

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit und Pflege

62. Sitzung
8. Dezember 2025

Beginn: 09.34 Uhr
Schluss: 12.04 Uhr
Vorsitz: Silke Gebel (GRÜNE)

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.

Punkt 3 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
**Zugang zum Gesundheitssystem für ukrainische
Geflüchtete**
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der
Fraktion Die Linke)

[0353](#)
GesPfleg

Siehe Inhaltsprotokoll.

Vorsitzende Silke Gebel: Wir kommen zu

Punkt 4 der Tagesordnung

- a) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
**Fast-Track Cities Initiative: Kampf gegen AIDS in
Berlin**
(auf Antrag der Fraktion Die Linke)
- b) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
**Gesundheit für alle – Wie Berlin das Ziel 2030 im
Rahmen der Fast-Track-Cities-Initiative erreichen kann**
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen)

[0314](#)
GesPfleg

[0359](#)
GesPfleg

Hierzu: Anhörung

Ich begrüße noch einmal recht herzlich Frau Heike Drees, sie ist Referentin für Suchthilfe, Gesundheit, HIV und Aids beim Paritätischen Wohlfahrtsverband Berlin e.V. – herzlich willkommen! –, Herrn Stephan Jäkel, er ist Leiter des Checkpoint bei der Schwulenberatung Berlin gGmbH – auch Ihnen ein herzliches Willkommen! – und Herrn Dr. Lukas Murajda, er ist Leiter des Gesundheitsamts Berlin Mitte. Herzlich willkommen und danke, dass Sie sich heute alle die Zeit nehmen! – Ich gehe davon aus, dass die Anfertigung eines Wortprotokolls gewünscht wird. – Ich vermute jetzt mal Nicken. Dann machen wir das. – Im Vorfeld schon einmal vielen Dank für die Erstellung!

Ich will zu unserem zeitlichen Budget kurz sagen, dass wir noch den Punkt zu HPV auf der Tagesordnung haben. Deswegen würde ich einmal versuchen, dass wir 90 Minuten Zeit einplanen und ich auch die Abgeordneten und den Senat ermahne, gemeinsam mit mir auf die Zeit zu achten. Wir haben hier sozusagen eine Teamsitzung. Außerdem hat Herr Murajda in Mitte eine umfassende Übung. – Insofern danke, dass Sie sich die Zeit nehmen, heute hier zu sein, aber dann wollen wir Sie auch wieder nach Mitte zurückkehren lassen! – Ich frage einmal die Fraktion Die Linke, ob sie den Besprechungsbedarf begründen möchte und gebe Herrn Schatz das Wort.

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Ganz kurz: Im nächsten Jahr sind es zehn Jahre, dass sich Berlin der Fast-Track-City-Initiative angeschlossen hat. Falls es manche hier im Raum nicht wissen: Dabei geht es darum, sich auf die Überholspur – dem

Fast Track – zu begeben, um die Ziele der Vereinten Nationen zum Ende von Aids schneller zu erreichen als andere. Als wir damals beitraten, waren die Ziele 90-90-90. Das werden wir von den Anzuhörenden alles erläutert bekommen; da bin ich sicher. Später ist noch eine Null dazugekommen. Mittlerweile sind diese Ziele erhöht worden, aber auch das werden wir alles hören. Uns ging es im Besprechungspunkt darum, zu wissen, wo Berlin bei der Erreichung der Ziele steht und welche Schritte in der Zukunft notwendig sind, damit wir diese auch zuverlässig erreichen und auch weiter in diesem Netzwerk der Fast Track Cities erfolgreich sein können. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Ich schaue einmal in Richtung der Grünen. – Frau Neugebauer!

Laura Neugebauer (GRÜNE): Da kann ich mich in vielen Punkten auch schon anschließen. Die Ziele sind: 95 Prozent wissen von ihrem Status, 95 Prozent sind in Therapie und 95 Prozent sind unter der Nachweisgrenze, null Diskriminierung. Wir haben diese Ziele noch nicht erreicht; wir sind bald bei zehn Jahren. Wo stehen wir? – Berlin ist auch in der Vergangenheit bei dem Thema HIV oft auch Modell gewesen; erst mit dem Schöneberger Modell, jetzt sind wir bei der Fast-Track-City-Initiative relativ früh dabei gewesen, wurden als Berlin im letzten Jahr, meine ich, auch ausgezeichnet. Deswegen ist es umso wichtiger, dass Berlin, wenn es darum geht, die letzten Prozentpunkte bei den 95 zu erreichen, noch einmal genau prüft, nicht nur wo wir stehen, sondern wo wir unsere Infrastruktur besser aufbauen müssen und welche Schritte getätigt werden müssen, damit man dieses Ziel am Ende auch wirklich erreichen. Da wollten wir von Ihnen hören, wo wir gerade sind, wo die Knackpunkte sind und was es vielleicht auch von Landesseite braucht, damit wir das Ziel am Ende wirklich erreichen können.

Vorsitzende Silke Gebel: Alles klar, vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zu den Anzuhörenden. Mir wurde mitgeteilt, dass Frau Drees und Herr Jäkel starten, und dann kommen wir zu Herrn Murajda. Es startet Herr Jäkel.

Stephan Jäkel (Checkpoint BLN): Schönen guten Morgen! Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Ausschussmitglieder! Vielen Dank für die Einladung, zehn Tage nach dem Welt-Aids-Tag, uns als Expertinnen und Experten für den Bereich HIV und Aids und für die Fast-Track-City-Initiative anzuhören! Guten Morgen auch an Frau Senatorin und Frau Staatssekretärin!

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Wir haben eine kleine Präsentation vorbereitet und wollen anfangen, ganz kurz die aktuellen Eckdaten vorzustellen, wollen dann weitergehen, wie sich das Handlungsfeld HIV, STIs und Hepatitiden weiterentwickelt hat und auch noch weiter entwickeln soll, um dann mit einem Vorschlag für einen Aktionsplan zur Weiterentwicklung der Fast Track City Berlin unsere beider Teile zu schließen und zu übergeben.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Das Robert-Koch-Institut gibt jährlich neue Zahlen für HIV und Aids für Deutschland und die Bundesländer aus. Für Berlin und Brandenburg gibt es nur gemeinsame Zahlen, denn es gibt

eine einzige HIV-Schwerpunktpraxis in Brandenburg. Die allermeisten Menschen aus Brandenburg, die mit HIV und Aids leben, werden in Berlin versorgt. Da das RKI die Messmethoden jedes Jahr verfeinert und weiterentwickelt sind Vergleiche zum Vorjahreszeitraum nicht immer eins zu eins in absoluten Zahlen möglich. Es ergeben sich aber Tendenzen.

Wir sehen hier, dass durch die längere Lebenserwartung aufgrund guter Therapiemöglichkeiten jährlich die Anzahl der Menschen, die mit HIV oder Aids in Berlin leben, größer wird, weil wir glücklicherweise im Vergleich zu den Neunziger- und Achtzigerjahren einfach sehr viel weniger Sterbefälle haben. Gleichzeitig – darauf kommen wir später auch noch einmal – wissen wir, dass durch die gesteigerte Zahl und durch die Altersgrenze bei den Schwerpunktärzten wir bis 2035 auf ein 14-prozentiges Versorgungsdefizit in der ambulanten Versorgung zusteuern, weshalb da bestimmte Maßnahmen auch nötig sind.

Hier sehen wir auch, dass circa 1 000 Personen in Berlin nichts von ihrer HIV-Infektion wissen. Diese Personen wollen wir erreichen. Einmal zu ihrem individuellen gesundheitlichen Vorteil: Denn je früher eine Person von ihrer HIV-Infektion erfährt, desto ähnlicher ist ihre Lebenserwartung zu Menschen ohne HIV, aber auch aus Public-Health-Gründen ist dies wichtig. Denn eine Person, die nicht weiß, dass sie HIV-positiv ist, profitiert nicht von einer HIV-Therapie, und wir wissen, dass eine erfolgreiche HIV-Therapie eine Infektionsweitergabe unterbindet.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Ich möchte einmal auf die Neuinfektionszahlen und Erstdiagnosen hinweisen. Wir sind in Berlin in einer etwas glücklicheren Situation als der Bundesdurchschnitt. In Deutschland haben wir es mit einer Zunahme von HIV-Infektionen zu tun. In Berlin würden wir eher sagen, dass das im Range der Zahlen ist, sodass wir sagen, dass das Niveau ähnlich wie in den Vorjahren ist und dass ein Anstieg der Infektionen möglicherweise hier verlangsamt oder aktuell gestoppt worden ist. Gleichwohl muss man sagen: Bei den Maßnahmen oder den Möglichkeiten der verschiedenen Präventionsmaßnahmen, die wir dort haben, wäre es eigentlich wünschenswert, wenn wir niedrigere Neuinfektionszahlen hätten, als wir haben.

Was uns auch besorgt: Wir müssen zwischen den HIV-Infektionszahlen, also Menschen, die sich 2024 – die Zahlen sind von 2024 – infiziert haben, und denjenigen, die 2024 ihre HIV-Erstdiagnosen bekommen haben, unterscheiden. Die HIV-Infektion hat vielleicht schon 2022 oder 2020 stattgefunden, aber erst jetzt wird sie diagnostiziert. Da sehen wir erschreckende Zahlen: Von 310 Menschen wurden bei 95 Menschen eine Erstdiagnose mit fortgeschrittenem Immundefekt gestellt, und bei 50 Personen wurde sogar Vollbild Aids diagnostiziert. Das sind die sogenannten Late Presenter, wo wir über verschiedene weitere und andere Maßnahmen diskutieren und reden und Maßnahmen treffen müssen, wie wir diese Personen schneller, besser und diskriminierungssensibel erreichen – durch klientenindiziertes Testen oder auch durch providerindiziertes Testen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Ich möchte noch einmal auf die Versorgungskaskade hinweisen; die wurde gerade schon erwähnt. Wir sind in etwa im bundesweiten Durchschnitt. Der Zwischenmeilenstein sind die 95-95-95-0 – null Diskriminierung; Frau Neugebauer hat eben schon erklärt, wofür das steht. Wir sehen, dass die Menschen, die von ihrer HIV-Infektion wissen, zu 98 Prozent auch in Therapie sind. Das ist ein sehr gutes Ergebnis. Davon sind auch 96 Prozent unter der Nachweisgrenze und damit nicht infektiös. Auch das ist ein gutes Ergebnis, aber wir haben eine Aufgabe zu tun, nämlich dass nur 93 Prozent der Personen, die mit HIV und Aids leben, von ihrer Infektion wissen. Das sind diese 1 000 Personen, die ich eben in absoluten Zahlen bereits vorgestellt habe. Hier müssen wir uns weiter fokussieren, um die richtigen Menschen zu erreichen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Ich möchte noch auf eine Studie der dagnä hinweisen, eine retrospektive Studie, die im zweiten Halbjahr 2024 durchgeführt wurde. Dabei haben 30 Zentren/HIV-Schwerpunktpraxen in Deutschland teilgenommen, die insgesamt 25 000 Menschen betreut haben. Das ist etwa ein

Viertel der Menschen in Deutschland, die mit HIV leben. Sie haben 14 900 PrEP-Nutzende begleitet und betreut. Da gibt es ganz interessante Ergebnisse: Die Schwerpunktpraxen haben 182 HIV-Erstdiagnosen gestellt, was etwas mehr als 50 Prozent entspricht. 17 davon haben das in der PrEP-Erstberatung erfahren. Wenn man eine PrEP, die Präexpositionsprophylaxe, starten möchte, dann bekommt man eine Eingangsuntersuchung, und da wird auch der HIV-Status geprüft. Die wollten mit der PrEP starten, und dann wurde leider festgestellt, dass sie schon eine Infektion haben.

Nach der Einleitung der PrEP wurde nur bei vier Personen eine HIV-Infektion festgestellt. Das ist ein sehr guter Wert. Hier untersucht man noch, welche Gründe das hatte. Wahrscheinlich haben die Leute unregelmäßig die PrEP genommen, weil an sich die PrEP eine sehr sichere Präventionsmöglichkeit ist. Wir sehen hier eben auch, dass 161 Personen eine HIV-Erstdiagnostik bekommen haben, die nicht im Zusammenhang mit der PrEP steht. Die dagnä möchte damit noch einmal deutlich machen, dass die PrEP wirkt und ein sehr wichtiges Tool zur Vermeidung von HIV-Infektionen ist. Sie ist ein Schlüssel im Kampf gegen Aids. Wir müssen diese weiteren Zielgruppen besser erreichen. Hier kommen wir an die Limitierung des Systems.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Das alles ist nicht im luftleeren Raum entstanden. Wir werden international oft gefragt, warum wir in Deutschland so erfolgreich sind. Das hat natürlich auch mit dem Zusammenschluss von staatlichen Institutionen, Kliniken, Ärzten und der Zivilgesellschaft zu tun. In Berlin hat sich das mit dem bekannten Namen „Schöneberger Modell“ festgeschrieben, das in den Achtzigerjahren gegründet wurde. Das Auguste-Viktoria-Klinikum war das HIV-Krankenhaus in Berlin. Die Berliner Aidshilfe war in Schöneberg, und dadurch hat sich mit den Schwerpunktpraxen eine gute Versorgungsstruktur entwickelt, die in den Neunzigerjahren zum Berliner Modell mutierte und letztendlich in das Fast-Track-City-Netzwerk mündete. Damit übergebe ich an Heike Drees.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Heike Drees (Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin e.V.): Vielen Dank! – Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Abgeordnete! Sehr geehrte Frau Senatorin! Frau Staatssekretärin! Ich freue mich über die Einladung und möchte Sie jetzt auf einen roten Faden bis zum Vorschlag für einen Aktionsplan der Fast Track City Berlin mitnehmen. Stephan Jäkel hat schon gesagt, dass sich das Schöneberger Modell zu einem gesamtstädtischen Berliner Modell mit weiteren Meilensteinen weiterentwickelt hat. 2010 wurde im Auftrag der damals für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung das Entwicklungskonzept für die Prävention von HIV, Aids, sexuell übertragbaren Infektionen und Hepatitiden in Berlin von Prof. Dr. Rolf Rosenbrock erstellt. Das war ein wesentlicher Meilenstein, der zu weiteren Maßnahmen führte; darauf komme ich später noch einmal. Ein weiterer Meilenstein war 2011 bis 2014 die „Berliner Kampagne für ein trägerübergreifendes Beratungs- und Testangebot zu HIV, Syphilis und HCV“, also Hepatitis C. Diese Kampagne wurde zunächst von der Deutschen Klassenlotterie Berlin für drei Jahre finanziert und dann in die Regelversorgung übernommen, finanziert durch das Land Berlin. 2016 trat Berlin als wesentlicher Meilenstein der Fast-Track-Cities-Initiative zur Beendigung von Aids bis 2030 bei.

Diese Meilensteine haben zu weiteren wesentlichen Entwicklungen in Berlin geführt. Der Paritätische war daran sehr eng beteiligt, weil alle freien Träger im Land Berlin mit dem Schwerpunkt HIV, AIDS, STI und Hepatitiden Mitglieder unseres Verbandes sind. 2018 – das war ein Schritt aus dem Entwicklungskonzept – wurde der Checkpoint BLN gegründet und eröffnet. Er ist ein integriertes und communitybasiertes Gesundheitszentrum für queere Menschen und ein wirklich sichtbares und erfolgreiches Ergebnis des Entwicklungskonzeptes. 2018 übernahm das Land Berlin zunächst für Menschen mit Berlinpass die Finanzierung der HIV-PrEP im Checkpoint bis 2019 die Krankenkassen in die Finanzierung der PrEP-Medikamente für Menschen mit einem erhöhten HIV-Risiko einstiegen. 2020 schloss der Checkpoint Berlin eine Kooperationsvereinbarung mit der Clearingstelle ab, aufgrund der Tatsache, dass sich immer mehr Menschen mit HIV, aber ohne Krankenversicherungsschutz, an den Checkpoint wandten. 2021 fand erstmals in Berlin der Fast Track City Summit statt, eine Konferenz, die seitdem jährlich stattfindet. 2022 wurde das Fast-Track-City-Netzwerk Berlin gegründet, weil ein größerer Zusammenschluss einen größeren Impact bewirken kann, um die Fast-Track-City-Ziele zu erreichen. 2022 war Berlin deutschlandweit auch ein Mpox-Hotspot, und es wurde deshalb ein Runder Tisch eingerichtet, um möglichst frühzeitig und schnell Impfungen anzubieten, insbesondere für Risikogruppen. Das war insbesondere die Gruppe MSM – Männer, die Sex mit Männern haben.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Wir sehen, dass mit all diesen Schritten vom Schöneberger Modell zu einem gesamtstädtischen Berliner Modell und dem Berliner Netzwerk, das daraus gewachsen ist, das Fast-Track-City-Netzwerk, wesentliche Schritte gegangen worden sind. Dem Fast-Track-City-Netzwerk gehören ganz verschiedene Akteure an: freie Träger der HIV-Prävention, -Beratung und -Tests, psychosoziale Versorgung, infektiologische Abteilungen von Krankenhäusern, die Charité und das Sankt-Joseph-Krankenhaus, das Zentrum für sexuelle Gesundheit, der ÖGD, sowie HIV-Schwerpunktpraxen.

Diese Entwicklung hätte ohne die Unterstützung der Fachpolitik und der Senatsverwaltung für Gesundheit sowie ohne die finanzielle Förderung des Landes Berlin nicht stattfinden können. Seit 2024 finanziert das Land Berlin auch eine Koordinierungsstelle für das Fast-Track-City-Netzwerk Berlin. Aus unserer Sicht steht jetzt ein nächster Meilenstein an, nämlich ein Aktionsplan zur Weiterentwicklung der Fast Track City Berlin. Wir müssen das Erreichte sichern und die vereinbarten Ziele erreichen. Dafür gibt es in anderen Bereichen Beispiele: Der Suchtbereich wurde vorhin schon genannt. Auch dort arbeitet das Land Berlin an einer Landesstrategie Drogen und Sucht in Berlin.

Das Fast-Track-City-Netzwerk Berlin hat einen Vorschlag für solch einen Aktionsplan formuliert, der Ihnen vorliegt. Der Aktionsplan orientiert sich an der Nationalen Strategie des Bundes bis 2030 zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen mit Beschluss des Bundeskabinetts von 2016. Der Vorschlag berücksichtigt mehrere Handlungsfelder: Prävention, Testung, Diagnose, Versorgung, der Aktionsplan berücksichtigt Querschnittsthemen, Angebote müssen bedarfsgerecht ausgestaltet sein und der Abbau von Diskriminierung und Stigmatisierung – das ist die große Null bei den Zielen der Fast Track City. Es müssen alle gemeinsam an einem Strang ziehen, damit Infektionen in Berlin nicht wieder ansteigen, sondern sich weiter reduzieren und die Ziele der Fast Track City er-

reicht werden. Ein Senatsbeschluss kann dem Aktionsplan zu mehr Verbindlichkeit verhelfen, weil Prävention ressortübergreifend ist. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau Drees! – Dann kommen wir zu Herrn Murajda.

Dr. Lukas Murajda (Gesundheitsamt BA Mitte): Sehr geehrte Frau Senatorin! Sehr geehrte Frau Staatssekretärin! Sehr geehrte Mitglieder des Ausschusses! Sehr geehrte Anwesende! Ich freue mich, heute bei Ihnen zu sein, und möchte gleich meinen ersten Impuls abgeben. Ich glaube, dass die Lösung ist, dass die Politik, die klinischen Kolleginnen und Kollegen, die Träger und die Gesundheitsämter stärker zusammenarbeiten.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Damit komme ich zu meinem zweiten Punkt. Ich habe das sehr kurz und grob alles geschrieben, damit es bei den vielen Informationen, die Sie heute hören, eine Spur hinterlässt. Ich möchte auch die fünf Minuten einhalten. Deswegen, in der Logik der Medizin: Das ist mein Faden durch das, was ich erzähle und was ich auch heute zeige. Wir müssen erkennen und behandeln. Deswegen die Fast Track Cities, deswegen die Zusammenarbeit. Damit wir wissen, wovon wir reden: Die Krankheit, mit der wir arbeiten, ist HIV, abgeleitet von dem englischen Human Immunodeficiency Virus. Warum tun wir das? – Weil wir Angst vor Aids haben. Das ist ein Syndrom – sagen wir jetzt ganz grob; die Fachleute hören bitte nicht zu –, eine Krankheit. Von Aids stirbt man. Deswegen kämpfen wir gegen HIV. Wie machen wir das in Deutschland? – Auf Basis des Infektionsschutzgesetzes. Da sind wieder die zwei Sachen: erkennen und behandeln. In § 7, Absatz 3 IfSG und so weiter ist definiert, dass immer, wenn wir als Gesundheitsämter das wissen, weil wir die Empfänger dieser Informationen sind, das dem Richtung Robert-Koch-Institut melden. So haben wir einen Überblick und wissen, was in Deutschland, in Berlin und in den Bezirken läuft. Das andere: Der § 19 IfSG ist die Definition davon, was die Gesundheitsämter in dem System machen, nämlich dass wir beraten und untersuchen. Wir sprechen und testen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Glücklicher Zufall: Letzte Woche habe ich den neuen gemeinsamen Bericht von ECDC und WHO bekommen. Wir müssen Berlin immer im Zusammenhang mit der Welt, mit Europa, mit den Nachbarländern sehen. Wir können wie auch immer gut sein. Wir schaffen es nicht, wenn wir nur auf Berlin schauen. Wieder ein Spoiler: Man sagt, die Lösung ist Testung und damit immer verbunden eine PrEP. Ganz kurz und grob gesagt: Testen und immer niederschwellig eine PrEP anbieten.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Ich habe das hier wieder von den Bildern aus diesem Bericht sehr vereinfacht. Bitte schauen Sie nur auf das Rote, und ich lese vor. Hier geht es darum, dass wir noch immer sehr viele Leute haben, die zu spät getestet werden. In Total ist das mehr als die Hälfte. Das ist unser Problem. Immer erkennen, behandeln – wir erkennen zu spät. Wir haben in der WHO-Region Westeuropa noch immer zu viele Leute, die als Diagnose zu spät erkannt werden. In Berlin – die Kollegin und der Kollege haben sich etwas milder und diplomatischer ausgedrückt –: Ich möchte sie schütteln und sagen, das Wissen von der anderen Seite. Ja, es läuft hier vieles gut,

aber es gibt noch immer sehr viel Gefahr. Wir sind nicht schlechter, aber mehr in Gefahr als die anderen Bundesländer. Wieder habe ich das Rot angekreuzt. Wenn Sie sich alle 16 Bundesländer anschauen, sehen Sie, dass Berlin, Bremen und Hamburg die Bundesländer sind, wo das Risiko besteht. Das ist die Inzidenz in Deutschland.

Deswegen haben wir die Fast-Track-Cities-Initiative, ich wiederhole: Politik, Klinik, Träger und Gesundheitsämter zusammen. Warum ist das wichtig? – Nur durch ein Netzwerk können wir das schaffen. Wir als Gesundheitsämter können sehr viel machen, und da möchte ich unsere Rolle sehr betonen, weil wir mit den nicht Versicherten arbeiten. Das ist eine kleine, aber umso wichtigere Komponente, insbesondere in Berlin, wo wir die Bewegungen von nicht Versicherten immer wieder haben werden. Wir brauchen eine sichere Finanzierung des ganzen Systems. Deswegen Aktionsplan und Koordination des Bemühens. Nur dann kann es gelingen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Fazit: Ich empfehle, dass ein Aktionsplan besprochen und abgeschlossen wird, weil dann die Koordination vorhanden ist, und natürlich auch die Stelle weiter finanziert wird, weil nur dann es wirklich bleiben kann. Meine eigene Suppe, die Gesundheitsämter: Wir müssen die kostenlose Testung stärken und in die Prophylaxe vor Ort für die nicht Versicherten gehen, die zu uns kommen und die in den Schwerpunktpraxen und bei den klinischen Kollegen sonst niemand sieht. Das lasse ich hier nur als eine konkrete Empfehlung, damit es alle wissen. Man kann bei uns kostenlos beraten und getestet werden. Ich freue mich auf Ihre Fragen! – Danke schön!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Murajda! – Dann kommen wir jetzt zur Frage-
runde der Abgeordneten. – Frau Neugebauer!

Laura Neugebauer (GRÜNE): Ich versuche mal kurz so einzusteigen: Was mich auf jeden Fall in Bezug zum ÖGB interessiert: Welche Strukturen gibt es, die vielleicht schon aus Vorerfahrungen mit zum Beispiel Mpox existieren, die man als Notfall- und Versorgungsstrukturen noch einmal erweitern und auch nutzen kann? Es gibt schon einen erarbeiteten Aktionsplan. Berlin muss ihn nur noch übernehmen. Dazu auch gleich noch mal eine Frage an den Senat. Dann würde ich auch kurz fragen, wo Sie als Gesundheitsamt Ihre Rolle sehen – vielleicht können Sie da ein bisschen mehr ausweiten –, und welchen Mehrwert man da auch vielleicht in der bezirklichen Versorgung machen kann.

Herr Jäkel und Frau Drees! Wir hatten gerade eben schon über Menschen ohne Krankenversicherung geredet. Vielleicht können Sie noch einmal mehr zur Taskforce für Menschen ohne Krankenversicherung sagen, wie sich das am Ende auf das Case Management auswirkt, wie das auch mit stationärer Versorgung, aber auch mit Sozialarbeit und so weiter vernetzt wird. Welche Lücken werden vielleicht schon im zivilgesellschaftlichen Bereich geschlossen, die sonst existieren? – Dann hätte ich eine Frage zu den Late Presentern. Ich glaube, man hat es gerade grob an den Zahlen gesehen, dass wir bei den Late Presentern vorrangig Frauen haben, also leicht vor den Männern. Deswegen drängt sich mir die Frage auf: Wenn wir die Neuinfektionszahlen studieren, sehen wir, dass da sehr weit vorne Männer stehen. Deswegen ist meine Frage wirklich: Welche Gruppe erreichen wir da so schlecht, dass wir sie erst mit einer bereits fortgeschrittenen Immunschwäche oder mit Vollbild Aids dann am Ende auch in den

Krankenhäusern haben? Das ist eine Indikation, wenn wir gerade mit den Tests nicht erreichen.

Daran würde ich gerade anschließen: Wir müssen jetzt diese 2 Prozent, die uns zu den 95 Prozent fehlen, auch erreichen. Da würde ich genau fragen, was aus Ihrer Perspektive es an weiteren Teststrukturen braucht, um Menschen zu erreichen. Wo müssen die angesiedelt sein, damit sie diese Gruppen auch erreichen? Welche Peer-Angebote oder Peer-to-Peer-Angebote haben wir vielleicht, die auch schon funktionieren? Wo gibt es noch Lücken?

Wie schaffen wir es, dass wir aus dem Aktionsplan, den Sie jetzt geschrieben haben, und das an die Senatsverwaltung, auch ins Handeln kommen? Wenn wir einen Plan aus der Zivilgesellschaft haben, der am Ende nicht umgesetzt wird – Deswegen wäre meine Frage: Welche Rolle nimmt die Senatsverwaltung in Bezug auf den erarbeiteten Aktionsplan wahr? Wie kommen wir an das Ziel der letzten 95 Prozent auch heran?

Silke Gebel (GRÜNE): Vielen Dank! – Dann kommen wir zu Herrn Schatz. Für alle, die noch nie in einer Anhörung waren: Wir sammeln erst alle Fragen. – Herr Schatz!

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielen Dank an die Anzuhörenden für Ihren Input! Ich will jetzt vielleicht doch einmal dreieinhalb Sätze vorwegschicken, bevor ich Fragen stelle. Herr Dr. Murajda sagt es nett, dass Sie uns schütteln wollen, aber meine Erfahrung sagt mir, dass Angst immer ein schlechter Berater ist. Es kommt eher darauf an, zu sagen, was geht, was man tun kann und dann eben tatsächlich Wissen vermitteln und Zugänge öffnen. Das sind im Wesentlichen die zwei Wege, die aus meiner Sicht an der Stelle wichtig sind. Dass die Berliner Zahlen irgendwie höher sind als die der Flächenbundesländer, halte ich für völlig normal, weil – kleines Geheimnis – ganz viele Menschen mit HIV eine Stadt aufsuchen, um dort zu leben, weil die Versorgungsstrukturen auf dem platten Lande ganz schlecht sind. Für Brandenburg haben wir das ja von Herrn Jäkel gehört. Insofern sind die Städte natürlich stärker betroffen. Wenn wir uns dann anschauen, dass eine Viermillionenstadt wie Berlin trotzdem unter den Werten von Bremen und Hamburg liegt, dann scheinen wir doch ein bisschen was richtig zu machen.

Insofern kann ich das nur bestärken, was Frau Drees und Herr Jäkel gesagt haben. Ich glaube, wir sind auf einem guten Weg, und wir müssen trotzdem darüber nachdenken, was wir für die Zukunft besser machen können, welche Sachen wir sichern und welche wir auch unbedingt ausbauen müssen. Über Zugänge haben wir gesprochen, gerade von Menschen ohne Krankenversicherung. Da ging es vorhin um Geflüchtete aus der Ukraine, aber es kommen nicht nur Menschen aus der Ukraine nach Berlin. Wie sieht es denn da aus mit der Versorgung? Wie sieht es denn da aus mit Leuten, die noch dringend Medikamente weiter bekommen müssen? Da würde mich von Ihnen interessieren, wie denn da die praktischen Erfahrungen sind und wo wir da vielleicht an der einen oder anderen Stelle noch einmal nachlegen müssen.

Was mich natürlich auch interessiert – und ich kann verstehen, dass Sie da durchaus Ihre eigene Perspektive einbringen –: Wir haben in den letzten Jahren immer wieder, gerade wenn wir in Haushaltsberatungen waren, wie auch jetzt, über Probleme reden müssen, also dass nicht alle Angebote permanent und gut ausfinanziert waren. Wie schätzen Sie denn ein, wie sich das denn so etwas auf Ihre Arbeitsprozesse auswirkt? Man hat begrenzte Kraft und Ressourcen, personell auch und zeitlich. Wenn man sich dann irgendwie um eine haushaltsmäßi-

ge Absicherung kümmern muss, dann, kann ich mir vorstellen, wird es schwierig, andere Arbeiten auch weiter zu erledigen beziehungsweise auch in die Zukunft zu planen, was eigentlich wichtig ist. Wir reden hier über ein Phänomen, wo ganz viele unterschiedliche Menschen betroffen sind. Das heißt, wir müssen permanent neu nachdenken, wie wir die erreichen. Diese konzeptionelle Arbeit ist ja immer wieder notwendig. Insofern sage ich mal, wenn man da mit dem Kürzungsschwert reingeht – ich habe Sie gehört, Frau Vorsitzende –, dann ist es natürlich immer schwierig für die konzeptionelle Arbeit. Ich kann mich dann gerne noch einmal zum zweiten Mal melden.

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Zander!

Christian Zander (CDU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Sie hatten als Punkt null „vermeiden“ und als ersten dann „erkennen“ genannt. Zum Erkennen gehören die Testungen, und diese sollten möglichst niedrigschwellig sein. Jetzt haben Sie gesagt, dass im Gesundheitsamt auch Testungen angeboten werden, aber natürlich auch am Checkpoint und auch bei anderen. Welche werden denn nach Ihrer Erfahrung als niederschwelliger wahrgenommen? Wo kommen die Leute lieber her? Wie sieht das bei Ihnen mit der Kapazität aus? Sind die ausgelastet? – Noch nicht! Würden Sie die ausbauen? In welchen anderen Gesundheitsämtern sollten diese Angebote auch sein?

Dann zu dem Thema, das wir am Anfang auch schon hatten, Ukrainegefährtinge: Da hatten wir auch mal ein Gespräch mit Frau Bienert zu dem Problem, wie man an die Gruppe ran kommt. Gerade auch wenn sie in Tegel sind, weil dann Vereine oder andere nicht so gut rein kommen. Rein aus Sicherheitsaspekten wird nicht jeder hineingelassen. Da wäre es für ein Gesundheitsamt vielleicht auch leichter, dort zielgerichtet die Ansprache vor Ort vorzunehmen. Es gab wohl auch immer mal den Wunsch, dort auch vor Ort Testung durchführen zu lassen, was wohl wegen der Räumlichkeiten nicht ging. Wissen Sie etwas dazu? Wie kann man die Menschen dort besser abholen, dass dann wirklich nicht gesagt wird: Ja, es gibt Testungen. Fahren Sie zum Hermannplatz, fahren Sie in die Potsdamer Straße. – Das ist aber doch immer eine Hürde. Das würde mich interessieren, wie Sie da den idealen Weg sehen, um dort auch schneller erkennen und dann auch ins Handeln kommen zu können.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Frau König!

Bettina König (SPD): Vielen Dank! – Ich wollte nur noch ein paar gezielte Fragen zum Thema Prävention und Aufklärung stellen. Nach meiner Wahrnehmung ist das Thema im Bereich Schule/Jugendliche nicht mehr ganz so präsent. Können Sie das bestätigen? Ist da vielleicht doch wieder mehr Handlungsbedarf? Oder würden Sie sagen, dass man die Prävention doch noch mehr vor Ort vornimmt? Wie ist es denn, solche Angeboten wie Testung mal vor entsprechenden Clubs, Discos anzubieten? Wird was gemacht? Ist so etwas sinnvoll?

Dann würde mich auch noch Ihre Meinung interessieren, wie der Informationsstand bei Fachkräften ist, ob da ausreichend Information flächendeckend vorherrscht oder ob man hier doch noch mit dem Problem der Diskriminierung konfrontiert ist.

Zu Diskriminierung haben Sie eigentlich, glaube ich, noch gar nichts gesagt. Können Sie dazu vielleicht noch drei bis fünf Worte finden? Ist das noch ein großes Problem in der Gesellschaft oder hat sich das durch die breite Kampagne der Achtziger-, Neunzigerjahre eigentlich ganz gut abgeschwächt? Vom Senat würde ich gerne wissen, wie er denn zu diesem Aktionsplan steht, ob ein Senatsbeschluss angedacht ist und wie das Thema von Senatsseite weiter begleitet werden soll

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Herr Hansel!

Frank-Christian Hansel (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielen Dank an die Anzuhörenden! Ich finde, wir haben hier wirklich eine gute Erfolgsstory für Berlin. Das muss man ja ganz deutlich sagen. Nach den offiziellen Zahlen des Senats liegt Berlin bei der HIV-Versorgung heute bei 93 Prozent. Wir haben die Zahlen gerade gehört. Die Diagnoserate bei 99 Prozent, die Therapiequote bei 96 Prozent Virusunterdrückung. Das ist medizinisch betrachtet ein sehr hoher Zielerreichungsgrad. Die zentrale Aufgabe, die Weiterverbreitung effektiv zu verhindern, wird bereits nahezu optimal erfüllt. Man muss an dieser Stelle ganz nüchtern sagen, der Schrecken von Aids ist heute vorbei. Ich bin selbst 1986 in dieser Hochphase nach Berlin gekommen. Ich habe selbst Freunde verloren, ich bin selbst schwul. Insofern ist es immer ein Begleiter gewesen, gerade in der Frühphase, aber heute lebt man mit Aids, kaum jemand stirbt noch daran, sondern wie auch richtig geschrieben, dann, wenn dann mit HIV. Das Thema ist eigentlich für die Lebenserwartung heute ein ganz anderes als früher. Wir haben heute eine normale Lebenserwartung unter der Voraussetzung, dass man es erkannt hat und man therapiert wird.

Das ist völlig klar, und das muss man wirklich sagen, ist eine fantastische Leistung, aber gerade weil diese Erfolge erreicht sind, beginnt jetzt die Pflicht zur haushaltspolitischen Ehrlichkeit – das klingt jetzt komisch, aber es ist einfach so, weil die Stadt de facto – nicht de jure, aber de facto – pleite ist. Wir stehen vor einer einfachen, aber unbequemen Frage: Wofür geben wir in Zeiten knapper Kassen Geld aus? Für das politisch Sichtbare oder für das medizinisch Notwendige? Man muss das immer wieder ins Verhältnis setzen, denn gleichzeitig steigen die Ausgaben überall weiter. In diesem Fall flossen 2024 – so stand es zumindest in der beantworteten Anfrage – 6 Millionen Euro in die Förderstruktur, Netzwerke, Kampagnen und Koordinierungsstellen, die Tendenz soll ja steigend sein.

Hier haben wir das Problem. Während wir bei HIV bereits am Rand des Grenznutzens sind, da wir praktisch tatsächlich sehr gut liegen – man hat die Zahlen ja wirklich gesehen; natürlich liegt Berlin etwas höher als die Flächenländer, das liegt natürlich daran, was Herr Schatz

gesagt hat, das liegt aber auch daran, dass Berlin auch für Schwule interessanter ist mit höherer Toleranz; es ist also nicht nur das Angebot, sondern auch die Lebensform, die sogenannte Diversität, die wir in Berlin auch haben wollen –, befindet sich die Berliner Krankenhaushandschaft, das hören wir immer, auch in diesem Ausschuss, schlichtweg in einer systemischen Krise. Die maroden Notaufnahmen – die Senatorin weiß das alles; wir wissen das alles –, Personalmangel in der Pflege, all diese Themen, die wir immer wieder haben, Investitionsstau in Milliardenhöhe.

Dann muss man sagen – Sie haben gesagt, Herr Jäkel, dass es um etwa 1 000 Personen geht, mehr oder weniger –, dass es bei den Krankenhäusern um Schlaganfälle, Notfälle bei Kindern, Herzinfarkte, Krebsdiagnostik geht. Das ist echte Daseinsvorsorge. Deswegen stelle ich die Frage, die man nicht moralisch überspielen sollte: Ist es gesellschaftlich vertretbar, bei nahezu erreichter HIV-Zielquote, weiter Millionen Euro in Begleitprogramme zu stecken, wenn gleichzeitig unsere Notaufnahmen unterfinanziert sind? Jeder Euro kann nur einmal ausgegeben werden. Wir sind pleite. Darum stellt sich hier die Frage, wo der Grenznutzen am höchsten ist. Brauchen wir einen weiteren Ausbau symbolischer Netzwerkstrukturen, wenn es schon so gut funktioniert?

Darum stelle ich die Frage an Sie; ich will es ein bisschen abkürzen – es ist Ihre staatliche Aufgabe im Gesundheitsamt, wie Sie es gesagt haben, Ihre drei Punkte –: Woran hapert es? Was ist das Problem? Brauchen wir wirklich das Drumherum, wenn wir uns eigentlich nicht mehr leisten können? – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Dann kommen wir zu Frau Atli.

Sebahat Atli (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! Ich habe nur zwei kleine Fragen an die Anzuhörenden. – Vielen Dank für Ihre Expertise, die Sie uns hier vorstellen, und auch Ihre Ideen! Wo sehen Sie die Hürden, die meines Erachtens in der Gesellschaft weiterhin bestehen, die man wenig sieht, auch hört oder liest, in Bezug auf Stigma und Diskriminierung bei HIV?

An die Senatsverwaltung würde ich gerne die Frage stellen, wie die Zusammenarbeit zwischen Senatsverwaltung, Gesundheitsämtern, Kliniken und zivilgesellschaftlichem Engagement und Akteuren sichergestellt wird. Haben Sie da Informationen für uns als Ausschuss? Wie stellt die Verwaltung sicher, dass Fortschritte auch transparent gemacht werden und regelmäßig darüber berichtet wird? – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann haben wir noch Herrn Schatz.

Carsten Schatz (LINKE): Ich würde auch den Senat fragen: Sieht er die Notwendigkeit für einen solchen Aktionsplan? Wenn ja, in welchem Zeitplan kommen wir dann zu einem solchen, der am Ende verbindliche Ziele vorschreibt? Dann gibt es sicherlich noch eine zweite Runde. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann hat die Senatorin das Wort.

Senatorin Dr. Ina Czyborra (SenWGP): Es wurden hier einige sehr große Fragen aufgeworfen, die etwas schwierig einzuordnen sind, ohne längere Zeit über den volkswirtschaftlichen Nutzen von Gesundheitsprävention zu reden. Die Tatsache, dass es ein Gesundheitssystem

gibt, das im Wesentlichen über Krankenkassenbeiträge finanziert wird und in dem niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Notaufnahmen und Krankenhäuser ihre Rollen haben, zeigt, dass es immer das Ziel sein muss, Gesundheitsversorgung nach Möglichkeit zum integralen Bestandteil des Regelsystems zugänglich für alle zu machen. Das ist, glaube ich, immer auch unser gemeinsames Ziel, dass jede Arztpraxis, jedes Krankenhaus und jeder Akteur im Regelsystem zumindest ordentlich an spezialisierte Stellen verweisen kann.

Es ist natürlich schön, wenn unser Regelsystem so ausgebaut ist, dass es zusätzliche Strukturen vielleicht weniger benötigt, als es das noch tut, aber nichtsdestotrotz sehen wir diese Strukturen als sehr erfolgreich an, und die hier vorgetragenen Zahlen zeigen das. Wir wissen aber auch, dass wir keine Insel sind, sondern Bestandteil globaler Entwicklungen und Prozesse. Und insofern, auch wenn wir hier in unseren Bemühungen nachlassen, können die Zahlen ganz schnell wieder schlechter werden, mit allen Auswirkungen auf unsere Volkswirtschaft, unser Gesundheitssystem, die Belastungen, die individuellen Schicksale, auf Lebensläufe, die dann auch wieder in Gefahr sind, beeinträchtigt zu werden. Wir dürfen nicht nachlassen, sonst werden wir diese negativen Auswirkungen auf Individuen und unsere Gesellschaft sehr schnell wieder sehen. Das ist erst einmal das grundsätzliche Ziel des Senats. Wir haben diese guten Strukturen, das wurde hier mehrfach gesagt. Wir sind in Berlin Vorbild, wir sind da ganz weit, weil wir als Stadt, die diese Attraktivität für Menschen aus aller Welt und für queere Communities hat, sehr früh mit diesen Fragen der Toleranz gestartet sind.

Es wurde nach Sichtbarkeit gefragt. Ich denke, die Sichtbarkeit der Fast-Track-City-Initiative ist da und ist auch wichtig, um ein Thema, das vielleicht in der Öffentlichkeit – Frau König fragte danach – aufgrund der Erfolge weniger wahrgenommen wird, weiterhin präsent zu halten. Das ist dieses Präventionsparadox: Ein Problem, das gemindert wird, wird weniger wahrgenommen und ist dann auch nicht mehr so in der Öffentlichkeit. Da gibt es dann vielleicht die Schwierigkeit, weiterhin die entsprechende Finanzierung sicherzustellen, weil es eben nicht mehr so stark als Problem wahrgenommen wird. Wir wissen aber, dass das nicht der richtige Weg sein kann, weil dann tatsächlich Infektionsraten beziehungsweise unerkannte Infektionen wieder steigen werden. Das wäre dann unvermeidlich.

Zur Frage nach dem Aktionsplan: Es gibt diesen Spruch, dass das Bessere der Feind des Guten ist, und ich glaube, das ist hier auch der Fall. Selbstverständlich bietet der Aktionsplan die Möglichkeit, Potenziale, die wir in Berlin haben, noch besser zu heben. Koordination der Strukturen und viele andere Prozesse, die hier angesprochen werden, können unsere Erfolge noch weiter steigern und kosten vielleicht auch nicht mehr so viel zusätzliches Geld. Es geht natürlich darum, die Strukturen, die wir haben, noch besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen: Wer macht was, welche Zuständigkeit liegt wo? Insofern ist eine ressortübergreifende Koordinierung absolut sinnvoll. Ich glaube, wir haben hier eine ganze Reihe von Akteuren, die im Aktionsplan angesprochen werden: Handlungsfelder für Gesundheit, Justiz, Soziales, Jugend, Antidiskriminierung, Regierung, Inneres, Integration, Fachverbände, Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammern können alle eine wichtige Rolle spielen. Das geht der Aktionsplan noch einmal an. Wir werden Anfang Januar dazu Runden durchführen. Da haben wir, glaube ich, schon einen Prozess gestartet, und wir haben, glaube ich, am 7. Januar in unserer Verwaltung einen Termin angesetzt und werden dann weiter daran arbeiten. Wir werden wir den Prozess erst einmal bei uns im Haus auf Fachebene vernünftig aufstellen. Ich glaube, das ist das Wichtigste daran. Ob es dann am Ende des Tages zu einem Senatsbeschluss kommt und wann, glaube ich, ist nicht der Hauptpunkt. Der Hauptpunkt ist, dass diese

Arbeit geleistet wird, und wir wissen, wer was zu tun hat und wer ins Handeln kommen muss. Das ist, was wir dazu sagen wollen.

Silke Gebel (GRÜNE): Vielen Dank! – Dann kommen wir zu der Beantwortung der Fragen. Das würde ich in umgekehrter Reihenfolge machen und mit Herrn Dr. Murajda anfangen.

Dr. Lukas Murajda (Gesundheitsamt BA Mitte): Danke! – Ich glaube, dass ich mein Ziel erreicht und mit dem Schütteln viele Fragen bekommen habe, was mich besonders freut. Wie vielleicht viele von Ihnen wissen, ist Infektionsepidemiologie im breiten Sinne das, was mich treibt. Deswegen möchte ich gleich anknüpfen. Die Gesundheitsämter sind ein aktiver Partner, speziell das Gesundheitsamt Mitte, das das Zentrum für sexuelle Gesundheit betreibt. Wir bieten an, dass wir uns aktiv beteiligen. Wir können priorisieren und sagen, wo es mit wenig Kosten möglich ist und wo es wirklich notwendig ist. Ich freue mich, wenn wir eingeladen werden, weil das brauchen wir. Wir brauchen Zusammenkommen und Entscheiden

Somit auch zum Schütteln: Ich hatte nicht die Absicht, Sie zu erschrecken, aber das Schütteln ist wichtig, weil, wenn Sie den Bericht von WHO und ECDC lesen, wir in einer glücklichen Blase hier sind. Wir können sagen: Ja, Deutschland hat eigentlich nur neue Fälle, das ist gut. – Wir als Gesundheitsämter erfassen alles, was neu kommt. Liechtenstein zum Beispiel meldet 0. Ich stelle Ihnen einen Vergleich: Hat Bremen wirklich mehr, oder sind Sie einfach kleiner und haben mehr Übersicht? Wissen wir wirklich alles, was wir hier haben? Und vor allem im Bericht, wenn Sie weiterlesen, ist das in drei Gruppen geteilt: Die Westregion der WHO-Region Europa, Mittel und Ost. Mittel und Ost ist untererfasst und eine tickende Bombe. Wer kommt nach Berlin? – Mittel und Ost! Das heißt, wir können nicht – so meinte ich das Schütteln – sagen: Oh, wir sind so super, wir haben schon alles erreicht. – Übrigens: HIV ist nicht etwas, was Sie heilen oder löschen können. Es ist eine Flamme, die wir niedrig halten. Sobald Sie aufhören zu investieren, kommt sie wieder nach oben. Wir haben immer weiteres Holz, das immer wieder in unser Feuer hier in Berlin geworfen wird. Das heißt, wir sind genau an der Spitze, die nicht aufhören darf, sogar im wortwörtlichen Sinne als Hauptstadt. Wir sind die Hauptstadt Deutschlands, und wenn wir aufhören, wird es in die ganze Republik gehen. So meinte ich das Schütteln, nicht glücklich sein, dass wir viel erreicht haben.

„There is no glory in prevention“ wie Herr Professor Drosten gesagt hat. Ich glaube, wir dürfen nicht aufhören, weil die Flamme nur jetzt niedrig ist. Die Welle kommt. Das Jahr 2024 ist ein erschreckendes Jahr in der Berichterstattung, weil nach den Jahren steigender Zahlen, was wir als gut betrachten, weil das bedeutet, wie in Deutschland, dass wir alle neuen Fälle erfassen, dass gerade ab 2024 in Mittel- und Osteuropa die Zahlen kollabiert sind. Die ganze Welle von Untererfassten – Sie haben gesehen, wir haben mehr als die Hälfte, 55 Prozent plus/minus, der WHO-Region Europa nicht rechtzeitig erfasst. Das heißt, da sind Leute, die ansteckungsfähig sind und epidemiologische Probleme zu uns bringen. Deswegen müssen wir noch aktiver sein, weil wir der Point of entry in Deutschland sind.

Ich kann das aber auch sehr gut und schnell beantworten. Es kostet nicht so viel. Wissen Sie, wie viel ich als Gesundheitsamt Mitte brauche? – Ich sage Ihnen das konkret: Ich brauche 5 000 Euro für die Prophylaxe. Was ich nicht habe, sind 5 000 Euro. Wir sind pleite. Wenn Sie die Nichtversicherten in Berlin sichern wollen, geben Sie mir 5 000 Euro pro Jahr. Ich brauche 40 000 Euro für die Impfungen, die ich ab nächstem Jahr nicht haben werde. Wir impfen die Nichtversicherten. Schicken Sie mir alle, weil wir hier über fast Track Cities re-

den, und das ist nicht nur HIV. Das ist TB, das sind Hepatitiden, das sind alle STIs. Wir untersuchen, beraten, testen und behandeln. Und von allem schicken Sie mir alle HIV-Interessierten, positiv oder nicht. Wir impfen sie, es ist uns egal, ob Sie Micky Maus oder Lukas Murajda heißen, es ist uns egal, ob Sie versichert sind, und diese Aufgabe haben wir von Ihnen. Ich brauche 39 000 Euro pro Jahr, damit ich das machen kann, und die werde ich nächstes Jahr nicht haben, also insgesamt 44 000 Euro. Lohnt es sich? – Ich glaube, davon wird Berlin nicht pleite.

Ich kann auch weiter erzählen, aber ich glaube, mein Ziel habe ich jetzt schon erreicht. Bis Sie mich nicht stoppen, beantworte ich auch die anderen Fragen, weil ich auch andere konkrete Vorschläge habe, mindestens einen. Wie können wir das besser machen? – Wir haben zwölf Bezirke. Fünf davon haben ein Zentrum für sexuelle Gesundheit. Nur vier von diesen fünf testen. Steglitz-Zehlendorf testet nicht. Das wurde so entschieden, weil man sparen wollte. Wollen Sie das verbessern? – Steglitz-Zehlendorf als fünftes Zentrum soll auch testen. Wir müssen das Vorhandene nutzen. Wir haben das Zentrum für sexuelle Gesundheit, aber mit anderem Schwerpunkt. Wollen Sie das verbessern? – Testen wir auch dort, bieten wir die Beratung an, behandeln wir. Die Prophylaxe: Da kommt jemand am Freitagabend und sagt: Ich bin nicht versichert, ich spreche nicht Deutsch. – Wir sprechen mit ihm, weil uns Geld nicht interessiert, Gott sei Dank, und wir sprechen alle Sprachen, viele davon schon von unserem Personal, alles andere durch Dolmetscherdienste. Wir können. Er, sie oder jemand kommt am Freitagabend und sagt: Ich habe nichts, ich verstehe nichts. Ich brauche oder muss meine PrEP weitermachen oder anfangen. – Ich kann Ihm nicht sagen: Warte bis Montag, gehe zu einer Clearingstelle, ich schicke eine Sozialarbeiterin mit. – Geben Sie mir die 5 000 Euro, und ich gebe ihm das am Freitagabend, und dann bringen wir ihn am Montag zu der Clearingstelle, aber er hat schon drei Tage alles bekommen. Jetzt dürfen wir das nicht und haben kein Geld. Wollen Sie das verbessern? – Steglitz-Zehlendorf und 5 000 Euro für Mitte, 39 000 Euro, und Sie haben sie auch geimpft.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zu Frau Drees und Herrn Jäkel. In welcher Reihenfolge? – Herr Jäkel!

Stephan Jäkel (Checkpoint BLN): Vielen Dank für die Nachfragen! Ich versuche, das so ein bisschen abzuarbeiten, und Frau Drees ergänzt dann gerne. Zu Frau Neugebauer: Bei den Late Presentern haben wir überdurchschnittlich viele Frauen, die sich ansonsten im Infektionsgeschehen so nicht abbilden. Hier kommen wir zum Thema Stigmatisierung oder Diskriminierung. Bei schwulen Männern ist HIV durchaus ein Teil der Lebensrealität, und behandelnde Ärzte, die eine Erkrankung sehen und diagnostizieren, denken schneller an HIV als mögliche Erkrankung. Bei Frauen passiert das häufig nicht. Viele Frauen laufen mit ihren Symptomen unerkannt durch das medizinische System, und HIV wird nicht erkannt. Diese Menschen sind im medizinischen System vorstellig, werden aber nicht rechtzeitig erkannt. An dieser Stelle müssen auf jeden Fall wir ansetzen. Unsere beteiligten Ärztinnen, Ärzte und Kliniken im Netzwerk bringen dazu auch das provider-initiierte Testen mit. Wie kann in Rettungsstellen generell ein HIV-Test angeboten werden? Wie kann das Personal in Rettungsstellen und Kliniken mehr geschult werden, nach Indikatoren zu schauen, die die Symptome der Grunderkrankung oder Grundinfektion abchecken, sodass Menschen schneller erkannt werden? Das gilt auch für ältere Menschen, denen möglicherweise ein nicht mehr so aktives Sexualleben unterstellt wird. Hier braucht es mehr Aufklärung und Schulung des Medizinsystems, um bessere Erfolge zu erzielen. Natürlich schwingt dabei auch das Thema Diskriminierung und

Stigmatisierung mit. Wenn ich Diskriminierung und Stigma befürchte, denke ich vielleicht nicht so schnell an HIV, wehre das eher ab oder gehe nicht so schnell oder häufig zum Testen.

Zur Taskforce: Wir haben darin ein großes Thema: die Begleitung von Menschen, die im Krankenhaus mit einer Aidsdiagnose stationär aufgenommen wurden, bei denen die Kostenübernahme unklar oder verzögert ist und die Krankenhäuser darunter leiden. Wie kann dann ein gutes Entlassungsmanagement aussehen? Wie können Menschen durch Sozialarbeit begleitet werden, damit sie in eine gute Versorgung kommen? Im Checkpoint haben wir in den letzten fünf Jahren 293 Menschen in das HIV-Programm für nicht versicherte Menschen aufgenommen. Wir kooperieren dazu mit der Clearingstelle der Berliner Stadtmission und können nach einem Clearingprozess sofort Behandlung anbieten und die Menschen dann in die Zuständigkeit der Clearingstelle überführen. Wir haben für diesen Prozess Personen der Sozialarbeit, die sich um diese Fälle kümmern. Ein großer Erfolg ist, dass wir in diesen fünf Jahren 95 Prozent der 293 Personen in die reguläre Krankenversicherung überführt haben. Wir brauchen eine Überbrückungsfinanzierung für diese Menschen, damit wir starten können, damit die Menschen individuell davon profitieren, sowohl gesundheitlich als auch aus Public-Health-Sicht. Gleichzeitig schaffen wir es, den Menschen wieder eine reguläre Krankenversicherung zu ermöglichen.

Ein weiteres Drittel der Menschen haben wir verloren, weil sie vielleicht weggezogen sind. Weil das System vielleicht doch Barrieren hat, sind sie aus Berlin weggezogen. Ein weiteres Drittel braucht langfristige Unterstützung, weil ein Zugang zum SGB V noch nicht gewährleistet werden kann. Andere Länder mit einem steuerbasierten Gesundheitssystem stellen die Frage nach dem Versicherungsstatus und dann nach einem Zugang zur Krankenversicherung nicht, sondern bieten direkt eine HIV-Therapie an. Sie sagen: Aha, du bist HIV-positiv, du bekommst eine HIV-Therapie. – Das ist keine Frage des Zugangs zu einer Versicherung, sondern ein Zugang zur Präsenz in dem Land.

Im Checkpoint haben wir ein Konstrukt aufgebaut, wo das Versicherungssystem mit dem zuzahlungsbasierten ÖGD-ähnlichen System in freier Trägerschaft kooperiert, was einen relativ großen bürokratischen Aufwand im Hintergrund hat. Wir prüfen ressourcenschonend, wen wir in das Versicherungssystem überführen können, um die Zuwendungen nicht zu stark zu belasten, wir schauen, wo wir die Mittel einsetzen, aber da brauchen wir sie aber auch. Natürlich ist die Sorge der Mittelkürzungen und der Kampf um den Erhalt dieser Mittel, die uns letztes Jahr sehr umgetrieben hat, etwas, was wir nicht dauerhaft brauchen, weil es sehr viele Ressourcen bindet, wenn wir immer in dieser Existenzfrage sind.

Die Frage nach Kapazitäten zum Testen: Die Testprojekte, Checkpoint inklusive, aber auch bei den anderen Beratungsstellen sind überlastet. Wer zu Testöffnungszeiten an den Hermannplatz kommt, sieht eine Schlange durch das ganze Treppenhaus. Es gibt so viele Nachfragen, das ist auch bei den anderen Testeinrichtungen nicht anders. Wir sind schon längst oberhalb der Kapazitätsgrenze. Wir müssen die berechtigte Frage stellen, wenn wir noch zusätzlich erreichen. Wir müssen schauen, dass wir mit den zur Verfügung stehenden Mitteln ressourcenorientiert und zielgerichtet umgehen und nicht gießkannenmäßig versuchen, die letzten Prozent erreichen. Deshalb glauben wir, dass der Vorschlag für einen Aktionsplan genau das Richtige ist, wo wir inhaltlich mit dem Land Berlin darüber diskutieren wollen, wie wir die Ressourcen priorisieren und günstig einsetzen, um die letzten Prozente zu erreichen. Eine Pandemie ist erst vorbei, wenn sie vorbei ist und nicht ein oder zwei Prozentpunkte vor-

her, weil sie droht, immer wieder aufzuflammen, wenn wir nachlassen. Dafür ist es wichtig, verschiedene Testmethoden einzubringen und auch an der Diskriminierung zu arbeiten.

Heike Drees (Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin e.V.): Auch ich bedanke mich für die vielfältigen Fragen und das Interesse! Ich möchte den Blick noch einmal erweitern. Es war die Frage nach der Erreichbarkeit von Menschen, und ich möchte den Blick auf Zielgruppen richten, die noch gar nicht genannt wurden. Das sind erstens Menschen, die intravenös Drogen konsumieren. Auch dort herrscht ein Infektionsrisiko, und da würde ich gerne noch einmal das Thema Niedrigschwelligkeit von Angeboten zur Sprache bringen. Wir könnten theoretisch Tests in Drogenkonsumräumen anbieten, das heißt, auch dort könnte man das Testangebot ausweiten. Als Paritätischer sind wir auf dem Weg, haben ein Konzept zum Thema niedrigschwellige Substitution in Drogenkonsumräumen entwickelt, also den Infektionsweg durch eine Substitution zu vermeiden.

Dann möchte ich zweitens den Blick auf das Thema wohnungslose Menschen richten. Dort haben wir gemeinsam mit dem Land Berlin die POINT-Studie des Robert-Koch-Instituts finanziert. Das hat zu dem Ergebnis geführt, dass auch bei der Zielgruppe der wohnungslosen Menschen Infektionen stattfinden. Wir haben Menschen gefunden, die nichts von ihrer HIV-Infektion wussten. Auch dort ist das Stichwort wieder niedrigschwellige Angebote und mehr Testen.

Drittens möchte ich den Blick auf das Thema Menschen in Haft richten. Auch dort finden Infektionen statt. Gut, da gilt das Äquivalenzprinzip. Da ist die Justizverwaltung mit am Zug, aber auch die freien Träger machen Beratung im Justizvollzug und können auch kleine Angebote zum Thema Prävention machen

Dann möchte kurz auf die Frage Schule eingehen. Ja, es gibt, ich glaube, finanziert durch die Bildungsverwaltung, auch Angebote. Ich meine mich zu erinnern, dass ein Projekt der Berliner Aidshilfe, das in Schulen stattgefunden hat, jetzt gekürzt oder gestrichen wurde. Ich glaube, es ist komplett gestrichen. – [Zuruf] – Es ist wieder drin. Wunderbar, dann freue ich mich! Da kommt auch das Thema – wenn ich eben Justizverwaltung gesagt habe –, dass da die Bildungsverwaltung mit dran ist. Wenn wir in den Schulen wieder für mehr Aufklärung sorgen wollen, ist auch dieses Ressort zu beteiligen.

Jetzt kurz zum Thema Stigma: Berlin ist 2022 der Deklaration #positivarbeiten der Deutschen Aidshilfe beigetreten. Als Land Berlin hat Berlin die DAH-Deklaration mitgezeichnet. Das ist die Drucksache 19/0526 vom 16. September 2022, der Schlussbericht „Berlin geht voran: Gegen Diskriminierung von Menschen mit HIV im Arbeitsleben!“ Auch in der gesundheitlichen Versorgung findet Diskriminierung statt. Dieser Beitritt des Landes Berlins, diese Unterschrift unter die Deklaration, müsste noch einmal überprüft werden. Was findet an Schulungsmaßnahmen, an Fortbildung statt, auch in den Einrichtungen des Gesundheitswesens, bei der Feuerwehr, bei der Polizei? Da könnte man noch einmal gezielter nachschauen.

Ein letzter Punkt: Es wurde vorhin gesagt, dass HIV und Infektionen möglicherweise gar kein Risiko mehr seien. Es müsse vielleicht nicht mehr so auf Prävention geachtet werden. – Es war früher so – viele erinnern sich vielleicht an diesen Slogan im Fernsehen –: „Rita, was kosten die Kondome?“ – Das fand lautstark an der Supermarktkasse statt. Das Thema Sexualität wurde aus dem Tabu geholt. Das muss man heutzutage wahrscheinlich nicht mehr ma-

chen, aber was wir brauchen, sind Kampagnen der Aufklärung, die da heißen: n gleich n –, also nicht nachweisbar heißt nicht übertragbar. Das heißt, wir müssen testen und behandeln. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann habe ich noch zwei Fragen von Abgeordneten, Herr Schatz und Frau Neugebauer, und es gab noch ein paar Fragen an den Senat. Ich würde noch einmal Herrn Schatz das Wort geben.

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank! – Ich möchte beim letzten Punkt noch einmal direkt anknüpfen, also bei dem Thema Diskriminierung/Stigma. Das ist tatsächlich ein großes Problem. Vielen Dank, Frau Drees, dass Sie das noch einmal angesprochen haben – es steht auch im Aktionsplan –, dass wir öffentliche Kampagnen brauchen, um zu vermitteln, dass Menschen unter der Nachweisgrenze und unter Medikation nicht mehr ansteckend sind. Dieses Wissen hat sich meines Erachtens in diesem Haus noch nicht ausreichend verbreitet. Sonst kann ich mir nicht erklären, warum die Regierungskoalition ein ASOG beschließt, wo die Möglichkeit einer polizeiinitiierten medizinischen Untersuchung enthalten ist, weil Polizistinnen Angst haben, sich beim Einsatz mit HIV infiziert zu haben – so steht es in der Begründung –. Was Sie da getan haben, ist ein Bärenienst in der Prävention. Man fördern Sie Diskriminierung und Stigma, statt sie abzubauen. Ich muss ehrlich sagen, das ist ein Ding, wo man mit dem Hintern einreißt, was man mit den Händen aufgebaut hat. Das muss ich an der Stelle einfach mal loswerden.

Es ist tatsächlich ein Thema, das ganz viele Fachbereiche betrifft. Frau Drees hat auch Menschen in Haft angesprochen. Wir diskutieren immer noch darüber, dass nicht in allen Haftanstalten in Berlin Spritzenaustausch stattfindet, obwohl dies Infektionen verhindern könnte, weil die Ideologie ist, dass es im Gefängnis keine Drogen gibt. Das ist völlig absurd. Ideologiegetriebene Politik wird immer ein Hindernis sein, Ziele zu erreichen.

Letztlich müssen wir auch überlegen, wie wir die Prävention ausbauen können. In den letzten 20, 30 Jahren haben wir in Deutschland große Fortschritte gemacht. Prävention als Teil von Gesundheit war vorher noch gar nicht so enthalten. Dass die gesetzliche Krankenversicherung Präventionsleistungen bezahlen muss, ist noch nicht so lange im SGB V verankert, aber auch hier müssen wir nachlegen. Die Länder haben eine unmittelbare Aufgabe und erfüllen sie auch. Trotzdem ist es wichtig, weiter zu investieren. Es geht auch darum, sich permanent an Veränderungen in der Gesellschaft anzupassen, wie wir es auch bei Tests tun müssen. Ich glaube, wir brauchen eine intensive Diskussion, denn wir reden hier über etwa 1 000 Menschen, die wir in einer Viermillionenstadt erreichen müssen. Das ist ein bisschen wie Nadeln im Heuhaufen suchen. Ich glaube, da braucht es ganz intensive auch konzeptionelle Arbeit zwischen der Verwaltung, den Trägern und den ÖGD, um dann zu ermitteln, wie wir die sinnvoll erreichen können und wie wir die Gelder dort sinnvoll einsetzen.

Sinnvoller Geldeinsatz führt auch noch zu einer anderen Frage, die Versorgung von Nichtversicherten HIV-Positiven über den Checkpoint – das hat auch Dr. Murajda für das Gesundheitsamt gesagt –: Wie kommen Sie an die Medikamente heran, wenn Sie die PrEP jemanden zur Verfügung stellen wollen? Zu Apothekenpreisen oder profitieren Sie da vielleicht von Rabatten? Das wäre beispielsweise eine Einsparmöglichkeit. – Die Vorsitzende fuchelt schon wieder mit ihren Händen. Ich nehme das als Zeichen und würde an dieser Stelle schließen. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Frau Neugebauer!

Laura Neugebauer (GRÜNE): Ich kann mich da bei sehr vielen Fragen dem Kollegen Schatz anschließen. Ich würde aber noch ergänzen, dass ich, um ehrlich zu sein, von der Antwort des Senats bezüglich der Umsetzung und vielleicht auch Übernahme des Aktionsplans noch nicht zu 100 Prozent überzeugt bin. Die Formulierung „Das Bessere ist der Feind des Guten“ finde ich sehr fragwürdig, wenn wir hier ernsthaft darüber diskutieren wollen, wie die

letzten Prozent zu den 95 Prozent erreichen wollen. Ich glaube, wenn wir sehen, dass wir bestimmte Gruppen noch nicht erreichen, muss man auch da noch einmal neu denken und prüfen, wie man diese Gruppen erreichen kann. Wir wissen vom Runden Tisch Mpox, dem Runden Tisch für die Fast-Track-City, dass Runde Tische nur funktionieren, wenn am Ende die bei den Runden Tischen erarbeiteten Leitlinien, Ziele oder Aufgaben auch umgesetzt werden.

Deswegen würde ich mich an der Stelle schon wünschen, dass wir da noch einmal kritisch draufschauen, was vom Land Berlin übernommen werden muss, wo es eine Koordination der Senatsverwaltung für die Umsetzung braucht, aber auch, wo wir in der Versorgung nachjustieren müssen. Ich würde da bitten, dass wir den Runden Tisch am Ende nicht nur ein Gesprächsprojekt sein lassen, sondern am Ende auch in die Umsetzung der Ergebnisse kommen.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt noch zu Herrn Hansel.

Frank-Christian Hansel (AfD): Vielen Dank! – Herr Dr. Murajda! Habe ich Sie richtig verstanden? Sie sagen hardcore, tatsächlich materiell: Wenn Sie 50 000 Euro bekommen, wäre dieses Thema der Behandlung von Menschen, die das erste Mal damit umgehen, dass ich betroffen sein könnte – wenn man zu einer Risikogruppe gehört, dann weiß man das, glaube ich –, und wenn ich dann den Impuls habe: Jetzt geht es mir gut, und ich gehe da mal hin. Ich weiß, dass das Gesundheitsamt Mitte das machen kann, und ich gehe zu Ihnen, Geld spielt keine Rolle –, als Hardcorethema gelöst? Das ist die Frage.

Vorsitzende Silke Gebel: Ich habe jetzt keine Fragen von Abgeordneten mehr. Dann gab es ein paar Fragen an die Anzuhörenden und an den Senat. Ich würde zuerst an die Anzuhörenden geben, und dann kann der Senat noch einmal zum Schluss ausführen. – Herr Murajda!

Dr. Lukas Murajda (Gesundheitsamt BA Mitte): Damit das auch gleich beantwortet ist: Wir können uns zusammensetzen und detailliert anschauen, was genau – das wäre auch eine Vorgehensweise, das zu definieren – wir uns leisten können, und wir können sagen, was dafür machbar ist. Wir würden das Akute bei den Nichtversicherten damit abdecken – mindestens so kann ich kurz antworten.

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Jäkel!

Stephan Jäkel (Checkpoint BLN): Vielen Dank für die Frage! Mir ist auch wichtig zu betonen, dass es hier immer darum geht, Erreichtes zu halten. Die Menschen sind nicht wieder HIV-negativ, die bleiben HIV-positiv, sind dann gut behandelt und nicht infektiös. Sie können in der Regel ihr Leben so weiterverfolgen, wie sie das geplant und gehofft haben. Wenn wir jegliche Unterstützung dieser Zielgruppe aufhören, nur weil wir sie schon einmal getestet oder sie in Behandlung geschickt haben – wir haben es mit vulnerablen Zielgruppen zu tun, die auch Folgen der Auswirkungen des Minderheitenstresssyndrom spüren –, und je größer die gesellschaftliche Diskriminierung ist oder die Rahmenbedingungen sich irgendwie wieder verschlechtern, desto mehr sind diese Menschen wieder in Gefahr, vielleicht weniger Selbstfürsorge zu betreiben, dazu mental nicht mehr in der Lage sind. Das geht dann relativ schnell damit einher, dass ich vielleicht meine HIV-Medikamente nicht mehr regelmäßig einnehme und das dann wieder individuell und bei der Public Health zu Problemen führt. Wir müssen das Erreichte sichern, und wir müssen Lücken schließen.

Bei diesem Lückenschließen – Carsten Schatz hat es gesagt – muss man sich überlegen, wie man das organisiert. Deshalb ist unsere Idee mit dem Vorschlag eines Aktionsplans, da intensiv mit dem Senat, mit der Gesundheitsverwaltung, mit den anderen Verwaltungen in die Diskussion zu gehen, um dann irgendwie zu schauen, wie wir priorisieren können, wo die nächsten Schritte sind, um das irgendwie zu machen. Deshalb ist es unser Wunsch, dass das Land Berlin die Führung übernimmt, unseren Vorschlag für einen Aktionsplan prüft und schaut, was es davon umsetzen möchte, mit uns diskutiert und wie es in einer guten Gesellschaft möglich ist, konstruktiv über die besten Lösungen streitet, aber dann auch sagt: Das ist jetzt die Agenda des Landes Berlin, zu der die Sie sich in irgendeiner Form mit dem Beitritt zum Fast-Track-Cities-Netzwerk auch beteiligt haben.

Wir wissen, dass das Geld endlich ist. Ja, es gibt Einsparpotenziale, und leider ist es so, dass die Clearingstelle und der Checkpoint Medikamente nur zum Apothekenpreis einkaufen können. Da wäre es sehr hilfreich, darüber zu diskutieren, wie die Clearingstelle – über die unsere Medikamentenbestellungen laufen, wir kooperieren da, um ressourcenschonend zu sein – an Rabattverträgen teilnehmen kann, wie es die Krankenversicherungen auch tun. Dass wir 100 Prozent der Medikamentenkosten zu Apothekenpreisen bezahlen, während eine Krankenversicherung vielleicht nur 25 Prozent oder 50 Prozent zahlt, ist eigentlich ein Ding der Unmöglichkeit. Hier gibt es, glaube ich, Möglichkeiten, nachzusteuern und zu einer effizienteren Mittelverwaltung zu kommen.

Heike Drees (Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin e.V.): Deshalb hat der Aktionsplan auch eine Unterüberschrift, nämlich: Gemeinsam gegen HIV, Aids, übertragbare Infektionen und Tuberkulose.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann hat jetzt der Senat noch einmal die Gelegenheit zu antworten.

Senatorin Dr. Ina Czyborra (SenWGP) Vielen herzlichen Dank! – Ich habe es vielleicht nicht deutlich genug gemacht. Es gibt eine senatsinterne Besprechung in meiner Verwaltung mit allen notwendigen Beteiligten für den 7. Januar 2026, und selbstverständlich wird der Aktionsplan Thema sein; wir sind sehr daran interessiert. Das meinte ich mit: „Das Bessere ist der Feind des Guten.“ – Wir sind mit dem Aktionsplan und etlichen Elementen schon gut, daraus können wir noch besser werden. Das war damit gemeint. Insofern sind wir sehr interessiert, auf dieser Grundlage weiterzuarbeiten. Ich muss allerdings an dieser Stelle auch sagen, dass der Mangel allerorten ist, und wir haben hier auch personelle Unterlängen in meinem Haus, die uns nicht ermöglichen, alles mit dem Personaleinsatz umzusetzen, wie wir uns wünschen. Wir arbeiten aber daran, Stellen zu besetzen und die nötigen Personalkapazitäten an der Stelle zur Verfügung zu stellen, weil wir die Relevanz des Themas sehen.

Zum Thema Rabattverträge: Das ist selbstverständlich auch in meinem Haus intensiv geprüft worden. Es kommt zu der Auffassung, dass der momentane Rechtsrahmen eben nicht ermöglicht, diese Rabattverträge auszuhandeln. Da gibt es bundesrechtliche Hürden. Wir haben eine intensive Debatte gerade bundespolitisch um das Gesundheitswesen in verschiedenster Hinsicht. Da geht es auch immer um Arzneimittelpreise. Da wurde auch ins Feld geworfen, vielleicht die Umsatzsteuer zu reduzieren, um insgesamt für eine Entlastung zu sorgen. Das reißt natürlich wieder Lücken an anderer Stelle, auch in Länderhaushalten. Das muss einem auch klar sein. Diese Frage der Kosten in verschiedenen Bereichen für die notwendigen Arzneimit-

tel ist auf dem Schirm. Momentan ist die Einschätzung meines Hauses, dass es rechtlich leider nicht möglich ist. Das würde das Land Berlin und das System entlasten. Auch das werden wir sicherlich weiter besprechen und darüber reden, welche Änderungen des Rechtsrahmens auf Bundesebene vielleicht vorangetrieben werden müssten, um da weiterzukommen. Vielleicht erst einmal so viel dazu! Wir werden uns also ganz frühzeitig im nächsten in den verschiedensten Runden mit dem Aktionsplan beschäftigen und dann auch prüfen, wie mit welchen Personalmitteln, aber auch auf welchen Wegen tatsächlich so eine koordinierende Funktion über alle Akteure wahrgenommen werden kann, um hier ein schon gutes System noch effizienter aufzustellen. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Ich habe jetzt noch eine Wortmeldung von Herrn Schatz.

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielen Dank, Frau Senatorin und die Anzuhörenden! Zu den letzten beiden Aussagen: Soweit ich weiß, gibt es aber auch ein Gutachten der Clearingstelle selbst, das zu einem anderen Ergebnis kommt. Würden Sie uns darüber informieren, was die Unterschiede sind, sodass man es dann auch ernsthaft politisch diskutieren kann? Das ist die erste Frage.

Zweite Frage: Welche zeitliche Zielmarke setzen Sie sich denn, wenn Sie sagen, dass am 7. Januar 2026 die hausinterne Beratung stattfinden soll. Wann soll denn dann der Runde Tisch zusammenkommen? Wann soll der Arbeitsprozess über die Diskussion des vorgelegten Aktionsplan beginnen? Haben Sie ein zeitliches Ziel, dass Sie sagen: Bis zur Sommerpause wollen wir zu folgenden Punkten kommen –? – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Ich sehe keine weiteren Fragen von Abgeordneten. – Frau Czyborra!

Senatorin Dr. Ina Czyborra (SenWGP): Es ist nicht so, dass wir nicht in einem permanenten Arbeitsprozess wären. Wir hatten zum Beispiel am 21. November 2025 im Rahmen des siebenjährigen Bestehens des Checkpoints einen Fachtag, wo sich auch die Staatssekretärin zu diesen Fragen geäußert hat. Meine Terminleiste sieht Anfang des Jahres einen Runden Tisch vor. Wir sind die ganze Zeit über in einem intensiven Arbeitsprozess. Diese 45 000 Euro werde ich auch noch einmal nachfragen. Ich kann nur sagen, dass die zuständige Stelle bei mir im Haus zu diesen Rabattverträgen zu der rechtlichen Einschätzung kommt, die ich hier vorge tragen habe – das haben wir häufig, dass es unterschiedliche Auffassungen gibt –; das ist der zuständige Jurist für solche Fragen. Wir könne es gerne noch einmal diskutieren, aber das ist bei uns der Erkenntnisstand. Wie gesagt, wir haben einen engen Zeitplan. Am 21. November 2025 hatten wir den Fachtag, wir werden Anfang Januar hausintern sprechen, wir werden den nächsten Runden-Tisch-Termin darauf ausrichten und darüber sprechen. Insofern sehe ich uns hier schon auf der zeitlichen Schiene relativ straff unterwegs, und wir werden dann die weiteren Punkte angehen und Arbeitspakete verteilen, wie es in so einem Prozess gemacht wird, und dann sicher auch hier gerne wieder berichten.

Vorsitzende Silke Gebel: Alles klar! – Ich habe keine weiteren Wortmeldungen. Wir vertagen die Besprechung, da ist gerade viel in Bewegung, und rufen die Besprechung wieder auf, wenn das Wortprotokoll vorliegt. – Ich bedanke mich bei unseren Anzuhörenden für Ihre Zeit und für Ihre Arbeit für unsere Stadt und wünsche Ihnen eine schöne Woche und einen guten

Rutsch in das neue Jahr! Wenn Sie Weihnachten feiern auch ein wunderschönes Weihnachten! Dann wünsche ich Ihnen noch einen schönen Tag! Sie können gerne noch bleiben, aber Sie können auch gerne gehen, wie Sie das wünschen.

Punkt 5 der Tagesordnung

Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD
Drucksache 19/2726

[0354](#)
GesPflg

**Quote bei der HPV-Impfung steigern – Risiken bei
Übertragung und Erkrankung senken**

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 6 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.