

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit und Pflege

65. Sitzung
16. Februar 2026

Beginn: 09.34 Uhr
Schluss: 12.06 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.

Vorsitzende Silke Gebel: Wir kommen zu

Punkt 3 der Tagesordnung

- a) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0163](#)
Pakt für den ÖGD: aktueller Umsetzungsstand
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und
der Fraktion Die Linke) GesPflieg

- b) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0183](#)
Situation der Gesundheitsämter in Berlin.
Zukünftige Herausforderungen
(auf Antrag der AfD-Fraktion) GesPflieg

- c) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0358](#)
Tuberkulose – epidemiologische Lage in Berlin,
Krankenversorgung und Bevölkerungsschutz
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion
der SPD) GesPflieg

- d) Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen [0367](#)
Drucksache 19/2864 GesPflieg
Fortführung des Pakts für den Öffentlichen
Gesundheitsdienst über das Jahr 2026 hinaus
sicherstellen BuEuMe(f)

Hierzu: Anhörung

Ich begrüße recht herzlich Frau Gudrun Widders, Ärztin, ehemalige Leiterin des Gesundheitsamts Spandau und seit 2023 stellvertretende Vorsitzende im Beirat Pakt ÖGD, sowie Herrn Stefan Pospiech, Geschäftsführer von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. Aus dem Bereich der Berliner Verwaltung nehmen heute teil: Herr Sebastian Dietrich, Leiter des Zentrums für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen im Bezirksamt Lichtenberg, sowie Frau Dr. Nicoletta Wischniewski, Leiterin des Gesundheitsamts in Charlottenburg-Wilmersdorf; sie wird begleitet von Herrn Bezirksstadtrat Simon Hertel, Leiter der Abteilung Jugend und Gesundheit im Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf. Herzlich willkommen! Danke, dass Sie sich heute alle die Zeit nehmen und uns ein bisschen schlauer machen!

Ich frage den Ausschuss, ob die Anfertigung eines Wortprotokolls gewünscht wird. – Ich sehe Nicken. – Dann starten wir jetzt mit den Begründungen. Der erste Besprechungspunkt wird von der Fraktion Die Linke begründet. – Herr Schatz!

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Der Pakt für den ÖGD hat es Berlin ermöglicht, insbesondere die Personalsituation im Öffentlichen Gesundheitsdienst deutlich zu verbessern, auch wenn es weiterhin Herausforderungen bei der Besetzung von Stellen gibt. Außerdem konnte im Rahmen des Pakts auch die digitale Infrastruktur – das haben wir im Bericht aus der Senatsverwaltung schon gehört – spürbar modernisiert und ausgebaut werden. Aus unserer Sicht braucht es aber über das, was im Pakt vereinbart wurde, hin-

aus weiteren Ausbau, sowohl personell als auch was die digitale Infrastruktur angeht, damit der ÖGD – nach unserer Auffassung zumindest – seinen gesetzlichen Aufgaben vollumfänglich nachkommen kann. Wir sollten außerdem immer im Hinterkopf behalten: Dieser Pakt für den ÖGD ist damals eingeführt worden, als im Zuge der Coronakrise gemerkt wurde, dass der ÖGD die Aufgaben, die er eigentlich hat, so, wie er ausgestattet ist – sowohl personell als auch infrastrukturell – nicht wirklich erledigen kann.

Nun sehen wir aber mit dem Auslaufen des Pakts zum Ende des Jahres die Gefahr, dass die Fortschritte, die bisher erreicht wurden, nicht gesichert werden und weitere Schritte nicht gegangen werden können, sodass sich aus unserer Sicht die Frage stellt – vor allem an den Senat –, was getan werden soll, um die Weiterfinanzierung sicherzustellen, damit das Erreichte gesichert wird und perspektivisch ein weiterer Ausbau gelingen kann. Wir haben von vielen Fachverbänden Stellungnahmen, die für eine Fortführung des Pakts und eine Weiterfinanzierung plädieren, wissen auf der anderen Seite aber, dass die Bundesregierung das Auslaufen schon beschlossen hat. Für uns ist also die Frage: Wie geht es weiter? Welche Perspektiven haben wir? Das müssen wir heute hier miteinander erörtern. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zur Begründung des Besprechungsbedarfs durch die AfD-Fraktion, und Herr Ubbelohde hat das Wort.

Carsten Ubbelohde (AfD): Vielen Dank! – Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist sehr bedeutsam. Er hat sehr viele bedeutsame Aufgaben zu erledigen, aber nicht alle bedeutsamen Aufgaben, die sich uns in diesem Gemeinwesen stellen, müssen durch den ÖGD bearbeitet werden. Es ist so, dass er zunehmend als sozial- und präventionspolitischer Akteur verstanden wird, der weit über seine klassischen Aufgaben hinweg tätig sein soll. Das geht über die allgemeine Gesundheitsförderung, die Beratung, Prävention, Klimaschutzmaßnahmen und vieles mehr hinaus, auch Bereiche, die durch private Leistungserbringer, durch Hilfsorganisationen, aber auch durch individuelle Eigenverantwortung des einzelnen Bürgers durchaus zu erbringen wären. Der ÖGD ist in weiten Teilen inzwischen aus unserer Sicht mit Aufgaben überfrachtet, und die Personalsituation, gerade mit Blick auf die absehbare Welle von Renteneintritten und altersbedingtem Ausscheiden, bedingt eine Krisensituation, der wir uns realistisch stellen müssen. Der Marburger Bund, also auch der BVÖGD, haben hier von einer kommunalen Schönfärberei, was die Personalsituation anbelangt, gesprochen, und auch der Besetzungsstand der geschaffenen Stellen, der offenen Stellen zeigt, dass wir uns hier ehrlich machen müssen.

Die Coronamaßnahmenzeit hat gezeigt, dass gerade mit Blick darauf, dass in dieser Zeit durchaus nicht alle Maßnahmen sinnvoll und nachvollziehbar waren und einer realistischen Notwendigkeit gefolgt sind, die Kernaufgaben des ÖGD – die wir zum Beispiel auch bei der Seuchenbekämpfung, beim Katastrophenschutz, beim Sozialpsychiatrischen Dienst sowie bei schulärztlichen Untersuchungen, Schuleingangsuntersuchungen und vielem mehr sehen, also auch bei hoheitlichen Aufgaben – nur zum Teil erledigt werden können, weil die Aufgaben verwässert werden. Hier ist es wichtig, dass wir die richtigen Strukturen schaffen, das Know-how an der richtigen Stelle bündeln und dann die Ausstattung, aber auch die Finanzierung auf einer realistischen Basis feststellen können. Hier sind wir gespannt auf die abgelaufene Evaluation beziehungsweise die Ergebnisse der gerade stattgefundenen Untersuchung des Zustands des ÖGD, auf Ihre Analyse, die Sie uns heute erbringen. In diesem Zusammenhang freue ich mich auf die Beratung und danke Ihnen für Ihre Teilnahme heute. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Für die Koalitionsfraktionen begründet Frau Dr. Wein den Besprechungspunkt.

Dr. Claudia Wein (CDU): Vielen Dank! – Tuberkulose ist eine Erkrankung, die in Berlin über viele Jahre eine große Rolle gespielt hat. Sie ist immer wieder mit Krisen und Kriegen auf dieser Welt und den Menschen verknüpft, die dann zu uns kommen, aber auch endemisch vorhanden. Insofern ist es immer sehr interessant zu hören: Wie ist die epidemiologische Lage jetzt? Was kann im Grunde berichtet werden?

Wir haben in Berlin die Sondersituation, dass ein einziges Amt für die gesamte Stadt zuständig ist und damit eine äußerst wertvolle epidemiologische Übersicht hat, die man sonst so nirgendwo findet. Es ist also insofern für uns sehr schön, dass Sie heute hier sind, Herr Dietrich! An unser Ohr sind Berichte gedrungen, dass es in der Bevölkerung Zweifel zur Absonderung von offen erkrankten Patienten und Patientinnen gibt. Dazu werden Sie sicher etwas sagen können, inwieweit das gesichert ist. Die Besonderheit ist ja, dass es eine langsam verlaufende Krankheit ist, auch die Heilung langsam erfolgt und über Monate Medikamente

eingenommen werden müssen. Das ist alles recht ungewöhnlich und fordert die Patientinnen und Patienten sowie die Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger und so weiter sehr heraus. Es wäre schön, wenn Sie sich dazu auch äußern könnten. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir noch zur Fraktion Bündnis 90/Die Grünen für die Begründung des Antrags. – Frau Pieroth!

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Seit 2021 sind 136 Millionen Euro Bundesmittel, davon 17 Millionen Euro in die Digitalisierung, geflossen. 220 neue Vollzeitstellen wurden geschaffen, 90 Prozent besetzt, fast alle unbefristet. Damit wird erstmals ein modernes Muttergesundheitsamt Realität. Ich glaube, wir sind uns hier alle sehr einig, bis auf vielleicht mein Gegenüber, dass die soziale und regionale Ungleichheit von Gesundheit durch aufsuchende, niedrigschwellige und sozialkompensatorische Angebote des ÖGD abgemildert werden kann. Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung – Sie werden auf alles eingehen – sind dringend notwendig und unsere wichtigste Aufgabe.

Leider hat eine Schriftliche Anfrage im Bundestag gezeigt, dass der Pakt Ende 2026 nicht fortgesetzt werden kann, und wir werden im Nachgang an Ihre Analyse auch darüber sprechen, wie wir mit unserem gemeinsamen Antrag für eine Fortführung des ÖGD umgehen. – Herzlichen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zur Anhörung. Ich schlage vor, dass wir in der Reihenfolge Frau Widders, Herr Pospiech, Frau Wischnewski und Herr Dietrich vorgehen. – Dann fangen wir mit Frau Widders an.

Dipl.-Med. Gudrun Widders (Beirat Pakt ÖGD): Vielen Dank! – Vielen Dank für die Einladung und vielen Dank auch für die Vorstellung!

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Ich werde über die Paktumsetzung berichten, aber auch über das begleitende Gremium, den Beirat Pakt ÖGD.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Hier ein paar Fakten zu mir: Mir wird nicht langweilig, obwohl ich das Gesundheitsamt Spandau nicht mehr leite. In diesem Jahr ist es das 27. Jahr, in dem ich mich praktisch für den ÖGD einsetze.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Sie haben es schon gesagt, der Ausgangspunkt war das Jahr 2020. Wir können uns alle an den Beginn der Pandemie gut erinnern. Da wurde deutlich, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst, der in großem Umfang Aufgaben übernommen beziehungsweise eine Schlüsselrolle bei der Krisenbewältigung gespielt hat, personell und strukturell nicht so ausgestattet war, dass er diese Aufgaben ohne Weiteres und umfassend wahrnehmen konnte. Es wurde klar, dass der ÖGD personell gestärkt und moderner werden musste. Es wurde aber auch klar, dass es nicht nur die Herausforderungen von Krisen oder von Infektionsepidemiologischen Ereignissen

nissen wie einer Pandemie sind, sondern dass der ÖGD auch eine Rolle bei Klimaveränderungen, bei neuen Erregern, aber auch im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel spielt; das wurde auch schon gesagt.

Deswegen hat am 29. September 2020 der Bund, gemeinsam mit den Ländern, beschlossen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu stärken. In dem Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2026 wurden 4 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt, um den ÖGD personell zu stärken, ihn zu modernisieren und zu vernetzen. Der Pakt ÖGD wird begleitet durch den „Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“, kurz Beirat Pakt ÖGD.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Jetzt zu den Fakten: Das ist eine Aufstellung der Finanzmittel, die 2021 bis 2026 zur Verfügung gestellt wurden. Der größte Posten sind 3,1 Milliarden Euro für den Personalaufwuchs und die Attraktivitätssteigerung des ÖGD. Dann sehen Sie die einzelnen Positionen für die Digitalisierung, für eine gestärkte Infrastruktur von Flug- und Seehäfen in Zusammenhang mit der Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften, für den Auf- und Ausbau des elektronischen Meldesystems, aber auch für die Stärkung der beteiligten Bundesbehörden und für Forschung und Evaluierung. Wenn Sie das alles addieren, kommen Sie auf 4 Milliarden Euro.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Die Paktumsetzung hat verschiedene Bereiche. Zunächst sind das der Personalaufbau und die Digitalisierung. Dies schienen erst einmal die wichtigsten Themen im Zusammenhang mit der Pandemie zu sein. Aber dann sind weitere Themenschwerpunkte deutlich geworden: Die Steigerung der Attraktivität des ÖGD, aber auch die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften spielten eine besondere Rolle. Für die Zukunft haben wir uns im Beirat Pakt ÖGD damit befasst, wie zukunftsfähige Strukturen für den ÖGD aussehen sollen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Zum Personalaufwuchs: Das sind die Ziele. Diese sind auf die einzelnen Jahre aufgeteilt worden, im Jahr 2021 zum Beispiel 1 500 Vollzeitäquivalente, die zusätzlich geschaffen werden sollten, und dann geht es weiter über die Jahre 2022 bis 2025. Hier ist in Klammern immer dahinter gesetzt, was dann tatsächlich erreicht wurde. Wir sehen, dass in den einzelnen Jahren die Ziele erreicht beziehungsweise übererfüllt wurden. Das Ziel von 4 300 Vollzeitäquivalenten bis Ende 2024 etwa wurde in dem Sinne übererfüllt, dass tatsächlich 5 210 besetzte Stellen vorhanden waren. Allerdings sind das jetzt die Vollzeitäquivalente, die man datenmäßig erfasst hat. Da sind teilweise Finanzierungen nicht nur vom Bund dabei. Die Auswertung für Ende 2025 steht aus, der Bericht wird im März 2026 vorgelegt.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Zum Beirat: Der Beirat ist ein externes unabhängiges Gremium. Es wurde anfangs für die Zeit von März 2021 bis März 2023 berufen, im Einvernehmen mit der Gesundheitsministerkonferenz. Der Beirat sollte die Paktumsetzung begleiten, was er bis jetzt auch getan hat. Im einvernehmlichen Beschluss der Paktparteien wurde dann festgelegt, dass der Beirat ein Mandat

zur Verlängerung erhält, und zwar bis 2026. Die zweite Amtszeit läuft jetzt bis Ende 2026 und hat den Fokus auf Empfehlungen für die nachhaltige Umsetzung des Paktes sowie die Attraktivitätssteigerung, strukturelle Anpassungen und Schaffung zukunftsfähiger Strukturen für den ÖGD. Wir haben in der zweiten Amtszeit vor Kurzem die siebte Sitzung gehabt. Den Beirat Pakt ÖGD leitet Frau Dr. Kristina Böhm, und die Stellvertretung habe ich.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Hier sehen Sie eine Visualisierung, wie sich der Beirat Pakt ÖGD zusammensetzt: Da gibt es einmal die Einzelsachverständigen. Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bin ich Einzelsachverständige. Dann gibt es die Sachverständigen für die einzelnen Institutionen. Die Institutionen sind hier auf der rechten Seite genannt. Ich spare es mir, sie alle aufzuzählen, der Vortrag wird ja zur Verfügung gestellt und dem Protokoll beigelegt. Einfach einmal zur Visualisierung, wer alles ständig im Beirat beziehungsweise dann bei den einzelnen Arbeitsgruppen und Redaktionsgruppen zugegen ist. Ständige Gäste sind das Bundesgesundheitsministerium, die Gesundheitsministerkonferenz, das Landesgesundheitsamt Flächenland und das Landesgesundheitsamt Stadtstaat, und die kommunalen Spitzenverbände sind auch vertreten.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Die Aufgaben und Arbeitsweise des Beirats Pakt ÖGD: Er begleitet und berät als unabhängiges Expertengremium Bund und Länder bei der Umsetzung des Paktes, und er entwickelt Empfehlungen zur Stärkung, Modernisierung und zum Aufbau von zukunftsfähigen Strukturen. In der zweiten Amtszeit haben wir unsere Arbeitsweise etwas verändert. Da haben wir Redaktionsgruppen, die sich mit ganz konkreten Themen beschäftigen und hier Empfehlungen beziehungsweise Handreichungen sowohl für den Öffentlichen Gesundheitsdienst als auch für die Politik erarbeitet haben.

Besonders hinweisen möchte ich auf die Arbeitsgruppe 4. Diese wurde schon in der ersten Amtszeit konstituiert und heißt „Länderübergreifende Aufgaben im ÖGD.“ Da geht es insbesondere um die Angleichung der Gesundheitsdienstgesetze, also die Angleichung der Rechtsregelungen zu den Aufgaben. Das gestaltete sich ziemlich umfassend und schwierig, denn es geht nicht nur um die Rechtsregelungen in den Gesundheitsdienstgesetzen, sondern auch in den zugehörigen Landesgesetzen, die die Aufgaben des ÖGD festlegen, und das ist in den Bundesländern teilweise sehr verschieden. Natürlich haben wir eine ganze Reihe von Aufgaben, die in Bundesgesetzen festgelegt sind, und das haben wir in einer Übersicht dargestellt, die dann auch zur Verfügung gestellt wird. Wir haben Übersichtsblätter zu verschiedenen Aufgaben gemacht. Wir haben uns entschieden, fünf Übersichtsblätter zu veröffentlichen: zur Kinder- und Jugendgesundheit, zur Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung, zur Prävention und Gesundheitsförderung, zum Katastrophenschutz und zum umweltbezogenen Gesundheitsschutz.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Die Berichte und Empfehlungen aus der ersten Amtszeit: Im ersten Bericht ging es um Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen. Im zweiten Bericht ging es dann insbesondere um die abgestimmte

Kommunikation sowie Kommunikationswege und -maßnahmen über die einzelnen Verwaltungsebenen hinweg in gesundheitlichen Krisen.

Ein wichtiges Thema für den Öffentlichen Gesundheitsdienst sind Wissenschaft und Forschung. Am Anfang waren die beiden Themen 3 und 4 als ein gemeinsamer oder komplexer Bericht gedacht, wir haben dann aber zwei Berichte daraus gemacht, einmal Wissenschaft und Forschung – darin wurden Empfehlungen für den ÖGD erarbeitet –, und im vierten Bericht ging es insbesondere um die Multiprofessionalität, die im ÖGD ausgebaut und gefördert werden soll. In den Berichten sind jeweils konkrete Vorschläge gemacht worden. Dann gab es in der ersten Amtszeit auch noch die Empfehlungen zur Richtlinie des Förderprogramms Digitalisierung im Rahmen des Paktes für den ÖGD.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

So sehen die Berichte aus. Ich habe oben den Link hineinkopiert. Unter diesem Link kann alles, was der Beirat Pakt ÖGD gemacht hat beziehungsweise was an Paktumsetzung zu entnehmen ist, heruntergeladen und eingesehen werden.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

In der zweiten Amtszeit hat sich unsere Arbeitsweise wie gesagt etwas verändert. Wir haben geschaut, was gerade die Themen sind, die besonders eine Rolle spielen und über die wir uns ganz besonders verständigen müssen. Wir haben dann in der Redaktionsgruppe 1 eine Stellungnahme geschrieben, „Die Rolle des ÖGD im Klimawandel“. Wir haben eben gehört, dass der ÖGD viele Aufgaben hat, und beim Klimawandel ist es zum Beispiel so, dass es auf Bundesebene das Klimaanpassungsgesetz gibt. Da steht, dass die Träger der Aufgaben verantwortlich sind. Das sind die Länder und die Kommunen. Da steht kein Wort vom ÖGD, und damit bekommt der ÖGD auch keine einzige Stelle, aber hat Aufgaben im Zusammenhang mit dem Klimawandel bekommen – eigentlich bundesweit, in fast allen Bundesländern. Welche der Rolle der ÖGD tatsächlich im Rahmen des Klimawandels hat und wie diese Aufgaben wahrzunehmen sind, ist in dieser Stellungnahme dargestellt.

„Der ÖGD der Zukunft“ ist die zweite Stellungnahme, der Redaktionsgruppe 2. Da geht es um Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung, aber auch um die medizinische Versorgung. Wir kennen alle die Beispiele – ich war ja in Spandau Amtsärztin –, dass wir lebensraumorientierte Regionen haben, in denen es zum Beispiel keinen einzigen Kinderarzt gibt, obwohl es eine Migrationsrate von über 90 Prozent in Kitas und Schulen gibt. Die Ärzte sind an anderer Stelle. Wenn man es insgesamt betrachtet, mit den Augen der KV, gibt es aber zum Beispiel im Bezirk eine ausreichende kinderärztliche Ausstattung. Wie uns die Kollegen aus den verschiedenen Bundesländern berichtet haben, gibt es immer wieder, vor allem im ländlichen Bereich, Aufgaben, die der ÖGD subsidiär oder sozialkompensatorisch übernehmen muss, die nicht als Aufgaben für den ÖGD geregelt sind, die aber übernommen werden müssen – für Menschen, die durch das Raster fallen, die nicht den Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung haben oder nicht krankenversichert sind, wie zum Beispiel Flüchtlinge. Damit befasst sich der zweite Bericht, die zweite Stellungnahme der Redaktionsgruppe 2 und betrachtet natürlich: Was gehört alles zur Gesundheitsberichterstattung? Wie muss Gesundheitsplanung effizient funktionieren, und welche Aufgaben hat dabei der ÖGD?

Bei der dritten Stellungnahme, die wir in der Redaktionsgruppe 3 erarbeitet haben, geht es insbesondere um das Medizinstudium. Was lernen Medizinstudierende überhaupt darüber, was die Aufgaben im Öffentlichen Gesundheitsdienst sind? Wie interessant kann es sein, in einem Gesundheitsamt zu arbeiten? Sie lernen da nicht viel. Wir hatten aus dem ÖGD schon Experten und Sachverständige im Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen. Ich war auch eine solche Sachverständige und habe die Gratwanderung mitgemacht, Prüfungsfragen an Medizinstudierende zu Dingen zu stellen, die eigentlich gar nicht gelehrt werden. Damit hat sich diese Redaktionsgruppe 3 besonders beschäftigt und zum Beispiel die Empfehlung gegeben, dass ein Curriculum für die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu erarbeiten ist, in dem klargestellt wird: Was macht der Öffentliche Gesundheitsdienst? Was sind die Dinge, die wahrgenommen werden, anders als in den anderen Versorgungsstrukturen im medizinischen Bereich, und was müssen Medizinstudierende im Rahmen des Medizinstudiums dazu schon wissen?

Was ist jetzt gerade in Arbeit? – Es gibt die Redaktionsgruppe 4. Diese beschäftigt sich mit der Vernetzung von Praxis und Forschung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Dann gibt es die Redaktionsgruppe 5. Diese ist im Moment ganz eng getaktet, aber auch schon relativ weit fortgeschritten. Da geht es um Prävention und Gesundheitsförderung. Dann wird es eine Redaktionsgruppe 6 geben, die sich mit den Gesundheitsfolgenabschätzungen beschäftigt, und es wird eine Redaktionsgruppe geben, die am Ende eine Bilanz für die Aufgabenumsetzung des Paktes ÖGD zieht und darstellt, was in diesen Jahren von 2021 bis 2026 geleistet wurde. Über die Arbeitsgruppe 4 „Länderübergreifende Aufgaben“ habe ich eben schon gesprochen. Diese Arbeit wird auch 2026 abgeschlossen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Das sind die drei Stellungnahmen, die in der zweiten Amtszeit, also seit 2023 bis jetzt, erarbeitet worden sind, und da wird es noch drei weitere geben. – Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau Widders, für diese ausführliche Übersicht über den Beirat zum Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und damit auch ein bisschen einen Ausblick, was bei uns als Abgeordnete noch liegt. – Dann kommen wir jetzt zu Herrn Pospiech.

Stefan Pospiech (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.): Ich bedanke mich, dass ich die Möglichkeit habe, heute hier teilzunehmen! Ich möchte diese Gelegenheit nutzen darzulegen, warum es jetzt politische Lösungen braucht, um die im Rahmen des Paktes aufgebauten Strukturen zu verstetigen, und dies in sechs Punkten fachlich begründen.

Noch einmal zu meinem Hintergrund: Gesundheit Berlin-Brandenburg ist die Landesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung in Berlin und Brandenburg. Wir sind unter anderem Träger der Geschäftsstelle der Landesgesundheitskonferenz und unterstützen die gesetzlichen Krankenkassen, aber auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst, insbesondere die QPK-Einheiten, bei der Umsetzung der lebensweltbezogenen Prävention. Wir arbeiten aber auch sehr eng mit der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit und den Public-Health-Gesellschaften zusammen. Ich stütze mich auf die praktischen Erfahrungen, die wir machen, sowie auf die Senatsberichte zum Stand des

Paktes in Berlin, auf die Stellungnahmen des Beirates, den wir gerade gehört haben, den Beschluss der GMK 2025, aber auch die jüngsten Stellungnahmen des Sachverständigenrates und des Wissenschaftsrates zur Stärkung von Prävention, Gesundheitsförderung und Public-Health-Strukturen in Deutschland.

Vielleicht vorab: Berlin verfügt im bundesweiten Vergleich über ein modernes Gesundheitsdienstgesetz. Das heißt, im Gesundheitsdienstgesetz sind eigentlich schon sehr viele Public-Health-Elemente enthalten, bei denen andere Bundesländer aus meiner Sicht Nachholbedarf haben. Es wurde eben gesagt, dass der Beirat gerade schaut, dass er eine Angleichung der Gesundheitsdienstgesetze hinbekommt. Der Beirat hat sich aber zum Beispiel auch sehr stark am Mustergesundheitsamt orientiert. Das heißt, die gesetzliche Grundlage, die Berlin hat, ist eigentlich eine gute. Die Frage ist immer: Wie verbindlich können die Dinge umgesetzt werden, die in einem Gesetz stehen, und welche personellen Ressourcen stehen zur Verfügung?

Mir ist auch bewusst, dass die Verstetigung des Paktes aus laufenden Bundesmitteln verfassungsrechtlich schwierig ist. Der Bundesrechnungshof hat darauf hingewiesen, dass das als befristetes Programm zwar möglich ist, aber eingefordert, dass dem zumindest definierte Mindeststandards für Aufgabenstrukturen und Ausstattung des ÖGD folgen sollten. Ich würde mich dafür aussprechen, auch wenn es politisch gerade nicht besonders erfolversprechend ist, dass der Bund ein weiteres Investitionsprogramm auflegt, aber mit der Perspektive, dass daraus ein Modell einer dauerhaften Bundesbeteiligung an der Finanzierung des ÖGD in Deutschland entsteht.

Warum ist das aus meiner Sicht so wichtig? – Erstens: Wenn die Paktstellen nicht verstetigt werden, droht ein schleichender Rückbau zentraler ÖGD-Funktionen, und die Investitionen verlören an Wirkung. Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung und kommunale Planung würden geschwächt, obwohl sie im Gesundheitsdienstgesetz und in Beiratsempfehlungen als Kernaufgaben eines modernen, strategisch steuernden ÖGD definiert sind.

Zweitens: Sozial- und Gesundheitsberichterstattung zeigen, dass gesundheitliche Chancen in Deutschland sehr ungleich verteilt sind, auch regional ungleich verteilt sind. Wir haben in Berlin eine sehr gute Gesundheits- und Sozialberichterstattung, anhand derer man sehr genau definieren kann, in welchen Bezirken, in welchen lebensweltorientierten Räumen die größten gesundheitlichen Bedarfe sind. Solche Planungsprozesse können aber nur mit ausreichend qualifiziertem Personal im ÖGD umgesetzt und koordiniert werden. Das würde dadurch gefährdet.

Drittens: Die Krankheitslast steigt, wenn zu wenig in Prävention und Gesundheitsförderung investiert wird. Chronische und psychische Erkrankungen nehmen zu, und ein Versorgungssystem unter hohem Kostendruck wird zusätzlich belastet. Der Wissenschaftsrat hat gerade ein Positionspapier herausgegeben, in dem er noch einmal ganz stark darauf aufmerksam macht, dass wir, wenn wir nicht mehr in Prävention und Gesundheitsförderung investieren, diese Folgekosten dann als Gesellschaft zu tragen haben. Er betont aber auch, dass es dann einen starken ÖGD braucht, der seine bevölkerungsmedizinische Rolle tatsächlich ausfüllen kann. Auch die Ressourcen, die sonst zur Verfügung stehen, wie zum Beispiel aus dem Präventionsgesetz, aus dem integrierten Gesundheitsprogramm oder dem Aktionsprogramm Gesundheit hier in Berlin, brauchen vor Ort einen koordinierenden Akteur, damit diese Ressour-

cen keine Doppelfinanzierungen hervorrufen und in den Lebenswelten eingesetzt werden, wo die größten Bedarfe sind.

Was Frau Widders gerade schon ansprach: Menschen in besonders belasteten Lebenslagen verlieren Anlaufstellen, wenn der subsidiäre Versorgungsauftrag des ÖGD geschwächt wird. Der ÖGD schließt Versorgungslücken für Menschen ohne regulären Zugang. Unsere Zugänge sind zum Teil sehr hochschwellig. Eigentlich sollte jeder in der Regelversorgung versorgt werden. Das ist aber nicht der Fakt. Damit solche Menschen nicht chronifizierte Krankheiten bekommen oder psychische Erkrankungen sich verstärken, braucht es subsidiäre Anlaufstellen, Beratungsstellen, sonst weichen Betroffene in Notaufnahmen und ohnehin überlastete Einrichtungen aus.

Wir müssen jetzt die Chance nutzen, Prävention und Gesundheitsförderung als eigenständige öffentliche Aufgabe zu stärken. Im Augenblick liegt dieser Auftrag sehr stark bei den Krankenkassen, die aber keine kommunale Pflichtkoordination übernehmen können, sondern sie können eine Finanzierung sicherstellen. Die Chance wäre vertan, der ÖGD würde wieder in einen dauerhaften Krisen- und Pflichtmodus zurückfallen, und die ganzen Leitbilder, die ganzen Empfehlungen, die gegeben wurden, würden im Endeffekt obsolet werden. Die Erfahrungen aus der Coronapandemie und die laufenden Strukturprojekte, vom Mustergesundheitsamt über neue Zentrenstrukturen bis zum digitalen Gesundheitsdienst, müssen in dauerhafte Verbesserungen überführt werden. Wenn sie über 2026 hinaus nicht verstetigt sowie rechtlich und finanziell abgesichert werden können, verlieren sie ihre Wirkung. Parallel dazu möchte ich mich auch dafür aussprechen, dass es eine Novellierung des Präventionsgesetzes gibt. Das würde mit den Aufgaben des ÖGD in diesem Bereich einhergehen. Darauf werde ich jetzt aber aus zeitlichen Gründen nicht mehr eingehen.

Meine zentrale Botschaft ist also: Wenn der ÖGD personell, finanziell und qualitativ stabilisiert wird, haben wir ein gutes Instrument für mehr gesundheitliche Chancengerechtigkeit, regionale Steuerungsfähigkeit und Krisenresilienz an der Hand. Deswegen wäre es wünschenswert, wenn fortgeführt würde, was die GMK 2025 schon beschlossen hat, nämlich sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass wieder Bundesmittel auch für eine Verstetigung des Paktes eingesetzt werden – mit dem Ziel eines dauerhaft und rechtlich abgesicherten Finanzierungs- und Qualitätsrahmens für einen starken digitalen und krisenfesten Öffentlichen Gesundheitsdienst. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Pospiech! – Dann kommen wir zu Frau Wischnewski.

Dr. med. Nicoletta Wischnewski (BA Charlottenburg-Wilmersdorf): Danke schön!

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Ich würde Ihnen gern kurz einen Überblick über die Situation geben, wie sie sich derzeit bei uns in Berlin darstellt. Meine Kollegen und ich sind übereingekommen, dass wir Ihnen heute zumindest vermitteln wollen, dass wir sehr dankbar sind. Von dem Pakt ÖGD aus gesehen haben wir nämlich die Personalausstattung in unseren Ämtern im Großen und Ganzen auf ein recht normales Niveau bringen können, wenn man die Grundlage des Mustergesundheitsamtes dazu als Bewertung nimmt. Wir sind auch dankbar dafür, dass wir im Rahmen der Verste-

tigung, die uns das Land Berlin für diese Stellen gegeben hat, eine Kontinuität in der Stellenbesetzung haben. Nichtsdestotrotz wissen wir aber, dass wir weiterhin Fachpersonal brauchen, weil auch wir einer Altersfluktuation unterliegen. Ich möchte die Gelegenheit gern nutzen, darauf hinzuweisen, dass wir zwar Fachpersonal gewinnen können, aber wir müssen es noch qualifizieren. Das heißt also, die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen ist für uns im Rahmen der Ausbildung sowohl für Fachärzte als auch für spezielle Berufsgruppen wie die Hygienekontrolleure essenziell.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Des Weiteren stellt sich unsere Arbeitssituation wie folgt dar: Wir haben subsidiär immer mehr Unterstützungsbedarf in der Stadt. Die Menschen, die bei uns sind, brauchen unsere Unterstützung, und sie brauchen unsere Unterstützung auch im Hinblick auf sozialkompensatorische Aufgaben. Wir erleben aber, dass wir an manchen Punkten nicht mehr die finanzielle Unterstützung haben, die wir brauchen. Da möchte ich insbesondere ansprechen, dass wir eine Reduktion der Impffinanzierung für dieses Jahr erleben, und damit können wir bei nicht versicherten Menschen wahrscheinlich die Impflücken nicht mehr so gut schließen. Im Umkehrschluss ist damit natürlich ein Risiko für impfpräventable Erkrankungen in dieser Stadt erhöht, und das ist einfach schade.

Des Weiteren haben wir – wie Frau Widders schon ausgeführt hat – zunehmend neue Aufgaben erfahren. Durch die Klimaveränderung werden wir mehr in umweltmedizinischen Fragestellungen gefordert. Wir haben uns mit vektorübertragenen Erkrankungen zu beschäftigen, das heißt also, Mücken, die durch die Klimaveränderung vielleicht neue und andere Erkrankungen mit sich bringen. Das werden wir nicht nur monitoren, sondern wir werden auch auf diese Erkrankungen achthaben müssen und im Bedarfsfall reagieren. Des Weiteren sind die Aufgabenzuwächse durch Reformen von Gesetzen entstanden. Ich habe als Beispiel das Schulgesetz mitaufgenommen. Wir begrüßen sehr, dass es so gekommen ist, aber nichtsdestotrotz ist es ein neues Aufgabenfeld, medizinische Untersuchungen bei Kindern, die Schuldistanz erleben, mitaufzunehmen. Ich glaube, dass es ein ganz wertvolles Tool ist, wenn wir in Kooperation für die Kinder arbeiten, weil wir mit unserem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und auch dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst wertvolle Unterstützung leisten können.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Last, but not least habe ich die Digitalisierung im Rucksack. Natürlich ist sie für uns Gesundheitsämter essenziell, denn wir brauchen sie, um unsere Aufgabenbewältigung besser voranzutreiben. Weil wir eben mehr Aufgaben haben, ist es noch wichtiger, zu bündeln und letztendlich die Fachexpertise nicht mit Verwaltungsaufgaben zu betrauen, sondern sie für wirkliche Lösungsmodelle zu nutzen und die Verwaltung über die Digitalisierung zu verschlanken. Wir sammeln viele Daten, und wir haben die Möglichkeiten, Problemlagen zu erkennen und damit auch Ressourcen zu steuern. Wie mein Kollege schon sagte, ist unsere Möglichkeit, Daten zu bearbeiten, limitiert, weil wir in der Digitalisierung nicht so weit vorangeschritten sind, wie wir es gern wären. Wir brauchen aber diese Daten – Daten für Taten –, um adäquat reagieren zu können. Wir möchten hier appellieren, auch darauf zu achten, eine Insellösung zu vermeiden, wenn es darum geht, neue Strukturen zu schaffen. Als Beispiel sei die OZG-Leistung genannt, bei der ursprünglich Bürgerinnen und Bürger etwas digital melden können, es aber einen Umweg gehen muss, bevor es dann an die Gesundheitsämter kommt. All das, denke ich, muss man so strukturieren, dass es noch schneller und effizienter gehen kann.

Unser Ziel ist es, horizontale und vertikale Vernetzung bei der Digitalisierung voranzutreiben, damit wir Gesundheitsämter untereinander besser agieren, aber auch in Richtung Senatsverwaltung schneller und effizienter Daten liefern können. Wir sind sehr interessiert an der Kooperation mit dem Land Baden-Württemberg, weil diese ein Digitaltool entwickelt haben, das

uns sehr nahekommt. Wir würden es sehr begrüßen, wenn dieser Schritt getan würde, damit wir auch in diesem Jahr davon partizipieren und die Digitalisierung vorantreiben können. Im Rahmen der Digitalisierung befassen wir uns auch mit der Telematikinfrastruktur. Das sind die elektronischen Patientenkarten, die man einlesen muss. Das klingt ganz simpel, ist jedoch in der Digitalstruktur ziemlich schwierig umzusetzen. Wir brauchen es aber in den Ämtern, weil wir sonst beispielsweise die Arztbriefe von den Patienten nicht lesen können. Wir können vielleicht keine Mutterpässe mehr ausstellen und, und, und. Das sind alles Sachen, die dann zunehmend digital erfolgen sollen, und da müssen wir Schritt halten können. – Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und übergebe an Herrn Stadtrat Hertel.

Vorsitzende Silke Gebel: Bitte schön, Herr Hertel!

Bezirksstadtrat Simon Hertel (BA Charlottenburg-Wilmersdorf): Sehr geehrte Frau Vorsitzende Gebel! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Sehr geehrte Frau Staatssekretärin Haußdörfer! Ich möchte nur ergänzen, was Frau Dr. Wischnewski gesagt hat und noch einmal die Sicht der Bezirke klarstellen. Der Pakt für den ÖGD war, wie schon gesagt, ein Ausgleich für den massiven Investitionsstau, den wir hatten – Personalstrukturen und Digitalisierung. In den letzten Jahren konnten wir vieles nachholen, aber wir befinden uns nicht auf der Überholspur. Wir befinden uns auf der Endspur. Der Pakt für den ÖGD – Herr Pospiech hat es gesagt – läuft aus, und man munkelt, dass es vielleicht noch eine Fortsetzung geben wird. Ich zweifle daran. Ich glaube nicht, dass es eine Fortführung geben wird. Eine Verstetigung wäre wünschenswert, aber ich glaube nicht daran.

Frau Dr. Wischnewski hat gesagt, wie viele Aufgaben neu dazukommen und wie komplex diese Aufgaben werden. Deswegen appelliere ich hier an die Abgeordneten: Wir müssen weiter schauen, dass die Investitionen, die hier getätigt wurden, Bestand haben und auch Wirkung in der Zukunft entfalten können. Deswegen sage ich sehr klar für die Bezirke, und ich bin mir sicher, dass ich für alle Kolleginnen und Kollegen sprechen darf: Wir müssen weiter in die Investitionen gehen, sonst werden wir nicht nur keine Verstetigung bekommen, sondern sogar einen Rücklauf, wie es Herr Pospiech gerade angesprochen hat. Wichtig ist auch, und das gilt für die Bezirke genauso: Wenn es um die Verwaltungsreform geht, darf die Neuordnung der Aufgaben nicht heißen, dass der Senat alles zentralisiert, sondern am Ende muss es eine Zusammenarbeit zwischen Berliner Senat und den Bezirken geben, sodass die Aufgaben nicht falsch verteilt werden. Wir brauchen kein großes LAGeSo, wir brauchen zwölf starke Gesundheitsämter, die diese Aufgaben gemeinsam mit der Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege erfüllen.

Deswegen mein Plädoyer: Die Bezirke brauchen mehr Mitsprache, sei es beim Pakt, sei es bei der Verwaltungsreform, sei es bei allen neuen Aufgaben, die auf uns zukommen werden. Daher bitten wir die Abgeordneten: Vergessen Sie nicht die Bezirke! – Vielen herzlichen Dank!

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

Sebastian Dietrich (BA Lichtenberg): Guten Tag! Danke für Ihr Interesse an dem Thema! Wir beschäftigen uns in Lichtenberg im Auftrag aller zwölf Gesundheitsämter mit Tuberkulose, und das Ziel ist der Bevölkerungsschutz, also die Ausbreitung der Tuberkulose zu verhindern. Dazu haben wir drei Hauptaufgaben: Einmal ist das die Betreuung der Tuberkulosepatienten. Das sind in den letzten Jahren stabil zwischen 300 und 350 Patienten, also pro Tag et-

wa einer, der in Berlin an Tuberkulose erkrankt. Bei dieser Aufgabe geht es als Erstes um die Absonderung der ansteckenden Patienten im Krankenhaus, damit sie niemanden mehr anstecken. Dann geht es aber auch darum, dass alle Patienten eine ordentliche Diagnostik und einen Zugang zu Therapie haben. Auch wenn sie keine Krankenkasse haben, muss das gewährleistet sein, weil sie behandelt werden müssen, um nicht mehr ansteckend zu sein. Eine Besonderheit bei der Tuberkulose ist, dass die Behandlung mindestens sechs Monate, oft auch ein Jahr dauert, und die Patienten müssen die Therapie über diese sechs Monate beziehungsweise ein Jahr zu Ende führen. Das ist nicht immer einfach. Gerade wenn Menschen andere Probleme haben, ist es sehr schwierig, die Leute über ein Jahr zu beobachten, zu wissen, wo sie weiter behandelt werden, und das zu kontrollieren.

Wir haben in Berlin, wie schon gesagt, etwa 300 bis 350 Fälle im Jahr. Obwohl Berlin in den letzten Jahren wächst, haben wir gleich viele Fälle, sodass die Inzidenz zurückgeht. Wir hatten noch vor fünf, sechs Jahren eine Inzidenz von zehn Erkrankungen pro 100 000 Einwohner im Jahr. Im Moment sind wir etwa bei acht Erkrankungen pro 100 000 Einwohner im Jahr. Das ist immer noch höher als der Bundesdurchschnitt. Da sind es etwa sechs Erkrankungen pro 100 000 Einwohner. Das ist aber nicht verwunderlich. Wir sind eine Großstadt, und eine Großstadt zieht auch spezielle Bevölkerungsgruppen an, die eher nicht auf dem platten Land wohnen.

Wir haben noch zwei andere Aufgaben. Diese liegen in der aktiven Fallsuche, um die Ausbreitung der Tuberkulose zu verhindern und früh Fälle zu finden. Wir machen zum Beispiel bei allen ansteckenden Patienten Umgebungsuntersuchungen, laden Personen ein und untersuchen sie. Das sind etwa 2 000 bis 2 500 Personen im Jahr, die wir untersuchen. Die dritte Aufgabe, auch eine aktive Fallsuche, ist im Infektionsschutz geregelt. Jeder, der in Deutschland in einer Gemeinschaftsunterkunft wohnen möchte, und jeder, der ein Asylgesuch stellt, muss mindestens einmal auf Tuberkulose untersucht werden, und das passiert auch bei uns. Es sind etwa 15 000 Menschen, die pro Jahr in Berlin in diesem Zusammenhang untersucht werden.

Zur Absonderung: Wir verfügen für jeden Patienten, der ansteckend ist, eine Absonderung in einem Berliner Krankenhaus, und zwar für die Dauer der Ansteckungsfähigkeit. Das sind manchmal zwei Wochen, das können aber auch vier, sechs oder acht Wochen sein, wenn notwendig. Da arbeiten wir vor allen Dingen mit dem Klinikum Emil von Behring zusammen – vielen Dank dafür, denn sie sind jederzeit bereit, Patienten aufzunehmen, auch wenn diese nachts von der Polizei gefahndet werden. Sie machen immer ein Bett frei, und das ist eine Sondersituation. Wir haben auch viele Patienten in anderen Berliner Krankenhäusern absondert, aber das Emil von Behring springt in der Not immer ein. Dort werden regelmäßig auch die Patienten eingeliefert, die wir durch die Berliner Polizei fahnden lassen, weil sie sich der Absonderung in einem anderen Krankenhaus entziehen. Das sind oft Menschen mit multiplen Problemen, also etwa Obdachlose mit einer Alkoholgebrauchsstörung oder einer Drogengebrauchsstörung, die sich nicht an die Absonderung halten.

Allerdings können wir eine Absonderung nur anordnen, und es ist relativ schwierig, die Absonderung durchzusetzen, wenn der Patient nicht mitspielt. Da gibt es zwei Hauptprobleme, einmal, wenn wir den Patienten fahnden lassen: Er wird von der Berliner Polizei ins Krankenhaus gebracht, aber die Berliner Polizei bleibt nicht dort, um ihn zu bewachen. Das heißt, sobald die Polizei weg ist, verlässt der Patient das Krankenhaus wieder, wenn er möchte. Im

Infektionsschutzgesetz § 16 Absatz 1 und 7 steht aber, dass die Behörde beziehungsweise das Gesundheitsamt die erforderlichen Maßnahmen treffen muss und bei Gefahr im Verzug auch anordnen kann. Die Frage, ob das auch mit Freiheitsentzug, also mit polizeilicher Bewachung im Krankenhaus stattfinden kann, liegt gerade bei der Berliner Polizei in der Rechtsabteilung, weil es dazu unterschiedliche Meinungen gibt. Eine andere Möglichkeit wäre, ein Gericht in Berlin anzurufen und eine Unterbringung für den Patienten oder die Patientin zu beantragen. Das ist wiederum schwierig, weil es in Berlin zwölf Amtsgerichte gibt und das Amtsgericht zuständig ist, wo der Patient seinen Wohnort oder Aufenthaltsort hat. Wenn wir aber weder den Wohnort noch den Aufenthaltsort kennen, dann erklären sich die Amtsgerichte für nicht zuständig.

Eine dritte Sache, die uns in diesem Zusammenhang beschäftigt, ist: Wenn wir eine Fahndung bei der Berliner Polizei ausschreiben, dann sieht zwar die Berliner Polizei diese Fahndung, aber die Bundespolizei nicht. Das heißt, wenn der Patient auf einem Berliner Bahnhof von der Bundespolizei aufgegriffen wird, lassen sie ihn wieder laufen, weil sie gar nicht wissen, dass nach ihm gemäß Infektionsschutzgesetz gefahndet wird. Noch eine Sache: Wir können die Gerichte anrufen. Es gibt eine Stelle in Deutschland, ein geschlossenes Krankenhaus in Bayern, in dem Patienten mit Gerichtsbeschluss untergebracht werden können, die sich partout nicht an die Absonderung halten und für die Bevölkerung gefährlich sind, weil sie ansteckend sind. Allerdings gibt es diesen Gerichtsbeschluss nur, wenn der Patient ganz verschwindet. Wenn er sich halbwegs an die Absonderung hält und im Krankenhaus bleibt beziehungsweise dort immer wieder auftaucht, dann wird kein Gericht beschließen, dass er nach Bayern abgeordnet werden muss. – Danke schön!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Dietrich! – Wir kommen jetzt zu den Nachfragen der Abgeordneten, und ich lese einmal die Namen vor, die bisher auf der Redeliste stehen: Herr Ubbelohde, Frau Pieroth, Frau König, Herr Kurt, Herr Schatz und Frau Khalatbari. – Dann starten wir mit Herrn Ubbelohde, und ich weise noch einmal kurz darauf hin, dass ich wie immer die Uhr mitlaufen lasse, ungefähr drei Minuten, damit wir alle eine Orientierung haben. – Herr Ubbelohde!

Carsten Ubbelohde (AfD): Nicht jede empfundene oder tatsächliche gesellschaftliche Herausforderung rechtfertigt eine dauerhafte Ausweitung staatlicher Zuständigkeiten oder die Fortschreibung eines zeitlich befristeten Sonderprogramms, und es ist auch nicht die Aufgabe eines Parlaments, jedes Sonderprogramm automatisch in eine Dauerfinanzierung zu überführen, ohne kritisch zu prüfen, was leistbar und sinnvoll notwendig ist und was sich bewährt hat – oder was eben nicht so war. Das vorab dazu.

Eine weitere Ausweitung der Aufgaben verschärft den ohnehin bestehenden Personalmangel. Meine Fragen dazu: Wo lagen oder liegen immer noch die größten Schwierigkeiten bei der Stellenbesetzung? Ist es die Konkurrenz mit anderen Arbeitgebern? Ist es der Mangel an Bewerbern, trotz der Attraktivitätsoffensive der letzten Jahre? Sind es bürokratische Hürden? Sind es andere abweichende Empfehlungen der Personalgewinnung? Sind es die Aufgaben?

Eine Frage an den Senat: Was meint der Senat mit der Weiterentwicklung des Mustergesundheitsamtes? Wie stellt sich der Senat das konkret in diesem Zusammenhang vor?

Zur Tuberkulose würde mich interessieren: Gibt es aktuell Rückstände beim Tuberkulose-screening nach Infektionsschutzgesetz? Eine weitere Frage ist: Wie läuft es ab, wenn der Gesundheitsschutz für alle Berliner nicht gewährleistet werden kann, wenn bei hochmobilen Patientengruppen eine Mindestbehandlung gar nicht sichergestellt werden kann? Sie haben das schon so ein bisschen dargestellt, aber ich es stelle mir gerade in der migrationsbelasteten Situation Berlins schwierig vor, immer als Gesundheitsamt für diese Kernaufgabe, die hier betroffen ist, im Sinne aller Berliner, aber auch der Betroffenen tätig zu sein. Wie beurteilen Sie außerdem die Zusammenarbeit mit behandelnden Pneumologen und Kliniken? Ist die Arzneimittelverfügbarkeit gewährleistet, oder gibt es Engpässe, unter denen auch Sie leiden? – Das waren die Fragen der AfD-Fraktion. Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir zu Frau Pieroth.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen! Ich würde mich freuen, wenn Frau Widders noch einmal kurz darauf eingeht, wo der Beirat die größten Fortschritte durch den Pakt für den ÖGD sieht und wo im Alltag noch größere Lücken bleiben.

Dann möchte ich Herrn Pospiech um eine Stellungnahme bitten: Der ÖGD-Pakt wird Ende 2026 eingestellt. Könnten Sie die konkreten Auswirkungen aus Ihrer Sicht für Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung schildern und da bitte insbesondere auf die Digitalisierungsprojekte in Berlin eingehen, die wegbrechen werden? Dann würde ich Sie auch bitten, Herr Pospiech, dass Sie aufzeigen, welche politischen Schritte Sie jetzt fordern, um die mühsam aufgebauten ÖGD-Strukturen ohne Bundesmittel zu verstetigen, damit Krisenresilienz, Klimaanpassung und gesundheitliche Chancengerechtigkeit erhalten bleiben. Ich würde Sie außerdem angesichts der Kritik des Rechnungshofs im Bericht von 2025 bitten darzustellen, welche Maßgaben Sie zur Verwendung der Mittel in einem neuen Pakt sehen würden.

Dann habe ich noch eine Frage an alle: Es geht in Zukunft auch darum, dass gegebenenfalls im ÖGD die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sichergestellt wird, welche dann durch Weiterbildungsbefugnisse im SPD und KJPD entsprechend wahrgenommen werden könnte. Welche Schritte könnten da geplant werden, damit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Berlin ihre Ausbildung beenden können? Da wäre der ÖGD ja ein wichtiger Bereich.

Dann möchte ich die Bezirke noch bitten, einmal darzustellen, welche Lücken es bei der sozialpsychiatrischen Versorgung und der Arbeit mit vulnerablen Gruppen zurzeit in der gesundheitlichen Versorgung in den Bezirken gibt. Von welchen Berufsgruppen wünschen Sie sich, also zum Beispiel von Sozialarbeit, PJ oder auch Psychotherapieausbildung, dass diese in vielleicht etwas weniger arztzentrierten ÖGD-Strukturen stattfinden?

Letzte Frage: Wir sind von den WHO-Zielen zur Senkung der Tuberkuloseinzidenz, wie Sie richtig dargestellt haben, noch weit entfernt; das wäre 1:100 000. Was würden Sie anregen, wie wir da die Zahl zumindest auf den Bundesdurchschnitt von sechs senken können? – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir zu Frau König.

Bettina König (SPD): Vielen Dank für die umfangreichen Ausführungen, die noch einmal deutlich gemacht haben, wie wichtig der ÖGD für Berlin ist. – Meine ersten Fragen gehen an den Senat: Wie blickt der Senat auf das Auslaufen des Paktes für den ÖGD? Was wurde, gegebenenfalls auch gemeinsam mit anderen Bundesländern, schon initiiert, um hier auf einem guten Niveau verhaftet zu bleiben? Der Senat hat außerdem einen Bericht, also eine Evaluation des ÖGD veranlasst, soweit ich weiß, und da wurden im vierten Quartal Ergebnisse erwartet. Können Sie ausführen, ob dieser Bericht jetzt vorliegt und was er enthält? Dann würde mich auch noch interessieren, wie nah wir in Berlin eigentlich an der Realität des Ideals eines Mustergesundheitsamtes sind.

Von Frau Widders würde ich gern hören, wo Sie noch die größten Baustellen und den größten Entwicklungsbedarf im ÖGD sehen. Sie haben auch kurz die Kinderarztverteilung erwähnt – ich glaube, beispielhaft im Bezirk Spandau – und dass das durchaus schwierig ist und es keine Gleichverteilung über den Bezirk gibt. Wenn ich es richtig verstanden habe, übernimmt der ÖGD auch aufgrund dessen subsidiär Aufgaben, die eigentlich nicht originär Aufgaben des ÖGD wären. Vielleicht könnten Sie dazu noch ein paar Sätze mehr sagen, weil ich das für einen sehr wichtigen Punkt halte, auch im Zuge der Zusammenarbeit mit der KV.

Frau Wischnewski! Sie haben kurz etwas zur Impffinanzierung für Nichtversicherte gesagt. Vielleicht können Sie das noch einmal ein bisschen ausführen. Das ist nämlich ein Thema, auf das Lars Düsterhöft und ich schon gestoßen sind – auch im Zuge mit open.med, die vorrangig Babys untersuchen und impfen –, und es ist ein großes Problem, dass die Mittel nicht mehr in dem Maße zur Verfügung stehen, wie es sinnvoll wäre.

Von Herrn Stadtrat Hertel würde ich gern beispielhaft für Berlin etwas zur Stellenbesetzungsthematik in Charlottenburg-Wilmersdorf wissen: Ist es immer noch schwierig, Personal zu finden, oder konnte man mit den Maßnahmen, die getroffen wurden, Verbesserungen erzielen?

Ich fand wichtig, was Frau Pieroth zur Psychotherapeutenweiterbildung gesagt hat. Das ist ein Punkt, den die Psychotherapeutenkammer sehr deutlich adressiert, nämlich dass es sinnvoll wäre, Weiterbildungsstellen für Psychotherapeuten auch im öffentlichen Dienst zu ermöglichen. Da würde mich die Einschätzung von allen interessieren, was dafür nötig ist und wie viele Stellen wir da anbieten könnten – vielleicht auch vom Senat, weil das natürlich eine Finanzierungsfrage nach sich zieht. – Das war es erst einmal von mir. Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Herr Kurt!

Taylan Kurt (GRÜNE): Vielen Dank! – Ich kann prima bei Frau König anknüpfen. Mich würde das mit dem Mustergesundheitsamt auch brennend interessieren. Ich überspitze es einmal: Ist das Mustergesundheitsamt tot beziehungsweise wo sehen Sie es gerade?

Ich kenne die Diskussion noch aus der BVV in Mitte: Können Sie uns, auch in Richtung Senatsverwaltung, einen Überblick über die Stellen über alle Bezirke hinweg geben?

Stichwort Corona: Das war eine Situation, in der die Gesundheitsämter rausgegangen sind. Mich würde interessieren: Was sind das für Erfahrungen, aufgrund derer Sie sich eigentlich schon wünschen würden, dass Sie die personellen Ressourcen hätten, um stärker vor Ort prä-

sent zu sein? Wie würden Sie da Aufgaben definieren? Was würden Sie sich konkret wünschen? – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Kurt! – Dann kommen wir zu Herrn Schatz.

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielen Dank, meine Damen und Herren, für Ihre Inputs, die ich alle interessant fand! Ich will versuchen, mich mit meinen Fragen da ein bisschen entlang zu hangeln.

Frau Widders! Sie haben dargestellt, dass es eine Reihe von Berichten des Beirates zu verschiedenen Themen gab. Ich will mich jetzt einmal nur auf die ersten drei in der ersten Amtszeit bis 2023 beziehen: Sehen Sie sich denn im Beirat auch an, was mit diesen Berichten passiert, also wie die Umsetzung funktioniert, wie es läuft? Oder, um die Frage gleich an den Senat weiterzugeben, da wir gelernt haben, dass es eine Evaluation gibt: Sind denn diese Anregungen, diese Vorschläge, die in den Berichten gemacht wurden, in die Evaluation eingeflossen? Daraus würde ich dann gleich die Anregung ziehen, dass wir, wenn es diese gibt, demnächst eine Besprechung anmelden, und dann tatsächlich intensiv in die Debatte gehen, wie die Situation in Berlin ist.

Maßnahmen zur Personalgewinnung sind angesprochen worden. Das war auch ein wichtiges Thema. Wie stehen Sie etwa dem Vorschlag gegenüber, wie wir ihn mit der sogenannten Landarztquote gemacht haben, also dass man sagt: Bewerberinnen und Bewerber, die sich verpflichten, über einen Zeitraum von beispielsweise zehn Jahren im ÖGD zu arbeiten, bekommen bevorzugt einen Studienplatz? Wir wissen ja, dass Medizinstudienplätze durchaus begehrt sind. Das ist natürlich jenseits der Thematik, die Sie angesprochen haben, welche Rolle der ÖGD überhaupt in der medizinischen Ausbildung spielt. Aber könnte man mit so einer Quote arbeiten, oder haben Sie das vielleicht sogar empfohlen?

Ich finde es wichtig, dass Prävention und Gesundheitsförderung als eigenständige Aufgabe definiert worden sind, und das muss noch viel stärker passieren. Denn in der Tat wird da vielfach etwas an die Krankenkassen abgegeben – das steht auch im SGB V –, und die Krankenkassen geben auch immer kleine Gelder an irgendjemanden, um ihren Auftrag zu erfüllen. Eine grundsätzliche Systematik kann ich eigentlich noch nicht erkennen, und ich glaube, wenn wir jetzt die Debatte um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wieder aufmachen, dann wird das eine Aufgabe sein, die durchaus herunterfällt. Ich habe große Angst davor. Insofern ist der ÖGD da als eigener Akteur aus meiner Sicht unverzichtbar.

Herr Pospiech! Ich würde Ihnen gern die Möglichkeit geben, zur Novellierung des Präventionsgesetzes noch etwas zu sagen, da Sie vorhin die Zeit nicht hatten, aber im Zuge der Frage geht das sicher.

Ich habe noch drei Fragen: Was sind die Hindernisse, den Kooperationsvertrag mit Baden-Württemberg abzuschließen? – Dann an den Senat zum Stand der Telematikinfrastruktur: Wollten Sie uns eigentlich auch etwas dazu sagen? Dann würde ich Ihnen jetzt gern die Gelegenheit dazu geben. – Außerdem haben verschiedene Kolleginnen und Kollegen die Impffinanzierung angesprochen. Ehrlich gesagt, halte ich es für einen großen Skandal, wenn wir das nicht sicherstellen können, denn Sie haben sehr deutlich gesagt: Wenn wir aufgrund fehlender Finanzierung für Menschen, die keinen Zugang haben, keine Impfung bei Krankheiten sicher-

stellen können, die eigentlich durch eine Impfung verhinderbar sind, dann produzieren wir hier einen nächsten gesundheitlichen Notstand. Das kann ja wohl nicht wahr sein. Wir müssen uns darüber verständigen, wie wir diese Finanzierung außerplanmäßig sicherstellen können. Denn nicht alles zu tun, was getan werden kann, halte ich für unverantwortlich. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Dann kommen wir zu Frau Khalatbari.

Sandra Khalatbari (CDU): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, vielen Dank! – Auch für die CDU-Fraktion ein herzliches Dankeschön an die Anzuhörenden, dass Sie uns heute Ihre detaillierten Sichtweisen präsentiert haben!

Ich würde gern an Frau Dr. Wischnewski und Ihre Präsentation anknüpfen, und zwar zum Thema Schuldistanz und neue Aufgaben: Sie haben gesagt, dass eine medizinische Untersuchung bei Schuldistanz durchgeführt wird. Als ehemalige Schulleiterin ist mir bekannt, dass wir in der Regel zu Schulhilfekonferenzen einladen und dort im optimalen Fall die entsprechenden Eltern, die Schüler, das SIBUZ, KJPD, Jugendamt, KJGD und so weiter dabei haben. Vielleicht können Sie noch einmal etwas differenzierter darstellen, was die konkrete zusätzliche Aufgabe zu dem ist, was es an Schule sowieso schon gibt. Sind personelle Erweiterungen oder Aufwüchse notwendig, sodass diese neue Aufgabe durchgeführt werden kann? In welchem Umfang wird das durchgeführt? Was ist das für eine konkrete ärztliche beziehungsweise medizinische Untersuchung? Wer führt sie durch, und wo wird sie durchgeführt? Gibt es da Kooperationen mit Krankenhäusern? – Das wären meine sehr konkreten Fragen. Vielen herzlichen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank an die Abgeordneten! – Ich habe eine Frage an den Senat, und zwar kam es mehrfach vor, dass das Thema Gesundheitsdienstgesetz und bundeseinheitliche Anpassung auf der Agenda steht. Vielleicht können Sie sagen, in welchem Stadium das ist, denn das liegt dann ja in der Hand der Exekutive, in der Abstimmung über die Gesundheitsministerkonferenz, nehme ich an. Es wäre gut, da Zeitpläne zu haben, damit man sich noch einbringen kann.

Dann kommen wir zu den Anzuhörenden, und ich würde Ihnen in der gleichen Reihenfolge das Wort übergeben. – Dann hat Frau Widders das Wort.

Dipl.-Med. Gudrun Widders (Beirat Pakt ÖGD): Vielen Dank! – Als Erstes ist es mir ein Bedürfnis klarzustellen, dass der Pakt für den ÖGD und alle Mittel, die zur Verfügung gestellt worden sind, und das, was wir als Aufgabenschwerpunkte in der Zeit seit 2020 hatten, nicht nur im Zusammenhang mit der Pandemie stehen. Sondern es ist klar geworden, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst grundsätzlich so auszustatten ist, dass er seine gesetzlich geregelten Aufgaben wahrnehmen kann, und zwar möglichst vollumfänglich, und dass es darum geht, ihn entsprechend personell und auch strukturell auszustatten. Diese ganzen vielen Aufgaben, die der ÖGD wahrnimmt, müssen weiter geleistet werden – unabhängig davon, dass die Pandemie zu Ende ist. Wir haben gesehen, dass es erforderlich ist, Strukturen zu schaffen, die im Bedarfsfall, wenn wir wieder eine ähnliche Situation haben, aufgerufen beziehungsweise schnell wieder ausgebaut werden können, damit diese dann aktuell anstehende Aufgabe wahrgenommen werden kann.

Insofern haben sich die ersten beiden Berichte auch damit beschäftigt, wie der ÖGD ausgestattet sein muss, dass er das dann zukünftig kann, und keine Situation entsteht, dass wir nicht in der Lage sind, in dem akuten Zeitraum diese Aufgaben wahrzunehmen. Das heißt also: Das ist eine kontinuierliche Aufgabe, nicht nur eine Aufgabe der Pandemie. Insofern ist auch in die Diskussion zu bringen, wie das mit dem Pakt ist, wie lange er bestehen soll – das ist jetzt auf Bundesebene beschlossen worden, aber vielleicht, welche Wege man gemeinsam gehen kann, um das, was der Pakt gemacht und bisher umgesetzt hat, fortführen zu können. – Es war mir ein Bedürfnis, das zu sagen.

In der Zeit der Pandemie war ich selbst noch als Amtsärztin im Gesundheitsamt Spandau tätig. Wir hatten im Infektionsschutz damals acht Mitarbeiter, die die Kontaktnachverfolgung gemacht haben, und wir mussten aufstocken, um die Aufgabe überhaupt wahrnehmen zu können. Wir haben dann mit der politischen Unterstützung in Spandau und auch mit der Unterstützung der anderen Ämter, die Personal zur Verfügung gestellt haben, Personal aufgestockt. Das war schon sehr erheblich, was wir machen mussten. Dann habe ich aber erlebt, dass der Pakt ins Leben gerufen wurde, dass Stellen zur Verfügung gestellt wurden. In Spandau haben wir damals sechs Stellen zur Verfügung gestellt bekommen. In diesem Zusammenhang war für mich das Mustergesundheitsamt ausgesprochen hilfreich. Ich konnte schon über die Jahre hinweg, seit 2010, für Spandau sehen: Welche Stellen benötige ich eigentlich in welchen Berufsgruppen und in welcher Qualifikation, um sämtliche Aufgaben im Gesundheitsamt wahrnehmen zu können?

Ich habe das immer unter dem Gesichtspunkt der gesetzlichen Aufträge gesehen. Ich habe mich immer als fachliche Beratung angesehen und die Verantwortung eigentlich eher im Bereich der Politik gesehen, und da kann man sehr unterschiedliche Unterstützung bekommen. Mit Herrn Bewig habe ich damals große Unterstützung gehabt. Das war für mich ein Glücksfall in Spandau. Ich habe bei der Paktumsetzung erlebt, dass ich anhand des Mustergesundheitsamtes sehen konnte: Wo sind meine Defizite im Gesundheitsamt? Wo können wir praktisch Stellen besetzen? Wo können wir Lücken schließen? Wo brauchen wir aber auch noch zusätzliche Stellen im Bereich der Verwaltung und auch im Bereich IT? Ich konnte sehr genau sehen: Wo habe ich weiterhin Lücken in meinem Gesundheitsamt? Welche Lücken können wir nicht schließen?

Im Rahmen meiner Tätigkeit im Beirat habe ich jetzt gesehen, dass wir in Berlin mit dem Mustergesundheitsamt eine gute Situation haben. Viele Bundesländer haben diese Grundlage gar nicht, und insofern ist es auch gar nicht möglich, eine echte Analyse zu machen, wie es tatsächlich im Gesundheitsdienst bundesweit aussieht. Das ist eine Aufgabe, die sich der Pakt auch gestellt hat, nämlich zu schauen: Was können wir tatsächlich analysieren? Welche Aufgaben hat der Öffentliche Gesundheitsdienst? Wo ist das gesetzlich geregelt? Ist es unterschiedlich geregelt? Wie sehen die Rechtsregelungen in den Bundesländern aus? Gibt es Aufgaben, die eigentlich nur schwach geregelt sind, mit allgemeinen Formulierungen, oder gibt es Aufgaben, die ganz konkret geregelt sind, wie zum Beispiel in Berlin die Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung, aber auch Prävention und Gesundheitshilfen? Da ist Berlin, das GDG, im Vergleich mit den anderen Bundesländern ausgesprochen stark. Das wollte ich an dieser Stelle noch einmal sagen. Wir haben uns alle Gesundheitsdienstgesetze angesehen. Wir machen natürlich auch Vorschläge für Best Practices. Wir machen Vorschläge, wie ein Gesundheitsdienstgesetz in bestimmten Bereichen aussehen könnte, die uns wichtig sind, aber natürlich können wir nicht eine umfassende komplette Analyse machen und umfassende komplette Empfehlungen geben. Da ist jedes Bundesland in der eigenen Verantwortung.

Jetzt gehe ich auf die Fragen ein, die direkt an mich gerichtet worden sind. Welche Fortschritte sehen wir bei der Umsetzung des Paktes für den ÖGD, und wo sind die Lücken? – Fortschritte sehen wir natürlich darin, dass der Stellenaufwuchs, der für die jeweiligen Jahre beschlossen worden ist, tatsächlich umgesetzt worden ist. Das kann man in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes – GBE Bund – auch kontinuierlich sehen. Dort sind 377 Gesund-

heitsämter und 53 Landesbehörden angeschaut worden. 2024 gab es 29 375 Personen auf Landes- und kommunaler Ebene, davon 24 145 VZÄ, also Vollzeitäquivalente, und das bedeutet gegenüber 2020 einen Nettoaufwuchs von 6 050 Vollzeitäquivalenten. Damit ist das Ziel, das der Pakt für den ÖGD sich gesetzt hatte, eigentlich mehr als erfüllt. 5 210 Vollzeitäquivalente sind praktisch alle aus Paktmitteln finanziert, und zusätzlich gibt es noch 800 Vollzeitäquivalente, die aus Mitteln von Ländern und Kommunen finanziert worden sind.

In der Digitalisierung gibt es noch erheblichen Handlungsbedarf, aber es gibt eine ganze Reihe von Projekten, die auch schon abgeschlossen sind. Das sind dezentrale und zentrale Digitalisierungsprojekte. Zentrale Projekte sind die Bereitstellung wichtiger digitaler Tools und Standards. Das sind EMIGA, DEMIS und Agora. Für die dezentralen Digitalisierungsprojekte sind Mittel zur Stärkung der IT-Strukturen und der Reifegradorientierung zur Verfügung gestellt worden, und insgesamt sind rund 500 Projekte auf kommunaler und Landesebene gefördert worden. Die Ergebnisse der vierten Reifegradmessung liegen vor, und Stichtag für die fünfte Reifegradmessung war der 21. Dezember 2025. Insgesamt sind bereits 200 Projekte aus dem ersten und zweiten Förderungsauftrag beendet worden.

Was ich aber vorhin mit dem Mustergesundheitsamt in Berlin angesprochen habe, ist Folgendes: Wenn man bundesweit schaut, ist es so, dass mit dem Stellenaufwuchs durch den Pakt bei Weitem nicht alle Lücken geschlossen worden sind. Das heißt, es bestehen weiterhin Lücken, und jedes Land, jede Kommune muss selbst schauen, wo die Lücken sind, wie man sie am besten schließen kann, und das aus meiner Sicht gemeinsam mit dem entsprechenden Bundesland klären oder mit dem Bund ins Gespräch kommen.

Wir haben uns in der Arbeitsgruppe 4 ja als Aufgabe gestellt, eine Übersicht darüber zu erstellen, welche Aufgaben der ÖGD insgesamt hat. Das sind mehrere Faktenblätter in einer sehr langen Exceltabelle, und zu jeder einzelnen Aufgabe, auch zu jeder Teilaufgabe, steht: In welchem Bundesgesetz ist das geregelt, oder ist es im Gesundheitsdienstgesetz des Landes geregelt? Da sind die Länder alle aufgeführt. Welche weiteren Rechtsregelungen gibt es in den jeweiligen Bundesländern, die diese Aufgabe des ÖGD auch regeln? Denn wir machen im ÖGD immer wieder die Erfahrung, dass man versucht, in den Gesundheitsämtern einzusparen. Man schaut sich nur das GDG an und gar nicht umfassend: Welche Aufgaben hat der ÖGD, und wo ist das gesetzlich geregelt? Den gesetzlichen Auftrag haben nicht die Fachleute allein, sondern auch die Politik.

Das haben wir jetzt als Handreichung erarbeitet. Ich kann Ihnen sagen, das war eine Wahnsinnsarbeit, aber das wird in diesem Jahr abgeschlossen und den Ländern sowie dem ÖGD zur Verfügung gestellt. Das kann auch die Grundlage für eine mögliche Angleichung der Gesundheitsdienstgesetze sein. Wir haben uns nämlich nicht nur angesehen, welche Aufgabe geregelt ist, sondern wir haben uns auch angesehen: In welcher Qualität ist das geregelt? Ist das ein Gummiparagraf? Da kann man dann sagen, dass der ÖGD das machen soll, aber man muss keine Stellen dafür bereitstellen. Oder ist die Aufgabe ganz klar formuliert? – Das sind die Lücken, die ich gesehen habe.

Zu den Berichten: Wir haben eine Webseite zum Pakt für den ÖGD eingerichtet, und man kann sich dann anschauen, wie oft zum Beispiel was angeklickt worden ist. Wir haben eine repräsentative Befragung zum Öffentlichen Gesundheitsdienst durch das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, das BIÖG, und ähnliche Dinge gemacht. Da versuchen wir natürlich

zu schauen: Wie ist die Ausgangslage, wie verändert sich diese Ausgangslage, und was bleibt noch an möglichen Baustellen? Wenn der Pakt allerdings 2026 ausläuft, wird der Beirat weitere Untersuchungen beziehungsweise weitere Analysen dazu nicht mehr machen können. Wir werden aber noch in diesem Jahr einen Abschlussbericht abgeben und dabei sehen, was in unserer Bilanzierung festgestellt werden kann.

Es ist die Frage zur Landarztquote gestellt worden. In erster Linie ist wichtig, die Attraktivität des ÖGD zu steigern, um Stellen im ÖGD besetzen zu können. Deswegen haben wir uns in der Redaktionsgruppe 3 insbesondere auch mit dem Medizinstudium befasst, damit schon bei den werdenden Ärzten klar ist: Was sind Aufgaben im Öffentlichen Gesundheitsdienst? Wie interessant kann das sein? Kann ich mich da wiederfinden? Ich sehe da nicht nur die Attraktivitätssteigerung konkret mit der Stelle und was ich bekomme, wenn ich mich verpflichte, sondern dass der Öffentliche Gesundheitsdienst schon grundsätzlich in der Wahrnehmung viel präsenter ist und man weiß, was der ÖGD tatsächlich macht und wie interessant das sein kann.

Prävention und Gesundheitsförderung: Jedes Gesundheitsdienstgesetz regelt die Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe des ÖGD. Es ist ganz klar, dass der ÖGD sehr viele Berührungspunkte zu den Menschen hat: in den Sozialpsychiatrischen Diensten, den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten, in allen Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, und das sind nicht nur die Einschulungsuntersuchungen. Auch bei der Betreuung von behinderten Menschen oder von Behinderung bedrohten Menschen, bei chronisch kranken Menschen, im Bereich Familienberatung, Familienplanung, Sexualberatung oder im Zusammenhang mit Impfen ist Prävention eine Aufgabe für den ÖGD. Daran kommt man nicht vorbei. Wenn jemand mit Menschen zu tun hat, die durch das Raster fallen, die nicht im normalen medizinischen Versorgungsnetz ankommen, dann ist es der ÖGD. Das heißt also, wir haben die Aufgaben dazu. Wir vermitteln Hilfen, und wir haben auch Hilfsangebote im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Zur Impffinanzierung – diese Frage ist auch gestellt worden – möchte ich auf ein paar Dinge hinweisen: Wir beschäftigen uns in dieser Redaktionsgruppe 5 „Prävention und Gesundheitsförderung“ gerade auch mit dem Thema Impfen. Wir haben bundesweit nur einzelne Fälle, aber wir haben gesehen, was Impfverweigerung für Risiken mit sich bringt. In Spandau – da war ich keine Amtsärztin mehr in Spandau, aber ich habe das natürlich sehr genau mitverfolgt – hatten wir ein Kind, das an Diphtherie gestorben ist, eine Infektionskrankheit, an der niemand sterben muss. Da sehe ich den ÖGD in der Funktion, Impfaufklärung und Impfberatung zu machen. Es gibt auch spezifische Trainings, wie man mit Befürchtungen umgeht. Man muss die Menschen da abholen, wo sie sind, welche Vorbehalte, welche Befürchtungen sie haben, und dann konkret auf diese Fragen antworten. Wir sehen im Abwassermonitoring impfinduzierte Polioviren bei den Menschen, die außerhalb von Deutschland eine Schluckimpfung bekommen haben und dann hierhergekommen sind. Wir sehen aber auch Wildvirustypen. Die Viren verändern sich, und es ist nicht mehr so, dass wir gar kein Risiko mehr haben, an Poliomyelitis zu erkranken. Da sehe ich eine Aufgabe für den ÖGD, und auch insbesondere bei der Umsetzung des Masernschutzgesetzes hat der ÖGD massive Aufgaben. – Ich hoffe, ich habe jetzt alles beantwortet. Vielen Dank für die Fragen!

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

Stefan Pospiech (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.): Ich möchte ein Wort von Ihnen aufgreifen, nämlich Gummiparagraf. Das haben wir leider bei Prävention und Gesundheitsförderung in vielen Gesundheitsdienstgesetzen. Darin steht zwar, dass der ÖGD für Prävention und Gesundheitsförderung verantwortlich ist, es steht aber nicht genau darin, was er zu tun hat. Der Auftrag der Krankenkassen ist in § 20 SGB V deutlich klarer definiert worden: Sie sollen für Versicherte unabhängig lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere für sozial benachteiligte Menschen, machen. Das heißt, sie sollen ihre Mittel insbesondere da investieren, wo gesundheitliche Bedarfe besonders groß sind. Und wie bekommen wir die gesundheitlichen Bedarfe heraus? – Indem wir schauen, welche Daten uns der ÖGD zur Verfügung stellen kann, zum Beispiel aus den Einschulungsuntersuchungen, damit wir wissen, in welchen Quartieren zum Beispiel im Bereich Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung besondere Handlungsbedarfe bestehen.

Jetzt haben wir aber das Problem, dass das Präventionsgesetz einen Geburtsfehler hat. Es ist nämlich ein Bundesgesetz, das die Länder und die Kommunen nicht verpflichtet, mit den Krankenkassen zusammenzuarbeiten, aber die Krankenkassen anregt, mit den Kommunen und Ländern zusammenzuarbeiten. Die Ressourcensteuerung liegt jedoch alleine in der Verantwortung der Krankenkassen. Das heißt, je weniger Ressourcen aufseiten der kommunalen Ebene vorhanden sind, umso weniger Möglichkeiten bestehen, Kooperationen mit den Krankenkassen einzugehen und diese Mittel wirksam auf kommunaler Ebene einzusetzen. Das heißt, wir sehen im Augenblick bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes, dass Kommunen, die ihren gesetzlichen Auftrag der Prävention und Gesundheitsförderung weiter definieren, auch mehr Mittel aus dem Präventionsgesetz nutzen können. Das sind oft nicht die Kommunen, die besondere Bedarfe haben, weil diese aufgrund ihrer finanziellen Situation mit den Pflichtaufgaben des ÖGD im Rahmen des Infektionsschutzes schon so absorbiert sind, dass für solche dann als freiwillig definierten Aufgaben keine Ressourcen mehr zur Verfügung stehen.

Wir würden uns wünschen, dass die Kooperationsmodelle zwischen Kommunen und Krankenkassen verbindlicher werden, dass Budgets der öffentlichen Hand zur Verfügung stehen, um in solchen Kooperationen auf Augenhöhe agieren zu können, und dass auch eine Ausweitung der Mittel stattfindet. Ich teile die Sorge, dass im Rahmen der Diskussion um die Finanzen der GKV solche Aspekte dann wegfallen. Das wäre nicht der Hebel, der die GKV-Finanzen stabilisiert. Das sind 2,50 Euro für lebensweltbezogene Prävention pro Versichertem. Die Wirkung, die man damit erzielen könnte, mehr in Prävention zu investieren, um dann später an der Krankheitslast zu sparen, ist ökonomisch schwierig zu errechnen, wäre aber aus meiner Sicht weit höher. Deswegen hoffe ich auch auf die Vernunft der Kassen selbst, nicht an diesen Mitteln zu sparen, sondern zu sehen, dass das auch für ihre Stabilisierung wichtig ist. Ein weiteres Problem ist im Augenblick die Konstruktion der Nationalen Präventionskonferenz – NPK –, in der Bund, Länder und Kommunen nur beratend tätig sind und die Krankenkassen und die anderen Sozialversicherungsträger die einzigen stimmberechtigten Mitglieder sind. Hier wäre zum Beispiel möglich, dass der Bund über das BIÖG eigene Mittel einsetzt, um so auch in der NPK eine bessere gemeinsame Steuerung hinzubekommen.

Das heißt, § 20 SGB V kann bestehen bleiben, er ist grundsätzlich gut. Es geht eher darum, dass Bund, Länder und Kommunen sich noch einmal darüber verständigen, wie sie andere Kooperationsmodelle mit den Krankenkassen hinbekommen können. Das würde aber nicht

funktionieren, wenn dafür nicht eigene Budgets eingesetzt würden. Das wäre zum Beispiel über ein Investitionsprogramm, das der Bund jetzt über den Pakt für den ÖGD machen könnte, möglich.

Zu den politischen Schritten, die jetzt aus meiner Sicht notwendig wären, damit der Pakt verstetigt wird: Der Bundesrechnungshof hat kritisiert, dass es wenig Zielvorgaben gab, wie die Mittel eingesetzt werden, die vom Bund zur Verfügung gestellt werden. Das hing auch mit der sehr akuten Situation in der Pandemie zusammen, dass man den ÖGD stärken wollte. Das heißt, man hat es den kommunalen Gesundheitsämtern frei überlassen, wie sie die Mittel einsetzen, weil sie natürlich die Bedarfe vor Ort am besten einschätzen können. Ein zweiter Investitionsschritt sollte dann damit verbunden sein – und da wird man sicher auf die Ergebnisse des Beirates zurückgreifen: Was für Aufgaben soll der ÖGD wahrnehmen, und welche Ausstattung braucht er dafür? Anhand dessen könnte man dann ein zweites Investitionsprogramm des Bundes besser steuern und den Personalaufwuchs oder die Digitalisierungsaufgaben verbindlicher mit Ländern und Kommunen vereinbaren. Das war die Hauptkritik des Bundesrechnungshofes.

Die Länder haben zum Teil die Stellen aus dem Pakt entfristet, Berlin auch. Jetzt könnte man sagen: Das ist prima, dann sind die Stellen jetzt in einen dauerhaften Aufwuchs des ÖGD geflossen. Wenn man sich aber anschaut, dass die Stellenbesetzung noch weit hinter den Planstellen zurücksteht, ist weiterhin ein Investitionsstau da, und es sind weiterhin Lücken da, die zwar gestopft wurden, aber es sind noch kein neues Aufgabenfeld und keine neue Struktur des Gesundheitsamtes gefunden worden. Das heißt, die Länder müssen natürlich auch prüfen, wie sie die Investitionen verstetigen können. Es ist angesichts der finanziellen Situation der Länder – ich kenne die Diskussion gerade auch aus Brandenburg – nicht einfach zu sagen: Wir stecken jetzt noch mehr Geld in den ÖGD. – Dafür habe ich jetzt auch keine politische Lösung. Das ist die Verantwortung des Abgeordnetenhauses, zu schauen, wo man dann Prioritäten setzt.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir zu Frau Wischnewski.

Dr. med. Nicoletta Wischnewski (BA Charlottenburg-Wilmersdorf): Ich würde gern den Punkt der Stellenbesetzung aufgreifen: Wo gab es Schwierigkeiten? Wir wollen in den Gesundheitsämtern natürlich Fachkräfte haben, das heißt also, ausgebildetes Personal im Hinblick darauf, was die Ärzteschaft anbelangt, aber auch die Sozialarbeit. Wir lernen mittlerweile, dass die Werbung um solche Personen, wenn sie uns denn kennen, gar nicht so schwer ist. Wichtig ist nur, dass man weiterhin im Fokus behält, dass man sie immer wieder für den ÖGD gewinnt und dass man sie für den ÖGD motiviert – im Vorfeld, so wie Frau Widders bereits geschildert hat, dass man also an den Universitäten schon präsent ist und zeigen kann, was für Aufgabenfelder sich erschließen, damit die Studierenden sich auf diese Möglichkeit einlassen können. Ich merke auch immer wieder anhand von Anfragen, dass das durchaus beginnt, ein bisschen zu fruchten.

Wir haben aber auch noch Bereiche, die man sonst so auf dem freien Markt nicht findet. Ich betone hier insbesondere solche Aufgaben wie die des Hygienekontrolleurs. Deswegen habe ich die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen ins Spiel gebracht. Diese ist da ein ganz wertvolles Tool, weil sie allein diese Ausbildungsschiene vornimmt. Hier gibt es in den

nächsten Jahren für das Land Berlin einen erheblichen Bedarf, ganz einfach, weil wir die Altersfluktuation haben.

Dann möchte ich gern auf den Punkt der Psychotherapeuten und die Ausbildung im ÖGD eingehen. Der ÖGD bildet überall dort aus, wo er auch dazu in der Lage ist. Ich betone das deshalb, weil wir Psychotherapeuten bislang so nicht im normalen Repertoire haben. Bei uns im Sozialpsychiatrischen Dienst sind Sozialarbeitende, Psychologen und Ärzte tätig. Nichtsdestotrotz sind wir natürlich offen für genau diese Berufsgruppe, aber was die Ausbildung anbelangt, denke ich, dass wir uns da etwas schwertun werden. Wir bilden aber fachärztliches Personal weiter aus. Wir versuchen auch, im Rahmen der Sozialarbeit Ausbildungsmöglichkeiten zu schaffen, sodass wir, was die Ausbildungsinhalte anbelangt, in vielen Bereichen gut mithalten können. Was die Psychotherapeuten anbelangt, gebe ich offen zu, sind wir da noch nicht ganz so gut aufgestellt.

Dann sind wir gebeten worden, noch etwas zur Impffinanzierung zu sagen. Uns wird eine Finanzierung für Impfungen nicht versicherter Menschen zur Verfügung gestellt, und die Bezirke können ihre Bedarfe anmelden. Wir sehen, dass der Bedarf durchaus gestiegen ist, weil wir auch eine Zunahme an Menschen haben, die nicht versichert sind. Nichtsdestotrotz ist aber genau dieser Topf, diese Finanzierung gekürzt worden. Das macht uns Sorge, und ich wollte heute die Chance nutzen, darauf hinzuweisen, denn an einer impfpräventablen Erkrankung zu erkranken – so wie Frau Widders mit der Diphtherie ein Beispiel gegeben hat –, das muss nicht sein. Wir müssen Sorge dafür tragen, dass das in dieser Stadt nicht passiert.

Zur Schuldistanz: Da ist es so, dass die Schulen jetzt die Möglichkeit haben, zum Beispiel Atteste, die ausgestellt worden sind, noch einmal hinterfragen zu lassen und die Kinder noch einmal vorstellen zu können. Dafür ist der Öffentliche Gesundheitsdienst jetzt da, und darüber freuen wir uns auch. Denn wir merken gerade mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, dass es manchmal ganz wertvoll sein kann, wenn man die Kinder unter verschiedenen Aspekten anschaut und dann zusammen mit dem Schulamt und mit allen anderen Playern, die man noch zusammenbekommen kann, versucht, das Kind wieder in die normalen Bahnen zu bekommen. In der Regel ist es so, dass, wenn man frühzeitig ansetzt, es einem auch gelingen kann. Das macht hoffnungsfroh, und deswegen sind wir froh darüber, dass wir diese Aufgabe unterstützen können.

Ich glaube, damit habe ich die Fragen beantwortet, die noch offen waren. Sehen Sie es mir nach, wenn ich etwas übersehen haben sollte. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Hertel!

Bezirksstadtrat Simon Hertel (BA Charlottenburg-Wilmersdorf): Vielen Dank, Frau Ausschussvorsitzende! – Ich will noch zu dem Punkt der Stellenbesetzungsverfahren – danach hat Frau König gefragt – ergänzen, was Frau Dr. Wischnewski gesagt hat. Es gibt Statistiken, die sagen, dass es ungefähr 20 Prozent zu wenig Personal im Gesundheitsbereich gibt. Bei den Amtsärzten liegt die Zahl noch deutlich höher, bei ungefähr 35 Prozent. Neben den schon erwähnten Punkten gibt es den wesentlichen Punkt, dass Krankenhäuser besser bezahlen, und dann gibt es eben viele Amtsärzte, die sagen: Dann gehen wir ins Krankenhaus und arbeiten lieber dort. – Außerdem sind die Stellenbesetzungsverfahren im Öffentlichen Gesundheitsdienst einfach langwierig, das wissen Sie. Wenn wir ein halbes Jahr brauchen, um eine Stelle

zu besetzen, sagen Ärzte natürlich: Dann gehe ich eben ins Krankenhaus. Wozu warte ich jetzt halbes Jahr? – Das ist also ein Riesenproblem, und deswegen müssen wir da deutlich besser werden. Das gilt für alle Bezirke und genauso für die Hauptverwaltung.

Frau Pieroth! Sie haben nach Bedarfslücken und dem Thema der psychiatrischen Versorgung gefragt. Das kann sich sehr schnell ändern. Das beste Beispiel ist mein Bezirk: Die Schlosspark-Klinik ist insolvent gegangen, und dann war die Frage offen, was jetzt eigentlich damit passiert. Zum Glück sind die Alexianer eingesprungen und haben gesagt: Wir übernehmen das Ganze. – Das ist sehr gut, aber auch das stellt uns vor große Herausforderungen, denn geografisch gesehen ist die Klinik in Charlottenburg. Nun soll sie Ende 2027 nach Wilmersdorf gehen, das heißt, dass der ganze nördliche Bereich nicht versorgt ist. Daher müssen wir neue Versorgungssysteme aufbauen und auch die Zuschnitte neu machen. Da haben wir uns natürlich eng mit der Senatsverwaltung abzustimmen.

Da gab es noch die Frage von Herrn Schatz zum Thema Impfungen. Da muss ich sagen, dass SenWGP ganz stark dahinter ist und unterstützen möchte. Auch SenASGIVA hat nochmals signalisiert, dass sie helfen würden. Der beste Weg wäre im Grunde, eine Basiskorrektur an SenFin heranzutragen, also dass die Bezirke das basiskorrigiert bekommen; wir Bezirke hatten mit SenWGP über eine Summe von ungefähr 400 000 Euro gesprochen. SenWGP hat aber auch gesagt, dass sie da noch einmal unterstützen werden. Ich denke, dass das der einfachste und schnellste Weg wäre, und er ist auch wirklich dringend nötig. Wenn das nicht passiert, haben wir wirklich ein großes Problem. Denn solche Fälle – in Marzahn-Hellersdorf gab es jetzt auch einen Fall – können schnell ausarten, bis hin zum Tod, und das müssen wir dringend verhindern. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir zu Herrn Dietrich.

Sebastian Dietrich (BA Lichtenberg): Die erste Frage bezog sich auf Lücken im Screening. Screening macht Sinn in einer Bevölkerung mit einem höheren Risiko für Tuberkulose. Ich habe schon gesagt, dass im Infektionsschutzgesetz geregelt ist, dass alle, die in Deutschland Asyl beantragen, und alle, die in Gemeinschaftsunterkünften einziehen, untersucht werden müssen. Ich kann sagen, dass alle, die in Berlin Asyl beantragen, einmal auf Tuberkulose untersucht werden. Bei den Gemeinschaftsunterkünften ist das etwas schwieriger, denn es gibt in Berlin eine unbekannte Zahl von Gemeinschaftsunterkünften von verschiedensten Trägern – vom Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten, von den Bezirken, von der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie und vielen anderen. Die machen auf, und die machen zu, und wir haben nicht den Überblick. Das heißt, für das Screening in den Gemeinschaftsunterkünften ist der Träger der Gemeinschaftsunterkunft verantwortlich, so ist es auch im Infektionsschutzgesetz geregelt. Die meisten Gemeinschaftsunterkünfte kommen, glaube ich, diesem Auftrag nach. Schwierig gestaltet sich das zum Teil bei den Unterkünften für Obdachlose, insbesondere in der Kältehilfe, obwohl dazu im Infektionsschutzgesetz eine Ausnahme existiert, die sagt, dass Obdachlose, die nur ein bis drei Tage in einer Unterkunft sind, nicht auf Tuberkulose untersucht werden müssen.

Daneben ist die Frage – wenn Sie nach Lücken fragen –, ob die Gesetzeslage noch so sinnvoll ist, denn die Gesetze stammen aus einer Zeit, in der Deutschland kein Einwanderungsland war. Inzwischen werben wir aktiv Fachkräfte aus dem Ausland an, und diese kommen oft aus Hochinzidenzländern, zum Beispiel IT-Fachkräfte aus Indien. Ich sagte vorhin, dass es in Deutschland eine Inzidenz von sechs gibt. In Indien gibt es eine Inzidenz von etwa 200, aber da sie normalerweise nicht in Gemeinschaftsunterkünften gehen und auch keine Asylsuchenden sind, werden sie nicht untersucht. Andere Länder wie England oder die USA, die schon immer Einwanderungsland sind, haben Gesetze, dass alle, die dort arbeiten wollen, einmal auf Tuberkulose untersucht werden. Das gibt es in Deutschland nicht. Die Folge davon ist, dass wir regelmäßig auch angeworbene Fachkräfte mit Tuberkulose gemeldet bekommen, weil es keine Pflicht zur Untersuchung gibt.

Von uns aus ist zu sagen, dass wir die aktive Fallsuche, gerade bei den Kontakten, gut bewältigen können. Wir haben allerdings seit etwa zwei Jahren Probleme, die MFA-Stellen, also Medizinische Fachassistenten, zu besetzen. Das hat mehrere Gründe. MFAs sind auf dem Markt rar, und die Eingruppierung im Tarifvertrag der Länder kann nicht mithalten, was sie in Arztpraxen bekommen. Davon sind wir weit weg, und deswegen ist es sehr schwierig, diese Stellen zu besetzen. Wir haben jetzt zehn oder zwölf Bewerbungsrunden gehabt. Da gibt es also eine Einschränkung.

Dann gab es eine Frage zur Dauer der Behandlung und wie man es schafft, Patienten, die etwas schwieriger sind, zu motivieren, die Behandlung sechs Monate fortzuführen und zu beenden. Das ist tatsächlich eine große Herausforderung, aber wir sind gut aufgestellt. Wir haben unsere Sozialarbeiterstellen besetzt, und wir können es schaffen, für die Mehrheit dieser Menschen Lösungen zu finden. Dazu muss man sagen: Es gibt in Deutschland eine Pflicht zur Absonderung, wenn jemand ansteckend ist, aber es gibt keine Pflicht zur Behandlung. Das heißt, wenn jemand sagt, dass er nach drei Monaten abrechnen möchte, gibt es keinerlei Möglichkeit, ihn daran zu hindern, außer dass man Angebote macht.

Die Hauptschwierigkeit, diese sechs Monate durchzuhalten, besteht bei Menschen mit Alkohol- oder Drogengebrauchsstörung. Wir haben da erfreulicherweise seit dem letzten Jahr in

Berlin eine Möglichkeit: Wir haben einen Vertrag mit dem Haus SIEFOS – ich weiß nicht, ob Ihnen das bekannt ist. Das ist eine spezielle Einrichtung, in der Menschen untergebracht werden können, die sowohl Drogen- oder Alkoholgebrauchsstörungen als auch psychiatrische Krankheiten haben. Dort können wir nach dem Krankenhausaufenthalt Menschen für die Dauer der Behandlung unterbringen, bis die Behandlung abgeschlossen ist, und dann werden sie dort nicht weiter untergebracht. Das läuft seit Mitte letzten Jahres, und bisher hat nicht ein einziger Patient, der dorthin gekommen ist, die Therapie abgebrochen. Das ist eine tolle Entwicklung, denn vorher war es so: Sie wurden im Krankenhaus so lange behandelt, wie sie ansteckend waren. Dann wurden sie entlassen, sind zum Teil aus verschiedenen Gründen aus Unterkünften hinausgeflogen, waren dann wieder auf der Straße, und wir hatten große Probleme. Das ist zum allergrößten Teil gelöst. Das ist also eine sehr erfreuliche Entwicklung.

Es gab eine Frage zu der Zusammenarbeit mit Pneumologen und Kliniken in Berlin. Diese ist hervorragend. Das Klinikum Emil von Behring habe ich schon genannt. Die Charité ist zu nennen, insbesondere auch die Charité-Kinderklinik, die kleine Kinder von Familien für uns untersucht und jederzeit ansprechbar ist. Wir bekommen dort innerhalb von ein bis zwei Tagen Termine. Andere Bundesländer und andere Städte beneiden uns darum. Das läuft ganz hervorragend. Wir haben auch eine super Zusammenarbeit mit den Vivantes-Häusern und mit der Evangelischen Lungenklinik. Wenn wir Patienten identifizieren, die ansteckend sein könnten oder eine Diagnostik brauchen, haben wir also im Prinzip keine Probleme, Betten für sie zu finden. Das läuft hervorragend.

Dann gab es noch eine Frage zu den Arzneimittelverfügbarkeiten. Bei den Arzneimitteln für die normale Tuberkulose gibt es gar keine Probleme. Diese bekommen Sie in jeder Apotheke innerhalb von Stunden. Zum Teil gibt es Probleme mit der Verfügbarkeit von Arzneimitteln für die multiresistente Tuberkulose. Das ist sehr kompliziert. Das liegt daran, dass die Arzneimittel teilweise in Deutschland nicht zugelassen sind, weil es sich für die Firmen, die sie herstellen, schlichtweg nicht lohnt, eine Zulassung in Deutschland zu beantragen. Wir haben ein System, bei dem man davon ausgeht: Eine Firma hat ein Interesse, ein Arzneimittel auf den Markt zu bringen, und deswegen lässt sie es in Deutschland zu, und dann macht die Firma Profit. – Es gibt aber am Ende so wenig multiresistente Tuberkulosen, dass es sich eben nicht lohnt. Wir haben Zugang zu diesen Arzneimitteln, aber sie müssen dann in jedem Einzelfall zum Beispiel aus den USA importiert werden, und da dauert die Beschaffung zum Teil drei Wochen.

Wir haben aber in Berlin ein gutes Netz, weil wir uns gegenseitig aushelfen. Von diesem einen Medikament, von dem ich spreche, haben wir zum Beispiel immer mehrere Packungen bei uns im Tuberkulosezentrum, und dann ruft die Charité an und sagt: Können wir uns etwas borgen, damit wir die Therapie für einen Monat anfangen können? Oder letzte Woche war es das Vivantes in Friedrichshain. Sie borgen sich das von uns für vier Wochen, und in dieser Zeit haben sie das Medikament beschafft. Das ist herausfordernd. Ein anderes Medikament, das ist ein Lepra-Medikament, ist gar nicht zugelassen, also auf dem Level der WHO ist es zugelassen, nur nicht in Deutschland. Aber wir schaffen das. Mir ist kein Fall bekannt, in dem jemand nicht behandelt werden oder die Behandlung nicht angefangen werden konnte.

Es gab dann die Frage zum WHO-Ziel der Inzidenz von 1:100 000, und da muss ich Ihnen sagen, dass dieses Ziel illusorisch ist. Das ist ein politisches Ziel, das einen antreiben soll, in diese Richtung zu kommen, aber wir werden es nicht schaffen, nicht in Deutschland, nicht in

Berlin. Dafür gibt es zwei Gründe, die ich Ihnen nennen kann: 1:100 000 wären in Berlin 38 Fälle im Jahr. Letztes Jahr hatten wir 325 Fälle. 38 Fälle hatten wir alleine bei indischen Patienten im letzten Jahr. Das sind Leute, die zum Arbeiten nach Deutschland kommen, die angeworben werden. Darauf haben wir aber keinen Einfluss, sondern das indische Programm hätte langfristig einen Einfluss darauf, dort etwas zu machen. Die Leute kommen als Studenten, bezahlen hier das Studium, lassen ihr Geld hier. Die Leute kommen als Fachkräfte. Da es in Indien viel mehr Tuberkulose gibt als in Deutschland, gibt es da auch mehr Fälle.

Der zweite Grund, warum dieses Ziel völlig illusorisch ist: Tuberkulose ist eine Erkrankung, mit der Sie sich heute anstecken können und in 20 Jahren erkranken. Wir haben regelmäßig Fälle von deutschen Staatsbürgern, die 80 Jahre alt sind und sich mit hoher Wahrscheinlichkeit als Kinder nach dem Zweiten Weltkrieg angesteckt haben. Nachdem die Tuberkulose 70 Jahre im Körper geschlafen hat, weil sie ein gutes Immunsystem hatten und in guten Verhältnissen lebten, bekommen sie jetzt, wo sie alt sind und das Immunsystem wegen anderer Krankheiten nicht mehr so mitspielt, die Tuberkulose. Das heißt, wir haben jetzt Erkrankte, die sich zum Teil vor Jahrzehnten angesteckt haben, und da auf eine Inzidenz von 1 zu kommen, ist illusorisch.

Wenn wir etwas machen wollen, um die Inzidenz in Berlin zu senken, sollten wir unser Augenmerk auf Tuberkulose bei Obdachlosen lenken. Das ist bei Weitem die größte Risikogruppe. Als Obdachloser hat man etwa eine hundertfach höhere Chance, an Tuberkulose zu erkranken, als ein Nichtobdachloser. Das liegt in der Natur der Sache. Tuberkulose ist eine opportunistische Erkrankung. Obdachlose leben in schlechten hygienischen Verhältnissen. Obdachlose haben oft keinen Zugang zum Gesundheitssystem. Obdachlose sind oft unterernährt oder schlecht ernährt. Viele haben Alkoholgebrauchsstörungen. Wenn sie dann in die Kältehilfe kommen, unter zum Teil schlechten Bedingungen dort untergebracht sind und zu zwölf in einem Raum übernachten, dann verbreitet sich unter diesen Menschen die Tuberkulose weiter. Da können wir etwas machen, aber wir müssen aktiv etwas machen. Wir haben angefangen, mit einigen Kältehilfen zusammenzuarbeiten, um dort aktiver Fälle zu screenen. Das wäre ein Ansatzpunkt, um die Tuberkuloseübertragung in Berlin zu senken. – Danke schön!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zum Senat. – Bitte schön, Frau Haußdörfer!

Staatssekretärin Ellen Haußdörfer (SenWGP): Vielen herzlichen Dank! – Ein großer Vorteil, den diese Anhörung hat, besteht darin, das Augenmerk auf dieses Themenfeld zu lenken. Das ist in den letzten Jahren einer der größten Pakte des Bundes für die Länder gewesen, der so einen großen Erfolg hatte. Aber dort, wo man erfolgreich ist, darf man nicht einfach aufhören, sondern muss weitermachen. Einer der Werbeblöcke ist sozusagen heute hier im Ausschuss, damit die Aufmerksamkeit darauf gelenkt ist. Wir berichten diesem Haus regelmäßig über den Pakt für den ÖGD – Besetzungsstand, Stand der Digitalisierung –, nicht nur in Schriftlichen Anfragen, sondern zum Beispiel auch mit dem relativ umfangreichen Bericht Nummer 3 im Rahmen der Haushaltsberatungen. All dem kann man nur ein Gesicht, ein Leben geben, wenn Sie das, so wie heute hier die Expertinnen und Experten, mit Leben füllen. Deshalb vielen herzlichen Dank, dass Sie den ÖGD heute in den Mittelpunkt Ihrer politischen Beratungen gestellt haben, denn er ist für uns, für das Land Berlin, sehr wichtig!

Der Bund hat uns für den Zeitraum von 2021 bis 2026 von den 4 Milliarden Euro, die er bundesweit zur Verfügung stellt, 153,5 Millionen Euro zur Verfügung gestellt, und zwar in fünf Schwerpunkten, nämlich Personalaufbau im ÖGD, Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung, attraktivitätssteigernde Maßnahmen, Imagekampagne und Organisationsanalysen. Alle diese Felder, die wir heute schon in Teilbereichen besprochen haben, gehen in die Berliner Strategie ein. Es wurde schon angesprochen, dass der Pakt für den ÖGD zum 31. Dezember 2026 auslaufen und in dieser Form nicht mehr fortgesetzt wird. Hier wird bis zum Ende des Jahres ein Abschlussbericht erstellt. Frau Widders hat ausgeführt, inwieweit der Bund diese Stellungnahme abfasst, denn er wird gemeinsam von Bund und aus den Zulieferungen der Länder ausgestellt und gefertigt werden.

Wir haben zum einen den Punkt Personalausbau im ÖGD, auf den ich noch eingehen werde, und zum anderen haben wir mit dem Programm „Digitaler ÖGD Berlin“ Maßnahmen entwickelt, die die digitale Transformation nicht nur in den Gesundheitsämtern, sondern auch an den Schnittstellen forciert haben. Wir sind jetzt von einem digitalen Reifegrad 0, den wir hatten, auf 3 angehoben worden. Auch wenn das vielleicht ein bisschen abstrakt ist, kann ich Ihnen sagen, dass das in dem Bericht, der sich mit IT-Steuerung und IKT beschäftigt, nicht nur ein sehr wichtiger Wert ist, sondern auch die Notwendigkeit widerspiegelt, sich an die Herausforderungen und den Wandel anzupassen. Dazu gehörte aber auch, die strategische Steuerung und die konzeptionellen Vorarbeiten für ein effizientes Digitalisierungsmanagement, für ein Datenmanagement in diesem Politikfeld Gesundheit vorzunehmen. Das geht einher mit der Verwaltungsreform – Herr Bezirksstadtrat Hertel hat es schon angesprochen –, denn seit dem 1. Januar 2026 ist die Senatsverwaltung die bezirkliche Aufsicht für die Themenfelder Gesundheit und Pflege. Wir sind gespannt, wie sich das genau ausformen wird, weil das Auswirkungen darauf hat, wie wir mit den entsprechenden Entwicklungen umgehen. Denn das eine ist, Stellen im ÖGD zu schaffen, das andere ist aber, sie auszuschreiben, zu besetzen und gegebenenfalls nicht für wie auch immer geartete Sparmaßnahmen heranzuziehen.

Von den 220 Vollzeitäquivalenten – VZÄ –, die im Öffentlichen Gesundheitsdienst angehoben worden sind, sind 98 Prozent unbefristet ausgeschrieben worden, aber wir erwarten natürlich, dass die Stellen, die mit dem – in Anführungszeichen – virtuellen Pakt-ÖGD-Geld geschaffen worden sind, ausgerollt werden. Da brauchen wir ein gemeinsames Vorgehen, denn ich weiß, wie schwierig es ist, dann gegebenenfalls mit der bezirklichen Serviceeinheit Personal und Finanzen in die Diskussion zu gehen. Herr Kurt! Wir haben regelmäßig berichtet, was zum Beispiel solche Hindernisse sind, um Personal einzustellen beziehungsweise zu halten. Das ist beispielsweise die rote Nummer 0087 F. Da können Sie für jeden Bezirk die einzelnen Zahlen abrufen, in welchen Fachrichtungen eingestellt wird und wie viele offene VZÄ gegebenenfalls vorhanden sind. Das bedeutet aber, dass wir auch hier Mangelberufe sehen, das hat Frau Dr. Wischnewski schon ausgeführt. Solche Fragestellungen wie Prämienzulassung oder Anerkennung der Zeiten beispielsweise im TV-L zeigen sich hier insbesondere, wenn über 40 Prozent der Stellenbesetzungen in den Bereichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und Sozialpsychiatrischer Dienst stattfinden. Dann weiß man, wo die Hauptfragestellungen sind. Man weiß aber auch, dass fast 40 Prozent der Stellenausschreibungen erfolglos sind und neu ausgeschrieben werden müssen. Solche Fragestellungen wie Sammel-ausschreibungen und wie wir das Personal halten können, sind deshalb ganz besonders wichtig und müssen ein großer Fokus unserer gemeinsamen Arbeit sein.

Ich kann nur sagen: Ich habe auch Bezirkstage durchgeführt und war bei den Sitzungen der Bezirksstadträtinnen und -stadträte für Gesundheit. Der Pakt für den ÖGD ist wirklich jedes Mal Thema, gerade weil er die besondere Bedeutung hat, die wir für das Land Berlin auch darstellen wollen. Weil wir wissen, dass das Personal wirklich nicht auf der Straße zu finden und einfach wegzugreifen ist, hat zum Beispiel das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit zusammen mit den Ländern ein ÖGD-Logo, ein Corporate Design und einen gemeinsamen Internetauftritt entwickelt. Gemeinsam mit den zwölf bezirklichen Gesundheitsämtern wurden Werbematerialien entwickelt. Es gibt zum Beispiel ein kleines Pixi-Handbuch für die Aufgaben im ÖGD, und rund um den 17. März ist immer der Tag des Gesundheitsamtes. Hier finden in den Bezirken sehr unterschiedliche Veranstaltungen und Maßnahmen statt. Das bedeutet auch, dass man sich zum Beispiel beim Tag des Bezirksamtes beziehungsweise des Gesundheitsamtes vorstellt. Ich weiß, dass das den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr viel Mühe macht. Es bindet Ressourcen. Es ist aber durchaus erfolgreich, weil es zeigt, dass das ein guter Ort zum Arbeiten ist, beziehungsweise weil es mit den Aufgaben und den Berufsbildern der Berliner Gesundheitsämter vertraut macht.

Wenn ich das sage, dann auch deshalb, weil wir einem wandelnden Berufsbild unterliegen. Ein Beispiel hat Herr Dietrich dankenswerterweise schon genannt, denn es geht auch um das Werben, Halten und Binden von medizinischem Fachpersonal, also etwa medizinischen Fachangestellten. Da muss man wirklich sagen, dass man mit E 5 in diesem Tarifgefüge nicht mehr konkurrenzfähig ist und auch nicht mehr kongruent läuft, wir aber gleichzeitig diese Schlüsselstellen wirklich brauchen. Es gibt aber auch Berufe, die es so gar nicht mehr gibt. Da ist mein – in Anführungszeichen – Lieblingsbeispiel die Beratungsstelle für hörbehinderte Kinder und Jugendliche. Das macht der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg für alle Bezirke. Allerdings sind Phoniatrie-Assistenz oder Audiologie-Assistenz Berufsbilder, die es entweder so nicht mehr gibt oder wo der Markt zum Beispiel mit Fachstellen, in denen Sie sich gewerblich Hörgeräte und andere Dinge anpassen lassen können, dazu führt, dass Sie diese Stellen im öffentlichen Dienst nicht mehr besetzen können, weil sich schlichtweg niemand mehr dafür bewirbt.

Deshalb geht es darum, wie wir auf die Berufsbilder und auf die Entwicklung in den Berufen reagieren können. Teilbereiche, wie zum Beispiel die Anerkennung oder verschiedene Möglichkeiten der Einstellung, sind Themenfelder, die uns hier sehr interessieren, und wir wissen, wie herausfordernd die Situation in manchen Bezirken für die entsprechenden Berufsbilder ist, die für alle Bezirke im Anforderungsprofil gleich sind, sich aber an den jeweiligen Arbeitsstellen im Besetzungsstand sehr unterschiedlich abbilden. Das kann verschiedene Gründe haben, aber die Grundgesamtheit fehlt eben, und dementsprechend müssen wir uns hier gerade im Bereich des Image und der Fachkräftewerbung besonders viel einfallen lassen. Aber ich glaube auch – da teile ich die Auffassung von Frau Dr. Wischnewski –, dass man in dem Moment, in dem man vom Öffentlichen Gesundheitsdienst weiß, eine hohe Verpflichtung fühlt, sich im öffentlichen Dienst zu engagieren. Um den Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung anzugehen, wurde Berlin in den letzten Jahren Trägerland der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Da haben Sie vor nicht allzu langer Zeit hier im Parlament den Anpassungsvertrag unterstützt, und das wurde in den letzten fünf Jahren mit 1,44 Millionen Euro gestärkt.

Ein Punkt, auf den wir sicherlich nicht nur heute, sondern auch in einer zukünftigen Sitzung einen besonderen Fokus setzen werden, ist der Beratungsauftrag, die Evaluation mit dem Titel

„Berliner ÖGD – Betrachtung von Strukturen und Organisation“. Da ging es unter anderem darum, im Bereich der Standorte des Zentrums für sexuelle Gesundheit und Familienplanung der Weiterentwicklung des Mustergesundheitsamtes einen größeren Stand zu verschaffen. Wir haben auch vor, in diesem Jahr bei der Zentralen Medizinischen Gutachtenstelle des Landes Berlin zu einer weiteren Evaluation zu kommen, um dann die notwendigen Schlussfolgerungen für eine Evaluation und auch eine Reform unseres GDG zu ziehen. Ich hatte im Austausch mit meinen Landeskolleginnen und -kollegen den Eindruck, dass wir zwar schon ein relativ altes GDG haben, es aber relativ modern ausgefasst ist – zumindest wenn ich mir die GDGs der anderen Bundesländer anschau –, sodass wir uns zielgenau ansehen können, an welchen Stellen wir für eine Reform, eine Anpassung sorgen müssen, um den modernen Herausforderungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Zeiten von Fachkräftemangel und gesellschaftlicher Herausforderungen noch besser nachkommen zu können.

Der zweite Punkt ist das Digitale Gesundheitsamt 2025: Dieses Leitbild wurde durch die digitalen Anwendungen gestärkt. Im Referat für IT-Verfahrensbetrieb des LAGeSo wurde ein struktureller Aufbau initiiert, um die operativen Aufgaben zu unterstützen, denn es geht ja nicht nur um die Gesundheitsämter in den Bezirken, sondern auch um das Landesamt für Gesundheit und Soziales, das hier besondere Aufgaben übernimmt. Das Land Berlin hat sich mit über 1 Million Euro an den länderübergreifenden Projekten wie IT-Grundschutz und medienbruchfreien Schnittstellen beteiligt sowie eine gesamtstädtische Impfmanagementsoftware initiiert, die beispielsweise in den Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung eingesetzt wird.

Die OZG-Leistungen, wie das Anzeigen von Wasserversorgungsanlagen, wurden schon angesprochen. Es gehört aber dazu, dass wir uns an diesen entsprechenden Schnittstellen deutlich machen und die Investitionen in den digitalen ÖGD stärken. Wir haben hier mit der Koalition und dem Parlament das Ausrollen der Belehrung nach dem Infektionsschutzgesetz beschlossen. Das ist diese interessante Rote Karte, die man im Prinzip einmal macht, um die entsprechenden Maßnahmen durchzuführen. Der Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf wollte hier einen Piloten starten, den Sie aber noch nicht erleben können, weil wir an anderer Stelle noch beim Bezahlendienst für diese Rote Karte hängen. Daran erkennt man, dass das nicht alleine Sache von Gesundheitsämtern oder der Senatsverwaltung für Gesundheit ist, sondern wir mit vielen Playern im Land Berlin die entsprechenden Absprachen und auch die Leistungen in den jeweiligen Zeitplänen erbringen müssen. Es zeigt sich immer wieder, dass gerade der Bereich der digitalen Leistungen hier mit besonderen Herausforderungen konfrontiert ist, sodass wir die uns selbst gesetzte Frist zwar nicht einhalten können – denn sonst hätten wir sie schon zum 1. Januar dieses Jahres –, aber hoffen, zeitnah zu einer Verständigung zu kommen, wie dieser Bezahlendienst, diese Bezahlschnittstelle zum Land Berlin eingerichtet werden kann, damit wir mit der digitalen Roten Karte loslegen können.

Das Tuberkulosezentrum Lichtenberg ist an die Telematikinfrastuktur für die digitale Kommunikation und den Datenaustausch angeschlossen worden. Das sind solche Beispiele, wie gut das funktionieren kann. Über die Zusammenarbeit und Kooperation mit Baden-Württemberg haben wir schon gesprochen. Wir haben diesen Letter of Intent im dritten Quartal 2025 unterzeichnet, was dazu führt, Herr Schatz, dass wir und weitere Bundesländer in den nächsten Monaten in das Ausrollen dieses Kooperationsmodells kommen. Wir müssen nicht immer alles einzeln nur für Berlin erfinden, sondern wir können in den Austausch gehen und für uns das Passende herausuchen, womit wir einen schnellen Angleich haben und sich Kos-

ten, etwa für Instandhaltung und Zertifikate, in überschaubarem Maß halten. Mit dem Haushalt haben Sie eine Höhe von ungefähr 6 Millionen Euro beschlossen, die wir trotz Auslaufen des Paktes für den ÖGD im Bereich Digitalisierung umsetzen können, um unseren Bestrebungen nachhaltig Rechnung zu tragen.

In den letzten zweieinhalb Jahren haben allein fünf Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz – GMK – sowie in den entsprechenden Arbeitsgruppen leider nicht dazu geführt, dass der Bund sich daran beteiligt. Über die Stellen habe ich schon gesprochen, aber insbesondere beim Pakt für den ÖGD im Bereich Digitalisierung wäre das eine echte, hilfreiche Konstante gewesen. Deshalb teile ich die Bestrebungen – das haben wir getan und werden wir weiterhin tun –, sich im Rahmen der GMK dafür einzusetzen, dass der Pakt im Bereich Digitalisierung weitergeführt wird. In vielen Bundesländern haben Kommunen eine besondere Rolle, und das hätte den Vorteil, hier bundesweit eine Einheitlichkeit herzustellen, sodass wir gleiche Prozesse haben – nicht die gleichen Festschreibungen, das wäre, glaube ich, gegen das Grundgesetz, aber die gleichen Prozesse, die darunterliegen. Das wäre sicherlich nicht nur sehr hilfreich, sondern auch in unserem Sinn, weil wir weiterhin das personelle wie auch das finanzielle Engagement aller Beteiligten sicherstellen wollen, damit es einem Marathon gleichgestellt wird, und nicht nur einem 100-Meter-Sprint über die letzten fünf Jahre.

Zu den Stellenbesetzungen habe ich schon ausgeführt. Ich möchte noch darstellen, dass die Themen Überalterung des Bestandspersonals, Fachkräftemangel in den Schlüsselberufen und auch die konsequente Umsetzung der Digitalisierung Herausforderungen für unsere Berliner Gesundheitsämter sind und bleiben. Natürlich spielen die Berichte des Beirates auf Bundesebene für uns eine große Rolle, mitunter nicht nur im Pakt für den ÖGD, sondern beispielsweise auch in unserem Gremium nach § 90a SGB V. Wir nehmen die Berichte nicht nur entgegen, sondern wir arbeiten mit ihnen, weil das immer ein guter Austausch von Best Practices ist, so wie auch die handelnden Personen zeigen, dass wir uns diesen strukturellen Rahmenbedingungen und den modernen Herausforderungen widmen müssen. Wir werden zu klären haben, natürlich auch mit Ihnen hier im Ausschuss, wie im Gesundheitsdienstgesetz und im Landesorganisationsgesetz diese Anforderungen an eine gesamtstädtische Steuerung und Planung sowie die Zusammenarbeit mit den Bezirken – die wir als sehr gut, konstruktiv und produktiv empfinden – effizient und IT-gestützt umgesetzt werden können.

Zum Schluss möchte ich noch zwei Worte zu Lichtenberg und dem Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen verlieren: Frau Dr. Gocksch als Bezirksstadträtin für Gesundheit ist heute auch hier, und das zeigt, wie wichtig es ist, dass zum Beispiel ein Bezirk bezirksübergreifend für alle Aufgaben wahrnimmt. Diese Art von Aufgabenteilung ist sehr wichtig, denn die Zahl von etwa 15 000 untersuchten Personen im Jahr 2025 zeigt, wie wichtig es ist, hier zu guten Lösungen zu kommen. Herr Dietrich stellt sein Licht immer ein bisschen unter den Scheffel. Diese Feststellungen, die getätigt werden, dass zum Beispiel obdachlose Personen eine besondere Risikogruppe sind, weil die Chance, dass sie an Tuberkulose erkranken, hundertmal größer ist, führen dazu, dass wir schauen müssen, welche guten Modelle sich hier entwickeln lassen. Gerade die Fragestellung nach dieser Zielgruppe zeigt, dass es in Zusammenarbeit mit der SenASGIVA gelungen ist, in einer Kooperation zwischen dem Tuberkulosezentrum und einer ASOG-Unterkunft, nämlich dem Haus SIEFOS, hier zu einer Möglichkeit zu kommen, wie vier Plätze zur ambulanten Betreuung von wohnungslosen Menschen mit besonderem Pflegebedarf gesichert werden können. Die Entwicklung solcher Modelle geht nur über die Erkenntnis und Analyse der Praxis, und das führt dazu, dass die

Kooperation mit dem Haus SIEFOS zwar die krankheitsbedingten Kosten in den Krankenhäusern senken soll, auf der anderen Seite aber diese Zielgruppe, diese Personengruppe, eine adäquate Behandlung in diesem besonderen Status erhalten kann – das betrifft nicht nur den besonderen Pflegebedarf, sondern auch Betreuung und Medikation.

Diese Modelle, diese neuen Kooperationen, sind es, die dann die notwendige Flexibilisierung schaffen. Deshalb vielen herzlichen Dank – ich konnte mir die Stelle selbst anschauen – für das Engagement aller Beteiligten für den ÖGD, aber natürlich vor allem auch dafür, für uns Berlinerinnen und Berliner und diejenigen, die bei uns zu Gast und zu Besuch sind, die adäquate Betreuung herzustellen. Der Pakt für den ÖGD bleibt ein großes Themenfeld für uns, auch die Stellung des ÖGD. Ich kann, wie gesagt, nur unseren Dank an alle Beteiligten aussprechen. Wir wissen, dass die Prozesse und auch die Diskussionen durchaus mühsam sind. Bisher sind wir im gemeinsamen Austausch immer zu guten Ergebnissen gekommen, und ich gehe davon aus, dass das auch in den nächsten Jahren so weitergehen wird. Trotzdem müssen wir alle unsere Ressourcen darauf verwenden, weiterhin zu den guten Entwicklungen beizutragen und uns nicht auszuruhen. In diesem Sinne: Vielen herzlichen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau Haußdörfer! – Damit ist die Anhörung zu Ende. Ich bedanke mich bei den Anzuhörenden! – Wir haben jetzt noch die Abstimmung über den Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Ich frage, ob jemand noch etwas dazu sagen möchte. – Frau Pieroth!

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Ja, gern! – Wir haben hinreichend gehört, dass ein Aus des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ein gesundheitspolitischer Rückschritt mit Ansage wäre. Aufgrund dessen fordern wir in dem Antrag, den Pakt über 2026 hinaus fortzuführen und eine dauerhafte Finanzierungsgrundlage zu entwickeln, dass Bund, Länder und Kommunen gemeinsam ein nachhaltiges und verbindliches Finanzierungsmodell entwickeln sowie die Prüfung eines Bundesgesetzes mit Mindeststandards für Aufgaben und Ausstattung.

Vorsitzende Silke Gebel: Es gab die Möglichkeit, sich in der Anhörung dazu zu verhalten, aber gibt es noch weiteren Aussprachebedarf? – Das ist nicht der Fall.

Dann kommen wir zur Abstimmung. Wer dem Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zustimmen möchte, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Das sind die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und die Fraktion Die Linke. Wer stimmt dagegen? – Das sind die Fraktion der CDU, die Fraktion der SPD und die AfD-Fraktion. Damit gibt es keine weitere Möglichkeit der Abstimmung, und der Antrag ist abgelehnt. Es ergeht eine entsprechende Stellungnahme an den Ausschuss für Bundes- und Europaangelegenheiten, Medien.

Die Besprechungen zu Punkt 3 a bis 3 c werden vertagt, bis das Wortprotokoll vorliegt und ausgewertet werden kann. Dann werden wir uns das noch einmal zu Gemüte führen und sehen, was für Schlüsse wir hier im parlamentarischen Raum daraus ziehen.

Ich wünsche Ihnen einen wunderschönen Tag! Vielen Dank, dass Sie heute hier waren, vielen Dank für Ihren Einsatz für unsere Stadt und noch eine schöne Woche!

Punkt 4 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.