

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit und Pflege

68. Sitzung
13. April 2026

Beginn: 09.35 Uhr
Schluss: 12.37 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
Medizinische Versorgung im Katastrophenfall:
Strukturen, Notfallpläne und Versorgungsresilienz in
Berlin
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD) | 0351
GesPflg |
| b) | Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Vorbereitet auf multiple Krisen – Resilienz der
Krankenhäuser Berlins
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen) | 0377
GesPflg |
| c) | Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Cybersicherheit an Berliner Krankenhäusern
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen) | 0295
GesPflg |
| d) | Antrag der AfD-Fraktion
Drucksache 19/1947
Eine Herausforderung wird erst dann zur Katastrophe,
wenn sie uns unvorbereitet trifft – Berlin endlich
krisenfest machen! (1) | 0292
GesPflg(f)
Haupt
InnSichO |

Hierzu: Anhörung

Wir haben uns hierzu auf eine Anhörung verständigt, und ich begrüße herzlich: Herrn Bernhard Büllmann, Geschäftsführer der Stromnetz Berlin GmbH, Herrn Prof. Dr. med. Leif Erik Sander, Direktor der Klinik für Infektiologie und Intensivmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Herrn Marc Schreiner, Geschäftsführer des Berliner Krankenhausgesellschaft e. V., und Herrn Dr. Andre-Michael Baumann, Leiter der Abteilung Einsatzvorbereitung Rettungsdienste bei der Berliner Feuerwehr. Ihnen allen ein herzliches Willkommen und danke, dass Sie sich heute die Zeit nehmen!

Ich gehe davon aus, dass die Anfertigung eines Wortprotokolls gewünscht wird. – Da sehe ich Nicken. – Ich frage als Erstes die Fraktionen der Koalition, wer von Ihnen den Besprechungsbedarf zu Tagesordnungspunkt 3 a begründen möchte. – Herr Zander, Sie haben das Wort!

Christian Zander (CDU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Schön, dass Sie zu dieser sehr interessanten und umfangreichen Anhörung hier sind!

Ich möchte es nur ganz kurz begründen: Wir haben schon einige schwierige Fälle selbst erlebt, zum einen die Coronapandemie, zum anderen Cyberattacken und den Anschlag auf das Stromnetz, von dem auch einige Krankenhäuser direkt betroffen waren. Dazu kommen noch die instabile, teilweise bedrohliche Lage in Europa in Sachen Krieg und andere Bedrohungsszenarien, die bestehen. Es ist schon ein erster Schritt in die Richtung getan worden, wie man sich darauf vorbereiten kann, falls es einen Bündnisfall gibt, falls es auch direkte Bedrohungs-

lagen für Deutschland gibt. Das Ganze wollen wir hier ein bisschen beleuchten. Ich danke Herrn Schreiner, dass er seinen Bericht über seinen Besuch in der Ukraine vorab zur Verfügung gestellt hat. So konnte man ihn sich vorher schon einmal anschauen. Die Fragen werden wir dann nachher stellen. Wie gesagt: Wir freuen uns, dass Sie heute da sind und uns für Fragen und Antworten zur Verfügung stehen!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Für die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen werde ich die Besprechungspunkte begründen.

Silke Gebel (GRÜNE): Uns war wichtig, dass wir über multiple Krisen sprechen. Wir finden es spannend und freuen uns auch sehr, dass mit Herrn Schreiner jemand da ist, der sich in der Ukraine einmal die Situation in einem Fall angesehen hat, den wir uns für Deutschland oder die Europäische Union niemals, noch nicht einmal im Albtraum, erträumen wollen. Aber dass man sich trotzdem anschaut, wie sich ein Land, das im Krieg ist, vorbereitet, um die Krankenhäuser funktionstüchtig zu halten, und da auch zu verstehen: Was muss man in Berlin machen?

Gleichzeitig haben wir mit der Pandemie – das hat der Kollege schon angesprochen, und da hat sich auch Prof. Dr. Sander häufiger zu Wort gemeldet – gesehen, dass es auch Krisen unterhalb von Kriegsszenarien geben kann. Deswegen ist für uns wichtig zu verstehen, wie wir uns da vorbereiten. Auf der Konferenz, die es neulich zum Thema KRITIS gab, wurden Sie, Herr Sander, zitiert: Nur ein im Frieden effizientes Gesundheitssystem übersteht Krisen. – Das ist auch ein Appell an uns als Landespolitik, zu handeln, damit wir auch in einer Nichtkrisensituation ein resilientes System haben. Daher wollen wir uns gerne quasi ohne die Krise einmal austauschen: Was müssen wir tun? Was haben wir aus der Pandemie gelernt? Sind wir wirklich interaktiv genug, um auch in Nichtkrisenzeiten zwischen den Häusern zu interagieren? Sind wir auf Hitzesituationen vorbereitet? Das ist ja, wenn wir uns die Klimakrise anschauen, eine der größten Herausforderungen, vor der wir stehen.

Auch die Frage – Anfang des Jahres haben wir es gesehen –: Was passiert eigentlich bei einem Stromausfall? Deswegen freue ich mich sehr, dass Herr Büllmann heute da ist, und dass Sie uns auch Ihre Lehren mitgeben. Wir hatten den Stromausfall im Südwesten, wir hatten aber auch im Südosten mehrfach die Situation, dass da einfach Menschen abgehängt waren. Wie schützt man das Stromnetz? Wir haben gedacht, dass es jetzt, drei, vier Monate später, ein paar Lehren gibt, die Sie uns als Politik mitgeben können und wollen. Gleichzeitig: Wie soll sich die Bevölkerung in der Situation verhalten? Welche Aufgaben haben die Krankenhäuser, aber welche Aufgaben haben auch andere Punkte? – In dieser Frage ist natürlich ganz zentral für uns, was Sie, die Feuerwehr, als die Expertin im Bereich Katastrophenwesen sagen, wie wir damit umgehen, auch in Bezug auf IT-Sicherheit, wenn der Strom weg ist, wir vielleicht noch eine Pandemie haben und es seit drei, vier Wochen keine wirklichen Kontakte gab. Wie erhalten wir die Gesundheitsversorgung, aber auch alles andere aufrecht?

Dann noch als letzten Punkt: Wir haben auch das Thema Cybersicherheit angemeldet. Es gab immer wieder Cyberattacken auf die Krankenhäuser, und das hat immer zu sehr viel Chaos bei den Rettungsstellen geführt, aber auch ansonsten im Ablauf. Deswegen müssen wir uns, glaube ich, darauf noch einmal ganz anders vorbereiten. Ich fände wichtig, dass dazu von Ihnen auch noch eine Einschätzung gegeben wird. Das hat gerade aus der Krankenhaussicht, aber auch aus der Rettungsdienstsicht eine spannende Perspektive. – Soweit von meiner Seite.

Vorsitzende Silke Gebel: Dann kommen wir noch zur Begründung des Antrags unter Tagesordnungspunkt 3 d durch die AfD-Fraktion. – Herr Ubbelohde!

Carsten Ubbelohde (AfD): Vielen Dank! – Unser Antrag stammt aus dem Oktober 2024, stand damals noch unter dem Eindruck der Coronakrise und kommt leider erst jetzt in den Geschäftsgang. Ich möchte ihn kurz begründen: Er befasst sich mit einer der zentralen Säulen der öffentlichen Sicherheit im Land Berlin, der Resilienz unserer Stadt gegenüber verschiedensten Krisen, und er baut auf den Berichten des Rechnungshofes zur missglückten Bewältigung der Coronakrise aus dieser Zeit auf. Es besteht aus unserer Sicht dringender parlamentarischer Beratungs- und Handlungsbedarf. Der Berliner Senat war nur unzureichend auf die Krisensituation vorbereitet und konnte demzufolge der komplexen Herausforderung zur Coronazeit nicht gerecht werden, genauso wenig wie den Krisen der letzten Monate.

Unser Antrag hat ein Berichtsdatum, das ich hiermit aktualisieren und auf den 30. Juni 2026 festlegen möchte. Der Senat wird aufgefordert, bis dahin vollständig, ressort- und aufgabengenaue vorzulegen, wie die zukünftige Optimierung der Einsatzkoordination von medizinischen Einsatz- und Hilfskräften zu erfolgen hat, welche Maßnahmen des Weiteren zur Vorphaltung von Einsatzpersonal und Einsatzmitteln im Krisenfall eingeleitet wurden und um die Kommunikationsmittel von Behörden und Organisationen mit Aufgaben zur Gefahrenabwehr zu optimieren, und als vierten und letzten Punkt die mit diesen Optimierungsmaßnahmen verbundenen zusätzlichen haushälterischen und finanzwirtschaftlichen Auswirkungen ressortbezogen und titelscharf aufzulisten.

Ziel der Ausschussberatungen unseres Antrages ist es, die hier formulierten Forderungen in einen konkreten umsetzbaren Maßnahmenkatalog zu überführen, der sicherstellt, dass Berlin auf künftige Krisenszenarien – egal, woher sie auch kommen mögen – personell, materiell und vor allem strukturell optimal vorbereitet ist. In dem Sinne freue ich mich auf eine Beratung dazu. – Zu den anderen Punkten, sei es zum Thema Krankenhausvorbereitung und dem Bericht von Herrn Schreiner, sei es zu den Folgen des linksterroristischen Anschlages auf die Stromversorgung, würden wir nachher noch in der Diskussion kommen und uns dazu äußern. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Ich möchte zu dem Antrag noch kurz darauf hinweisen, dass die Stellungnahme des mitberatenden Rechtsausschusses noch nicht vorliegt. Der Ausschuss wurde aber über die heutige Beratung informiert, und da die Sechsmonatsfrist abgelaufen ist, können wir heute auch abschließend beraten. – Dann kommen wir jetzt zur Anhörung und starten mit Herrn Büllmann.

Bernhard Büllmann (Stromnetz Berlin GmbH): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Abgeordnete! Sehr geehrte Damen und Herren! Zunächst möchte ich mich herzlich für die Einladung und für die Gelegenheit bedanken, heute hier aus der Perspektive der Stromnetz Stellung zu der Frage nehmen zu können, wie die medizinische Versorgung im Katastrophenfall gewährleistet ist und wie die Resilienz der Versorgungsstrukturen zu bewerten ist. Wir haben gesehen, insbesondere mit dem Anschlag im Januar, dass Gesundheits- und Stromversorgung in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen. Ohne eine stabile und belastbare Strominfrastruktur gibt es keine funktionierende Notfallmedizin, keine intensivmedizinische Notfallversorgung, keine digitale Kommunikation – auch das war ein sehr großes Problem – und keine sichere Medikamentenlogistik. Strom ist also nicht nur eine Hintergrundressource, sondern sie ist zentrale Voraussetzung und dient letztlich dem Schutz von Leben und Gesundheit.

Die sicherheitspolitische Lage hat sich grundlegend verändert. Wir haben das im Herbst mit dem Anschlag in Johannisthal gesehen. Wir haben das im Januar mit dem Anschlag in Lichterfelde gesehen. Neben den klassischen Risiken, die wir zu verantworten haben, den betrieblichen Störungen, den Extremwetterereignissen, sind wir jetzt auch Ereignissen ausgesetzt, wo mit massiver krimineller Energie auf unsere Infrastruktur und auf unsere technischen Einrichtungen eingewirkt wird. Das sind gezielte Angriffe – physisch, aber nicht nur physisch, sondern wir sehen einen sehr breiten Angriffsvektor, und insbesondere dürfen wir damit auch die digitale Gefahr der Bedrohung nicht außer Acht lassen.

Diese Realität betrifft nicht nur Energieinfrastrukturunternehmen, sondern die Infrastruktur insgesamt. Dazu gehören die Krankenhäuser, dazu gehören Pflegeeinrichtungen, Rettungsdienste und dergleichen mehr. Für uns als Stromnetz bedeutet das: Resilienz ist kein abstrakter Begriff, sondern Teil unserer täglichen Arbeit, unserer Aufgabenstellung – und nicht erst seit heute oder gestern, sondern schon seit geraumer Zeit. Damit sind wir intensiv befasst. Was bedeutet das für uns konkret? – Es geht zunächst darum, aus den Ereignissen zu lernen und die Sicherheits- und Schutzmaßnahmen unserer Infrastruktur zu erhöhen. Das heißt, wir arbeiten sehr intensiv daran, den Perimeterschutz mit baulichen Maßnahmen und physischen Schutzmaßnahmen zu verbessern. Wir arbeiten mit Detektion und auch mit Intervention, prüfen den Einsatz von entsprechender Sensorik und KI, und entwickeln uns damit hin zum nächsten Schritt. Das sind alles sehr gezielte Maßnahmen, um das kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Das Stromnetz in Lichterfelde war dadurch gekennzeichnet, dass wir eine Brücke nutzen mussten, um eine Wasserstraße zu queren. Das heißt, in einem Bereich war das Netz oberirdisch geführt, und es war an dieser Stelle auch nicht georedundant geführt. Wir waren dort schon in der Entflechtung der Versorgungssituation. Es ist immer eine Frage, wie schnell man vorangeht. Das hängt teilweise an Verwaltungsmaßnahmen, an behördlichen Genehmigungen, die dort zu erteilen sind. Die Situation war schon verbessert, aber sie war noch nicht gänzlich auf einen Stand gebracht, der eine Georedundanz gewährleistet hätte. Insofern haben wir hier ein Anschlagsgeschehen gehabt, bei dem aufgrund der nicht redundanten Führung der Leitung letztlich ein massiver Schaden erwirkt werden konnte.

Dann sind wir schon beim dritten Punkt, nämlich bei der Frage: Wie schnell sind wir in der Lage, eine Krise zu bewältigen? – Wir hatten ein massives Anschlagsgeschehen, betroffen waren 45 000 Haushaltskunden und 2 200 Gewerbekunden, und wir haben in einer Zeit von

rund 100 Stunden die Versorgung wiederhergestellt. Gerade bei den vulnerablen Kundengruppen waren wir deutlich schneller; auch mit Unterstützung der Feuerwehr haben wir entsprechende Netzersatzanlagen in Betrieb nehmen können. Die Krankenhäuser sind ohnehin schon sehr gut darin aufgestellt, wie sie auf solche Situationen reagieren.

Es gibt vielfältige Dinge, die bei der Krisenbewältigung zu beachten sind. Wie stellen wir uns auf? – Wir haben vernetzte Krisenstäbe, das ist ein Punkt. Wir sind auch mit anderen Verteilnetzbetreibern intensiv vernetzt, um entsprechende Hilfestellung geben und ebenso in Anspruch nehmen zu können. Das betrifft beispielsweise die Netzersatzanlagen, die wir nicht in der Zahl vorhalten, wie wir sie tatsächlich hier in Berlin zum Einsatz gebracht haben. Sondern wir haben von entsprechenden Organisationen, unter anderem von Netzbetreibern, Unterstützung im großen Stil erhalten, beispielsweise auch von der Feuerwehr aus Nordrhein-Westfalen. Da sieht man also: Zusammenwirkung ist an der Stelle sehr wichtig.

Es geht darum, die Krise schnell zu beherrschen und die Wiederherstellung schnell zu organisieren. Das haben wir über technische Maßnahmen gelöst, durch Schaltanlagen, durch Schaltung des Netzes, und wir haben dann sukzessiv Netzersatzanlagen ins Netz gebracht. Das sind die Dinge, die wir leisten können. Wir sehen aber auch, dass an der Schnittstelle zum Kunden vieles zu leisten ist, und da sind wir bei einem zentralen Punkt, nämlich der Fragestellung: Wie können wir die Resilienz der Wirtschaft und der Bevölkerung erhöhen?

Wir hatten eine Situation, die dadurch gekennzeichnet war, dass die Wärme und das Wasser am Haus zwar anlag, aber im Haus selbst nicht mehr transportiert werden konnte. Dadurch ergab sich gerade in dieser witterungsbedingt sehr kritischen Situation, weil es doch sehr kalte Wintertage waren, eine Gefährdung, dass die Räumlichkeiten in sehr kurzer Zeit entsprechend auskühlten, und damit das drohende Szenario, dass die Patientinnen und Patienten verlegt werden müssen. Das konnte dadurch abgewendet werden, dass wir dort gut und intensiv zusammengearbeitet haben.

Wir sehen aber auch: Resilienz kann nicht ein Netzbetreiber allein organisieren. Wir sind da gemeinschaftlich unterwegs und müssen die Aufgabe auch gemeinschaftlich übernehmen. Insofern kann ich als Fazit hier nur damit schließen, dass medizinische Versorgung im Katastrophenfall mit der Funktionsfähigkeit kritischer Infrastrukturen steht und fällt. Die Stromversorgung ist dabei ein zentraler Baustein, wahrscheinlich der zentralste Baustein. Aber nur im Zusammenwirken mit allen Beteiligten sind wir in der Lage, die Dinge gut zu orchestrieren und schnell zu Lösungen zu kommen, wie uns das im Januar gelungen ist. Auch wenn 100 Stunden sehr lange wirken, ist es, glaube ich, ein Verdienst aller Beteiligten, dass wir dort relativ schnell wieder in eine Versorgungssituation gekommen sind. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit, und für Fragen stehe ich selbstverständlich gerne zur Verfügung!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – An dieser Stelle von allen der große Dank, dass das in der Tat doch so glimpflich abgelaufen ist! Wir hatten schon einmal eine Anhörung mit Pflegeunternehmen, da haben wir uns auch alle bedankt, aber ich sage das hier, glaube ich, noch einmal stellvertretend für den ganzen Ausschuss. – Dann kommen wir zu Herrn Prof. Dr. Sander.

Dr. Leif Erik Sander (Charité – Universitätsmedizin Berlin): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Abgeordnete! Herzlichen Dank für die Einladung! Das Thema ist mir persönlich

wichtig. Spätestens seit der Coronapandemie beschäftige ich mich und beschäftigen wir uns als Organisation der Charité sehr mit dem Thema Resilienz und Krisenbewältigung. Gerade das Auftreten multipler paralleler Krisen stellt nicht nur das Gesundheitssystem vor erhebliche Herausforderungen. Ich möchte Ihnen einen kurzen Bericht, den ich Ihnen im Nachgang auch zukommen lassen kann, darüber geben, was wir für Bedrohungen haben, wo wir aktuell Defizite sehen und welche Aufgaben auf die Politik, aber auch auf die Krankenhäuser zukommen.

Die Menschen in Berlin und natürlich auch in ganz Deutschland verlassen sich darauf, dass sie bei schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen Zugang zu einem Krankenhaus haben, in dem sie 24 Stunden am Tag an 365 Tagen im Jahr die bestmögliche medizinische Hilfe erhalten können. Um dies zu gewährleisten, müssen die Kliniken und der gesamte stationäre Versorgungssektor auch unter außergewöhnlichen Belastungen und gerade in Krisenlagen möglichst vollumfänglich funktionsfähig bleiben. Daher ist die Resilienz der Krankenhäuser eine zentrale Grundlage für Krisenfestigkeit und auch Handlungsfähigkeit unserer Stadt und letztlich des gesamten Staates. Sie zu gewährleisten, halte ich deswegen für einen essenziellen Bestandteil staatlicher Daseinsfürsorge.

Ein Gesundheitssystem kann aber nur dann effektiv auf Krisen reagieren, wenn es im Routinebetrieb effizient organisiert ist, Ressourcen sinnvoll einsetzen kann und in der Lage ist, im Bedarfsfall zusätzliche Kapazitäten zu mobilisieren. Das ist eine Lehre, die wir gerade zum Beispiel im Austausch mit Kolleginnen und Kollegen in Israel oder mit Kolleginnen und Kollegen in der Ukraine erfahren. Sie müssen in der Lage sein, in Friedenszeiten effizient zu sein, um in der Krise zusätzliche Kapazitäten freisetzen zu können.

Die möglichen Krisen und Herausforderungen sind vielfältig. Im Expertenrat der Bundesregierung zu Resilienz und Gesundheit, einem Beratungsgremium der Vorgängerregierung bestehend aus verschiedensten Expertinnen und Experten aus Gesundheit, Sicherheit, Katastrophenschutz, der Bundeswehr und so weiter, haben wir 2024 zentrale Szenarien definiert, die für die Gesundheitssicherheit besonders relevant sind. Neben neuen Infektionsausbrüchen und Pandemien, deren Risiko weiter steigt, gewinnt die veränderte Sicherheitslage – da hören wir noch den Bericht von Herrn Schreiner – zunehmend an Bedeutung. Hybride Bedrohungen, gezielte Sabotage, terroristische Anschläge, mögliche militärische Konflikte bis hin zum Bündnis- und Verteidigungsfall müssen wir letzten Endes in Erwägung ziehen. Für viele dieser Szenarien haben wir bereits konkrete Beispiele in der jüngsten Vergangenheit erlebt, von der Covid-19-Pandemie über den russischen Angriffskrieg und insbesondere die dortigen Angriffe auf zivile Infrastruktur und auf Krankenhäuser, die jüngsten Angriffe auf unser Stromnetz bis hin zu Cyberangriffen auf unsere Krankenhaus-IT. Hinzu kommen natürlich die langfristigen Entwicklungen, wie immer wieder auftretende Extremwetterereignisse oder Hitze und Naturkatastrophen infolge des Klimawandels.

Was sind die Defizite und Herausforderungen, die wir heutzutage haben? – Parallel zu den steigenden Risiken bestehen aus meiner Sicht und aus Sicht vieler Experten strukturelle Defizite, die die Krisenfestigkeit der Krankenhäuser erheblich schwächen. Hierzu zählt zuallererst die in vielen Kliniken Berlins veraltete physische und digitale Infrastruktur infolge der über Jahrzehnte verschleppten Modernisierung. Gebäude und technische Infrastruktur sind oftmals nicht auf Krisen ausgelegt und bereits im Alltag kaum noch belastbar. Auch die physische und digitale Sicherheit ist vielfach nicht ausreichend gewährleistet. Maßnahmen zum Schutz

kritischer Infrastruktur, wie etwa Zugangskontrollen, Einfriedungen, Videoüberwachung oder IT-Sicherheitsstrukturen, sind bislang meiner Meinung nach unzureichend umgesetzt und stellen die Einrichtungen vor erhebliche finanzielle, aber auch rechtliche Herausforderungen.

Ein weiteres zentrales Problem für die Krisenresilienz ist die übermäßige Fragmentierung unserer Krankenhauslandschaft. Wir haben in Berlin rund 50 Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag, insgesamt 86 Kliniken. Was auf den ersten Blick wie eine Stärke erscheinen kann, weil dies eine gewisse Redundanz suggeriert, kann zwar in der Krise vorteilhaft sein, macht das System auf der anderen Seite aber auch schwierig zu steuern. Die enorme Heterogenität mit sehr unterschiedlichen Fähigkeiten und Investitionsbedarfen führt dazu, dass wir einen erhöhten Koordinationsbedarf haben. Wir wissen häufig nicht und schon gar nicht in Echtzeit, wo zu welchem Zeitpunkt welche Betten- und Intensivkapazitäten, welche Personalressourcen, welche Spezialfähigkeiten, OP-Kapazitäten et cetera tatsächlich verfügbar sind. Das steht zwar alles in Plänen, aber was wirklich die Realität ist, ist selbst innerhalb einer Organisation gar nicht immer so einfach darstellbar, und wenn man dann verschiedenste Trägerschaften und verschiedenste Häuser hat, wird das Ganze noch schwieriger. Hier sehen wir klaren Regelungsbedarf, damit wir die Vielfalt und die Kompetenz, die wir in der Berliner Krankenhauslandschaft haben, auch in echte Krisenresilienz umsetzen können.

Des Weiteren stoßen auch die Transportstrukturen bereits im Regelbetrieb regelmäßig an ihre Grenzen. Bei zusätzlichen Belastungen, etwa bei größeren Evakuierungen oder bei einer längerfristig erhöhten Patientenzahl, wie zum Beispiel im Rahmen eines Bündnisfalls, wo wir mit erheblichen zusätzlichen Patientenzahlen zu rechnen haben, sehen wir, dass es hier zu Engpässen kommen könnte. Vielleicht kann die Berliner Feuerwehr dazu auch noch etwas sagen. Die strukturelle Unterdeckung stellt aus meiner Sicht eine Schwachstelle dar. Wir erleben das im Alltag: Wenn wir Intensivpatienten verlegen müssen, sind die Transportkapazitäten häufig schon relativ nah am Kapazitätslimit. Da sehen wir Nachbesserungsbedarf.

Insgesamt ist unser Gesundheitssystem und auch unser Krankenhaussystem, wie Sie wissen, von Ineffizienz und hohem Kostendruck geprägt, und das steht aus meiner Sicht einer guten Krisenresilienz diametral entgegen. Ich habe es schon gesagt: Nur ein System, das im Alltag effizient und rundläuft, kann in der Krise zusätzliche Belastungen tragen. Das ist eine Lehre, die man insbesondere aus Ländern und Regionen, die momentan schwere Krisen durchleben, durchaus mitnehmen kann.

Was folgt daraus jetzt? – Erstens: Die Politik muss Steuerungsfähigkeit sicherstellen. Da gibt es Bestrebungen in der Senatsverwaltung, und das begrüßen wir sehr. Es braucht aber klare Zuständigkeiten und Entscheidungsstrukturen für Krisenlagen, und – das ist mir ganz wichtig – es braucht ein gemeinsames belastbares Lagebild, das verfügbare Ressourcen und Fähigkeiten der Kliniken sowie auch Transportkapazitäten in Echtzeit zusammenführt. Es ist völlig klar, dass das keine Kleinigkeit ist, aber das halten wir für absolut essenziell, um in der Krise unter besonderen Bedingungen noch gut steuern zu können.

Die strukturelle Fragmentierung muss unserer Meinung nach reduziert werden. Es braucht mehr Kooperation, klar definierte Rollen und die Fähigkeit, Ressourcen im Verbund nutzen zu können. Die Berliner Krankenhäuser stehen unter den aktuellen wirtschaftlichen Bedingungen unter einer erheblichen wirtschaftlichen Konkurrenz zueinander, und wir denken, dass

wir für die Krisenvorbereitung hier wirklich ein anderes Mindset brauchen und mehr auf Kooperation statt auf Konkurrenz setzen müssen.

Darüber hinaus braucht es einen systematischen Austausch zwischen dem Gesundheitswesen auf der einen Seite und den Sicherheitsbehörden auf der anderen Seite. Wir müssen uns gegenseitig informieren. Wir erleben immer wieder: Wenn es über Ressortgrenzen hinweggeht, gehen Informationen verloren. Das ist auf Bundes- wie auf Landesebene genau dasselbe. Aber auch innerhalb des Gesundheitssektors wissen häufig der stationäre und der ambulante Sektor nicht ganz genau, wo wir gegenseitig stehen und welche Ressourcen wir gerade haben. Wir glauben, dass wir hier einen besseren Austausch brauchen.

Zweitens, und das wird Sie nicht überraschen: Wir brauchen dringend Investitionen in sichere und moderne Infrastruktur. Wir brauchen Kommunikationssysteme, IT-Sicherheit, Redundanzen und flexible Versorgungsstrukturen bis hin zu unterirdischen Möglichkeiten. Gleichzeitig müssen die regulatorischen Rahmenbedingungen so praktikabel gestaltet werden, dass diese Maßnahmen auch umsetzbar sind. Es braucht also eine spürbare Reduktion bürokratischer Hürden, damit Sicherheitsmaßnahmen tatsächlich umgesetzt werden können. Resilienz bedeutet letztlich effiziente Steuerung mit klaren Zuständigkeiten, eine robuste Infrastruktur sowie Transparenz über Ressourcen und eine funktionierende Zusammenarbeit.

Auch die Krankenhäuser selbst tragen natürlich eine Verantwortung. Resilienz muss als zentrale Führungsaufgabe verstanden werden, mit klaren Plänen, regelmäßigen Übungen und transparenter Darstellung der eigenen Fähigkeiten und Ressourcen – und zwar nicht nur innerhalb der eigenen Häuser und eigenen Träger, sondern über den ganzen Verbund hinweg. Ich erlebe da eine sehr hohe Bereitschaft in den Leitungen der verschiedenen Kliniken, aber ich denke, das Ganze müsste noch zusammengeführt werden. Gleichzeitig gilt: Diese Anforderungen können nur erfüllt werden, wenn die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden. Resilienz muss strukturell ermöglicht und letztlich auch finanziert werden.

Damit komme ich zu meinem Fazit: Was wir jetzt brauchen, sind eine deutlich bessere Steuerungsfähigkeit mit klaren Zuständigkeiten, ein verlässlicher Rechtsrahmen und ein integriertes Lagebild – neben den genannten Investitionen. Wir müssen die Fragmentierung überwinden, um aus Vielfalt Stärke zu machen. Ohne diese substanziellen Investitionen in die Infrastruktur wird das nicht gelingen. Schließlich, und das geht über die Zuständigkeit der Stadt Berlin hinaus, brauchen wir eine gesamtstaatliche Strategie für Gesundheitssicherheit. Vorbereitung heißt: Gemeinsam planen, Informationen teilen und regelmäßig üben, auch systemübergreifend. Resilienz entsteht eben nicht im Krisenfall, sie entsteht durch klare Strukturen, durch Investitionen und durch konsequente Vorbereitung. – Vielen Dank!

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

Marc Schreiner (Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Werte Mitglieder des Hohen Hauses! Frau Staatssekretärin! Vielen Dank für die erneute Einladung zu diesem sehr wichtigen Thema! Die Krankenhäuser stehen aus unserer Perspektive natürlich im Zentrum, aber wir sind nicht allein, wir stehen mittendrin in der Versorgungskette. Wenn wir über Resilienz sprechen, müssen wir über die gesamte Versorgungskette nachdenken. Jeder der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Leistungserbringer muss das ihm

Zumutbare unternehmen, um in Zeiten von Blackout, Krise und Krieg funktionsfähig zu bleiben.

Es wird nicht möglich sein, dass Kliniken beispielsweise in Zeiten eines Krieges als Ausfallbürge dafür stehen, dass in stationären Pflegeeinrichtungen die Versorgung nicht aufrechterhalten werden kann oder dass niedergelassene Ärzte ihre Versorgungsangebote nicht aufrechterhalten können. Jeder muss das ihm Zumutbare unternehmen, damit die Krankenhäuser sich auf ihre Aufgaben der zivilen Verteidigung konzentrieren können, und diese werden enorm sein. Wenn wir den Militärs Glauben schenken – und das machen wir natürlich –, ist mit großen Zahlen an Patienten pro Tag zu rechnen, die im Rahmen des Host Nation Support bei einem Bündnisfall nach Deutschland verbracht werden. Diese Personen sind zu versorgen. Es sind Kriegsversehrte mit besonderen Wundbildern, wie wir sie aus Friedenszeiten in der normalen Versorgung nicht kennen: Explosions- und auch Brandwunden, Einsprengungen von Munitionsteilen, Amputationen. Das erfordert eine hohe Kompetenz, und das jeden Tag in großer Zahl, und das müssen wir effizient organisieren. Deswegen müssen die Krankenhausbetten von allem freigehalten werden, was nicht zwingend stationär versorgungspflichtig ist.

Das setzt ebenfalls voraus, besonders in der Kürze der Zeit, die für die Vorbereitungen noch verbleibt, Weiterbildung so zu konfigurieren, dass auch kriegsmedizinische Aspekte in den Curricula der Gesundheitsberufe stattfinden, damit wir die hohe Kompetenz, die wir schon haben, ausbauen. Es gibt bereits Kooperationen mit Krankenhäusern in Ländern, in denen Krieg stattfindet. Es werden auch heute schon Kriegsversehrte in Berliner Krankenhäusern versorgt. Das heißt, es gibt auch heute schon eine gewisse Kompetenz zur Versorgung dieser besonderen Wunden, aber das muss in die Breite kommen.

Ein großes Problem wird außerdem sein, dass die Verletzten stark mit Keimen und Bakterien belastet sind, wenn sie zu uns kommen. Selbst die mitgeführten Dokumente werden kontaminiert sein. In der Ukraine wird beispielsweise prophylaktisch in großem Stil Antibiotika gegeben. Das heißt, es entstehen dort heute schon Resistenzen, auch gegen Reserveantibiotika, gegen die wir hier in Deutschland, wenn uns dann größere Verletztenströme erreichen könnten, wenig entgegensetzen haben. Das heißt, wir brauchen einen intelligenten und kompetenten Umgang mit dieser Art der Kontamination, etwa Absonderung und die Forschung an weiteren Reserveantibiotika. Das müssen wir jetzt unternehmen.

Ganz wichtig im Kriegsfall oder im Fall der zivilen Verteidigung, der ja über lange Zeiträume gehen wird – wir sehen es in der Ukraine –, ist die Sicherung des Personals. Das Personal in den Krankenhäusern wird, ebenso wie in vergangenen Krisenzeiten, Besonderes leisten müssen. Dazu sind die Menschen auch bereit, aber dafür brauchen sie Unterstützung. Das können wir gut und professionell im Vorhinein organisieren, etwa durch Maßnahmen zur psychosozialen Unterstützung. Wir müssen auch organisieren, dass die Aus- und Weiterbildung unter Kriegsbedingungen weitergehen kann, also etwa der universitäre Betrieb, und der Betrieb in den Pflegeschulen muss ebenso abgesichert werden. Wir müssen miteinander Lösungen finden, wie wir dann die großen Zahlen an Geflüchteten – – Das werden bei einem Angriff etwa auf NATO- oder EU-Partner überwiegend EU-Bürger sein, die hier mit Freizügigkeitsregeln und automatischer Anerkennung ihrer Berufsqualifikationen sofort arbeiten können. Das heißt, wir müssen dort ein professionelles Screening vornehmen.

Personal ist für uns im Augenblick die wichtigste Größe, und das ist vielleicht auch noch eine Aufgabe für Sie: Als Arbeitgeber ist es uns nicht möglich, unsere Beschäftigten zu fragen, und unsere Beschäftigten müssen auch nicht antworten, wer neben der Hauptbeschäftigung im Krankenhaus zusätzlich als Ehrenamtler in einer Hilfsorganisation oder als Reservist in der Bundeswehr organisiert ist. Deswegen können wir überhaupt nicht verlässlich abschätzen, wer uns dann, neben den zu erwartenden Fluchtbewegungen, im Krisenfall zur Verfügung steht. Dafür brauchen wir eine gesetzliche Grundlage, die uns das Nachfragen ermöglicht.

Zum Thema Investitionen hat Herr Prof. Sander schon ausgeführt, das kann ich nur unterstreichen. Deswegen komme ich, auch mit Blick auf die Zeit, auf einen letzten Punkt: Bereits heute ist Bürokratielast, die wir in den Kliniken haben, ein Zeitfresser, ein Jobfresser und auch ein Geldfresser für das Gesundheitswesen. Wenn wir die Kapazitäten, die durch etwa drei Stunden Dokumentationsaufwand für jede Arbeitskraft im Krankenhaus gebunden sind, freischaffen wollen, dann müssen wir Bürokratie abbauen, und wir dürfen uns nicht darauf verlassen, dass das im Fall eines Krieges dann schon so passiert. Nein, wir brauchen einen gezielten und gesteuerten Prozess mit großer Anstrengung – jetzt. Denn Bürokratieabbau erfordert Auswahl und Abwägungsprozesse, die wir in Friedenszeiten schon kaum bewältigen, und in Kriegszeiten erst recht nicht. Deswegen rufe ich Sie auf, dass Sie den Antrag der Koalitionsfraktionen zum Abbau von Bürokratie in Krankenhäusern im Plenum umsetzen, damit wir die Bürokratierregeln kräftig abbauen! – Soweit mein erstes Statement. Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir noch zu Herrn Dr. Baumann.

Dr. Andre-Michael Baumann (Berliner Feuerwehr): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Sehr geehrte Damen und Herren! Die Feuerwehr ist sich nicht erst seit gestern der Bedeutung des Katastrophenschutzes bewusst. Als Katastrophenschutzbehörde arbeiten wir schon immer daran. Natürlich ist die geänderte Sicherheitslage auch für uns ein wichtiges Thema.

Die Feuerwehr arbeitet seit Jahren gemeinsam mit der Innenverwaltung und den anerkannten privaten Hilfsorganisationen aktiv an der Steigerung der Schlagkraft des Katastrophenschutzdienstes. In den letzten Jahren sind einige wichtige Meilensteine erreicht worden. Wir haben eine Gefährdungsanalyse für den Bevölkerungsschutz, welche die konkreten akuten Szenarien beschreibt, aufgestellt. Wir sind dabei, eine neue Katastrophenschutzdienstverordnung auf Basis dieser Gefährdungsanalyse zu erarbeiten und entsprechend neue Technik für den Landeskatastrophenschutz einzuführen.

Zunächst stehen uns im Katastrophenfall die normalen organisatorischen Strukturen der Feuerwehr zur Verfügung. Bezüglich der medizinischen Versorgung sind das insbesondere die Rettungsmittel des Regelrettungsdienstes, der Feuerwehr und der befreundeten Hilfsorganisationen und natürlich die Führungsstruktur der Berufsfeuerwehr. Für den schnellen Zugriff können wir darüber hinaus die Freiwilligen Feuerwehren alarmieren, um rettungsdienstlich ausgebildetes Personal der Berufsfeuerwehr zur Besetzung zusätzlicher Rettungsmittel zur Verfügung stellen zu können.

Der nächste Schritt wäre der Katastrophenschutzdienst, der nach der Katastrophenschutzdienstverordnung aufgestellt und gegliedert ist. Für die medizinische Versorgung im Fachdienst Sanitätsdienst haben wir 7 Behandlungsplätze für 25 Patienten und 7 Patienten-

transportzüge für jeweils 10 Patienten zur Verfügung. Diese Fahrzeuge und Einheiten werden vom Bund für den Zivilschutz und vom Land Berlin zur Verfügung gestellt. Sie können natürlich auch im Rahmen der Katastrophenhilfe auf Anforderung des Bundes zum Einsatz kommen. Aktuell arbeitet die für Inneres zuständige Senatsverwaltung in Abstimmung mit der Berliner Feuerwehr an einer grundlegenden Überarbeitung der Katastrophenschutzdienstverordnung, um die Konzepte auf Bundes- und Landesebene besser zu harmonisieren und flexiblere und modulare Einheiten zu schaffen. Diese sollen dann auch besser mit dem Regelrettungsdienst zusammenwirken.

Die Strukturen des Katastrophenschutzdienstes und die Einbindung in Großschadenslagen konnten wir bereits hinreichend sowohl zu Corona als auch bei den Stromausfällen trainieren. Darüber hinaus gibt es Übungen des Katastrophenschutzes gemeinsam mit Hilfsorganisationen. Im letzten Jahr war das im Wesentlichen die Erprobung von Strukturen im Sanitätsdienst. Des Weiteren haben wir an der Übung Medic Quadriga teilgenommen, bei der genau diese Dinge, die aus dem Kleeblattkonzept zur Verteilung einer größeren Anzahl von Verwundeten und Verletzten entstanden sind, geübt wurden.

Nach aktueller Planung werden wir 2026/2027 mit den Haushaltsmitteln alle noch fehlenden Landesfahrzeuge für die Umsetzung der neuen Katastrophenschutzdienstverordnung beschaffen können, falls nicht irgendein Titel unter die pauschalen Minderausgaben fällt. Problematisch ist, dass Einsatzfahrzeuge des Bundes, wenn sie, in Anführungsstrichen, abgeschrieben sind, durch Landesmittel ersetzt werden müssen. Da wird der Bund nicht automatisch tätig.

Was haben wir bisher noch gemacht? – Wir haben an die Hilfsorganisationen 1 200 digitale Meldeempfänger übergeben, damit die Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes schneller alarmiert werden können. Für Großschadenslagen beziehungsweise für Massenanfälle von Verletzten werden wir in diesem Jahr die IVENA MANV App in den Echtbetrieb überführen; das wird in den nächsten Monaten der Fall sein. Das ist zunächst für den Regelrettungsdienst vorgesehen, aber auch die Sanitätseinheiten werden diese App bekommen, damit eine schnelle Krankenhausanmeldung erfolgen kann. So viel zum Thema Datenschnittstelle.

Wenn die eigenen Vorhaltungen an Versorgungsmaterial aufgebraucht sind, werden sie im Rahmen der zur Verfügung stehenden Materialreserven der Feuerwehr beziehungsweise aus den Vorhaltungen des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes mitversorgt. Diese Mittel werden regelmäßig über ein Bewirtschaftungskonzept geregelt.

Nachholbedarf sehen wir aus der Erfahrung des Stromausfalls noch darin, wie wir die vulnerablen Gruppen erfassen können. Ziel, wie bereits ausgeführt, muss es sein, dass wir nicht zu Evakuierungen kommen müssen, sondern dass die Patientinnen und Patienten oder Klientinnen und Klienten dort bleiben können, wo sie normalerweise untergebracht sind, und nur im Ausnahmefall transportiert werden. Ein Notfallregister ist sicherlich eine sinnvolle Einrichtung. Zum einen müssen aber dafür die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, und zum anderen ist das entscheidende Problem bei solchen Registern immer die tagesaktuelle Pflege, denn nicht aktuelle Daten helfen nicht weiter, sondern binden eher zusätzliche Kräfte. – Damit würde ich es erst einmal belassen und stehe natürlich für Fragen zur Verfügung.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Es läuft bei uns immer so – die meisten von Ihnen waren auch schon einmal hier –, dass die Abgeordneten jetzt Fragen stellen können. Wir haben für uns Abgeordnete eine freiwillige selbstverpflichtete Regelung von drei Minuten festgelegt; ich erinnere auch noch einmal daran. Dann haben Sie die Gelegenheit, auf die Fragen zu antworten, und danach kommt der Senat noch einmal zu Wort.

Gemeldet haben sich bisher Frau Gebel, Herr Ubbelohde, Herr Schatz, Frau König und Herr Zander. Habe ich eine Person übersehen? – Frau Wahlen hat sich noch gemeldet. – Dann bin ich als Erste dran.

Silke Gebel (GRÜNE): Herr Dr. Baumann! Ich kann ganz gut bei Ihnen anknüpfen. Das Notfallregister hat uns hier schon häufiger beschäftigt. In der Tat müsste es das Ziel sein, keine Evakuierungen zu haben, und wenn es welche braucht und man Menschen dezentral versorgen oder evakuieren muss, dann muss man wissen, wo sie sind. Vielleicht können Sie noch einmal Ihre Überlegungen dazu teilen, denn die Frage ist auch: Wo ist es Aufgabe des Staates, und wo muss eine Person selbst dafür sorgen? Wie bekommt man das austariert? Wie sollen wir als Landesgesetzgeber da regulieren? Wir hatten überlegt, dass wir das im Rahmen des Rettungsdienstgesetzes mit adressieren, um der Feuerwehr, der Verwaltung oder wem auch immer eine Möglichkeit zu geben, dieses Wissen zu bündeln. Denn ich glaube – das haben alle Experten heute gesagt –, dass Wissen in dieser Krisensituation der entscheidende Faktor ist, um schnell agieren zu können.

Ich habe an Herrn Büllmann noch ein paar Fragen zum Stromnetz: Bei uns wurde die Frage diskutiert – Sie waren auch im Wirtschaftsausschuss –, ob der Aufbau von lokalen Inselnetzen innerhalb des Berliner Stromnetzes technisch möglich und sinnvoll ist und ob man so gezielt vulnerable Einrichtungen wie Krankenhäuser et cetera schützt, um sozusagen noch eine Extraschutzsituation herzustellen. Welche konkreten technischen und organisatorischen Lehren für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen haben Sie ansonsten aus diesem Stromausfall gezogen?

Was wir uns fragen, weil auch die mobile Kommunikation sehr relevant ist, und das wurde hier im Ausschuss sehr deutlich, als uns Pflegeunternehmen berichtet haben, dass sie Schneebälle an Fensterscheiben geworfen haben, um Leute herunterzuholen, weil die Telefon- und Klingelanlagen nicht funktioniert haben: Was ist Ihr Konzept für mobile Kommunikations- und Informationspunkte? Das ist sicherlich ebenfalls eine Frage für die Feuerwehr, aber vielleicht haben wir aus der Ukraine ebenfalls etwas zu lernen.

Auch die Bevölkerung braucht eine Krisenkompetenz. Herr Sander! Sie haben viel dazu geforscht: Wie versetzt man die Menschen in die Lage, sich auch selbst um diese Situationen zu kümmern?

Dann habe ich noch zu dieser ganzen Systemfrage insbesondere an Herrn Sander eine Frage: Sie haben von der Steuerungsfähigkeit des Systems gesprochen. Die Charité hatte während der Coronazeit das SAVE-Konzept. Eigentlich war der Ansatz, den wir auch politisch diskutiert haben, dass man das SAVE-Konzept als Basis nimmt und es weiterentwickelt, um die Wettbewerbssituation zwischen den Krankenhäusern zu überwinden; dass man das auch im Krankenhausplan entsprechend verankert und die Gelegenheit nutzt, um diese Informationsgrundlage, die Sie eingefordert haben, zu legen. Eigentlich hat auch die Bundesebene die Ge-

legenheit gegeben, da entsprechend anzudocken. Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen.

Dann würde mich von allen noch eine Sache interessieren: Es gibt das Gesundheitssicherstellungsgesetz, das im Sommer 2026 von der Bundesregierung kommen soll. Was sollen wir als Berlin da einfordern, um Notfallregister, Steuerungsfähigkeit und so weiter umsetzen zu können?

Vorsitzende Silke Gebel: Jetzt hat Herr Ubbelohde das Wort.

Carsten Ubbelohde (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Zu der Anforderung in Form von spezieller Aus- und Weiterbildung, um mit verschiedensten, zum Teil unbekannten oder nicht so geläufigen Therapien bei massiven Traumata optimal zu behandeln, stelle ich die Frage, auch an den Senat, inwiefern hier schon daran gedacht ist, bei den Ausbildungscurricula und bei der Approbationsordnung, die dann im Bund organisiert werden müsste, entsprechende Vorkehrungen zu treffen, dass die Kenntnisse vertieft werden, um diese multiplen Traumata in so einem Szenario optimal behandeln zu können.

Ein weiterer wichtiger Punkt sind die Transportkapazitäten, nicht nur innerhalb der Stadt, sondern auch aus der Stadt heraus, Richtung Westen als Beispiel, die dann natürlich diesel- oder benzinbetrieben sein sollten, denn Elektrofahrzeuge wären in so einem Szenario mit Stromausfall und Zerstörung von Infrastruktur noch weniger verlässlich.

Eine Frage an Herrn Prof. Sander im Speziellen, inwiefern Vorkehrungen getroffen wurden, OP, Intensivmedizin und Diagnostik in einem Krisenszenario, wie von Herrn Schreiner beschrieben, beispielsweise im Keller und Erdgeschoss anzusiedeln. Sie haben es vorhin mit einem Satz schon kurz erwähnt. Inwiefern ist das dann im Krankenhaus relativ schnell zu organisieren?

Was die multiresistenten Keime und die nicht ausreichend wirksamen Reserveantibiotika angeht: Herr Prof. Sander! Wie stehen Sie zur Phagentherapie? Ist das im großen Stil umsetzbar? Sind wir da schon so weit, um uns entsprechend mehr abzusichern?

Zur Cybersicherheit in Krankenhäusern: Welche Bedeutung hat das neue Krankenhausinformationssystem, das wir dringend brauchen? Die Veranstaltung der Charité vor wenigen Wochen hat das offenbart. Inwiefern würde das helfen, die Cybersicherheit zu verbessern?

Zum Bürokratieabbau: Herr Schreiner! Da rennen Sie, wie Sie wissen, bei uns, der AfD-Fraktion, offene Türen ein. Wir werden nachher unseren Antrag zum Bürokratieabbau in der ambulanten Versorgung diskutieren. Ich erwarte dazu Unterstützung seitens der Union, wenn es um dieses Anliegen auch im stationären Bereich geht.

Notstrom und Satellitenkommunikation: Inwiefern ist es möglich – hier auch ein Blick Richtung Senat –, die entsprechenden Einrichtungen, insbesondere Pflegeeinrichtungen, auszustatten und auch ein Stück weit zu verpflichten, diese vorzuhalten, um stromunabhängiger zu sein und besser kommunizieren zu können? Wie steht es mit stromunabhängigen Anlaufstellen im Kiez, um Menschen zum Beispiel Gelegenheit zu geben, medizinische Kleingeräte zu versorgen?

Letzter Punkt: Wir hatten eine Anfrage gestellt, inwiefern Pflegebedürftige zu Hause überhaupt identifiziert werden können. Sind wir da schon weitergekommen, über die Modifikation und eine bessere Praktikabilität eines sehr aufgeblähten Datenschutzes, der einem aktualisierten Pflegeregister leider immer noch im Wege steht? – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Dann kommen wir zum Kollegen Schatz.

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielen Dank auch, meine Herren, für Ihre Impulse! Ich will am Anfang gleich vorwegschicken: Herr Prof. Dr. Sander! Wenn ich Ihnen richtig zugehört habe, haben Sie gesagt, dass Sie im Nachgang gerne noch Informationen zur Verfügung stellen wollen. Darum möchte ich sehr bitten.

Ich will mich mit meinen Fragen und Statements eher in die Richtung bewegen, die Sie auch angesprochen haben, denn das Zitat, das die Vorsitzende in ihren Bemerkungen am Anfang gebracht hat, nämlich dass das Gesundheitssystem im Katastrophenfall nur funktionieren kann, wenn es im Normalfall effizient läuft, bringt uns ja zu der eigentlichen Einschätzung: schwierig. Denn im Normalfall läuft unser Gesundheitssystem nicht effizient, das wissen wir. Letztlich müssen wir sehen, wo wir da etwas machen können, und dann noch schauen, welche Dinge wir für den Katastrophenfall brauchen.

Da haben wir, zumindest aus der Coronapandemie, und wie ich finde, auch aus dem Stromausfall Anfang des Jahres Dinge gelernt, was beispielsweise Redundanzen in der Versorgung mit Strom, aber auch mit Wasser oder die Bevorratung mit bestimmten Sachen angeht. Ich erinnere an die Auseinandersetzung zu Beginn der Coronapandemie um die Frage von persönlichen Schutzausrüstungen, Masken, was ein Riesenproblem war, weil in einem auf Marktgängigkeit getrimmten Gesundheitssystem Bevorratung sowohl von Medikamenten als auch von solchen Materialien teuer ist und Geld kostet. Dafür zahlt die Versicherung nicht. Das heißt, es bleibt am Staat hängen, und wir wissen auch, wie sich in einem föderalen System Bund und Länder dann gegenseitig den Schwarzen Peter zuschieben und sagen: Dafür seid ihr zuständig! Nein, dafür seid ihr zuständig! – Im Zweifelsfall wird, wie bei der Coronapandemie, der Gesundheitsfonds geplündert, der von den gesetzlich Versicherten, Ausrufezeichen, gefüllt worden ist.

Man muss deutlich sagen: Auch das ist ein Hinweis dafür, dass Gesundheit am Ende kein Markt sein sollte. Es war kein Zufall, dass Spanien beispielsweise zu Beginn der Coronapandemie die Krankenhäuser verstaatlicht hat, weil man gesagt hat: Das ermöglicht uns eine andere Steuerung, als auf private Marktakteure zugehen und immer bitte, bitte machen zu müssen.

Die Kapazitäten beim Transport von Intensivpatientinnen und -patienten sind schon angesprochen worden. Mir kam neulich eine Information zu, dass es beispielsweise auch bei Bombenentschärfungen, bei denen manchmal Kliniken betroffen sind und Intensivpatientinnen und -patienten verlegt werden müssen, eine enorme logistische Herausforderung ist, diese zu verteilen, weil die Transportkapazitäten gar nicht da sind und man sie aus verschiedenen Regionen zusammenziehen musste, um die Personen verlegen zu können. Auch an dieser Stelle braucht es Redundanzen und Bevorratung, und auch das kostet Geld und ist wichtig.

Vielen Dank für den Hinweis auf die Investitionskosten, denn bauliche und technische Infrastruktur ist am Ende entscheidend! – Vielleicht sei mir noch ein Hinweis gestattet, was die Digitalisierung angeht: Wenn wir davon ausgehen können, dass irgendein bewaffneter Konflikt, in den Deutschland hineingezogen wird, einer ist, in dem auch die NATO involviert ist, dann wird es am Ende wahrscheinlich auch zum Einsatz von Waffen kommen, die beispielsweise digitale Geräte nicht mehr ganz effizient machen. Auch darauf sollten wir vorbereitet sein, finde ich.

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

Bettina König (SPD): Vielen Dank! – Es ist ein unglaublich umfassendes Thema, das haben wir, glaube ich, in der Anhörung gemerkt, da wir uns auf diverse Krisen vorzubereiten haben. Ich fand das sehr interessant, aber das macht es auch ein Stück weit schwierig, weil wir nicht so genau wissen, was eigentlich die nächste Krise ist, die uns ereilen wird. Deshalb finde ich, dass es eine krasse Komplexität an Dingen ist, die hier zu Recht genannt wurden.

Ich habe zuerst Fragen an die Senatsverwaltung, einmal zum Thema Notfallregister: Das haben wir schon ein paarmal diskutiert, Frau Gebel hat es gesagt. Wie ist denn jetzt der Stand bei Ihnen im Haus? Was ist angedacht? Ich welche Richtung soll das gehen? Wie kann man vulnerable Personen, wenn es nicht Richtung Notfallregister gehen soll, sonst noch anders besser schützen?

Hier wurde der Hinweis zum systematischen Austausch zwischen SenInn und SenWGP gegeben. Mich würde interessieren: Wie ist da der aktuelle Stand? In welchen Runden sitzen Sie regelmäßig zusammen? Was haben vielleicht auch die Stromkrise und die Coronakrise an Veränderungen gebracht?

Das wollte ich eigentlich zu Beginn sagen: Herr Schreiner! Vielen Dank für den Hinweis zum Personal! Ich finde es sehr gut und wichtig, dass noch einmal auf das Personal hingewiesen wurde, weil das natürlich Dreh- und Angelpunkt einer guten Versorgung ist und es an uns liegt, hier für die richtigen Voraussetzungen zu sorgen.

An die Anzuhörenden habe ich die Frage: Inwieweit können wir eigentlich die ambulanten Strukturen noch besser in so ein Versorgungssystem einbinden? Denn ich glaube, im maximalen Krisenfall wird es notwendig sein, dass ambulante Strukturen, Ärzte, Dienste und Therapeuten mit hineingenommen werden. Was gibt es für Möglichkeiten, die Versorgung entsprechend anzupassen?

Dann würde mich noch interessieren: IVENA wurde kurz erwähnt. Das ist ja eigentlich ein sehr gutes System, aber scheinbar führt das nicht zu einem belastbaren Lagebild. Vielleicht kann hier noch ein bisschen mehr Info zum Thema IVENA gegeben werden, wo die Probleme dabei gesehen werden und wie der aktuelle Stand ist. Inwiefern ist IVENA eigentlich gegen einen Systemausfall abgesichert? Was würde in dem Fall dann gemacht werden?

Natürlich war von Herrn Schatz der richtige Hinweis, den ich auch noch einmal unterstützen will: Investitionskosten sind der Dreh- und Angelpunkt. Da sind wir in den letzten Jahren leider hinter unseren Vorgaben zurückgeblieben, was ich sehr bedauere, da ich denke, dass

die ausreichende Finanzierung der Krankenhäuser sehr wichtig ist und die Systeme das hier auch leisten müssen. – Vielen Dank!

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

Christian Zander (CDU): Vielen Dank! – Es sind in der Tat mehrere Komplexe. Ich beginne einmal mit dem Thema Stromversorgung: Sie hatten es geschafft, die Krankenhäuser relativ schnell wieder anzuschließen. Noch einmal zur Klarstellung: War das so, weil Sie Ersatzgeräte angeschlossen haben, oder konnten Sie die Krankenhäuser richtig an die normale Regelversorgung anschließen? Auf welche Szenarien sind Sie gut vorbereitet? Ist es grundsätzlich so, dass Sie im Umfeld von Krankenhäusern durch Redundanzen Vorsorge getroffen haben, dass Sie das beim Ausfall einer Versorgungsleitung relativ schnell wiederherstellen können?

Das andere ist: Es hat sich gezeigt, dass in der Ukraine immer wieder Angriffe auf die Stromversorgung stattgefunden haben, sodass insbesondere in Kyjiw mit großen Stromausfällen zu kämpfen war. Schauen Sie sich diese Entwicklungen an und versuchen, Vorkehrungen zu treffen beziehungsweise daraus zu lernen und sich darauf vorzubereiten, falls im Worst Case so etwas auch hier eintreten könnte?

Dann ging es darum, dass man zusätzliche Kapazitäten braucht. Zum einen ist es das Personal, bei dem man zusätzliche Kapazitäten vorhalten müsste, und das andere ist: Wie schaffen wir zusätzliche Kapazitäten? Ich glaube, in den Konzepten ist immer davon die Rede, dass man sagt: Wenn wir Bedarf haben, wenn wir zusätzliche Menschen versorgen müssen, schauen wir, wo wir bei den elektiven Eingriffen zurückfahren, sodass wir Maximalversorger freigezogen bekommen und Patientinnen und Patienten in die Regionalversorger umleiten können. Damit sind keine zusätzlichen Kapazitäten geschaffen, sondern man arbeitet mit den vorhandenen Kapazitäten vor Ort.

In der Coronakrise hatten wir mit dem Messekrankenhaus versucht, eine zusätzliche Kapazität zu schaffen – die nie in Betrieb gehen musste, weil die vorhandenen Kapazitäten ausgereicht haben. Aber da war auch das Problem: Woher hätte man im Ernstfall das Personal bekommen, wenn man es wirklich in Betrieb genommen hätte? Deshalb die Frage: Wird denn, abgesehen von dem Konzept, dass man versucht, die Maximalversorger mit in die Pflicht zu nehmen und die Patienten in Berlin umzuleiten, die normalerweise in das Krankenhaussystem kommen, darüber nachgedacht, so etwas wie das Messekrankenhaus zu schaffen? Noch eine Frage dazu: Welche besondere Rolle hat in so einem Krisenfall oder vielleicht auch Kriegsfall das Bundeswehrkrankenhaus in Berlin? Wie geht es dann dort weiter?

Dann haben Sie, Herr Prof. Sander, den Widerspruch von Konkurrenz und Koordination sowie die Fragmentierung des Systems angesprochen, dass man nicht weiß, welche Fähigkeiten wo verfügbar sind. Ich kann mir vorstellen, dass das durch diese Neuordnung in Leistungsgruppen vielleicht leichter fallen würde beziehungsweise man das besser koordinieren und für solche Fälle vorplanen könnte, wo man etwas braucht. Aber diese Planung ist ja ein bisschen schwierig. Sie haben, Herr Schreiner, auch in Ihrem Bericht dargestellt, dass die Ukraine ihre Gesundheitsversorgung erst in den ersten Monaten des Krieges darauf eingestellt und gesagt hat: Front, hinter der Front und dann die übrige Versorgung. – Denn das Problem durch die Drohneneinsätze ist, dass die Verletzten, verwundeten Soldaten gar nicht in der nötigen Zeit,

die man eigentlich bräuchte, von der Front kommen können, sodass man ein gestuftes Verfahren hat.

Hier habe ich den Eindruck, dass wir uns beim Krisenfall in Berlin nur darauf einstellen, dass wir damit rechnen, von irgendeiner entfernten Front irgendwelche Soldaten oder Zivilisten, die verletzt worden sind, in Berlin zu versorgen, aber nicht, dass sozusagen auch etwas Näherrückendes kommt und wir das deshalb anders machen müssen. Deshalb noch eine letzte Frage: Zu den unterirdischen Anlagen haben Sie, Herr Prof. Sander, gesagt, dass man sie braucht. Sie haben, Herr Schreiner, geschrieben, dass es dort Bunkersysteme in den Krankenhäusern gibt, diese aber nicht genutzt würden. Wie planen die Ukrainer diese ein: nur dann, wenn das Kriegsgeschehen selbst vor Ort sein sollte, oder doch grundsätzlich?

Vorsitzende Silke Gebel: Dann ist noch Frau Wahlen an der Reihe, und danach kommen wir zur Beantwortung durch die Experten.

Catrin Wahlen (GRÜNE): Ich möchte mich den gestellten Fragen anschließen und nur noch einen Punkt ansprechen, sowohl an Herrn Schreiner als auch in Richtung Senatsverwaltung, zu den zu erwartenden geflüchteten EU-Bürgerinnen und -Bürgern, die dann in Berlin anlanden würden und hier gleich eine automatische Anerkennung ihres Berufes hätten. Das wäre mir neu. Soweit ich weiß, müssen die EU-Bürgerinnen und -Bürger ihre Berufe hier genauso wie alle anderen auch anerkennen lassen. Das geht eventuell etwas schneller im EU-Fall. Gibt es Pläne, das zu automatisieren? Das wäre sehr interessant.

Wenn wir über die Berliner Bevölkerung sprechen, haben wir eine unglaubliche Heterogenität. Wir haben wahnsinnig viele vulnerable Menschen, die unter Umständen andere Staatsbürgerinnen und Staatsbürger sind, aus anderen Ländern geflüchtet sind oder sogar papierlos sind. Inwiefern sind diese Menschen auch Bestandteil in den Konzepten? Das würde mich noch sehr interessieren.

Dann eine allerletzte Frage in Bezug auf Keime und Bakterien: Das ist absolut einleuchtend. Die Frage ist: Ich weiß es und verstehe, dass es keine digitale Möglichkeit gibt, Akten aus dem Kriegsgebiet zu transferieren. Aber wenn die Menschen mit einem Transport ankommen, gibt es eine Idee, dass man zumindest die Papiere außerhalb digitalisiert, sodass man gar nicht physisch mit den verkeimten Papieren in das Krankenhaus hineingeht?

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir zur Beantwortung, und wir würden wieder mit Herrn Büllmann anfangen. – Sie haben das Wort!

Bernhard Büllmann (Stromnetz Berlin GmbH): Vielen Dank! – Ich beginne mit der Frage nach den Inselnetzen: Tatsächlich ist das Berliner Stromnetz organisch gewachsen, und es sieht nicht vor, dass wir Inselnetze ausprägen können. Wir haben aber die Möglichkeit genutzt, über die Ortsnetzstationen mittels Netzersatzanlagen zu versorgen, insbesondere die Pflegeheime. Zum Schluss waren es 74 an der Zahl, die über Netzersatzanlagen versorgt werden konnten. Da die Pflegeheime die Leistungen, die über die Netzersatzanlagen bereitgestellt werden konnten, nicht vollumfänglich in Anspruch nehmen mussten, war es auch immer noch möglich, weitere Kundinnen und Kunden in diesem jeweiligen Ortsnetz mitzuversorgen, sodass wir, nachdem wir dann die Netzersatzanlagen soweit vollständig ausgerollt hatten, in der Lage waren, bis zu 10 000 Kundinnen und Kunden zu versorgen.

Zu den konkreten technischen und organisatorischen Lehren, die wir gezogen haben: Wir haben auf der Grundlage der veränderten Bedrohungslage direkt damit begonnen, uns mit der Frage zu beschäftigen: Wo sind weitere Punkte, die einem Angriff ausgesetzt wären oder sein könnten? Wie können wir diese Anlagen sinnvoll schützen? Das haben wir für alle Umspannwerke, für alle Netzknoten, für alle Betriebsstandorte entsprechend betrachtet. Das gilt gleichermaßen für die Brücken. Wir haben für all diese Orte und Standorte Maßnahmen verabredet, die sehr kurzfristig umgesetzt werden können. Dazu gehört unter anderem der Perimeterschutz. Das heißt, wir werden alle unsere Standorte zukünftig mit Zäunen ausrüsten, die eine ganz andere Qualität haben. Wir werden Videoüberwachung an all unseren Standorten vorsehen und dann entsprechend frühzeitig Hinweise erhalten und darauf reagieren können. All das ist also im Fluss. Zu den Brücken sind wir in enger Abstimmung mit der entsprechenden Senatsverwaltung, um gemeinsam mit den anderen Infrastrukturen – es gibt ja immer noch Angriffspunkte, wenn man von unterhalb einer Brücke den Angriff sucht – Vorkehrungen zu treffen, die es erheblich erschweren, dort tätig werden zu können.

Insbesondere folgt das alles einem Gedanken: Wir werden keinen hundertprozentigen Schutz gewährleisten können, aber wir wollen die Auswirkungen, die sich durch einen Anschlag ergeben können, möglichst gering halten. Wir werden immer mit der Situation konfrontiert sein, dass Menschen mit krimineller Energie es schaffen werden, Anschläge zu verüben. Bisher sind wir Gott sei Dank davon verschont geblieben, dass sich die kriminelle Energie gegen unsere Mitarbeitenden gerichtet hat. Es gab Zeiten in Deutschland, in denen das nicht der Fall war. Wenn wir wieder dahin kommen sollten, müssen wir sagen, dass wir gar nicht die Handhabe hätten, unsere Mitarbeitenden so zu schützen, wie das erforderlich wäre. Dann sind sicherlich andere Ordnungsstrukturen gefordert.

Wir haben uns intensiv mit der Frage der Nutzbarkeit von Netzersatzanlagen beschäftigt; das war vorher bei der Stromnetz tatsächlich kein Thema. Wir haben auch da aus der Krise gelernt. Wir haben Netzanlagen in einer Zahl im Einsatz gehabt, wie das vorher in unserem Hause nicht möglich gewesen ist, auch mit Unterstützung vieler externer Beteiligter. Wir werden den Bestand an Netzersatzanlagen bei der Stromnetz entsprechend erhöhen. Er wird nicht so hoch sein können, dass wir Berlin damit flächendeckend versorgen können. Wir hatten 46 Anlagen und waren damit in der Lage, 10 000 Kundinnen und Kunden zu versorgen. Wenn man das auf Berlin ausrollen wollte, dann kann man sich die Dimension rechnerisch gut herleiten. Es geht letztlich darum, regional Verbünde zu schaffen und sich im Bedarfsfall gegenseitig auszuhelfen. Das ist, glaube ich, auch ein wirtschaftliches Gebot, dem wir dort folgen.

Wir haben auch Konsequenzen für unsere Materialvorhaltung gezogen. Wir waren in der Lage, mit dem Material, das uns zur Verfügung stand, die Versorgung wiederherzustellen und die Reparaturen durchzuführen. Wir haben das aber zum Anlass genommen, den Materialbestand auszuweiten.

Wir sind in der Lage, mit den eigenen Mitarbeitenden, die im Hochspannungsnetz Reparaturen durchführen können, die Reparaturen ordnungsgemäß durchzuführen. Das ist kein Regelfall. Wenn Sie durch Deutschland schauen und Netzbetreiber mit der Frage konfrontieren, ob sie in der Lage wären, das so durchzuführen, würden Sie vielfach hören, dass man auf entsprechende Dienstleistende angewiesen ist. Wir haben bei der Stromnetz Menschen, die das

selbst können. Darauf sind wir sehr stolz, das hat uns in der Krise sehr unterstützt. Gleichwohl haben wir auch hier noch weitere Hilfe in Anspruch genommen, um die Dinge entsprechend beschleunigt vorantreiben zu können.

Wir haben außerdem die Videokontrolle im öffentlichen Bereich genutzt. Dazu gab es dankenswerterweise von Frau Senatorin Spranger entsprechende Änderungen im Berliner Datenschutzgesetz und auch Kommunikation mit der Landesdatenschutzbeauftragten. Bis dahin war es tatsächlich für uns nicht möglich, diese Dinge zu nutzen. Jetzt ist es möglich geworden, und wir sind dankbar für die Möglichkeiten, die geschaffen worden sind.

Insgesamt sind wir in einer Situation, in der wir unser Investitionsprogramm gesamthaft überprüfen. Wir waren bisher davon getrieben, dass wir die Leistungsfähigkeit des Stromnetzes in der Zukunft in einem Zeitraum von zehn Jahren etwa verdoppeln wollen, von 2,1 auf 4,5 GW. Wir beschäftigen uns auch intensiv damit, und das wird Abbildung im nächsten Wirtschaftsplan finden, welche Maßnahmen zur Erhöhung der Resilienz erforderlich sind, um diese entsprechend auszugestalten. Das wird also Abbildung im Wirtschaftsplan finden. Es wird nicht so sein, dass alles on top kommt, sondern natürlich sind auch die Kapazitäten begrenzt, die Kapazitäten bei eigenen Mitarbeitenden und die Kapazitäten bei den Dienstleistenden, die für uns tätig sind. Insofern wird es wahrscheinlich eine zeitliche Streckung von Maßnahmen geben, aber insgesamt sind wir sehr intensiv mit diesen Fragestellungen befasst.

Die Frage zur Kommunikation: Wir sind weder TK-Netzbetreiber noch Betreiber des Mobilfunknetzes. Im Mobilfunknetz haben wir die Schwierigkeit gesehen, dass die Masten heute keine Pufferspeicher mehr haben, sondern sofort in die Knie gehen, wenn die Stromversorgung daniederliegt. Das ist ein großes Thema gewesen. Dessen werden sich die TK-Netzbetreiber annehmen müssen, und es wird auch die Fragestellung geben, ob es entsprechende gesetzliche Regelungen dafür braucht. Wir als Stromnetz verwenden ein entsprechendes Funknetz, das uns in die Lage versetzt, in Berlin unabhängig von einer bestehenden Stromversorgung die Kommunikation unter unseren Mitarbeitenden im Krisenfall aufrechtzuerhalten.

Sollen die Fragen der anderen Ausschussmitglieder gleich mitbeantwortet werden, soweit sie an die Stromnetz GmbH gerichtet waren?

Vorsitzende Silke Gebel: Entschuldigung! Das habe ich vielleicht nicht deutlich gemacht. Die Anhörung funktioniert immer so, dass die Fragen der Abgeordneten gesammelt werden und alle Experten dann schauen, was an sie gerichtet ist.

Bernhard Büllmann (Stromnetz Berlin GmbH): Okay, danke schön! – Dann habe ich wahrgenommen, dass insbesondere von Herrn Zander noch Fragen an die Stromnetz gerichtet waren, nämlich ob die Krankenhäuser über die Netzersatzanlagen versorgt wurden. Das war tatsächlich nicht der Fall. Zunächst einmal ist es so, dass die Krankenhäuser selbst eine Stromversorgung für den Fall organisieren, dass das Stromnetz nicht zur Verfügung steht, in einem Fall, wie wir ihn hatten. Wir waren nicht darauf angewiesen, Netzersatzanlagen für die Krankenhäuser zum Einsatz zu bringen, sondern wir waren in der Lage, über das Mittelspannungsnetz, also das originäre Netz der Stromnetz GmbH, um 18 Uhr am Samstag, den 3. Januar, bereits zwei Krankenhäuser wieder versorgen zu können. Am Sonntagmorgen um 4.42 Uhr, also knapp 24 Stunden nach dem Anschlagsgeschehen, waren dann alle Krankenhäuser wie-

der versorgt. Wir haben die Netzersatzanlagen genutzt, um die Pflegeeinrichtungen mit Strom zu versorgen. Das war, insbesondere auch in Abstimmung mit der Feuerwehr, geboten, um die Verlegung von Patientinnen und Patienten vermeiden zu können. Wir hatten dort zum Schluss 46 Netzersatzanlagen in Betrieb, mit denen wir 74 Pflegeeinrichtungen versorgen konnten.

Redundanzen gibt es grundsätzlich. Es ist immer eine technische Sicht. Es gab mehrere Leitungsnetze, die dort über die Kabelbrücke geführt worden sind. An besagter Brücke war allerdings keine Georedundanz ausgeprägt. Auch mit dieser Fragestellung werden wir uns jetzt noch intensiver beschäftigen. 99 Prozent des Berliner Stromnetzes werden unterirdisch geführt, 1 Prozent noch oberirdisch, teilweise, weil wir noch Freileitungen nutzen, die entsprechend zurückgebaut werden. Auch da wird der Anteil der oberirdisch verlegten Kabel also entsprechend geringer werden. Und wir haben die Problematik der Brücken. Hier kann man sich mit der Fragestellung beschäftigen, ob man einen Fluss dükern kann, das heißt, eine Stromleitung unter einem Fluss zu führen. Das sind jetzt Dinge, die intensiv geprüft werden und wo dann auch Entscheidungen herbeigeführt werden.

Zum Abschluss noch die Frage, ob wir die Situation in Kyjiw in unsere Überlegungen einbeziehen: Tatsächlich sind die Gegebenheiten in Berlin und Kyjiw nur schwer miteinander vergleichbar. In Kyjiw ist ein großer Teil des Netzes noch per Freileitung organisiert. Das bedeutet: Eine Freileitung ist sehr vulnerabel, man sieht ihren Verlauf. Den Verlauf unserer Leitungen sieht man auch, aber sie sind, sobald sie unter der Erde sind, einfach besser geschützt. Der Vorteil der Freileitung ist, dass sie schnell wieder reparierbar ist, jedenfalls bis zum nächsten Eintritt eines Schadens, wenn sie wieder angegriffen wird. Da haben wir eine unterschiedliche Situation, also die Freileitungen sind sehr angriffsfähig, die Versorgung ist schnell wieder herstellbar, aber wiederum einem Angriff auch wieder schnell ausgesetzt.

In Berlin ist es so, dass wir die Leitungen im großen Stil unter der Erde haben. Wenn dann Leitungen angegriffen werden, wie wir es jetzt im Januar an der Kabelbrücke Lichterfelde erlebt haben, kann es in einem ganz ungünstigen Szenario dann auch entsprechend länger dauern. Gleichwohl haben wir grundsätzlich redundante Verlegungen und sind dann in der Lage, wenn über das eine Umspannwerk nicht mehr versorgt werden kann, ein anderes Umspannwerk für die Versorgung zu nutzen. Das heißt, die Situation, die wir hier an der Kabelbrücke Lichterfelde gesehen haben, war schon sehr prekär.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Büllmann! – Dann kommen wir zu Herrn Prof. Dr. Sander, und auch hier: Sie können alle Fragen, die die Abgeordneten gestellt haben, beantworten. – Danke schön!

Dr. Leif Erik Sander (Charité – Universitätsmedizin Berlin): Vielen Dank für die Fragen! Ich beginne mit den Fragen von Ihnen, Frau Gebel: Die erste Frage ging, glaube ich, in Richtung Selbstwirksamkeit der Bevölkerung. Das betrifft aus meiner Sicht das, was wir als Health Literacy ansehen, also dass die Bevölkerung, die Bürgerinnen und Bürger so ein bisschen einschätzen können, wie dringend ihre medizinischen Bedarfe sind, ob dafür zum Beispiel gleich eine Notaufnahme aufgesucht werden muss oder inwiefern auch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen behandeln können. Ich glaube, da ist in der Coronapandemie einiges passiert, und es gibt aus meiner Sicht durchaus Verbesserungen, die man sehen kann.

Auch hinsichtlich der Krisenresilienz der Bevölkerung verzeichnen wir – da gebe ich nur Meinungen und Beobachtungen anderer Expertinnen und Experten wieder –, dass das Bewusstsein dafür in der Bevölkerung durchaus ansteigt. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe und andere stellen nützliche Informationsquellen zur Verfügung, was man tun kann, um sich zu schützen und einige Tage über die Runden zu kommen. Letztlich sind wir darauf angewiesen, das noch ein bisschen zu intensivieren. Ich glaube, es ist auch immer gut, wenn man das regional und lokal macht, dass man weiß – ich habe das hautnah in Zehlendorf mitbekommen –, dass dann die Schulen, die Kirchen und andere Einrichtungen mobilisiert werden, dort die Informationen auszubringen, was man machen kann. Das ist sicherlich wichtig.

Die zweite Frage zum SAVE-Berlin-Konzept beantworte ich auch sehr gern: Ich glaube, dieses Konzept war bundesweit relativ einmalig und hat extrem gut funktioniert. Es hatte den Vorteil, dass es hier um ein einheitliches Krankheitsbild ging, akutes Lungenversagen, mit entsprechenden Behandlungen, also invasive Beatmung oder Lungenersatzverfahren und Ähnliches. Da war relativ gut bekannt, welche Häuser das gut leisten können, und man hat dann im Zusammenspiel mit Politik und den Anbietern, also den Krankenhäusern, ein Konzept erarbeitet, nach dem die Patienten gestuft, je nach Dringlichkeit und Krankheitsschwere, über die Stadt verteilt wurden – nach einem vorher festgelegten Schlüssel und einer klaren Hierarchie, welche Krankenhäuser welche Krankheitsschwere zu behandeln haben.

Aus meiner Sicht hat das dazu geführt, dass wir trotz der Peaks, wie wir sie zum Beispiel im Januar 2021 gesehen haben, da durchgekommen sind, ohne zusätzliche Beatmungsbetten in der Messe oder Ähnliches zu brauchen, von den Personalproblemen ganz abgesehen. Das hat wirklich funktioniert. Wir haben zu Peakzeiten sehr viele Patienten bei uns so versorgen können, wie sie es gebraucht haben, zumal wir in der Charité das Glück hatten, dass wir durch das Containerkrankenhaus zusätzliche Intensivstationen eröffnen konnten und dort, wie Sie wissen, extra Kapazitäten geschaffen haben und OP-Kapazitäten verkleinert haben, um Intensivkapazitäten zu schaffen.

So ein Konzept wäre für eine komplexe Krisenlage natürlich schwieriger. Insbesondere, wenn das über mehrere Jahre anhält, muss man die Patientenströme insgesamt leiten können. Ich halte es aber für extrem wichtig, dass wir uns jetzt darüber Gedanken machen und auch entsprechende Rechtsverordnungen vorbereiten oder sogar verankern, dass man sagt: Welche Krankenhäuser haben welche Fähigkeiten und werden sich in welcher Reihenfolge um diese Patienten kümmern müssen? Es kann auch nicht so sein, dass sich einzelne Häuser um die akut Schwerverletzten kümmern, die sehr aufwendig sind, und andere Häuser in anderer Trägerschaft weiterhin elektives Geschäft oder andere Dinge machen. Das muss so verteilt sein, wie es den Fähigkeiten entsprechend ist.

Die Frage zum Notfallregister und zu IVENA kam multipel auf: Das ist sicherlich gut für einen Massenanfall von Verletzten oder für Notfallsituationen, aber wenn Sie über längere Zeit eine Krise haben, müssen Sie auch wissen, wenn zum Beispiel ein großes Haus ausfällt oder ein Stadtteil ausfällt, wer diese spezielle Krebsbehandlung durchführt oder wer Spezialfähigkeiten vorhält. Die Leistungsgruppen sind meiner Meinung nach viel zu grob. Mit 61 Leistungsgruppen wissen Sie ungefähr, wer Kardiologie kann, aber was heißt das dann: Welche Rhythmusdiagnostik und was für eine Intervention können sie – 24 Stunden? Wie viel Personal haben sie? Wie viele Betten haben sie zu welchem Zeitpunkt frei? Es ist, glaube ich, viel feingranulärer, was man dafür in so einer Art Echtzeitlagebild bräuchte. Da müsste man sich mit allen Krankenhäusern unterhalten, dass sie wirklich in der Lage sind, wahrscheinlich rechtlich in der Lage sind, aber auch gewillt sind, diese Informationen zu teilen und so transparent zur Verfügung zu stellen, dass die Senatsgesundheitsverwaltung in der Lage ist, in Echtzeit zu steuern und zu sehen: Wo sind welche Kapazitäten frei? Wenn uns irgendwo Kapazitäten wegbrechen, wer übernimmt das? Dafür reicht die Leistungsgruppensystematik meiner Meinung nach überhaupt nicht aus.

Insofern, finde ich, ist SAVE-Berlin ein gutes Konzept. Das wird dann komplizierter werden, aber das sollte man unbedingt als Grundlage nehmen, weiter ausbauen und im Dialog mit den Krankenhäusern, mit den Versorgern aufsetzen und sich da bitte auch mit den Spezialisten, die tatsächlich die Versorgung machen, kurzschließen. Denn ich glaube, das hilft ungemein. Das Gute war, dass SAVE-Berlin aus dem ARDS-Netzwerk kam. Das heißt, die Profis haben zusammengesessen und wussten ganz genau, wer was kann, und haben das so gemeinsam mit der Senatsverwaltung beschlossen.

Zu den Fragen von Herrn Ubbelohde: Unterirdische Versorgungskapazitäten gab es in Berlin. Es gab sie natürlich zu Zeiten des Kalten Krieges, zum Beispiel im alten britischen Militärkrankenhaus. Sie sind mittlerweile museumsreif, und nach den Aussagen, die ich gehört habe, wäre es fast unmöglich, sie wieder zu ertüchtigen. – Sie schütteln mit dem Kopf. – Größtenteils ist das so. Wir haben unter dem Campus Virchow-Klinikum viele Versorgungstunnel. Wenn man sich mit Kolleginnen und Kollegen in Israel austauscht, haben sie dort zum Beispiel die sehr flexible Nutzung, die auch nicht kostenintensiv ist, von unterirdischen Parkanlagen und anderen Dingen, sodass sie in der Krise ad hoc alles unter die Erde verlagern können. Da braucht man Sauerstoffanschlüsse und technische Anschlüsse, aber nach dem, was ich höre, ist das keine Luxusertüchtigung, sondern wirklich auf das Nötigste beschränkt, und es geht dann eben sehr schnell, diese Versorgung an anderer Stelle unter die Erde zu verlegen. Das haben wir nicht in allen Kliniken. Heutzutage wird auch gern an Kellern und Tunneln gespart, weil unterirdisch zu bauen immer teuer ist. Ich glaube aber, dass wir gut daran tun, darüber nachzudenken: Welche unterirdischen Anlagen haben wir, und wie können wir sie mit möglichst einfachen Mitteln für die Krise so ertüchtigen, dass wir das auch unterirdisch nutzen können?

Wir sehen in Kyjiw, dass dort auch U-Bahn-Schächte und so weiter genutzt werden, wenn es um physische Angriffe geht. Auch darüber sollte man nachdenken: Kann man Container zum Beispiel auf Waggons laden, um sehr dringliche Notfalldinge teilweise unterirdisch machen zu können? Das ist jetzt ein bisschen ins Blaue hinein gesprochen, aber gut wäre, sich einen Überblick zu verschaffen, wo welche Anlagen sind, die mit wie viel Aufwand ertüchtigbar wären. Das findet vielleicht auch schon statt. Wir an der Charité überlegen konkret, wo wir

etwas nutzen könnten, wenn es denn so käme. Was man zumindest hört, ist ja, dass möglicherweise Drohnen oder ähnliche Bedrohungen durchaus nicht ganz unrealistisch sind.

Das große Thema multiresistente Keime und Infektionen: Bei der Bundeswehr und im Militär ist völlig klar, dass Patienten, die nicht an den akuten Folgen ihrer Verletzung sterben, sprich verbluten, in der Regel an schwerwiegenden Infektionen sterben. Aus Sicht der Bundeswehr sind die Infektiologie und die Infektionsmedizin die zweite große wehrrelevante Leistungsgruppe, und ich sage bewusst Leistungsgruppe, weil die Infektiologie aus dem aktuellen Gesetz wieder herausgeflogen ist. Aus dem KHAG ist die Infektiologie als eine der wenigen wehrrelevanten Leistungsgruppen gestrichen worden, was meiner Meinung nach eine massive strukturelle Schwächung darstellt. Das heißt, das Wissen, die Ausbildung und das Berufsbild des Infektionsmediziners wurden damit letzten Endes strukturell geschwächt, und ich sehe darin ein Riesenproblem.

Wir haben in Berlin den Vorteil, dass wir historisch gesehen eine sehr starke Infektionsmedizin haben. Die Klinik für Infektiologie an der Charité gibt es seit 120 Jahren. Wir haben mehrere andere Häuser, die das sehr gut anbieten, und ich hoffe, dass wir diese Kompetenz so erhalten können, dass wir mit den multiresistenten Keimen umgehen können. Wir haben darüber sehr wenig Informationen. Wir wissen von den Kolleginnen und Kollegen der Bundeswehr: Wenn sie zum Beispiel Soldatinnen und Soldaten bei sich behandeln oder untersuchen und ausbilden – dann werden sie ja gescreent –, dass sie mit sehr wenig Informationen zu uns kommen. Die Frage danach, ob diese Daten dann digitalisiert werden können, ist schwierig. Manchmal ist es einfach nicht kompatibel, oder es kommen ohnehin nur sehr wenig Informationen.

Zu der Frage, was für Medikamente wir noch zur Verfügung haben: Wir haben einen steten Austausch mit Kolleginnen und Kollegen in der Ukraine, die dort Versorgung machen. Wir sehen auch ungefähr deren Resistenzlagen, die schon wirklich dramatisch sind, verglichen mit dem, was wir hier haben. Uns stehen zum Glück noch andere Reservemedikamente zur Verfügung als das, was die Kollegen in der Ukraine haben. Wir dürfen aber nicht vergessen, dass so ein Medikament sofort mit Therapiekosten von bis zu 1 000 Euro am Tag oder noch mehr einhergeht. Das würde also erhebliche Kosten erzeugen.

Die Frage nach der Phagentherapie kommt immer wieder auf, und sie ist auch sehr wichtig. Wir setzen sie in einzelnen verzweifelten Fällen auch ein. Das Problem ist, dass eine Phagentherapie individualisiert hergestellt werden muss, und das ist arzneimittelrechtlich und so weiter gar nicht so einfach. Wir haben Wege, und wir machen das in verzweifelten Situationen, wenn wirklich keine andere Therapie mehr fruchtet. Es dauert in der Regel aber mehrere Tage, manchmal Wochen, bis man die Therapie wirklich verabreichen kann, und nach der Meinung der meisten Experten ist das nichts, was man im großen Stil wird anwenden können. Es wird hoffentlich weiter entwickelt und professionalisiert, aber es ist eben eine individualisierte Therapie, nicht von der Stange. Das ist das Problem daran.

Dann hatten Sie noch die Frage nach der Cybersicherheit und inwiefern das neue KIS, also das Krankeninformationssystem, uns helfen kann. Bisher wird an den meisten Häusern eine Lösung mit einem veralteten System betrieben, und daran angedockt arbeiten teilweise hundert Subsysteme mit einzelnen Schnittstellen. Jede Schnittstelle kreiert eine Vulnerabilität, jedes kleine Subsystem, das angedockt wird, kreiert eine Vulnerabilität. Ich glaube ganz si-

cher, dass wir mit einer einheitlichen Lösung letztlich resilienter wären. Natürlich ist es, wenn eine einheitliche Lösung angegriffen wird, auch problematisch, dafür bin ich kein Experte. Ich gehe aber davon aus – das ist ein hochprofessioneller Betreiber nach allem, was wir wissen –, dass dort die Sicherheitsstandards mitunter höher sind als bei den vielen kleinen Insellösungen für jede kleine Ambulanz und jede Leistung. Jedes Gerät hat ein eigenes System, das irgendwo angedockt ist, und da sehe ich Probleme. Mit jeder Schnittstelle haben Sie auch immer eine Vulnerabilität. Aber dazu müssten Sie vielleicht noch einmal gesondert Experten für Cybersicherheit befragen.

Zur Frage von Herrn Schatz zur Ineffizienz des Gesundheitswesens kann ich gar nicht viel sagen. In unserem Gesundheitswesen – das wissen Sie, das können Sie den Zahlen entnehmen – setzen wir sehr viel Geld für ein Ergebnis ein, das sehr unterdurchschnittlich ist. Das ist einfach so. Ich habe immer nur den Vergleich mit den Kollegen in Israel, weil wir seit Jahren, seit der Coronakrise, sehr eng mit ihnen im Austausch stehen. Dort setzen sie nicht ganz die Hälfte von dem ein, was wir einsetzen, und haben gleiche Lebenserwartungen, gleiche Ergebnisse, und natürlich haben sie gleichzeitig erhebliche äußere Herausforderungen zu meistern.

Das ist auch nichts, was wir unbedingt primär in Berlin klären können, aber so, wie es momentan organisiert ist, haben wir einen erheblichen Ressourcenaufwand für das, was wir nachher bekommen. Wenn man dann zusätzlich extreme Kosten hat, wie in der Coronapandemie oder in anderen akuten Krisen, ist das meiner Meinung nach nicht nachhaltig. Das wird nicht längerfristig funktionieren. Wir sehen ohnehin eine Kostenexplosion. Sie kennen die Gedanken, wie man das akut durch Leistungskürzungen oder Ähnliches in den Griff kriegen kann, aber letzten Endes wird es ohne grundlegende Reformen, wo wir darüber nachdenken, wie wir sozusagen den eingesetzten Euro in vernünftige Leistungen übersetzen können, nicht gehen. Da bin ich auch ganz bei Herrn Schreiner: Die Dokumentations- und Bürokratielasten, die jeden Tag extrem viel Personalressourcen fressen, gehören zum Beispiel dazu.

Was ist mit der Bevorratung? Sind wir besser vorbereitet? – Ich denke, dass bei der Bevorratung ein Umdenken stattgefunden hat, auch bei den Häusern. Früher ist genau wie bei den Unternehmen immer im Rahmen der Wirtschaftlichkeit mit Same Day Delivery und so weiter gearbeitet worden. Da sind wir jetzt schon besser vorbereitet. Es werden ja auch entsprechende Gesetzgebungen kommen. Es gibt zudem die Überlegung – ich weiß aber nicht genau, wie da der Stand ist –, auf Bundesebene nationale Reserven und Ähnliches anzulegen. Insofern denke ich: Ja, es braucht dort staatliche Unterstützung und Vorgaben, aber es gibt auch ein Umdenken bei den Häusern.

Herr Zander hatte die Frage, welche Rolle das Bundeswehrkrankenhaus hat. Man muss davon ausgehen: Wenn wirklich ein Bündnisfall eintritt, ist das Personal des Bundeswehrkrankenhauses anderweitig gebunden, in der Regel irgendwo im Einsatzgebiet. Was mit dem Bundeswehrkrankenhaus selbst passiert, müssten wir die Bundeswehr fragen, also ob sie ihre Strukturen für Reservisten oder andere Dinge nutzen. Das wissen wir momentan nicht. Insgesamt ist das Bundeswehrkrankenhaus nicht so versorgungsrelevant, weil es nur eine relativ kleine Ressource ist. Wir haben aber seit Jahren eine sehr gute Kooperation mit der Bundeswehr, insbesondere im Bereich der Infektionsmedizin, und trainieren zum Beispiel gemeinsam Personal, um uns gegenseitig kompensieren zu können, wenn es Ausfälle auf der einen oder anderen Seite gibt, oder um zusätzliches Personal nutzen zu können, wenn wir bestimmte Krisen haben, und um voneinander zu profitieren, was Ausbildung angeht.

Ich glaube nicht, dass wir ein zusätzliches Messekrankenhaus brauchen. Ich glaube, dass wir die physischen Strukturen, die wir haben, modernisieren und ertüchtigen müssen. Aber zu jedem Zeitpunkt, jeden Tag, wenn ich schaue, welche Betten in der Charité belegbar sind, dann sind das immer weniger Betten, als wir aufgestellt haben. Insofern brauchen wir nicht woanders noch mehr aufgestellte Betten, sondern die Betten, die wir schon in den Häusern aufgestellt haben, müssen gepflegt und ausgestattet und so modern sein, dass wir damit arbeiten können. Außerdem müssen wir die Transport- und Verlegungsprozesse so optimieren, dass es funktioniert. Dann braucht man, glaube ich, keine zusätzlichen Betten in der Messe aufzubauen, die ohnehin schwer mit Personal auszustatten sind.

Zu unterirdischen Einrichtungen habe ich schon etwas gesagt. Insgesamt müssen unsere Einrichtungen flexibel nutzbar sein. Wir müssen damit rechnen, dass ein Gebäudeteil ausfallen kann oder dass einzelne Stadtteile zwischenzeitlich vom Strom abgehängt werden. Wir müssen insgesamt flexibel werden und auch unterirdische Anlagen nutzen können. Die Israelis machen das super vor. Da werden Parkgaragen und ähnliche Dinge relativ schnell umfunktioniert. Wenn es zum Beispiel um sogenannte CBRN Incidents geht, dann haben wir schon beschlossen, dass wir unsere Sonderisolierstation sehr schnell umfunktionieren können, um dort kontaminierte Patienten versorgen zu können. Wir sind da auch im Austausch mit entsprechenden Behörden.

Die letzte Frage kam von Frau Wahlen zu den Daten: Das ist in der Regel, meiner Erfahrung nach, sehr schwierig. Die Informationen, die dort ankommen, sind sehr heterogen. Das ist eine programmierte Bruchstelle bei Menschen, die geflüchtet sind und hier mit medizinischer Vorgeschichte ankommen, und meines Erachtens leider auch bei den Kriegsversehrten, die hier ankommen. Wir erleben, dass das teilweise KI-gestützte digitale Systeme sind, und hier wird dann vor Ort wieder angefangen, auf Zettel zu malen. Da ist noch ein bisschen Nachholbedarf, was die Vereinheitlichung von Schnittstellen angeht. – Vielen Dank!

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

Marc Schreiner (Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.): Danke, Frau Vorsitzende! – Dann fasse ich auch gern zusammen. Es ging zunächst um die Frage: Was macht der ukrainische Bürger? – In vielen Privathaushalten haben sie selbst Notstromaggregate. Wenn Sie beispielsweise durch Lemberg, Lwiw, gehen, befindet sich an nahezu jedem Haus ein Notstromaggregat. Es ist laut, es stinkt, aber es hilft, die Stromversorgung in Zeiten unabhängig zu machen, in denen es, gerade in Lwiw, häufiger zu Stromausfällen kommt. Dann geht es dort weiter. Übrigens: Nebeneffekt dieser ständig laufenden dieselbetriebenen Notstromaggregate ist eine dermaßen hohe Luftverschmutzung, dass das in Erwartung der Oblastregierung sogar zu einem Anstieg von Lungenerkrankungen führen wird.

Man kann von den Bürgern erwarten, dass sie sich selbst in die Lage versetzen, für Stromschwankungen oder Stromausfälle eine gewisse eigene Kapazität herzustellen. Ich glaube, das müssen wir auch von ihnen erwarten, und das ist auch ein Stück weit das, was hier schon angesprochen wurde, nämlich diese Gesundheitskompetenz, dass man sich seine eigenen Strukturen aufbaut, aber auch in der Lage ist, kleine Bedarfe nach Möglichkeit selbst zu versorgen, bevor man in die möglicherweise eingeschränkt verfügbaren Versorgungsangebote hineinsteuert.

Es gab auch die Frage von Frau König, wie die ambulanten Strukturen eingebunden werden können. Dazu gibt es bereits Gespräche, auch mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Ich glaube, dort ist angekommen, dass die Ärztinnen und Ärzte in ihren niedergelassenen Einrichtungen dann einen besonderen Versorgungsauftrag haben. Das hängt aber auch eng mit der Inanspruchnahme durch die Bevölkerung zusammen. Wir haben im Augenblick nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jährlich etwa 700 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte, wo Menschen ungesteuert in die Versorgung kommen und kleine Bedarfe in übermäßig vielen Kontakten abgearbeitet werden. Da braucht es, vielleicht auch hier aus diesem Haus, eine Initiative, dass es einen ressourcenschonenden und effizienten Umgang mit möglicherweise eingeschränkten Versorgungsangeboten oder zu fokussierenden Versorgungsangeboten in Kriegszeiten geben kann.

Wir sind eingeladen worden, einen Wunschzettel zu schreiben. Zum Gesundheitssicherstellungsgesetz, Frau Gebel, und was Berlin da machen könnte – das geht auch auf die Frage von Herrn Schatz zur Bevorratung ein: Ich glaube nicht, dass Krankenhäuser unter der Vulnerabilität der Krankenhausvergütung, die unter Kriegsbedingungen, in denen möglicherweise normale Mechanismen außer Kraft gesetzt werden, noch schwieriger ist, in der Lage sein werden, selbstfinanziert auf Monate oder Wochen hinaus Bevorratungen anzuschaffen. Im Übrigen haben wir in der Coronapandemie erlebt, dass einzelne Abteilungen aus Krankenhäusern, Krankenhäuser, Krankenhausverbünde, Einkaufsgemeinschaften, Land, Bund und EU alle parallel bestellt haben und damit die Bedarfslage an den ohnehin schon nicht sicher aufgestellten Weltmärkten um ein Vielfaches in die Höhe getrieben haben. Das müssen wir klug vermeiden, indem wir den Kliniken Standardsets an Medikalprodukten durch staatliche Bestellung und auch Lagerung zur Verfügung stellen. Ich glaube, es ist für die Krankenhäuser eine Überforderung, wenn die Geschäftsführung, die sich unter Kriegsbedingungen um viel kümmern muss, auch noch am Weltmarkt Bestellungen tätigen muss. Da brauchen wir wirklich eine konzertierte Aktion. Dazu haben wir noch Zeit. Das wäre eventuell ein Punkt für das Gesundheitssicherstellungsgesetz.

Auch die Finanzierung von Leistungen müssen wir mit einem solchen Gesundheitssicherstellungsgesetz jetzt klären. Darauf zu warten, unter spontanen Bedingungen ein Ersatzvergütungssystem aufzubauen, wenn unter Kriegsbedingungen – eventuell auch nach staatlicher Anordnung, wie in der Coronapandemie geschehen – das elektive Leistungsgeschehen zurückgefahren wird und damit den Trägern erhebliche Teile ihrer Erlösstrukturen verlorengehen, können wir uns nicht leisten. Das können wir jetzt besser machen.

Das Gesundheitssicherstellungsgesetz wird Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern regeln. Es wird Prozesse organisieren. Das gilt dann aber für die Zeit ab Eintritt eines Bündnisfalls, also für die Zeit danach. Was wir brauchen – und das ist eine Aufgabe für Berlin –, ist die Einforderung von Vorschaltgesetzen, mit denen wir den Bündnisfall vorbereiten. Ich habe die Kosten der Ausbildung, insbesondere der Weiterbildung, angesprochen. Wenn Krankenhäuser Pflegekräfte und Ärzte entsenden, um wertvolle Kurse zu machen, dann kostet das Geld. Das ist eine gesamtstaatliche Aufgabe und muss vorher finanziert werden. Es braucht also Vorschaltgesetze, zum Beispiel auch solche, mit denen wir endlich fragen können, wer von unserem Personal uns zur Verfügung steht. Das wäre mit einem Gesundheitssicherstellungsgesetz deutlich zu spät. Da brauchen wir jetzt schon eine Regelung.

Mehrfach angesprochen worden ist die unterirdische Ausstattung – die unterirdische Ausstattung mit Investitionsmitteln beispielsweise, aber das haben Sie nicht gemeint, es geht um Bunkeranlagen und unterirdische Räumlichkeiten. Ich kann Ihnen aus der Erfahrung meiner Ukrainereise sagen, dass es Bunker gibt, die vom Status her etwa mit dem des ehemaligen britischen Militärkrankenhauses vergleichbar sind. Das konnte ich mir gerade vorletzte Woche anschauen. Ich glaube, da braucht es nicht viel. Es braucht eine Ausstattung mit Trink- und Brauchwasser, mit medizinischen Gasen, CO₂ und mit Betriebsmitteln, um die Einrichtungen betreiben zu können.

Ich habe während meiner Reise zahlreiche Luftalarme erlebt, auch in Krankenhäusern, und zu keiner Zeit hat ein Team seine Patienten genommen und ist wegen eines Luftalarms in den Bunker gegangen, sondern der Versorgungsbetrieb ist aufrechterhalten worden. Das ist auch logistisch gar nicht denkbar, dass Sie bei etwa drei oder vier Luftalarmen am Tag – das ist dort keine Seltenheit – jedes Mal die gesamte Abteilung einpacken und hinunter in den Bunker gehen. Deswegen ist der Krankenhausbetrieb ein sehr sensibles Moment für die Beschäftigten, aber auch für die Patienten, die dort einfach keinen besonderen Schutz erfahren. In der Ukraine gibt es noch nicht einmal einwirkungshemmendes Glas in den Krankenhäusern. Man macht aber trotzdem die Versorgung weiter. Baulich wurde dort vielfach vorgenommen, dass wichtige Einheiten – der OP, die Intensivstation, die Diagnostik – in das Erdgeschoss verlegt wurden. Dann sind sie nicht im dritten, vierten Stock exponiert, und die wertvollste Ressource, die wir haben, unsere Beschäftigten, können sich bei einem möglichen Angriff aus dem Erdgeschoss schnell in Sicherheit bringen. Das ist, sagen wir einmal, der praktische Umgang in der Ukraine, wie man diese Anforderungen löst.

Ich habe auch ein bisschen Sorge, wenn ich mir die Erfahrungen der letzten Jahre mit Investitionen und Baumaßnahmen anschau: Ich glaube nicht, dass wir hier in Berlin in der Lage sein werden, bis 2028 oder 2029 relevante unterirdische Strukturen aufzubauen. Nicht nur, dass dafür erhebliche Mittel aufzubringen sind, die ich im Augenblick noch nicht sehe – vielleicht fällt Ihnen da etwas ein –, sondern zu berücksichtigen sind auch das Vergaberecht, Brandschutz, Denkmalschutz, Tierschutz, Datenschutz, also all die Schutzmomente, die wir bei der Umsetzung von unterirdischen Gebäuden beachten müssen. Ich glaube nicht, dass wir in der Lage sein werden, das hinzubekommen.

Insgesamt zu diesem Komplex: Wir verhandeln jetzt noch unter Friedensalgorithmus und haben den Anspruch, alles nach den uns gewohnten Regularien abzuarbeiten. Ich habe eben die ganzen Schutzmaßnahmen zitiert, die wir immer voranstellen, zu Recht. Aber ich glaube, mit Blick auf die Beschleunigung, die wir jetzt für Entscheidungen brauchen – es ist nicht mehr viel Zeit nach Ansicht der Militärs –, müssen wir davon wegkommen, alles perfekt regeln zu wollen, sondern es braucht jetzt auch mal den Mut, Entscheidungen zu treffen, wie zum Beispiel beim Thema Bürokratieabbau. Das habe ich vorhin schon angesprochen.

Frau Wahlen! Vulnerable Gruppen werden genauso versorgt wie andere Gruppen auch. Sie sind immer Teil unserer Überlegungen, und es gibt es keinen besonderen Umgang mit vulnerablen Gruppen.

Zur automatischen Anerkennung: Das ist EU-Recht. Da muss das LAGeSo anfangen, dieses EU-Recht als automatische Anerkennung umzusetzen. Auch hier gilt: Das, was wir in Friedenszeiten gewohnt sind, in extenso auszubaldowern, können wir uns dann nicht mehr leisten.

Schließlich noch zu der Frage, die verkeimten Dokumente außerhalb des Krankenhauses zu screenen: Bitte bedenken Sie, dass die Vorlaufzeit, die Krankenhäuser nach der Meldung, dass ein Patient kommt, haben, in dieser Situation maximal 12 Stunden betragen kann. Am nächsten Tag kommt dann wieder der nächste Patient. Da gibt es nur wenig Vorbereitungszeit. Wir müssen in der Zeit Entlassmanagement machen und schauen, dass wir unsere Krankenhausbetten für die nächsten Patienten freimachen, und bekommen in der Regel erst mit dem Patienten die Dokumente zugeteilt. Ich kann mir nicht vorstellen, dass es möglich ist, dann noch aufwendige Screeningprozesse zu organisieren. Mitgenommen habe ich die Idee, aber es muss in der Versorgung schnell gehen. – Soweit erst einmal der Rundumschlag. Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Schreiner! – Dann kommen wir zu Herrn Dr. Baumann.

Dr. Andre-Michael Baumann (Berliner Feuerwehr): Vielen Dank für die Fragen! Zum Notfallregister: Wir sind ja beim Thema Bürokratiemonster, das kann man also sicherlich stark aufblähen. Ich würde eine Zwischenvariante vorschlagen. Firmen oder Pflegeeinrichtungen kann man vielleicht verpflichten, für Privatpersonen muss man das als Open Source anbieten, sodass sie das selbst eingeben können. Ich kenne das aus anderen Bereichen von unseren Kollegen aus Niederösterreich, die auf dem Weg ihr Defibrillatoren-Programm hosten. Das wird eingegeben, und einmal im Jahr gibt es eine E-Mail, um zu schauen, ob der Defi noch da hängt, wo er ist. So etwas in der Form ist sicherlich die einfachste Lösung. Wenn man das selbst nachhalten und pflegen will, ist es quasi eine Endlosaufgabe.

Beim Gesundheitssicherstellungsgesetz haben wir ebenfalls wenig Aktien, aber ich hätte auch keine über meine Vorredner hinausgehenden Wünsche.

Dann gab es noch das Thema der Ausbildung: Auch wenn die klinische Ausbildung anders ist, sind unser ärztliches und das Rettungsfachpersonal in taktischer Traumamedizin soweit geschult, dass sie die Erstversorgung entsprechend durchführen können und die Kenntnisse dazu haben. Das sind aber jetzt nicht die Patienten, die irgendwie nach Stunden oder Tagen aus der Ukraine kommen.

Die Verlegung von Intensivpatienten, weil das Thema angesprochen wurde, bei Bombenfundten war bisher nicht problematisch. Zunächst wurden die Patienten dann meistens innerhalb des Hauses verlegt. Das hängt sicherlich auch davon ab, welche Struktur betroffen ist. Mit einigem Vorlauf könnten wir sechs Intensivtransportwagen für hochkomplexe Patienten organisieren, die dann mit ECMO, komplexer Beatmung und allem, was erforderlich ist, verlegt werden können. Sonst müssten die Patienten mit normalem RTW transportiert werden, mit Monitoring und, sage ich einmal, normalem Beatmungsmuster ohne besondere Anforderungen und nicht mehr als sechs Injektomaten. Das ist dann möglich. Wenn aber eine ARDS-Station mit mehr Patienten zu verlegen wäre, dann hätte man schon ein Problem. Dann müsste man sicherlich auf Strukturen aus Brandenburg zurückgreifen.

Zum Aufwachsen der ambulanten Strukturen: Mit der Kassenärztlichen Vereinigung haben wir in Berlin eine sehr gute Kooperation bei den Einsätzen, die schon in der Leitstelle als nicht dringlich erkannt werden. Wir haben auch während der Coronazeit Personal von uns gemeinsam mit Ärzten der KV zu Einsätzen geschickt, bei denen initial kein Krankenhausaufenthalt zu erwarten war und gescreent werden musste.

IVENA ist sicherlich nicht für eine Dauerlösung gedacht, da schließe ich mich Herrn Prof. Sander an. Was das Technische angeht, also wie resilient IVENA ist: Da muss ich an die SenWGP zurückgeben, weil die SenWGP sie hostet. Bei mobilfunktechnischen Problemen gibt es immer noch drahtgebunden die Variante, dass man das nicht mehr von den Fahrzeugen aus, sondern über die Leitstelle verteilt. Ansonsten kann ich die Kritik, die geäußert wurde, dass IVENA nicht funktioniert, so nicht teilen. Im täglichen Einsatz funktioniert IVENA schon sehr gut. Es gibt sicherlich an der einen oder anderen Stelle, wie immer, noch Optimierungsmöglichkeiten, aber unsere Erfahrung ist eigentlich sehr positiv.

Noch zu dem Thema der unterirdischen Kliniken: Ich kenne das auch aus Israel vom Sheba Medical Center, also den Parkplatz und die Kontaminationsduschen davor. Ebenfalls interessant ist – das ist jetzt mehr an Inneres gerichtet –, dass die Leitstelle von Magen David Adom

auch einen unterirdischen Bereich hat. Als das erste Mal aus Gaza bis nach Tel Aviv geschossen wurde, sind wir da umgezogen. Bestimmt ist es überlegenswert, die Sicherheitsleitstellen entsprechend mit einer Redundanz auszustatten, die etwas gesichert ist.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Dr. Baumann! – Dann kommen wir zum Senat, und Frau Haußdörfer hat das Wort.

Staatssekretärin Ellen Haußdörfer (SenWGP): Vielen herzlichen Dank! – Ich möchte die Fragen adressieren, die an die Verwaltung gerichtet waren. Die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege ist auf der einen Seite Katastrophenschutzbehörde gemäß § 3 des Katastrophenschutzgesetzes des Landes Berlin und auf der anderen Seite Zivilschutzbehörde im Sinne des Gesetzes über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes. Ich glaube, das zeigt deutlich, dass wir auf ein Gesundheitssicherstellungsgesetz angewiesen sind, um den rechtlichen Rahmen für die entsprechenden Handlungsmöglichkeiten der Bundesländer in toto, aber insbesondere natürlich des Bundeslandes Berlin zu gewährleisten. Das bedeutet, dass wir neben dem Schwerpunkt Krankenhäuser auch für andere medizinische Versorgungsbereiche eine koordinierende Rolle übernehmen. Das betrifft beispielsweise den ambulanten Bereich, aber auch die pharmazeutische Versorgung und den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Es brauchte, glaube ich, nicht eine Pandemie und einzelne, wirklich sehr schwierige Vorfälle, wie beispielsweise den Breitscheidplatz-Anschlag, um sich verwaltungstechnisch auf solche medizinischen Krisenlagen vorzubereiten. Aber es ist schon so, dass die Senatsverwaltung für Gesundheit hier spätestens seit dem Jahr 2022 einen besonderen Schwerpunkt ausgebildet hat, mit den Aufgabenbereichen Krisen- und Notfallvorsorge, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung. Die SenWGP lädt auch proaktiv die maßgeblich beteiligten Akteure ein und ist mit ihnen im Austausch, damit man zu guten praktikablen Lösungen kommt. Ich selbst mache das jetzt fast drei Jahre und stelle fest – neben der eigenen Betroffenheit von mindestens zwei Stromausfällen in dieser Stadt, die weit vor Steglitz-Zehlendorf gelegen haben, und wie man sich selbst vorbereiten kann –, dass man an der Stelle häufig in einem Spannungsfeld zwischen dem steht, was inhaltlich notwendig und an Maßnahmen durchzuführen ist, und dem, das auch zu finanzieren.

Uns ist bewusst, dass die Maßnahmen zur Erhöhung und Stärkung der Resilienz sehr kostenintensiv sind, und zwar für alle Akteure, die hier in dem entsprechenden Segment tätig sind. Uns stehen nur begrenzte Haushaltsmittel zur Verfügung – wir haben gerade einen Haushalt beschlossen –, wir müssen außerdem eine dringend notwendig gewordene Krankenhausreform mit abbilden, und wir wollen gleichzeitig die bestmögliche medizinische stationäre Versorgung in dieser Stadt gewährleisten. Uns ist dieses Spannungsfeld bewusst, und es wird regelmäßig adressiert. Das bedeutet aber auch, dass alle Akteure in ihrem Themenfeld ihren Beitrag dazu leisten müssen.

Deshalb liegt einer der Schwerpunkte auf den 36 Berliner Notfallkrankenhäusern, weil sie jetzt schon sieben Tage die Woche, 24 Stunden am Tag die notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung gewährleisten. Das ist mir deshalb wichtig, weil uns auch IVENA in diesem Hinblick sehr wichtig ist. Nicht alle Bundesländer haben IVENA, und es zeigt sich, dass diejenigen, die es noch nicht haben, wie zum Beispiel Thüringen, vermutlich diesen Weg gehen

werden, um nicht nur eine Kompatibilität der Daten zu gewährleisten, sondern auch die Prozesse klar zu haben.

Wir üben seit vielen Jahren, schon zu Westberliner Zeiten. Die Berliner Notfallkrankenhäuser trainieren unter Einbindung der anerkannten Berliner Hilfsorganisationen im Rahmen der Katastrophenschutzübung. Einige Mitglieder des Gesundheitsausschusses waren auch schon Teil einer solchen Übung. Da zeigt sich dann, wie wichtig es ist, die entsprechenden Prozesse klar zu haben und zu wissen, welche Maßnahmen bei einem Massenanfall von Verletzten, aber auch in bestimmten Sonderszenarien wie einem Bombenanschlag oder einer Pandemie für ein Krankenhaus zu ergreifen sind. Mittlerweile wird zudem im Rahmen von Zivilschutzübungen zur strategischen Patientenverlegung geübt. Das konnten Sie Anfang März der Presse entnehmen. Das Land Berlin beteiligte sich an der Großübung der Bundeswehr, der Medic Quadriga 2026. Viele Details, die Herr Schreiner in seinem Artikel abgebildet hat, konnten dort einmal live gesehen werden, weil es nämlich darum geht, Patientinnen und Patienten zu stabilisieren und dann in weiter entfernte Abschnitte zu transportieren.

Das bedeutet aber auch, dass man nicht nur neueste Technik einsetzt, sondern dass ebenso die Frage der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung – die im Übrigen heute gar nicht so richtig thematisiert wurde – ein wirklicher Schlüsselfaktor ist, nicht nur, um eine schnelle Genesung zu unterstützen, sondern auch in Bezug darauf, welche Ressourcen vorgehalten werden. Man kann sich, glaube ich, sehr gut vorstellen, was das mit einem selbst macht, aber natürlich erst recht, was es mit den Betroffenen macht.

Daneben organisieren wir regelmäßig Informations- und Netzwerkveranstaltungen zur Krisenvorsorge, zum Katastrophenschutz und zur zivilen Verteidigung, um tagesaktuell die entsprechenden Informationen und Entwicklungen weiterzugeben. Seit 2023 arbeitet die Arbeitsgruppe Zivile Verteidigung Krankenhäuser an dem entsprechenden Rahmenplan, der letztes Jahr veröffentlicht wurde, und der als Living Document zusammen mit den Berliner Krankenhäusern immer wieder an Neuerungen angepasst wird und dementsprechend für Informationsveranstaltungen, sowie im Übrigen auch für alle Beschäftigten der Krankenhäuser, lebbar wird und zur Information beiträgt.

Diese Erkenntnisse bringen wir in den Bund-Länder-Arbeitsprozess ein, der letztes Jahr zur Erarbeitung eines Gesundheitssicherstellungsgesetzes gestartet ist. Denn das bedeutet, dass nicht nur mehrere Behörden und Verwaltungen in einem Bundesland, sondern auch mehrere Behörden und Verwaltungen des Bundes zusammenarbeiten müssen, um die bestmögliche Versorgung zu erreichen und auch das Geschehen als Prozess mit aufzunehmen. An der Charité haben wir die Stabstelle Katastrophenschutz, die explizit in die Beratungen einbezogen ist. Im Rahmen der Haushaltsanmeldung, hier im Einzelplan 09, wurden ebenfalls resilienzbildende Maßnahmen in den Berliner Krankenhäusern zur Durchführung zum Beispiel dieser Krankenhausübung vorgesehen, aber auch, um die minimale Bevorratung – ich glaube, die Bundesländer können insgesamt noch mehr bevorraten – für CBRN-Lagen sowie Massenanfallszenarien von Verletzten, die sogenannten MANV-Szenarien, sicherzustellen.

Zum Notfallregister ist schon einiges gesagt worden. Ich glaube, wir sind noch nicht am Ende der Prüfungen. Herr Dr. Baumann hat schon einiges dazu ausgeführt. Es ist schon so, dass wir diese rechtlichen, technischen und organisatorischen Maßnahmen prüfen müssen, um auf der einen Seite die Personen zu identifizieren, die in Notlagen gegebenenfalls im häuslichen Set-

ting unterwegs sind, und auf der anderen Seite den Anforderungen des Datenschutzes zu entsprechen, aber vorrangig auch einer Scheinsicherheit vorzubeugen, die entsteht: Ich bin irgendwo registriert, mir wird auf jeden Fall geholfen. – Es muss eine klare, transparente Kommunikation dazu bestehen, und zwar auf einer echten rechtlichen Grundlage, die für alle Beteiligten die notwendige Sicherheit gibt, und zwar sowohl im Krisenfall als auch danach. Denn es ist wichtig, dass auch die Zeit danach besprochen wird.

Bei dem Thema Gesundheitskompetenz finde ich sehr gut, dass nach den Stromausfällen das Thema in weiteren Kongressen und Gremien besprochen wird. Auch im Bereich Gesundheitsprävention und -förderung wird, glaube ich, sehr deutlich, wie wichtig es ist, hier entsprechend Vorsorge zu treffen.

Herr Dr. Baumann hat eine gewisse Sneakpreview, würde ich jetzt einmal sagen, gegeben, nämlich die Freischaltung der IVENA MANV App, die im zweiten Quartal in den Echtzeitbetrieb gehen wird. Das ist eine Weiterentwicklung zu der IVENA App, die wir haben, und sie ist deshalb so wichtig, weil die Rettungsstellen dann wissen, welche Patientinnen und Patienten auf sie zukommen, mit den wichtigen Informationen, die es gibt. Das wird für einen Massenansturm von Verletzten quasi so eine elektronische Voranmeldekarte, eine Verletztenanhängerkarte, die digital über einen QR-Code erfasst wird. Die Detailtiefe ist, glaube ich, für den Rettungsdienst und die Rettungsstellen genau die richtige. Ich glaube, das, was Prof. Sander anspricht, ist jetzt nicht das, was wir über IVENA lösen wollen, sondern hier geht es darum, dass wir die bereits vorhandene digitale Voranmeldung im rettungsdienstlichen Regelbetrieb sowie die digitale Echtzeitalarmierung der Berliner Krankenhäuser bei einem Massenansturm von Verletzten gut sicherstellen können.

IVENA läuft über einen BSI-zertifizierten Hochsicherheitsserver. Es gibt eine geringe Wahrscheinlichkeit für Systemausfälle; die Sicherheit wird nie 100 Prozent betragen, aber de facto ist es schon so, dass wir IVENA auch über umfangreiche Sicherheitspakete sehr tough aufgestellt haben. Bei der MANV App ist es so, dass ein lokaler Stromausfall natürlich dazu führen wird, dass man mit den Daten lokal arbeiten und den Internetausfall kompensieren muss. Es wäre dann auch Sache der Feuerwehr, das beispielsweise beim Internet an der Einsatzstelle entsprechend zu berücksichtigen. Die Bezirke haben natürlich mit den Katastrophenschutz-Leuchttürmen im Rahmen ihrer Möglichkeiten ebenfalls eine Vorsorge zu treffen – sicherlich in unterschiedlichem Ausmaß, das haben wir hier in den Anhörungen schon besprochen. Das gelingt aber durchaus gut.

IVENA beinhaltet keine Betteninfos der entsprechenden Krankenhäuser, sondern ist nur für den Rettungsdienst. Wir gehen davon aus, dass die Detailtiefe ausreichend ist. Man muss sich auch fragen, was es gegebenenfalls an Bürokratie auslösen würde, wenn mehr Informationen benötigt würden, denn dann muss man ja sehr schnell nachhalten: Welche Änderungen ergeben sich, und welches Bett oder welche Konstellation steht für welchen Fall zur Verfügung?

Was ich sehr beeindruckend finde: Ich darf ja diese ganzen Informationsveranstaltungen und Schulungen besuchen und auch durchführen. Es ist absolut wichtig, dass man Klarheit und Transparenz und eine Zuordnung über die Prozesse hat. Das gilt für Cyberangriffe genauso wie für Krisen oder für Ausfälle von Handelsketten. Es bedeutet auch, die eigenen Möglichkeiten des Betroffenseins zu übertragen. Das BBK, das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, rät, einen Notfallvorrat von bis zu zehn Tagen an Trinkwasser und

Lebensmitteln sowie andere Dinge vorrätig zu haben; auch ich habe seit 2019 so ein Kurbelradio. Es wäre schon wichtig, wenn sich die Berliner Bevölkerung – das werde ich nicht müde zu betonen – zwei, drei Tage versorgen kann und das auch in sehr ruhigen Verhaltensweisen stattfindet.

Wir dürfen uns nichts vormachen: Berlin, andere Bundesländer und auch einzelne Einrichtungen im Bundesland Berlin werden jeden Tag Ziel von irgendwelchen Angriffen, ob das jetzt Cyberangriffe sind, ob das Spionageaktionen sind oder auch andere Dinge. Es geht uns darum, bestmöglich resilient aufgestellt zu sein. Deshalb ist auch das Thema Cybersicherheit eines, das uns sehr beschäftigt, weil es einfach in einer kritischen Infrastruktur ein besonderes Hab und Gut ist. Wir haben beim Stromausfall gesehen, wie viele Dinge in unserem Alltag elektronisch geregelt werden, von der Türschließanlage bis zu Fenstern, nicht nur Uhren und Küchengeräte, sondern grundsätzlich sehr viele Dinge. Deshalb ist es wichtig, dass wir hier im Rahmen der entsprechenden Mittel, die uns zur Verfügung stehen, Vorsorge treffen.

Sie wissen es: Im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds II können Vorhaben zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit von Krankenhäusern abgerechnet werden. Wir haben hier 2024 und 2025 zahlreiche Investitionsvorhaben der Berliner Krankenhäuser gehabt, und das wird sicherlich auch so weitergehen. Diese Fördermittel werden beim Bundesamt für Soziale Sicherung beantragt. Da wäre ein Wunsch von uns an die Bundesebene, dass diese Anträge zeitnah bearbeitet werden. Das ist nicht so wie bei anderen Verwaltungsvorgängen, wo man sagen kann: Wenn du innerhalb von drei Monaten nichts gehört hast, gibt es eine Genehmigungsfiktion. – Das ist nicht so. Es gibt keine wie auch immer geartete Frist. Es wäre aber beispielsweise für Baumaßnahmen oder auch Investitionsmaßnahmen zur digitalen Sicherheit ganz gut, wenn wir zu schnellen Entscheidungen kommen. Denn Sie wissen, dass auch dieser Markt immer Teuerungen unterlegen ist. Gleichzeitig wollen wir uns in den geplanten Zeitschienen entsprechend aufstellen, und das bedeutet auch, dass man Entscheidungen zeitnah beziehungsweise in der entsprechenden Form treffen kann. Das wäre von uns ein Wunsch an die Bundesebene, denn wir glauben ebenfalls, dass wir für die sogenannten Vorschaltgesetze, die heute schon genannt wurden, eine entsprechende Vorbereitung brauchen.

Zum Schluss möchte ich sagen, auch aus der Erkenntnis der Coronapandemie: Hier wurde gesagt, dass wir Mut zu Entscheidungen haben sollen. Dem wollen wir uns gern annehmen, und wir möchten auch sehr gern entscheiden und die Entwicklungen unterstützen, so schwer sie uns vielleicht fallen. Ich bin 1980 geboren und hätte nie gedacht, dass ich in meinen Vierzigern einen Krieg in Europa so erlebe, und das leider schon seit einigen Jahren. Dann muss man aber auch zu diesen Entscheidungen stehen, wenn die Krise vorbei ist.

Das ist die große Erkenntnis, auch aus Corona, denn da sind wir sehr gut herausgekommen. Aber wir sind bis heute mit der Abwicklung der Coronapandemie vor Gerichten und anderen Dingen beschäftigt – in einer Zeit, in der Krankenhäuser beispielsweise sehr viel über Prozesse gelernt haben, wie Patientinnen und Patienten versorgt werden, Informationen geteilt werden und eine bestmögliche Versorgung sichergestellt werden kann. In diesem Sinne sage ich sehr gern, dass wir mehr Mut wagen. Auf der anderen Seite wäre es gut, wenn wir auch die gesetzliche Grundlage dafür bekommen, sodass wir uns hinterher für unseren Mut nicht noch zehn Jahre rechtfertigen müssen. – Danke sehr!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Ich habe jetzt keine weiteren Fragen oder Anmerkungen als Wortmeldungen. Dann wird es so laufen, dass wir als Ausschuss das Wortprotokoll bekommen und anschließend schauen, welche politischen Lehren wir ziehen. Wir freuen uns auch sehr über den Hinweis von Prof. Dr. Sander, dass er uns das Papier zum Thema Krisenresilienz im Nachgang zusenden wird. – Ich bedanke ich mich bei den Anzuhörenden für Ihre Zeit und Ihren Einsatz für diese Stadt! Danke, dass Sie heute da waren, und ich wünsche Ihnen eine schöne Woche!

Wir kommen zur Abstimmung über den Antrag der AfD-Fraktion, der begründet wurde, und es gab auch die Gelegenheit, sich darauf zu beziehen. Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen mehr. Dann kommen wir zur Abstimmung. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Das ist die AfD-Fraktion. Wer ist gegen diesen Antrag? – Das sind alle anderen Fraktionen. Somit kann sich niemand enthalten, und der Antrag ist damit abgelehnt. Es ergeht eine entsprechende Beschlussempfehlung über den Hauptausschuss an das Plenum. – Die Besprechungen zu den Punkten 3 a bis 3 c werden vertagt, bis das Wortprotokoll vorliegt und ausgewertet werden kann.

Punkt 4 der Tagesordnung

- | | | |
|----|---|--|
| a) | Antrag der Fraktion Die Linke
Drucksache 19/2378
Eingliederung der Servicetöchter von Charité und Vivantes in die Mutterkonzerne | 0329
GesPfleg
Haupt(f)
WissForsch |
| b) | Antrag der Fraktion Die Linke
Drucksache 19/3002
TVöD für die Vivantes-Tochterfirmen – Senat muss Einigung unterstützen | 0373
GesPfleg
Haupt |

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 5 der Tagesordnung

- | | | |
|----|---|----------------------------------|
| a) | Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Bürokratieabbau in der ärztlichen- und zahnärztlichen Versorgung in Berlin – Wie kann Berlin zur Entlastung von ambulant-ärztlichen und -zahnärztlichen Praxen durch Bürokratieabbau beitragen?
(auf Antrag der AfD-Fraktion) | 0276
GesPfleg |
|----|---|----------------------------------|

Hierzu: Auswertung der Anhörung vom 20. Januar 2025

- b) Antrag der AfD-Fraktion
Drucksache 19/2220
**Bürokratieabbau in der zahnärztlichen Versorgung –
Entlastung der Praxen und Förderung der
Patientenversorgung**

[0311](#)
GesPfleg

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 6 der Tagesordnung

- a) Antrag der Fraktion Die Linke
Drucksache 19/1792
Hitzeschutzplan für Berlin entwickeln
- b) Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
Drucksache 19/2564
Hitzeschutz sofort!

[0277](#)
GesPfleg(f)
StadtWohn*
UK*
Mobil*

[0340](#)
GesPfleg(f)
Haupt
Recht
StadtWohn
UK

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 7 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.