

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

12. Sitzung
12. September 2022

Beginn: 09.02 Uhr
Schluss: 11.34 Uhr
Vorsitz: Christian Gräff (CDU)

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Siehe Beschlussprotokoll.

Punkt 1 der Tagesordnung

Aktuelle Viertelstunde

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 2 der Tagesordnung

Bericht aus der Senatsverwaltung

Siehe Inhaltsprotokoll.

Vorsitzender Christian Gräff: Wir kommen zu

Punkt 3 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Pakt für den ÖGD: aktueller Umsetzungsstand
(auf Antrag der Fraktion der SPD, der Fraktion Bündnis
90/Die Grünen und der Fraktion Die Linke)

[0017](#)
GesPflGleich

Hierzu: Anhörung

Ich darf ganz herzlich Frau Bezirksstadträtin Carolina Böhm aus dem Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf sowie Frau Dr. Nicoletta Wischnewski, Amtsärztin und Amtsleiterin des Gesundheitsamtes Charlottenburg-Wilmersdorf willkommen heißen. Prof. Dr. Raimund Geene ist etwa zehn Minuten später hier vor Ort; dazu haben wir eine Meldung bekommen. Das ist nicht schlimm; wir können auf jeden Fall schon mal mit der Anhörung beginnen. – Ihnen noch einmal ein ganz herzliches Willkommen!

Ein Wortprotokoll ist mit Sicherheit gewünscht; dann werden wir das so veranlassen. Ich frage in die Runde, ob es noch eine Begründung des Besprechungsbedarfes gibt. Frau Pieroth meldet sich schon – bitte schön!

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Auch von unserer Seite ganz herzlich willkommen! Ich glaube, es ist eine sehr gute Zusammensetzung, um das Thema, das schon in der letzten Legislatur zumindest angedacht gewesen ist – auch Mustergesundheitsamt genannt –, hier noch einmal nach und mit der Covid-19-Krise zu beleuchten und die Bedarfe im Bereich Personal, Stellenbesetzung, aber auch IT im Zusammenhang mit dem Pakt für die Gesundheitsämter zu benennen. Ich freue mich auf Ihre Ausführungen – danke schön!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Ich würde vorschlagen, wir beginnen mit Frau Bezirksstadträtin Böhm. Es wäre schön, ungefähr fünf Minuten einzuhalten; wir gucken hier ein bisschen auf die Zeit, damit wir dann noch Gelegenheit für eine Fragerunde und möglicherweise eine zweite gemeinsame Gesprächsrunde haben. Vielen Dank! – Frau Bezirksstadträtin Böhm, bitte!

Carolina Böhm (BA Steglitz-Zehlendorf; Bezirksstadträtin für Jugend und Sport): Einen schönen guten Morgen, sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Vielen Dank für die Einladung! Die größte Herausforderung heute für mich haben Sie schon beschrieben, nämlich die Situation unseres bezirklichen öffentlichen Gesundheitsdienstes in fünf Minuten darzustellen. Ich werde mich auf einige Punkte, die uns wichtig sind, beschränken müssen.

Ich möchte mir erlauben, vorweg – weil ich schon sehr lange nicht mehr in diesem Haus war und Sie mit einem Besuch beglücken durfte – zu sagen, das liegt mir mehr einfach am Herzen: Wir haben zweieinhalb Jahre Pandemie hinter uns. Wir haben in den bezirklichen Gesundheitsämtern in der Bekämpfung dieser Pandemie wirklich eine außerordentliche Belastung einerseits und auf der anderen Seite ein außerordentliches Engagement der öffentlich Beschäftigten erlebt. Mir ist es einfach sehr wichtig, das hier und heute noch mal zu sagen,

denn die Pandemie, das wissen Sie alle, ist noch nicht zu Ende. Die Belastung ist nicht mehr dieselbe wie zu Beginn, trotzdem waren diese zwei Jahre von sehr, sehr hohen Belastungen geprägt. Die Überstunden sind noch lange nicht ausgeglichen, auch die nicht genommenen Urlaubstage nicht. Ich finde, das muss an dieser Stelle noch einmal vorweg gesagt werden.

Das andere ist, dass wir uns – das hat Frau Pieroth gerade schon richtig angesprochen – in einer Debatte befinden, die von zwei Begriffen geprägt ist. Sie hat zum einen das Mustergesundheitsamt angeführt, das einen langen Vorlauf hat und in langen Diskussionsprozessen gemeinsam entwickelt wird, und womit, das muss man auch sagen, Berlin sich durchaus einen guten Ruf auch auf der Bundesebene erworben hat, nämlich mit der Diskussion darüber: Was braucht der öffentliche Gesundheitsdienst als Mindestausstattung? – Diese Diskussion hat lange vor der Pandemie stattgefunden. Nun haben wir uns mit dem Thema Mustergesundheitsamt meines Wissens seit ca. 2017 nicht mehr intensiv beschäftigt. Das hatte sicherlich auch etwas mit der Pandemie zu tun. Gleichzeitig kam der Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst, sodass jetzt mit dem Blick auf die öffentlichen Gesundheitsämter immer diese beiden Begriffe in der Beschreibung unserer Ressourcen im Raum sind – einerseits das Mustergesundheitsamt als Minimalausstattung, andererseits die zusätzlichen Ressourcen aus dem Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Ich kann es nicht für alle Gesundheitsämter sagen – das könnte, glaube ich, der Senat viel besser darstellen, denn wir müssen regelmäßig Bericht erstatten –, ich kann es für unser bezirkliches Gesundheitsamt sagen, dass es uns sehr gut gelungen ist, die Stellen, die uns zugemessen wurden – das waren 9,87 VZÄ –, zu besetzen. Ich gehe aber gleich auch auf die Schwierigkeiten ein, die das bei ganz bestimmten Positionen mit sich bringt. Insgesamt würden wir uns wünschen – und deswegen bin ich sehr froh, dass ich heute zu Ihnen sprechen kann –, dass wir die Debatte über das Mustergesundheitsamt wieder aufgreifen. Wir würden uns auch freuen, wenn wir einen neuen Begriff dazu finden, denn diese Vermischung mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst ist in der öffentlichen Auseinandersetzung manchmal ein bisschen misslich, insofern würde ich sagen: Ein gut aufgestellter, ein ausreichend ausgestatteter öffentlicher Gesundheitsdienst ist für die Zukunft vielleicht der bessere Begriff. Das würden wir uns als Gesundheitsstadträtinnen und -räte wünschen.

Ich möchte zwei Dinge beleuchten, die bei den Stellenbesetzungen für uns in den Bezirken schwierig sind. Das eine ist das, was Sie wissen, dass Arztstellen, und zwar jeglicher Profession, in den Bezirken tatsächlich sehr, sehr schwer zu besetzen sind – ich denke, dazu wird auch Frau Dr. Wischnewski etwas zu sagen – und wir uns mit der Konkurrenz der Bezahlung in den Kliniken auseinandersetzen müssen und dabei eigentlich nur ins Feld führen können, dass wir in den Bezirken vielleicht etwas attraktivere und familienfreundlichere Arbeitszeiten anbieten können. Das hebt aber natürlich das Argument der Bezahlung nicht aus. Nun sind uns tatsächlich an einigen Stellen Türen für eine außertarifliche Bezahlung geöffnet worden, aber dann sind wir ganz schnell auf Ebenen, wo wir natürlich in den Bezirken auch nicht völlig frei sind in der Haushaltsberatung und in der Auseinandersetzung insbesondere mit unseren Serviceeinheiten Finanzen und Personal. Das heißt, in jedem einzelnen Bezirk wird an jeder einzelnen Stelle darum gerungen, Ausnahmetatbestände herzustellen, und das ist nicht immer einfach.

Das andere ist etwas, was tatsächlich bundesweit eine Problematik ist; die ist ein bisschen diffiziler. Das ist die Ausbildung an der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen für die

Hygienefachkräfte. Das ist eine Zusatzausbildung, die man jenseits einer sonstigen beruflichen Profession machen kann und die dann in dieser dreijährigen Ausbildungszeit in der Entgeltgruppe EG 3 angesiedelt ist. Ich glaube, es ist Ihnen schnell klar, dass diese Stellen zum Beispiel in der Pandemie essenziell waren in den Hygienediensten und es sehr schwierig ist, zu dieser Entgeltfinanzierung Menschen in den Gesundheitsämtern für diese Ausbildung zu gewinnen. Auch da würden wir uns wünschen – aber das ist tatsächlich etwas, was bundesweit im Tarifrecht geändert werden müsste –, dass es hier zu einer Anhebung kommt. Das sind zwei Dinge, die uns sehr wichtig sind und die uns in den öffentlichen Gesundheitsdiensten betreffen.

Gleichzeitig möchte ich sagen, dass wir nach diesen zweieinhalb Jahren der Pandemie auch sagen würden, wir möchten gerne, dass man, wenn in Zukunft über den öffentlichen Gesundheitsdienst gesprochen wird, versucht, solche Situationen, wie wir sie jetzt mit Corona erlebt haben, zumindest in Teilen zu antizipieren. Das ist sehr schwierig, denn wir alle wissen, wir hatten einen sehr hohen Personalkörper in den Spitzenzeiten der Pandemie; den können wir nicht immer vorhalten. Wir sehen jetzt aber – ich nenne das Stichwort Affenpocken, ich kann auch das Stichwort Polio in den Raum werfen; Sie alle verfolgen die Nachrichten –: Wir haben eine Situation, wo wir uns weltweit und ständig mit anderen und größeren und dramatischeren Gesundheitskrisen auseinandersetzen müssen. Dieses für die öffentlichen Gesundheitsdienste zu antizipieren, wäre etwas, was wir uns in der weiteren Debatte sehr wünschen würden.

Eine Frage haben wir Gott sei Dank Freitag schon lösen können, denn wir hatten am Freitag Gesundheitsstadträtesitzung. Das ist jetzt für Herrn Götz ein erfreulicher Tatbestand, denn wir haben am Freitag nachgefragt, was mit den Stellen ist, die zusätzlich für den IT-Bereich in den Bezirken geschaffen werden sollten. Da fehlten uns noch zwölf Stellen, nämlich eine pro Bezirk. Die wird nicht ausreichen, aber es ist besser als nichts. Da wurde uns mitgeteilt, dass die Abstimmung mit SenFin wohl kurz bevorstehe.

Zu dem IT-Pakt gibt es ein anderes Thema, das wir auch am Freitag besprochen haben, was ich trotzdem hier im Hohen Hause platzieren möchte, weil wir alle gleichermaßen – alle zwölf Bezirke – von dieser Problematik betroffen sind. Wir haben Gelder bekommen, um Software zu bestellen oder uns mit der Beschaffung von Teilen der Hardware zu befassen. Diese Mittel sind uns zugeteilt worden. Wir mussten auflisten, was wir da bestellen wollen und das wiederum mit der Senatsverwaltung abstimmen; diese wiederum musste das auch mit anderen Ebenen abstimmen. Kurzum: Die Beschaffungen müssen bis zum 31. Dezember 2022 getätigt sein, und wir sehen in den meisten Bezirken das nicht mehr als praktikabel an. Das liegt nicht daran, dass wir schlecht gearbeitet haben. Wir haben, glaube ich, unsere Bestellungen alle abgegeben, aber die Beschaffungssituation insgesamt ist eine schwierige, und es sind viele Dinge im Augenblick nicht so lieferbar, wie wir das aus früheren Zeiten gewohnt waren. Da würden wir uns sehr wünschen, dass Sie sich vielleicht auch auf Ihren Ebenen dafür starkmachen, dass wir für diese wirklich dringend benötigte IT-Beschaffung eine Verlängerung bis zum 31. März 2023 erhalten.

Ich finde es sehr bedauerlich, dass Prof. Dr. Geene noch nicht da ist, da ich glaube, er würde zu einem ganz besonderen Feld im öffentlichen Gesundheitsdienst noch sehr viel beitragen können. Ich hoffe, dass er noch kommt. Ich erlaube mir jetzt, Ihr Augenmerk auf eine Organisationseinheit innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu lenken, die sehr wichtig ist,

die aber in der Betrachtung oftmals nicht genügend Beachtung findet. Das ist die Organisationseinheit QPK – das ist die Qualität, Planung und Koordinierung im Gesundheitswesen. Das sind Organisationseinheiten, die im Land Berlin nicht dem Gesundheitsamt zugeordnet sind, sondern den Dezernenten direkt unterstehen und im Grunde genommen für all das stehen, wofür er steht, nämlich für die Umsetzung des Public-Health-Prinzips, also der Verankerung von Prävention im Gesundheitswesen und Gesundheitsberichterstattung in den Bezirken in allen Politikfeldern. Das ist also eine sehr zentrale Einheit, die nicht nur diese Aufgaben hat, sondern auch die Suchtprävention und die Psychiatriekoordination beinhaltet. Leider wird diese Organisationseinheit in der Betrachtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes noch nicht ausreichend gewürdigt, sodass wir immer wieder erleben, dass, wenn zum Beispiel die Stellen aus dem Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst ins Land Berlin und dann in die Bezirke gegeben werden, diese Organisationseinheit QPK dabei oft unter den Tisch fällt.

Vorsitzender Christian Gräff: Frau Bezirksstadträtin Böhm! Es tut mir sehr leid, aber Sie sind jetzt fast bei neun Minuten!

Carolina Böhm (BA Steglitz-Zehlendorf; Bezirksstadträtin für Jugend und Sport): Oh, okay! Ich habe keine Uhr an. Ich bitte um Entschuldigung! Ich glaube, ich bin alles losgeworden, was mir im Augenblick auf der Seele brennt.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen herzlichen Dank! Es gibt ja wahrscheinlich auch noch Gelegenheit in der zweiten Runde; da kommt bestimmt noch etwas hinzu. – Dann würde ich Frau Dr. Wischnewski um ihr Statement bitten. Herzlich willkommen noch einmal und vielen Dank!

Dr. Nicoletta Wischnewski (BA Charlottenburg-Wilmersdorf; Gesundheitsamt, Amtsärztin/Amtsleitung): Danke schön für die Einladung, sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte kurz aus der fachlichen Sicht der Gesundheitsämter berichten und Ihnen dabei den aktuellen Stand mitteilen. Wie Sie alle wissen, die Aufgaben des Gesundheitsamtes sind vielfältig. Wir haben verschiedene Fachbereiche; ich denke, da trage ich Eulen nach Athen, darauf möchte ich auch gar nicht im Detail eingehen. Ich möchte aber betonen, dass seit 2017, wo wir das Mustergesundheitsamt erstmals aufgestellt und uns angeschaut haben: Was für Tätigkeiten haben wir? Wie viel Zeit brauchen wir dafür? Wie viele personelle Ressourcen muss man daraus akquirieren? –, doch durchaus neue Aufgaben hinzugekommen sind. Seit 2019, aus der Zeit noch vor der Coronapandemie möchte ich nur ganz kurz einige Bereiche nennen, beispielsweise die Kinderschutzkoordination, die wir jetzt mit dem Gesundheitsamt und Jugendamt im Rahmen der Frühen Hilfen durchführen oder im Fachbereich II, Infektionsschutz, wo die Einführung der Masernimpfpflicht für Gemeinschaftseinrichtungen zum Tragen kam und wir auch hier jetzt, neben den Beratungs- und Impfangeboten, noch weitergehende Tätigkeiten haben. Auch der sozialpsychiatrische Dienst wird jetzt mit neuen Aufgaben konfrontiert werden bzw. mit Aufgaben, die sein Feld erweitern. Das ist das, was wir nach der Coronapandemie erleben, dass wir die psychisch kranken Menschen dort wieder abholen müssen, wo sie stehen. Sie haben sich teilweise wirklich in große Isolierung begeben, und wir müssen gucken, dass wir die Menschen wieder abholen.

Deswegen kann ich nur immer wieder sagen: Die Zukunft eines Gesundheitsamtes aus unserer Sicht – der Amtsärzte und Amtsärztinnen – sieht so aus, dass wir einfach eine Verstärkung

des Personalkörpers brauchen, damit wir all die zusätzlichen Aufgaben, die es mittlerweile wieder seit 2017 noch dazu, on top gibt, auch qualitativ, sinnvoll und gut lösen können.

Der Pakt für den ÖGD hat uns im Herbst 2021 durchaus pro Gesundheitsamt ca. zehn Stellen beschert. Das war auch schön. Nichtsdestotrotz war damit aber auch eine Frist verbunden. Wir mussten sie nämlich bis Ende 2021 – Frau Böhm weiß es – besetzt haben, und das war nicht so einfach. Wenn Sie mich jetzt fragen: Warum ist es immer so schwierig, Fachpersonal zu finden? –, dann kann ich Ihnen nur sagen: Wir benötigen deshalb Fachpersonal, weil wir Entscheidungen bei Menschen treffen, die durchaus schwerwiegend sein können. Und wenn Sie mich fragen: Warum nehmen Sie denn nicht einfach jemanden, der sein Studium beendet hat und in den Beruf starten möchte? –, dann kann ich immer nur wieder sagen: Diese Menschen, die gerade ihr Studium abgeschlossen haben, die Humanmediziner sind, den fehlt die praktische Erfahrung, und wir brauchen Menschen mit praktischer Erfahrung.

Ich gebe Ihnen dazu gerne ein Beispiel, weil ich immer wieder gefragt werde, warum wir auf die Facharztebene abheben. Stellen Sie sich gedanklich vor, Sie haben ein Kind, das Sie im Rahmen der Einschuluntersuchung sehen, und dieses Kind hat blaue Flecke, und Sie wissen nicht richtig, woher die kommen. Dann brauchen Sie jemanden, der fachlich wirklich erfahren ist, der schon viele Kinder gesehen hat und weiß, welche Fragen er stellen, welches Gespräch er mit der Mutter, dem Vater oder wer auch immer das Kind vorstellt, führen muss. Es gilt zu klären: Welches Gespräch muss ich führen? Wie diffizil ist das Ganze? –, um zu entscheiden: Ist es wirklich der Rollerunfall, den die Mutter angibt, oder ist der blaue Fleck vielleicht doch Folge häuslicher Gewalt? – Das sind Dinge, die Sie nur können, wenn Sie Erfahrungen mitbringen, wenn Sie beides schon einmal gesehen haben und wissen, wie Sie die Fragen zu stellen haben, um das zu differenzieren.

Als anderes Beispiel gebe ich gerne noch den sozialpsychiatrischen Dienst an: Sie werden gerufen, weil Nachbarn sich beschweren, dass es eine randalierende Person im Umfeld gibt. Der Arzt kommt vor Ort an, sieht die Person und muss innerhalb weniger Minuten entscheiden: Ist es eine Eigengefährdung? Ist es eine Fremdgefährdung? Oder ist es ein, ich sage mal, freundlicher Spinner, der gerade mal einen schlechten Tag hat? – Wenn Sie ihn einweisen, machen Sie eine freiheitsentziehende Maßnahme. Um dieses Fingerspitzengefühl zu haben, um diese Abwägung treffen zu können, brauchen Sie Menschen mit beruflicher Erfahrung. Das sind Fachärzte. Ein Facharzt muss nach dem Studium mindestens vier bis fünf Jahre in seinem Fach gearbeitet haben. Dann macht er eine Facharztprüfung bei der Landesärztekammer, und erst dann darf er sich Facharzt für zum Beispiel Psychiatrie oder Hygiene und Umweltmedizin oder, oder nennen. Dann hat er in der Klinik in der Regel auch eine Oberarztposition, und genau diese Menschen wollen wir, genau diese Menschen brauchen wir in dem Bereich, in dem wir tätig sind.

Derzeit sind in Berlin leider ca. 60 ärztliche Stellen in den Gesundheitsämtern nicht besetzt. Das ist fatal, weil wir nicht in der Lage sind, Menschen für uns zu gewinnen. Da spielt genau das rein, was Frau Böhm angesprochen hat: Es ist durchaus die finanzielle Situation. Wir können den Ärztetarif nicht bezahlen, und wir können nur mit sogenannten Soft Skills wie „Sie haben keinen Nachtdienst, Sie haben keinen Wochenenddienst“ und „Sie haben eine gezielte Arbeitszeit“ werben. Ich sage es hier aber ganz offen: Das sagen und können die Kliniken mittlerweile auch. Wir stehen in stärkster Konkurrenz. Die Kliniken haben betriebseigene Kindergärten, die sie anbieten, zumindest Plätze dafür. Sie sehen über das Jobsharing zu,

dass sie die Menschen von den Diensten weitestgehend entlasten. All das sind Punkte, die mittlerweile auch in den Kliniken laufen, und deswegen stehen wir wirklich in harter Konkurrenz. Wir müssen versuchen, uns diesbezüglich neu aufzustellen und vielleicht auch noch mal im Rahmen der Bezahlung neu zu überlegen. – Das war es von meiner Seite. Ich hoffe, ich habe die Zeit wieder reingeholt. Danke schön für Ihre Aufmerksamkeit!

Vorsitzender Christian Gräff: Sehr vorbildlich, vielen Dank, Frau Dr. Wischnewski! – Herzlich willkommen, Herr Prof. Dr. Geene – richtig ausgesprochen? Wir würden jetzt gerne das Statement von Ihnen hören; in der ersten Runde round about fünf Minuten, bitte. Danke schön!

Prof. Dr. Raimund Geene (Berlin School of Public Health): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Einfach Raimund Geene! In Deutschland spricht man das so aus. Es kommt aus dem Holländischen, aber das ist schon sechs Generationen her. Da sagt man „Cheene“.

Vielen Dank, dass Sie sich dem Thema widmen! Es erscheint mir ewig jung und enorm wichtig. Ich erinnere mich, dass wir in diesem Saal oder gegenüber mit Regine Hildebrandt vor vielen Jahren, zu Zeiten, als ich noch studiert habe, saßen und immer schon gesagt haben, wie wichtig im Grunde der öffentliche Gesundheitsdienst ist, wie wichtig die Gesundheitsämter sind, wie herausragend ihre Bedeutung ist. Allerdings sind sie, noch dazu nach dem Niedergang der DDR, immer weiter kaputtgespart worden, und sie haben – meine Vorrednerin und Frau Böhm haben es gerade schon dargestellt – viele Schwierigkeiten hinsichtlich der Orientierung und dabei, das Leistungsangebot sicherzustellen.

Dazu noch einmal aus wissenschaftlicher Sicht: Wir haben immer wieder, auch mit den Studierenden – oder ich auch schon damals als Student – Exkursionen nach Skandinavien gemacht, nach Dänemark, Holland und insbesondere nach Finnland, wo man komplett mit einem Primärarzt- oder einem Primärversorgungssystem arbeitet, das enorme Kosten sparen kann und eine bessere, zielgerichtete Versorgung ermöglicht als in Deutschland, wenn man beispielsweise wie in Finnland immer zunächst zur Community Nurse, School Nurse oder Occupational Nurse geht – also in den Betrieben, Schulen, Kitas oder auch im Stadtteil. Deswegen bin ich auch sehr froh, dass die Koalition hier angedacht hat – ebenso auf Bundesebene –, mit Gesundheitskiosken gerade diesen nachbarschaftlichen und Primärversorgungsansatz zu stärken. Gerade da liegt natürlich eine ganz zentrale Rolle für einen zukünftigen ÖGD.

Wenn ich vorhin Regine Hildebrandt genannt habe, dann deswegen, weil sie durchaus schon Ansätze gemacht hat, das auch praktisch umzusetzen. Sie hat zum Beispiel ganz maßgeblich das Gesunde Städte-Netzwerk vorangetrieben und dazu beigetragen, dass es weiterentwickelt wurde. Da nur kurz zur Erinnerung, weil es so eine interessante Geschichte ist: Das Gesunde Städte-Netzwerk ist nach Berlin gekommen, als die damalige Charlottenburger Gesundheitsstadträtin Annette Schwarzenau von den Grünen die Tschernobylkrise zu bewältigen hatte. Nach Tschernobyl hat sie gesagt: Wir müssen die Kräfte in meinem Gesundheitsamt zusammenziehen. Ich muss die Leute über Becquerel-Belastungen im Essen informieren. – Sie hat damals, sehr zum Verdruss des damaligen Staatssekretärs Detlef Orwat, die Initiative durchgesetzt, eine Plan- und Leitstelle bei sich zu errichten. Während Detlef Orwat das erst sehr kritisiert hat, hat er später gesehen, wie gut es funktionieren kann, wenn im Gesundheitsamt nicht nur verwaltet, sondern gesteuert wird. Dann sind 1994, auch mit seiner Unterstützung, die Plan- und Leitstellen in das Gesundheitsdienstgesetz aufgenommen worden. Die Plan- und Leitstellen sind inzwischen in die Organisationseinheiten QPK überführt worden, die sich genau dieser Aufgabe widmen, dass sich ein Gesundheitsamt nicht nur an den pflichtigen Aufgaben mühsam abarbeitet, sondern dass es gestalterisch wirken kann.

Wir sind gerade darum bemüht, auch im Rahmen der BMG-Ausschreibungen für den öffentlichen Gesundheitsdienst stärker nachzuzeichnen, wie eigentlich die Entwicklung der QPKs

aussieht und wie Gesundheitsämter auch in dem Sinne zu steuern sind – eine ganz wichtige Frage, der wir nachgehen wollen und wo wir auf entsprechende Fördermittel des Bundes aus dem ÖGD-Pakt hoffen, um endlich einmal diesen Erfahrungsschatz aus den damals 23 und heute 12 Bezirken zu heben. Dort ist enorm viel Engagement eingeflossen, was für die Gesundheitsämter vielleicht noch nicht weit genug gehoben ist. In dem Sinne lässt sich sagen, dass für das Gesundheitsamt der Zukunft prioritär und stark auf die spezifischen Fragen sozialer Ungleichheit zu setzen ist, insbesondere da, wo Menschen in besonderen Belastungssituationen sind, wo sie von dem üblichen zugehenden System nicht ausreichend erreicht werden, dass es um die Förderung von Nachbarschaften und Communitys geht, beispielsweise über die Gesundheitsplanung, aber auch über ganz konkrete niedrigschwellige Angebote, die sichergestellt werden müssen. Insgesamt gilt es, den Ansatz gesundheitlicher Chancengleichheit in den Vordergrund zu schieben. Die Vision ist die, dass ein Gesundheitsamt eines Tages stark genug sein kann, auch die Fragen von ambulanter, regionaler Versorgung aktiv in Angriff zu nehmen und hier Impulse zu setzen.

Ich habe Ihre Eingangsstatements nicht ganz mitbekommen, und Frau Böhm, Sie lächeln schon ein bisschen, weil das vielleicht so utopisch scheint. Wichtig ist aber ja immer, dass man die Richtung skizziert, und die Ansätze dazu können für den ÖGD, glaube ich, nicht immer nur darin bestehen, dass man im Status quo, ich sage mal, herumdoktert – ob es jetzt Faxgeräte sind, die so stark zu einem Beispiel für einen rückschrittlichen ÖGD wurden. Klammer auf: Faxgeräte sind im Gesundheitswesen leider durchgängig noch in Gebrauch, auch bei den Allgemeinmediziner:innen. Die Digitalisierung ist wenig vorangeschritten; das ist ein gesamtgesellschaftliches Problem, worauf ich jedenfalls, anders als die Bundesregierung es insgesamt in dem Pakt für den ÖGD gemacht hat, nicht den ersten Schwerpunkt setzen würde. Der Schwerpunkt liegt vielmehr im Bereich eines modernen ÖGD, der dann im Sinne von New Public Health – Ottawa-Charta vor allem darauf ausgerichtet ist, die Gesundheitspotenziale von Menschen zu stärken und überall da, wo sie bedroht und belastet sind, lebensweltnahe Angebote zu machen, um diese aufzugreifen und hier positive Ansätze zu entwickeln. Wir haben dazu auch die Verpflichtung, den Gestaltungsauftrag der Sozialversicherungen, Nationale Präventionskonferenz und eben speziell der gesetzlichen Krankenkassen. In Berlin hat aber ja auch vorbildlich das GDG in § 7 geregelt, dass Gesundheitsförderung auch eine pflichtige Aufgabe ist, dem sich auch gerade die QPKs, aber auch die Senatsverwaltung mit dem Aktionsprogramm Gesundheit mit hohem Engagement stellen, insgesamt aber noch zu wenig strukturgestützt. Wenn die Diskussion, die Sie aufgreifen, in die Richtung gehen und wirken kann, dann, glaube ich, könnte es ein großer Fortschritt sein, dass das bundesweite Vorreitermodelle, das Berlin mit dem Mustergesundheitsamt und den QPKs hat –

Vorsitzender Christian Gräff: Sie müssten langsam zum Schluss kommen, leider!

Prof. Dr. Raimund Geene (Berlin School of Public Health): Ja, das ist schon der ausladende Schlusssatz! – Also, dass diese bundesweite Modellvorstellung mit den QPKs und dem Mustergesundheitsamt eben in dem Sinne auch weiterentwickelt und weiter handlungsfähig wird. – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Herzlichen Dank! – Dann hat sich die Senatorin sozusagen gemeldet, indirekt. Bitte schön, Frau Senatorin!

Senatorin Ulrike Gote (SenWPG): Durch Blickkontakt! Danke, Herr Vorsitzender! Ich mache es auch ganz kurz. Es schließt gut an das an, was wir von den Expertinnen und dem Experten gehört haben und was ich nur noch mal wirklich unterstreichen kann; wir sind uns in der Bewertung und der Draufsicht ja einig.

Der Pakt für den ÖGD ist eine gute Möglichkeit, den ÖGD als wichtigen Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge nachhaltig und personell zu stärken. Wir haben es heute schon in Teilen gehört: Den Bezirken wurden davon bereits im Jahr 2020 60 neue, zusätzliche Stellen zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2021 waren es 142 zusätzliche VZÄ. Das sind die 10 pro, von denen wir eben gehört haben, ausschließlich für die Aufgaben des ÖGD. Von denen ab 2022 noch zu verteilenden 18 Stellen sind 12 VZÄ für IT-Aufgaben des ÖGD vorgesehen, das heißt eine Stelle je Bezirk und 6 Stellen für die Zentrale Medizinische Gutachtenstelle im LAGeSo. Insgesamt hat sich die Stellenzahl im ÖGD seit 2020 um 281 Vollzeitäquivalente erhöht. Das entspricht einer Steigerung von 16,5 Prozent. Mit Stand 30. Juni 2022 ist demnach das Stellenziel gemäß dem 3. Bericht Personalbedarfskonzept zum Mustergesundheitsamt erfüllt. Das heißt aber nicht, dass alles erledigt ist und die Probleme gelöst sind; das haben wir heute richtigerweise auch schon gehört. Wir werden natürlich ab 2023 auch noch einmal in die Weiterentwicklung des Mustergesundheitsamtes gehen.

Gleichwohl haben die Bezirke Probleme, die geschaffenen Stellen mit geeignetem Personal zu besetzen; das wurde hier schon sehr deutlich ausgeführt. Mit dem Pakt für den ÖGD werden vom Bund bis Ende 2026 insgesamt 800 Mio. Euro für die Digitalisierung des ÖGD zur Verfügung gestellt. Ca. 180 Mio. Euro behält sich der Bund für die Entwicklung und Bereitstellung zentraler Dienste vor. Ca. 620 Mio. Euro werden den Ländern zur Umsetzung des Förderprogramms Digitalisierung im Rahmen des Paktes für den ÖGD zur Verfügung gestellt. Unter dem Leitbild Digitales Gesundheitsamt 2025 soll der ÖGD noch stärker von digitalen Anwendungen profitieren. In Abstimmung mit den Bezirken hat meine Verwaltung einen Förderantrag mit dem Titel Digitaler ÖGD Berlin 2025 gestellt. Mit diesem Antrag sollen rund 95 Prozent der maximal möglichen Fördersumme gesichert werden. Rund 5 Prozent sollen in die Beteiligung an ELFA-Maßnahmen einfließen – „Ein Land für alle“ heißt das. – So weit die kleine Ergänzung von mir. Danke schön!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Dann gehen wir in die erste Frage- oder Statementrunde. Der Kollege Kluckert hat das Wort. – Bitte schön!

Florian Kluckert (FDP): Als Erster! Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Vielen Dank auch an die Anzuhörenden für Ihre Informationen! Ich fange mal mit einer Mischung aus Statement und Fragen an. Sie sagten, dass es nach wie vor so schwer ist, die Stellen zu besetzen. Aus meiner Erfahrung kann ich berichten: Ich habe einer Freundin geholfen, sich bei einem Gesundheitsamt zu bewerben. Sie war so gut ausgebildet, da musste ich gar nicht viel machen. Da hat man gemerkt, das wäre eine Topfachkraft gewesen. Sie hat sich bei einem Gesundheitsamt beworben, die Stelle aber erst einmal nicht bekommen, später schon. Aber: Als sie die Stelle nicht bekommen hat, habe ich mir die Frage gestellt, dass sie, auch wenn es in dem Gesundheitsamt nicht gepasst hat, vielleicht eine Topfachkraft für einen anderen Bezirk gewesen wäre. Ich verstehe nicht, warum bei den Gesundheitsämtern scheinbar jeder sein eigenes Ding macht und jeder Bezirk selbst diese Menschen sucht und eventuell auch noch versucht, die Fachkräfte in Konkurrenz zu den anderen Gesundheitsämtern zu bekommen. Die konkrete Frage lautet: Gibt es Überlegungen, einen gemeinsamen Pool zu schaffen, um ge-

meinsam nach Fachkräften zu suchen und sich abzustimmen? Oder gibt es das nicht? – Das wäre die erste Frage.

Zu der Problematik, dass man keine Fachkräfte findet. Sie, Frau Dr. Wischnewski, sagten, dass Sie gut ausgebildete Kräfte brauchen. Das ist leider generell überall ein Problem, dass Menschen, die von der Uni kommen, zwar das theoretische Wissen haben, ihnen aber die praktische Erfahrung fehlt. Jetzt kann man natürlich so wie die Gesundheitsämter vorgehen und sagen: Dann ist es so, dann suchen wir und finde sie nicht. – Oder man versucht, diese Menschen auszubilden und erst einmal mitzunehmen, das heißt, zusammen mit einem Arzt, der bei Ihnen schon arbeitet, sodass man später, wenn der eine Arzt ausscheidet, der andere Arzt vorhanden ist, so wie andere das auch machen. Ich befürchte nämlich, dass es, wenn Sie sagen: Geh mal in die Klinik, erwirb die Erfahrungen, und verlass die dann aber und komme zu uns! – nicht funktionieren wird, zumal wenn sie dann eventuell weniger Geld verdienen. Daher die Frage: Haben Sie auch diese Überlegungen, und woran scheitert das eventuell?

Zu der Angelegenheit, dass jedes Gesundheitsamt so ein bisschen was für sich macht: Wie ist es denn bei der Softwarebeschaffung, von der wir gesprochen haben? Bestellt da auch jedes Gesundheitsamt für sich selbst, oder stimmen Sie sich untereinander ab, welche Software benötigt und beschafft wird?

Dann noch zwei allgemeine Fragen: Wie sehen Sie sich auf den Herbst vorbereitet, Stichwort Corona? Wie ist Ihre Erfahrung mit der einrichtungsbezogenen Impfpflicht? Wie viele Betretungsverbote wurden ausgesprochen, bzw. wie kommen Sie mit der Umsetzung hinterher? – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Dann Frau Kollegin Suka, bitte!

Aferdita Suka (GRÜNE): Vielen Dank! – Vielen Dank für Ihre Vorträge, die sehr spannend waren! Leider haben wir diese Fünfminutenbegrenzung; ich hätte Ihnen gerne länger zugehört. Deshalb gibt es Nachfragemöglichkeiten. – Frau Böhm! Sie haben zum Mustergesundheitsamt einiges berichtet, auch zur Diskussion, wie lang, wie alt sie ist. Sie haben gesagt, u. a. wäre es gut, wenn man bspw. Situationen wie Corona oder ähnliche Krisen besser antizipieren könnte und würde. Dann haben Sie gesagt, Sie verstehen es, Personal vorhalten ist schwierig. Dennoch meine Rückfrage: Was, wenn Sie bei Wünsch-dir-was wären, würden Sie vorschlagen, was man hier genau antizipieren könnte, wenn es um die Weiterentwicklung von Strukturen des Gesundheitsamtes oder des öffentlichen Gesundheitsdienstes insgesamt geht, zum Beispiel im Infektionsschutz oder beim Thema Digitalisierung? Vielleicht können Sie noch mal genauer einordnen und etwas konkreter werden, was eher das Gesundheitsamt antizipieren können müsste und was das Land.

Ein zweiter Punkt, der etwas allgemeinerer Natur ist: Mich bewegt das Thema Gesundheit im Alter und Prävention im Alter. Da wünschte ich mir noch eine deutlich größere Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der ja auch Prävention als Aufgabe hat und die Erreichbarkeit von Zielgruppen, die ansonsten schwerer zu erreichen sind. Ich denke an die Älteren, die zum Beispiel aus dem Berufsleben ausgeschieden sind und über diese Schiene nicht mehr erreicht werden können, die vielleicht ein Stück weit aus der Öffentlichkeit „verschwinden“, etwas übertrieben ausgedrückt: Wie erreicht man über den öffentlichen Gesundheitsdienst vielleicht dann doch ältere Menschen mehr, die nicht mehr so leicht erreichbar sind wie Kinder über die

Schule oder andere Erwachsene über die Arbeit erreicht werden können? Ich denke, der öffentliche Gesundheitsdienst müsste in diesen vorpflegerischen Bereich mehr rein. Die Frage ist, wie, über Prävention.

Wir haben und werden in diesem Jahr Hitze stärker als Thema haben; das ist jetzt nur ein Aspekt. Aber beim Thema soziale Ungleichheit und der Frage, wie man Zielgruppen erreicht, würde ich mir wünschen, mehr den Fokus auf ältere Menschen legen zu können. Vielleicht haben Sie dazu schon gute Beispiele. – Danke schön!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Herr Kollege Schulze, bitte schön!

Tobias Schulze (LINKE): Herzlichen Dank auch von meiner Seite an die Anzuhörenden! Das war in der Tat sehr spannend, auch wenn uns natürlich bewusst ist, dass die Herausforderungen in jedem Bezirk vermutlich andere sind und man aus jedem Bezirk hier eine andere Darstellung kriegen würde; das ist uns schon bewusst, je nachdem, wie die Entwicklung in den vergangenen Jahren war. Trotzdem geht es ja auch darum, ein bisschen zu einer Vereinheitlichung und dem Ziehen an einem Strang zu kommen, glaube ich. Ohne dem wird es, um den ÖGD neu aufzustellen, wohl nicht gehen.

Ich habe zunächst ein paar Fragen zum Thema Fachkräftemangel. Das ist ja ein langes Thema, dass Sie die Ärztinnen und Ärzte nur schlecht in den ÖGD bekommen und viele Stellen offen sind. Die Zahlen weisen darauf hin, dass bis zu 30 Prozent der Stellen, die man eigentlich für das Mustergesundheitsamt bräuchte, entweder gar nicht existieren oder nicht besetzt sind, sodass wir insgesamt für die Aufgaben eine dramatische Unterbesetzung haben. Da ist durchaus mal diskutiert worden, einige neue Wege zu gehen, zum Beispiel auch, indem man das Modell der Landarztquote, das es in Flächenländern gibt, auf die Frage öffentlicher Gesundheitsdienst überträgt und dann Menschen bevorzugt zum Medizinstudium an der Charité zulässt, die sich danach verpflichten, im öffentlichen Gesundheitsdienst zu arbeiten. Da ich auch Wissenschaftspolitiker bin, glaube ich, dass das auch rechtlich machbar ist und wir so etwas mit der Charité durchaus mal besprechen können. Vielleicht können Sie Ihre Einschätzung dazu nennen, ob dazu Gespräche stattgefunden haben und wie Sie diese Möglichkeit insgesamt sehen, hier quasi einen Extrazulassungsbereich für den öffentlichen Gesundheitsdienst beim Medizinstudium zu bekommen.

Das Zweite wäre die Frage nach der integrierten Gesundheitsplanung. Das ist eben kurz angesprochen worden. Wir haben in § 5 des Gesundheitsdienstgesetzes in Berlin die Aufgabe stehen, eine sozialindikative Gesundheitsplanung zu erstellen. Herr Prof. Geene sagte gerade, das wäre sehr wünschenswert, wenn man irgendwann mal dorthin käme, dass die Gesundheitsämter das machen können. Vor dem Hintergrund der Probleme, die wir derzeit haben, nämlich dass die nebeneinander stehenden versäulten Teile des Gesundheitswesens nicht gut zusammenarbeiten und wir diverse Probleme mit den Rettungsstellen, mit der Zusammenarbeit von Rettungsstellen und niedergelassenen Ärzten, mit dem Entlassmanagement in den Kliniken usw. haben, bleibt festzustellen, dass da nicht viel zusammengeht. Wir brauchen aber eine integrierte Gesundheitsplanung; wir müssen wissen, wo die Bedarfe sind und wo es fehlt. Und das ist explizit eine Aufgabe der Gesundheitsämter und des Gesundheitsdienstes. Welche Rolle sehen Sie diesbezüglich bei den Gesundheitsämtern in Zukunft? Was müssen wir tun, damit die Gesundheitsämter diese Rolle ausfüllen können? – Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen.

Daran anschließend, an Herrn Prof. Geene gerichtet: Wie sehen Sie an der Stelle den Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit und gerade mit besonders sozial benachteiligten Kiezen? Sie haben das Thema Gesundheitskioske angesprochen. Wir haben das erste integrierte Stadtteilgesundheitszentrum in Neukölln eröffnet und wollen weitere öffentlich unterstützen. Wie sehen Sie das Zusammenspiel von möglicherweise solchen Gesundheitskiosken und dem öffentlichen Gesundheitsdienst? Da muss es ja ein Zusammenspiel insofern geben, als gerade in unterversorgten Kiezen viele Menschen keine gute ärztliche Versorgung haben und Aufgabe des Gesundheitsdienstes eigentlich auch laut Gesetz ist, hier den Finger in die Wunde zu legen und mögliche eigene Angebote zu schaffen oder zu unterstützen.

Der letzte Punkt ist das Thema Digitalisierung und IT. Sie hatten darum gebeten, die Beschaffungsfristen bis März zu verlängern. Sind Sie denn jetzt zufrieden mit dem, was da an Einigung über die Steckbriefe und dann den Projektantrag für den Pakt ÖGD bei der IT herausgekommen ist? Oder müssen wir als Land Berlin noch mal weitere Digitalisierungsschritte gehen, die möglicherweise nicht über den Projektantrag bzw. Antrag beim Bund gedeckt sind, wo Sie sagen, dass Sie weitere Bedarfe haben und die möglicherweise über ein eigenes Programm decken müssen? – Danke schön!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Dann Herr Kollege Zander, bitte schön!

Christian Zander (CDU): Vielen Dank! Es gab schon eine Menge Fragen, deshalb nur noch ein paar wenige dazu bzw. ergänzende. – Sie hatten schon die offenen Stellen im Ärztebereich erwähnt. Könnten Sie noch darstellen, welche praktischen Auswirkungen das hat? Wie leiden Qualität und Aufgabenwahrnehmung, dadurch, dass diese Stellen nicht zur Verfügung stehen? Wie sieht es aus personalentwicklungstechnischer Sicht aus: Wie viele werden insbesondere aus Altersgründen künftig die Gesundheitsämter verlassen? Wie stark wird also der Bedarf an Neueinstellungen dadurch noch steigen?

Noch mal zum Thema der einrichtungsbezogenen Impfpflicht: Für wie sinnvoll erachten Sie die Umsetzung, wie sie im Land Berlin erfolgt, um dem Gesetz nachzukommen? Wie viel Personal wird bei Ihnen in den Gesundheitsämtern – in Ihren beiden – dafür gebunden? Welche anderen Aufgaben bleiben dadurch liegen? Fanden Sie die Vorsortierung durch das LAGeSo hilfreich und entlastend, oder hat das eigentlich eher weniger gebracht?

Eine andere Frage: Ist es momentan wieder so – weil in der Pandemie nicht mehr so viel Aufwand wie davor ist –, dass Sie inzwischen allen Ihren Pflichtaufgaben wieder nachkommen können? Oder ist das noch nicht der Fall? Welche Pflichtaufgaben können nicht wahrgenommen werden?

Dann noch in die Richtung dessen, was Herr Geene sagte: Wenn Sie jetzt supergut aufgestellt wären und sich aussuchen könnten, wo Sie Ihre Aufgaben erweitern wollen – was wäre aus Ihrer Sicht ein Punkt, von dem Sie sagen, da würden wir gerne als Erstes hineingehen, das erscheint uns besonders wichtig, wo wir als ÖGD wirken können?

Es sind ja nun die Schuleingangsuntersuchungen erfolgt, wohl auch mit dem Fazit, dass die Ergebnisse besorgniserregender geworden sind. Können/wollen Sie – bzw. wie kann der ÖGD – künftig dort herangehen und einwirken, und zwar künftig schon vor dem Zeitpunkt

der Untersuchungen, damit es nicht lediglich nur Statistik ist, um die Ergebnisse zu verbessern? – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Dann Frau Kollegin Pieroth.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Ich habe zwei Fragen, die an Sie alle gerichtet sind. Einmal aus der Struktur des Gesundheitsamtes heraus. – Frau Böhm! Sie haben, wie mit Prof. Dr. Geene abgesprochen, der erst danach erschienen ist, auf die Möglichkeiten der Ausgestaltung der QPKs hingewiesen. Hier findet Prävention, Psychiatriekoordination etc. statt. Wie können wir diese kreative Ausgestaltung, diese Entwicklung, die ja in der Ausschreibung noch mal zu der Steuerung der Gesundheitsämter festgehalten wird, tatsächlich angehen?

Dann möchte ich auch auf ein Thema eingehen, zu dem Herr Zander gerade richtig auf etwas aufmerksam gemacht: Wir kommen jetzt aus einer Zeit, wo wir froh waren, wenn die Schuleingangsuntersuchungen stattgefunden haben. Wie sieht es jetzt mit anderen Themen aus, wo wir auch noch andere Berufsbilder in die Gesundheitsämter reinbekommen und wo wir vielleicht auch Public-Health-Studierende noch mal mehr in die Praxisanteile reinschauen lassen können?

Ich würde mich freuen, wenn Prof. Geene ein bisschen was zu seinem Präventionsprojekt „Ansätze für eine klimagesunde Settingprävention“ sagt – inwieweit man das auch in die Gesundheitsämter einspeisen kann.

Und dann geht es mir, wie Herr Schulze schon angesprochen hat, um die Vernetzung all dieser tollen Ideen, die jetzt im Raum stehen, die wir zum Teil schon umsetzen. Wir haben in der letzten Legislaturperiode das Gesundheitskollektiv in Neukölln so begleitet, dass daraus in dieser Legislatur sechs bis acht Stadtteilgesundheitszentren in unterschiedlichen Bezirken werden sollen. Die sollen niedrigschwellige, ambulante, regionale und vor allen Dingen integrierte Versorgung beinhalten. Wie sieht es da mit der Vernetzung zu Gesundheitskiosken aus, die Herr Lauterbach jetzt in den Raum gesetzt hat? Unser gemeinsames Modellprojekt war da Hamburg-Billstedt. Ein Gesundheitskiosk, das für alle Anwesenden, ist eine Anlaufstelle für alle Menschen, die keine sogenannte Gesundheitskompetenz besitzen – also das Durchsetzungsvermögen, nach einer OP auch die entsprechende Beratung oder auch Physioangebote zu erhalten, die sie dringend brauchen, die vielleicht auch bei der Facharztsuche eine Unterstützung brauchen etc. All diese Dinge, die in so einem Kiosk gelöst werden sollen, müssen mit den Angeboten verbunden sein. Wie kann diese Verbindung zum Beispiel zu den Stadtteilgesundheitszentren bzw. zu den Gesundheitsämtern aussehen? – Danke schön!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Es folgt Herr Hansel.

Frank-Christian Hansel (AfD): Vielen Dank! – Vielen Dank an die Anzuhörenden! Die Probleme des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind uns eigentlich lange bekannt. Sie haben dazu auch schön Stellung genommen. Ich nehme noch kurz Bezug auf Herrn Kluckert und Herrn Zander; beide hatten nach der einrichtungsbezogenen Impfpflicht gefragt. Herr Kluckert hat mehr nach Ihrer tatsächlichen operativen Umsetzung gefragt, Herr Zander hat gefragt, wie Sie belastet waren. Ab 1. Oktober müssten Sie den Impfstatus der Beschäftigten noch einmal prüfen. Ich gehe davon aus, dass Sie wissen, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Pflegeverband die Aussetzung fordern. In Bayern wird das wahrscheinlich

umgesetzt. Noch einmal konkret: Wie stehen Sie zu dieser einrichtungsbezogenen Impfpflicht, jetzt zu den Belastungen, ab 1. Oktober? – Vielen Dank!

Vorsitzender Christian Gräff: Danke sehr! – Frau König, bitte schön!

Bettina König (SPD): Erst einmal vielen Dank an alle Anzuhörenden! Sie haben dargelegt, dass im Endeffekt doch noch viele Stellen unbesetzt sind. Frau Dr. Wischniewski sprach, glaube ich, von 60 Stellen. Mich interessiert, ganz konkret und praktisch gesprochen: Welche Themen bleiben liegen, werden also nachpriorisiert, sage ich mal? Was kann nicht geschafft werden, was im Mustergesundheitsamt für den idealen öffentlichen Gesundheitsdienst eigentlich vorgesehen ist? – Das ist die erste Frage.

Dann möchte ich fragen – das betrifft eher den Senat –: Ganz viel, was die Vergütung angeht, hängt auch an der TdL, dass wir mit der Vergütung von Ärzten nicht so weitergekommen sind, wie wir uns das vorgestellt haben. Was ist seitens des Senates vorgesehen? Steht noch einmal der Versuch im Raum, mit der TdL in Verhandlung zu gehen?

Dann würde mich auch interessieren, ob die Fachkräftezulage, die es zumindest eine Weile gab – da bin ich jetzt nicht auf dem aktuellen Stand –, verlängert wurde, also ob die noch gezahlt wird.

Eine Frage an Frau Böhm und Frau Dr. Wischniewski: Sie haben dargelegt, dass Sie bei den Arztstellen über Ausnahmetatbestände außertariflich besser bezahlen können, dass das aber sehr schwierig ist. Mich würde interessieren, wie oft es tatsächlich dazu gekommen ist. Wie viele Stellen konnten Sie in der Art und Weise besserstellen? Sind Sie auch stark davon betroffen, dass die Mittel aus dem Pakt für den ÖGD bis 2026 befristet sind? Stellt das auch eine große Hürde für die Einstellung dar?

Können Sie kurz noch etwas zur Vereinheitlichung des IT- Systems in den Bezirken sagen – wie weit sind wir, dass alle Bezirke ein einheitliches System benutzen?

Ein Punkt, der mir auch wichtig ist: Im Sommer wurde sehr deutlich, auch durch den Gesundheitsbericht der DAK-Krankenkasse, dass wir bei der Kinder- und Jugendgesundheit durch die Pandemie stärkere Probleme bekommen haben, dass also die Probleme Sucht, Adipositas und Essstörungen krass zugenommen haben. Das wären eigentlich auch Aufgaben, wo man sich freuen würde, wenn sich der öffentliche Gesundheitsdienst diesen perspektivisch annehmen könnte. Jetzt habe ich ein bisschen die Befürchtung, dass dafür überhaupt keine Luft, keine Zeit, kein Raum, kein Personal da ist. Ich möchte trotzdem gerne wissen: Gibt es dafür Kapazitäten? Hat sich der ÖGD damit schon mal beschäftigen können und etwas entwickeln können, wie man perspektivisch mit diesen zusätzlichen Herausforderungen umgehen könnte? – Danke!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank! – Das waren doch sehr, sehr viele Fragen. Ich würde Sie bitten, zu versuchen, so direkt wie möglich auf die Fragen einzugehen; möglicherweise gibt es danach noch einige Statements oder sogar Nachfragen. Ich würde von hinten beginnen – Herr Prof. Dr. Geene, bitte schön!

Prof. Dr. Raimund Geene (Berlin School of Public Health): Zu vielen Fragen kann ich vielleicht etwas weniger als meine Kolleginnen Auskunft geben, die in der praktischen Arbeit drin sind. Insofern will ich mich auf allgemeine Antworten beschränken. – Herr Kluckert! Der Fachkräftemangel ist ohne jede Frage ein wichtiges Thema, allerdings muss man dabei sicherlich auch fragen, inwieweit ärztliche Leistungen über modernere Anforderungen möglicherweise zum Teil nicht auch delegiert werden können. Ich weiß, dass das im Rahmen des ÖGD nie besonders beliebt ist, aber man kann sicherlich immer darüber nachdenken, wo man in Kooperationen beispielsweise mit Kinderärztinnen und -ärzten Arbeiten delegieren kann. Das ist aber eine Grundsatzentscheidung; vielleicht sollte ich mich da lieber nicht zu weit aus dem Fenster lehnen, weil ich weiß, dass das nicht beliebt ist. Aus rein fachlicher Perspektive ist es schon zum Teil in der Kritik, dass U9- und Einschulungsuntersuchungen zum Teil Doppeluntersuchungen sind, und aus Sicht der Eltern bzw. der Kinder wäre schon zu überlegen, ob man da nicht Dinge auch bündeln kann. Insofern gilt zu gucken, einerseits natürlich ärztliche Kräfte einzuwerben, auch andere Lösungen zu suchen, wie man ärztlichen Sachverstand einbinden kann, und dann vor allem natürlich den ärztlichen Sachverstand darauf beziehen, wo er tatsächlich unbedingt benötigt ist.

Da bin ich bei Herrn Zander und der Frage der prioritären Aufgabe für die Gesundheitsämter, für den ÖGD. Prioritär scheint mir die Steuerung, also die Koordination im jeweiligen Bezirk. Modellhaft wird das zum Beispiel vor allem im Rahmen vom Jugendamt, der Jugendhilfe mit dem Bereich Frühe Hilfen gemacht, angefangen mit Präventionsketten, wo man sich bemüht, die einzelnen Aufgabenbereiche systematisch aufeinander abzustimmen und zu koordinieren, also gar nicht so viel Zeit darauf zu verwenden, alle Leistungen selbst zu erbringen, sondern vor allem auf die Sicherstellung. Das hat Tobias Schulze auch angesprochen – das ist natürlich eine viel schwierigere Frage der Sicherstellung als man es erst einmal so meint, unter anderem auch deswegen, weil da landesgesetzliche oder bundesgesetzliche Regelungen entgegenstehen, eben der Versorgungsauftrag beispielsweise der Kassenärztlichen Vereinigungen, der es auch schon in Berlin deutlich erschwert, solche innovativen Ansätze wie Gesundheitskioske zu verbreiten. Da kann man nur sagen: Auf der Ebene der Bezirke ist es schon schwierig; da haben wir auch schon sehr stark beratend mitgewirkt, zu sagen: Wie kann man auch seitens der Bezirke die KV stärker in den Diskurs holen? – Das ist sicherlich auch eine Frage, die sich ganz stark auf der Landesebene stellt, also: Wie kann man die KVen bei dieser ganz zentralen Frage der Gesundheitskioske und ihrer Vernetzung einbeziehen – das hat auch Frau Pieroth gerade ganz richtig angesprochen –, damit es wirklich Ansätze eines Primärarzt-systems gibt? Ich sage noch einmal: Normativ, also aus dem Public-Health-Verständnis, ist es vollkommen zwingend, dass Erstbesuche beim Facharzt möglichst vermieden werden sollten und niedrigschwelligere, eher pflegerische Leistungen die Eintrittspforte zum Gesundheitswesen sein sollten. Leider funktioniert unser korporatistisches System ganz anders, und da ist es natürlich gerade vor Ort die Situation in den Bezirken oder noch kleinteiliger in den Kiezen, wo man sich bemühen sollte, solche Dinge zu entwickeln.

Das ist, wie gesagt, ein sehr starkes Gegenstromverfahren, aber dass sich die Bundesregierung jetzt mit Lauterbachs Gesundheitskiosken oder eben auch das Land Berlin mit dem modellhaften Rollbergkiez der Sache annimmt, finde ich sehr unterstützens- und lobenswert. Da ist auf der einen Seite eben eine finanzielle Förderung der neuen Modelle ungemein zu unterstützen und auf der anderen Seite eine politische Flankierung nötig, dass das mit in das KV-System hinein muss, dass es also sozusagen keine Insel sein darf, sondern von vornherein als ein früher Primärversorgungszugang zu setzen ist. Nach WHO-Verständnis ist Primary Health

Care immer prioritär und eine Grundvoraussetzung für ein modernes Gesundheitssystem. Es ist leider durch die korporatistische Verstrickung in Deutschland sehr schwer zu organisieren.

Frau Suka! Sie haben die Frage Gesundheit im Alter angesprochen. Die Frage finde ich enorm wichtig, sie stellt sich gerade in einer Großstadt wie Berlin auch ganz stark mit Einsamkeitsproblematiken. Letztendlich ist das natürlich ganz deutlich eine Ressourcenfrage, also wie viele Ressourcen gebe ich in diesen Bereich. Innovative Ansätze gibt es, zum Beispiel dass man schon beim Ausfädeln aus den Betrieben, in den Transitionsprozessen, also in den Übergängen, aktiv auf Menschen zugeht, die sich aus dem Arbeitsleben verabschieden und man dort mit direkter Ansprache tätig ist. Die Förderung von kleinteiligen nachbarschaftlichen Zusammenhängen von älteren Menschen gehört auch dazu, denn die Problematik ist so groß, dass gerade in Berlin vereinsamt wird, wenn die Arbeitsstelle als wichtigster Bezugspunkt im sozialen Leben verloren geht. Da tätig zu werden, ist enorm wichtig. Es gibt Ansätze, allerdings sind die QPKs, die das zum Teil federführend betreiben, dabei insgesamt viel zu schwach aufgestellt. Es ist zum Beispiel auch eine Frage, die man mit entsprechenden Modellsätzen über das Aktionsprogramm Gesundheit sehr gut weiter fördern sollte und auch muss, dass man da sozusagen Leuchttürme macht. Möglichkeiten zur Ansprache gibt es, sie sind fast unendlich. Es gibt auch etliche ausprobierte Bereiche, aber das ist eben eine Frage der zugewiesenen Ressourcen.

Da sind wir auch bei der Frage von Bettina König. Das ist nämlich genau die typische Problematik, die sich für ein Gesundheitsamt stellt – immer nur im Hamsterrad zu sein und hinterherzulaufen, statt die Dinge proaktiv und mit Prioritäten angehen zu können. Priorität heißt dann, zum Beispiel bezogen auf das Thema Altern, Präventionsketten im gesamten Lebensverlauf, sich als Kommune, als Bezirk auch systematisch damit zu beschäftigen, wie zentrale gesundheitliche Fragen – Sie hatten Sucht und Adipositas angesprochen – im Netzwerk der vielen Akteure im Bezirk tatsächlich bearbeitet werden, und zwar auch so, dass möglichst, wie das bei den Kindern in Nordrhein-Westfalen immer heißt, kein Kind zurückgelassen wird und niemand durchs Netz fällt, dass man das also quasi von der Planung der Präventionsketten so umfassend macht. In diese klare Steuerungsaufgabe würde ich diese entsprechende Priorität setzen.

Frau Pieroth! Sie hatten mich gebeten, kurz das Projekt „Ansätze für eine klimabezogene Settingprävention“ vorzustellen. Das machen wir mit der Nationalen Präventionskonferenz. Da geht es darum, dass wir feststellen, dass insgesamt in der Gesundheitsförderung, in der Prävention im Bereich Klimaprävention noch zu wenig passiert. Ein Ansatz dafür ist, den Gestaltungsauftrag der Krankenkassen zu nutzen, um klimabezogene Aktivitäten in die einzelnen Einrichtungen zu bringen, gerade in die Seniorenzentren, in die Pflegeeinrichtungen, aber auch in die Kitas und Schulen, in die Kommunen. Das Problem dabei ist, dass alle sagen, Klima ist wichtig, aber konkret ist es unheimlich schwer, etwas zu machen. Hier hat sich bewährt, wenn es gelingt, dass beispielsweise Krankenkassen aktiv in ihrer Rolle sind – sie haben den Gestaltungsauftrag –, und Gesundheitsförderung in Lebenswelten sieht vor, dass in den Kitas, Schulen, Pflegeeinrichtungen die Menschen zunächst befragt werden, dass dann mit ihnen Lösungen, also Ressourcen, Potenziale und Belastungen, erhoben werden, um dann eine gemeinsame aktive Planung zu machen. Dieser Aufgabe sollten die Krankenkassen, gerade auch im Zusammenhang mit Klimabelastungen, aktiver nachkommen. Auch da gibt es viele gute Beispiele. Der Paritätische Wohlfahrtsverband macht gerade beispielsweise ein bundesweites Programm mit 60 verschiedenen Einrichtungen, wo sie Klimascouts in den Ein-

richtungen unterstützen und profilieren, damit diese wiederum partizipative Prozesse in ihren einzelnen Lebenswelten, sprich Seniorenzentren, Pflegeeinrichtungen, Kitas, Schulen, Familienberatungsstellen, entwickeln und dann gemeinsam Lösungen finden, statt Top-down-Strategien von oben vorzuschreiben; das kommt in den Einrichtungen immer ganz schlecht an.

Zusammenfassend kann ich sagen: Im Prinzip ist die ganze Frage aus meiner Sicht vor allem ganz stark eine Frage von Koordination. Gleichzeitig haben wir da, das ist auch für den Pakt für den ÖGD und auch für das neue Bundesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst immer wieder zurückgemeldet, ein Leuchtturmbeispiel, das sind die Frühen Hilfen, die durch die – –

Vorsitzender Christian Gräff: Prof. Dr. Geene! Wir sind jetzt bei fast zehn Minuten.

Prof. Dr. Raimund Geene (Berlin School of Public Health): Okay! – Das Leuchtturmbeispiel sind die Frühen Hilfen, an denen sich auch in diesem Rahmen orientiert werden kann. – Entschuldigung für das Überziehen!

Vorsitzender Christian Gräff: Macht gar nichts, bei Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern soll das in den Genen liegen. – Frau Dr. Wischnewski, bitte schön!

Dr. Nicoletta Wischnewski (BA Charlottenburg-Wilmersdorf; Gesundheitsamt, Amtsärztin/Amtsleitung): Ich werde mich bemühen, die Zeit wieder reinzuholen. – Zunächst möchte ich ganz kurz und klar ein Statement abgeben: Im Rahmen der Priorisierung sind wir in den Gesundheitsämtern ständig tätig. Ich finde es immer wieder interessant, dass man meint, man müsse uns steuern. Wir steuern uns in der Hinsicht schon selbst, weil wir nämlich sozialraumorientiert gucken, wo die Bedarfe bei uns im Bezirk sind und wo wir prioritär ansetzen müssen.

Zur Frage der Personalrekrutierung: Es ist in der Tat so, dass wir selbstverständlich auch ausbilden. Sie müssen sich vorstellen, dass wir die Ausbildungsermächtigung bei der Ärztekammer beantragen. Von vier Jahren einer Facharztausbildung kriegen wir ungefähr einen Teil. Ich sage mal, unsere Kinderärztin ist für ein Jahr weiterbildungsermächtigt, das heißt, wir wären interessant für jemanden, der Kinderheilkunde abschließen will, der das also drei Jahre schon woanders gemacht hat und das vierte Jahr bei uns machen kann, um dann den Facharzt zu machen – zum Beispiel. Wir haben uns in den Gesundheitsämtern überall bemüht, das Maximale an Weiterbildungsermächtigung zu rekrutieren und haben das auch. Wir haben also das, was geht, sodass wir zumindest die Endausbildung anbieten können.

Dann kam die Frage Fachkräftemangel, Verpflichtung – ob man das in Analogie eines Landarztes machen und Studenten dazu verpflichten könnte. Ich finde, die Idee hat sehr viel Charme. Es muss aber auch klar sein, dass, wie gesagt, eine klinische Zeit insgesamt mit dabei ist. Wenn wir Leute mit ausbilden, dann hoffen wir natürlich auch sehr, dass sie bei uns bleiben. Deswegen wäre es so schön, wenn wir auch eine Anbindung an die universitären Strukturen hätten, um unseren Bereich einfach vorzustellen. Ich merke immer wieder, dass die Studenten vom ÖGD oftmals noch nie etwas gehört haben. Es ist schon längere Zeit unser Ansinnen, dass wir es schaffen, unseren Fachbereich bereits im Rahmen des Studiums vorzustellen zu können.

Dann möchte ich auf die Frage eingehen, wie wir auf den Herbst vorbereitet sind. Wir haben in den Gesundheitsämtern immer noch befristet Angestellte, die primär dafür Sorge tragen, dass wir die Coronawellen bewältigen können. Es ist auch so, dass wir schon eine Form von Digitalisierung erfahren haben, dahingehend, dass die Labore ihre Meldungen digital vornehmen können und wir das dann in das Meldewesen übernehmen, wodurch wir eine Erleichterung haben. Nichtsdestotrotz müssen wir auch jetzt wieder für den Herbst gewappnet sein im Rahmen der Priorisierung. Da bin ich dann wieder bei dem Punkt, wie wir steuern. Wir gucken uns unsere Arbeitsabläufe natürlich an, und wir gucken wieder: Wo kann man etwas ein bisschen nach hinten schieben, wo muss man wieder etwas nach vorne ziehen? – Insgesamt ist es so, dass wir im Moment imstande sind, bedingt durch die Leute, die wir zusätzlich für die Coronapandemie einstellen konnten, unsere Pflichtaufgaben wieder in Gänze wahrnehmen zu können. Wir sind aber natürlich auch an einem Punkt, dass wir zwei Jahre Rückstand haben. Die gilt es jetzt erst einmal aufzuarbeiten. Und auch hier müssen wir priorisieren. Im Rahmen des Infektionsschutzes haben wir die hygienischen Krankenhausbegehungen wieder in den Vordergrund genommen. Wir werden nicht alle Arztpraxen zum Beispiel begehen können. Da gehen wir nach wie vor nur hin, wenn es Beschwerden gibt. Das sind so Teile, die wir im Rahmen der Priorisierung noch immer vornehmen.

Da kommen wir auch zu der Frage der Prävention. Natürlich sind wir bereit und gerne immer wieder unterwegs in Sachen Prävention und versuchen, ganz gezielt in unseren Kiezen, die wir nämlich kennen, weil wir halt oft vor Ort bei den Menschen sind, Präventionsaufgaben wahrzunehmen und Dinge anzubieten. Wenn Sie Sucht und Adipositas bei Kindern nennen: Ja, das sehen wir im Rahmen der Einschuluntersuchungen, und wir versuchen jetzt auch, zum Beispiel über „Sport im Kiez“ o. Ä. wieder neue Netzwerke und Fäden zu spinnen und alte wieder aufzunehmen, die es vor Corona gab. Natürlich sind wir im Rahmen der Prävention aktiv.

Die alten Menschen und deren Gesundheit, die mir auch persönlich sehr am Herzen liegt, ist bedingt durch die Coronapandemie leider etwas in den Hintergrund gerutscht. Wir haben eine Beratungsstelle für chronisch kranke und behinderte Menschen, die sogenannte BfB. Wir sind gerade dabei, unsere Mitarbeitenden wieder in die aktiven Hausbesuche zu schicken. Wir wollen jetzt also wieder aktiv auf die Menschen zugehen, und das tun wir gerade auch. Wir suchen sie auf und bieten niedrigschwellig, auch über die Pflegestützpunkte, mit denen wir in Kooperation stehen, immer wieder Angebote an, mit uns in Kontakt zu gehen und dann eben Beratungen durchzuführen.

All das sind die Punkte, die im Grunde wegen der Coronapandemie nach hinten gerutscht sind. Die Fäden nehmen wir derzeit wieder auf. Deswegen haben wir die einrichtungsbezogene Impfpflicht in der Priorisierung noch weiter nach hinten geschoben. Und da bin ich auch ganz ehrlich: Es ist nicht etwas, was uns wirklich sehr bewegt, denn wir wissen aus unseren Krankenhaushygienebegehungen, dass die Krankenhäuser uns immer wieder spiegeln können, dass ihre Mitarbeitenden zu über 90 Prozent geimpft sind. Wir achten sehr darauf, dass die normalen Hygienemaßnahmen eingehalten werden – das Tragen von Masken, die Händehygiene etc. –, und wir merken, dass wir da dringend benötigt werden, dass wir wieder vor Ort gehen und uns die Abläufe anschauen. Darauf setzen wir jetzt unsere Priorität und werden nach wie vor auch die Kontrolle der einrichtungsbezogenen Impfpflicht noch nicht in der

Gänze wahrnehmen, die wir vielleicht müssten oder sollten, weil wir es in der Priorität eben nicht weit vorne sehen.

Zur IT und IT-Einheitlichkeit: Wir streben das natürlich an; die zwölf Bezirke haben sehr viel Energie darauf verwendet, sich abzusprechen und gemeinsam zu versuchen, dass wir Software in gemeinsamer Arbeit entwickeln. Wir haben dazu Arbeitsgruppen gebildet, die die fachlichen Inhalte einbringen, damit die IT-Softwareleute dann die entsprechenden Programme dafür anpassen können. Ich glaube, wir sind da auf einem ziemlich guten Weg. – Ich hoffe, ich habe die Punkte so weit berücksichtigt, von denen ich denke, dass sie mich primär betroffen haben. Danke!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank, Frau Dr. Wischnewski! – Dann Frau Bezirksstadträtin Böhm, bitte schön!

Carolina Böhm (BA Steglitz-Zehlendorf; Bezirksstadträtin für Jugend und Sport): Danke schön! Das macht es tatsächlich ein bisschen einfacher, denn ich habe mir an einigen Fragen, die Frau Dr. Wischnewski und Herr Prof. Dr. Geene schon beantwortet haben, einen Haken gemacht. So kann ich noch ein paar Schwerpunkte betonen.

Zum einen möchte ich noch einmal sagen: Ja, es wird schon sehr viel vernetzt gearbeitet, und insbesondere die IT-Beschaffung wurde sehr intensiv unter den Amtsärztinnen und Amtsärzten besprochen und abgestimmt. – Weil Sie gefragt haben, ob wir damit einverstanden sind: Da müssen wir jetzt abwarten, der Antrag ist eingereicht. Wir werden erfahren, wie er angenommen wurde, wenn er von der Bundesebene zurückkommt, und dann müssen wir uns das Ergebnis zusammen anschauen. Erst dann können wir sagen, ob wir damit auch einverstanden sind, ob es das ist, was wir in den Gesundheitsämtern für notwendig halten.

Genauso würde ich sagen, dass die Vernetzung insgesamt in dem gesamten Bereich der Gesundheitsprävention durchaus im Land Berlin auch über das Gesunde Städte-Netzwerk große Schritte gemacht hat. Es ist ein Netzwerk, an dem sich inzwischen fast alle Bezirke beteiligen und an dem die Landesebene beteiligt ist, wo wir uns regelmäßig ganz spezifisch zu allen Präventionsansätzen austauschen. Ich habe noch gut in Erinnerung, dass wir neulich eine sehr interessante Tagung hatten, wo wir uns mit dem Thema Mobilität beschäftigt haben, die Fragen also durchaus auch im Querschnitt politisch diskutieren.

Ich möchte noch auf einige der Zusatzaufgaben eingehen. Sie haben jetzt vieles erwähnt, was wir in der Kürze der Zeit nicht ansprechen konnten. Als lebensältester Bezirk liegt uns in Steglitz-Zehlendorf die Gesundheitssituation von älteren Menschen sehr am Herzen. Wir bauen hier Präventionsketten auf, und dazu muss ich jetzt mal etwas erzählen, was dann in den Bezirken schmerzhaft ist: Wir haben Bewegungsangebote in den Bezirken, einerseits für Kinder und Jugendliche, andererseits auch für Ältere. Das Programm „Berlin bewegt sich“ haben wir in unserem Bezirk vorbereitet, wir hatten Zusagen, dass wir im Gemeindepark Lankwitz, was sich sozialräumlich auch durchaus anbietet, niedrigschwellig Bewegungsangebote etablieren können. Dazu gehörte eine Installation von Anlagen. Wir haben dazu umfangreiche Befragungen in den umliegenden Senioreneinrichtungen und auch bei der sonstigen Bevölkerung gemacht, haben all das ausgewertet und zurückgespiegelt, und am Ende ist diese Maßnahme den Haushaltsberatungen zum Opfer gefallen. Das ist wirklich misslich. Es ist auch für

die Bevölkerung in diesem Kiez ein, sage ich mal, wirklich schlechtes Signal und insofern sehr bedauerlich. Wir bleiben dran und hoffen, dass wir später noch berücksichtigt werden.

Was an der Stelle ein gutes Beispiel ist, ist, dass jetzt ein anderes, sehr präventives Modellprojekt auf der Landesebene ausgerollt wird, das sind die präventiven Hausbesuche. Das findet etwas später, nach dem Transitionsprozess aus dem Arbeitsleben, statt, aber gleichwohl: Angesichts der Hochaltrigkeit die Menschen einfach mal so, per se zu Hause aufzusuchen, so wie wir das mit der Früherkennung ja auch machen, ist ein sehr schöner Ansatz. Wir freuen uns darauf, dass wir als Bezirk da demnächst involviert sind.

Die Situation der Kinder und Jugendlichen ist etwas, was wir sowohl im Jugendamt als auch im Gesundheitsamt mit Sorge betrachten. Die psychische Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen hat sich auch durch Corona noch einmal dramatisch verschlechtert. Das haben wir sehr stark im Blick und versuchen auch hier, mit den Präventionsketten gut anzuknüpfen. Aber, und da muss ich die Klammer noch etwas weiter aufmachen: Wir haben auch nach wie vor eine große Flucht- und Ankunftssituation, insbesondere von unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten in unserer Stadt. Auch das ist etwas, was bei uns nicht nur in den Jugendämtern, sondern auch in den Gesundheitsämtern spürbar ist. Da muss ich jetzt die Chance ergreifen, dass ich hier bei Ihnen sein darf: Die Mittel für das Psychiatrieentwicklungsprogramm wurden in den Haushaltsberatungen einmal mehr gekürzt und sollten wieder aufgestockt werden. Das ist aber bei uns in den Bezirken noch nicht angekommen. Also auch diese Bitte lasse ich hier vor Ort. Das sind Zuwendungsmittel, daraus bezahlen wir Träger einer wirklich sehr aktiven Vor-Ort-Arbeit, einer offenen und niedrigschwelligen Arbeit in der Psychiatrieversorgung, sowohl für jüngere als auch für ältere Menschen. Das sind Mittel, die wir wirklich dringend benötigen, weil der Bedarf sehr stark gestiegen ist.

Ich versuche noch, auf die Frage von Frau Suka zu antworten. Wahrscheinlich hätten Sie gerne eine Bezifferung, wie wir den Infektionsschutz verstärken würden. Es fällt mir schwer, jetzt zu sagen, zwei oder drei oder vier oder fünf Stellen, aber etwas in dem Bereich um die drei Stellen hätte ich, würde ich jetzt über mein Gesundheitsamt sprechen, tatsächlich gerne als Verstärkung, auch im Sinne einer präventiven Blickweise auf das, was sich in der Welt an gesundheitlichen Risiken und Virenbelastungen entwickelt. Wir haben durchaus, wenn wir gute Ärztinnen und Ärzte dort eingestellt haben, den Blick über den Tellerrand und können dann auch im Gesundheitsamt versuchen, uns auf bestimmte Situationen vorab vielleicht etwas einzustellen. Das ist sozusagen eine Vision.

Weil auch gefragt wurde, was es braucht, muss ich tatsächlich sagen: Aus meiner ganz persönlichen Sicht ist die psychiatrische Versorgung etwas, was bei uns sehr stark auf der Agenda steht, und zwar über das gesamte Bevölkerungsspektrum hinweg; von Kindern und Jugendlichen bis zu den Älteren sind das Spätfolgen dieser besonderen pandemischen Situation, aber auch insgesamt der Krisensituation der Gesellschaft, auf die wir ein sehr hohes Augenmerk legen und wofür wir auf jeden Fall auch personelle Verstärkung brauchen – im SpD, im KJPD, im KJGD, um diese Problematiken aufzufangen. – Danke schön!

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank, Frau Bezirksstadträtin! Ich glaube, das kann man wirklich nur unterstreichen, in allen Berliner Bezirken. Jetzt hat sich der Staatssekretär noch einmal zu Wort gemeldet – bitte schön!

Staatssekretär Dr. Thomas Götz (SenWGPG): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich will jetzt nicht zu einem Koreferat ausholen, ich versuche, mich ganz kurz zu halten. Ich folge dieser Diskussion sehr aufmerksam. Ich finde es hoch spannend, was hier an Punkten vorgetragen wird, und ich glaube, ein Konsens, den man hier finden kann, ist auf jeden Fall: Der ÖGD wichtig. Das kristallisiert sich heraus, und ich glaube, wir alle haben Fantasien, was der ÖGD noch mehr machen kann, jenseits von reinen Kontrollen, wo er früher immer gerne vergesellschaftet wurde. Ich rede gerne von diesem Koordinatensystem ÖGD, in dem sich das Ganze idealerweise abspielt, nämlich einerseits Gesundheitsförderung – da sind die QPKs erwähnt worden –, andererseits Gesundheitshilfen und Unterstützung, Beratung. Dann der Gesundheitsschutz; das haben wir jetzt gemerkt und merken das im Kontext der Pandemie, und vor allem auch, das wurde deutlich, die Gesundheitskoordination – eben sozialraumorientiert, in den Bezirk hinein ausgerichtet, lebensweltorientiert. Das muss ja nicht zwingend immer der Sozialraum sein, sprich die Nachbarschaft. In Zeiten der Digitalisierung können das auch andere Räume sein. Dementsprechend wichtig ist es, da gut vorbereitet, aufgestellt zu sein.

Ich glaube, am Ende des Tages ist es wichtig – wir haben schon über Begrifflichkeiten gesprochen, Frau Böhm. Wir hatten das in der Diskussion bei der Runde der Bezirksstadträtinnen und -räte, und Sie haben es heute auch gesagt –, mal von dem Begriff Mustergesundheitsamt wegzukommen. Ich glaube, es ist ein Meilenstein gewesen, aber es geht ja jetzt darum, den ÖGD tatsächlich weiterzuentwickeln. Ich habe auch gesagt: Bevor wir neue Begrifflichkeiten finden, müssen wir natürlich auch über die Inhalte sprechen. Aber ich glaube, eine andere Begrifflichkeit, die dort auch immer mitschwingt, ist irgendwie: Der ÖGD als dritte Säule des Gesundheitswesens. – Damit trägt dieser Begriff zu der Versäulung bei, und das wollen wir nicht. Wir wollen ja den ÖGD dazu nutzen, ich sage immer gerne, ÖGD als Netzwerker zu etablieren, zu steuern, zu koordinieren. Ich glaube, das sind Aufgaben, die vor uns stehen.

Ein ganz wichtiger Punkt sind, weil Sie das Stichwort Ressourcen genannt haben, einerseits personelle Ressourcen, andererseits finanzielle Ressourcen. Ich würde das noch durch ideelle Ressourcen ergänzen, also: Was will der ÖGD? Wohin möchte der ÖGD? Was ist die Aufgabe des ÖGD?

Das Thema Ausbildung wurde schon angesprochen. Das fängt im Medizinstudium an, es geht weiter im PJ – das in den Gesundheitsämtern zum Beispiel zu ermöglichen, wenn wir jetzt über Ärztinnen und Ärzte sprechen. Ich glaube aber, ein anderer Ansatzpunkt, das klang auch schon an, ist, den ÖGD insgesamt multiprofessioneller aufzustellen, also den Public-Health-Absolventinnen und -Absolventen möglicherweise einen Rahmen zu geben, auch dort tätig werden zu können, neue, aber trotzdem altbekannte Berufe zu erschließen, Stichwort: Community Health Nurses. Da haben wir auch einen Prüfauftrag, inwieweit so etwas entwickelt werden kann. Dann, was Herr Schulze schon erwähnt hat, ich erinnere mich, wir hatten darüber schon Diskussionen: keine Landärztinnen-, Landärztequote, sondern ich nenne es gerne Stadtärztinnen- und Stadtärztequote zu etablieren. Da gibt es natürlich ein Für und Wider. Ich finde die Idee auch charmant. Ich glaube, wichtig ist, dass man die Welt auch jenseits von Verwaltung kennt; das ist hier auch angeklungen. Im ÖGD braucht man gute individualmedizinische und Public-Health-Kenntnisse, gleichzeitig muss man auch einen bevölkerungsmedizinischen Ansatz verfolgen. Da müsste man klären, inwieweit so etwas über eine Stadtärztinnen-, Stadtärztequote tatsächlich etabliert werden kann.

Das Weiterbildungsthema ist ebenfalls schon gestreift worden; hier muss man sicherlich noch mal in den Austausch mit der Ärztekammer gehen und die Weiterbildungszeiten und -möglichkeiten diskutieren, hinterfragen.

Dann muss man das Personal natürlich auch gewinnen und halten. Vielen ist noch gar nicht recht bekannt, was der ÖGD macht. Ich sage immer, das ist so ein Beispiel: Ich bin damals von einer leitenden Oberarztstelle in der Schweiz in den ÖGD nach Frankfurt am Main gewechselt. Ich habe das nicht wegen des Geldes gemacht, sondern weil ich das ein attraktives Berufsumfeld fand. Das ist das Thema Selbstwirksamkeit. Ich glaube, das wird noch viel zu wenig deutlich gemacht.

Aber natürlich, weil auch diese Fragen gestellt wurden – das Thema Finanzierung, TdL noch mal anpassen. In diese Diskussion gehen wir natürlich weiter hinein, diese Thematik muss weitergeführt werden. Wir alle wissen, wie schwierig das Ganze ist. Ich persönlich würde mich nicht alleine darauf verlassen – das muss mitgedacht und mit bewegt werden –, sondern vor allem auch das Thema attraktiver Arbeitsplatz, Selbstwirksamkeit in den Blick nehmen. Es gilt, deutlich zu machen, warum es Sinn macht, in den ÖGD zu gehen. Das sind nicht nur vielleicht keine Nacht- und Wochenenddienste, sondern das sind ganz andere Themen, zu denen wir jetzt auch mit den Erfahrungen aus Corona im Rücken noch einmal neu und anders in die Diskussion gehen können.

Noch zwei Sachen, dann komme ich zum Ende. Der Punkt, der die Stellen angeht, weil das vorhin gesagt wurde, als wir auf den Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst kamen: Die sind formal bis 2026 – aus der Idee des Bundes – begrenzt. Das Land Berlin hat da aber in der letzten Legislaturperiode schon einen sehr großen Schritt gemacht und diese nicht befristet. Also da ist Berlin auch tatsächlich ein Vorreiter. Die Stellen fallen in 2026 nicht weg, und das ist ein riesiges Pfund, auf das man aufbauen kann.

Das letzte Thema: Ob wir es jetzt Mustergesundheitsamt oder wie auch immer nennen – ich hatte das in der Runde am Freitag Ihnen, Frau Böhm, gesagt –: Wir wollen zusammen mit den Bezirken ab 2023 in eine strukturierte Diskussion gehen, wie der ÖGD neu und weiter und breiter aufgestellt werden kann.

Noch ein weiterer Aspekt, der zur Steuerung angesprochen wurde: Ich hatte angeboten und finde es nach wie vor eine gute Idee – das wurde in der Runde der Bezirksstadträtinnen und -räte auch so aufgegriffen –, dass wir die KV Berlin auch mal in diese Runde einladen, um auch dort die Vernetzung voranzubringen und die Perspektive der Bezirke noch mehr in die Bedarfsplanung und die Rahmenbedingungen, die das Ganze hat, einbringen zu können.

Vorsitzender Christian Gräff: Vielen Dank!

Wenn ich das anschließend an den Staatssekretär sagen darf: Das hat mir in der Diskussion etwas gefehlt; ich finde es einen wichtigen Aspekt: Wir reden immer über sektorenübergreifende Dinge bei der ambulanten und stationären Versorgung. Ich glaube, der ÖGD gehört unbedingt dazu. Deswegen finde ich es sehr wichtig, Frau Dr. Wischniewski, wenn ich das abschließend noch mal sagen darf. Ich fand es auch sehr gut, wie Sie berichtet haben, was man nicht machen kann. Ich glaube, wir dürfen uns keinen Illusionen hingeben. Wir werden nicht so viel mehr Ärztinnen und Ärzte bekommen. Wir stehen da als ÖGD in einem gnadenlosen Wettbewerb. Ich glaube, da muss man sich am Ende die Frage stellen, die auch Herr Schulze ein bisschen aufgeworfen hat: Wie können wir das mit neuer oder auch bewährter Unterstützung tun? Und worauf müssen wir auch verzichten, worauf müssen wir uns beschränken? – Ich glaube, es wäre eine Illusion, zu glauben, dass wir das alles in Zukunft mit noch mehr Ärztinnen und Ärzten werden machen können. Ich sehe die nicht, hoffe aber natürlich, dass es besser wird.

Dann würde ich mich, wenn es keine Fragen gibt, die ganz grundsätzlich übersehen wurden, ganz herzlich bei Ihnen für Ihre Expertise und Ihre Zeit bedanken und Ihnen eine erfolgreiche Woche bei all Ihren Aufgaben, die Sie haben, wünschen. Herzlichen Dank! – [Beifall] – Den Tagesordnungspunkt vertagen wir.

Punkt 4 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs

**Umsetzungsstand der beschlossenen
Schulgeldfreiheit für Therapieberufe: Kommen die
zugesicherten Mittel bei den Berliner
Auszubildenden an?**

(auf Antrag der Fraktion der SPD, der Fraktion Bündnis
90/Die Grünen und der Fraktion Die Linke)

[0101](#)

GesPflGleich

Siehe Inhaltprotokoll.

Punkt 5 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs

Umsetzung der Impfpflicht im Gesundheitswesen
(auf Antrag der Fraktion der SPD, der Fraktion Bündnis
90/Die Grünen und der Fraktion Die Linke)

[0030](#)

GesPflGleich

Hierzu: Auswertung der Anhörung vom 28.02.2022

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 6 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
**Betrugsfälle in Zusammenhang mit den Corona-
Testzentren – Aktueller Stand, Handeln (und
Versäumnisse) der Gesundheitssenatsverwaltung**
(auf Antrag der AfD-Fraktion)

[0104](#)
GesPflGleich

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 7 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Inhaltsprotokoll.