

**Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE**  
**Kostenlose und anlasslose Bürgertests für alle**  
(Bundestagsdrucksache 20/1005 vom 15. März 2022)

**Einleitung:**

Mit dem vorliegenden Antrag vom 15. März 2022 kommt die Fraktion DIE LINKE zu den folgenden wesentlichen Einschätzungen, aus denen Sie die nachfolgend näher bewerteten Forderungen des Deutschen Bundestages an die Bundesregierung ableitet:

- a) PCR-Tests sind ein zentraler Baustein in der Pandemiebekämpfung
- b) es stehen für die enggeführte Teststrategie der Bundesregierung keine ausreichenden Corona-PCR-Testkapazitäten zur Verfügung
- c) die Stadt Wien führte zum Zeitpunkt der Antragstellung mehr PCR-Tests durch als Deutschland
- d) das Wiener „Alles gurgelt“-Programm ist ein voller Erfolg
- e) durch massenhaftes PCR-Screening sinkt die Dunkelziffer
- f) durch die Kombination von Pool-Testungen und massivem Ausbau der Testinfrastruktur ergeben sich erhebliche Preisvorteile (Skaleneffekte)

Stellungnahme:

Basis für die Diskussion und Entscheidung über Maßnahmen in Bezug zur Pandemieeinschätzung und -bewältigung sind die Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID 19 aus dem Robert Koch-Institut vom 4. März 2020 und darauf aufbauende weitere Dokumente mit Bezug zu aktuellen Entwicklungen ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/ZS/Pandemieplan\\_Strategien.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/ZS/Pandemieplan_Strategien.html)).

Für die zuverlässige Einschätzung der Entwicklung, des Ausmaßes der Pandemie sowie der Einflüsse der Pandemie selbst auf das gesellschaftliche Leben, auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zur Versorgung Erkrankter und hier insbesondere schwer Erkrankter, sowie Personen mit hohem Risiko für schwere Verläufe sind neben den Meldedaten weitere Surveillance-Konzepte etabliert. Die Erfassung möglichst jeder einzelnen SARS-CoV-2-Infektion ist dabei kein primäres Ziel in der Pandemiebewältigung und zur Einschätzung des Pandemieverlaufes auch nicht notwendig. Die Erfassung jeder einzelnen SARS-CoV-2-Infektion durch Testung ist zudem wegen des Testverhaltens der Bevölkerung nicht erreichbar. Vor diesem Hintergrund ist eine Dunkelziffer, womit die Zahl durch Nicht-Testung nicht erfasster Infektionsfälle gemeint ist, unvermeidbar. Sie wird stark beeinflusst vom Verhalten der Bevölkerung zur Inanspruchnahme einer Testung, das abhängig von der subjektiven Einschätzung der Bevölkerung im Hinblick auf das eigene individuelle Risiko ist, was seinerseits beeinflusst wird vom eigenen Impfstatus bzw. einer bereits durchlebten eigenen Infektion. Schließlich wird die Inanspruchnahme auch beeinflusst von äußeren Faktoren wie Zugangsregeln für die Nutzung von Einrichtungen des öffentlichen Lebens („3G“, „2G+“) und auch von der Verfügbarkeit von Testungen sowie den Zugangsmöglichkeiten zu diesen Testungen.

Diese Aspekte wurden im April 2020 durch das BMG-Dokument „Testen, testen, testen, .... gezielt“ adressiert und in der Entwicklung der Nationalen Teststrategie unter ständiger Fortentwicklung auf der Grundlage der sich ändernden Pandemielage und daraus abzuleitenden Anpassungen umgesetzt ([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/C/Coronavirus/Teststrategie/NationaleTeststrategie\\_Schaubild.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Teststrategie/NationaleTeststrategie_Schaubild.pdf)). Kern der Nationalen Teststrategie ist ein

niedrigschwelliges sowie flächendeckendes anlassbezogenes Testangebot, das die verschiedenen Testformate (PCR-Test, Antigen-Test als von Personal durchgeführtem „Schnelltest“ oder als „Selbsttest“) beinhaltet und nach Nutzen und Verfügbarkeit einsetzt. Zu den Fragen der Kapazitäten hat eine Arbeitsgruppe im Sommer 2020 einen grundlegenden Bericht verfasst ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Laborkapazitaeten](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Laborkapazitaeten)).

Da das vordringliche Ziel der Pandemiebewältigung, die Reduktion der Morbidität und Mortalität in der Gesamtbevölkerung, die Sicherstellung der Versorgung erkrankter Personen, verkürzt zusammengefasst als „Vermeidung der Überlastung des Gesundheitssystems“, konnte zu jeder Zeit der Pandemie über die ausreichende Verfügbarkeit von PCR-Testungen erreicht werden. Im Februar 2020 wurde die Finanzierungsgrundlage für die Diagnostik an SARS-CoV-2 Erkrankter (Klinische Fälle, Verdachtsfälle) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (GKV) aufgenommen; ab Juni 2020 wurde die Finanzierungsgrundlage für alle Testungen bei asymptomatischen Personen über die Coronavirus-Testverordnung durch das BMG beschlossen.

Hinsichtlich der im Antrag getroffenen Einschätzungen sind diese wie folgt zu bewerten:

- a) Die SARS-CoV-2-PCR ist die bestmögliche diagnostische Untersuchung zur Feststellung einer SARS-CoV-2-Infektion und sollte immer und vordringlich bei allen klinischen Fällen, Verdachtsfällen von Personen mit hohem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf (diese können von der frühzeitigen Gabe von Medikamenten profitieren) sowie bei medizinischer Notwendigkeit auch zum Schutz vulnerabler Gruppen eingesetzt werden. Insofern ist die SARS-CoV-2-PCR ein zentraler Baustein in der Pandemiebekämpfung.
- b) Ausweislich der Wochenberichte des Robert Koch-Institutes (zuletzt am 21.04.2022, [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht\\_2022-04-21.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-04-21.pdf)) zeigt sich, dass auf der Grundlage der freiwillig von teilnehmenden Labore übermittelten Daten die verfügbaren SARS-CoV-2-PCR-Testkapazitäten stets ausreichten, um die Inanspruchnahme an Testungen zu bearbeiten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die nach der Nationalen Teststrategie vorgeschlagenen Testungen nur eine Teilmenge der Gesamttestungen darstellt. Es wird also deutlich, dass die SARS-CoV-2-PCR-Testkapazitäten auch zum Zeitpunkt der Antragstellung ausreichten.
- c) Die Stadt Wien hat zu keinem Zeitpunkt mehr PCR-Testungen durchgeführt als ganz Deutschland. Die Anzahl der durchgeführten PCR-Testungen ist zudem, wie beschrieben, auch von der Inanspruchnahme abhängig.
- d) Wien „alles gurgelt“ kann mit Blick auf die Effekte der Pandemieeindämmung nicht als „Erfolg“ bezeichnet werden. Erwartbar hat sich das Infektionsgeschehen auch in Wien unabhängig vom Testregime entwickelt. Zudem wurde zum 01.04.2022 das Testangebot erheblich eingeschränkt, so dass nunmehr von einem anlasslosen und unbeschränkten PCR-Zugang keine Rede mehr sein kann.
- e) Zwar senkt aus rein rechnerischen und statistischen Gründen ein massenhaftes PCR-Screening über die Identifizierung zuvor nicht diagnostizierter SARS-CoV-2-Infektionen die Dunkelziffer, doch ist der damit verbundene auch rein finanzielle Aufwand erheblich bei nicht vorhandenem Nutzen für das Infektionsgeschehen selbst. Die zentralen Einflussfaktoren auf eine mögliche Reduktion der Anzahl an Neuinfektionen sind zudem das Impfen sowie das Verhalten der Bevölkerung.

- f) Der massive Ausbau zusätzlicher Testinfrastrukturen führt in erster Linie zu erheblichen Mehrkosten, die vor dem Hintergrund des nicht gegebenen Nutzens einer anlasslosen Massentestung im Hinblick auf eine Eindämmung der Pandemie nicht gerechtfertigt erscheinen.

Zu den unter II. genannten Forderungen nehmen wir nachfolgend weitergehend Stellung:

- Punkt 1:** PCR-Testkapazitäten so erhöhen, dass in einem ersten Schritt sämtliche derzeit nach TestV Berechtigten innerhalb von 24 Stunden ein Testergebnis erhalten und in einem zweiten Schritt alle Menschen in Deutschland unabhängig von Aufenthalts- und Versicherungsstatus anlasslos und kostenlos einen PCR-Test durchführen können und innerhalb von 24 Stunden ein Ergebnis erhalten („PCR-Bürgertest“)

Stellungnahme:

Zunächst sei festzustellen, dass anlasslose Massentestungen nur unter bestimmten Voraussetzungen einen unabhängigen Beitrag zur Eindämmung der Pandemie leisten können. Neben der im Zusammenhang mit 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: Antigentests als 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 Labore 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 Bedarf (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 Nationale Teststrategie trägt dem sehr

differenziert und umfänglich Rechnung. Ihre Umsetzung ist hier bei jeder Entscheidungsfindung als zentraler Baustein zu beachten.

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.

**Punkt 2:** sämtliche PCR-Testkapazitäten nutzen, ausdrücklich auch durch nicht-ärztlich geführte wissenschaftliche Labore

Stellungnahme:

Mit dem 3. Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 wurde der § 24 IfSG dahingehend geändert, dass nunmehr der Arztvorbehalt für die Führung des direkten oder indirekten Nachweises eines in § 7 IfSG genannten Krankheitserregers aufgehoben wird und nunmehr auch ein Zahn- oder Tierarzt diesen Nachweis führen kann, soweit dieses in einer Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit so bestimmt ist. Begründet wurde diese Änderung mit der zum Zeitpunkt der Beschlussfassung zum Gesetz im Oktober 2020 bestehenden Einschätzung, dass die humanmedizinischen Labore für die Bewältigung der Pandemie allein keine ausreichenden Laborkapazitäten werden aufbauen und bereitstellen können.

In der Folge zeigte sich, dass

- diese Einschätzung nicht zutrifft und insbesondere heute nicht mehr stimmt: Durch den Aufbau von bis zu 3,1 Millionen SARS-CoV-2-PCR-Testkapazitäten in den deutschen Laboren, von denen nur ein vernachlässigbar kleiner Teil auf die Kapazitäten von Zahn- und Tierärzten entfällt, wären und sind zu jedem Zeitpunkt ausreichende Kapazitäten zur Abdeckung des nach IfSG notwendigen Bedarfs an Testungen (Diagnostik bei Kranken und Verdachtsfällen, Ausbruchsmanagement und Kontaktpersonennachverfolgung) sowie für präventive Testungen nach der Nationalen Teststrategie vorhanden.
- es neben der Frage von verfügbaren Kapazitäten zur Einschätzung des SARS-CoV-2-Infektionsgeschehens einer zeitnahen Meldung der diagnostizierten Fälle auf digitalem Wege entsprechend der gesetzlichen Regelungen bedarf. Diese Regelungen sind von Zahn- und Tierärzten aufgrund der hier primär nicht vorhandenen IT-Infrastruktur nicht oder nur mit erheblichem Aufwand umzusetzen.
- die Einhaltung der Vorgaben des Medizinprodukterechtes zur Qualitätssicherung der Leistungserbringung nicht ausreichend überwacht wurde. Damit ist ein erhöhtes Risiko für fehlerhafte Testergebnisse gegeben. Im Zuge der Anpassungen der Coronavirus-Testverordnung mit der Deprofessionalisierung der Testinfrastruktur haben sich flächendeckend vielfältige Qualitätsmängel ergeben, die zu teils erheblichen Nachteilen für die untersuchten Personen geführt haben und zudem über die notwendigen weiteren Testungen in ärztlich geführten medizinischen Laboren zu vermeidbaren Zusatzkosten geführt haben.

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 von 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.

**Punkt 3:** Aufbau einer Infrastruktur für PCR-Massentests in Zusammenarbeit mit Ländern und Kommunen, die einen niedrigschwelligen Zugang zu Selbsttests und Probenabgabe ermöglicht (z.B. in Supermärkten, Postfilialen etc.)

#### Stellungnahme:

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 in ein medizinisches Labor. In Phasen einer hohen Inzidenz sind Pooltestungen aufgrund der in diesen Phasen hohen Positivquote 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 durch die Nachtestung von vorhandenen

Rückstellproben oder neu abzunehmenden Zweitproben verbunden ist. Eine Steigerung der PCR-Testkapazitäten an sich ist mit dem Verfahren nicht möglich.

**Punkt 4:** Ermöglichung regelmäßiger PCR-Screenings in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, Schulen, Kindergärten und Betrieben

Stellungnahme:

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 <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/aerztlicher-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.

**Punkt 5:** Deutliche Reduktion des Preises pro Test durch Skaleneffekte sowie durch den Wegfall der Notwendigkeit von professionellen Abstrichen

Stellungnahme:

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 gezahlt, ob damit eine Einzelprobenuntersuchung oder eine Pool-Testung verbunden ist. Rechnet man die Vergütungen für Pool-PCR-Testungen auf die anfallenden Kosten jeder untersuchten Person 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, meist aus dem nicht-ärztlichen/medizinischen Bereich, zu beobachten.

### **Zusammenfassung:**

1. Die in Deutschland aktuell verfügbaren flächendeckenden SARS-CoV-PCR-Testkapazitäten im Umfang von ca. 3,1 Millionen PCR-Testungen je Arbeitswoche (RKI-Wochenbericht vom 21.04.2022, Basis sind die freiwilligen Angaben von 182 Laboren für die KW 16) übersteigen den aktuellen Bedarf an Testungen (ca. 1,1 Millionen PCR-Testungen in KW 15) 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.