

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

60. Sitzung
21. September 2020

Beginn: 09.06 Uhr
Schluss: 12.31 Uhr
Vorsitz: Dr. Wolfgang Albers (LINKE)

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Siehe Beschlussprotokoll.

Punkt 1 der Tagesordnung

Aktuelle Viertelstunde

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 2 der Tagesordnung

Bericht aus der Senatsverwaltung

Siehe Inhaltsprotokoll.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Wir kommen zu

Punkt 3 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0232](#)
Testen, testen, testen – Umsetzung der SARS-COV-2-Teststrategie und Testpflicht im Land Berlin GesPflGleich
(auf Antrag der Fraktionen der SPD, Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen)

Hierzu: Anhörung

Ich begrüße Frau Dipl.-Med. Gudrun Widders, die Leiterin des Gesundheitsamtes vom Bezirksamt Spandau, die persönlich anwesend ist. Ich begrüße Herrn Dr. Burkhard Ruppert, den stellvertretenden Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der ebenfalls persönlich anwesend ist, und ich begrüße Frau Dr. Valerie Kirchberger, die Referentin des Ärztlichen Direktors und Projektleiterin Value-Based Healthcare an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, die digital zugeschaltet ist. Können Sie mich hören, Frau Kirchberger?

Dr. Valerie Kirchberger (Charité – Universitätsmedizin Berlin) [zugeschaltet]: Ich kann Sie gut hören. Guten Morgen!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Wir hören Sie auch gut, prima. – Ihnen allen ein herzliches Willkommen und Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben! Ich darf feststellen, dass auch Sie mit dem Vorgehen der Liveübertragung einverstanden sind. – Sollte es bei Ihnen, Frau Kirchberger, technische Schwierigkeiten geben, melden Sie sich bitte sofort über die Chatfunktion, dann werden wir versuchen, das Problem zu beheben. Hier steht: immer schnellstmöglich, aber das hat sich relativiert. Melden Sie sich bitte, wenn es Probleme gibt. Wir klären das dann. – Herr Dr. Ruppert hat eine Präsentation vorbereitet. Ich schlage vor, nach der Begründung des Tagesordnungspunktes beginnen wir dann mit der Präsentation. Wer möchte für die Koalition begründen? – Herr Isenberg, bitte!

Thomas Isenberg (SPD): Wir haben zu Beginn der für alle in Deutschland überraschenden epidemiologischen Lage festgestellt, dass wir nur sehr geringe Testressourcen hatten. In der 11. Kalenderwoche waren es in Berlin 9 000 Tests, die durchgeführt worden sind. Das ist in der 13. Kalenderwoche aber auf 21 000 gestiegen. Die Testkapazität war in der 14. KW bereits bei 44 000 Testmöglichkeiten, also drei Wochen, nachdem es 9 000 waren, waren es schon 44 000. Das hat sich gesteigert auf 58 000, 59 000 seit der 17. Kalenderwoche also auf einem hohen Plateau. Erstmals ausgeschöpft wurde diese Testkapazität in der 34. Kalenderwoche; sie ist dann die ganze Zeit weiterhin in einem sehr hohen Bereich geblieben.

Parallel hat die Verwaltung die Teststrategie entwickelt, und wir im Parlament haben heute den Beratungsbedarf zu der Frage, wie sich die Erfolge der bisherigen Teststrategie darstellen, aber auch, welchen Fokus man bei der Modifizierung und weiteren Ausgestaltung des Testgeschehens – auch vor dem Hintergrund der ansteigenden Last von positiven Tests in der Bevölkerung – finden muss, um auch zukünftig gut gewappnet zu sein. Das ist der Grund der heutigen Anhörung.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Dann habe ich noch vergessen zu sagen, dass wir natürlich ein Wortprotokoll anfertigen werden. Nun hat die Senatorin die Möglichkeit zu einer einführenden Stellungnahme. – Bitte!

Senatorin Dilek Kalayci (SenGPG): Sehr gerne! Meine Damen und Herren! Herr Vorsitzender! Das Thema Teststrategie, Testmanagement ist in der Pandemie von Anfang an, wie Herr Isenberg es gerade angesprochen hat, ein Schwerpunkt in der Bewältigung dieser Pandemie gewesen. Ich will Ihnen eingangs einige Gesamtzahlen mitteilen: Wir haben in Berlin insgesamt 814 000 PCR-Tests seit Beginn der Pandemie durchgeführt. 1,9 Prozent davon waren positiv. Was die Testkapazitäten in Berlin angeht – das sehen Sie auch an den Grafiken; wir haben die Daten online gestellt –, ist es so, dass wir sie ganz am Anfang der Pandemie, als die Teststrategie noch gar nicht so weit war, dass auch Asymptomatische getestet werden, drastisch erhöht haben.

Sie haben aber auch mitbekommen, dass wir in den letzten Wochen und Monaten Engpässe erfahren haben und das Labor Berlin mitgeteilt hat, dass es bei den Verbrauchsmaterialien Engpässe gibt. Das war bundesweit eine Engpasssituation, und entsprechend haben wir in Berlin gehandelt. Wir haben neben den Berliner Laboren zusätzliche Kapazitäten durch den DRK-Blutspendendienst mobilisieren können, um diese Reduzierung der Testkapazitäten zu kompensieren. Das ist uns sehr gut gelungen. Da die Testungen an den Flughäfen durch die Charité und damit auch durch das Labor Berlin beansprucht wurden, haben wir hier ein Stück weit auch Brandenburg durch unsere Berliner Testkapazitäten geholfen. Jetzt ist aber mit der Ministerin in Brandenburg verabredet, dass ab dem 1. Oktober 2020 Brandenburg in Schönefeld testet und dass dafür dann auch die Testkapazitäten aus Brandenburg genutzt werden. Das war aus meiner Sicht ein wichtiger Schritt.

Auf Bundesebene haben wir die nationale Teststrategie; was wir in Berlin machen, ist natürlich die Umsetzung dieser nationalen Teststrategie. Da gibt es, empfohlen vom RKI, eine klare Priorisierung: Wer soll getestet werden? – An allererster Stelle natürlich die Menschen, die Symptome haben und inzwischen auch Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen eingewiesen werden – hier gilt, dass sie regelhaft getestet werden auf Covid 19. Selbstverständlich erfolgt die Testung im Rahmen von Kontaktnachverfolgungen, aber auch, wenn ein Ausbruch da ist; dann ist wichtig, dass dort konzentriert und schnell getestet werden kann. Das sind die Prioritäten.

In der Priorisierung auf nationaler Ebene kommen natürlich ganz schnell die Berufsgruppen, das Personal in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus haben die Länder auch eigene Schwerpunkte gesetzt. Über die Umsetzung der nationalen Teststrategie hinaus haben wir in Berlin einen Schwerpunkt auf die Bildungseinrichtungen gesetzt. Sie wissen, dass wir relativ zügig in unseren Teststellen das Testen von Personal von Kitas und Schulen ermöglicht haben. Darüber hinaus gibt es natürlich Testungen in Flüchtlingsunterkünften, geplant auch in der JVA und in anderen Bereichen, die in Berlin on Top genommen werden, dort, wo wir uns verantwortlich fühlen.

Zur Infrastruktur werden wir heute sicher einiges hören. Sie können sich erinnern, dass wir am Anfang der Pandemie, das ging relativ zügig, acht Teststellen einrichten konnten. Träger waren da zum größten Teil die Krankenhäuser, in einigen Teststellen aber auch in Kooperati-

on mit der KV. Das war wieder eine Leistung unseres Gesundheitswesens in Berlin, das man auch im Nachhinein würdigen muss. Diese Teststellen sind dann reduziert worden, weil die Nachfrage an Testungen zurückgegangen ist; die Zahlen wurden immer geringer. Die Krankenhäuser haben mir damals aber versichert, dass sie in Stand-by gehen und sie, sobald wir die Teststellen brauchen, wieder aktiv werden. Da stehen wir jetzt gerade. Die Teststellen, bei denen die Krankenhäuser Träger sind, die wir ursprünglich hatten, sind zum größten Teil schon aktiviert. Charité, Vivantes und KEH sind schon aktiv, und mit den anderen sind wir dabei, Kooperationsvereinbarungen zu schließen. Das ist eine Infrastruktur, die wir schon haben, die wir jetzt zügig aktivieren.

Darüber hinaus haben wir, auch aufgrund der Tatsache, dass die Berliner Labore Engpässe erlebt haben, entschieden, in eine Ausschreibung zu gehen und zusätzliche Teststellen mobiler Art auszuschreiben, das heißt, wir können den Ort selber benennen. Die Teststellen sind zwar in Berlin gut verteilt, aber wir haben noch ein paar Lücken. Diese Lücken würden wir regional dann mit diesen zusätzlich ausgeschriebenen Teststellen schließen. Wir erhoffen uns, dass wir dadurch auch mehr Laborkapazitäten generieren können, dass wir uns dadurch insgesamt mit den Laborkapazitäten weiterentwickeln; damit hätten wir eine Infrastruktur regionaler Teststellen in Berlin.

Ich möchte Sie darüber hinaus darüber unterrichten, dass wir am Freitag eine Gesundheitsministerkonferenz mit dem Schwerpunktthema Teststrategie hatten. Sie wissen, dass die Teststrategie auf nationaler Ebene gerade weiterentwickelt wird. Es gab dazu einen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz, und es gab einen Beschluss der Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten dazu. Im Fokus stehen zwei Themen – zum einen die Frage: Wie gehen wir mit Reiserückkehrenden um? – Da gibt es den Vorschlag, dass nicht mehr das direkte Testen bei der Einreise, sondern die zehntägige Quarantäne im Vordergrund steht. Man hat dann die Möglichkeit, die Quarantäne nach frühestens fünf Tagen mit einem Negativtest zu beenden. Das ist das, was jetzt auch auf Bundesebene durch Herrn Spahn auf den Weg gebracht wird. Das heißt, wir erwarten dort eine neue Regelung, was das Testregime für Reiserückkehrende angeht.

Das Zweite, über das wir uns ausgetauscht haben, ist das Thema Einsatz von Antigentests. Sie sehen auch international, dass diese neue Testform des Antigenschnelltests eingesetzt wird. Hier ist die Bundesebene aktiv geworden und hat Testmöglichkeiten in nennenswerten Größenordnungen für Deutschland gesichert. Mit dieser neuen Testverordnung oder dem neuen Testregime soll gleichzeitig geklärt werden, wo und in welcher Form die Antigentests eingesetzt werden und wie das finanziert wird. Darüber haben wir uns im Detail am Freitag ausgetauscht.

Wir haben auch, das kann ich Ihnen verraten, darüber gesprochen, ob die Tests der Reiserückkehrenden weiterhin kostenlos sein sollen. Das ist ein Auftrag der Bundesministerkonferenz an die Gesundheitsministerkonferenz gewesen, dazu eine Haltung zu entwickeln. Eine große Mehrheit der Länder hat sich dafür ausgesprochen, dass die Reiserückkehrenden aus Risikoländern, die sich hier testen lassen müssen, um die Quarantäne verlassen zu dürfen, diese Kosten selbst tragen. Da ist jetzt aber die Frage: Wie wird das umgesetzt? Wird das umgesetzt von der Bundesebene? – Zumindest war das die Haltung der deutlichen Mehrheit der Gesundheitsministerinnen und -minister. Wie gesagt, wir werden warten, welche neue Ausrichtung dazu von der Bundesebene kommt. Wir sind mit dem Gesundheitsministerium zu

diesen Eckdaten verabredet, und selbstverständlich wird es dann darum gehen, diese nationale, weiterentwickelte Teststrategie mit den neuen Punkten, die wir in diesen Zusammenhängen erwarten, auch in Berlin umzusetzen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Dann würde ich jetzt Herrn Ruppert bitten, zu beginnen.

Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin; stellv. Vorstandsvorsitzender): Erst einmal ganz herzlichen Dank, dass ich eingeladen wurde und den Standpunkt der Kassenärztlichen Vereinigung zum Thema „Testen, testen, testen – Teststrategie und Testpflicht im Land Berlin“ vorstellen darf.



60. SITZUNG DES AUSSCHUSSES FÜR GESUNDHEIT, PFLEGE UND GLEICHSTELLUNG

Testen, testen, testen - Umsetzung der SARS-CoV-2- Teststrategie und Testpflicht im Land Berlin

Dr. Burkhard Ruppert
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Berlin

Ich beginne mit der Makroebene.

Makroebene

Strategie des Robert Koch Instituts – Wirkungskreis der KV Berlin

- *Zeit gewinnen*
- *Identifikation von Risikogruppen*
- *Schutzmaßnahmen für besonders gefährdete Gruppen*
- *Vermeidung des Zusammenfallens mit anderen Erkrankungswellen*
- *Behandlungskapazitäten in den Krankenhäusern erhöhen*
- *Stationären Behandlungsbedarf vermeiden*
- *Entwicklung viraler Medikamente & Impfstoffe*
- *Entwicklung & Umsetzung der Impfstrategie*

Wir haben uns natürlich die Strategie des Robert-Koch-Instituts von Anfang an zu eigen gemacht. Die Faktoren kennen Sie, insbesondere Zeitgewinn, Identifikation der Risikogruppen, Schutzmaßnahmen insbesondere für besonders gefährdete Gruppen ergreifen, Vermeidung des Zusammenfallens mit anderen Erkrankungswellen – Stichwort Influenza, was jetzt gerade en vogue wird –, Behandlungskapazitäten in den Krankenhäusern erhöhen und den stationären Behandlungsbedarf vermeiden. Das ist, glaube ich, das Wesentliche.

Die beiden unteren Punkte sind neu hinzugekommen und beschäftigen mich seit ungefähr anderthalb Wochen massiv, nämlich insbesondere die Entwicklung und Umsetzung der Impfstrategie. Für uns als KV war in den letzten Monaten insbesondere die Vermeidung des stationären Behandlungsbedarfs von oberster Priorität, also erste Verteidigungswelle, wenn Sie so wollen, gegen Corona, um die Patientinnen und Patienten erst gar nicht erkranken zu lassen bzw. im ambulanten Bereich weiter zu versorgen bzw. die, die gerade nicht in die Kliniken gehen müssen, im ambulanten Versorgungsbereich zu belassen, sodass es hier zu keinen Ansteckungsmöglichkeiten kommt.

Wie haben wir das erreicht?

Stationären Behandlungsbedarf vermeiden

Abgeleitete Ziele der KV Berlin

- *Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung trotz COVID-19-Implikationen*
- *Gewährleistung / bedarfsgerechte Erweiterung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes*
- *Aufbau / Betrieb / Gewährleistung einer COVID-19-spezifischen ambulanten Versorgung*
- *Unterstützung bei der Teststrategie*

Wir hatten uns vier Ziele vorgenommen. Zum einen die Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung. Das Thema kennen Sie: Schutzkleidung sei hier als allererstes zu nennen. Wir haben insgesamt 21 Millionen Euro dafür ausgegeben. Sie kennen wahrscheinlich alle die Bilder noch aus der Vergangenheit, wo wir einen 9 000 Quadratmeter große Halle auf dem Messegelände angemietet haben und dort zu einem mittelständischen Versorgungsunternehmen von Praxen geworden sind, was die Schutzkleidung betrifft. Das ist eine Rolle, die wir vorher so nie hatten, wo man sich sicherlich noch einmal Gedanken machen muss, inwieweit die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Zukunft diese Rolle übernehmen sollen. Wir haben diese Schutzkleidung in drei Wellen ausgerollt und mittlerweile die Praxen ausgestattet, sodass wir denken, dass wir etwa bis zum Ende des Jahres mit Schutzkleidung ganz gut eingedeckt sein müssten.

Der zweite Punkt war die Gewährleistung bzw. die bedarfsgerechte Erweiterung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Hier hatten wir am Anfang auch die Probleme, dass wir zwar einen 24/7-Hausbesuchsdienst für den Notfall haben, der aber auch nicht mit Schutzkleidung ausgestattet war. Hier konnten wir eine enge Zusammenarbeit mit der Feuerwehr schaffen, das berühmte Coronamobil, mit dem wir durch die Stadt gefahren sind. Nach wenigen Wochen hatten wir aber auch den ärztlichen Bereitschaftsdienst so weit coronafit gemacht, dass wir jetzt auch genügend Schutzkleidung für diesen Dienst haben. Die enge Kooperation der Notdienstpraxen mit den Krankenhäusern funktioniert hervorragend. Auch dort sind die Kolleginnen und Kollegen, die medizinischen und die weiteren Kräfte, die dort tätig sind, vor einer Coronainfektion durch Schutzkleidung geschützt.

Das andere war, noch ein spezifisches ambulantes Versorgungsmodell aufzubauen. Hier seien zum Beispiel die Coronapraxen erwähnt. Wir haben mittlerweile 31 Coronapraxen in Berlin. Das sind Praxen, die bereit sind, coronaverdächtige Patientinnen und Patienten zu versorgen.

Hier hatte ich gestern oder heute Morgen, ich weiß es gar nicht mehr, in der Presse zum ersten Mal das Wort Fieberambulanzen gehört. Herr Spahn hat es, glaube ich, wieder herausgebracht. Das ist ein alter Begriff, den wir von Anfang an schon kennen. Er favorisiert jetzt für die Zukunft Fieberambulanzen. Darüber wird man sicherlich sprechen müssen. Er hat aber auch gesagt, in der einen oder anderen Form gäbe es das schon. Ich denke, so etwas könnte man tatsächlich so bezeichnen. Die Frage ist, was Herr Spahn mit dem Begriff Fieberambulanzen genau meint. Das müsste man noch einmal definieren.

Das andere war das Covid-Care-Modell. Das hatten wir zunächst nur in Reinickendorf ausgerollt und es dort auch erst einmal belassen. Hier ging es um die Versorgung von Coronapatientinnen und -patienten in der Häuslichkeit, das heißt, Patientinnen und Patienten, die zuhause bleiben konnten, sollten dort versorgt werden. Das geschah durch ein standardisiertes Abfrageprotokoll durch die Hausärzte zweimal am Tag, und wenn beim Hausarzt aufgrund dieser standardisierten Abfragung – auch übrigens ein Ampelsystem, das eingeführt wurde, um das Ganze etwas plastischer zu machen – der Eindruck entstand, hier müsste jemand hinfahren und gucken, wie es dem Patienten geht, wurde das dann auch gewährleistet. Das wird Moment durch unseren ärztlichen Bereitschaftsdienst gewährleistet.

Dann gibt es die Unterstützung der Teststrategie, worüber wir heute ja vor allen Dingen sprechen wollen. Hier gibt es insbesondere ganz viele Fragen, die wir als Kassenärztliche Vereinigung haben; viele Fragen sind auch hier schon in der Diskussion aufgetaucht: Wer soll eigentlich getestet werden? Wo soll getestet werden? Wann soll getestet werden? Weshalb soll überhaupt getestet werden? Auf welcher Rechtsgrundlage soll getestet werden? – Vertragsarztrecht, Rechtsverordnung. Die Rechtsverordnungen sind uns in den letzten Wochen nur so um die Ohren geflogen. Wir haben es mit einer ganzen Reihe von immer wieder neuen Rechtsverordnungen zu tun, von daher bleibt es interessant, auch wenn jetzt wieder diskutiert wird, Reiserückkehrende aus Risikogebieten sollen nun nicht kostenfrei getestet werden. Das bedeutet auch wieder eine Änderung letztendlich in der Abrechnung. Das sind alles wichtige Fragen.

Dann: Wer informiert die Getesteten eigentlich und in welcher Zeit? – Auch das muss immer wieder neu validiert, immer wieder neu festgelegt werden. Und last but not least: Wer finanziert das Ganze eigentlich? Das ist hier auch schon einmal angesprochen worden: Ist das steuerlich zu finanzieren? Ist es durch die Krankenkassen zu finanzieren? Hier haben wir es insbesondere mit dem Problem des § 105 Abs. 3 SGB V zu tun, also zusätzliche Kosten, die im Rahmen von Corona entstehen, sollen über die Krankenkassen abgerechnet werden. Sie werden sich vorstellen können, dass unsere Anfrage bei den Krankenkassen nicht so wahnsinnig erfolgreich war und wir bei der Frage, ob wir Teststellen übernehmen können, im Moment an diesem Punkt vor allen Dingen festhängen, weil natürlich zu klären ist, inwieweit hier eine sichere Finanzierungsgrundlage für die KVen gewährleistet ist oder inwieweit wir hier in die 10 Prozent-Privatpatientenfalle hineinlaufen, eine Falle, die wir bei den Schutzkleidungen jetzt erlebt haben. Von den 21 Millionen sind wir auf 2 Millionen hängengeblieben, weil das der Anteil für die Privatpatienten sein soll, und das ist eine Sache, die uns im Moment die Übernahme von Teststellen praktisch unmöglich macht.

Unterstützung der Berliner Teststrategie durch die KV Berlin

Viele Fragen zu beantworten – manche sind es immer noch

- **Wer ist zu testen?**
 - Erwachsene? Kinder? Reiserückkehrer? Symptomatische? Asymptomatische?häufig verändert

- **Wo ist zu testen?**
 - Flughäfen? ZOB? HBF? Arztpraxen? Abklärungsstellen an Krankenhäusern? Labore?häufig verändert

- **Wann ist zu testen?**
 - 24/7? 07:00-19:00 Uhr? werktags? wochenends?häufig verändert

- **Weshalb ist zu testen?**
 - Vertragsarztrecht? Rechtsverordnung?RVO häufig verändert

- **Wer informiert die Getesteten in welcher Zeit?**
 - Gesundheitsämter? Labore? Arztpraxen? Abklärungsstellen?häufig verändert

- **Wie werden die Maßnahmen finanziert?**Finanzierung nur zum Teil sichergestellt

Es hat sich also sehr vieles häufig verändert. Die Rechtsverordnungen haben sich auch sehr häufig verändert – wie ich finde, manchmal ein bisschen zu häufig und zu schnell. Da wäre vielleicht doch eine etwas ruhigere Hand besser gewesen. Und: Die Finanzierung, abschließend, muss sichergestellt sein.

Was haben die KVen bisher geleistet? Was haben die Mitglieder der KVen geleistet? – Hier insbesondere der Dank an die Berliner Labore, die seit März 825 000 Tests durchgeführt haben. Frau Kalayci hat es schon erwähnt: Wir haben an drei von sieben Abklärungsstellen mitgearbeitet, haben dort über 10 000 Besucherinnen und Besucher zwischen März und Juni betreut. Das waren wirkliche Abklärungsstellen. Hier saß ein Arzt vor Ort, der abgeklärt hat: Braucht es einen Test, ja oder nein?

Ich habe Ihnen Zahlen aus der Abrechnung mitgebracht. Hier habe ich leider Gottes bisher nur Zahlen – und gute Zahlen – aus dem ersten Quartal. Sie wissen, wir rechnen immer mit einer Verzögerung von vier bis sechs Monaten ab. Im ersten Quartal 2020 hat es 62 600 coronabedingte Arzt-Patienten-Kontakte gegeben, im zweiten Quartal schon deutlich mehr, ca. 200 000 Corona-Arzt-Patienten-Kontakte. Das sind Kontakte, die man über die Ziffer 88240 eruieren kann, also eine Abrechnungsziffer, die immer dann genommen wird, wenn ein Coronapatient versorgt wird. Von daher können wir sagen, dass doch eine Vielzahl von Kontakten im ambulanten Bereich stattgefunden hat, insbesondere bei der Versorgung von coronaverdächtigen oder coronaerkrankten Personen.

Unterstützung der Berliner Teststrategie durch die KV Berlin

Was haben KV-Mitglieder bislang geleistet

- *Aufbau und Betrieb von drei **Abklärungsstellen** mit mehr als **10.500 Besuchern** von März bis Juni*
- **825.000 Tests durch Berliner Labore seit März**
 - *Laborfachkräfte nahezu im Dauereinsatz*
 - *Labormaterial kurzfristig aufgestockt, soweit am Markt verfügbar*
 - *Kapazitätsgrenzen vollständig ausgereizt*
 - *Prozessketten mit Arztpraxen, Teststellen, Gesundheitsämtern wurden ständig weiterentwickelt*
- **62.600 coronabedingte Arzt-Patienten-Kontakte** in Q1/2020
- **200.000 coronabedingte Arzt-Patienten-Kontakte** in Q2/2020
- **265 Test-Praxen & 31 COVID-Praxen**
- *Praxisindividuelle Test- und Behandlungsabläufe auf eigene Kosten, da keine persönliche Schutzausrüstung*
- *Ständige Anpassung an neue Informationslagen zu Testpflichten, Informationspflichten, Abrechnungsfragen*
- *Zudem mussten auch „nicht-COVID-19-Fälle“ ambulant behandelt werden → Trennung der Patientenströme!*

Bedarfsplanung & Honorierung für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten berücksichtigt diesen akuten Behandlungs- und Testbedarf nicht!

Wir haben unter den Berliner Praxen einen Aufruf gestartet und nachgefragt: Welche Praxis wäre bereit, zu testen? – Sie sehen, wir haben 265 Teststellen in Berlin, 265 Praxen, die bereit sind, und die das auch tun, Patientinnen und Patienten zu testen – neben den 31 Covidpraxen. Das sind also keine ausschließlichen Teststellen. Die testen natürlich auch, aber die versorgen vor allen Dingen symptomatische Patientinnen und Patienten vor allem auch aus Praxen, wo der Praxisinhaber nicht selbst in der Lage ist, diese Patientinnen und Patienten zu versorgen, weil er vielleicht selbst erkrankt ist, das ist der häufigste Grund, oder vielleicht auch, weil seine Praxis geschlossen ist.

Es mussten sehr viele Investitionen in den Praxen getätigt werden, meistens auf eigene Kosten. Eine Investition sehen Sie hier – das sind diese Schutzglasvorrichtungen. Auch die Praxen haben sich damit ausgestattet. Persönliche Schutzkleidung wurde am Anfang häufig auch selbst durch die Praxen besorgt. Hier gilt noch einmal mein ausdrücklicher Dank an die Praxen, und das war die große Mehrheit: Wir hatten nie mehr als 100 Praxen in dieser Stadt, die ab März coronabedingt geschlossen hatten. Die Praxen haben sich wirklich nach vorne gestellt und Patientinnen und Patienten betreut und ambulant versorgt haben, seien es Infektpatientinnen und -patienten, seien es Nicht-Infektpatientinnen und -patienten gewesen. Hier war eine riesengroße Bereitschaft da, diese Patientinnen und Patienten zu versorgen.

Die Bedarfsplanung und die Honorierung für Vertragsärzte berücksichtigt dies natürlich überhaupt nicht. Hier werden sicherlich in der Zukunft einige Fragen zu klären sein. Sie können sich vorstellen: Wenn ich früher eine Infektsprechstunde hatte, konnte ich den Patientinnen und Patienten gegenüber treten, habe sie untersucht und gut war. Jetzt muss man natürlich bei jedem Infekt Sorge haben, dass es sich hierbei um einen Coronapatienten handelt, das heißt, man wird das nur mit Schutzkleidung tun müssen, was dann wieder bedeutet, dass die Untersuchung deutlich länger dauert, auch die Vorbereitung der Untersuchung deutlich länger dauern wird und natürlich auch die Kosten dadurch steigen.

Abschließend: Es ist viel zu klären. Wir sind als KV natürlich bereit und stehen auch hier bereit, aktiv mitzuhelfen, wenn es darum geht, bei der Teststrategie mitzuhelfen.

Unterstützung der Berliner Teststrategie durch die KV Berlin

Was könnten die Mitglieder der KV Berlin zudem leisten? – Einiges!

- **Wer ist zu testen?**
 - Erwachsene? Kinder? Reiserückkehrer? Symptomatische? Asymptomatische?wenn geklärt
- **Wo ist zu testen?**
 - Flughäfen? ZOB? HBF? Arztpraxen? Abklärungsstellen an Krankenhäusern? Labore?wenn geklärt
- **Wann ist zu testen?**
 - 24/7? 07:00-19:00 Uhr? werktags? wochenends?wenn geklärt
- **Weshalb ist zu testen?**
 - Vertragsarztrecht? Rechtsverordnung?wenn RVO verlässlich
- **Wer informiert die Getesteten in welcher Zeit?**
 - Gesundheitsämter? Labore? Arztpraxen? Abklärungsstellen?wenn geklärt
- **Wie werden die Maßnahmen finanziert?**wenn Finanzierung vollständig sichergestellt

Für uns ist es aber ganz elementar, dass wir eine ganz klare und eindeutige Klärung und Sicherheit bei der Finanzierung, aber auch bei den Vorgaben benötigen. Es macht wenig Sinn, wenn sich die Vorgaben jede Woche wieder ändern. Wir haben das leidvoll erfahren. Wir hatten einen wunderschönen Vertrag gemacht, den Berliner Vertrag, wo wir ganz am Anfang die Reiserückkehrer aus Risikogebieten testen wollten. Wir haben das vertraglich vereinbart. Ich werde es nie vergessen; es war an einem Freitag Ende Juli. Ich glaube, zwei Stunden später kam die Pressemitteilung, dass das alles über die RVO zukünftig geregelt wird. Von daher war dieser Vertrag dann zwar nicht völlig hinfällig, was aber diesen Punkt betraf, eigentlich schon. Unsere Presseerklärung an die Mitglieder musste dann wieder revidiert werden. Das waren Dinge, die ganz oft passiert sind. Ich hoffe, dass wir in Zukunft etwas mehr Ruhe in die Situation hineinbekommen.

Dann möchte ich noch auf das Zitat von Herrn Spahn hinweisen. Der erste Schutzwall war die ambulante Versorgung, und sie ist es nach wie vor.

„In vielen anderen Ländern sind Patienten in die Kliniken gegangen, was das Infektionsrisiko noch weiter erhöht hat. Erster Schutzwall war die ambulante Behandlung, eine der Stärken des Systems. Ich weiß, was jeden Tag in den Praxen geleistet wird!“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn
(<https://www.zm-online.de/news/politik/aerzte-diskutieren-mit-spahn-ueber-die-corona-krise/>)

**Das wollen die KV Berlin und ihre Mitglieder auch weiterhin leisten!
Wir können es jedoch nur bei akzeptablen & verlässlichen
Rahmenbedingungen und nur innerhalb der Laborkapazitäten.**

Wenn ich Ihnen sagen, wir haben normalerweise 8,2 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte im ersten Quartal, und wir hatten jetzt im ersten Quartal 8 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte, heißt das, wir haben kaum einen Rückgang gehabt. Wenn wir uns die Fallzahlen angucken, dann sehen Sie, sie sind tatsächlich etwas zurückgegangen. Das heißt, wir haben einen Fallzahlenrückgang von 10 Prozent im ersten Quartal und von ca. 18 Prozent im zweiten Quartal. Also, es ist schon ein Fallzahlenrückgang, aber offensichtlich haben, zumindest, was das erste Quartal angeht, die Arzt-Patienten-Kontakte nicht nennenswert abgenommen. Das wird einerseits an den Videosprechstunden liegen, es wird aber auch schlicht daran liegen, dass natürlich die Patientinnen und Patienten, die wirklich krank sind, die chronisch krank sind, dennoch zum Arzt gegangen sind und sich dort haben betreuen lassen.

Insoweit kann ich Ihnen sagen, dass die KVen, ihre Mitglieder auch weiterhin alles leisten wollen, was zur Bewältigung dieser Krise beiträgt, das können wir aber nur bei akzeptablen und verlässlichen Rahmenbedingungen tun. Und, darauf möchte ich immer wieder hinweisen: Wir sollten die Laborkapazitäten im Blick behalten! – Vielen Dank!



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN

Masurenallee 6A
14057 Berlin

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

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Ruppert! – Dann würde ich jetzt Frau Widders bitten.

Dipl.-Med. Gudrun Widders (Leiterin des Gesundheitsamts Spandau): Vielen Dank für die Einladung! Ich freue mich über die Chance, über die Tätigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Gesundheitsämter in Berlin in Bezug auch auf die Testungen zu sprechen. Gleich im Anschluss an Herrn Dr. Ruppert möchte ich dieses Zitat auch verwenden. Wir sehen uns – der Öffentliche Gesundheitsdienst –, ähnlich wie die ambulant tätigen Ärzte auch als Schutzwall, um zu verhindern, dass Patientinnen und Patienten, die an Covid 19 erkrankt sind, in Kliniken kommen oder vielleicht intensivmedizinisch behandelt werden müssen. Das heißt, wir arbeiten hier Hand in Hand auf bezirklicher Ebene mit den Arztpraxen und sind ständig im telefonischen Kontakt. Das geht zusammen.

Wir als Öffentlicher Gesundheitsdienst haben die Aufgabe nach § 16 Infektionsschutzgesetz, Meldungen, die bei uns eingehen, zu bearbeiten, ihnen nachzugehen, zu ermitteln und Infektionsschutzmaßnahmen zum Schutz der Bevölkerung festzulegen. Das ist unser tägliches Brot. Das ist unser Job. Wir sind sozusagen schon immer die schwebende, schützende Hand über dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung, auch in Nicht-Covidzeiten. Das heißt also, wenn jetzt Campylobacter-Meldungen eingehen, Salmonellen, Legionellen oder Meningokokken oder Meningitis gemeldet werden – das läuft auch weiter. Nun ist ein besonderer Gesichtswinkel auf die Gesundheitsämter durch die Situation gekommen, die wir haben.

Was machen wir also? – Wir wollen natürlich, genauso wie der ambulante Bereich, verhindern, dass Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern behandelt, intensivmedizinisch versorgt werden müssen. Wir wollen Sterbefälle verhindern. In erster Linie geht es uns aber darum, möglichst alle Kontaktpersonen zu ermitteln und Infektketten zu unterbrechen. Das heißt, wenn eine Meldung bei uns eingeht, haben wir unser Ermittlungsteam oder Ermittlungsteams; wir haben jetzt mehrere in den Gesundheitsämtern aufgebaut. Nach und nach

haben wir uns dem Geschehen also angepasst. In Spandau ist es übrigens geglückt, innerhalb von zweieinhalb Wochen vor die Lage zu kommen im März dieses Jahres. Das heißt also, das Ermittlungsteam versucht, möglichst alle Kontaktpersonen zu ermitteln, und das dauert nicht drei Wochen, sondern wenn die Meldung kommt, dann brauchen wir möglichst sofort noch am selben Tag die Listen, egal, ob es stationäre Einrichtungen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder auch Gaststätten oder Clubs sind, wenn dort Veranstaltungen stattgefunden haben, was eigentlich nicht sein soll, oder auch in Moscheen oder in Kirchen. Vielleicht sage ich nachher noch zu den religiösen Glaubensgemeinschaften ein paar Dinge. Wir versuchen, möglichst am selben Tag die Listen zu bekommen, auch in Kindereinrichtungen und Schulen, sollten sie betroffen sein, um dann zu ermitteln: Wer ist überhaupt enge Kontaktperson? Die engen Kontaktpersonen erhalten von uns eine Quarantänefestlegung noch am selben Tag. Mitunter ist die Post nicht ganz so schnell, wie wir das brauchen, sodass die Briefe manchmal nicht gleich am nächsten Tag da sind, sondern erst Tage danach.

Was aber sofort einsetzt, ist die Kontaktbetreuung, das heißt also, diejenigen, die in Quarantäne versetzt sind, werden angerufen. Bei uns in Spandau meldet sich alle zwei Tage das Gesundheitsamt und möchte wissen: Wie ist die Versorgung geregelt? Ist eine Symptomatik eingetreten? Ist Fieber aufgetreten? –, all diese Dinge. Natürlich ist es in einer Quarantänezeit von 14 Tagen auch wichtig, immer mal Kontakt zu anderen Personen zu haben und Dinge ansprechen zu können, die einem wichtig sind.

Wir haben also die Ermittlung, wir haben die Kontaktbetreuung. Wir haben ein Postteam, weil die Post nicht immer so schnell funktioniert und die Bescheide nicht gleich bei den Bürgerinnen und Bürgern ankommen, die in Quarantäne versetzt worden sind. Dann geht es um die Datenerfassung und Datenbearbeitung. Das ist auch eine Herausforderung für jedes Gesundheitsamt gewesen. Das managen wir aber inzwischen ganz gut. Dann geht es natürlich auch darum, festzulegen: Wer muss getestet werden? Das ist auch eine der wesentlichen Aufgaben im Gesamtgeschehen der Arbeit des Gesundheitsamtes. Wenn wir positiv getestete Personen haben und von denen die Kontaktpersonen ermitteln, dann werden die getestet. Während wir vorher einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Teststellen hatten, die koordiniert haben: Wer muss getestet werden? –, ist es jetzt so, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ermitteln, bereits an dem Platz die Testzeiten, die Termine vergeben. Das heißt also, wir versuchen, in dem Gesamtgeschehen möglichst alle Kontaktpersonen ersten Grades zu testen, bzw. wir veranlassen das auch. Da kann es zum Beispiel passieren, dass in einer Familie mehrere Erwachsene erkrankt sind. Die Kinder sind Kontaktpersonen. Wir wissen noch nicht, ob sie positiv sind, und diese Kinder – manchmal sind es Familien mit fünf Kindern oder noch mehr –, gehen in unterschiedliche Schulen, in unterschiedliche Klassen, und da kann es durchaus sein, wenn ein Kind in eine Schule geht, dass wir in dieser Schule, das Beispiel hatten wir gerade, 170 Leute testen müssen. Wie viele Menschen also getestet werden, hängt davon ab, welche Meldungen wir bekommen.

Während es in der Zeit von März bis Mai so war, dass unsere Arbeit von der Häufigkeit der Meldungen oder der Anzahl der positiv getesteten Personen abhängig war, ist jetzt der Hauptanteil unserer Arbeit, vor allen Dingen die Kontaktpersonen zu ermitteln und diese Kontaktpersonen dann auch zu testen.

Ich habe es gerade schon gesagt: Wir haben in Spandau weniger mit Ausbrüchen in der Schule zu tun gehabt, auch in den anderen Bezirken nicht, sondern damit, dass erwachsene Personen in Familien, mitunter in größeren Familien, positiv geworden sind und die Infektion auf die Kinder übertragen haben. Als wir dann geschaut haben: Was ist der Grund, dass die Erwachsenen positiv geworden sind? –, kommen wir darauf: Okay, das liegt am Freizeitverhalten. Das liegt aber auch an den religiösen Glaubensgemeinschaften. Das waren Fälle, die wir insbesondere im Juni, Juli hatten. Da ist es völlig egal, ob das Christen sind, ob das Zeugen Jehovas sind, ob sie in eine Moschee oder in einen buddhistischen Tempel gehen; so einen haben wir bei uns in Spandau auch. Überall dort, wo Menschen enger oder in größeren Gruppen zusammen gewesen sind, hat man das Risiko der Infektionsübertragung. Wir hatten auch das Beispiel, dass jemand an einem Tag auf einer Beerdigung mit 60 Personen war und am nächsten Tage auf einer großen Feier einen runden Geburtstag gefeiert hat. Dann können Sie sich vorstellen, dass das ein erheblich größerer Aufwand an Ermittlung ist als in einer Zeit, wo die Eindämmungsmaßnahmen griffen und die Leute eher zuhause waren.

Für die Gesundheitsämter hat sich, obwohl insgesamt die Fallzahlen zurückgegangen sind, der Ermittlungsaufwand erhöht, auch der Aufwand an Testungen. Jedes Gesundheitsamt testet in eigenen Teststellen. Die sind unterschiedlich aufgebaut. Es gibt Bezirke, die haben einen Drive-in. Wenn ich mir Spandau angucke, funktioniert es ähnlich – das ist zwar in unseren eigenen Räumlichkeiten, aber es funktioniert auch so: Man kommt mit dem Auto, geht um die Ecke, lässt sich testen, und dann ist das so getaktet, dass sich die Menschen möglichst nicht begegnen. Sie sind letztlich im Einbahnstraßenverkehr unterwegs und so getaktet, dass sie sich auch zeitlich nicht begegnen.

Reiserückkehrer testen wir nicht, wenn sie zurückkommen und innerhalb von 48 Stunden den Test nachweisen sollten. Das würden wir von unseren Kapazitäten her gar nicht schaffen. Wir sehen aber, dass der eine oder andere Reiserückkehrer schon innerhalb der Testung von 48 Stunden herausgefischt worden ist, dass das Problem nicht zu unterschätzen ist und es nicht immer nur Risikogebiete sind. Ich begrüße sehr den neuen Gesetzentwurf, wonach die Quarantäne für zehn Tage festgelegt ist und eine Testung zwischen dem fünften und siebten Tag. Das ist die Zeitspanne, die aus fachlicher Sicht am realistischsten ist, dann auch die positiven Entwicklungen oder die Entwicklungen von Infektionen, die dann positiv getestet werden, zu verifizieren.

Wenn wir Meldungen von Kindern in Schulen haben, ist es so, dass es meistens Einzelfallmeldungen sind, wo dann aber gleich eine ganze Klasse oder Lerngruppe und auch Lehrpersonal dranhängt. Wir haben zwar ab und an auch mal einen Ausbruch in der Schule, aber meistens ist es andersherum: Die Kinder bringen die Infektion aus der Familie mit. Meistens ist es bei den Ausbrüchen so, dass – das ist jetzt eine Beobachtung von uns – die Übertragung vom Lehrer auf die Schüler passiert, eher vom Erwachsenen auf die Kinder. Das sehen wir auch in den Familien. Das wäre dann mal mit Studien zu verifizieren.

Wir arbeiten mit den Krankenhäusern sehr gut zusammen. Die haben ein sehr gutes Hygienemanagement. Wenn es da eine positiv getestete Person gibt, bekommen wir innerhalb eines Tages die Listen und können sofort ermitteln: Wer sind die Kontaktpersonen? – und legen die Maßnahmen fest. Genauso auch in Pflegeeinrichtungen. Pflegeeinrichtungen sind zurzeit sehr stringent in ihren Maßnahmen, und demzufolge sehen wir da auch nicht so viele Fälle. Was wir doch ab und an häufiger sehen, sind Wohngruppen, Wohngemeinschaften oder Menschen, die in anderen Pflegestrukturen leben als in einer Pflegeeinrichtung und von ambulanten Pflegediensten betreut werden. Da haben wir schon öfter mal zu tun.

Natürlich sind wir als öffentlicher Gesundheitsdienst auch neugierig und wollen wissen: Wie sieht es denn aus in den Kindereinrichtungen, in Schulen und Pflegeeinrichtungen? – Auch in Spandau ist es so gewesen, dass wir uns mal eine ganze Schule anguckt und durchgetestet haben, oder eine ganze Kita oder auch mal eine Pflegeeinrichtung. Die Ergebnisse, die wir dort hatten, waren aber diejenigen, die wir kannten: Die positiv waren und die Kontaktpersonen, da war ein Geschehen, aber die anderen sind alle negativ gewesen, sodass wir diesen Aufwand nicht betreiben, gerade in der jetzigen Situation auch nicht betreiben können. Das muss Bestandteil der Teststrategie an anderer Stelle sein, nicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Was ich gerne auch noch sagen möchte, ist: Es wurde über Testkapazitäten gesprochen. Da müssen wir unterscheiden zwischen den Testkapazitäten, also den Möglichkeiten, tatsächlich

zu testen, und den Laborkapazitäten. Manchmal, wenn wir größere Einrichtungen testen, müssen 170 Leute auf einmal getestet werden. Wir gehen auch mit unseren Testteams in die Einrichtungen. Wenn also in Größenordnungen getestet werden muss, kommen die nicht bei uns in den Teststellen an, sondern wir gehen hin und testen vor Ort. Wenn wir aber zum Beispiel 500 Testungen in der Woche haben, und es sein kann, dass es sogar noch mehr werden, wenn nächste Meldungen eingehen, dann kommen wir manchmal schon an die Grenzen und bekommen das Signal vom LLBB, zu dem Verträge bestehen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Berlin: Hier gibt es jetzt Kapazitätsschwierigkeiten. – Dann gehen wir auf das Labor 28 oder das RKI zu und lassen dort testen. Der andere Punkt sind also die Laborkapazitäten. Das eine ist: Welche Kapazitäten haben wir, dass in dem Umfang, wie es notwendig ist, getestet werden kann? Das andere ist: Wie viel ist an Laborkapazität vorhanden, um zu testen? – Ich glaube, ich habe jetzt die wesentlichen Sachen über den öffentlichen Gesundheitsdienst gesagt. Ich stehe für Fragen gerne zur Verfügung.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Dann bitte ich jetzt Frau Dr. Kirchberger!

Dr. Valerie Kirchberger (Charité – Universitätsmedizin Berlin) [zugeschaltet]: Guten Morgen, sehr geehrter Herr Vorsitzender! Guten Morgen, Frau Senatorin Kalayci! Sehr geehrte Mitglieder des Ausschusses! Vielen Dank für die Einladung, und vor allem auch noch einmal vielen Dank für die sehr interessanten Vorreden vor mir. Die Diskussion, die ich mithören durfte, Ihre einleitenden Worte, Frau Kalayci, waren sehr interessant und stimmen mich positiv. Auch Herr Ruppert und Frau Widders, vielen Dank für Ihre Ausführungen!

Mein Name ist Valerie Kirchberger. Ich koordiniere vonseiten der Charité die Berliner Teststrategie. Ich bin selbst Kinderärztin und arbeite für den Vorstand Krankenversorgung. Ich möchte Ihnen als letzte Anzuhörende kurz berichten, was die Inhalte der sog. Berliner Teststrategie sind; wir haben ja schon einiges gehört. Wir verbinden im Prinzip zwei Ansätze miteinander bzw. ergänzen, und zwar zusätzlich zu dem, was gerade Frau Kollegin Widders ausgeführt hat, was der öffentliche Gesundheitsdienst und die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte tun, nämlich das Testen von symptomatischen Personen. Dazu gibt es in der Berliner Teststrategie eine Komponente, dass auch Personen ohne Symptome getestet werden können. Ich möchte noch einmal kurz sagen, dass selbstverständlich im Sinne der Testkapazitäten und, wenn vorhanden, knapper Ressourcen immer das Testen von symptomatischen Personen vorgeht. Das hat aber auch innerhalb unserer Expertengruppen in der Umsetzung nie zur Diskussion gestanden.

Wir haben uns mit unseren Expertinnen und Experten und in Abstimmung mit den Senatsverwaltungen überlegt, welche weiteren Bevölkerungsgruppen wir dieses asymptomatische Testen anbieten wollen, was hier sehr wichtig ist. Das beruht nicht auf dem Infektionsschutzgesetz, sondern auf einer informierten Freiwilligkeit, das heißt, wir bieten diese Tests an, und wer das machen möchte, darf sich testen lassen, wer nicht, der nicht. Das ist der Unterschied zu den auf dem IfSG basierenden Testungen. Die Gruppen, die wir identifiziert haben – das wird Sie nicht überraschen, das wissen Sie selber auch –, sind natürlich die Bildungseinrichtungen. Das ist einer der wichtigsten Fokusbereiche für uns gewesen: Wie können wir ein Testangebot insbesondere für Lehrerinnen und Lehrer und Kitabetreuerinnen und -betreuer anbieten, sodass die aufgrund ihrer herausgehobenen Positionen und Wichtigkeit für die Gesellschaft ein besonderes Testangebot bekommen? – Das Testangebot innerhalb der Teststra-

ategie ist kostenfrei für diese Personen. Bei den Bildungseinrichtungen haben wir schon im Juni, Juli gestartet. Hier können sich die Personen auch ohne Symptome in den teilnehmenden Teststellen testen lassen, ebenso – wie auch schon berichtet – natürlich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern. Das inkludiert nicht nur Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte, sondern alle, die bei uns in der Patientenversorgung tätig sind, also beispielsweise auch Transportmitarbeiter, die Patiententransporte durchführen.

Eine weitere Komponente der Teststrategie sind selbstverständlich die Pflegeeinrichtungen. Hier haben wir auch schon gehört, dass es sich erfreulicherweise noch vom Infektionsgeschehen her stabil oder ruhig verhält, natürlich auch unter Inkaufnahme von starken Einschränkungen, sodass wir hier insbesondere eine sogenannte Surveillance, also eine Überwachung für den Herbst planen und auch schon pilotieren, wo noch stärker basierend auf Symptomen dann schnell getestet werden kann, also sozusagen ein symptomintensives Monitoring. Das konzipieren wir zusammen und intensiv in einer Arbeitsgruppe mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung.

Hier ist auch eine Querschnitterhebung, Frau Senatorin Kalayci, geplant, die jetzt endlich in den nächsten Wochen stattfinden wird, die schon lange von 48 Pflegeeinrichtungen erbeten wurde. Die führen wir auch durch. So es noch weitere Testkapazitäten – und damit meine ich auch, wie die Vorrednerin sagte, Testkapazitäten im Sinne von Personen, die testen können, aber auch von Laborkapazitäten – gibt, haben wir noch weitere Planungen, was wir sozusagen allgemeine Bevölkerung nennen. Da sind weitere exponierte Gruppen drin, zum Beispiel JVA, aber auch die, sage ich mal, berühmten jüngeren Personen, die ein anderes Freizeitverhalten haben. Da überlegen wir auch, wie wir vielleicht etwas mehr anbieten können, um da die Hotspots mitzubekommen.

Was wir in den letzten Wochen und Monaten getan haben, war, die verschiedenen Stakeholder für diese Teststrategie zusammenzubringen, wissenschaftlich konzeptionell zu unterstützen, aber selbstverständlich immer nur begleitend durch die Charité. Wir haben, ich denke, das ist bekannt, die Arbeitsteilung etwas geändert. Seit September ist es so, dass Charité und SenGPG sich die Teststrategie so aufgeteilt haben, dass sinnvollerweise, wie es von Frau Senatorin Kalayci schon gesagt wurde, die Umsetzung der Testung tatsächlich durch SenGPG durchgeführt wird. Hier bin ich sehr erfreut, dass es jetzt diese Ausschreibung gibt, dass noch mehr Teststellen oder Testeinheiten zur Verfügung stehen, damit wir dieses Angebot, das konzipiert ist, aber aktuell so ein bisschen daran hängt, in mehr Bezirken anbieten können. Wie gesagt, da freue ich mich, dass das zur Verfügung stehen wird, dass wir das auch mehr anbieten können für Bildungspersonal, dass die nicht so weit reisen müssen, aber auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von anderen Bereichen wie JVA, Pflegeeinrichtungen, Gastronomie usw.

Nun ist es so, dass sich die Charité aufgrund dieser neuen Aufteilung seit diesem Monat zwar noch mehr in der Koordinatorenrolle befindet, sich aber ansonsten eher auf die wissenschaftliche Begleitung fokussiert, und hier vor allem, wie auch von Frau Senatorin Kalayci schon berichtet wurde, zum Beispiel auf die Bewertung dieser Antigenschnelltests. Wir sind auch sehr gespannt auf das, was die nationale Teststrategie vorgeben wird. Wir haben natürlich auch selber schon überlegt: Für welche Gruppe und zu welchem Moment sind diese Antigenschnelltests sinnvoll? Wie pilotieren und diskutieren natürlich auch miteinander andere Wege der Probengewinnung. Sie alle kennen diesen Abstrich. Es wird diskutiert, ob man auch

Selbstabstriche oder eine andere Art der Abstrichgewinnung durchführen kann, eben nicht der tiefe Rachenabstrich. Das ist alles noch in der Pilot- und Testphase und deswegen bei uns gut aufgehoben. Wir überlegen uns weitere Studienkonzepte, die wir dann immer in dem Steuerrungskreis zur Beratung geben wie Surveillance-Module in Schulen, Pooling oder Heimtestungen zu Hause.

Was wir auch mit unseren Expertinnen und Experten leisten, ist die Beratung von diversen Behörden, aber insbesondere der Senatsverwaltung BfJ, wo wir sehr intensiv im Austausch sind auf allen Ebenen, diese auch im Hygienebeirat zu unterstützen, da, wie gesagt, nach unserer Ansicht – das wurde auch schon ausgeführt – der allerwichtigste Punkt ist, dass die Infektionen in der Bevölkerung, also diese Community Incidence, niedrig gehalten wird, damit die Schulen offenbleiben können und die Situation so stabil bleibt wie sie ist.

Damit ende ich. Wir sind aktuell als Charité also koordinierend tätig für die Teststrategie, beratend tätig und primär in unserer wissenschaftlichen Funktion, was wir auch sehr gerne tun. Wir, Herr Ruppert, ich sage es mal in Ihre Richtung und Frau Widders und auch Frau Kalayci, haben die Zusammenarbeit in diesem Gesundheitsökosystem als sehr bereichernd und interessant für uns gefunden und sind auch hochinteressiert daran, das auch post Corona so weiterzuführen und in einem guten Austausch für die Berlinerinnen und Berliner und die Patientinnen und Patienten zu bleiben. Das war es von meiner Seite. – Vielen Dank fürs Zuhören!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zur Debatte. – Es hat sich zunächst Frau Pieroth gemeldet.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Ganz herzlichen Dank Ihnen allen für die Ausführungen! Ich hätte zunächst die allgemeine Frage an alle: Wer finanziert insbesondere die Tests bei symptomlosen Kontaktpersonen ersten Grades und anderen nicht symptomatischen Menschen? Da beziehe ich mich in erster Linie auch auf die Pflege.

Dann hätte ich konkrete Fragen, zunächst an Frau Dr. Kirchberger: Vielen Dank! Sie sind auf Populationen eingegangen, auf die Studien, die vorbereitet, geplant und durchgeführt wurden. Können Sie da noch mal auf etwaige Hindernisse, die sich bisher ergeben haben, eingehen? In welchem Umfang wurden bislang – oder werden aktuell und künftig – die Tests tatsächlich durchgeführt? Wie erfolgt die Auswahl der Einrichtungen bzw. Testpersonen?

Dann hätte ich folgende Fragen an Frau Widders – herzlichen Dank noch mal für Ihren Beitrag! –: Funktionieren die Schnittstellen mit der Corona-Warn-App des RKI? Das möchte ich einfach noch mal grundsätzlich fragen. – Dann hätte ich eine Frage zum Personal. Die Länder verpflichten sich – wir haben das von der Senatorin gehört, was es da auch vom Bund noch an Geld gibt im Rahmen des Paktes für den öffentlichen Gesundheitsdienst –, ihre jeweiligen konkreten Personalaufwuchskonzepte und Zielsetzungen für den ÖGD in einem Bericht bis zum 31. Dezember 2020 vorzulegen. Aus den Stellenbeschreibungen geht hervor, dass da nicht nur medizinisches Personal benötigt wird, sondern auch reine Dienstleistungsaufgaben zur Kontaktverfolgung anstehen. Hatten Sie in Spandau bereits die Möglichkeit – bzw. ist Ihnen bekannt, ob die Berliner Gesundheitsämter bereits die Möglichkeit erhalten haben –, die Bedarfe an die Senatsverwaltung entsprechend zu übermitteln?

An Herrn Dr. Ruppert gerichtet würde mich interessieren: Können die Kassenärztinnen und Kassenärzte den Bedarf an Tests tatsächlich decken? Es gibt immer wieder auch Berichte zu Patientinnen und Patienten, wo Testkapazitäten, aber gegebenenfalls auch Laborkapazitäten nicht ausreichen. Wie wird dem begegnet? Sodann noch einmal vielleicht ein paar Worte zu Stand und Weiterführung von Teststellen. – Herzlichen Dank!

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

Tim-Christopher Zeelen (CDU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Ich beginne mit Frau Widders, denn ich finde es angemessen, Ihnen einmal stellvertretend für die Kolleginnen und Kollegen in den Bezirken ein herzliches Dankeschön für Ihre Arbeit zu sagen. Sie haben zu Recht gesagt, Sie sind mit die Speerspitze bei der Bekämpfung dieser Krise. Das Haus hat über viele Koalitionen hinweg den öffentlichen Gesundheitsdienst viel zu stiefmütterlich behandelt. Insofern als Anerkennung für das, was Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen leisten, ein herzliches Dankeschön!

Fragen möchte ich zum Testen vor allen Dingen etwas, was die Infrastruktur bei Ihnen betrifft. Es ist vorhin über die Bundeswehrkontaktnachverfolgung gesprochen worden. Sie haben in den Bezirksämtern sehr viel Personal zusammengezogen in den letzten Monaten, das unterstützt hat. Wie ist da die aktuelle Situation? Wie sind Sie vor allen Dingen auf die Situation vorbereitet, dass Sie bei steigenden Fallzahlen sehr schnell die Kollegen reaktivieren können, die in vielen Bereichen wieder zu ihrer originären Arbeit in der Verwaltung zurückgekehrt sind?

Das Zweite ist das Thema IT-Ausstattung. Es ist heute noch so, dass wir uns daran gewöhnt haben, dass am Sonntag und Montag die Fallzahlen in ganz Deutschland heruntergehen. Woran liegt das? – Dass die Meldewege nach wie vor noch nicht digitalisiert sind. Die Frage nach Schnittstellen und Software würde mich interessieren und auch die Frage nach Hardware. Was ist tatsächlich von dem, was auch an Bundesmitteln zugesagt worden ist zur IT-Ausstattung und auch im Hardwarebereich, bei Ihnen angekommen? Wie ist der Weg, und wie dringend brauchen Sie das?

Das Dritte, das mich interessiert, sind die Aufgaben, die liegen geblieben sind. Wir haben in diesem Hause oft auch über das Thema der Schuleingangsuntersuchung gesprochen. Sie haben nicht nur Corona zu bekämpfen, sondern auch noch andere Aufgaben zu leisten. Ein ganz ehrliches Wort: Wo stehen wir dort? Wie schaffen wir es, uns auch in den nächsten Monaten auf die originären Bereiche des ÖGD so vorzubereiten, dass nicht weitere Dinge liegen bleiben?

Das Vierte: Ich bin da gar nicht festgelegt, aber wir haben heute auch wieder gelernt, es wird an vielen Ecken und Enden getestet. Es testet die Kassenärztliche Vereinigung in den Arztpraxen. Die Charité testet an sogenannten Hotspots unterstützend. Ist es richtig, dass Sie in dieser Lage auch noch im ÖGD in den eigenen Liegenschaften testen? – Ja, wahrscheinlich, weil man damit die insgesamt Testmöglichkeiten noch erweitert durch Ihre Unterstützung. Aber ist das ein Weg, der richtig ist, oder wäre es da aus Ihrer Sicht vielleicht sinnvoll, mit den Hausärzten vor Ort zu kooperieren, um Sie womöglich von dieser Aufgabe zu befreien und mehr Kapazitäten für andere Aufgaben zu schaffen?

Ich habe dann eine Frage an Herrn Dr. Ruppert. Sie haben vorhin das Material angesprochen, das eng war. Droht uns für die beginnende Grippesaison und die Ungewissheit, wie es in den nächsten Wochen und Monaten weitergeht, auch weitere Engpässe, und wenn ja, worin liegen die beim Thema Schutzmaterialien?

Daran anschließend – Grippeschutzimpfung: Wann geht das los? Wem überlassen wir die Frage der Aufklärung der Berlinerinnen und Berliner, wie wichtig die Grippeschutzimpfung für welche vulnerablen Gruppen auch immer sein mag? Und wie separieren Sie das vom Thema Corona, um sozusagen auch dort die Leute möglichst frühzeitig zu impfen, damit sie nicht mit ähnlichen Symptomen noch zusätzlich für Chaos sorgen?

Dann habe ich eine Frage, weil ich es nicht verstanden habe: 265 Testpraxen, 31 Covidpraxen. Vielleicht erklären Sie freundlicherweise noch einmal den Unterschied. – Daran anschließend die Frage: Sie haben jetzt einen Reiserückkehrer, der sich nach fünf Tagen testen lassen möchte. Was macht der? Im ÖGD meldet er sich nicht mehr, weil die Kapazitäten dafür nicht ausreichen. Ist es der Hausarzt, der ihn dann weiter verweist? Wie verhält sich derjenige an Tag 5, der sich auf eigene Kosten, wie ich heute gelernt habe, wieder gesundtesten lassen möchte?

Abschließend: Wie hat das Thema Corona die Digitalisierung auch der Praxen verändert? Welche Möglichkeiten bestehen darin, Menschen, die krank sind, nicht krank in eine U-Bahn zu schicken, in ein Wartezimmer zu lassen, sondern ihnen die Möglichkeiten der digitalen Sprechstunde anzubieten? Was sind die Erfahrungen? Und auch da ein ehrliches Wort: Wo stehen wir da?

Eine Frage an die Senatorin: Die Welt wartet darauf, dass – wann auch immer – ein Impfstoff zur Verfügung steht. Es gibt zwei aussichtsreiche Kandidaten. Wie sind wir auf diesen Tag vorbereitet? An welchen Orten sind wir in der Lage, das überhaupt durchzuführen? Das Messekrankenhaus, das seit Monaten leer steht – wie binden wir das ein? Nutzen wir das dafür? Ist das eine Aufgabe der Kassenärzte? Macht das die Charité? Wie weit sind wir in der Vorbereitung auf diesen hoffentlich bald nahenden Tag, wann immer er sein wird, um das möglich zu machen?

Die Flughafentestung macht spätestens mit der neuen Verordnung keinen Sinn mehr, weil sich niemand aus einem Risikogebiet am Flughafen mehr testen lassen muss; er muss in die häusliche Quarantäne. Das heißt, diese Kapazitäten können dort abgeschafft werden. Es macht aus meiner Sicht auch keinen Sinn, Menschen an einen Flughafen zu bringen, nach fünf Tagen nachdem sie angereist sind, um sie dort testen zu lassen. Ist geplant, dass beispielsweise auch das Messekrankenhaus für diese Kapazitäten genutzt wird, denn es kostet den Steuerzahler jeden Monat Geld, ohne, Gott sei Dank, dass es momentan gebraucht wird? – Danke!

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

Thomas Isenberg (SPD): Vielen Dank für die ersten Hinweise der Anzuhörenden! Ich bin ungeduldig, das sage ich ganz offen. Wir haben es hier mit einer sehr dynamischen Epidemie zu tun. Ich bin total irritiert: Wir wissen, dass die vulnerablen Gruppen ältere Menschen sind, und seit Mai hat die Charité meiner Kenntnis nach den Auftrag, die Tests in den

48 Pflegeheimen durchzuführen. Wenn ich jetzt höre, dass es gerade einmal konzipiert wird, bin ich sprachlos. Das wäre für mich ein wahnsinniges Umsetzungsdefizit eines klaren Auftrags, den wir dringend brauchen, gerade jetzt, was ich nicht nachvollziehen kann. Wir hatten vor einem Vierteljahr erst ein Drittel der Testkapazitäten ausgeschöpft; jetzt sind wir bei einem Ausschöpfungsgrad von 90 Prozent. Wie kann es sein, dass bei der Charité dieser Umsetzungsauftrag noch nicht erfüllt ist? Ich finde das fahrlässig. – Das ist eine Frage an Frau Dr. Kirchberger.

Das Zweite: Ich nehme wahr, dass demnächst die Schulferien sind. Die Kinder sollen danach weiter beschult werden. In den Kitas ist es ähnlich. Wir brauchen endlich vernünftige Daten, Zahlen, Fakten, die uns in der politischen Gestaltung der Rechtsverordnung helfen, und das ist keine Binnendiskussion der Bildungsleute, das gehört in diesen Ausschuss hinein. Deswegen meine Frage an Frau Dr. Kirchberger und die Charité, die sie heute vertritt in ihrer Rolle als Anzuhörende: Wann gibt es denn endlich die wissenschaftlichen Ergebnisse dessen, was Sie in dem Bereich tun? Wir brauchen das spätestens in zwei Wochen, ansonsten sind es nette wissenschaftliche Erkenntnisse für Publikationen, die wir aber nicht mehr politikgestaltend gebrauchen können. Was gibt es an Zwischenergebnissen, oder gibt es noch gar nichts, weil zu wenig gemacht worden ist?

Die Frage an die Gesundheitsverwaltung: Wir haben jetzt die Situation, dass um die 90 Prozent der Testkapazitäten ausgelastet sind. Es wurde eben dargestellt, mit welchen Maßnahmen die Testkapazitäten ausgebaut werden sollen. Meine Frage an die Verwaltung wäre, welche Steigerung wir zu erreichen hoffen. Was ist der Zielkorridor des Ausbaus von jetzt ca. 56 000 möglichen Tests pro Woche? Wo wollen wir in einem Vierteljahr sein von den Ressourcen her, die dann bereitgestellt sind in dem Bereich und auch bei den Antigentests? Was ist da die quantitative Zielgröße, die wir vor Augen haben?

An die Gesundheitsämter: Frau Dr. Widders! Schön, dass Sie da sind, stellvertretend für den öffentlichen Gesundheitsdienst, der ja doch eine große Last zu tragen hat und leider die Stellsituation noch unbefriedigend ist. Insofern: Gut, dass Sie das wuppen! An einer Stelle möchte ich kritisch nachfragen bzw. aufgeklärt werden, was wir machen müssen oder Sie machen wollen: Wenn Personen von Ihnen in Quarantäne geschickt werden oder wenn demnächst bei Reiserückkehrern, die aus Risikogebieten kommen, zu Recht erst einmal die Quarantäne im Vordergrund steht – wie wird das kontrolliert? Meine Vermutung ist, dass im Prinzip das Risiko, entdeckt zu werden, ziemlich gering ist. Ich habe das Gefühl, die Strafanrohungen sind zu gering, und insbesondere glaube ich momentan, dass die Kontrolle seitens der Ordnungsbehörden und Gesundheitsämter, ob die Quarantäne eingehalten wird, so gut wie gar nicht vorhanden ist. Sie können gerne das Gegenteil darlegen. Das wäre meine Frage an Sie. – Danke!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Dann hat Herr Mohr das Wort.

Herbert Mohr (AfD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Vielen Dank unsererseits an die Anzuhörenden! Vieles Richtige ist von meinen Vorrednern schon gefragt worden; ich möchte mich deswegen und auch angesichts der fortgeschrittenen Zeit kurzfassen. Ich habe im Grunde eigentlich nur noch zwei Punkte. Der eine Punkt ist die Frage nach der Finanzierung der Tests. Da hätte ich die Frage an Herrn Dr. Ruppert, welches Modell Sie sich wünschen. Was wird von Ihnen bevorzugt? Sollte es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sein, also mehr

steuerfinanziert? Wie wird vermieden, dass ein vermehrtes Testen nicht zu einer Überlastung der gesetzlich versicherten Beitragszahler führt?

Eine Frage an Frau Widders: Ich fand Ihre Ausführungen sehr interessant, weil Sie gesagt haben, dass im Zuge der weiteren Lockerungsmaßnahmen der Ermittlungsaufwand im ÖGD logischerweise erheblich steigt, weil es klar ist, dass man, wenn man sehr stringente und strikte Maßnahmen hat, schneller fertig ist mit dem Ermitteln der Kontaktpersonen, als wenn man weiter lockert. Können Sie eine Aussage darüber treffen, ab wann Sie, gerade im Zuge der aktuellen Entwicklungen, wieder an Ihre Grenzen stoßen werden? Ist das jetzt schon der Fall, oder sehen Sie noch Luft nach oben? – Vielen Dank!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Dann hat sich Herr Kluckert gemeldet.

Florian Kluckert (FDP): Vielen Dank! – Auch von mir im Namen der FDP einen Dank an alle Beteiligten, weil ich glaube: Wenn man sich die Entwicklung der Pandemie anguckt und die Frage stellt, was in Deutschland eigentlich besser als in anderen Ländern läuft, ist es, glaube ich, genau dieser Dreiklang, den wir gerade haben, nämlich die gut ausgestatteten Krankenhäuser, gute Gesundheitsämter und die ambulanten Ärzte. Von daher ein ganz herzliches Dankeschön an Sie alle, dass Sie uns so gut durch die Pandemie gebracht haben!

Mich würde Folgendes interessieren, wenn wir über die Tests sprechen: Was kostet eigentlich so ein Test, und wie setzt sich der Preis dafür zusammen? – Ich glaube, es sind um die 50 Euro. Da würde mich interessieren: Wie hoch ist der Anteil für die ärztlich erbrachte Leistung, und wie hoch ist der Anteil für das Labor? Wenn ich das mit 50 Euro bei 814 000 Tests – wie die Senatorin gesagt hat – hochrechne, dann sind das 40,7 Millionen Euro. Herr Mohr fragte zu Recht, wer es am Ende bezahlen soll. Ich will für die FDP ganz deutlich sagen: Das darf auf gar keinen Fall auf Kosten der ambulanten Ärzte passieren! Es kann nicht sein, dass die Krankenkassen das Geld nachher aufbringen müssen und bei den Tarifverhandlungen mit den Ärzten diejenigen, die uns gut durch die Pandemie gebracht haben, am Ende darunter leiden. Das muss auf jeden Fall anders finanziert werden; das darf nicht auf Kosten der Ärzte passieren.

Eine weitere Frage zu der Testung selbst. Wenn wir hören, dass von diesen 814 000 Tests 1,9 Prozent positiv waren – wir haben ja gerade bei Reiserückkehrern sehr viel ins Blinde hineingetestet; das war von der Bundesebene so angeordnet –, würde mich Ihre medizinische Sicht dazu interessieren. Die Frage geht sowohl an die Charité als auch an die Gesundheitsämter und Sie, Herr Dr. Ruppert: War es überhaupt notwendig, Menschen ohne Symptome, nur weil sie aus einem anderen Gebiet kommen, so massenweise zu testen? Es ist mir nicht ganz klar, ob das am Ende nicht eine Megageldverschwendung gewesen ist. – Dann würde mich interessieren: Wenn diese Reiserückkehrer getestet werden – wer überprüft überhaupt, ob das Reiserückkehrer sind? Kann jeder, der möchte, am Flughafen oder am Zentralen Omnibusbahnhof erscheinen und sagen: Ich bin mit dem Auto aus Kroatien gekommen und möchte mich jetzt mal testen lassen? Oder wird überprüft, ob diejenigen tatsächlich aus einem Risikogebiet zurückgekommen sind?

Dann würde mich weiter interessieren, ob Ihnen sowohl in der Charité als auch bei den ambulanten Ärzten bekannt ist, ob es Berufsunfähigkeiten bei Ärzten durch eine Covid-Erkrankung, evtl. in Form einer Ansteckung an einem Patienten, gab. – Die Vorbereitung der Gripeschutzimpfung hatten wir schon. Vielleicht könnten Sie, Herr Dr. Ruppert, noch sagen, wie man das in Zukunft besser machen möchte, dass manche Ärzte vielleicht Gripeschutzimpfungen haben und manche nicht. Dann hört man nur: Nein, die Gripeschutzimpfung ist

aus! Da gab es im letzten Jahr, so mein Eindruck, ein bisschen Verteilungsprobleme. – Das war es, vielen Dank erst mal!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Kluckert!

Dann habe ich mich auf die Redeliste gesetzt: Ich habe schon einige Schwierigkeiten mit der Diskussion und der Debatte. Man kann vieles Strategie nennen, aber es ist nicht alles Strategie, was so genannt wird. Ich habe mit der Diskussion allein schon deswegen Schwierigkeiten, weil mir überhaupt nicht klar ist, was daran strategisch sein soll, symptomlose Menschen zu testen. Die sind sieben Tage in der Woche symptomlos, bleiben sieben Tage in der Woche symptomlos – wollen Sie die siebenmal in der Woche testen? – Sinnvoll ist es gewesen, und das ist unbestritten, die Menschen zu testen, die Symptome aufweisen, und diejenigen zu testen, die Kontakt mit Patienten hatten, bei denen das Virus nachgewiesen worden ist. Unbestritten ist, dass es Sinn macht, Patienten, die in Risikobereichen arbeiten – vor allen Dingen in den Pflegeheimen und den Krankenhäusern – und mit Menschen arbeiten, die zu Risikogruppen gehören, zu testen. Da macht es aber keinen Sinn, die einmal in der Woche oder einmal in 14 Tagen zu testen – da haben Sie viel zu große Latenzzeiten. Wenn Sie das ernsthaft und epidemiologisch sinnvoll machen wollen, dann müssten Sie die jeden Tag vor dem Dienstbeginn testen. So ist es anfangs ja auch bei dem Ausbruch in Heinsberg an der Universitätsklinik in Aachen gemacht worden, weil die natürlich nicht in der Lage waren, jeden, der Kontakt hatte, in Quarantäne zu stecken, weil dann das pflegerische und medizinische Personal bald aufgebracht gewesen wäre. Da muss man sich einfach ehrlich machen.

Die dritte, meiner Meinung nach strategisch sinnvolle Art zu testen ist die, dass man sog. Querschnittstestungen macht, die man langfristig anlegt – ich glaube, die Charité macht so etwas –, um die epidemiologische Entwicklung quasi im Querschnitt beispielhaft für die Bevölkerung zu erfassen. So würde ich den Begriff Strategie definieren. Einfach auf Verdacht jedweden zu testen, der glaubt, er müsste getestet werden, oder der eine Stelle aufsucht, weil er verständlicherweise Angst hat, bringt uns an den Rand der Kapazitäten; das schaffen wir nicht. Die Ressourcen sind endlich, auch die Ressourcen bei den Tests, sowohl bei den Materialien wie beim Personal, das dazu benötigt wird, wie aber auch bei den Konsequenzen, die Sie daraus ziehen. Welche Konsequenz ziehen wir denn daraus, wenn wir einen symptomlosen Menschen testen und ihm mitteilen, dass er symptomlos war? – Dann sagen wir de facto: Du warst am Mittwoch um 16 Uhr in der Praxis, bist getestet worden. Wir haben festgestellt, wir können kein Virus nachweisen. Wir würden dir aber empfehlen, Abstandsregeln einzuhalten, Masken zu tragen und all das zu machen, was in der öffentlichen Diskussion jeden Tag diskutiert wird. – Im Grunde genommen müssten wir ihm aber sagen: Wir haben dich jetzt einmal getestet; das reicht nicht! Du musst dich morgen oder übermorgen wieder testen lassen, wenn wir wirklich sichergehen wollen! – Das kann nicht funktionieren; da müssen wir uns endlich mal ehrlich machen!

Der Ruf, testen würde wirklich Sicherheit vermitteln und vorbeugen, ist meiner Meinung nach nur da angebracht, wo es konkrete Anhaltspunkte gibt. Da ist es auch finanzierbar, und dafür gehören die Ressourcen eingesetzt und aufgespart. Man kann jeden Tag im Risikobereich im Krankenhaus testen. Man kann es nur dann nicht, wenn man Tests an Flughäfen oder anderen Stellen einsetzt, wo die Aussagekraft – das wird immer wieder gesagt – im Grunde genommen einer Momentaufnahme entspricht, letztlich für die Entwicklung aber nicht wirklich wesentlich ist.

Herr Ruppert! Sie haben ganz interessante Zahlen genannt. Sie haben gesagt, dass Sie im ersten Quartal 62 600 Kontakte hatten und im zweiten Quartal 200 000. Kann man schon sagen, dass das tatsächlich Covid 19-Patienten gewesen sind? Oder sind darunter viele, die nur Angst hatten und bei denen man dann bestätigen konnte, dass sie nicht erkrankt sind? – Die Frage hat den Hintergrund: Wir haben in der gleichen Zeit nur 1 639 stationäre Behandlungsfälle gehabt. Das würde bedeuten, dass man auch in dieser Frage mal umdenken muss. Da wird offensichtlich die Hauptlast außerhalb unserer Stationen, also außerhalb unserer Kliniken zu bewältigen sein. Wenn das in den Wintermonaten tatsächlich zunimmt, brauchen wir dafür Antworten, und ich bin mir nicht sicher, ob die sog. Fieberambulanzen die Lösung sind oder ob nicht in dieser Frage viel wichtiger ist, was Herr Ruppert gesagt hat: dass wir bereits Coronaambulanzen aufgebaut haben, dass wir bestehende Strukturen haben, die wir nutzen können und zu denen wir die Patienten leiten können.

Dann habe ich noch eine Frage an Frau Kirchberger: Mir ist bekannt, dass z. B. Vivantes sämtliche Pflegeheime in Berlin, mit denen Vivantes zu tun hat, durchgetestet hat – ich muss gestehen, ich weiß nicht, ob die Charité Pflegeheime hat –, und die Zahl der positiven Fälle extrem gering war. Das war aber natürlich auch wieder nur eine Momentaufnahme zu dem Zeitpunkt, als das gemacht wurde. Wie geht man mit so einer Aussage epidemiologisch um? Muss man nicht auch da sagen: Wenn wir einen Überblick über die Situation in den Pflegeheimen haben wollen, müssen wir in den Pflegeheimen regelmäßig, und zwar in kurzen Abständen, testen? Wenn das so ist: Wie soll das funktionieren?

Weitere Wortmeldungen sehe ich jetzt nicht. Dann gehen wir zurück in die Runde der Anzuhörenden, und da wir immer in umgekehrter Reihenfolge agieren, wäre Frau Kirchberger als Erste an der Reihe. – Bitte!

Dr. Valerie Kirchberger (Charité – Universitätsmedizin Berlin) [zugeschaltet]: Sehr gerne, vielen Dank! Ich habe mir die Fragen aufgeschrieben, die direkt an mich gerichtet wurden, und ich gucke mal, ob ich vielleicht noch auf ein, zwei andere Sachen eingehe. – Grundsätzlich ist es in Berlin so – das Erste ging um die Finanzierung der Testung von asymptomatischen Personen innerhalb der Teststrecken –: Das würde ich jetzt nicht im Detail ausführen, außer dass es für die Personen kostenfrei ist und wir mit dem Land eine Vereinbarung haben, dass die Kosten übernommen werden. Das heißt, dass wir in Vorleistung gehen, oder andere Teststellen bekommen wir refinanziert.

Dann haben Sie, Frau Pieroth, mich gefragt, was Hindernisse in der Umsetzung der Testungen von Populationen waren: Das sind insbesondere die Kapazitäten. Das war v. a. in der letzten Zeit der Fall; darauf komme ich gleich. Tatsächlich mussten wir einige schon geplante Maßnahmen aufgrund der begrenzten oder enger werdenden Kapazitäten stoppen und auf andere Labore umstellen. Die zweite Herausforderung in der Umsetzung dieser Stichproben, die wir vorhaben – das sind risikoadaptierte Stichproben in verschiedenen Populationen –, waren tatsächlich die Teststellen. Wir brauchen – ganz pragmatisch – mehr Orte, an denen das durchzuführen ist, weil das in den Teststellen immer nur ein kleiner Teil ist. Der größte Teil ist zum Beispiel an der Charité oder auch bei Havelhöhe weiterhin das Testen von Personen mit Symptomen, und für dieses Screening von Asymptomatischen ist nur ein kleiner Zeitslot vorgesehen.

Die Auswahl möchte ich ein bisschen ausführlicher beschreiben: Was wir nicht tun, ist wahlloses Testen von Asymptomatischen. Ich habe berichtet, das beruht auf bestimmten Kriterien, nämlich der Exponiertheit gegenüber Infizierten – wie gerade schon gesagt wurde –, z. B. in Krankenhäusern, dem Risiko eines schweren Verlaufs oder der Intensität der Exponiertheit aufgrund des Berufes wie in Schulen und Kindergärten. Da kommen wir zu dem Punkt: Ich stehe gern für Diskussionen zur Verfügung, wie sinnvoll das aus epidemiologischer Sicht ist, aber es gibt ja auch – das muss ich Ihnen nicht sagen – die politische Sicht und auch die, dass man gerade z. B. in Bildungseinrichtungen Personen hat, die früher und intensiver wieder in ein normales Arbeiten gegangen sind als andere, die kein Homeoffice machen dürfen oder können. Hier finden wir es – und das ist nicht die Charité allein, sondern der gesamte Personenkreis, der die Teststrategie konzipiert hat – sehr sinnvoll, besonders diesen Personen auch ohne Symptome ein Testangebot zu machen.

Herr Isenberg! Das muss ich hier noch erläutern: Die Verzögerung der Stichprobe der 48 Einrichtungen hat diverse Gründe, die alle in der Arbeitsgruppe diskutiert wurden. Ein sehr wichtiger Punkt war das Warten auf die Veranlassung der Rechtsverordnung und dann aber insbesondere die Laborkapazitäten, sodass wir da quasi mit letzter Woche nun einen Wechsel des Laboranbieters durchgeführt haben. Sie haben mich hier missverstanden: Was in der Konzeptions- und Pilotphase ist, ist die Surveillance in den Pflegeeinrichtungen, und auch das ist in der Arbeitsgruppe für die Pflegeeinrichtungen intensiv mit unseren Wissenschaftlern und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Senatsverwaltung diskutiert worden. Das ist ein sehr sinnvolles Konzept, und ich möchte es noch mal erläutern, weil ich denke, dass es ein zusätzliches Modul ist; das ist ein Mittelweg zwischen dem Extrem des Jeden-Tag-Testens – was aktuell noch nicht geht – und nur einmal eine Stichprobe von 48 Einrichtungen durchzuführen. Die Stichprobe – das haben Sie alle in Ihren Fragen schon mehrfach gesagt – ist eine Momentaufnahme, die am nächsten Tag schon keine Gültigkeit mehr haben kann.

Was wir mit dieser Surveillance machen, ist, dass wir ein auch digital unterstütztes Modul implementieren und gerade testen, indem in den Pflegeeinrichtungen täglich das Vorhandensein von Symptomen bei Mitarbeitern und Bewohnern dokumentiert wird, und sobald ein solches vorliegt, eine Testung durchgeführt wird. Da kann man sagen: Das ist eigentlich selbstverständlich –, und es soll nun einfach dieses selbstverständliche Infektionsmonitoring für die Herbst-, Wintersaison digital, wissenschaftlich und konzeptionell von uns unterstützt werden. Das heißt also: Die Stichprobe der 48 Einrichtungen ist eine Momentaufnahme. Insofern halten wir das in der Arbeitsgruppe – die, wie gesagt, auch Mitglieder der Senatsverwaltung für Gesundheit beinhaltet – nicht für fahrlässig, diese Stichprobe jetzt durchzuführen, sondern im Gegenteil durchaus für sinnvoll. Obwohl die Verzögerungen dazu geführt haben, das es jetzt erst stattfindet, macht es nach unserer Meinung zum jetzigen Zeitpunkt der Pandemie dennoch Sinn.

Dann haben Sie, Herr Isenberg, mich auch nach den Ergebnissen für Schulen gefragt: Hier ist es so, dass es die BECOSS-Studie gibt. Die erste Runde hat vor den Sommerferien stattgefunden. In der gesamten Studie war ein Kind positiv, und auch hier war das durch das Freizeitverhalten bedingt. Die zweite Runde dieser Studie steht im Oktober in 12 Kitas und in den 24 Schulen der BECOSS-Studie an. – Zu den Erkenntnissen, die aus diesen Studien gewonnen werden, kann ich eigentlich nur die Aussage von Frau Widders bestätigen, dass dieser eine positive Fall, den wir hatten, und was uns in den wöchentlichen Runden, die wir mit Amtsärzten und niedergelassenen Kollegen haben, berichtet wird, es so ist, dass die Infektio-

nen in Schulen eher von Erwachsenen auf Kinder gehen als von Kind zu Kind. Es ist aber natürlich so, dass die Studien immer nur eine kleine Zusatzinformation sein werden, die, denke ich, die politischen Entscheidungen nicht grundlegend anders beeinflussen werden. Wir erwarten in der zweiten BECOSS-Studien-Runde auch nicht, dass da etwas herauskommen wird, was gegen die allgemeine Studienlage spricht, wie sie gerade vorhanden ist.

Dann wurde nach Berufsunfähigkeit durch Ansteckung gefragt: Das gibt es bei uns an der Charité nach meinem Kenntnisstand nicht. – Dann haben Sie, Herr Vorsitzender, mich gefragt, was strategisch daran ist, die Symptomlosen zu testen: Ich hoffe, ich habe es ein bisschen erläutert. Es geht uns darum, Personen, die besonders exponiert sind – also besonders gefährdet sind, eine Infektion zu bekommen – oder ein besonderes Risiko darstellen, zu verteilen, dass wir die auch ohne Symptome testen. Es kommt die Komponente der Sicherheit für bestimmte Berufsgruppen dazu, dass sie diesen Test einfach wahrnehmen können, wenn sie besorgt sind. Ein Beispiel: Ein Mitarbeiter einer Bildungseinrichtung bekommt auch einen Test, wenn ein Kind leicht erkältet war, das aber kein direkter Covid-Kontakt war, weil wir eben dieses symptomlose Testen etabliert haben. Ich halte das für sehr sinnvoll, und vonseiten der Bildungsverwaltung und der Lehrerinnen und Lehrer wird das sehr positiv angenommen. Im Gegenteil, es wird gebeten, dass wir das mehr anbieten.

Und um auch darauf einzugehen: Selbstverständlich ist es aktuell noch nicht möglich, Personen zumindest PCR-basiert täglich zu testen. Ich stimme Ihnen zu, Herr Vorsitzender: Das wäre eine ganz andere Situation, in der wir dann auch umdenken können und werden. So weit sind wir aber noch nicht. Die Antigenschnelltests stehen bevor, aber ich zumindest weiß noch nicht, in welchen Massen die für tägliche Tests zur Verfügung stehen. Da muss man gut diskutieren, wer diese bekommt.

Ich kann Ihnen berichten, dass wir durch das Testen einmal pro Woche zumindest in der Charité aktuell gut zurechtkommen. Wir haben eine sehr niedrige Infektionsaktivität bei unseren Mitarbeitern. Wir testen wöchentlich herausgehobene Bereiche der Mitarbeiter, wie es die Teststrategie vorsieht, und das funktioniert bei uns gut. – Wie gesagt, wir testen nicht wahllos Menschen ohne Symptome, sondern basierend auf den vorgenannten Kriterien, und das ist, wenn Sie sich die gesamten Testkapazitäten angucken, wirklich geringfügig: Das waren über den Sommer bis jetzt einige Tausend Lehrerinnen und Lehrer und Erzieherinnen und Erzieher. Das fällt in Bezug auf die gesamten Testkapazitäten in Berlin nicht ins Gewicht.

Zu den Vivantes-Pflegeheimen: Es ist richtig, dass die Charité keine eigenen Pflegeheime hat. – Zu Ihrem Punkt, dass das nur eine Momentaufnahme sei: Dem stimme ich zu, und daher etablieren wir ja auch diese Surveillance-Komponente in den Pflegeheimen. – Das war jetzt, Herr Vorsitzender, das, was ich mit meinem Namen versehen hatte. Ich gebe gern an die anderen Redner weiter, und dann kann man gucken, ob noch etwas direkt von mir zu beantworten ist. – Danke schön!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Dann würde ich jetzt Frau Widders bitten.

Dipl.-Med. Gudrun Widders (Leiterin des Gesundheitsamts Spandau): Vielen Dank! – Ich habe mir zwölf Dinge aufgeschrieben; ich werde versuchen, mich ganz kurzzufassen. Das Erste war die Frage: Wer finanziert? Das ging nicht an mich, bezog sich aber auf die Kontakt-

personen, die ersten Grades und symptomlos sind. Da wollte ich aus Sicht des öffentlichen Gesundheitsdiensts sagen: Die testen wir natürlich im Gesundheitsamt, und da ist die Finanzierung geklärt. Wir wollen von den Kontaktpersonen ersten Grades auch wissen, ob sie vielleicht doch positiv sind und zu wem sie ihrerseits Kontakt hatten, um das dann ermitteln zu können. – Das nur als Ergänzung.

Die zweite Frage, die direkt an mich gerichtet worden ist, ist, wie das mit den Schnittstellen zur Corona-App funktioniert. Wir sehen, dass sehr viele Personen die Corona-App haben. Die Meldungen, die bei uns eingehen, also dass uns jemand anruft und sagt: Ich habe jetzt ein rotes Signal; ich hatte zu jemandem, der positiv getestet worden ist, vor so und so vielen Tagen Kontakt –, sind im Vergleich zu den Meldungen insgesamt, die wir bekommen, eher gering. Dem gehen wir aber natürlich nach, und die bekommen bei uns auch einen Testtermin in der Teststelle. Insofern kann ich sagen: Diese Schnittstelle klappt. Wie viele insgesamt in der Bevölkerung die Corona-App haben und wie viele davon tatsächlich ein Signal bekommen, vermag ich aus unserer Tätigkeit nicht zu sagen, aber wenn uns jemand anruft, kümmern wir uns darum.

Die dritte Frage bezog sich auf den Personalpakt für den ÖGD: Also, wir finden den Pakt für den ÖGD ganz toll. Nach so vielen Jahren ist jetzt endlich etwas, auch auf Bundesebene beschlossen worden, dass 4 Milliarden Euro für den ÖGD zur Verfügung gestellt werden sollen, aufgedröselte auf die Jahre bis 2026. Dieses Geld soll für die Schaffung von Stellen und für die Umsetzung dessen zur Verfügung gestellt werden, was notwendig ist, zum Beispiel auch IT-Technik. Wir sind sehr glücklich über diesen Pakt für den ÖGD, allerdings gibt es auch Dinge, über die wir sprechen müssen, nämlich: Wie geht es nach 2026 weiter? Wer finanziert das weiter? – Wir können keine Stellen schaffen, die nur für sechs Jahre vorhanden sind und dann besetzt werden, sondern es braucht eine Lösung, die kontinuierlich läuft. Sodann ist die Frage: Wird das über die Länder finanziert? In welcher Weise passiert das?

Im Weiteren ist die Fragestellung – es geht ja um ärztliches Personal wie auch um die anderen Berufsgruppen –: Allen ist bekannt, dass wir das Problem haben, Ärzte einzustellen, vor allem Fachärzte in den verschiedenen Bereichen des öffentlichen Gesundheitsdiensts. Da ist ganz wichtig, dass endlich etwas mit dem Tarif passiert. Wir haben eine Regelung im Land Berlin, die ein erster Schritt ist, aber unser Problem noch nicht löst und schwer anwendbar ist, weil so viele Voraussetzungen damit verknüpft sind, die erfüllt sein müssen. Wir brauchen bundesweit einen Ärzttarif für alle Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Gesundheitsministerkonferenz hat das schon 2010 gesagt; ich selber kämpfe seit 20 Jahren darum. Seitdem ist aber wirksam noch nichts passiert, und das wäre etwas, was man unbedingt mit dem Pakt für den ÖGD verknüpfen muss, nämlich die Verhandlungen in erster Linie mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber. Die allermeisten Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst sind nach TVöD gezahlt und arbeiten in Landkreisen und kreisfreien Städten, und solange sich die kommunalen Spitzenverbände hinstellen und sagen: Ja, die Gesundheitsämter sind ausreichend ausgestattet. Die Aufgaben werden erfüllt, es läuft ja –, sind zwei Dinge nicht passiert: Es ist die Evaluation nicht passiert. Welche Rechtsregelungen sagen denn überhaupt bundes- und landesweit, welche Zuständigkeiten der ÖGD hat, was für Aufgaben daran geknüpft sind, welche Leute man mit welchen Qualifikationen – und wie viele – man braucht? – So eine Evaluation ist außer in Berlin noch nirgendwo gemacht worden. Das ist das Erste. An der Stelle haben wir einen Pluspunkt in Berlin: also Evaluation für den ÖGD, wie viele braucht man tatsächlich?

Das andere ist: Wenn man sich mit Gesundheitsämtern im Bundesgebiet unterhält und fragt: Wie ist das denn personell? Welche Aufgaben könnt ihr erfüllen? –, dann sagen die: Wir müssen priorisieren. Da, wo wir priorisieren, insbesondere im Infektionsschutzbereich als Beispiel oder bei den Schuleingangsuntersuchungen, läuft es. Das können wir erfüllen. Darüber hinaus bleiben aber ganz viele Dinge liegen und werden nicht gemacht, obwohl sie im Gesetz stehen. – Wenn man sich nur diese Aufgaben anguckt, was man offenbar in den kommunalen Spitzenverbänden tut, läuft es in den Bereichen, in den anderen aber nicht.

Das heißt also: Pakt für den ÖGD – ganz toll. Wir sind begeistert als öffentlicher Gesundheitsdienst. Es hängen aber noch ein paar Sachen daran, die gemacht werden müssen: Es sind Tarifverhandlungen für die Ärzte im ÖGD und die Evaluation notwendig, ebenso die Frage, wie über das Jahr 2026 hinaus weiterfinanziert wird. – Ist die Frage damit erst mal so weit beantwortet? – Ja.

Dann ging es bei der nächsten Frage um die Infrastruktur, also wie es jetzt in den Gesundheitsämtern aussieht: Ich hatte ja gesagt, dass wir in Spandau es im März innerhalb von zweieinhalb Wochen geschafft haben, vor die Lage zu kommen. Das ging nur mit Personal aus dem Bezirksamt, also aus anderen Ämtern, die im Homeoffice gewesen sind oder freigestellt wurden, weil die Aufgaben nicht wahrgenommen wurden. Da haben wir es geschafft, von acht Leuten, die wir unmittelbar bei uns im Team hatten, auf 124 zu kommen, und waren dann in der Lage, das zu meistern. Da kann ich gleich vorwegnehmen: Wenn sich die Situation verschlechtert, könnten wir so einen Weg gehen. Es gibt bei uns im Bezirksamt – und sicherlich in den anderen Bezirksämtern auch – die Verabredung, dass es, sollte es wieder so eine krasse Situation geben, prioritär ist, diese Aufgaben zu meistern und wieder vorübergehend Personal aus den anderen Bereichen abzuziehen.

Das kann aber ja nicht die Lösung sein. Wir haben selber als Gesundheitsamt originäre Aufgaben, und wir gehen eher in die Richtung, dass wir Coronateams in den Gesundheitsämtern aufbauen wollen mit mindestens 20 Leuten, die möglichst nur das machen, und wir mit unseren eigenen Leuten immer nur dann dazugehen, wenn es tatsächlich erforderlich ist, damit wir endlich mal den Rücken freikriegen, ohne irgendwelche Nöte auch wieder die Schuleingangsuntersuchungen, die Ersthausbesuche, Begehungen in Krankenhäusern, in medizinischen Einrichtungen, in Gemeinschaftseinrichtungen usw. zu machen – all die Aufgaben auszuüben, die wir haben; das sind nur kleine Beispiele, die ich nenne.

Was ist im Zusammenwirken des Landes mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst passiert? – Einerseits die Bundeswehrsoldaten, das ist schon thematisiert worden: Da ist es so, dass jetzt offenbar die Verlängerung bis zum 31. Oktober kommt und man sich jeweils immer in dem Monat über den nächsten Monat unterhalten muss. Wir haben mit den Bundeswehrsoldaten gute Erfahrungen gemacht. Die sind gut eingearbeitet worden – nicht überall, aber in Spandau haben wir hervorragende Erfahrungen gemacht. Die bringen auch eine Sichtweise von außen mit, u. a. auch besondere IT-Kenntnisse. Da läuft es dann z. B. sehr gut mit der Datenbearbeitung. Das ist ein Benefit, den wir haben, den wir gern auch weiter behalten müssen. Worüber man noch sprechen könnte, ist – das ist schon mal thematisiert worden –: Bekommt man vielleicht Bundeswehrsoldaten, die im medizinischen Bereich in der Bundeswehr eingesetzt sind, dazu, um die Testteams in den Gesundheitsämtern zu stärken? Das ist in der Diskussion.

Dann haben wir die Containmentscouts aus dem RKI: Es gibt im Moment 25, die fest in den Gesundheitsämtern gebunden sind, und zwölf, wo wir gerade darüber gesprochen haben, wie die auf die Gesundheitsämter verteilt werden können, sodass wir also auch in den Gesundheitsämtern, die bisher keine Containmentscouts hatten, wenigstens zwei haben – das ist zumindest der Plan.

Was im Zusammenwirken von Land und ÖGD schon passiert ist, ist, dass das Mustergesundheitsamt angeguckt und die Festlegung getroffen worden ist, dass jeder Bezirk, jedes Gesundheitsamt fünf Stellen bekommt, um dieses Defizit zum Mustergesundheitsamt möglichst auszugleichen. Dafür muss man Schritte tun; diese Stellen sind aber bis Mai nächsten Jahres zu besetzen. Das ist, wenn man ärztliche Stellen hat, natürlich eine Schwierigkeit, aber zumindest ist bei uns angekommen: Es geht jetzt weiter mit dem Mustergesundheitsamt, und wir können unsere Defizite langsam ausgleichen. – Das sind erst mal diese Sachen.

Dann hat es Geld für dieses Jahr gegeben, dass befristete Stellen geschaffen werden können. Wir haben bei uns in den Entgeltgruppen E 3 bis E 8 ausgeschrieben, bei E 9 spielen die Personalverwaltungen nicht immer mit, aber das ist ein anderes Thema, sodass wir anfangen – wir sind schon dabei und haben teilweise bereits, soweit wir kommen, besetzt; aber Besetzungsverfahren nehmen immer Zeit in Anspruch –, diese Coronateams aufzubauen, die von den eigentlichen Aufgaben des ÖGD losgelöst sein sollen. Ich hoffe, dass das möglichst zügig umgesetzt werden kann, und dafür wird natürlich das Geld auch im nächsten Jahr benötigt, um das weiter finanzieren zu können. Ich denke, dass wir solche befristeten Stellen, die insbesondere Aufgaben für die Ermittlung und Kontaktbetreuung wahrnehmen, mindestens noch ein Jahr brauchen. Das ist erst mal die Planung.

Dann habe ich den Punkt IT-Ausstattung aufgenommen, Software, Hardware: IT-technisch sind wir, was die Hardware angeht, gut ausgestattet; die Hardware ist nicht das Problem. Das Problem – vorhin wurde Homeoffice in anderen Bereichen der Verwaltung oder des öffentlichen Diensts diskutiert – in Berlin sind die VPN-Tunnel. Hardware zu kriegen, ist nicht das Problem.

Das Problem ist tatsächlich, am Wochenende über VPN, über diesen Tunnel, erreichbar zu sein und damit arbeiten zu können. Das ist eigentlich die Schwierigkeit, die wir gerade haben.

Über Software ist schon gesprochen worden, über SORMAS. Wir geben in SurvNet ein. Ich weiß, dass das RKI dabei ist, bundesweit eine Software zu erarbeiten, mit der dann der öffentliche Gesundheitsdienst und nicht nur der, sondern auch der ambulante Bereich und die labor-diagnostischen Einrichtungen arbeiten können.

Ich komme zu den Fallzahlen am Wochenende, die niedrig sind, insbesondere am Sonntag. Wir in den Gesundheitsämtern arbeiten am Sonnabend. Sollten wir Meldungen hereinbekommen oder sollte eine Bedarfssituation da sein, sind wir auch am Sonntag in den Ämtern. Wir waren über Monate hinweg immer an sieben Tagen in der Woche in den Ämtern. Wir bekommen die Befunde von den labor-diagnostischen Einrichtungen bis Samstag, aber nicht am Sonntag, und dann ist es mitunter nicht notwendig, wenn nicht noch Sachen aufzuarbeiten sind, am Sonntag vor Ort im Amt zu sein. Wir sind aber ständig über unsere Rufbereitschaft erreichbar. Die ist mehrfach abgesichert, sodass man zum Beispiel in Spandau immer jemanden erreichen kann.

Aufgaben, die liegengeblieben sind – das habe ich eben schon angesprochen: Die originären Aufgaben, die wir in den Gesundheitsämtern haben, sind, wenn wir Personal aus den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten, aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst und insbesondere Personal aus unserer Gesundheitsaufsicht involvieren – – Da gibt eine ganze Reihe von Aufgaben, die liegengeblieben sind oder nur rudimentär wahrgenommen werden können. Wir versuchen, aus der Nummer herauszukommen, indem wir diese Coronateams schaffen, und hoffen, dass wir möglichst bald so aufgestellt sind, dass wir selber den Rücken allmählich freibekommen für die Aufgaben, die ebenfalls wahrgenommen werden müssen. Die Schuleingangsuntersuchungen beginnen ab 1. Oktober dieses Jahres, die zahnärztlichen Untersuchungen werden ab 1. Januar des nächsten Jahres wieder wahrgenommen, nur um zwei Parameter zu nennen.

Es gab eine Frage zu Testungen an verschiedenen Stellen; die Frage habe ich nicht hundertprozentig verstanden. Ich möchte aber für den öffentlichen Gesundheitsdienst sagen, dass wir die Testungen nach § 16 Infektionsschutzgesetz im Zusammenhang mit einem infektionsepidemiologischen Zusammenhang oder einem infektionsepidemiologisch bedeutsamen Geschehen machen. Bei jeder Meldung, die wir bekommen, machen wir auf jeden Fall die Testung bei uns im Gesundheitsamt; da ist auch die Finanzierung geregelt. Ansonsten arbeiten wir natürlich mit Teststellen zusammen. Sollte unsere Kapazität nicht ausreichen – im Moment reicht sie aus, aber es ist ja durchaus möglich, dass Fallzahlen sich erhöhen und damit der ganze Rattenschwanz an Kontaktpersonen, der daran hängt –, ist es durchaus möglich, dass man auch andere Teststellen damit beauftragen muss. Wir haben schon ein Prozedere besprochen, zum Beispiel mit Teststellen in Spandau, die es angebunden an die Kliniken gibt.

Kontrolle der Quarantäne habe ich mir aufgeschrieben. Diejenigen, die wir in Quarantäne versetzen, weil sie Kontaktpersonen ersten Grades sind, rufen wir regelmäßig an. Es war auch schon mal der Fall, dass wir jemanden nicht telefonisch zu Hause oder auch nicht zu Hause angetroffen haben, als wir einen Brief hingebraucht hatten. An der Stelle arbeiten wir sehr gut mit dem Ordnungsamt zusammen, auch mit der Polizei. Wir haben heute in Spandau auch wieder ein Zusammentreffen mit der Polizeidirektion 2 in Spandau. Da gucken wir natürlich,

wie wir damit umgehen. Wenn es aber Reiserückkehrer sind, bei denen wir die Quarantäne nicht ausgesprochen haben, sondern wo die Quarantäne per se, per Gesetz festgelegt ist, haben wir keine Kontrolle darüber, denn wir wissen nur von Reiserückkehrern, die sich bei uns melden und von denen wir Befunde bekommen. Das ist natürlich eine Schwierigkeit.

Auf die Grenzen bei der weiteren Entwicklung bin ich eigentlich schon eingegangen. Wir versuchen, Rettungsschirme für uns aufzubauen und zu gucken, wie wir die Situation vorausschauend meistern. Was in den Abfragen von der Senatsverwaltung bei uns in Spandau nicht aufgetaucht ist, ist das Personal, das wir im Bezirksamt in der Hinterhand haben. Das heißt, wir haben immer aufgeführt, wie viele Personen tatsächlich bei uns im Einsatz und von uns in Dienstplanungen verankert sind. Wir haben natürlich die Möglichkeit, im Bedarfsfall auch aus den anderen Ämtern des Bezirksamtes Personal abzuziehen. Das ist in anderen Bezirken auch so.

Die Frage zur Notwendigkeit der Testungen von Reiserückkehrern und deren Überprüfung habe ich im Prinzip schon damit beantwortet, dass sich die Reiserückkehrer bei uns nicht melden müssen. Ich finde es sehr sinnvoll, dass die Reiserückkehrer nicht innerhalb von 48 Stunden den Test nachweisen müssen, sondern dass die Testung jetzt, nach der neuen Regelung, zwischen dem fünften und dem siebenten Tag erfolgen soll, denn nach 48 Stunden kann immer noch viel innerhalb der nächsten fünf bis sieben Tage passieren, und ich finde, es ist eine größere Sicherheit, diejenigen tatsächlich zu ermitteln oder zu erfassen, die positiv geworden sind.

Das Stichwort Grippe habe ich mir aufgeschrieben. Dabei geht es um die Gripeschutzimpfung. Ich weiß von der Stellungnahme, die die STIKO zur Gripeschutzimpfung geschrieben hat. Daran war ich selbst beteiligt. Es gibt da das Problem, dass nicht so viele Impfdosen zur Verfügung stehen, als dass wir alle in der Bevölkerung impfen könnten. Die Influenza ist aber natürlich ein wesentliches Thema, auf das aufmerksam gemacht werden sollte. Auch im Zusammenhang mit anderen Infektionskrankheiten, die respiratorische Infektzeichen mit sich bringen können, gibt es viele Gespräche. Das ist insbesondere in Kindereinrichtungen und in Schulen ein Thema. In der Teststrategie des Landes sind in der Arbeitsgruppe Bildung Handreichungen für Kindereinrichtungen und Schulen erarbeitet worden, sodass nicht jedes Kind mit einem Schnupfen aus der Schule oder Kita genommen und nicht jedes Kind getestet werden muss. Diese Handreichungen sind weitergeführt worden, zum Beispiel für Betriebe, für Bezirksämter. Wir haben für unsere eigenen Mitarbeiter auch eine solche Handreichung gemacht, dass gestaffelt vorgegangen werden kann: Was sind coronaspezifische Symptome, bei denen unbedingt getestet werden muss? Was sind Symptome, bei denen man auf jeden Fall eine Vorstellung bei einem Arzt benötigt, der dann entscheidet, ob getestet wird? Was sind Symptome, bei denen nicht unbedingt eines von den beiden Dingen notwendig ist? – Ich hoffe, ich habe umfassend geantwortet.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Herr Dr. Ruppert!

Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin; stellv. Vorstandsvorsitzender): Ich beginne mit dem nicht ganz unkomplexen Thema, wie symptomlose Kontaktpersonen beim Abstrich eigentlich finanziert sind. Ich kann dabei nur auf unsere Tabelle verweisen, die wir auf unserer Homepage auch für die Ärzte gemacht haben. Das ist eine Übersicht zur Veranlassung von SARS-CoV-2-Testungen. Ich muss mir die auch immer wieder aufrufen, weil die Abrechnung von

Coronapatienten eine hochkomplexe, sehr bürokratische, kräfte- und nervenzehrende Sache geworden ist; das kann ich nur so sagen. Jemand hatte vorhin gefragt, welchen Wunsch ich hätte. Es wäre insbesondere mein Wunsch, dass man das vereinheitlicht und vereinfacht. Ich glaube, wir haben mittlerweile drei, vier, fünf verschiedene Verfahren, mindestens drei verschiedene Muster, Anforderungsmuster für die Laborleistungen. Das ist nicht wirklich handelbar, gerade dann, wenn es um größere Mengen geht. Hier wären eine Entbürokratisierung und eine Vereinfachung des ganzen Systems zu fordern, auch ein gleicher Kostenträger für Abstrich und Labor; nicht einmal das BAS, einmal das Land oder keine Ahnung wer. Bei den Kontaktpersonen ist es so, dass diese zu den asymptomatischen Personen nach RVO gehören. Sie werden in Berlin durch die Gesundheitsämter beauftragt. Damit ist letztlich auch die Kostenfrage geklärt – nämlich das Land.

Das Labor selber wird dann über das Muster OEGD abgerechnet. Es kommt hier nicht zu einer quartalsmäßigen Abrechnung, wie das normalerweise im KV-System der Fall ist, sondern zu einer monatlichen Sammelabrechnung, die ziemlich unsinnig verläuft. Da wird eigentlich nur die Anzahl angegeben und an das BAS weitergegeben, auch an das BMG, meine ich. Diese beiden Zahlen werden miteinander verglichen. Wenn sie gleich sind, ist alles in Ordnung; dann kommt das Geld zur KV, und die gibt es weiter an die Labore. Da gibt es wenig Rückkopplung und wenige Möglichkeiten, das Ganze zu kontrollieren und nachzuhalten. Das sind für mich Dinge, die eigentlich auf Dauer gar nicht gehen. Man sollte wirklich darüber nachdenken, wie man das vereinheitlicht.

Ich komme zur Frage, was mit dem Bedarf an Tests ist, ob er sich decken lässt. Ich denke, das ist durch die Ärzte sicherlich der Fall. Wenn ich von den 265 Teststellen gesprochen habe, dann meine ich damit Arztpraxen, die ausschließlich bereit sind, Patienten, die aufgrund dieser fünf Indikationen, von denen ich gerade gesprochen habe, getestet werden müssen, testen zu wollen. Das heißt, hier geht es nicht um die Betreuung oder um die Untersuchung von coronaverdächtigen Patienten oder Coronapatienten. Das ist die Aufgabe von Covidpraxen. Das ist der Unterschied zwischen Covidpraxen und den Testpraxen, das war, meine ich, auch eine Frage.

Dann kam die Frage, wie weit wir mit der Weiterführung von Teststellen sind. Ich denke, dass wir mit diesen 265 Stellen – es werden praktisch jeden Tag, wenn ich nachfrage, ein paar mehr – sehr erfolgreich sind. Hier stellt das ambulante System mal wieder unter Beweis, dass diese Diversität dessen, was wir vor uns haben, also 6 800 Praxen, in so einem Maße ganz gut funktionieren kann. Was diese Kapazität, was die Durchführung von Tests betrifft, mache ich mir, ehrlich gesagt, wenig Sorgen. Worüber ich mir mehr Sorgen mache, sind die Laborkapazitäten oder die Testkapazitäten, um es noch einmal differenzierter auszudrücken, also inwiefern die Menge für die reicht, die man testen möchte.

Es ist sehr breit und von mehreren Teilnehmern gefragt worden, was eigentlich mit den symptomlosen Patienten ist. Da ist es so – da kann ich auch wieder einmal nur auf die Tabelle verweisen –, dass man fragen muss, wo hier asymptomatische Patienten stehen. Welche sind das eigentlich, die da gemeint sind? – Das sind einmal die, die ich eben schon genannt habe, diejenigen, die durch den ÖGD – oder hier in Berlin durch die Gesundheitsämter – beauftragt werden, oder eben die, die durch § 4 Absatz 2 Nr. 1 bis 3 nach der Rechtsverordnung definiert sind. Das sind also Rückkehrer aus deutschen Risikogebieten, Pflegeheimbewohner vor der Aufnahme ins Krankenhaus oder wenn sie wieder zurückkommen und eine Vielzahl von wei-

teren Personen. Und da, Herr Albers, muss ich Ihnen sagen, dass ich diese Auflistung, was asymptomatische Patienten betrifft, sehr sinnvoll finde, also, diese zu testen. Das sind Gruppen von Menschen, die entweder selbst zu den Risikopatienten gehören oder die zumindest zu Superspreadern werden können. Es macht Sinn, glaube ich, sich genau dieser Gruppe zuzuwenden. Das haben wir getan. Der Berliner Vertrag regelt, dass genau diese Gruppe über diesen abgerechnet wird.

Es gab eine Frage nach dem Schutzmaterial, die ich nicht richtig verstanden habe. War die Frage, ob genügend da ist? Ich meine, ich hatte die Frage in meinem Vortrag schon erwähnt: Wir haben so viel besorgt, dass wir davon ausgehen, dass bis circa Ende des Jahres genügend da sein müsste. Das hängt natürlich immer wieder davon ab, was im Herbst auf uns zukommt, wie groß die Anzahl der Menschen ist, die dann bei uns in den Praxen aufschlagen.

Ob es weitere Teststellen geben wird, wurde gefragt. Nun, das hängt zum einen vom Bedarf ab, zum anderen aber auch von der Frage, was man eigentlich will, wen man testen will. Wir sind im Moment eher in der Fragerunde, ob es wirklich noch Sinn macht, an den Zentralen Omnibusbahnhof oder in den Hauptbahnhof zu gehen, wenn die Leute, die zurückkommen, jetzt in dieser Zehntagefrist und gegebenenfalls auch erst ab dem fünften Tag getestet werden sollen. Das sind ja keine Personen, die am ZOB oder am Hauptbahnhof aufschlagen werden, sondern sie werden wahrscheinlich in die Praxis ihres Hausarztes gehen und dort nach einem Test fragen. Vielleicht macht es mehr Sinn, in diese Richtung zu denken oder – das ist, glaube ich, heute auch schon einmal erwähnt worden –, dass man die ehemaligen Abklärungsstellen in den Kliniken wieder reaktiviert. Das wäre vielleicht auch keine schlechte Idee. Wir sind gerne bereit, uns daran zu beteiligen.

Jemand hat nach der Digitalisierung im Gesundheitswesen gefragt. Das ist, wie Sie wissen, mittlerweile fast ein rotes Tuch geworden, weil immer wieder die Frage der Verantwortung für die Digitalisierung in den Praxen, aber auch die Kostenfrage gestellt wird. Hier hat Corona tatsächlich zu etwas sehr Positivem geführt: Soweit ich weiß, gab es vor der Coronakrise in Berlin – nageln Sie mich bitte nicht auf die genaue Zahl fest! –, glaube ich, fünf Praxen, die eine Videosprechstunde angeboten haben. Mittlerweile sind es über 2 000 Praxen. Wenn Sie so wollen, hat hier das ambulante System massiv nachgezogen und schlussendlich erkannt, dass die Videosprechstunde durchaus einen großen Vorteil für die Patienten, aber auch für die Praxen selber liefern kann.

Ich komme zur Frage nach der Gripeschutzimpfung; es ist gefragt worden, was wir da tun. Wir haben unsere Ärzte über den Praxisinformationsdienst – das ist ein E-Mail-Dienst, der regelmäßig an die Praxen rausgeht – noch einmal eindringlich darauf hingewiesen, jetzt schon Termine für die Impfungen vorzunehmen, die Patienten aufzuklären und im Rahmen der STIKO-Empfehlungen letztlich die Impfungen auch durchzuführen. Sie wissen sicherlich, dass die Gripeschutzimpfung zwar eine glasklare Empfehlung von der STIKO für Menschen über 60 und solche, die chronische Krankheiten haben, hat. Die Durchimpfungsquoten liegen aber weit unter dem, was man gern hätte; sie liegen weit unter 60 Prozent, gerade bei der Altersgruppe der über 60-Jährigen. Da gibt es sicherlich eine Menge Nachholbedarf. Das ist etwas, was wir momentan massiv fördern, indem wir die Ärzte darauf hinweisen.

Es gab die Frage, ob die Menge reicht. Mir ist bekannt, dass wohl 25 Millionen Dosen geordert worden sind. Ich hoffe, dass die Zahl stimmt; so habe ich es jedenfalls aus der Presse. In

der Vergangenheit wurden, meine ich, unter 20 Millionen Dosen verimpft; zwischen 16 und 18 Millionen Dosen sind verimpft worden. Man hat schon, als es darum ging, die Impfung zu bestellen, also im Winter und im Frühjahr – die Bestellungen gingen, meine ich, bis März rein –, etwas draufgeschlagen. Eigentlich waren 21 Millionen Impfdosen geplant, jetzt sind es 25 Millionen. Ob das am Ende dafür reichen wird, um alle, die nach der STIKO die Empfehlung haben, zu impfen? – Das reicht natürlich nicht; da sind die Zahlen sehr viel höher. Also, ich habe keine große Erwartung, dass wir wirklich an 40 Millionen impfbereite Menschen herankommen. Ich denke aber schon, dass wir es schaffen werden, zwischen 20 und 25 Millionen Impfungen durchzuführen in diesem Winter.

Herr Albers fragte noch nach den 200 000 Coronapatienten, die im zweiten Quartal versorgt worden sind, ob das alles Coronapatienten waren. Nein, das sind alles Patienten, bei denen die Ziffer 88240 abgerechnet worden ist. Das ist eine Ziffer, die bei dem Verdacht und bei einem bestätigten Coronafall abgerechnet wird. Es waren aber Patienten, die unter Vollschutz angeguckt werden mussten, von daher macht es für den Arzt letztlich keinen großen Unterschied, ob er tatsächlich einen Coronafall vor sich hat oder nicht.

Ich hoffe, dass ich keine Frage vergessen habe. – Herr Isenberg! Hatten Sie eine Frage an mich? Ich glaube nicht. Ich hatte bei Ihnen keine aufgeschrieben.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Wenn Sie eine Frage gestellt bekommen, müssen Sie sie auch beantworten, Herr Isenberg.

Thomas Isenberg (SPD): Ich hatte nach der Quarantäneumsetzung gefragt, das ist aber der ÖGD gewesen.

Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin, stellv. Vorstandsvorsitzender): Ich wollte nicht unhöflich sein, weil ich mir bei ihm keine Frage aufgeschrieben hatte. – Ach ja, noch zur Finanzierung der Tests: Die Finanzierung läuft über unterschiedliche Wege, das hatte ich ja schon erwähnt. Es gibt hier entweder die Finanzierung über das SGB V, wenn symptomatische Patienten vorliegen, oder über das BAS zum Beispiel. Ich kann nur empfehlen, was die Finanzierungswege betrifft, das noch mal in unserer Aufstellung nachzugucken. Was die Kosten der Tests betrifft: An der Diskussion möchte ich mich nicht beteiligen, weil ich darüber zu wenig Informationen habe. Ich glaube aber nicht, dass der Test, also der Labortest, noch 50 Euro kostet. Ich meine, die Kosten sind vom Bewertungsausschuss auf ca. 35 Euro heruntersetzt worden, die genaue Zahl habe ich nicht. Das sind aber nur die Laborkosten, nicht die Durchführungskosten.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Dann habe ich jetzt noch zwei Wortmeldungen. Wir haben es zehn vor zwölf, wir müssen uns also sputen! – Zum einen Frau Pieroth, bitte!

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Ich wollte noch ganz kurz Frau Widders fragen: Sind Sie in Bezug auf den Pakt schon aufgefordert worden, an die Senatsverwaltung zu melden? Das muss ja bis 31.12. beim Bund gemeldet sein. Meine Frage bezog sich in erster Linie auf nichtmedizinische Fachstellen. Sehen Sie im Bereich Dienstleistungen, dass wir mit Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen nicht nur Stellen schaffen, sondern sie auch besetzen können?

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Dann hat sich Herr Kluckert gemeldet.

Florian Kluckert (FDP): Vielen Dank! – Ich habe noch eine Nachfrage an Frau Widders; das hatte ich vorhin vergessen. Sie sagten, dass in bestimmten Fällen ganze Schulen oder Klassenverbände durchgetestet werden. Haben Sie Erfahrungen mit Testverweigerern? Wenn ja, wie geht man mit denen um?

Noch eine Frage, die ein bisschen heruntergefallen ist, an Herrn Dr. Ruppert und an die Senatsverwaltung; ich habe sie, glaube ich, schon öfter gestellt, und sie ist schon oft heruntergefallen, was mich ein bisschen stutzig macht: Ist Ihnen bekannt, ob es Ärzte gibt, die durch eine Ansteckung bei Patienten berufsunfähig geworden sind? Wenn ja, gibt es für sie eine besondere Entschädigung, oder ist das dann einfach Pech?

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Dann hat jetzt zunächst Frau Widders das Wort. Die Senatorin kommt anschließend dran. – Bitte!

Dipl.-Med. Gudrun Widders (Leiterin des Gesundheitsamts Spandau): Vielen Dank! – Noch einmal zur Frage nach dem Pakt für den ÖGD, ob die Gesundheitsämter die Gelegenheit hatten, die Rückmeldung an die Senatsverwaltung zu geben: Es gibt kontinuierliche Abfragen der Senatsverwaltung, wo wir mitteilen, wie wir personell aufgestellt sind und wo die Defizite gegenüber dem Mustergesundheitsamt schon sehr deutlich werden. Unsere Zielstellung für jedes Gesundheitsamt ist es, die Sollzahlen des Mustergesundheitsamtes im Ist zu erreichen. Beim Mustergesundheitsamt geht es nicht nur um die Arztstellen, sondern es geht querbeet um alle Qualifikationen, um alle Berufsgruppen. Insofern sehe ich es jetzt erst einmal schon als gegeben, dass es einen Informationsstand zwischen den Gesundheitsämtern und der Senatsverwaltung gibt, wie unsere personelle Ausstattung ist.

Es gab noch eine Frage zu Testverweigerern. Real ist es uns bisher nicht passiert. Ansonsten hätten wir natürlich gesetzliche Möglichkeiten nach § 16 Infektionsschutzgesetz und die Mitwirkungspflicht, da vorzugehen. Man müsste dann gucken, wie die Situation aus der Sicht des Infektionsschutzes einzuschätzen ist, wie wichtig es ist, dass dann getestet wird und ob es erforderlich ist, solche gravierenden Maßnahmen einzusetzen. Wenn es notwendig ist, würden wir das tun. Wir hatten einen anderen Fall, da ging es um die Quarantäne. Da sind das Ordnungsamt und die Polizei in Mitwirkung, und das würden wir an der Stelle auch tun. So ein Beispiel ist aber bisher bei uns nicht aufgetreten.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Dann hat jetzt die Senatorin das Wort.

Senatorin Dilek Kalayci (SenGPG): Sehr gerne! Es sind ja auch einige Fragen direkt an mich gegangen. Ich möchte sie sehr gern beantworten. Die Frage nach der Finanzierung ist eindeutig geklärt: Auf der Grundlage der Bundestestverordnung haben wir die Verwaltungsvorschrift in Berlin relativ zügig auf den Weg gebracht und festgelegt, welche Stelle für welchen Bereich die Veranlassung macht. Um ein Beispiel zu nennen, was heute auch Thema war: Bei der Testung von Kontaktpersonen ist das Gesundheitsamt die veranlassende Stelle. Das Finanzierungssystem ist hier eindeutig. Für die Testungen von Beschäftigten im Bereich der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen ist beispielsweise die Gesundheitsverwaltung zuständig. Da haben wir die Veranlassung auch zügig auf den Weg gebracht. Das heißt, die

Regelung, was am Ende über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert wird, ist durch die Bundestestverordnung festgesetzt.

Darüber hinaus hat Berlin eigene Aktivitäten entwickelt, wo gesagt worden ist, dass wir die Testkosten selbst übernehmen, so bei einigen asymptomatischen Personen, über die hier auch berichtet worden ist. Das ist aber unbenommen von der nationalen Teststrategie, der Testverordnung und der Umsetzung hier in Berlin. Das ist alles eindeutig geregelt.

Zum Thema Impfstoff: Das ist tatsächlich das ganz große Thema zurzeit. Wir sind in sehr enger Abstimmung mit dem Bund. Bund und Länder sind jetzt dabei, die Eckdaten zusammenzutragen. Wir können erst dann loslegen, wenn wir tatsächlich wissen, wie die Arbeitsteilung ist und was uns erwartet. Da sind wir sehr eng dran, und selbstverständlich stehen alle Kapazitäten, die wir in Berlin haben, zur Verfügung – auch das Team Jafféstraße, das Sie angesprochen haben, aber nicht nur. Ich bin sehr zuversichtlich, dass wir uns, sobald die Eckdaten stehen, eine Infrastruktur überlegen, diese vorschlagen und auch umsetzen werden. Was wir schon wissen, ist, dass das Impfen für die breite Bevölkerung erst nächstes Jahr zu erwarten ist. Es gab vor wenigen Tagen auf der Bundesebene eine Pressekonferenz, bei der diese Erwartung noch einmal ganz klar kommuniziert worden ist. Für den Fall, dass schon dieses Jahr Impfmöglichkeiten bestehen und diese prioritär für bestimmte Berufsgruppen, für bestimmte Gruppen von Menschen zur Verfügung stehen, wollen wir natürlich auch in Berlin startbereit sein. Die große Impfung für die breite Bevölkerung – das haben Sie sicher auch vernommen – wird aber erst frühestens Mitte nächsten Jahres erwartet.

Für den Fall, dass in diesem Jahr – davon gehen wir auch aus – in geringem Umfang Impfmöglichkeiten bereitstehen, werden diese prioritär eingesetzt. Zu der Frage, wer dann geimpft werden soll, wird auf Bundesebene, von Herrn Spahn beauftragt, ein Gremium Empfehlungen aussprechen. Natürlich ist in grundsätzlichen ethischen Fragen, aber auch in Fragen, was das RKI und das Paul-Ehrlich-Institut angeht, viel Expertise auf Bundesebene zusammengekommen, um die Priorisierung dann, wenn ein Impfstoff da ist, vorzunehmen. Das sollten keine Spontanentscheidungen der Länder sein, sondern das sollte bundeseinheitlich abgestimmt sein. Ich werde Sie unterrichten, sobald es konkretere Hinweise von der Bundesebene dazu gibt, wann wir womit genau rechnen können.

Zu den Testkapazitäten, Herr Isenberg, kann ich Ihnen jetzt keine Zahlen nennen. Ich kann Ihnen aber sagen, dass wir dadurch, dass wir den DRK-Blutspendedienst einbezogen haben, zusätzlich mehrere Tausend pro Tag mobilisieren können. Das heißt, wir sind hier schon aktiv geworden. Und die 48 Pflegeheime, die bisher nicht getestet werden konnten, sollen jetzt über diese zusätzlichen Testkapazitäten getestet werden; da haben wir schon Abhilfe geleistet. Insgesamt zu sagen, wir machen stichprobenartig Tests in Pflegeheimen, das hat sich, ehrlich gesagt, ein bisschen überlebt. Das waren noch Überlegungen von April, Mai. Heute geht es darum, dass das Personal in den Pflegeeinrichtungen regelmäßig getestet wird. Dafür haben wir die Veranlassung schon längst herausgegeben, sodass die Finanzierung gesichert ist. Ich hoffe, dass die Pflegeeinrichtungen davon viel Gebrauch machen.

Der Vorsitzende hat zu Recht angesprochen, dass für bestimmte Bereiche ein Test alle zwei Wochen nicht ausreicht, sondern dass man da zu einem höheren Rhythmus kommen muss. Es ist tatsächlich die große Frage, wann und in welchem Umfang wir den Antigenschnelltest einsetzen können. Das wird auch die Testkapazitäten für die PCR-Tests determinieren, denn

wir werden durch mehr Einsatz von Antikörperschnelltests dann auch PCR-Testkapazitäten freischaufeln. Bundesweit werden Verträge mit Herstellern im Umfang von 10 Millionen Tests pro Monat abgeschlossen. Das ist nicht wenig. Wenn man den Königsteiner Schlüssel herunterrechnet, sind das 500 000 Antigenschnelltests für Berlin pro Monat. Das ist schon beachtlich. Die Frage, wo man das wie einsetzt, wird Gegenstand der neuen Testverordnung sein, auf die wir sehnsüchtig warten. Wir haben uns aber im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz abgestimmt, dass prioritär natürlich symptomatische Personen im Vordergrund stehen, und dass das auch präventiv eingesetzt werden soll. Diese Test sollen nicht willkürlich herausgeballert, sondern gezielt, wie der Herr Vorsitzende es gesagt hat, eingesetzt werden. Das ist beispielsweise im Bereich des Personals in Krankenhäusern und in der Pflege denkbar. Sobald die Antigentests verfügbar sind und wir wissen, wo wir sie gezielt einsetzen, wird das insgesamt die Testkapazitäten in Berlin erhöhen.

Was die Testkapazitäten angeht, möchte ich auch das Stichwort Pooling ansprechen. Wir haben immer wieder besprochen, dass es ein Verfahren ist, das Kapazitäten schont und ermöglicht, mehr Personen zu testen. Das wurde, aus welchen Gründen auch immer – es gab sicher fachlich gute Gründe dafür –, nicht umgesetzt, aber ich habe mit den Laboren erörtert, dass wir hier auch in ein Poolingverfahren gehen.

Zum letzten Punkt, ÖGD: Es gab den Hinweis auf die tarifliche Lösung. Das ist auf der großen Fahne des Berliner Senats; mit dieser Forderung können wir gemeinsam gut voranschreiten.

Am Ende müssen wir aber auch der Tatsache ins Auge sehen, dass wir hier bundesweit leider die Situation haben, dass es von den kommunalen Spitzenverbänden, aber auch gewerkschaftlicherseits und, und, und eben nicht die große Unterstützung gibt. Das heißt, auf diese Karte können wir kurzfristig nicht setzen. Wir müssen weiter darauf hinarbeiten. Deswegen ist mein Appell an dieser Stelle, alle Möglichkeiten, die das Land Berlin auf den Weg gebracht hat, um eine bessere Bezahlung und Attraktivität der ÖGD-Stellen zu erreichen, aktiv zu nutzen. Auch wenn es anstrengend und komplex ist, wie Sie das zu Recht sagen, ist es etwas, was genutzt werden sollte. Wir haben eine Erhebung gemacht, inwieweit die drei Attraktivitätspunkte, die wir auf den Weg gebracht haben, in Ausschreibungen erwähnt werden. Das sind die bessere tarifliche Bezahlung im Rahmen einer Verfahrensauffassung, die Führungskräftezulage und die Vorweggewährung von Erfahrungsstufen. Das sind drei Punkte, mit denen man aktiv für diese Stellen werben kann. Wir haben da schon mal eine kleine Analyse gemacht. Ich möchte Sie darüber unterrichten, dass lediglich fünf Bezirke bei den Ausschreibungen explizit auf diese Attraktivitätspunkte hinweisen. Auf alle drei Attraktivitätspunkte weist in den Ausschreibungen nur das Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf hin. Die Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg, Marzahn-Hellersdorf, Neukölln und Tempelhof-Schöneberg verweisen auf einzelne Attraktivitätspunkte, aber eben nicht auf alle drei. Charlottenburg-Wilmersdorf, Lichtenberg, Mitte, Pankow und Reinickendorf weisen gar nicht auf diese Attraktivitätspunkte hin in ihren Ausschreibungen. Spandau und Treptow-Köpenick haben zurzeit, aus welchen Gründen auch immer, keine Ausschreibungen.

Ich will auch darauf hinweisen, dass 200 Stellen noch nicht eingerichtet sind, die laut Mustergesundheitsamt eigentlich eingerichtet werden sollten. Ich habe Hilfe organisiert durch den Finanzsenator, aber eigentlich geht es jetzt darum, diese Stellen zügig einzurichten, denn ohne dass sie eingerichtet sind, kann man sie auch nicht ausschreiben und besetzen. Das ist schon der erste Schritt, und das fehlt noch 200 Mal in Berlin. Ich denke, am Finanziellen wird es nicht scheitern. Es kommt der Pakt vom Bund; auch das Land Berlin steht bereit, diese Stellen mit zu unterstützen. Deswegen ist hier meine große Bitte, dass die Stellen zügig eingerichtet und auch mit den Attraktivitätspunkten ausgeschrieben werden, sodass wir die Stellen dann auch besetzen können.

Frau Pieroth hatte noch den Pakt genannt. Ich will kurz darauf hinweisen: Die 1 500 Stellen im Rahmen des Paktes für den öffentlichen Gesundheitsdienst sind bis Ende 2021 vorgesehen, und bis Ende 2022 sind es noch mal 3 500 Stellen. Ich habe vor allem darauf hingewirkt, dass die Stellen, die jetzt besetzt werden, schon ab dem 1. Februar 2020 über diesen Pakt finanziert werden. Das heißt, wir haben kein Finanzierungsproblem, sondern eher gerade ein Vollzugsproblem, dass die Stellen eingerichtet und auch mit den Attraktivitätspunkten, die wir auf den Weg gebracht haben, ausgeschrieben werden.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Wir sind jetzt eigentlich fertig mit diesem Tagesordnungspunkt. Nun hat sich Frau Leschewitz noch mal gemeldet. Ich weise darauf hin: Wir haben ein Riesenproblem. Wir haben ein dreistündige Pause einzuhalten, weil um 15 Uhr der nächste Ausschuss hier tagt. Es ist vom Krisenstab vorgegeben, dass wir zwischen zwei Sitzungen drei Stunden Pause machen müssen, weil die entsprechenden Vorbereitungen getroffen werden müssen. Wir haben aber zumindest noch einen wichtigen Tagesordnungspunkt. – Frau Leschewitz, bitte!

Franziska Leschewitz (LINKE): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Ich bin auch ganz schnell. Ich habe eine Nachfrage an Frau Widders, insbesondere da wir aus einem Bezirk sind. Frau Widders! Mich würde interessieren, inwieweit Sie Erfahrungen gemacht haben, dass Restaurants, Cafés oder andere Einrichtungen, die zur Datenerhebung von Gästen verpflichtet sind, dies nicht getan haben, und inwieweit Sie Erfahrungen gemacht haben, dass Falschangaben gemacht wurden, insbesondere vielleicht wegen der Sorge vor dem Missbrauch von Daten. – Vielen Dank!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Frau Leschewitz! Die Frage hätten Sie auch vorhin stellen können. Das war keine Frage, die sich jetzt spontan aus den Antworten ergeben hat. Das muss ich jetzt einfach mal rügen. – Frau Widders, bitte!

Dipl.-Med. Gudrun Widders (Leiterin des Gesundheitsamts Spandau): Vielen Dank! – Wir sehen ja im Gesundheitsamt nur dann, dass da Listen nicht geführt oder die Kontaktdaten nicht erhoben worden sind – da brauchen wir immer Name, Vorname, Adresse und Telefonnummer –, wenn bei uns eine Meldung eingeht und wir die Kontaktnachverfolgung, die Ermittlung machen. Nur dann sehen wir das.

Ansonsten ist das Ordnungsamt unterwegs. Die sind auch in den Gaststätten, im öffentlichen Nahverkehr, in Parkanlagen usw. unterwegs, und die können nicht überall sein. Wenn aber solch eine Mitteilung an uns geht, also meinerwegen eine Beschwerde – kann auch eine anonyme Beschwerde sein, klar muss aber sein, um welches Restaurant oder um welche Gaststätte es sich handelt –, dann gehen wir dem nach. In der Regel wird diese Information an das Ordnungsamt gegeben, und die gucken dann hin.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Damit beenden wir jetzt diesen Tagesordnungspunkt. Das Wortprotokoll wird demnächst vorliegen, und dann rufen wir das noch mal auf. – Ich danke Ihnen, Herr Ruppert, Frau Widders, Frau Kirchberger! Wir müssen jetzt leider noch weitermachen. Sie sind entlassen. Vielen Dank!

Wir kommen zu

Punkt 4 der Tagesordnung (neu)

Vorlage – zur Beschlussfassung –
Drucksache 18/2598

[0240](#)
GesPflGleich

**Gesetz zur Anpassung datenschutzrechtlicher
Bestimmungen in Berliner Gesetzen an die
Verordnung (EU) 2016/679 (Berliner Datenschutz-
Anpassungsgesetz EU – BlnDSAnpG-EU)**

Dazu gibt es eine Besonderheit: Die Vorlage – zur Beschlussfassung – wurde ursprünglich nur an den Ausschuss für Kommunikationstechnologie und Datenschutz überwiesen. Dieser hat bereits eine entsprechende Beschlussempfehlung abgegeben – Drs. 18/3007. Das Plenum hat am vergangenen Donnerstag jedoch beschlossen, die Vorlage zurück in die Ausschussarbeit zu überweisen, dieses Mal an diesen Ausschuss. Die Beschlussempfehlung des KTDat-Ausschusses ist daher nicht Teil dieser Beratung, sie dürfte Ihnen allerdings bekannt sein. Durch die erneute Überweisung sind wir jetzt der federführende Ausschuss.

Eine Begründung der Einbringung durch den Senat brauchen wir zur Beschlussfassung, glaube ich, nicht. Die Datenschutzbeauftragte hat eine Stellungnahme eingereicht, die Ihnen allen als Tischvorlage vorliegt. Wir können jetzt in die Beratung gehen; es hat sich Herr Isenberg gemeldet.

Thomas Isenberg (SPD): Vielen Dank für die Beratung hier! Artikel 21 des Artikelgesetzes beinhaltet Gegenstände des Landeskrankenhausgesetzes, weswegen es dringend notwendig ist, dass wir darüber beraten. Darüber hinaus möchte ich betonen, dass ich in keinsten Weise nachvollziehen kann, dass wir die EU-Datenschutzverordnung in Deutschland in einer Kleinstaaterei umsetzen. Ich erwarte von den Landesdatenschutzbehörden eigentlich ein koordiniertes Vorgehen im Bereich Gesundheit. Wir müssen dahin kommen, dass wir in Deutschland gleiche rechtssichere Verhältnisse haben.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass es eine EU-Datenschutzverordnung ist, die umgesetzt wird, verstehe ich in keinsten Form die Restriktionen, die hier aufgelegt worden sind. Wir wollen die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg ausbauen. Wir brauchen dafür einen gemeinschaftlichen Rechtsrahmen, der gut ist. Diesbezüglich ist ja auch die Europäische Union der sichere Hafen, auf den Bezug genommen wird. Rein polemische Formulierungen – ich zitiere aus einer eben ausgeteilten Stellungnahme – mit dem Hinweis auf US-amerikanische Mutterkonzerne, die angeblich Datenzugriff hätten, vollziehe ich umso weniger nach. Ich habe eher Angst und Sorge vor chinesischen Hackerangriffen und Anderes. Wir haben insbesondere einen europäischen Rechtsrahmen, der gut umgesetzt wird und werden kann, und da erwarte ich Vorschläge zur Stärkung der Vollzugschancen des Datenschutzes und insbesondere eines deutschen einheitlichen Rechtsrahmens. Insofern ist Artikel 21 – 7, 1 – aus meiner Sicht so nicht umsetzungsfähig. Wir müssen den Bezug auf das europäische Recht haben, auch für die Auftragsdatenverarbeitung zur Stärkung unserer Handlungsmöglichkeiten, auch der Berliner Krankenhäuser, gerade in einer Innovationszeit, wo viele notwendige Versorgungsmanagement- und andere Lösungen eben nur noch mit einer digitalen Medizin gehen.

Die Bundesländer sind hier unterschiedlich aufgestellt; zwischen den Bundesländern besteht ein Kompetenzwirrwarr, insofern: Streichung von Artikel 21 – 7 –, in dem a das Wort „oder“ eingefügt wird und b Bezugnahme auf das Unionsrecht. Dies ist etwas – es wird ja ein Protokoll geführt, richtig? Das ist schade! Dann sollten wir das nachträglich noch hinkriegen! –, was in den Fraktionen zu gewährleisten ist, und zwar bis zur nächsten Plenarsitzung, weil das Artikelgesetz insgesamt sehr wichtige Bausteine aufgreift, sodass wir da in den nachfolgenden Beratungen in den Fraktionen sicherlich noch Handlungsmöglichkeiten haben. – So weit meine einleitende Stellungnahme für die SPD-Fraktion.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Isenberg! Ich würde vorschlagen, wir machen ein Wortprotokoll. Einverstanden? – Einverstanden! – Herr Zeelen, Sie haben sich gemeldet.

Tim-Christopher Zeelen (CDU): Inhaltlich gibt es, wie ich gerade wahrnehme, doch weniger Diskrepanz zwischen uns, als ich es vorher gedacht habe. Was mir aber überhaupt nicht einleuchtet ist, warum wir das um 12.10 Uhr in einem Hauruckverfahren besprechen, ohne dass wir eine Tischvorlage haben bzw. mit Tischvorlagen, die uns in der Sitzung sowohl von der Datenschutzbeauftragten als auch von Verbänden zur Verfügung stehen, die übrigens alle sagen, das geht in die richtige Richtung, aber, und ich darf mal hieraus zitieren: „...sieht jedoch erheblichen Anpassungsbedarf vor“. Es gibt dazu eine umfangreiche Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft, und ich verstehe nicht, warum wir uns bei diesem wichtigen Thema zu der Frage, wie unsere Berliner Kliniken digital nach vorne gebracht werden können, nicht die notwendige Zeit nehmen, um in diesem Ausschuss angemessen dazu zu arbeiten.

Durch Corona haben wir in den letzten Monaten anderen Themen sehr viel Aufmerksamkeit zur Verfügung gestellt, aber ehrlich gesagt: Die digitale Leistung dieser Regierung lag bis jetzt darin, kostenloses WLAN in Krankenhäusern zu eröffnen. Jetzt gibt es endlich mal die Frage, wie wir in der Digitalisierung fortschreiten können, und das machen Sie in einem Hauruckverfahren. Das ist für mich nicht nachvollziehbar. Ich bleibe deshalb dabei, was ich bereits um 9.00 Uhr gesagt habe: Ich schlage dringend vor, dass wir den Tagesordnungspunkt runternehmen und uns die notwendige Zeit der Beratung nehmen. Dann ist es eben so, dass wir in 14 Tage mehr der Parlamentsberatung bedürfen. Ich sehe zumindest für meine Fraktion keine angemessene Beratung eines so wichtigen Tagesordnungspunktes, bei dem es zwischen denen, die betroffen sind, offenkundig große Diskrepanzen in der Wahrnehmung gibt.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Herr Zeelen! Ich kann Ihre Einwände gut verstehen. Das Problem ist, dass wir es hier mit einem Artikelgesetz zu tun haben, das, ich glaube, 384 Seiten umfasst. Wir sind auch von der Dynamik überrascht worden, dass das über den KTDat-Ausschuss ins Plenum gekommen ist und wir überhaupt nicht beteiligt waren. Insofern ist es schon richtig gewesen, zumindest die Überweisung in diesen Ausschuss zu veranlassen. Das Problem ist nur, dass es offensichtlich zeitliche Restriktionen im Zusammenhang mit anderen Regelungen gibt, die in diesem Gesetz vorgesehen sind, und wir darum gebeten worden sind, zu ermöglichen, dass in 14 Tagen im Plenum über dieses Gesetz abgestimmt werden kann. Das ist eine unglückliche Situation, zumal es, da gebe ich Ihnen auch recht, erhebliche inhaltliche Differenzen gibt; das ist gerade schon an dem Wortbeitrag des Kollegen Isenberg deutlich geworden. Wir sind in einem Dilemma. Ich weiß jetzt nicht, wie wir verfahren sollen und wie wir verfahren können. Die inhaltliche Debatte hier noch zu führen, ist nicht

möglich. Frau Smolczyk ist da, sie wird sicherlich auch noch eine Stellungnahme dazu abgeben wollen. Das schaffen wir aber alles nicht. – Herr Isenberg!

Thomas Isenberg (SPD): Eine Verfahrensoption bestünde darin, eine Sondersitzung des Ausschusses noch in dieser Woche oder am nächsten Montag mit diesem Punkt als ausführlich zu beratenden Gegenstand anzusetzen. Klar ist, wir brauchen im nächsten Plenum eine Beschlussfassung für das gesamte Konvolut dieses Gesetzeswerkes.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Frau Pieroth!

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Ich finde, Herr Vorsitzender, Sie haben die Lage ganz gut zusammengefasst. – Wir sind uns in inhaltlichen Dingen in vielem sehr einig, Herr Zeelen. Wir sollten aufgrund der Komplexität des Gesamtgesetzes aber die Stellungnahmen jetzt hier zur Kenntnis nehmen und die Beratung in GPG für beendet erklären, um das Ganze im Plenum mit dem notwendigen Gewicht beraten zu können.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Gegebenenfalls mit der Möglichkeit, noch Änderungsanträge einzubringen.

Tim-Christopher Zeelen (CDU): Gut, dann stelle ich fest, dass wir als Fraktion formal dabei bleiben, dass wir einen Antrag auf Verschiebung stellen. Das möchte ich für meine Fraktion hiermit formal tun.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Herr Isenberg, Sie wollte noch etwas sagen?

Thomas Isenberg (SPD): Ich würde gern ein Stimmungsbild des Ausschusses haben, ob wir in dieser Woche oder alternativ nächste Woche Montag noch eine Sondersitzung zu dem Thema durchführen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Gibt es dazu Meinungen? – Also, es ist auch ein großes Problem, eine Sondersitzung zu organisieren, höre ich gerade, rein technisch. Das ist alles etwas schwieriger. Frau Smolczyk hat sich gemeldet – bitte!

Maja Smolczyk (Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit): Vielen Dank! Ich möchte Ihre Zeit hier nicht strapazieren, aber es ist natürlich ein extrem wichtiges Thema, und ich möchte einfach auf ein paar Punkte hinweisen. Dieses Thema ist viele Monate und Jahre zwischen der Gesundheitsverwaltung, der Senatskanzlei und meinem Haus besprochen und verhandelt worden. Das, was in dem EU-Anpassungsgesetz niedergelegt ist, ist ein tragfähiger Kompromiss, der im Grunde alle Interessen einbezogen hat. Die Einwände der Krankenhausgesellschaft sind in diesen Meinungsbildungsprozess eingeflossen; sie hatten wiederholt Gelegenheit, Stellung zu nehmen, haben das auch getan, und es ist einbezogen worden. Auf der Grundlage sämtlicher Einwendungen ist diese Formulierung gefunden worden, die, das möchte ich hier wirklich betonen, ein deutlicher Fortschritt im Sinne der Gesundheitswirtschaft ist im Vergleich zu dem bisherigen Zustand. Was wir jetzt nämlich möglich machen, ist, dass auch innerhalb von Konzernen Aufgaben verlagert werden können auf Tochtergesellschaften – der Muttergesellschaft auf Tochtergesellschaften. Bisher war das nicht möglich. Das geht jetzt. Es können Aufträge erteilt werden von kleineren Krankenhäusern an die Tochtergesellschaften von Krankenhausgesellschaften. Das geht alles.

Was man aber auch berücksichtigen muss, und hier kommt das EU-Gesetz ins Spiel: Hier handelt es sich um die höchstsensitiven Daten, die es überhaupt nur gibt. Als staatliche Seite, denke ich, haben wir absolut die Verpflichtung, diese Daten in der gebotenen Weise zu schützen. Wenn man diese Grenze der krankenhausbezogenen Tochtergesellschaften überschreitet, hat man einen Damm gebrochen, weil von staatlicher Seite, von Staaten zugegriffen werden kann, die der europäischen Datenschutzregelung nicht unterworfen sind. Wir haben jetzt ein europäisches Urteil gehabt – „Schrems II“ –, das noch mal deutlich darauf hingewiesen hat, dass zum Beispiel die Übermittlung von Daten nach Amerika unzulässig ist, und dass der Zugriff von amerikanischer Seite auf Daten, die mit Produkten verarbeitet werden, die von den großen Digitalunternehmen hergestellt werden, über den Cloud Act möglich ist. Über den amerikanischen Cloud Act hat die staatlich amerikanische Seite einfach die Möglichkeit, zuzugreifen, und es gibt natürlich riesige wirtschaftliche Interessen, auf diese Daten zuzugreifen. Ich denke, unser Staat muss da dem Schutz der Bürgerinnen und Bürger verpflichtet sein.

Es gibt ja auch in dem Paragrafen – –

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Frau Smolczyk! Ich muss Sie leider unterbrechen, denn wir sind nicht in der inhaltlichen Diskussion. Wir haben Ihre Stellungnahme bekommen. Wir können über Ihre Position jetzt nicht diskutieren. Wir werden sie diskutieren, und wir müssen sie auch berücksichtigen, aber wir werden das heute in der Kürze der Zeit nicht schaffen.

Maja Smolczyk (Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit): Vielleicht nur noch ein Stichwort – was über den Föderalismus gesagt worden ist: Wir haben nun mal den Föderalismus, und da gibt es unterschiedliche Herangehensweisen. Man kann das schlecht miteinander vergleichen. Man kann das beklagen; natürlich kann man das, aber: Auch der Anpassungsprozess an die EU-Gesetzgebung ist in den unterschiedlichen Bundesländern in unterschiedlichen Stadien, sodass man den Vergleich auch aus diesem Grund überhaupt nicht anstellen kann. Ich glaube, dass wir uns in Berlin wirklich in keinsten Weise, weder positiv noch negativ, von anderen Bundesländern abheben. – Vielen Dank!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Wir müssen jetzt ein Prozedere finden. Das Plenum hat die Vorlage bewusst an unseren Ausschuss mit dem Auftrag überwiesen, nach § 21 Abs. 1 unserer Geschäftsordnung diese für die Beschlussfassung vorzubereiten und über das Ergebnis einer Beschlussempfehlung zu unterrichten. Eine Beschlussempfehlung – ich lese das einfach mal vor – ist immer auf einen inhaltlichen Beschluss in der Sache gerichtet, das heißt eine Zustimmung, eine Ablehnung oder eine Änderung. Ein schlichtes Sich-nicht-Verhalten ist grundsätzlich kein von der Geschäftsordnung vorgesehener Inhalt einer Beschlussempfehlung. Auf diese Weise wird der Auftrag des Plenums an unseren Ausschuss nicht erfüllt. Eine fehlende inhaltliche Positionierung ist in der Praxis des Abgeordnetenhauses bisher nach unserem Kenntnisstand nur bei Stellungnahmen des mitberatenden Ausschusses an den federführenden Ausschuss vorgekommen. Wir sind aber nun der federführende Ausschuss. Wir müssen jetzt also etwas entscheiden.

Gucken Sie mich nicht an, ich bin da genauso hilflos wie Sie! Wir haben einen Dissens in der Sache. Es gibt mehrere Möglichkeiten: Wir können eine Sondersitzung im Laufe der nächsten 13 Tage versuchen; Frau Ketteler würde sich bemühen. Dann müssten wir jetzt einen Verta-

gungsantrag stellen. Können wir uns auf eine Vertagung mit einer Sondersitzung verständigen, oder nicht? Wenn nicht, dann müssen wir jetzt eine Abstimmung machen. – Frau Vogel!

Katrin Vogel (CDU): Warum können wir das nicht in der nächsten Sitzung abstimmen oder besprechen? Warum müssen wir dazu eine Sondersitzung machen? Ich sehe diese Eilbedürftigkeit überhaupt nicht.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Weil im Zusammenhang mit dem Artikelgesetz zeitliche Befristungen enthalten sind. Da sind Dinge drin, die im Oktober eingeleitet werden müssen. Die sind leider, ich weiß auch nicht, auf welcher Grundlage, miteinander verbunden worden, und wir kommen aus dem Paket leider nicht mehr raus. Das wäre die eleganteste Lösung. – Könnten wir uns darauf verständigen, dass wir diese Vorlage so annehmen, wie sie ist, mit dem Vorbehalt dieses Ausschusses, dass wir weiteren Klärungsbedarf sehen und das Geschehen um, ich glaube, Artikel 21 ist es, in den 14 Tagen noch mal aufmachen?

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Ich finde den Vorschlag, den Sie jetzt gemacht haben, gut – in den nächsten 14 Tagen klären, genau!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Welchen der Vorschläge? Ich habe mehrere gemacht. – [Tim-Christopher Zeelen (CDU): Ist keine Sternstunde gerade!] – Ich wollte gerade sagen: Wir beenden jetzt die Übertragung in die Öffentlichkeit. – [Heiterkeit] – Frau Pieroth! Wie war jetzt Ihr Votum? Ich habe es nicht verstanden.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Aus meiner Perspektive können wir das jetzt nicht abstimmen. Ich würde da Ihrem Vorschlag folgen, Herr Dr. Albers.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Frau Pieroth, das war ja gerade meine Frage: Welchen Vorschlag? Es zu vertagen und es in einer Sondersitzung zu versuchen, war Vorschlag Nr. 1. Vorschlag Nr. 2 war, es in der jetzigen Form anzunehmen mit dem Vorbehalt, dass wir dringenden Klärungsbedarf in Bezug auf den Abschnitt haben, der das Landeskrankenhausgesetz betrifft. Das heißt aber: Wenn wir diese Beschlussempfehlung abgeben, ist der Vorgang raus aus unserem Ausschuss.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Genau, letzteres!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Herr Zeelen!

Tim-Christopher Zeelen (CDU): Es gibt noch den dritten Vorschlag, es auf eine reguläre Sitzung zu vertagen. Ich bleibe da bei meinem Vorschlag; ich sehe darin keine Notwendigkeit.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Leute, verstärkt doch nicht meine Hilflosigkeit! Wir müssen jetzt eine Lösung finden.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Der Vorschlag von Herrn Zeelen geht nicht, weil wir das am 1. Oktober im Plenum behandeln müssen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Herr Isenberg, bitte!

Thomas Isenberg (SPD): Wir haben jetzt nach meinem Verständnis die Möglichkeit, es entweder auf eine wann auch immer stattfindende Sitzung zu vertagen; das tragen wir, glaube ich, definitiv mehrheitlich nicht mit, weil wir im nächsten Plenum aufgrund der Komplexität des Artikelgesetzes eine Beschlusslage wollen. – Zweitens: Wir hätten theoretisch die Möglichkeit eines Nicht-Votums auf Annahme oder was auch immer, also des Verzichts einer Stellungnahme. Das stünde unter dem Prüfvorbehalt, weil in der Geschäftsordnung nicht klar ist, was dann wäre. – Die dritte Option ist, zu sagen: Ja, wir stimmen dem zu –, verweisen aber auf die Protokollerklärung mit dem dennoch gewünschten Nachbesserungsbedarf, oder zu sagen: Nein, wir stimmen dem nicht zu – und verweisen ebenfalls auf den inhaltlichen Klärungsbedarf, sodass zwischen den Fraktionen bis zur nächsten Sitzung etwas im Plenum geregelt wird.

Dann noch mal meine Frage: Wie habe ich Bündnis 90 zu verstehen? Da habe ich gerade nicht aufgepasst.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Frau Kofbinger!

Anja Kofbinger (GRÜNE): Also, wenn ich das noch mal sagen darf: Frau Pieroth hat den Vorschlag gemacht, dass sie Herrn Albers in seinem zweiten Vorschlag folgt. Es geht ja da um eine bestimmte Sache, die Kritik bei uns auslöst; das sollte klargemacht werden. Also, Vorschlag Nr. 2 von Herrn Albers mit der inhaltlichen Kritik zu den Krankenhäusern. Ich glaube, das können eigentlich alle mittragen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Herr Isenberg!

Thomas Isenberg (SPD): Frau Kofbinger! Habe ich Sie richtig verstanden? Sie sagen: Zustimmung mit Hinweis auf die inhaltliche Kritik und entsprechende Überarbeitungswünsche, richtig?

Anja Kofbinger (GRÜNE): Ja, das wäre Vorschlag Nr. 2 von Herrn Albers.

Thomas Isenberg (SPD): Dann habe ich das richtig verstanden. Den würde die SPD-Fraktion mittragen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Wer kann jetzt noch mal formulieren, worüber wir abstimmen? – Herr Isenberg! Und dann stimmen wir ab.

Thomas Isenberg (SPD): Also, ich habe das jetzt so verstanden, dass wir der Beschlussvorlage, die uns vom Plenum überwiesen worden ist, zustimmen und gleichzeitig protokollarisch auf den dennoch gewünschten Überarbeitungsbedarf hinweisen. Protokollarisch aber zustimmen, damit der Vorgang im Gesundheitsausschuss beendet ist und das Plenum final debattiert.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Herr Kluckert!

Florian Kluckert (FDP): Ich tue mich ein bisschen schwer damit, irgendwas abzustimmen, womit ich einen Blankoscheck ausstelle. Wir würden uns in so einem Fall nur enthalten; das ist für uns ein schlechter Kompromiss.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Eine Protokollnotiz geht im Grunde genommen auch nicht. Wir können, das ist jetzt einfach die mutigste Lösung, glaube ich, auf eine Beschlussempfehlung verzichten. Ob das dann durchgeht, wird über das Präsidium noch zu prüfen sein. Welche Konsequenzen das hat, möglicherweise auch. Eine andere Möglichkeit sehe ich jetzt aber definitiv nicht. Verzichten wir auf eine Beschlussempfehlung? – Frau Ketteler hat mich gerade belehrt: Wir müssen zunächst über den Vertagungsantrag abstimmen. Wer dem zustimmen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Das sind CDU und AfD. Wer enthält sich? – Die FDP. Die Koalitionsfraktionen stimmen gegen die Vertagung. Dann haben wir das jetzt formal gemacht.

Jetzt beschließen wir, dass wir inhaltlich keine Beschlussempfehlung abgeben. Wer ist dafür, dass wir das so machen? – Das sind die Koalitionsfraktionen. Wer ist dagegen? – Das sind CDU und AfD. Wer enthält sich? – Das ist die FDP. So, jetzt haben wir Fakten geschaffen; die Kollateralschäden und die Konsequenzen klären wir dann später.

Punkt 5 der Tagesordnung (alt 4)

- | | |
|--|---|
| a1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2652
Fünfte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Eindämmungsmaßnahmenverordnung
VO-Nr. 18/203
(auf Antrag aller Fraktionen) | 0196
GesPflGleich
BildJugFam*
Haupt(f)
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe* |
| b1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2679
Erste Verordnung zur Änderung der Verordnung über das Verbot von Großveranstaltungen vor dem Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie (Großveranstaltungsverbotsverordnung – GroßveranstVerbV)
VO-Nr. 18/202
(auf Antrag aller Fraktionen) | 0197
GesPflGleich
BildJugFam*
Haupt(f)
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe* |

- c1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2679
Verordnung über Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Berlin (SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung – SARS-CoV-2-EindV) VO-Nr. 18/206
(auf Antrag aller Fraktionen)
- d1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2679
Verordnung über erforderliche Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Berlin (SARS-CoV-2-Eindämmungsmaßnahmenverordnung – SARS-CoV-2-EindmaßnV) VO-Nr. 18/207
(auf Antrag aller Fraktionen)
- e1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2679
Erste Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Eindämmungsmaßnahmenverordnung VO-Nr. 18/208
(auf Antrag aller Fraktionen)
- f1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2679
Zweite Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Eindämmungsmaßnahmenverordnung VO-Nr. 18/209
(auf Antrag aller Fraktionen)
- [0199](#)
GesPflegGleich
BildJugFam*
Haupt(f)
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe*
- [0200](#)
GesPflegGleich
BildJugFam*
Haupt(f)
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe*
- [0201](#)
GesPflegGleich
BildJugFam*
Haupt(f)
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe*
- [0202](#)
GesPflegGleich
BildJugFam*
Haupt(f)
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe*

- g1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2679
Verordnung über erforderliche Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Berlin (SARS-CoV-2-Eindämmungsmaßnahmenverordnung – SARS-CoV-2-EindmaßnV)
VO-Nr. 18/210
(auf Antrag aller Fraktionen)
- [0203](#)
GesPflGleich
BildJugFam*
Haupt
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe*
- h1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2679
Verordnung zur Änderung der Verordnung über erforderliche Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Berlin (SARS-CoV-2-Eindämmungsmaßnahmenverordnung – SARS-CoV-2-EindmaßnV)
VO-Nr. 18/211
(auf Antrag aller Fraktionen)
- [0204](#)
GesPflGleich
BildJugFam*
Haupt
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe*
- i1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2679
Zweite Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Eindämmungsmaßnahmenverordnung
VO-Nr. 18/212
(auf Antrag aller Fraktionen)
- [0205](#)
GesPflGleich
BildJugFam*
Haupt
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe*
- j1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2679
Dritte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Eindämmungsmaßnahmenverordnung
VO-Nr. 18/213
(auf Antrag aller Fraktionen)
- [0206](#)
GesPflGleich
BildJugFam*
Haupt
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe*

- k1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2679
**Vierte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-
Eindämmungsmaßnahmenverordnung
VO-Nr. 18/214**
(auf Antrag aller Fraktionen)
- 0207
GesPflGleich
BildJugFam*
Haupt
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe*
- l1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2679
**Verordnung über das Verbot von
Großveranstaltungen vor dem Hintergrund der
SARS-CoV-2-Pandemie
(Großveranstaltungsverbotsverordnung –
GroßveranstVerbV)
VO-Nr. 18/215**
(auf Antrag aller Fraktionen)
- 0208
GesPflGleich
BildJugFam*
Haupt
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe*
- m1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2685
**Sechste Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-
2-Eindämmungsmaßnahmenverordnung
VO-Nr. 18/216**
(auf Antrag aller Fraktionen)
- 0209
GesPflGleich
BildJugFam*
Haupt
InnSichO
Recht*
Sport*
WiEnBe*
- n1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2685
**Zweite Verordnung zur Änderung der Verordnung
über das Verbot von Großveranstaltungen vor dem
Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie
(Großveranstaltungsverbotsverordnung –
GroßveranstVerbV)
VO-Nr. 18/217**
(auf Antrag aller Fraktionen)
- 0210
GesPflGleich
BildJugFam*
Haupt(f)
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe*

- o1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2685
**Siebte Verordnung zur Änderung der SARS-Cov-2-
Eindämmungsmaßnahmenverordnung**
Vo-Nr. 18/218
(auf Antrag aller Fraktionen)
- p1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2702
**Achte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-
Eindämmungsmaßnahmenverordnung**
VO-Nr. 18-219
(auf Antrag aller Fraktionen)
- q1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2761
**Neunte Verordnung zur Änderung der SARS-Cov-2-
Eindämmungsmaßnahmenverordnung**
VO-Nr. 18/223
(auf Antrag aller Fraktionen)
- Hierzu:
- Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2761-1
**Neunte Verordnung zur Änderung der SARS-Cov-2-
Eindämmungsmaßnahmenverordnung**
VO-Nr. 18/223
(auf Antrag aller Fraktionen)
- [0211](#)
GesPflGleich
BildJugFam*
Haupt(f)
InnSichO
Recht*
Sport*
WiEnBe*
- [0213](#)
GesPflGleich
BildJugFam*
Haupt(f)
InnSichO
Recht*
Sport*
WiEnBe*
- [0214](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO
Recht*
Sport*
WiEnBe*
- [0214-1](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe*

- r1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2762
**Dritte Verordnung zur Änderung der Verordnung
über das Verbot von Großveranstaltungen vor dem
Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie
(Großveranstaltungsverbotsverordnung –
GroßveranstVerbV)
VO-Nr. 18/224
(auf Antrag aller Fraktionen)**
- [0215](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO
Recht*
Sport*
WiEnBe*

Hierzu:

- Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2762-1
**Dritte Verordnung zur Änderung der Verordnung
über das Verbot von Großveranstaltungen vor dem
Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie
(Großveranstaltungsverbotsverordnung –
GroßveranstVerbV)
VO-Nr. 18/224
(auf Antrag aller Fraktionen)**
- [0215-1](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe*
- s1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2777
**Zehnte Verordnung zur Änderung der SARS-Cov-2-
Eindämmungsmaßnahmenverordnung
VO-Nr. 18/225
(auf Antrag aller Fraktionen)**
- [0217](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe
- t1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2790 Neu
**Elfte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-
Eindämmungsmaßnahmenverordnung
VO-Nr. 18/228
(auf Antrag aller Fraktionen)**
- [0218](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe

- u1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 50
Absatz 1 Satz 1 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2791
Grundsätze für die Ausgestaltung einer SARS-Cov-2-Infektionsschutzverordnung aufgrund des Infektionsschutzgesetzes
(auf Antrag aller Fraktionen)
- v1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2801
SARS-Cov-2-Infektionsschutzverordnung VO-Nr. 18/230
(auf Antrag aller Fraktionen)

[0219](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO
Recht
Sport*
WiEnBe

[0220](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO*
Recht
Sport*
WiEnBe

Hierzu:

- Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2801-1
SARS-CoV-2-Infektionsschutzverordnung VO-Nr. 18/230
(auf Antrag aller Fraktionen)

[0220-1](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO*
Recht
Sport*
WiEnBe

- w1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2809
Erste Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Infektionsschutzverordnung VO-Nr. 18/236
(auf Antrag aller Fraktionen)

[0221](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO*
Recht
Sport*
WiEnBe

Hierzu:

- Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2809-1
**Erste Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-
Infektionsschutzverordnung
VO-Nr. 18/236**
(auf Antrag aller Fraktionen)
- [0221-1](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO*
Recht
Sport*
WiEnBe
- x1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2847
**Zweite Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-
Infektionsschutzverordnung
VO-Nr. 18/241**
(auf Antrag aller Fraktionen)
- [0224](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO*
Recht
Sport*
WiEnBe
- y1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2858
**Dritte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-
Infektionsschutzverordnung
VO-Nr. 18/245**
(auf Antrag aller Fraktionen)
- [0228](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO*
Recht
Sport*
WiEnBe
- z1) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2883 Neu
**Vierte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-
Infektionsschutzverordnung
VO-Nr. 18/246**
(auf Antrag aller Fraktionen)
- [0229](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO*
Recht
Sport*
WiEnBe
- a2) Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2969
**Fünfte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-
Infektionsschutzverordnung
VO-Nr. 18/249**
(auf Antrag aller Fraktionen)
- [0235](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO
Recht
Sport
WiEnBe

Hierzu:

Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 64
Absatz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 18/2969-1
**Fünfte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-
Infektionsschutzverordnung
VO-Nr. 18/249
– Vorabüberweisung –**

[0235-1](#)
GesPflGleich
BildJugFam
Haupt(f)
InnSichO
Recht
Sport
WiEnBe

Vertagt.

Punkt 6 der Tagesordnung (alt 5)

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.