

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und FDP  
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler  
Personengruppen vor COVID-19**

(Bundestags-Drucksache 20/2573 vom 05.07.2022)

**und zu den Anträgen der Fraktion der CDU/CSU (20/2564) sowie der Fraktion DIE LINKE (20/2581)**

**Einleitung:**

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll das Corona-Pandemiemanagement weiter verbessert werden. Bei den getroffenen Maßnahmen wird Bezug genommen auf die 11. Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 „Pandemievorbereitung auf Herbst/Winter 2022/23“ vom 8. Juni 2022.

Die Anträge der Fraktionen der CDU/CSU sowie DIE LINKE fordern hierzu weitere Maßnahmen und konkretere Ausgestaltungen.

Wir nehmen nachfolgend Stellung zu den Punkten, soweit diese die COVID-19-Testungen betreffen

**1. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (20/2573)**

**Artikel 1 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes**

**Nr. 3, Buchstaben a), bb) und c)**

Stellungnahme:

Die Aufnahme der Nr. 36a Orthopoxviren (Buchstabe a) wird ausdrücklich begrüßt. Mit dem Neuauftreten und der weiterhin zu beobachtenden Ausbreitung der Infektion mit dem Affenpockenvirus ist es erforderlich, dass eine umfassende Fallerkennung und damit –erfassung erfolgt, um Infektionsketten identifizieren und durch geeignete Maßnahmen unterbrechen zu können.

Ebenso sehen wir die Aufnahme der Serotypen L1 bis L3 als Ergänzung zu Nr. 7. Chlamydia trachomatis (Buchstabe b) als fachlich richtig und sachgerecht an. Die Regelung erfordert dann in der Folge die Aufnahme einer entsprechenden Leistungsposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, damit die im Rahmen der Patientenversorgung identifizierten kurativen Fälle bei entsprechender klinischer Indikation auch im Hinblick auf die Serotypen untersucht werden können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Untersuchungen außerhalb der kurativen Versorgung, z.B. Untersuchungen asymptomatischer Partnerinnen und Partner, nicht zulasten der Finanzierung der Versorgung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgen kann.

Generell bedarf es der Etablierung einer Finanzierungsgrundlage von Untersuchungen, die auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes oder Empfehlungen der Ständigen Impfkommission erfolgen und nicht die kurative Versorgung betreffen. Die Finanzierungsgrundlage ist auf Bundesebene zu regeln.

Die Wiederaufnahme von Absatz 4 in den § 7 des IfSG (Buchstabe c) wird seitens des ALM e.V. begrüßt. Durch die bereits erfolgte Anbindung der fachärztlichen Labor an das DEMIS-System ist die primär digitale Umsetzung der Meldepflicht möglich.

In dem Zusammenhang erlauben wir uns die Anmerkung, dass vor dem Hintergrund der 11. Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 vom 8. Juni 2022 auch die Erfassung der durchgeführten SARS-CoV-2-Testungen von Leistungserbringern nach § 6 der Coronavirus-Testverordnung zur Einschätzung des Infektionsgeschehens erforderlich ist. Das gilt insbesondere deswegen, weil für einen signifikanten Teil Infizierter eine PCR-Diagnostik nicht mehr durchgeführt wird. Mit Blick auf die Empfehlung des ExpertInnenrates und weiterer ExpertInnen, die SARS-CoV-2-PCR-Diagnostik primär nach medizinischen Gesichtspunkten vorzunehmen und darüber hinaus auf Risikogruppen zu konzentrieren, wird es notwendig sein, einerseits die bereits bestehende Meldepflicht für positive SARS-CoV-2-Antigentests durchzusetzen und andererseits über die Erfassung der durchgeführten Tests eine Entsprechung zu der hier mit § 7 Absatz 4 aufgenommenen Regelung zu realisieren, ohne die Leistungserbringer ebenfalls an das DEMIS-System anschließen zu müssen.

#### **Nr. 6, Buchstaben b)**

##### Stellungnahme:

Die Meldeinhalte sehen wir als ausreichend und angemessen an. Wir gehen davon aus, dass der „Grund der Untersuchung“ den Aufzählungspunkt „7.“ erhalten wird.

#### **Neu Nr. 15a**

§ 24 wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird das Wort „Schnelltests“ durch „Antigen- und/oder Antikörper-Schnelltests“ ersetzt.

b) Satz 3 wird wie folgt geändert:

aa) das Wort „Schnelltests“ wird durch „Antigen- und/oder Antikörper-Schnelltests“ ersetzt

bb) die Nr. 2 wird gestrichen

c) Satz 4 wird gestrichen.

d) in Satz 5 wird die Zahl „5“ durch die Zahl „4“ ersetzt.

##### Begründung zu Neu Nr. 15a:

Zu Buchstabe a):

Schon bei der Einführung der patientennahen Schnelltests zur Testung auf HIV, das Hepatitis C-Virus sowie auf *Treponema pallidum* hatte der Gesetzgeber das niedrigschwellige Angebot an Betroffene in erster Linie im Blick. Als Testformate sind hier Tests geeignet, die das jeweilige Erreger-Antigen bzw. Antikörper gegen den Erreger nachweisen können. Im Falle der genannten Erreger findet die Untersuchung aus einem Blutstropfen, gewonnen durch einen Lanzettenstich in die Fingerbeere, statt. Das Vorgehen ist mit der Blutzuckerselbstmessung bei Personen mit Diabetes mellitus vergleichbar und daher für die Eigenanwendung durch Laien geeignet.

Im Falle von SARS-CoV-2 kann die Antigen-Testung als Vor-Ort-Schnelltest durch die Eigenentnahme eines Abstriches aus dem Nasen-Rachen-Bereich auch von Laien durchgeführt werden.

In allen Fällen ist die Anwendung von patientennahen Vor-Ort-Schnelltesten im Format der PCR nicht gemeint. Solche diagnostischen Tests benötigen in ihrer Anwendung eine umfassende Fachkenntnis und sind daher im Satz 2 ausdrücklich nicht angesprochen. Insofern ist die Konkretisierung des Begriffes „Schnelltest“ durch Hinzufügen des Testformates sachgerecht und im Sinne der Klarstellung notwendig.

Zu Buchstabe b)

Zu Doppelbuchstabe aa):

Hier verweisen wir auf die zuvor dargelegten Argumente zu Nr. 1 Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe bb):

Die Einführung von Nr. 2 wurde wie folgt begründet: „Die Nutzung von veterinärmedizinischen oder zahnärztlichen Laboren bei der Testung von Humanproben kann einen wichtigen Beitrag zur Ausweitung bestehender Testkapazitäten leisten und die mit der Probenentstehung stark belasteten humanmedizinischen Labore entlasten.“ (BT-Ds 19/24232 vom 11.11.2020, Seite 27).

Der ALM e.V. hält die Aufhebung des Arztvorbehaltes für die Feststellung oder Heilbehandlung einer Infektion mit SARS-CoV-2 für nicht sachgerecht und nicht notwendig. Über § 19 IfSG ist es bereits möglich, dass „Dritte“ beauftragt werden können. Das schließt die Diagnostik mit ein. In einigen Bundesländern wurde davon Gebrauch gemacht. Über den Umfang der seitens zahn- oder tierärztlicher Labore durchgeführten Testungen und den tatsächlich realisierten Aufbau von Testkapazitäten liegen nur eingeschränkt Daten oder Informationen vor. Auch ist nicht bekannt, ob und welchen substantiellen eigenständigen Beitrag Tier- und Zahnärzte zum Testgeschehen geleistet haben. Die bisher bekannten Informationen (siehe Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Sabine Dittmar vom 16. Februar 2022 (BT-Drucksache 20/765 und hier Nr. 76) legen nahe, dass der Beitrag der Labore aus dem Bereich der Veterinärmedizin bzw. Human- und Veterinärmedizin eher als gering und nicht signifikant für das Testgeschehen einzustufen ist.

Bei veterinärmedizinischen Laboren, die am ehesten noch über signifikante PCR-Testkapazitäten verfügen konnten, ist seit dem Herbst 2020 eher eine starke Auslastung mit Testungen zur Erkennung und Eindämmung der Afrikanischen Schweinepest zu beobachten. In der Folge gab es in Landeslaboren Signale, keine Unterstützung in der SARS-CoV-2-PCR-Testung zur Verfügung stellen zu können.

Ausweislich der wöchentlichen Lageberichte des Robert Koch-Institutes (RKI) zu den Labortestungen auf SARS-CoV-2 ist belegt, dass primär die fachärztlichen Labore einen Ausbau der SARS-CoV-2-PCR-Testkapazitäten auf aktuell ca. 3,1 Millionen PCR-Testungen wöchentlich in einer außerordentlichen Anstrengung, die durch Aktivitäten des BMG positiv begleitet wurde, geleistet haben. Die Kapazitäten reichen dafür aus, die nach der Nationalen Teststrategie prioritär und im Sinne einer effizienten Pandemieeindämmung notwendigen Testungen jederzeit sicherzustellen. Dazu gehören die Diagnostik für symptomatische Personen (Entdeckung von Infizierten), die Diagnostik im Zusammenhang mit der Kontaktpersonenermittlung und Unterbrechung von Infektionsketten und schließlich die Diagnostik zum Schutz vulnerabler Gruppen, zu denen aktuell die zum Schutz von Kindern bis zu einem Alter von 12 Jahren vom RKI empfohlenen „Lolli-Gruppen-PCR“ mit den verfügbaren Kapazitäten gehören.

Zu Buchstabe c) und d):

Hier handelt es sich um Folgeregelungen aus den vorgenannten Anpassungsvorschlägen.

## **2. Antrag der Fraktion der CDU/CSU – Gut vorbereitet für den Herbst – Pandemiemanagement verbessern (20/2564)**

### Stellungnahme:

Die unter Punkt 8. formulierte Forderung einer Überarbeitung der Teststrategie dahingehend, „weiterhin auch gezielte Testungen – wo erforderlich auch kostenlos – vorzusehen, unbürokratische Tests zu ermöglichen sowie die Qualität der Testungen zu erhöhen und die Missbrauchsanfälligkeit nachhaltig zu verringern, ist differenziert zu bewerten.

Zunächst ist klarzustellen, dass sämtliche kurative Testungen, also SARS-CoV-2-Testungen zum direkten Nachweis des Erregers bei symptomatischen Personen, Inhalt der medizinischen Versorgung sind und somit auch in jedem Fall kostenfrei bleiben für die Betroffenen. Das gilt auch für Verdachtsfälle.

Weitere Testungen, z.B. im Zusammenhang mit der Kontaktpersonentestung zur Identifizierung von Infektionsketten, sind über die Testverordnung geregelt und ebenso kostenfrei für die Betroffenen.

Davon abzugrenzen sind Testungen, die als Zugangsvoraussetzung für den Zugang zu Einrichtungen unterschiedlicher Art als erforderlich angesehen werden. Der medizinische Nutzen solcher Testungen wird kontrovers diskutiert und ist, sofern Testungen im Sinne von „Freitestungen“ verstanden werden, als nicht gegeben anzusehen. Vor diesem Hintergrund wären nur solche Testungen weiterhin kostenfrei zu stellen, die im Zusammenhang mit dem weiterhin notwendigen Schutz besonderer Risikogruppen zu sehen sind.

Die konkrete Ausgestaltung der Umsetzung kann über verschiedene Wege erfolgen:

- a. Testung durch fachkundig geschultes Personal in medizinischen Einrichtungen
- b. Testung durch geschultes Personal in nicht medizinischen Einrichtungen
- c. Testung durch beobachteten Selbsttest in medizinischen Einrichtungen
- d. Testung durch Selbsttest.

Vor dem Hintergrund der vielfältigen Berichte über Mängel in der Testdurchführung und –abrechnung bei Testzentren kommt zunächst der Kontrolle der Zulassung und des Betriebs dieser Testzentren durch die dafür zuständigen Stellen eine besondere Bedeutung zu (§ 6 (2) der TestV). Besorgniserregend ist in dem Zusammenhang, dass ein signifikanter Teil an symptomatischen Personen in diesen Testzentren untersucht werden, obwohl die Testzentren gemäß der Coronavirus-Testverordnung nur für die Testung asymptomatischer Personen zugelassen werden sollen.

Da es insbesondere für Personen mit einem Risiko für einen schwereren Verlauf der SARS-CoV-2-Infektion medizinisch geboten ist, innerhalb der ersten Tage nach Symptombeginn die Indikation für eine antivirale Behandlung der COVID-19-Erkrankung zu stellen, ist es erforderlich, dass symptomatische Personen ausschließlich in der ärztlichen ambulanten bzw. stationären Versorgungsstruktur betreut werden. Es mit geeigneten Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass Teststellen sich auf die mit der Zulassung verbundene Testung von ausschließlich asymptomatischen Personen beschränken.

Um die im Antrag richtigerweise angesprochenen Missbrauchsanfälligkeit weitestgehend zu reduzieren, ist die Leistungserbringung nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 der Coronavirus-Testverordnung (TestV) aufzugeben. Alternativ ist, wenn der Betrieb der Testinfrastruktur aufrechterhalten werden soll, eine erneute Vor-Ort-Kontrolle aller Teststellen nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 gemäß TestV sicherzustellen, damit die ebenfalls zurecht adressierte Qualität der Testungen den Erfordernissen entspricht.

### **3. Antrag der Fraktion DIE LINKE – Auf sich verändernden Pandemieverlauf vorbereiten – Maßnahmenplan vorlegen (20/2581)**

#### Stellungnahme:

Der Antrag entspricht im Punkt 3., der sich mit der Teststrategie befasst, in wesentlichen Punkten dem Antrag der Fraktion DIE LINKE vom 15.03.2022 (20/1005). Dieser wurde in der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 11. Mai 2022 ausführlich beraten.

Anlasslose Massentestungen können nur unter bestimmten Voraussetzungen einen unabhängigen Beitrag zur Eindämmung der Pandemie leisten. Neben der im Zusammenhang mit den festgestellten Testergebnissen erforderlichen Um- und Durchsetzung nachfolgender Maßnahmen (Isolierung, Prüfung des Risikos für einen schweren Verlauf mit Entscheidung über eine gegebenenfalls notwendige antivirale Therapie) ist hier die kontinuierliche Beteiligungsquote von mehr als 80 Prozent der Bevölkerung eine zentrale Voraussetzung. Zu dem Ergebnis kommt eine wissenschaftliche Publikation aus dem Robert Koch-Institut (Seifried J, Böttcher S, et al: Antigen tests as ergänzendes Instrument in der Pandemiebekämpfung; Epid Bull 2021; 17:3-14). Der eingeschränkte generelle Nutzen anlassloser Massentestungen ist in der wissenschaftlichen Auswertung zum Projekt in der Stadt Tübingen publiziert (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.26.21256094v1>).

Zur Frage der Erhöhung der Testkapazitäten hat der ALM e.V. im Januar 2022 eine Umfrage bei den an der ALM-Datenerhebung teilnehmenden Laboren gemacht. Die hier für die weiteren Wochen in Aussicht gestellten Kapazitätserhöhungen wurden vollumfänglich realisiert. Die Realisierung und reale Höhe einer maximal möglichen Erhöhung der Testkapazitäten über dieses Maß hinaus hängen insbesondere von der Erfüllung der folgenden Rahmenbedingungen ab:

- Planungssicherheit zum erforderlichen bzw. gewünschten Testbedarf (ab wann soll welche Kapazität für welchen Zeitraum verfügbar sein?)
- Refinanzierungssicherheit für den Fall, dass der tatsächliche Bedarf niedriger ist als der planerische (Sicherung der Investitionskosten für Infrastruktur, Geräte, Personal)
- Zeitgerechte Lieferung und Installation zusätzlich notwendiger Gerätesysteme (IVD-Hersteller werden nicht gleichzeitig alle Geräte installieren und in Betrieb nehmen können)
- Ausreichende Personalkapazitäten, auch im Falle erhöhter SARS-CoV-2-Infektions- und Quarantänefälle in den Laboren
- Klare Entscheidungen zur Priorisierung innerhalb der Nationalen Teststrategie für SARS-CoV-2 und im Verhältnis der SARS-CoV-2-Diagnostik zur medizinischen Laborversorgung insgesamt

Die aufzubauenden Testkapazitäten sind nachhaltig und längerfristig auf einem Niveau zwischen 80 Prozent und 85 Prozent „nutzbar“. Es bleibt weiterhin unabdingbar, dass zu jedem Zeitpunkt auch in der Diagnostik Reserven vorhanden sind, um unvorhergesehene „Spitzen“, z.B. im Zusammenhang mit größeren Ausbrüchen, sicher abdecken zu können.

Die Wochenberichte des Robert Koch-Institutes zeigen die tatsächliche SARS-CoV-2-PCR-Kapazitätsentwicklung in den an der Datenermittlung teilnehmenden Laboren. Zu unterscheiden sind hier die beiden Gruppen der eigenständig tätigen Labore in der ambulanten sowie auch stationären Versorgung und die Labore, die im direkten Einfluss- und Entscheidungsbereich der Länder liegen. Zu diesen gehören die Landeslabore (Humanmedizin, Veterinärmedizin, sonstige) sowie die Labore in kommunalen Krankenhäusern und Universitätskliniken.

Bei Testungen in nicht-ärztlichen Einrichtungen haben die getesteten Personen nachfolgend keine direkte Ansprechperson, was im Idealfall eine Ärztin bzw. ein Arzt sein sollte, zur Interpretation und damit Plausibilisierung des festgestellten Testergebnisses haben. Sie wiegen sich bei falsch-negativen Befunden in falscher Sicherheit und erhalten im Falle des positiven Befundes nicht die gegebenenfalls wichtige Einschätzung im Hinblick auf das eigene individuelle Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf, was jedoch für die Indikationsstellung für eine antivirale Therapie von großer Bedeutung ist. Es gibt hierzu vielfältige Erfahrungsberichte, die zeigen, dass die Risiken einer nicht-medizinischen Organisation von Testungen zur Feststellung einer Infektionserkrankungen den vermeintlichen Nutzen deutlich übersteigen.

Insofern sollte jedwede Testinfrastruktur in der Gesamtverantwortung von Ärztinnen und Ärzten liegen und der Arztvorbehalt im Infektionsschutzgesetz (§24) wieder vollumfänglich sichergestellt werden.

Der zusätzliche und separate Aufbau einer weiteren Infrastruktur für PCR-Testungen bedarf der Beschaffung von dafür geeigneten Räumlichkeiten, Gerätesystemen, digitaler Prozesse einschließlich der Anbindung an DEMIS, zur gesetzeskonformen Meldung positiver SARS-CoV-2-PCR-Befunde nach § 7 IfSG sowie der zugehörigen Proben- und Befundlogistik. Zur Umsetzung sind entsprechende Personalkapazitäten einzustellen, deren Qualifikation über das MTA-Gesetz vorgegeben ist. Die hier erforderlichen Fachkräfte sind in dem ohnehin bereits nahezu vollständig ausgeschöpften Arbeitsmarkt kaum verfügbar. Zudem wäre in der Planung eine flächendeckende Verteilung der aufzubauenden Infrastruktur zu berücksichtigen.

Neben einem Zeitbedarf von mehreren Monaten für die Planung, Organisation und Umsetzung bedeutet eine solche Entscheidung einen erheblichen zusätzlichen finanziellen Investitionsaufwand, dessen Nutzen im Verhältnis zu den bereits angesprochenen erreichbaren Effekten nicht erkennbar ist.

Eine Selbstbeprobung und niedrigschwellige Abgabemöglichkeit (z.B. in Supermärkten, Postfilialen) der Abstriche zur Durchführung einer PCR-Testung bedingt eine aufwändige Logistik der Abholung und des Transportes zu einem medizinischen Labor. In Phasen einer hohen Inzidenz sind Pooltestungen aufgrund der in diesen Phasen hohen Positivquote von Pool-Testen mit der nachfolgend erforderlichen Nachtestung aller Einzelproben im Hinblick auf Kapazitätsausweitungen nicht das geeignete Mittel.

Es würde somit eine vermehrte Testung mittels Pooling zu einer erhöhten Belastung der Labore und zusätzliche Beanspruchung der ohnehin begrenzten PCR-Testkapazitäten bedeuten. Eine Ausweitung der PCR-Testkapazitäten an sich kann damit nicht erreicht werden.

Aufgrund der sehr hohen 7-Tage-Inzidenz werden die regionalen Pooling-Testkonzepte hinsichtlich ihres Nutzens zur Schonung der PCR-Testkapazitäten hin überprüft. Das ist dadurch begründet, dass bei hohen Positivquoten von Pooling-PCR-Tests (Größenordnungen 7 Prozent bis 10 Prozent) der Zusatzaufwand den Nutzen von Pooling aufhebt, der mit der Nachtestung von vorhandenen Rückstellproben oder neu abzunehmenden Zweitproben verbunden ist. Eine Steigerung der PCR-Testkapazitäten an sich ist mit dem Verfahren nicht möglich.

Regelmäßige präventive Testungen zum Schutz vulnerabler Gruppen sind in der Pandemie bereits etabliert. SARS-CoV-2-Testungen sind nach Auffassung des Expertenrates der Bundesregierung (6. Stellungnahme vom 13.02.2022 „Ein verantwortungsvoller Weg der Öffnungen, Download unter: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/bundesregierung/bundeskanzleramt/corona-expertinnenrat-der-bundesregierung>) sowie der Ärztlichen Pandemierates der Bundesärztekammer (Stellungnahme der AG 3 – Teststrategie vom 19.04.2022, Download unter [Seite 6 von 8](https://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/aerztlicher-</a></p></div><div data-bbox=)

pandemierat-fordert-nachhaltige-und-vorausschauende-teststrategie) auf den medizinischen Nutzen sowie auf die mit der Testung verbundenen Handlungskonsequenzen auszurichten. Das gilt auch für die Frage, ob und in welchen Bereichen und mit welchem Ziel präventive Testungen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, Schulen, Kindergärten und Betrieben einen Nutzen im Hinblick auf die Vermeidung von Neuinfektionen entfalten können.

Testungen sind stets Teil eines Gesamtkonzeptes und bedürfen der engen Einbindung in Hygiene- und Infektionsschutzkonzepte, deren konsequente Umsetzung im Hinblick auf die Schutzziele als erfolgskritisch zu betrachten sind. Ob und in welchem Umfang weiterhin präventive Testungen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, Schulen, Kindergärten und Betrieben im Zusammenhang mit Hygiene- und Infektionsschutzkonzepten erforderlich sein werden, wird sicher von der individuellen Situation der Einrichtung und der regionalen Entwicklung des Infektionsgeschehens abhängen.

Die Vergütung einer einzelnen SARS-CoV-2-PCR (Durchführung der PCR in einem medizinischen Labor) in Deutschland liegt im internationalen Vergleich an der unteren Grenze und deutlich unter dem Niveau von Nachbarländern. Dabei wird die Vergütung unabhängig von der Frage, ob damit eine Einzelprobenuntersuchung oder eine Pool-Testung verbunden ist, gezahlt. Rechnet man die Vergütungen für Pool-PCR-Testungen auf die jede untersuchte Person anfallenden Kosten um, liegen die Kosten um ein Mehrfaches unterhalb der Kosten, wie sie im Projekt „Alles gurgelt“ in Wien genannt werden.

Eine weitere deutliche Reduktion der Vergütung von SARS-CoV-2-PCR-Testungen birgt eher das Risiko, dass die bei deutlich reduzierter Auslastung aufgebaute Kapazitäten anfallenden Vorhaltekosten, zu denen neben den Kosten für Wartung und Inbetriebhaltung insbesondere Personalkosten gehören, nicht mehr über die Vergütung der tatsächlich durchgeführten PCR-Testungen refinanziert werden können. Damit erhöht sich das Risiko, dass medizinische Labore die SARS-CoV-2-PCR-Testung einstellen. Es sind bereits solche Aktivitäten einzelner Leistungserbringer zu beobachten.

#### **Zusammenfassung:**

1. Die in Deutschland aktuell verfügbaren flächendeckenden SARS-CoV-PCR-Testkapazitäten im Umfang von ca. 2,7 Millionen PCR-Testungen je Arbeitswoche (RKI-Wochenbericht vom 11.08.2022, Basis sind die freiwilligen Angaben von 176 Laboren für die KW 32) übersteigen den aktuellen Bedarf an Testungen (ca. 600.000 PCR-Testungen in KW 31) deutlich.
2. Die Anzahl der in Deutschland mittels SARS-CoV-2-PCR-Testung untersuchten Personen ist um ein Mehrfaches größer als die Anzahl der angegebenen PCR-Testungen, da die PCR-Testzahl unabhängig von der Frage der Einzelproben- oder Pooltestung erfasst und berichtet wird.
3. Es gibt aus medizinischen, infektionsepidemiologischen und aus der Bewertung des Kosten-/Nutzen-Verhältnisses im Hinblick auf erreichbare Schutzziele in der Pandemie keinen Bedarf an anlasslosen Massentestungen, insbesondere nicht mit der PCR-Methode. Für den Nutzen gibt es keine Evidenz, die den finanziellen Aufwand rechtfertigen könnte.
4. Der ALM e.V. hält es wie der Expertenrat der Bundesregierung und der Ärztliche Pandemierat der Bundesärztekammer für notwendig, die SARS-CoV-2-Diagnostik an den medizinischen Erfordernissen auszurichten. Dazu gehört auch der gegebenenfalls aus medizinischen Erfordernissen abzuleitende Schutz vulnerabler Gruppen.

5. Die SARS-CoV-2-PCR-Testung sollte zur bestmöglichen medizinischen Versorgung der Bevölkerung eingesetzt werden. Die Versorgung ist in einem flächendeckenden und wohnortnahen ambulanten wie stationären Gesundheitssystem sichergestellt. Es gibt hier keinen Bedarf für eine Weiterführung nicht-professioneller Testinfrastrukturen, die außerhalb einer ärztlichen Verantwortung tätig sind.
6. Es gibt keinen Bedarf für einen zusätzlichen Aufbau weiterer Testinfrastrukturen. Vielmehr ist zu beraten und darüber zu entscheiden, ob und in welchem Umfang präventive Testungen sowie Testungen im Zusammenhang mit der Kontaktpersonennachverfolgung noch notwendig sind. Das gilt vordringlich für die kommende Herbst- und Winterzeit. In der Folge sind die aus den Überlegungen und Entscheidungen ableitbaren Testkapazitäten zu benennen und flächendeckend durch Aufrechterhaltung bereits bestehender PCR-Testinfrastrukturen in medizinischen Laboren unter ärztlicher Gesamtverantwortung verfügbar zu halten.