewerberinnen gibt. Insofern wäre das, glaube ich, schon noch einmal eine wichtige Frage, die noch einmal geklärt werden muss. Und jetzt hätte man ja die Möglichkeit, bevor dieses AdH noch einmal standardisierter wird, so habe ich jedenfalls den Senat verstanden, dass man ja versucht, eine Art Pool, aus dem man diese Fragen, die Standardisierung herausnimmt, das ist ja auch das, was das Bundesverfassungsgericht gesagt hat, also ähnlich wie bei Abiturprüfungen, dass man eine ähnliche Standardisierung des ... der in Paragraph 10, wie es vorhin dargestellt worden ist, festgelegten Bereiche noch einmal vielleicht stärker standardisiert in der Abfrage.

Wenn man das macht, könnte man auch jetzt das genauer noch einmal untersuchen und könnte sagen, wie ist eigentlich die Frage der Geschlechtergerechtigkeit in diesem Zusammenhang noch einmal zu sehen. Und das wäre sicherlich eine gute Sache, wenn Hamburg da auch noch einmal nachfragen würde.

Schließlich meine letzte Frage zu dem Abiturientenschlüssel. Da hatte ich ja vorhin eine Frage gestellt und Frau Volkmann kam gar nicht mehr dazu, sie zu beantworten. In der Zwischenzeit ist ja ein bisschen Zeit vergangen und jetzt haben wir gelernt, ein Drittel Bewerberquote und zwei Drittel der Bevölkerung der 18- bis 21-Jährigen. Was ich jetzt nicht verstanden habe, ist, Bewerber aus dem Land kommend oder aus dem aufnehmenden Land. Das ist ja ein Unterschied. Wenn ich Nordrhein-Westfale bin und mich in Hamburg

bewerbe, bin ich dann Bewerber aus Nordrhein-Westfalen oder bin ich dann Bewerber für Hamburg? Das würde ja möglicherweise bedeuten, das würde ja einen Pull- oder Push-Faktor bedeuten, würden wir zum Beispiel ein besonders gutes Krankenhaus, Universitätskrankenhaus haben, wie das UKE das ist, und wir bilden ja deutlich mehr aus, als unsere Landeskinderquote, das, was Herr Ovens ja wissen wollte, bedeutet, dann würde das ja bedeuten, dass die Qualität der Kliniken auch eine Bedeutung hätte, und das war ja vorhin meine Frage, was ist eigentlich mit den Bundesländern, die besonders viele Universitätskliniken zur Verfügung stellen, im Vergleich zu denen, die gar keine oder weniger haben. Denn wir wissen ja alle, dass ein Platz an der Universitätsklinik deutlich teurer ist als zum Beispiel einer für romanische Philologie. Deswegen wäre natürlich die Frage, wie wird das berücksichtigt.

Wir wissen auch alle, dass fast alle Universitätskliniken defizitär sind und dann entsprechend von den Ländern ja alimentiert werden müssen. Und wenn wir jetzt eine Aufnahmequote hätten, könnte das ja sehr im Interesse Hamburgs sein, weil viele Bewerberinnen und Bewerber aus anderen Bundesländern eben die Qualität dieses UKE zu schätzen wissen, und dann würde dieses Drittel quasi einen höheren Anteil für die Hamburgerinnen und Hamburger dann bedeuten, wenn daraus der Schlüssel gebildet werden würde. Also nicht ganz unwesentlich, wie wird dieser dritte Schlüssel der Bewerberinnen und Bewerber gebildet und hätte Hamburg möglicherweise einen Einfluss darauf, dass es das Aufnahmeland und nicht das Abgabeland, wenn Sie so wollen, ist?

Vorsitzender: Der Senat bitte.

Staatsrätin Dr. Gümbel: Ja, Frau Volkmann.

Frau Volkmann: Ja, Herr Tode, zu Ihrer Schlüsselfrage. Im Moment ist es ja so, wir haben uns jetzt darauf verständigt...Es gibt ja schon zwei Staatsverträge, die dieses Verhältnis geregelt haben, im Jahre 2008 und im Jahre 2016, und wir haben uns jetzt auch darauf verständigt, dass es auch im nächsten Staatsvertrag wahrscheinlich bei dieser Regelung auch verbleiben wird. Und die Regelung sieht, wie ich dargestellt habe, so aus, dass man ein Drittel Bewerberanteil, und zwar Bewerber, die aus dem Land kommen, nicht die, die in dieses Land wollen, und zwei Drittel der Bevölkerungsanteil. Weil man natürlich ... Dieses Verfahren wurde damals in der Abiturbestenquote eingesetzt, um eben diese länderspezifischen Unterschiede in der Abiturnote auszugleichen. Und wenn man natürlich nach dem Zielland guckt, würde man diesen Ausgleich ja nicht herbeiführen.

Die Stadtstaaten, sagte ich ja, bekommen noch einen Bonus, weil bei den Stadtstaaten natürlich ... sie nehmen ja möglicherweise mehr auf, als sie ausbilden oder ... jedenfalls Hamburg. Der Staatsvertrag sieht vor, dass Berlin, Bremen und Hamburg, die sich dann nach diesen Drittelberechnungen ergebenden Quoten noch einmal um drei Zehntel erhöht bekommen. Drei Zehntel. Das ist es zu der Berechnung.

Staatsrätin Dr. Gümbel: Frau Diek jetzt zu der Frage, was passiert, wenn die AdHs ausgesetzt werden müssten und ist das wahrscheinlich oder nicht.

Frau Dr. Diek: Wenn man sich einmal anguckt, wie es in den medizinischen Fakultäten der Republik zugeht, dann kann man sagen, die Auswirkungen dieser Programmierung, die ich vorhin erwähnt habe, wirken sich überall anders aus. Es gibt immer noch Fakultäten, die ausschließlich nach Abiturnote zulassen, wenige, aber es gibt sie, und dann gibt es alle möglichen Kombinationen dazwischen. Deshalb ist das auch in jedem Land und jeder Fakultät ... muss man sich damit befassen. Und in Hamburg, das hat Herr Hampe ja erläutert, wie hier zugelassen wird, und es ist eben dieser Teil mit den, was ich vor... mit den Miniinterviews und dem Parcours. Denn das UKE führt ja den HAM-Nat als Test durch und vergibt einen Teil seiner AdH-Plätze nach diesen Testergebnissen sofort. Und dann gibt es noch einen Teil von Plätzen, da laden die quasi doppelt so viele Bewerber dann ein zu

diesen Parcours, wie sie nachher Plätze vergeben. Und es geht, jetzt einmal ganz praktisch, hier nur um diesen zweiten Teil, weil man da ... Die sind zeitlich später, weil die auf den Ergebnissen des Tests aufbauen, und da wird dann auch mehrfach interagiert.

Wir arbeiten daran, zusammen mit dem UKE, so viel wie möglich, das ist ja jetzt eben Humanmedizin gewesen, was ich vorgestellt habe, es gibt ja dann bei Zahnmedizin wieder anderer Tests, wir arbeiten mit dem UKE gemeinsam daran, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, soweit es geht die Dinge vorzuziehen. Und da prüft das UKE ja selbst auch, die haben selbst das größte Interesse. Alles, was möglich ist, werden wir machen, aber dieser letzte interaktive Teil, Interviews, der ist der, von dem ich sagen würde, das wird dann ausgesetzt, und so geht es den anderen Ländern dann auch. Die haben ja verschiedene Formen. Es gibt Länder, die machen Einzelinterviews, das ist ganz verschieden, aber das wäre dort dann der interaktive Teil.

Vorsitzender: Herr Tode, eine Nachfrage.

Abg. Dr. Sven Tode: Also interessant finde ich, dass Sie die Frage der Geschlechtergerechtigkeit immer noch nicht beantworten, (...) das zweite Mal. Also bei Frau Özdemir hatte ich das Gefühl, dass es nicht beantwortet ist, jetzt würde ich auch noch einmal nachfragen, wie das mit der Beantwortung der Geschlechtergerechtigkeit ist. Weil, das wurde ja ausdrücklich von den Expert_innen noch einmal betont, dass in dem Bereich dieser AdHs, wie gesagt, das jetzt eine gute Gelegenheit wäre, da eine Nivellierung festzustellen, weil man ja die Standardisierung vornimmt. Also das würde meine erste Nachfrage sein.

Und, Frau Volkmann, noch einmal zum Rechenbeispiel. Ich hatte das so verstanden, es gibt hinterher einen Prozentsatz, das ist dann X, und davor gibt es die beiden Variablen. Eine Variable ist ein Drittel Bewerber und die andere Variable ist zwei Drittel 18- bis 21-Jährige. So. Das hat also erst einmal mit der Abiturienten- ... nachher mit der Quote gar nichts zu tun, sondern es ist ja die Frage, ich habe soundso viele Studienplätze über die ganze Republik verteilt, die Staatsrätin hat es gesagt, 9 000 mhmh, so, und dann ist doch die Frage, wie setzt sich dieses X zusammen aus diesen beiden Variablen. Und da könnte man sich natürlich sehr wohl vorstellen, dass ein Drittel der Bewerbung das Aufnahmeland ist, dass also die bevorteilt werden, die besonders ... bei den Bewerbern besonders positiv aufgenommen werden als Ausbildungsstätten. Das könnte man sich ja durchaus vorstellen. Es müsste jetzt nicht ein Drittel derjenigen sein, die aus dem Herkommensland, wenn Sie so wollen, sind, um dann dieses prozentual festzusetzen.

Ich verstehe das ja, das ist ja praktisch ein Schlüssel. Das ist nicht der Königsteiner Schlüssel, das ist dann der XY-Schlüssel. Und wenn man diese Variable so festsetzt aus diesen beiden Bereichen, das eine Drittel ... die zwei Drittel könnte man aus der Bevölkerung, damit man natürlich die bevölkerungsstärkeren Bundesländer verständlicherweise, dass die einen größeren Anteil haben wollen, es gibt ja auch mehr Bewerber, aber man könnte das eine Drittel durchaus auch als Aufnahmedrittel verstehen. Und das wäre ein Wettbewerbsteil unter den Universitätskliniken, und da würden wir, glaube ich, ganz gut abschneiden. Und deswegen war ja meine Frage, ob das nicht ein Kriterium sein könnte, weil, das würde dann entsprechend dieses X im Interesse Hamburgs oder der Hamburger Abiturienten ein bisschen größer machen, also diesen Prozentsatz, den wir als Anteil haben. Sehr positiv erwähnt möchte ich natürlich sagen, dass die Stadtstaaten mit drei Zehntel Zuschlag ... das finde ich sehr positiv angesichts der Tatsache, dass wir zum Beispiel in Schleswig-Holstein so etwas gar nicht haben, mit der kleinen Lübecker Medizinischen Fakultät abgesehen, ist das natürlich sehr vorteilhaft, weil natürlich viele aus den anderen Bundesländern jetzt zu uns kommen, die eben keine medizinische Ausbildung haben. Das Gleiche gilt natürlich auch für Bremen, das ja auch eine Sogfunktion für Niedersachsen hat.

Staatsrätin Dr. Gumbel: So, bevor wir jetzt aber wieder im Eifer des Gefechts hier direkt anschließen und dann wieder vergessen, etwas zur Geschlechtergerechtigkeit zu sagen, nutze ich die Chance und mache das jetzt einmal vorneweg. Weil, in der Tat ist es uns natürlich ein Anliegen, da geschlechtergerecht die Plätze zu vergeben.

Ich hatte jetzt den Experten so verstanden, also Professor Hampe war das ja, dass er gesagt hat, dass ... Ich weiß gar nicht, ob er gesagt hat, dass im Abitur oder beim Abitur tatsächlich Mädchen oder junge Frauen bevorzugt würden. Ich glaube er hat festgestellt, dass die Anzahl derjenigen, die ein sehr, sehr gutes Abitur machen, im weiblichen Geschlecht sozusagen überwiegt. Also es sind mehr Mädchen, die ein sehr, sehr gutes, also wir sprechen hier ja über 1,0, 1,1, 1,2, 1,3 oder so etwas, und das ist deutlich mehr. Und dann hat er gesagt, dass bei den Testungen das sich umkehrt, dass es da so ist, dass die Jungs überwiegen. Meiner Ansicht nach hat er jetzt nicht spezifiziert, aber das mag meiner schlechten Erinnerung geschuldet sein, in welchem Bereich das ist. Also ob das erst hinten ist, und deshalb dachte ich nämlich auch, wäre das im Grunde schon so halb auch mit beantwortet, ob das hinten ist in dem Interviewteil oder ob das ... Ist bei dem HAM-Nat. Nicht? Bei dem ganz normalen HAM-Nat. Und ich meine, er hat das so ausgeführt, dass das eben auch ein Wissensteil ist, der naturwissenschaftliches Wissen höher wertet als andere Wissensteile, naturgemäß, und dass das etwas sei, wo Jungs dann eben besser abschneiden. Ich glaube, so ähnlich hat er das dann begründet.

Aber ich will da auch nicht ... Genau, wir haben ja ein Wortprotokoll, da steht es ja ganz genau drin. Aber natürlich haben wir alle ein sehr hohes Interesse daran und auch Professor Hampe hat das ja, dass die Testung geschlechtsneutral und weder das eine noch das andere Geschlecht bevorzugende Format hat. So, das wollte ich jetzt auch noch einmal ganz ausdrücklich in Ihre Richtung sagen. Und insofern, da Professor Hampe ja, wenn ich das richtig sehe, seine eigene Testung da auch stark überarbeitet, ist das natürlich auch etwas, was das UKE sich vorgenommen hat.

So, damit das nicht verloren geht und dass das noch einmal unterstrichen ist, das ist, glaube ich, für alle Beteiligten natürlich ein wichtiger Punkt, selbstverständlich.

Aber jetzt können wir noch einmal uns der Frage ... den anderen Fragen widmen. Frau Volkmann.

Frau Volkmann: Ja, noch einmal zu der Berechnung der Landesanteile. Ich bin der Meinung, dass ... Es ist sicherlich eine Überlegung wert, ob man das nicht umkehren und nach dem Zielland gucken oder rechnen sollte. Man müsste sich natürlich fragen, ob das für Hamburg vorteilhaft wäre oder eher nicht, wenn man darauf abstellen müsste, wie viele Studienplätze letztlich in dem Land bereitgestellt werden. Und da liegt Hamburg mit, wie wir gehört haben, 356 Plätzen im Verhältnis zu den etwas über 9 000 insgesamt ja nun nicht so hoch. Und 356 zu über 9 000, deswegen wäre diese Rechenvariante wahrscheinlich nicht ...

(Abg. Dr. Sven Tode: Also nach Königsteiner Schlüssel müssten wir 147 oder so etwas zur Verfügung stellen. Nur einmal so als Beispiel!)

Damit Sie sich jetzt nicht so in Details verlieren, ich muss dazu jetzt noch einmal sagen, alle Länder einigen sich. Und wenn sich alle Länder einigen, dann gucken auch alle Länder darauf, dass jedes Land im Grunde ... dass es paritätisch zugeht. Das heißt, es macht gar keinen Sinn ... Natürlich ist man geneigt und hat Spaß dran, jetzt noch einmal genauer zu gucken, wie sind eigentlich die Schlüssel, dass Hamburg besonders gut dasteht. Ja, das finde ich total super und ganz bestimmt ist das jede Mühe wert. Letztlich muss man ja nur dann in der Umsetzung darauf achten, dass die anderen Länder bei der Schlüsselung ja mitgehen. Und das tun sie insbesondere dann, wenn sie auch einverstanden sind und nicht denken, sie tun damit in allererster Linie der schönen Hansestadt einen Gefallen. Also vielleicht kann man es auch deshalb an der Stelle dann verkürzen.

Sicher, wie gesagt, es gibt ganz viele Überlegungen, und glauben Sie mir, wir stellen die auch immer wieder gern an, und letztlich ist ja die Frage, was setzt sich im Länderkreis dann durch.

Vorsitzender: Gut. Bevor ich jetzt Frau Heyenn das Wort erteile, möchte ich einmal das Bewusstsein aller Anwesenden für die Uhrzeit schärfen, und in wenigen Minuten treten wir in den kritischen Bereich der Selbstausschöpfung ein. Frau Heyenn bitte.

Abg. Dora Heyenn: Ich möchte noch einmal auf zwei Dinge eingehen. Das Erste ist dieser hamburgische Naturwissenschaftstest am UKE. Der ist bisher immer so dargestellt worden, als sei das eine ganz tolle Geschichte. Ich habe einmal mit einer zehnten Klasse Realschule zwei Tage lang eine Assessment-Center-Bewerbung gemacht. Das ist eine hoch brutale Angelegenheit, kann ich nur sagen. Und mir kommt das, was Sie mir erzählen mit den Miniinterviews, wirklich vor wie solche Assessment-Prüfungen, die ich wirklich brutal finde und wo gerade die Jugendlichen, die auch Prüfungsängste haben, absolut keine Chance haben. Wenn ich dann noch höre, dass es im Anschluss so ein Interviewverfahren gibt, wo man doppelt so viele Leute einlädt, wie kommen, und die Leute wissen auch, dass nur jeder Zweite angenommen wird, das finde ich, ehrlich gesagt, ziemlich, ziemlich hart. Und ich weiß nicht, ob man das nicht noch einmal überdenken sollte und ob wir nicht auch noch einmal kritisch darüber nachdenken sollten. Ich finde, das ist eine Art, mit jungen Menschen umzugehen, die ich nicht befürworte.

Das Zweite, ich möchte noch einmal etwas zur Wartezeit sagen. Ich finde 7,5 Jahre auch ein bisschen lang. Für mich erklärt sich, warum jetzt einige Ärzte bis 85 praktizieren, (...) Ja, das macht nichts. Ich kenne Ärzte, die mit 85 noch praktizieren. Aber warum man jetzt von 7,5 auf 0 geht, das scheint mir auch so eine typisch deutsche Geschichte zu sein. Von einem Extrem ins andere. Ich finde, da könnte man auch eine Zwischenlösung finden. Und Sie haben ausgeführt und das ist auch in der Anhörung ausgeführt worden, dass die Erfahrung zeigt, dass, je länger die Wartezeit der Studierenden war, desto höher ist die Abbruchquote. Das macht ja auch Sinn, weil, die haben ja dann nicht mehr diese Übung in den ... in Mathematik, in Naturwissenschaften, in Biologie, in den Sachen, wo man dort einsteigen muss zum Physikum.

Ich frage mich natürlich, wenn man es weiß, warum führt man dann nicht, genau wie an anderen Universitäten auch ... Für die Studierenden, die ohne Abitur an die Hochschule kommen, gibt es überall Stützungs- und Förderkurse, und wenn man weiß, dass die, die lange gewartet haben auf einen Studienplatz, dass die Startschwierigkeiten haben, dann wäre es doch schlau, wenn man parallel dazu auch solche Stützungs- und Förderkurse anbietet, damit die Abbruchquote niedrig ist.

Vorsitzender: Bitte noch einmal der Senat.

Staatsrätin Dr. Gümbel: Ja, also grundsätzlich gibt es solche Stützkurse, wenn Sie das so nennen wollen. Allerdings gibt es die nicht speziell nur für Wartezeitler, sondern die gibt es für alle. Wenn das Ihre Frage beantwortet. Also es gibt so etwas, solche Stützkurse.

Vorsitzender: Vielen ... Ach so.

Abg. Dora Heyenn: (...) wie viele im UKE ... was es für Stützkurse sind und was die anbieten und wie viele das sind und so? Das wäre vielleicht ganz schlau.

Vorsitzender: Das war noch einmal die Nachfrage von Frau Heyenn. Bitte.

Frau Dr. Diek: Also mein Wissen kommt auch aus meinen Gesprächen mit Herrn Hampe, der dazu einmal erklärt hat, dass sie spezielle Kurse ansetzen in zweifacher Hinsicht. Zum

einen ... Also die knüpfen nicht an die Eigenschaft als Wartezeitler an, sondern das UKE stellt zu bestimmten Zeitpunkten in den ersten Semestern, die ja die sind, wo der Anteil an diesen naturwissenschaftlichen Lehrveranstaltungen noch am höchsten ist, da stellen die fest, wer sozusagen die untersten Prozente sind, ich meine zu erinnern, es waren die untersten 10, aber das will ich jetzt aus dem Kopf nicht beschwören, und dass die die dann gezielt noch einmal in Schulung nehmen, egal, aus welcher Quote die nun da hingekommen sind.

Und das zweite Element, dass er erwähnt hat, war, dass vor bestimmten Einsätzen, wo Themen besonders wichtig sind, also zum Beispiel, bevor man dann Röntgen macht, dass da auch noch einmal ganz gezielt solche Erinnerungskurse noch einmal ... Crashkurse stattfinden. Wie viele davon das UKE durchführt und wie viele dann daran teilnehmen, das müssten wir rausfinden. Das weiß ich nicht.

Protokollerklärung der Behörde für Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung

Siehe Anlage 2

Vorsitzender: War das eben eine Ankündigung einer Protokollerklärung? Habe ich es richtig verstanden? Vielen Dank.

Dann haben wir das Ende der Redeliste erreicht und ich stelle fest, dass es keine ... dass wir unsere Beratung zu diesem Tagesordnungspunkt und damit zu dieser (...) ... zu der ... insgesamt zu der Selbstbefassung abschließen. Wir werden der Bürgerschaft über unsere Beratung berichten und können dann an dieser Stelle auch das Wortprotokoll beenden, bevor wir in den Tagesordnungspunkt 3 einsteigen.

Ende des Wortprotokolls

Zu TOP 3

Keine Niederschrift über die Beratung, siehe Bericht an die Bürgerschaft.

Zu TOP 4

Die CDU-Abgeordneten griffen die am Rande der Mai-Sitzung des Ausschusses aufgenommene Thematik der inneruniversitären Spannungen an der HafenCity Universität Hamburg (HCU) auf und beantragten hierzu eine Selbstbefassung gem. § 53 Absatz 2 der Geschäftsordnung der Hamburgischen Bürgerschaft. Der Titel dieser Selbstbefassung solle lauten: „Perspektiven für die HafenCity Universität - Diskussion des Expertenpapiers und weiterer Optionen“. Die SPD-Abgeordneten erklärten ihre Zustimmung und sagten, dass ihnen eine zukunftsorientierte Beratung dieses Themas wichtig sei. Der Vorsitzende stellte den Antrag der CDU-Abgeordneten zur Abstimmung und stellte einstimmige Zustimmung, bei Abwesenheit der AfD-Fraktion, fest. Die Behandlung des Themas soll in der Oktober-Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft und Gleichstellung am 25.10.2018 erfolgen. Die SPD-Abgeordneten regten eine Sondersitzung des Ausschusses für den September 2018 an und begründeten dies mit zu erwarteten Senatsdrucksachen, welche vor der nächsten regulären Sitzung im Oktober 2018 behandelt werden sollten. Sie schlugen als Termine den 13. bzw. den 19. September vor, da die erwarteten Drucksachen bis dahin vorliegen könnten, so die Abgeordneten. Der Vorsitzende stellte fest, dass Einvernehmen über die Abhaltung einer Sondersitzung bestehe, obgleich die vorgetragenen Terminvorschläge nicht

für alle anwesenden Fraktionen passen würden. Er schlug vor, die Terminfindung am Rande der nächsten Bürgerschaftssitzung am 27. Juni 2018 vorzunehmen.

Daniel Oetzel (FDP)
(Vorsitz)

Dr. Sven Tode (SPD)
(Schriftführung)

Christopher Höhn
(Sachbearbeitung)

Anlage 1

Protokollerklärung

der Behörde für

Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung

für die Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft und Gleichstellung

vom 21.06.2018

zu TOP 2

Frage: Aus welchen Bundesländern bzw. (EU-)Ländern kommen die Medizin-Studierenden des UKE?

Das UKE hat zur obigen Frage folgende Daten mitgeteilt:

- Ca. 5 % der jährlich etwa 370 Studierenden werden über die Nicht-EU-Ausländerquote zugelassen.
- Ca. 86 % der Zugelassenen sind deutsche Staatsbürger.
- Anteilig an den deutschen Zugelassenen kommen etwa 30 % aus Hamburg, 15 % aus Niedersachsen, je 13 % aus Schleswig-Holstein und NRW, 5 % aus Baden-Württemberg, 4 % aus Bayern sowie zu noch kleineren Anteilen aus den übrigen Bundesländern.
- Ca. 9 % der Studierenden sind entweder EU-Ausländer oder Bildungsinländer (Personen, die ein deutsches Abitur haben, aber keine deutsche Staatsangehörigkeit angegeben haben).
- Die EU-Ausländer verteilen sich sehr breit auf viele Staaten, summiert über die Jahre 2012-2017 kamen acht Zugelassene aus Österreich (0,3 % aller Studierenden), fünf aus Luxemburg und je vier aus Polen und Frankreich. Ein ähnliches Bild ergibt sich für Bildungsinländer: Je acht hatten eine Staatsangehörigkeit der Türkei oder Aserbaidschans, vier kamen aus Bosnien.

Anlage 2

Protokollerklärung

der Behörde für

Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung

für die Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft und Gleichstellung

vom 21.06.2018

zu TOP 2

Frage: Wie viele Stützkurse werden am UKE angeboten und wie viele Teilnehmer nehmen daran teil?

Das UKE hat hierzu mitgeteilt, dass dort ganz unterschiedliche Maßnahmen ergriffen werden, um Studierende zu unterstützen:

- Es gibt drei Mentoringprogramme, an denen 797 Studierende teilnehmen.
- Ferner werden in den Fächern Biologie, Chemie, Physik und Mathematik „Integrierte Crashkurse“ angeboten, die medizinisch relevante naturwissenschaftliche Grundkenntnisse auf Mittel- und Oberstufen-Niveau vermitteln und wiederholen. Die Crashkurse Naturwissenschaften richten sich an die Studienanfänger im Fach Humanmedizin, um ihnen den Übergang zwischen Schule und Studium zu erleichtern und die Unterschiede zwischen den Vorkenntnissen auszugleichen. Die Teilnehmerzahl ist auf der Grundlage der Beteiligung an der Evaluation bzw. von Anwesenheitslisten geschätzt und kann für die einzelnen Module der Anlage zu dieser Protokollerklärung entnommen werden.
- Schließlich wurde bereits bei der Konzeption des integrierten Studiengangs Medizin (iMED) erkannt, dass die bisherigen klassischen Lehrbuchinhalte alleine den neuen Anforderungen des integrierten Lehransatzes nur unzureichend Rechnung tragen können. Dem innovativen Charakter des Studiengangs entsprechend, wurde mit der Entwicklung einer webbasierten Lernplattform mit Lehrbuchcharakter begonnen, dem iMED Textbook. Ziel ist eine größtmögliche Abdeckung studiumsrelevanter Inhalte, welche in jedem Modul (A-G) einer Lernspirale (1-3) geordnet sind nach: Leiterkrankungen (z. B. Erysipel) oder den Wochenthemen (Hormonhaushalt und Familienplanung). Das iMED Textbook wurde als Gesamtangebot überwiegend sehr positiv aufgenommen und als wichtige Lernressource eingeschätzt. Ein entscheidender Faktor bei der Bewertung ist die redaktionell-didaktische Vollständigkeit der einzelnen Module. Aus diesem Grund fokussiert das UKE zurzeit auf die Basisqualität der Inhalte (bestmögliche Vollständigkeit). Hiermit verbunden ist enge Feedback-Kommunikation-Schleife mit den Dozenten der Grundlagenfächer und Klinik. Der Anlage kann eine Auswertung nach Zugriffen pro Tag entnommen werden von bis zu 18.000 Zugriffen pro

Tag zu den Prüfungszeitpunkten der Sommersemester und Wintersemester. Zum Zeitpunkt der laufenden Semester erfolgt eine konstante Nutzung durch Studierende. Dies entspricht jeweils mehreren tausend Zugriffen pro Tag.

Weitere Einzelheiten zum Inhalt und Umfang der Kurse können der Anlage (Darstellung Prodekan Lehre vom 29.06.2018) entnommen werden.

Prof. Dr. A. Guse
 Prodekan Lehre
 29.06.2018

Unterstützungsangebote der Med. Fakultät für Studierende in den ersten Semestern

1. Mentoringprogramm für Studierende der Medizin

Die Med. Fakultät hat seit 2010, basierend auf systematischen Untersuchungen und mit wissenschaftlicher Begleitung, ein sehr effizientes und viel genutztes Unterstützungsangebot für die Studierenden der Medizin in Form eines dreigliedrigen Mentoringprogramms entwickelt. Die Programmteile, allgemeines Mentoringprogramm für alle Studierenden, Mentoringprogramm für exzellente Studierende, und MentoringprogrammPLUS wurden von 2010 bis 2013 etabliert und seitdem konsolidiert und optimiert. Die angestrebten Ziele, die persönliche Betreuung in einem sehr großen Studienfach, die individuelle Hilfe bei Studienschwierigkeiten und das frühzeitige Heranführen an medizinische Forschung konnten bereits sehr gut und umfassend realisiert werden.

Zukünftig soll dieses sehr gut angenommene Programm fortgeführt, weiter verbessert und nachhaltig im UKE etabliert werden. Studierende, die selbst als Mentees im UKE gefördert wurden, sollen als junge Ärztinnen und Ärzte die „Mentoringkultur weiterleben“.



Allgemeines Mentoringprogramm	Mentoringprogramm Plus	Mentoringprogramm für exzellente Studierende
für alle interessierten Studierenden	für 10% der Studierenden pro Jahrgang mit Studienschwierigkeiten	für 10% der Studierenden pro Jahrgang mit sehr guten Leistungen
Beginn: 2. Semester	Beginn: 3. Semester	Beginn: 4. Semester
Gruppenmentoring (8:1)	auf Einladung Einzelmentoring (1:1)	auf Einladung Gruppenmentoring (4:1)

Im Allgemeinen Mentoringprogramm können alle interessierten Studierenden ab dem 2. Semester von einem Mitglied der Medizinischen Fakultät als Mentor im Rahmen eines Gruppenmentoring persönlich betreut werden. Die Ziele dieses Programms umfassen den frühzeitigen Aufbau eines beruflichen Netzwerks, die Unterstützung bei der Karriereplanung und die Begleitung durch eine/n persönliche/n AnsprechpartnerIn.

Das MentoringprogrammPlus bietet Studierenden, die Studienschwierigkeiten aufweisen, ab dem 3. Semester eine intensive Unterstützung in Form eines 1:1 Mentorings an. Die Ziele dieses Programms umfassen die Reflexion der persönlichen Situation der Studierenden und die Unterstützung der Studierenden dabei, die besonderen persönlichen Herausforderungen mit den Studienanforderungen in Einklang zu bringen.

Das forschungsorientierte Mentoringprogramm für exzellente Studierende richtet sich an Studierende mit sehr guten Leistungen und einem hohen Forschungsinteresse ab dem 4. Semester. Es ist als Kleingruppen-Mentoring angelegt. Die Ziele des Programms umfassen neben den Zielen des AP zusätzlich frühzeitige Einblicke sowie die Einbindung in die Forschungsschwerpunkte des UKE.

Die Teilnahme an allen drei Mentoringprogrammen ist freiwillig. Die Mentoren sind Mitglieder der Medizinischen Fakultät, die sich im Mentoring für Medizinstudierende engagieren möchten. Sie nehmen an einer Informationsveranstaltung teil, bei der unter anderem das Mentoringverständnis, die Zielsetzungen der Programme und die Aufgaben der Mentoren vorgestellt werden.

Die durchweg positiven Rückmeldungen der Mentees und Mentoren verdeutlichen die Attraktivität des Programms sowohl für die Studierenden als auch für die Fakultät. Derzeit sind in den drei Programmteilen 797 Studierende (Mentees; 62% weiblich) und 163 Mentoren (37% weiblich) aktiv.

Das Programm wird seit 2010 durch die Claussen-Simon-Stiftung, Hamburg, gefördert.

2. Crashkurse Naturwissenschaften im Medizin- und Zahnmedizinstudium (TP13 des Universitätskollegs/Qualitätspakt Lehre)

Gute naturwissenschaftliche Grundkenntnisse sind eine wichtige Voraussetzung für ein gelingendes Medizinstudium, besonders in den ersten Semestern. Sie sind nicht nur für das Verständnis zentraler Fächer des Curriculums wie Biochemie oder Physiologie, sondern auch für die spätere ärztliche Tätigkeit unerlässlich.

Die im integrierten Modellstudiengang Medizin Hamburg (iMED) angebotenen „Integrierten Crashkurse“ in den Fächern Biologie, Chemie, Physik und Mathematik vermitteln bzw. wiederholen medizinisch relevante naturwissenschaftliche Grundkenntnisse auf Mittel- und Oberstufen-Niveau.

Die Crashkurse Naturwissenschaften richten sich an die Studienanfänger im Fach Humanmedizin, um ihnen den Übergang zwischen Schule und Studium zu erleichtern und die Unterschiede zwischen den Vorkenntnissen auszugleichen.

Ablauf / Kursbedingungen

- kein reines Propädeutikum vor Studienbeginn, sondern thematisch am Curriculum ausgerichtete begleitende Lehre in zeitlicher Nähe zu den Pflichtveranstaltungen während der ersten Semester
- insgesamt 33 Crashkurse: 12 Chemie-Crashkurse im 1., 2. und 3. Semester, 11 Physik-Crashkurse im 1 bis 7. Semester, 4 Biologie-Crashkurse im 2. Semester und 6 Mathematik-Crashkurse im 1. und 4. Semester (s. Abbildung)
- Kleingruppen von maximal 20 Studierenden
- interaktives Erarbeiten der Lernziele, hoher Anteil an Einzel- und Gruppenübungsphasen
- Kursdauer: 90 min

Zielgruppe

Die Crashkurse Naturwissenschaften richten sich an Studierende der Humanmedizin in den ersten Semestern.

Semester	Modul	Crashkurse			
		Chemie	Biologie	Physik	Mathematik
6 bzw. 7	F.2			Physik: Strahlung 1 + 2	
3	F.1			Physik: Akustik, Optik	
3	E.1	Chemie: Lipide, Kohlenhydrate			
2	D.1	Chemie: Blutgruppenantigene, Signaltransduktion, Hormone	Biologie: Genetik, Mitose/Meiose		
2	C.1	Chemie: Funktionelle Gruppen 1 + 2, MWG, Membranlipide	Biologie: Zellbiologie, Mikrobiologie		
1	B.1	Chemie: Grundlagen 3 + 4		Physik: Druck und Strömung, Sonographie	
1	2nd Track			Physik: Fehlerrechnung	Mathematik: Chemisches Rechnen
1	A.1			Physik: E-Lehre 2, Röntgen	Mathematik: Grundlagen 2
OE		Chemie: Grundlagen 1 + 2		Physik: Mechanik, E-Lehre 1	Mathematik: Grundlagen 1

Anzahl der Crashkurse und Teilnehmer (Beispiel 2017):
Unterrichtsstunden Crashkurse 2017

Semester	Modul	Crk	Parallelgruppen	Veranstaltungen	Stunden	Teilnehmer
WS 16/17	B1	2 Chemiekurse	9	18	36	185
WS 16/17	B1	2 Physikkurse	9	18	36	146
WS 16/17	F1	2 Physikkurse	10	20	40	102
WS 16/17	F2 (Januar)	2 Physikkurse	3	6	12	68
SS17	C1	4 Chemiekurse	9	36	72	141
SS17	C1	2 Biologiekurse	9	18	36	122
SS17	D1	3 Chemiekurse	9	27	45	116
SS17	D1	2 Biologiekurse	9	18	36	86
SS17	F2 (April)	2 Physikkurse	3	6	12	48
SS17	F2 (Mai/Juni)	2 Physikkurse	2	4	8	42
SS17	Zahnmed.	20 Chemiekurse	3	60	120	58

WS 17/18	OE	2 Chemiekurse	19	38	76	257
WS 17/18	OE	1 Mathematikurs	19	19	38	249
WS 17/18	OE	2 Physikkurse	19	38	76	296
WS 17/18	A1	2 Physikkurse	19	38	57	296
WS 17/18	A1	1 Mathematikurs	10	10	20	110
WS 17/18	E1	3 Chemiekurse	9	27	54	185
WS 17/18	F2 (Oktober)	2 Physikkurse	2	4	8	59
WS 17/18	ST	1 Mathematikurs	19	19	38	218
WS 17/18	ST	1 Physikkurs	2	2	4	83
WS 17/18	A1+ST	4 CrashkursPlus	1	4	8	12

Gesamtzahl:		63 Kurse		430	832	
--------------------	--	----------	--	------------	------------	--

Die Teilnehmerzahl ist auf der Grundlage der Beteiligung an der Evaluation bzw. von Anwesenheitslisten geschätzt. Die Gesamtstudierendenzahl beträgt ca. 360 (Humanmedizin) bzw. 70 (Zahnmedizin). Da das Modul F2 vier Mal im Jahr stattfindet, ist die Gesamtstudierendenzahl $\frac{1}{4}$ der aktuellen Studierendenzahl des Jahrgangs.

Das Programm wird finanziert im Rahmen des Universitätskollegs 2.0, Qualitätspakt Lehre, BMBF 01PL12033 und 01PL17033.

3. Elektronische Lernplattform iMED Textbook

Bereits bei der Konzeption des integrierten Studiengangs Medizin (iMED) am UKE wurde offensichtlich, dass die bisherigen klassischen Lehrbuchinhalte alleine den neuen Anforderungen des integrierten Lehransatzes nur unzureichend Rechnung tragen können. Als beste Lösung und dem innovativen Charakter des Studiengangs entsprechend, wurde mit der Entwicklung einer webbasierten Lernplattform mit Lehrbuchcharakter begonnen, dem iMED Textbook. Ziel ist eine größtmögliche Abdeckung Studiums relevanter Inhalte, welche in jedem Modul (A-G) einer Lernspirale (1-3) geordnet sind nach: Leiterkrankungen (z. B. Erysipel) oder den Wochenthemen (Hormonhaushalt und Familienplanung). In jedem Textbook-Modul sind demnach alle teilnehmenden Fächer (zwischen 8-16 Fächer) und Themen enthalten. Darüber hinaus wird zu den jeweiligen Unterrichtsmaterialien direkt verlinkt (Moodle-Server) sowie zu didaktisch wertvollen Internetressourcen im World Wide Web (klinische Leitlinien, relevante wissenschaftliche Publikationen u. ä). Die Lernzieldatenbank des Curriculums ist inhaltlich mit iMED Textbook verknüpft, so dass auf den Seiten des iMED Textbook die jeweils behandelten Lernziele angezeigt werden. Technisch ist das iMED Textbook transparent in die E-Learning Umgebung des UKE eingebunden (Mephisto/ Moodle Server). Jeder Nutzer hat die Möglichkeit, jede Seite z. B. im Rahmen eines Lernplanes, individuell als bearbeitet zu markieren oder ein spezielles Lesezeichen zu setzen. Eine Lernfortschrittsanzeige gibt dazu eine graphische und prozentuale Übersicht über den bearbeiteten und noch ausstehenden Lernstoff. Für technisches und inhaltliches Feedback steht eine separate Funktion zur Verfügung.

Redaktionelle Inhalte stammen überwiegend (ca. 90%) aus einer Kooperation mit dem Elsevier Verlag, in deren Rahmen ausgewählte Lehrbuchinhalte lizenziert werden. Zusätzliche Inhalte stammen aus bereits am UKE vorhandenen Skripten u. ä. sowie aus eigens für iMED Textbook verfassten Texten von UKE-Autoren.

Seit dem Sommer 2013 wurde die Nutzung von iMED Textbook modulweise in den einzelnen Zulassungsjahrgängen der 1. Stufe der Lernspirale erhoben (im Rahmen der Modulevaluation: Quantitativ und mit der Möglichkeit zu Freitextkommentaren). Für die 2. Stufe der Lernspirale erstmalig im Wintersemester 2015/16.

Zufriedenheit mit dem Angebot iMED Textbook (insgesamt):

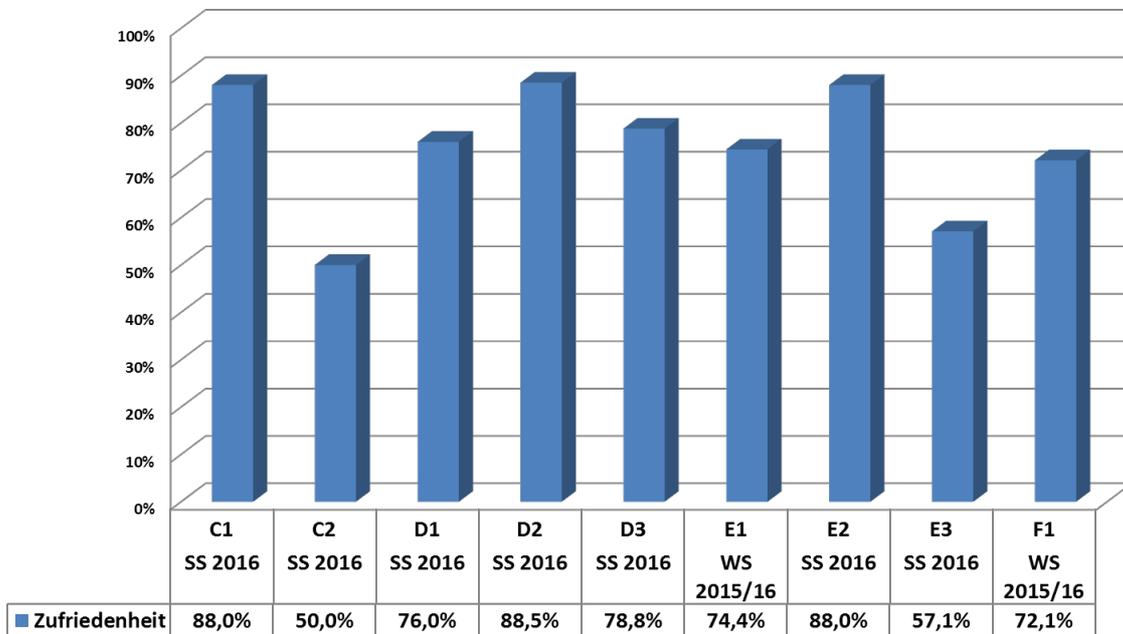


Abbildung: Dargestellt ist aus den aktuellen Evaluationen des Sommersemesters 2016 das Item „Zufriedenheit mit dem Angebot des iMED Textbook insgesamt“ modulbezogen und in Prozentwertangaben. (Anmerkung zu E1 und F1: Diese Module finden nur im Wintersemester statt.)

Das iMED Textbook wurde als Gesamtangebot überwiegend sehr positiv aufgenommen und als wichtige Lernressource eingeschätzt. Ein entscheidender Faktor bei der Bewertung ist die redaktionell-didaktische Vollständigkeit der einzelnen Module. Aus diesem Grund fokussieren wir den diesjährigen Workflow auf die oben bereits erwähnte Basisqualität der Inhalte (= bestmögliche Vollständigkeit). Hiermit verbunden ist weiterhin die angestrebte enge Feedback-Kommunikation-Schleife mit den Dozenten der Grundlagenfächer und Klinik. Diese wurde bislang in den Modulen unterschiedlich engagiert realisiert.

In der Abbildung sind die iMED Textbook Zugriffsstatistiken der Jahre 2013 bis 2016 (ein Zugriff = eine aufgerufene Textbookseite zu einem bestimmten Zeitpunkt z. B 01.05.2014, 18.01.2016) dargestellt. Unterhalb der Zeitleiste (blaue Kästchen) sind die für die Studierenden jeweils verfügbaren iMED Textbook Module zu den entsprechenden Semesterzeitpunkten ersichtlich.

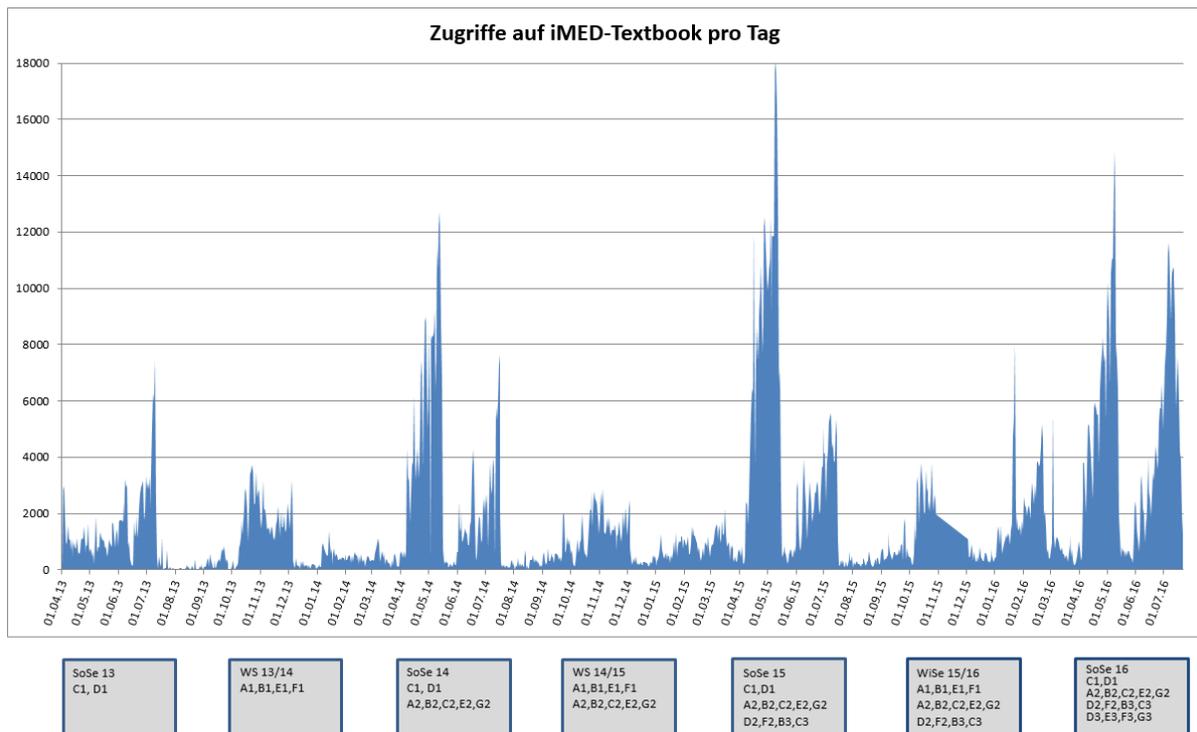


Abbildung: Zugriffstatistik der Jahre 2013 bis 2016

Auffällig sind die Peakwerte zu den Prüfungszeitpunkten der Sommersemester und Wintersemester mit Spitzenwerten von bis zu 18.000 Zugriffen pro Tag. Gleichzeitig kann man an den breitbasigen Verläufen der Graphik erkennen, dass zum Zeitpunkt der laufenden Semester eine konstante Nutzung durch Studierende erfolgt (d. h. im Querschnittbereich betrachtet entspricht dies jeweils mehreren tausend Zugriffen pro Tag und in den jeweils laufenden Modulen insgesamt z. B. im Sommersemester 2016). In den Semesterferien hingegen werden dementsprechend niedrigere Zugriffszahlen erreicht.

Einen weiteren zentralen Einfluss auf die Akzeptanz und das Nutzungsverhalten bei den Studierenden hat die aktive Förderung der Lernressource durch die Dozenten selbst. Die Vorteile für die Dozenten sind (a) die Möglichkeit des aktiven Nutzens von iMED Textbook innerhalb ihres Unterrichts, z.B. durch lizenzrechtlich unbedenkliche Nutzung der Abbildungen und Tabellen, und (b) zur eigenen Unterrichtsvorbereitung, z. B. zur inhaltlichen Feinjustierung im Abgleich mit den anderen beteiligten Fächern des Moduls - binnen eines Wochenthemas oder einer Leiterkrankung.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass iMED Textbook als integrierte, webbasierte Lernressource mit seiner didaktischen Vielseitigkeit ein beinahe unerschöpfliches Potential für hochwertige, ansprechende und innovative Lehre bietet. Trotz der dokumentierten hohen Zugriffszahlen ist das volle Nutzungspotential sowohl auf Seiten der Studierenden als auch der Dozenten noch nicht ausgeschöpft.

Das Projekt wird seit 2012 gefördert durch die Behörde für Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung.