

Große Anfrage

der Fraktion der SPD

und

Antwort

der Landesregierung

Aus den Entwicklungen, Abläufen und dem Krisenmanagement des Ministeriums für Soziales und Integration in der Corona-Krise in Baden-Württemberg für die Zukunft lernen

Große Anfrage

Wir fragen die Landesregierung:

I. Auftakt Krisenmodus am 13. März 2020

1. Wie viele der 569 mit SARS-CoV-2 infizierten Personen in Baden-Württemberg (Stand 13. März 2020) wiesen Symptome auf bzw. waren in stationärer Krankenhausbehandlung und wie viele infizierte Personen waren schon wieder symptomfrei?
2. Wie beurteilt sie insgesamt den Auftakt des Krisenmodus in Baden-Württemberg auch im Vergleich zu den anderen Bundesländern unter Darlegung, welche Vor- und Nachteile sich anhand dieses Vergleichs aufzeigen lassen und welche konkreten Folgerungen sie für zukünftiges Krisenmanagement zieht?

II. Infrastruktur und (Schutz-)Material zu Beginn und im Verlauf der Krise

1. Welches Fazit zieht sie aus den seit Auftakt des Krisenmodus aufgetretenen Problemen bei der Beschaffung von Schutzkleidung, den Engpässen bei (der Herstellung von) Desinfektionsmitteln und den Problemen bei der Medikamenten- und Impfstoffversorgung (z. B. hinsichtlich Produktion, Import und Verteilung) in Baden-Württemberg?
2. Welche Konsequenzen zieht sie aus den in der vorherigen Frage beschriebenen Problemen für zukünftige Krisen (z. B. hinsichtlich einer krisenfesten Infrastruktur, Kooperationen und Vermeidung von Engpässen)?

3. Welche Handlungsempfehlungen und Best Practice-Beispiele (z. B. hinsichtlich Aufbau, [maximaler] Auslastung, Vorhaltung, Kooperationsvereinbarungen, Personalmanagement und -beschaffung, Kosten usw.) sind aus dem Zeitraum vom Auftakt Krisenmodus am 13. März 2020 bis zum Stichtag 31. Mai 2020 bezüglich Intensivbetten und Beatmungsplätzen sowie Betten in „Kliniken der zweiten Reihe“ (z. B. Teile von Rehakliniken, reaktivierte geschlossene Krankenhäuser sowie Not-Krankenhäuser in Messe- oder Sporthallen) in Baden-Württemberg festzuhalten?
4. Welche Handlungsempfehlungen kann sie bezüglich des Hochfahrens von Testkapazitäten geben, z. B. in Bezug auf sinnvolle Maßnahmen, mögliche Probleme sowie die benötigten zeitlichen und personellen Ressourcen bei der Koordination der hochgefahrenen Testkapazitäten?
5. Wie beurteilt sie aus heutiger Sicht die Frage der vorrangigen Testung und beschleunigten Bereitstellung der Testergebnisse von bestimmten Personengruppen (z. B. Personal im Gesundheitsbereich)?

III. Personelle Situation während der Krise

1. Welche Maßnahmen (z. B. Einsatzkonzepte für Medizinstudierende, Rückholung aus der Rente u. ä.) wurden ergriffen, um personelle Engpässe in den Krankenhäusern zur Versorgung an Covid-19 erkrankten Patientinnen und Patienten zu beheben?
2. Welche Best Practice-Beispiele liegen ihr hinsichtlich der Aktivierung von Ärztinnen und Ärzten mit im Ausland erworbenen Abschlüssen ohne Fachsprachtest, der Einsatzmöglichkeiten von Ärzten ohne Kenntnisprüfung und ähnlichen Maßnahmen vor?
3. Wie beurteilt sie im Hinblick auf die personelle Situation während der Corona-Krise den bürokratischen Aufwand zur Einstellung neuen Personals, beispielsweise ausländischer Pflegekräfte?
4. Wie viele Arztpraxen in Baden-Württemberg waren während der Zeit vom 13. März 2020 bis zum 31. Mai 2020 aus welchen Gründen unbesetzt?
5. Wie beurteilt sie die durch zahlreiche Vakanzen geprägte Personalsituation sowie den personellen Mehrbedarf an kommunalen Gesundheitsämtern während der Zeit vom Auftakt Krisenmodus am 13. März 2020 bis zum Stichtag 31. Mai 2020 unter Angabe, in welchem Umfang Personal in den öffentlichen Gesundheitsämtern seit Auftakt des Krisenmodus bereits aufgestockt wurde?
6. Wie wurde die vom Minister bestätigte Vorgabe der Erstellung eines Teams aus fünf Personen pro 20.000 Einwohner zur Nachverfolgung bis zum 31. Mai 2020 umgesetzt?

IV. Baden-Württembergischer Pandemieplan

1. Inwieweit ist eine Überarbeitung des Pandemieplans in Baden-Württemberg bzw. die Anpassung des Influenzapandemieplans geplant unter Darlegung, bis zu welchem Zeitpunkt diese Überarbeitung ggf. durchgeführt werden soll?
2. Werden bzw. wurden im Zuge der Überarbeitung des Pandemieplans in Baden-Württemberg auch sämtliche Pandemie- und Alarmpläne in den kommunalen Gesundheitsämtern und in den Krankenhäusern aktualisiert bzw. bezüglich der Kompatibilität mit dem Pandemieplan für Baden-Württemberg überprüft?
3. An welcher Stelle wurde das koordinierte Vorgehen während der Corona-Krise in Baden-Württemberg bisher wie dokumentiert?

4. Welche Hinweise, z. B. im Hinblick auf die Festlegung und Kommunikation der Containment- und Protection-Phase, können aus der in der vorherigen Frage genannten Dokumentation des koordinierten Vorgehens (Stand 31. Mai 2020) ggf. für die Zukunft gezogen werden und sollten daher im überarbeiteten Pandemieplan berücksichtigt werden?
 5. Wie beurteilt sie Stand 31. Mai 2020 das uneinheitliche Vorgehen der Kommunen im Hinblick auf die Kontaktaufnahme, Nachverfolgung und Kontrolle von mit SARS-CoV-2 infizierten Personen und Kontaktpersonen unter Darlegung, welche Konsequenzen daraus für die Neufassung bzw. Überarbeitung des Pandemieplans zu ziehen sind?
- V. Koordination durch das Ministerium für Soziales und Integration sowie Arbeit von Gremien während der Krise
1. Welche Best Practices, besonders effektiven Maßnahmen und Handlungsempfehlungen welcher Gremien sind für die Zukunft festzuhalten, z. B. hinsichtlich der Zusammensetzung und des Zeitpunkts der Bildung einer Lenkungsgruppe, deren Vorgehen und Arbeitsweise?
 2. Wer gehört zum Krisenstab des Ministeriums für Soziales und Integration unter Darlegung, welche Best Practices aus dessen Arbeit festgehalten werden können und ob auch die Fachlichkeit externer Partner, die Ärzteschaft, systemrelevante Einrichtungen der Wohlfahrtspflege und andere Einrichtungen bzw. Akteure der Gesundheitsversorgung einbezogen werden?
 3. Wie oft, auf welchem Weg und mit wem verläuft der interministerielle Austausch in Baden-Württemberg und welche Best Practices sind hierbei für die Zukunft festzuhalten?
 4. An welchen Stellen sieht sie welches Verbesserungspotenzial (Stand 31. Mai 2020) für die Arbeit der „Task Force Beschaffung“ im Ministerium für Soziales und Integration (z. B. in Bezug auf Kommunikation mit Verbänden, die Koordination sowie Verteilungsorganisation z. B. an Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen, Zahnarztpraxen, ambulante Pflegedienste usw., das Vorgehen der rein schriftlichen Einholung von Angeboten)?
- VI. Bisheriges Resümee der Entwicklungen und einzelner Maßnahmen in Baden-Württemberg während der Zeit vom Auftakt Krisenmodus am 13. März 2020 bis zum Stichtag 31. Mai 2020
1. Wie beurteilt sie die Qualität der Meldungen der aktuellen Fallzahlen aus den kommunalen Gesundheitsämtern hinsichtlich Zeitnähe und Vollständigkeit (von Beginn der Krise bis zum Stand 31. Mai 2020) unter Angabe, mit welchen Maßnahmen die Meldevorgänge zukünftig verbessert werden können?
 2. Wie hätte man rückblickend pflegebedürftige Menschen in Heimen und Wohngemeinschaften von Anfang an besser schützen können?
 3. Welches Konzept hält sie bezüglich der Durchführung von Testungen in Pflegeeinrichtungen – auch im Vergleich zu dem Vorgehen anderer Bundesländer – für das sinnvollste?
 4. Welche Informationen liegen ihr bezüglich der (Nicht-)Erreichbarkeit der Notfallpraxen und Ambulanzen in Krankenhäusern in Baden-Württemberg während der Zeit vom Auftakt Krisenmodus am 13. März 2020 bis zum Stichtag 31. Mai 2020 vor und welche Schlüsse zieht sie bzgl. eigener Maßnahmen daraus?

5. In welchem Umfang wurden während der Zeit vom Auftakt des Krisenmodus am 13. März 2020 bis zum Stichtag 31. Mai 2020 telemedizinische Angebote, z. B. zertifizierte Videosprechstunden, in Baden-Württemberg ausgebaut?
6. Wie beurteilt sie die Stabilität dieser Angebote und welche Maßnahmen ergreift sie, um diese in Zukunft ggf. zu verbessern?
7. Welche Vor- und Nachteile sieht sie in Bezug auf die von Minister Lucha vorgeschlagene Eingliederung des Landesgesundheitsamts in das Ministerium für Soziales und Integration unter Angabe, mit welchen konkreten Schritten sie ggf. wann diesbezüglich handeln wird?
8. Wie hoch schätzt sie die in Baden-Württemberg bereits entstandenen bzw. noch entstehenden Kosten für den Schutzschirm der Krankenhäuser und weiterer Maßnahmen der Gesundheitsversorgung und Pflege ein (aufgeteilt nach Kostenanteilen für den Bund, das Land Baden-Württemberg und dessen Kommunen)?

27.05.2019

Stoch, Gall, Hinderer, Wölfle
und Fraktion

Begründung

Mit der vorliegenden Großen Anfrage sollen die während der Corona-Krise entstandenen Entwicklungen, erfolgten Abläufe und getroffenen Maßnahmen des Ministeriums für Soziales und Integration reflektiert werden, um daraus Vor- und Nachteile abzuwägen, Best Practices aufzuzeigen und Handlungsempfehlungen abzuleiten. Ziel der Großen Anfrage ist es, die gewonnenen Erkenntnisse zusammenzutragen und dadurch für zukünftige Situationen dieser Art besser vorbereitet zu sein.

Antwort

Schreiben des Staatsministeriums vom 20. August 2020:

In der Anlage übersende ich unter Bezugnahme auf § 63 der Geschäftsordnung des Landtags von Baden-Württemberg die von der Landesregierung beschlossene Antwort auf die Große Anfrage.

Schopper
Staatsministerin

Anlage: Schreiben des Ministeriums für Soziales und Integration

Mit Schreiben vom 17. August 2020 Nr. 54-0141.5-016/8175 beantwortet das Ministerium für Soziales und Integration im Einvernehmen mit dem Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration, dem Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau und dem Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst die Große Anfrage wie folgt:

Wir fragen die Landesregierung:

I. Auftakt Krisenmodus am 13. März 2020

1. Wie viele der 569 mit SARS-CoV-2 infizierten Personen in Baden-Württemberg (Stand 13. März 2020) wiesen Symptome auf bzw. waren in stationärer Krankenhausbehandlung und wie viele infizierte Personen waren schon wieder symptomfrei?

Bis zum 13. März 2020 wurden dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 625 SARS-CoV-2 Fälle übermittelt (Stand 24. Juli 2020). Bei 521 Fällen lagen Angaben zu Symptomen vor (83 Prozent). Bei 78 Patienten war eine Krankenhausbehandlung angegeben.

Die Anzahl der Genesenen wird im Rahmen der Meldepflicht nicht erfasst. Zur Berechnung werden nicht-verstorbene Fälle mit bekanntem Erkrankungsbeginn oder Meldedatum 14 Tage zuvor, die nicht hospitalisiert werden mussten oder bereits vor sieben Tagen aus dem Krankenhaus entlassen wurden sowie nicht-verstorbene Fälle ohne Hospitalisierungsdaten mit Erkrankungsbeginn oder Meldedatum bis vier Wochen zuvor, herangezogen. Nach dieser Berechnung waren zum 13. März 2020 22 Personen genesen.

Die angefragten Daten zu stationären Krankenhausbehandlungen des Jahres 2020 mit der Diagnose Covid-19 liegen voraussichtlich im 4. Quartal 2021 vor. Stationäre Krankenhausbehandlungen nach Diagnosen werden in der Krankenhausstatistik/Erhebungsteil Diagnosen als jährliche Vollerhebung erfasst. Die auskunftspflichtigen Krankenhäuser melden die Daten des Berichtsjahres im ersten Quartal des Folgejahres. Die Veröffentlichung erfolgt planmäßig im 4. Quartal des Folgejahres.

2. Wie beurteilt sie insgesamt den Auftakt des Krisenmodus in Baden-Württemberg auch im Vergleich zu den anderen Bundesländern unter Darlegung, welche Vor- und Nachteile sich anhand dieses Vergleichs aufzeigen lassen und welche konkreten Folgerungen sie für zukünftiges Krisenmanagement zieht?

Die Landesregierung hat sehr frühzeitig auf die sich abzeichnende Corona-Lage reagiert und bereits vor Auftreten der ersten Infektionsfälle in Deutschland bzw. in Baden-Württemberg erste Maßnahmen im Rahmen eines vorbereitenden Krisenmanagements eingeleitet. Auf dieser Grundlage war es möglich, bei Auftreten der ersten Infektionsfälle in Deutschland und in Baden-Württemberg nahtlos in den Krisenmodus „zu schalten“ und sehr schnell die zur Bewältigung der aktuellen Corona-Krisenlage notwendigen Strukturen zu aktivieren. Neben der zentralen Thematik des umfassenden Gesundheitsschutzes der Bevölkerung galt es dabei auch, den Erhalt der eigenen Arbeitsfähigkeit durch entsprechende Maßnahmen zum Infektionsschutz der Landesverwaltung insgesamt zu sichern (Pandemieschutz).

Bereits am Tag nach Auftreten des ersten Falls in Baden-Württemberg wurden Organisationseinheiten des Krisenmanagements aktiviert. So hatte das Ministerium für Soziales und Integration alle relevanten Akteure, darunter die Kommunalen Landesverbände, die Baden-Württembergische Krankenhausesellschaft, die Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung, zu Abstimmungen zum weiteren Vorgehen zusammengerufen. Dieser Kreis wurde in den folgenden Wochen erweitert und tritt bedarfsabhängig als „AG Corona“ zusammen.

Das Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration hat noch am gleichen Tag seinen Verwaltungsstab einberufen und in Abstimmung mit dem Staatsministerium und dem Ministerium für Soziales und Integration den Interministeriellen Verwaltungsstab unter Beteiligung aller Ressorts aktiviert.

Es liegen keine umfassenden und vollständigen Erkenntnisse bzgl. des Auftakts des Krisenmodus in den anderen Bundesländern vor, insofern können diesbezüglich keine Aussagen oder vergleichenden Bewertungen vorgenommen werden.

Nachdem die Corona-Krise voraussichtlich erst dann endgültig überwunden sein wird, wenn eine wirksame Impfung zur Verfügung steht, müssen bis dahin die bisherigen Erfahrungen in eine „Normalität mit Corona“ einfließen. Dies betrifft insbesondere das Verhalten der Bevölkerung, eine lageangepasste Teststrategie sowie eine abgestimmte ambulante und stationäre Patientenversorgung mit vorgeplanten Reservekapazitäten.

II. Infrastruktur und (Schutz-)Material zu Beginn und im Verlauf der Krise

1. Welches Fazit zieht sie aus den seit Auftakt des Krisenmodus aufgetretenen Problemen bei der Beschaffung von Schutzkleidung, den Engpässen bei (der Herstellung von) Desinfektionsmitteln und den Problemen bei der Medikamenten- und Impfstoffversorgung (z. B. hinsichtlich Produktion, Import und Verteilung) in Baden-Württemberg?

Die Versorgung der Beschäftigten ist die gesetzliche Verpflichtung der Anstellungsträger und wird hinsichtlich des Umgangs mit infektiösem Material durch die Biostoff-Verordnung konkretisiert. Der Beginn der ersten Corona-Welle war durch zwei Schwierigkeiten gekennzeichnet: zum einen waren die üblichen Lieferketten durch die Probleme vor allem in China nicht mehr funktionsfähig und zum anderen werden Atemschutzmasken, die bei einem Infektionsgeschehen wie Corona mit vorwiegend respiratorischer Problematik unabdingbar sind, bei der üblichen Patientenversorgung kaum benötigt. Die Landesregierung ist daher mit eigenen Beschaffungen von Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) notfallmäßig eingesprungen, um die Lücke so lange zu schließen, bis die normalen Beschaffungswege wieder nutzbar wurden. Dieses Ziel wurde erreicht.

Es liegt nun wieder in der Verantwortung der Anstellungsträger, für ausreichende Vorräte an PSA zu sorgen, der Pandemieplan des Landes weist mehrfach darauf hin.

Durch den guten Kontakt zu den Verbänden der Akteure im Gesundheitswesen konnten zu Beginn und während der Pandemie kurzfristig und flexible Lösungen gefunden werden, um temporär oder lokal auftretenden Engpässen zu begegnen. Insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung hat sich das Vorhandensein flächendeckender dezentraler und gleichzeitig – koordiniert durch die Selbstverwaltung – kooperierender Versorgungsstrukturen bewährt.

Bezüglich der Resilienz von Lieferketten bei Arzneimitteln befindet sich das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau im Rahmen des regelmäßig stattfindenden Pharmadialoges im ständigen Austausch mit Verbänden und Unternehmen, um den aktuellen dynamisch sich verändernden Anforderungen im Gesundheitswesen an die Wirtschaftsakteure zum Beispiel bei regulatorischen Anforderungen, Fragen des geistigen Eigentums, Digitalisierung etc. gerecht zu werden. Auch die Anregungen aus diesem Gremium finden in dem derzeit in Arbeit befindlichen Strategiepapier Berücksichtigung.

Das Thema der systemrelevanten Schutzausrüstung konnte auf Basis der bestehenden Strukturen ebenfalls zeitnah mit Eintreten der Pandemie angegangen werden durch Errichtung einer Task-Force unter Einbindung der BIOPRO Baden-Württemberg GmbH. Eingeleitet wurde hier unter anderem die Kopplung der Bedarfe mit vorhandenen Infrastrukturen im Land und Unterstützung des Aufbaus neuer Produktionsstätten insbesondere im Bereich der Maskenproduktion. Hierzu wurden mittlerweile diverse Fördermaßnahmen auf Bundesebene ausgeschrieben und es wurde seitens der Landesregierung eine Bevorratung eines Anteils der bedarfsseitig ermittelten Schutzmasken beschlossen, die sich derzeit in der Umsetzung befindet.

2. Welche Konsequenzen zieht sie aus den in der vorherigen Frage beschriebenen Problemen für zukünftige Krisen (z. B. hinsichtlich einer krisenfesten Infrastruktur, Kooperationen und Vermeidung von Engpässen)?

Die Sicherstellung der Funktionsfähigkeit von Kritischen Infrastrukturen (KRITIS) ist Aufgabe der jeweiligen Betreiber der Kritischen Infrastruktur – dies umfasst auch ein adäquates Risiko- und Krisenmanagement. Gleichzeitig erfordert der Schutz von KRITIS ein koordiniertes Zusammenwirken von Betreibern und staatlichen Stellen. Die bisherige Lage verdeutlichte die Bedeutung eines gut etablierten, präventiven wie reaktiven Krisenmanagements.

Das Zusammenwirken von KRITIS-Betreibern und staatlichen Stellen hat sich in der Corona-Lage bewährt. Trotz des Infektionsgeschehens und der zu dessen Eindämmung ergriffenen Maßnahmen kam es zu keinen relevanten Einschränkungen im Bereich der KRITIS. In manchen Bereichen bestand das Risiko, dass Unternehmen nur noch dann von ihren Zulieferern beliefert werden, wenn sie nachweisen konnten, dass sie „systemrelevant“ sind oder zu den KRITIS zählen. Daher wurde innerhalb kurzer Zeit zwischen dem Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration sowie den betroffenen Ressorts und den kommunalen Landesverbänden ein Verfahren zur Ausgabe entsprechender Bestätigungen abgestimmt. Dabei wurde auch der Wunsch der KRITIS-Betreiber aufgegriffen, Bescheinigungen für die dort Beschäftigten ausstellen zu können, falls es zu Ausgangsbeschränkungen gekommen wäre.

Dies zeigt, dass die bereits etablierten Strukturen des Krisenmanagements der Landesverwaltung wirksam und zwingend erforderlich sind. Dies gilt sowohl für präventive als auch für reaktive Maßnahmen und Werkzeuge. Beispiele hierfür sind Vorplanungen etwa zur Warnung und Information der Bevölkerung, die Vernetzung zu Krisenmanagement-Themen der Ressorts innerhalb sowie mit Verbänden und KRITIS-Betreibern außerhalb der Landesverwaltung, Übungen wie die länderübergreifende Übungsreihe LÜKEX zum strategischen Krisenmanagement oder die Stabsarbeit als Werkzeug des Krisenmanagements und die zentrale Koordination dieser Themen beim Referat Krisenmanagement des Ministeriums für Inneres, Digitalisierung und Migration. Die Erkenntnisse der Corona-Lage werden genutzt, um diese Maßnahmen weiter zu verstetigen und zu optimieren.

Im Bereich der KRITIS sollen die Erfahrungen der Corona-Lage in eine bereits in Vorbereitung befindliche gemeinsame Bund-Länder-Strategie zum Schutz Kritischer Infrastrukturen einfließen. So hat sich in der Pandemie gezeigt, dass es Unternehmen und Einrichtungen geben kann, die nicht per se den bisherigen KRITIS-Sektoren zuzurechnen, lageabhängig jedoch von großer Relevanz sind – in der Corona-Lage beispielsweise Hersteller von Persönlicher Schutzausrüstung.

Im Bereich der Schutzmasken sind neben Fördermaßnahmen mittlerweile Informationsplattformen zunächst auf Landesebene und mittlerweile auf Bundesebene eingerichtet worden, um Bedarfe mit potenziellen Anbietern bestmöglich zusammenzuführen. Auch diese Expertise wird für zukünftige Krisen mit Sicherheit hilfreich sein.

Bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung gilt ganz allgemein, dass lokale oder pandemische Infektionslagen nicht mehr nur auf Übungen beschränkt bleiben, sondern sehr schnell Realität werden können. Dies muss zur Folge haben, dass sich alle Bedarfsträger darauf einstellen müssen, ihre Aufgaben so zu strukturieren, dass auch unter Infektionsbedingungen die Patientenversorgung störungsfrei von statten geht. Dazu gehört insbesondere die gesetzliche Verpflichtung der Anstellungsträger, ihre Beschäftigten mit der vorgeschriebenen Persönlichen Schutzausrüstung auszustatten. Von Landesseite ist dazu vorgesehen, die Abhängigkeit von fernöstlichen Herstellern dadurch zu verringern, dass mit einheimischen Herstellern Vereinbarungen über festgelegte Lieferkontingente unter dem Stichwort „Resiliente Beschaffung“ abgeschlossen werden, ohne dass sich an der Zuständigkeit der Anstellungsträger etwas ändert.

Auch gilt es, die Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission bezüglich der Gefahrenabwehr zu intensivieren. Das Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration hat hierzu bereits vor der Corona-Pandemie entsprechende Initiativen ergriffen und steht im Austausch mit den Partnern in der zuständigen Generaldirektion.

3. *Welche Handlungsempfehlungen und Best Practice-Beispiele (z. B. hinsichtlich Aufbau, [maximaler] Auslastung, Vorhaltung, Kooperationsvereinbarungen, Personalmanagement und -beschaffung, Kosten usw.) sind aus dem Zeitraum vom Auftakt Krisenmodus am 13. März 2020 bis zum Stichtag 31. Mai 2020 bezüglich Intensivbetten und Beatmungsplätzen sowie Betten in „Kliniken der zweiten Reihe“ (z. B. Teile von Rehakliniken, reaktivierte geschlossene Krankenhäuser sowie Not-Krankenhäuser in Messe- oder Sporthallen) in Baden-Württemberg festzuhalten?*

Die Erfahrungen mit der Covid-19-Pandemie aus den Nachbarländern haben gezeigt, dass die Intensivbetten- und insbesondere die Beatmungskapazitäten einen entscheidenden Engpass bei der medizinischen Versorgung schwer erkrankter Covid-19-Patientinnen und -Patienten darstellt. Das Land hat sich daher frühzeitig entschieden, massiv auf die die Erweiterung der Intensiv- und Beatmungskapazitäten bei den Krankenhäusern hinzuwirken und diese dabei zu unterstützen.

Dies ist gelungen, die Krankenhäuser im Land haben die Intensiv- und Beatmungskapazitäten deutlich erhöht. In den Krankenhäusern wurden u. a. stillgelegte Beatmungsgeräte wieder in Betrieb genommen und aus Schulungsbereichen abgezogen. Auch in OP-Sälen und in Aufwächerräumen wurden Beatmungsplätze für Covid-19-Patienten eingerichtet. Sowohl vom Land als auch vom Bund wurden zentral Beatmungsgeräte bestellt und werden nach sukzessiver Lieferung an die Krankenhäuser weitergegeben. Zu Beginn der Krise standen rund 2.000 bis 2.200 Beatmungsplätze zur Verfügung; Ende Mai waren es ca. 3.800. Der Aufbau wird sich, etwa durch die vom Land und Bund bestellten Geräte, noch weiter erhöhen bis zum Ziel von insgesamt 5.000 bis 5.500 Beatmungsmöglichkeiten.

Die vom Land und Bund beschafften Beatmungsgeräte sind teilweise mobil und ohne vorhandene Druckluft-Anschlüsse einsetzbar und können daher auch auf Normalstationen, in Rehakliniken und notfalls auch in Behelfskrankenhäusern eingesetzt werden. Sie bieten daher ein hohes Maß an Flexibilität.

Für einen insgesamt erhöhten Bettenbedarf in einer Pandemie hat sich das Schalenmodell mit dem stufenweisen Einbezug der Behandlungskapazitäten von Rehabilitations- und Fachkliniken bis hin zu Behelfskrankenhäusern bewährt. Dieses sieht in den beiden zentralen Stufen die Akutversorgung durch Universitätskliniken und Plankrankenhäusern vor.

Als erste Erweiterungsstufe zur Unterstützung des Akutsektors sind Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Fachkrankenhäuser mit erweitertem Versorgungsauftrag vorgesehen.

Das Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz ermöglicht es den Ländern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als sog. „Entlastungskrankenhäuser“ zu benennen, die zur Finanzierung dieser Behandlungsleistungen eine Pauschalvergütung erhalten.

Dabei wurde davon ausgegangen, dass von den rund 25.000 baden-württembergischen, stationären Rehabilitationsbetten bis zu 17.000 Betten als zusätzliche Kapazitäten für die Entlastung der Akutkrankenhäuser in Frage kommen könnten. Um eine sofortige Umsetzung zu gewährleisten, hat das Land bereits zum 2. April 2020 die rechtlichen Voraussetzungen in Form einer Allgemeinverfügung geschaffen, die es grundsätzlich allen vom Anwendungsbereich des § 22 KHG-neu erfassten Reha-Einrichtungen ermöglicht, an der akutstationären Versorgung (§ 39 SGB V) teilzunehmen, wenn und soweit sie eine entsprechende Kooperation mit einem Akutkrankenhaus eingehen.

Stand 15. Juni 2020 wurden zwischen 71 Rehabilitationskliniken und 63 Akutkrankenhäuser insgesamt 105 entsprechende Vereinbarungen geschlossen. Die konkreten Leistungszahlen sind noch nicht bekannt. Die meisten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen stellten umfassende Anträge auf Ausgleichszahlungen für Bettenleerstand (§ 111 d SGB V).

Vergleichbares gilt für Fachkrankenhäuser, die sich dadurch auszeichnen, dass sich ihr Versorgungsauftrag auf eine oder wenige Fachabteilungen oder auch nur auf Teile eines Fachgebietes beschränkt. Dabei handelt es sich beispielsweise um Fachkliniken für Herzchirurgie, Orthopädie, Psychiatrie und Psychotherapie oder

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Um eine sinnvolle Unterstützung für die allgemeinversorgenden Krankenhäuser leisten zu können, musste der Versorgungsauftrag der Fach-Krankenhäuser befristet erweitert werden, sodass dort auch Patientinnen und Patienten aus einem anderen Fachgebiet, in der Regel der Inneren Medizin, behandelt werden können. Auch für diese Konstellation wurden die rechtlichen Voraussetzungen vom Land am 9. April 2020 in Form einer Allgemeinverfügung geschaffen. Auch in diesem Fall ist jedoch eine Kooperation mit einem möglichst benachbarten allgemeinversorgenden Akutkrankenhaus erforderlich, um eine möglichst gute Patientensteuerung zu erzielen. Die Vergütung der zusätzlich erbrachten Leistungen ist nach der Erweiterung des Versorgungsauftrags über die übliche Krankenhausfinanzierungssystematik möglich.

Die bisherige Erfahrung zeigt diese Erweiterungsstufe als äußerst wirksame Unterstützung. Medizinische Ausstattung und Kompetenz ist in Rehakliniken und Fachkrankenhäusern bereits vorhanden; wenn auch hauptsächlich für leichtere, geeignete Akutfälle. Entsprechende Vorgaben wurden vom Land via Allgemeinverfügungen für die Zusammenarbeit zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitationseinrichtung bzw. Fachkrankenhaus vorgegeben. Auch in Krisenfällen ist so ein Mindestmaß an Versorgungsqualität gewährleistet.

In der zweiten Erweiterungsstufe, der Reaktivierung geschlossener Stationen oder Krankenhäuser bestand die Möglichkeit, kurzfristig rund 700 bis maximal 1.000 zusätzliche Betten zu schaffen.

In der dritten Erweiterungsstufe kommen die räumlichen Ressourcen von Hotels und sonstigen Ausweichliegenschaften in Betracht, in Stufe 4 Container und Zelte. Diese eignen sich in unterschiedlichem Maß für die akutstationäre Versorgung. Die Abfrage geeigneter Ausweichliegenschaften entlang entsprechend definierter Parameter für die unterschiedlichen Arten von Ausweichliegenschaften ist durch das Sozialministerium erfolgt. Durch Allgemeinverfügungen vom 16. April 2020 wurde Hochschulkliniken und Plankrankenhäusern alsdann die befristete rechtliche Möglichkeit gegeben, während der Pandemie die Behandlung und Versorgung auch an anderen Betriebsstellen und Satelliten durchzuführen. Dadurch wurde diesen Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben, weitere Betriebsstellen und Satelliten, z. B. Hotels, Messehallen, Turnhallen etc., einzurichten und zu betreiben. Eine Inanspruchnahme der Kapazitäten in diesen Erweiterungsstufen war bisher nicht erforderlich.

Neben den räumlichen Voraussetzungen setzt die Erweiterung der Kapazitäten, insbesondere in den Erweiterungsstufen 3 und 4, zwingend eine entsprechende personelle Ausstattung voraus. Für den ärztlichen Bereich und die Medizinischen Fachangestellten hat die Landesärztekammer (LÄK) u. a. in Abstimmung mit dem Ministerium für Soziales und Integration zwei Aufrufe an derzeit nicht berufstätige Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinische Fachangestellte gestartet. Der Einsatz von Medizinstudentinnen und -studenten wurde über das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst angestoßen. Die zentrale Meldeplattform #pflegereserve in Kooperation mit der Bertelsmann-Stiftung zur Vermittlung von freiwilligen Pflegekräften ist am 1. April 2020 in Betrieb gegangen. Vermittelt werden examinierte Alten-, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie Pflegehelferinnen und -helfer und Angehörige weiterer pflegenaher Gesundheitsberufe.

In der aktuellen Krise hat sich gezeigt, dass sich der eingeschlagene Weg in der Krankenhausplanung mit einem abgestuften Versorgungssystem und der Konzentration und Schwerpunktbildung bewährt hat. Benötigt wurden aufgrund der Erfahrungen in anderen Ländern zum einen hochspezialisierte Intensiv- und Beatmungsplätze. Diese wurden überwiegend an den großen medizinischen und mittelgroßen Krankenhausstandorten vorgehalten und ausgebaut. Insbesondere durch die große Expertise und den hohen Grad der Professionalisierung an den spezialisierten Zentren konnte man sich schnell auf die individuellen Bedürfnisse der intensivbehandlungsbedürftigen Patienten einstellen und schnelle Rückschlüsse für weitere Therapieempfehlungen geben.

Diese Ressourcen müssen nicht kontinuierlich vorgehalten werden, sondern können lageabhängig aktiviert und in Betrieb genommen werden.

Nachdem weitere Pandemiewellen nicht ausgeschlossen sind, müssen allerdings die spezifischen Vorhaltungen aufrecht erhalten bleiben. Dies betrifft zum einen die Beatmungsgeräte, die einsatzbereit bleiben müssen, auch wenn ihre Anzahl den Regelbedarf übersteigt. Ferner findet derzeit die Abstimmung über die Vorhaltung eines 6- bis 8-Wochen-Vorrats durch alle Bedarfsträger statt. Schlussendlich müssen sich auch insbesondere die Krankenhausapotheken darauf einstellen, Arzneimittel für Infektionslagen in ausreichender Menge vorzuhalten.

4. Welche Handlungsempfehlungen kann sie bezüglich des Hochfahrens von Testkapazitäten geben, z. B. in Bezug auf sinnvolle Maßnahmen, mögliche Probleme sowie die benötigten zeitlichen und personellen Ressourcen bei der Koordination der hochgefahrenen Testkapazitäten?

Baden-Württemberg verfügt über eine sehr gute Infrastruktur im Bereich der niedergelassenen fachärztlichen Labore, die auf den im Rahmen der Covid-Pandemie steigenden Bedarf in Bezug auf PCR-Testungen auf SARS-CoV-2 durch entsprechende Kapazitätserweiterungen reagiert haben. Die Testkapazität der privaten fachärztlichen Labore in Baden-Württemberg hat sich nach den Angaben des ALM e. V. von 3.370 Tests pro Tag in Kalenderwoche 12 auf 16.030 Test pro Tag in Kalenderwoche 19 gesteigert. Zusätzlich stehen Testkapazitäten bei den Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern sowie beim Landesgesundheitsamt und der CVUA Stuttgart zur Verfügung.

Die aktuellen Testkapazitäten in Baden-Württemberg liegen bei ca. 150.000 Testungen pro Woche, das Landesgesundheitsamt verfügt in Kooperation mit dem Chemischen und Veterinäruntersuchungsamt (CVUA) Stuttgart über eine Kapazität von ca. 2.000 PCR-Testungen pro Woche.

Im Verlauf des Covid-Geschehens sind aufgrund der weltweit steigenden Nachfrage zeitweise Versorgungsengpässe mit Testkits und anderen für die Labortestung erforderlichen Materialien aufgetreten. Insbesondere die weltweit agierenden Hersteller von Testkits für PCR-Vollautomaten, die einen besonders hohen Probandendurchsatz gewährleisten, haben die Belieferung zeitweise kontingentiert. Durch gemeinsame Bemühungen des Bundes und der Länder konnte hier eine Verbesserung der Situation erreicht werden.

Bei ausreichender Verfügbarkeit von Testkits können die Testkapazitäten grundsätzlich durch entsprechende gerätetechnische und personelle Aufstockung im Landesgesundheitsamt noch weiter ausgebaut werden. Das Ministerium für Soziales und Integration prüft derzeit noch weitere Möglichkeiten zum Ausbau der Testkapazitäten im Land.

5. Wie beurteilt sie aus heutiger Sicht die Frage der vorrangigen Testung und beschleunigten Bereitstellung der Testergebnisse von bestimmten Personengruppen (z. B. Personal im Gesundheitsbereich)?

Grundsätzlich ist die zeitnahe Testung und Bereitstellung der Testergebnisse von Personen mit klinischem Verdacht auf eine Covid-19-Erkrankung bzw. nach Kontakt zu einem bestätigten Fall anzustreben.

In bestimmten Settings, wie zum Beispiel im medizinischen Bereich, ist die zeitnahe Testung vor dem Hintergrund der frühzeitigen Identifizierung von Infizierten sowie der Sicherstellung der Aufrechterhaltung der Personalkapazitäten von zentraler Bedeutung. Dies ist Gegenstand der Teststrategie des Landes Baden-Württemberg.

Bei Engpässen bezüglich der Testkapazitäten ist eine Priorisierung der Testungen zweckmäßig. Hierfür liegen entsprechende Empfehlungen des Robert Koch-Institutes vor, auf die gegebenenfalls verwiesen werden kann. Danach kommt symptomatischen Personen die höchste Priorität zu, an zweiter Stelle steht u. a. das Personal medizinischer und pflegerischer Einrichtungen bei Ausbrüchen. Die Lenkungsgruppe Coronavirus SARS-CoV-2 der Landesregierung hat das Ministerium für Soziales und Integration am 12. August 2020 beauftragt, in Zusammenarbeit mit ausgewählten Laboren, ein Priorisierungskonzept, das sich an den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts orientiert, zu erarbeiten.

III. Personelle Situation während der Krise

1. Welche Maßnahmen (z. B. Einsatzkonzepte für Medizinstudierende, Rückholung aus der Rente u. ä.) wurden ergriffen, um personelle Engpässe in den Krankenhäusern zur Versorgung an Covid-19 erkrankten Patientinnen und Patienten zu beheben?

In dieser besonderen Situation war und ist es geboten, alle verfügbaren und qualifizierten Kräfte einzusetzen, um die dringend notwendige medizinische Versorgung in den Intensivabteilungen zu gewährleisten. Um Anästhesiekräfte im Krankenhaus durch den Einsatz von Auszubildenden der Fachrichtung Anästhesietechnische Assistenz zu unterstützen, die sich derzeit in der Theoriephase befinden, hat sich das Ministerium für Soziales und Integration über die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft bei der insofern zuständigen Deutschen Krankenhausgesellschaft dafür eingesetzt, dass ein entsprechender Einsatz der Auszubildenden gegebenenfalls möglich ist, ohne den Abschluss der Ausbildung zu gefährden.

Nach Angaben der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft haben die Krankenhäuser zusätzliches Personal mobilisiert und eingestellt, um sich auf die große Anzahl an schwer erkrankten Covid-19-Patienten vorzubereiten. Es wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Elternzeit gebeten, vorzeitig an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Diejenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in Teilzeit arbeiten, wurden gebeten, vorübergehend ihre Arbeitszeit zu erhöhen. Außerdem wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter reaktiviert, die in Ruhestand gegangen sind. Zusätzlich wurde auch Leasingpersonal verpflichtet und Medizinstudentinnen und -studenten eingesetzt. Viele Krankenhäuser haben auch per Zeitung oder Internet nach zusätzlichem Personal mit einer medizinischen Ausbildung gesucht. Nach den Rückmeldungen der Krankenhäuser haben sich zahlreiche qualifizierte Personen gemeldet, von denen auch sehr viele eingestellt wurden. Zusätzlich wurde zusätzliches Sicherheitspersonal eingesetzt. Das gesamte Personal musste für den Einsatz in der Corona-Krise speziell geschult werden.

Da der befürchtete Anstieg an schwer kranken Covid-19-Patienten bislang ausgeblieben ist, gab es bis zum jetzigen Zeitpunkt insgesamt keine personellen Engpässe bei der Versorgung der Covid-19-Patienten.

Zur Unterstützung von Krankenhäusern und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens haben sich etwa 5.600 Studierende bereitgefunden. Von diesen studieren etwa 4.000 im Studiengang Humanmedizin, die Übrigen in anderen medizinischen oder medizinischen Studiengängen. Wie viele Studierende davon tatsächlich in Krankenhäusern oder sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens eingesetzt wurden, ist der Landesregierung nicht bekannt. Mittlerweile konnten durch die günstige Entwicklung der Pandemie die meisten Studierenden ihren Hilfseinsatz beenden.

Zu Maßnahmen bezüglich der Anerkennung von Ärztinnen und Ärzten, die ihre Berufsqualifikation in Drittstaaten erworben haben, wird auf die Antwort zu Frage III. 2. hingewiesen.

Für den ärztlichen Bereich und die Medizinischen Fachangestellten hat die Landesärztekammer (LÄK) u. a. in Abstimmung mit dem Sozialministerium zwei Aufrufe an derzeit nicht berufstätige Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinische Fachangestellte gestartet. Der Einsatz von Medizinstudentinnen und -studenten wurde über das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst angestoßen. Eine zentrale Meldeplattform #pfliegereserve in Kooperation mit der Bertelsmann-Stiftung zur Vermittlung von freiwilligen Pflegekräften ist am 1. April 2020 in Betrieb gegangen. Vermittelt werden examinierte Alten-, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie Pflegehelferinnen und -helfer und Angehörige weiterer pflegenaher Gesundheitsberufe.

2. Welche Best Practice-Beispiele liegen ihr hinsichtlich der Aktivierung von Ärztinnen und Ärzten mit im Ausland erworbenen Abschlüssen ohne Fachsprachtest, der Einsatzmöglichkeiten von Ärzten ohne Kenntnisprüfung und ähnlichen Maßnahmen vor?

Für die Deckung des Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten im Land spielt die Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen eine elementare Rolle. Die medizinischen Fakultäten im Land haben Ende Mai wieder mit der Durchführung von Kenntnisprüfungen für Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten begonnen. Die auf Grund der Corona-Pandemie ausgefallenen Prüfungstermine konnten mittlerweile vollständig ersetzt und an die betroffenen Antragstellenden vergeben werden. Mittlerweile nehmen alle Fakultäten wieder Kenntnisprüfungen ab; bis zum Jahresende werden zu den ohnehin bereits geplanten Prüfungsterminen voraussichtlich noch weitere hinzukommen.

Ärztinnen und Ärzte mit ausländischen Berufsqualifikationen können ohne Fachsprachprüfung und ggf. Kenntnisprüfung mit einer Berufserlaubnis nach § 10 der Bundesärzteordnung unter Aufsicht eines approbierten Arztes oder einer approbierten Ärztin tätig werden. Das Regierungspräsidium Stuttgart erteilt die Berufserlaubnis, wenn allgemeine Deutschsprachkenntnisse auf dem Niveau B2 nachgewiesen werden. Fachsprachkenntnisse auf dem Niveau C1 sind dann innerhalb von sechs Monaten nachzuweisen. Die Berufserlaubnis kann höchstens für eine Dauer von zwei Jahren ausgestellt werden.

Um Härten aufgrund der Corona-Pandemie abzuwenden, hat das Regierungspräsidium Stuttgart in Einzelfällen bestehende Berufserlaubnisse zeitnah auf der Basis von Zusagen der Weiterbeschäftigung um drei bis sechs Monate über den regulären Zeitraum von zwei Jahren hinaus verlängert. Da auch die Abnahme von Fachsprachprüfungen aufgrund der Corona-Pandemie teilweise ausgesetzt war, hat das Regierungspräsidium Stuttgart auf den Nachweis der bestandenen Fachsprachprüfung vorerst verzichtet, wenn der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin dem ausländischen Arzt bzw. der ausländischen Ärztin ausreichende Sprachkenntnisse für die aktuelle Tätigkeit bescheinigten.

3. Wie beurteilt sie im Hinblick auf die personelle Situation während der Corona-Krise den bürokratischen Aufwand zur Einstellung neuen Personals, beispielsweise ausländischer Pflegekräfte?

Die Pandemiesituation hat nicht zuletzt die Personalverantwortlichen in den Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten vor eine große Herausforderung gestellt. Hierzu hat neben der Bindung von Personalkapazitäten zur Versorgung der Covid-19-Erkrankten und der Schaffung der hierfür erforderlichen Voraussetzungen auch erschwerend beigetragen, dass internationale Pflegekräfte, die mittlerweile ein unverzichtbarer Baustein unseres Gesundheitswesens sind, in den vergangenen Monaten in geringerer Zahl aus dem Ausland eingereist sind. Zwar war ausländisches Gesundheitspersonal von den pandemiebedingten Einreisebeschränkungen nicht betroffen. Es liegt indes nahe, dass die weltweite Ungewissheit hinsichtlich des weiteren Verlaufs der Krise für viele ausländische Pflegekräfte ein Grund war, ihr Heimatland zunächst nicht zu verlassen. Dies spiegelt sich auch an der Zahl der Anträge auf Anerkennung einer im Ausland erworbenen Pflegequalifikation wieder. Stieg die Zahl der gestellten Anträge in den vergangenen Jahren stets stark an, so stagnierte sie im Zeitraum von März 2020 bis Juni 2020 im Vergleich zum entsprechenden Zeitraum des Vorjahres. Zwar kann das Anerkennungsverfahren zumindest in Teilen auch aus dem Ausland betrieben werden, allerdings ist dies in der Mehrzahl der Fälle nicht vorteilhaft, sodass der Antrag in der Regel erst nach der Einreise gestellt wird.

Neben Pflegekräften mit einer bereits abgeschlossenen Berufsausbildung reisen auch Personen aus dem Ausland ein, welche die Pflegeausbildung erst in Deutschland absolvieren möchten. Da es sich bei diesem Personenkreis noch nicht um qualifiziertes Gesundheitspersonal handelt, war die Einreise bzw. die Erteilung der Visa durch die Auslandsvertretungen der Bundesrepublik in den vergangenen Monaten nicht immer problemlos möglich. Die Auszubildenden sind jedoch bereits früh in der Lage, die examinierten Gesundheits- und Pflegefachkräfte im be-

ruflichen Alltag zu unterstützen und können auf diese Weise einen Beitrag zur Bewältigung der aktuellen Situation leisten. Auch die Ausbildungsträger und Pflegeschulen sind finanziell darauf angewiesen, dass die eingeplanten Auszubildenden bzw. Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler die Ausbildung tatsächlich absolvieren. Gemeinsam mit dem Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg hat sich das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg erfolgreich für die Einreise Pflegeauszubildender aus Südostasien eingesetzt und weiteren Ausbildungsträgern Unterstützung angeboten, um eine problemlose Einreise zu ermöglichen.

Klärungsbedarf hat auch die Einreise von Betreuungskräften in der häuslichen 24-Stunden-Pflege aufgeworfen. Diese Kräfte haben meist keine formale Pflegeausbildung absolviert und werden oft von ausländischen Arbeitgebern in Privathaushalte in Deutschland entsendet. Sie sind aufgrund ihres in der Regel geringeren Qualifikationsniveaus vor allem für Einsätze bei unterstützungsbedürftigen Personen mit Bedarf an hauswirtschaftlicher Unterstützung und/oder allgemeiner Betreuung und eher geringem somatischen Pflegebedarf geeignet. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass eine Einreise, ggf. mit dem erforderlichen Visum, im Falle einer angemeldeten Beschäftigung in diesem Einsatzbereich durch Vorlage von Vertragsunterlagen und anderen Nachweisen möglich ist.

4. Wie viele Arztpraxen in Baden-Württemberg waren während der Zeit vom 13. März 2020 bis zum 31. Mai 2020 aus welchen Gründen unbesetzt?

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) führt hierzu Folgendes aus:

Aus den im Bereich der Vertretermeldungen bei der KVBW eingegangenen Meldungen ist zu entnehmen, dass sich in dem zu betrachtenden Zeitraum ca. 190 Praxen meldeten und Limitierungen ihrer Praxistätigkeit bzw. Schließungen für einzelne oder mehrere Tage angegeben haben. Die betroffenen Praxen seien teilweise einige Tage unbesetzt gewesen, hatten ihre Sprechzeiten reduziert und/oder waren lediglich telefonisch erreichbar.

Als Gründe für die Einschränkungen der Praxistätigkeit wurden der KVBW u. a gemeldet:

- Anordnung durch das Gesundheitsamt (Mehrheit).
- Keine Operationen in der Zweigpraxis, da die Räume nicht zugänglich waren.
- Keine Schutzausrüstung vorhanden.
- Aufenthalt im Ausland und keine Rückkehr möglich.
- Zugehörigkeit zu Risikogruppen (über 60 Jahre) oder Zugehörigkeit eines nahen Angehörigen zu Risikogruppen oder mit Vorerkrankungen.
- Teilweise wurde in den Meldungen auch Urlaub als Grund hinterlegt.
- Manche Praxen haben Sprechzeiten auch deswegen reduziert, da keine Patientinnen und Patienten (nach Aufruf) kamen oder sie Probleme mit der Kinderbetreuung, sowohl ärztlicherseits als auch beim übrigen Praxispersonal hatten.

Der Regelbetrieb ärztlicher und psychotherapeutischer Praxen, d. h. auch die Versorgung mit elektiven Leistungen, wie Vorsorgeuntersuchungen und ambulante Operationen, wurde ab dem 27. April 2020 unter der Voraussetzung, dass die erforderlichen Hygienestandards eingehalten werden können, wiederaufgenommen.

Folgende Maßnahmen haben dazu beigetragen, die ambulante medizinische Versorgung während des o. g. Zeitraums sicherzustellen:

- Für Haus- und Fachärztinnen bzw. Haus- und Fachärzte, die Covid-Patienten nicht versorgen können (z. B. weil sie selbst oder ihre Angehörigen einer Risikogruppe angehören), wurden von der KVBW rund 200 zentrale Corona-Schwerpunktpraxen eingerichtet.

- Hinzu kamen die von Vertragsärzteschaft meist in Kooperation mit Landratsämtern und Städten betriebenen zentralen Corona-Fieberambulanzen („Infektsprechstunden“ in größerem Umfang außerhalb der Praxisräume). Angesichts der stark rückläufigen Fallzahlen wurden die Fieberambulanzen ab Juni 2020 sukzessive stillgelegt oder verkürzt geöffnet und durch weitere Corona-Schwerpunktpraxen kompensiert.
- Patientinnen und Patienten mit leichten Erkrankungen der Atemwege konnten sich von ihrer Hausarztpraxis telefonisch krankschreiben lassen.

Schwerpunktpraxen, Fieberambulanzen und telefonische Krankschreibungen haben dafür gesorgt, dass im Praxisbetrieb Patientinnen und Patienten mit und ohne Corona-Ansteckungsrisiko triagiert werden konnten.

Ferner hat die KVBW zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Pflegeheimen eine Erweiterung des werktäglichen Fahrdienstes auf das Wochenende und eine Verlängerung der täglichen Dienstzeiten von 8.00 h bis 19 h vorgenommen.

Hinzu kommt, dass die telemedizinische Behandlung (z. B. Videosprechstunden) erleichtert und von Patientinnen und Patienten während der Pandemie verstärkt nachgefragt wurde (siehe auch Antwort zu Frage VI.5.).

5. Wie beurteilt sie die durch zahlreiche Vakanzen geprägte Personalsituation sowie den personellen Mehrbedarf an kommunalen Gesundheitsämtern während der Zeit vom Auftakt Krisenmodus am 13. März 2020 bis zum Stichtag 31. Mai 2020 unter Angabe, in welchem Umfang Personal in den öffentlichen Gesundheitsämtern seit Auftakt des Krisenmodus bereits aufgestockt wurde?

Durch eine Reihe von unterschiedlichen Maßnahmen zur befristeten personellen Unterstützung ist es gemeinsam gelungen, die Gesundheitsämter so weit zu stärken, dass sie die Herausforderungen der Corona-Pandemie bewältigen konnten.

Diese waren im Einzelnen:

Aufstockungen von Teilzeittätigkeiten, Rekrutierung von pensionierten früheren Beschäftigten der Gesundheitsämter, befristete Aushilfen durch Medizinerinnen und Medizinern, die sich auf einen Aufruf der Landesärztekammer hin gemeldet hatten, Anwerbung von Medizinstudierenden und Biologinnen und Biologen für die Corona-Hotline. Des Weiteren haben die Kreise aus anderen Verwaltungsbereichen Personal in die Gesundheitsämter umgesetzt.

Erreicht werden konnte die Stabilisierung der Gesundheitsämter allerdings nur unter Zurückstellung anderer Pflichtaufgaben und mit erheblicher Mehrarbeit nahezu aller Mitarbeitenden. Die personelle Situation der Gesundheitsämter vor Beginn der Corona-Pandemie war unterschiedlich. Bei einigen gab es ein oder mehrere vakante Stellen (diese betrafen überwiegend den ärztlichen Bereich), bei anderen nicht.

Der folgenden Tabelle kann entnommen werden, um wie viele Vollzeitäquivalente das Personal der Gesundheitsämter von Beginn der Pandemie bis zum Stichtag 31. Mai 2020 in den einzelnen Landkreisen aufgestockt wurde. Die Tabelle enthält eine Gesamtbetrachtung (höherer Dienst, gehobener Dienst und mittlerer Dienst sowohl Verstärkung durch externes wie durch internes Personal).

Zahlen der Landratsämter zum Stichtag 31. Mai 2020:

- Regierungsbezirk Stuttgart

Böblingen	55,0
Esslingen	150,0
Göppingen	83,0
Heidenheim	60,9
Heilbronn	95,0
Hohenlohekreis	122,5
Ludwigsburg	120,0
Main-Tauber-Kreis	50,0
Ostalbkreis	95,0
Rems-Murr-Kreis	79,0
Schwäbisch Hall	101,63

- Regierungsbezirk Tübingen

Alb-Donau-Kreis	72,2
Biberach	52,0
Bodenseekreis	55,0
Ravensburg	73,45
Reutlingen	113,6
Sigmaringen	68 Personen
Tübingen	81,5
Zollernalbkreis	55,0

- Regierungsbezirk Karlsruhe

Calw	60,0
Enzkreis	40,0
Freudenstadt	24,0
Karlsruhe	126,55
Neckar-Odenwald-Kreis	43,0
Rastatt	58,55
Rhein-Neckar-Kreis	130,4

- Regierungsbezirk Freiburg

Breisgau-Hochschwarzwald	111,25
Emmendingen	53,2
Konstanz	42,85
Lörrach	64,07
Ortenaukreis	86,26
Rottweil	23,0
Schwarzwald-Baar-Kreis	41,0
Tuttlingen	35,0
Waldshut	63,6

Quelle: Landkreistag Baden-Württemberg

In diesen Zahlen sind auch die Unterstützungsangebote für das vorhandene ärztliche Personal des höheren Dienstes bei den Gesundheitsämtern der Landkreise mit 92,26 Vollzeitäquivalenten enthalten, die sich wie folgt zusammensetzen:

- Aufstockung der Teilzeitkräfte des Stammpersonals mit 19,6 Vollzeitäquivalenten,
- Einstellung von Pensionären mit 11,70 Vollzeitäquivalenten,
- Einstellung von Ärztinnen und Ärzten zur Aushilfe mit 18,08 Vollzeitäquivalenten,
- Einstellung von Biologen zur Aushilfe mit 11,70 Vollzeitäquivalenten,
- Einstellung von Aushilfen seitens der Landratsämter mit 31,18 Vollzeitäquivalenten.

Für das kommunale Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart wurden am 28. Mai 2020 in einem Sofortprojekt 20,5 Stellen dauerhaft neu geschaffen. In der Zeit vom 1. April bis 31. Juli haben die Teilzeitkräfte im Gesundheitsamt um 782,5 Prozent aufgestockt. An der Corona-Hotline (Studierende, Biologen) waren insgesamt 124 Personen in Schichten von jeweils vier Stunden im Einsatz. Zur Kontaktpersonennachverfolgung wurden weitere Personen im Umfang von 4,4 Vollzeitäquivalenten befristet eingestellt.

Zur Unterstützung des kommunalen Gesundheitsamtes der Stadt Mannheim wurden im genannten Zeitraum 100 Mitarbeitende neu eingestellt bzw. zusätzlich eingesetzt. Diese Zahl setzt sich wie folgt zusammen:

- 41 Kräfte wurden zusätzlich rekrutiert (Berufsgruppe Ärzte [incl. zwei Pensionäre] und Studierende),
- 25 Mitarbeitende aus anderen Aufgabenbereichen, die nach dem Ausbruch der Corona-Pandemie nicht mehr vollumfänglich bearbeitet werden konnten, sowie
- 14 Ärztinnen und Ärzte und 20 Mitarbeitende nichtärztliches Personal, die im Bereich des Gesundheitsamtes eingestellt sind, aber nicht dem Infektionsschutz zugeordnet waren.
- Darüber hinaus erfolgten Aufstockungen von Teilzeitstellen.

Zur Stärkung des ÖGD hat das Land am 21. Juli 2020 die stufenweise Schaffung von 227,5 Stellen beschlossen, wovon die meisten den örtlichen Gesundheitsämtern zugutekommen werden. Es werden aber auch die mittleren Gesundheitsbehörden, das Landesgesundheitsamt als Fachstelle sowie das Ministerium für Soziales und Integration als oberste Landesgesundheitsbehörde bedacht, um den gestiegenen Anforderungen an das Öffentliche Gesundheitswesen auf allen Ebenen voll umfänglich gerecht zu werden.

6. Wie wurde die vom Minister bestätigte Vorgabe der Erstellung eines Teams aus fünf Personen pro 20.000 Einwohner zur Nachverfolgung bis zum 31. Mai 2020 umgesetzt?

Zur Sicherstellung der Kontaktpersonennachverfolgung wird entsprechend eines Beschlusses der Telefonkonferenz der Chefinnen und Chefs der Staats- und Senatskanzleien mit dem Chef des Bundeskanzleramtes vom 25. März 2020 angestrebt, schrittweise ein Kontaktnachverfolgungsteam aus 5 Personen pro 20.000 Einwohnern in Einsatz bringen zu können. Bezogen auf die Bevölkerung Baden-Württembergs errechnet sich danach ein Bedarf von 555 Teams (insgesamt 2.775 Personen).

Mit Stand 1. März 2020 war bei den 38 Gesundheitsämtern der Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg Personal im Umfang von 461 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) in der Kontaktpersonennachverfolgung im Einsatz. Zur Verstärkung der Personalressourcen wurden sowohl seitens der Landratsämter (z. B. Umschichtung von Personal aus anderen Verwaltungsbereichen) als auch des Landes (vgl. Frage V.5.) und des Bundes (Programme „Containment Scouts“ und „Freiwilligenbörse MEDIS4ÖGD“ über die Unterstützungskräfte für jeweils 6 Monate finanziert werden), verschiedene Maßnahmen ergriffen, durch die es gelungen ist, das für die Kontaktpersonennachverfolgung einsetzbare Personal bis zum 27. April 2020 auf 2.375 VZÄ aufzustocken.

Von der Lenkungsgruppe Coronavirus SARS-CoV-2 wurde am 5. Mai 2020 ein Konzept zur Kontaktpersonennachverfolgung verabschiedet, wonach die Gesundheitsämter aufgefordert sind, eine Personalplanung vorzunehmen, die sicherstellt, dass die Kontaktpersonennachverfolgung auch bei einer möglichen Zunahme der Fälle gewährleistet ist. Die Personalplanung soll flexibel auf den jeweils aktuellen Bedarf für die Kontaktpersonennachverfolgung ausgerichtet sein und in der Endstufe Personal im Umfang von 5 VZÄ pro 20.000 Einwohnern vorsehen.

Zur Umsetzung der Personalplanung sind im Bedarfsfall zusätzliche Finanzmittel für Aushilfskräfte bis EG 9 (TVL) erforderlich. Hierfür sind Finanzmittel von bis zu 210.300 Euro pro Gesundheitsamt vorzusehen.

IV. Baden-Württembergischer Pandemieplan

1. Inwieweit ist eine Überarbeitung des Pandemieplans in Baden-Württemberg bzw. die Anpassung des Influenzapandemieplans geplant unter Darlegung, bis zu welchem Zeitpunkt diese Überarbeitung ggf. durchgeführt werden soll?

Eine Aktualisierung des Pandemieplans Baden-Württemberg erfolgte im Frühjahr 2020 in der Anfangsphase der Epidemie. In der laufenden Pandemie ist eine Anpassung der planerischen Voraussetzungen lediglich in Bereichen zweckmäßig, in denen grundsätzlich neue Aspekte zu berücksichtigen sind. Ein entsprechender Bedarf wird sich möglicherweise in Bezug auf die Impfung ergeben, da voraussichtlich verschiedene Impfstoffe mit unterschiedlichen Eigenschaften zur Verfügung stehen werden. Sobald sich hier Ansatzpunkte für konkrete Planungen ergeben, wird in enger Abstimmung zwischen Ministerium für Soziales und Integration und Landesgesundheitsamt eine Aktualisierung des Pandemieplans erfolgen.

2. Werden bzw. wurden im Zuge der Überarbeitung des Pandemieplans in Baden-Württemberg auch sämtliche Pandemie- und Alarmpläne in den kommunalen Gesundheitsämtern und in den Krankenhäusern aktualisiert bzw. bezüglich der Kompatibilität mit dem Pandemieplan für Baden-Württemberg überprüft?

Es besteht gemäß § 5 Abs.2 Nr.2 des Gesetzes über den Katastrophenschutz (Landeskatastrophenschutzgesetz-LKatSG) i. V. m. § 28 Abs.2 Landeskrankenhausesgesetz (LKHG) eine Verpflichtung für Krankenhäuser, Alarm- und Einsatzpläne auszuarbeiten und auch bei einem Massenansturm von Verletzten oder Erkrankten die Versorgung der Patienten sicher zu stellen. Gemäß § 5 Abs.3 LKatSG sind in den Alarm- und Einsatzplänen der Krankenhäuser u. a. auch Maßnahmen zur Ausweitung der Bettenkapazität zu berücksichtigen. Dies bedeutet beispielsweise, durch vorzeitige Entlassungen, Verschiebungen von Behandlungen und Verle-

gung von Patienten in Nachbarkrankenhäuser örtlich freie Kapazitäten zu schaffen. Während der ersten Phase der Pandemie wurden in den Krankenhäusern diese Maßnahmen getroffen (insbesondere Verschiebung von elektiven Eingriffen und Behandlungen).

3. An welcher Stelle wurde das koordinierte Vorgehen während der Corona-Krise in Baden-Württemberg bisher wie dokumentiert?

Die beim Staatsministerium angesiedelte Lenkungsgruppe SARS-CoV-2 koordiniert alle Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie. Sie ist die Schnittstelle zwischen Bund, Ländern und Kommunen in Baden-Württemberg und kann schnell auf eine sich ändernde Lage reagieren. Bei der Lenkungsgruppe laufen alle Fäden der Landesverwaltung zusammen. Ihre Geschäftsstelle dokumentiert alle Beschlüsse. Der Interministerielle Verwaltungsstab koordiniert die ressortübergreifenden Maßnahmen mit Ausnahme der gesundheitlichen Fragestellungen, die dem Ministerium für Soziales und Integration obliegen. Die Geschäftsstelle des Interministeriellen Verwaltungsstabes im Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration dokumentiert alle Beschlüsse des Interministeriellen Verwaltungsstabes und stellt diese den Mitgliedern des Interministeriellen Verwaltungsstabes in einer Dokumentenablage in der BITBW-Cloud zur Verfügung. Darin sind auch die von den einzelnen Ressorts veranlassten Maßnahmen zusammengefasst.

In der Stabsdienstordnung des Ministeriums für Soziales und Integration zur Bildung eines Verwaltungsstabes bei außergewöhnlichen Ereignissen und Katastrophen, die eine gesundheitliche Gefährdung für die Bevölkerung darstellen, ist die Dokumentation getroffener Entscheidungen und veranlasster Maßnahmen sowie ihre Auswirkung auf die Schadenslage festgelegt. Danach besteht u. a. ein Verwaltungsstabsbereich „Lage und Dokumentation“, der mit der Aufnahme der Stabsarbeit die Dokumentation sicherstellt.

4. Welche Hinweise, z. B. im Hinblick auf die Festlegung und Kommunikation der Containment- und Protection-Phase, können aus der in der vorherigen Frage genannten Dokumentation des koordinierten Vorgehens (Stand 31. Mai 2020) ggf. für die Zukunft gezogen werden und sollten daher im überarbeiteten Pandemieplan berücksichtigt werden?

Die Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionsgeschehen – Isolierung von Fällen, Ermittlung von Kontaktpersonen und Anordnung von deren Quarantäne – zählt zu den Routineaufgaben der Gesundheitsämter. Im Zusammenhang mit einem neuen Erreger wie SARS-CoV-2 werden entsprechende fachliche Empfehlungen zum bundesweit einheitlichen Vorgehen vom Robert Koch-Institut erarbeitet und in der AG Infektionsschutz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden erörtert. Zur Gewährleistung einer möglichst einheitlichen Umsetzung im Land erfolgte ein regelmäßiger Austausch mit den Gesundheitsämtern im Rahmen von Telefonkonferenzen.

Da das pandemische Geschehen noch nicht abgeschlossen ist, ist eine abschließende Bewertung der bisherigen Bewältigungsstrategien nicht möglich. Wie nach der H1N1-Pandemie von 2009/2010, wird zu gegebener Zeit eine Evaluation der getroffenen Maßnahmen gemeinsam von Bund und Ländern erfolgen, die in eine entsprechende Anpassung des nationalen Pandemieplans sowie des Landes Pandemieplans münden wird.

5. Wie beurteilt sie Stand 31. Mai 2020 das uneinheitliche Vorgehen der Kommunen im Hinblick auf die Kontaktaufnahme, Nachverfolgung und Kontrolle von mit SARS-CoV-2 infizierten Personen und Kontaktpersonen unter Darlegung, welche Konsequenzen daraus für die Neufassung bzw. Überarbeitung des Pandemieplans zu ziehen sind?

Wie unter Frage IV. 4. ausgeführt, ist eine möglichst einheitliche Umsetzung der Maßnahmen das Ziel der Landesregierung. Allerdings ist beispielsweise bezüglich der Kontaktpersonennachverfolgung beim Gipfel der ersten Welle der SARS-

CoV-2-Pandemie zu berücksichtigen, dass die Inzidenzen in den einzelnen Stadt- und Landkreisen über einen weiten Bereich streuten. Hierdurch kam es teilweise zu einer unterschiedlichen Intensität der Kontaktpersonennachverfolgung. Durch die bei Frage V. 6. dargestellte Konzeption zur Kontaktpersonennachverfolgung und die Maßnahmen zur Stärkung der personellen Ressourcen soll in Zukunft die einheitliche Umsetzung der Kontaktpersonennachverfolgung sichergestellt werden.

V. Koordination durch das Ministerium für Soziales und Integration sowie Arbeit von Gremien während der Krise

1. Welche Best Practices, besonders effektiven Maßnahmen und Handlungsempfehlungen welcher Gremien sind für die Zukunft festzuhalten, z. B. hinsichtlich der Zusammensetzung und des Zeitpunkts der Bildung einer Lenkungsgruppe, deren Vorgehen und Arbeitsweise?

Die Bewältigung der nunmehr seit annähernd sechs Monaten andauernden Corona-Pandemie hat aus Sicht der Landesregierung gezeigt, dass die getroffenen Maßnahmen wirken, die Handlungsempfehlungen Orientierung geben und die eingesetzten Gremien in der Lage sind, angemessene Entscheidungen zu treffen. Es ist von Bedeutung für zukünftige Krisenlagen, aus dem Pandemiegeschehen Lehren zu ziehen. Die Landesregierung wertet die Erfahrungen deshalb derzeit aus und wird zu gegebener Zeit darüber berichten.

2. Wer gehört zum Krisenstab des Ministeriums für Soziales und Integration unter Darlegung, welche Best Practices aus dessen Arbeit festgehalten werden können und ob auch die Fachlichkeit externer Partner, die Ärzteschaft, systemrelevante Einrichtungen der Wohlfahrtspflege und andere Einrichtungen bzw. Akteure der Gesundheitsversorgung einbezogen werden?

Der Verwaltungsstab des Ministeriums für Soziales und Integration setzt sich aus mehreren Verwaltungsstabsbereichen zusammen: Vb1 Innerer Dienst, Vb2 Lage und Dokumentation, Vb3 Bevölkerungsinformation und Medienarbeit sowie Vb6 Gesundheit. Die Verwaltungsstabsbereiche unterliegen allesamt der Leitung des Verwaltungsstabs. Diese hatte Herr Ministerialdirektor Prof. Hammann inne. Die Verwaltungsstabsbereiche waren während der Zeit ihres Einsatzes im Dreischicht-Betrieb besetzt. Nachdem die Stabsstruktur im Ministerium für Soziales und Integration im Mai 2020 wieder aufgelöst wurde, wird derzeit eine interne Aufarbeitung der Erfahrungen, auch mit Blick auf einen möglichen erneuten starken Anstieg des Pandemiegeschehens, vorgenommen.

Wie bereits unter I. 2. ausgeführt, hat das Ministerium für Soziales und Integration die sog. AG Corona gegründet, deren Kreis nach und nach erweitert wurde und der nunmehr die folgenden Akteure angehören:

- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
- Regierungspräsidien Freiburg, Karlsruhe, Stuttgart und Tübingen
- Kommunale Landesverbände
- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Landesärztekammer Baden-Württemberg
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Zahnärztekammer Baden-Württemberg
- Landesapothekerkammer
- Vertretungen der Krankenkassen in Baden-Württemberg
- Liga der freien Wohlfahrtspflege
- Deutsches Rote Kreuz Landesverband Baden-Württemberg
- Ärztliche Leitung des Universitätsklinikums Freiburg

Das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst sowie das Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration sind ebenfalls beteiligt.

Während der Hochphase der Pandemie lud Minister Lucha die Akteure in unterschiedlichen Zusammensetzungen zu regelmäßigen Telefonschaltkonferenzen ein, teilweise fanden diese mehrfach in der Woche statt. Diese Vorgehensweise hat sich bewährt und soll bei Bedarf wiederaufgenommen werden. In Gänze kam die AG Corona zuletzt am 13. Juli 2020 zusammen.

Schon zu Beginn der ersten Corona-Welle wurde durch das Ministerium für Soziales und Integration eine „Unterarbeitsgruppe Notfall“ der sog. AG Corona einberufen, an der mit der Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, den Kommunalen Landesverbänden, dem Innenministerium und dem Wissenschaftsministerium die wesentlichen für die gesundheitliche Versorgung relevanten Organisationen mitwirkten. Damit war es möglich, relevante Maßnahmen wie z. B. ein abgestimmtes Verlegungskonzept schnell zu realisieren.

3. Wie oft, auf welchem Weg und mit wem verläuft der interministerielle Austausch in Baden-Württemberg und welche Best Practices sind hierbei für die Zukunft festzuhalten?

Am 26. Februar 2020 wurde zur Bewältigung der Corona-Krise der Interministerielle Verwaltungsstab aufgerufen. Dieser hat die Aufgabe, alle Maßnahmen zu koordinieren und abzustimmen, die einer ressortübergreifenden Regelung bedürfen oder ressortübergreifende Zusammenarbeit erforderlich machen. Das Innenministerium leitet diesen Interministeriellen Verwaltungsstab und hat dazu eine Geschäftsstelle eingerichtet. Die gesundheitsbezogene Zuständigkeit liegt beim Ministerium für Soziales und Integration. Der Interministerielle Verwaltungsstab hat bis zum 9. März 2020 in einer wöchentlichen Präsenzsitzung getagt. Seit dem 11. März 2020 finden alle Sitzungen des Interministeriellen Verwaltungsstabes als regelmäßige Video-/Telefonschaltkonferenzen statt. Diese finden anlassbezogen täglich bis mehrmals im Monat statt. Der Austausch erfolgt dabei zwischen den Mitgliedern des Interministeriellen Verwaltungsstabes und der Geschäftsstelle und wird unterstützt durch die Verbindungspersonen der Ressorts und der kommunalen Landesverbände. Diese sind der Geschäftsstelle des Interministeriellen Verwaltungsstabes zugeordnet und unterstützen die Geschäftsstelle bei der Abstimmung und Klärung von Fachfragen und Fragestellungen aus ihrem jeweiligen Bereich. Ein neues Element stellt die Nutzung digitaler Plattformen dar, beispielsweise der BITBW-Cloud. Diese wird von der Geschäftsstelle des Interministeriellen Verwaltungsstabes für den Austausch von Dokumenten für den Interministeriellen Verwaltungsstab genutzt und ermöglicht es den Mitgliedern, schnell auf ständig aktualisierte Daten und Dokumente zugreifen zu können.

4. An welchen Stellen sieht sie welches Verbesserungspotenzial (Stand 31. Mai 2020) für die Arbeit der „Task Force Beschaffung“ im Ministerium für Soziales und Integration (z. B. in Bezug auf Kommunikation mit Verbänden, die Koordination sowie Verteilungsorganisation z. B. an Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen, Zahnarztpraxen, ambulante Pflegedienste usw., das Vorgehen der rein schriftlichen Einholung von Angeboten)?

In den Anfängen der Corona-Krise brachen die weltweiten, für die Bedarfsträger im Land vertrauten Lieferwege („Just-in-time“) nahezu zusammen, wodurch jene nicht mehr in der Lage waren, die erforderliche Menge an Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) in der erforderlichen Qualität selbst und dezentral zu beschaffen. Dies betraf insbesondere die Atemschutzmasken, die außerhalb eines pandemischen Geschehens deutlich weniger benötigt werden. Daraus resultierte eine dramatische Unterversorgung. Das Land hat daraufhin das für die Bedarfsträger notwendige Material zentral beschafft und den Bedarfsträgern im Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt. Dieser Prozess durch die „Task Force Beschaffung und Verteilung“ im Ministerium für Soziales und Integration war allein dieser Notlage geschuldet und ist mittlerweile abgeschlossen, die Versorgung der Beschäftigten mit PSA ist grundsätzlich die Aufgabe der Anstellungsträger.

Aus dieser Erfahrung heraus und damit sich vergleichbare Situationen auch in Fällen kommender Pandemien nicht wiederholen, hat der Ministerrat in seiner Sitzung vom 12. Mai 2020 das Konzept einer „Resilienten Beschaffung von Schutzmasken“ gebilligt. Dieses Konzept umfasst zum einen den Aufbau krisensicherer Produktionskapazitäten in Europa, Deutschland und Baden-Württemberg, zum anderen die Bevorratung von Atemschutzmasken durch die Behörden des Landes.

VI. Bisheriges Resümee der Entwicklungen und einzelner Maßnahmen in Baden-Württemberg während der Zeit vom Auftakt Krisenmodus am 13. März 2020 bis zum Stichtag 31. Mai 2020

1. Wie beurteilt sie die Qualität der Meldungen der aktuellen Fallzahlen aus den kommunalen Gesundheitsämtern hinsichtlich Zeitnähe und Vollständigkeit (von Beginn der Krise bis zum Stand 31. Mai 2020) unter Angabe, mit welchen Maßnahmen die Meldevorgänge zukünftig verbessert werden können?

Für Labore besteht nach § 7 Infektionsschutzgesetz die Meldepflicht für den labor-diagnostischen Erreger-Nachweis (PCR oder Erregerisolierung) einer SARS-CoV-2-Infektion an die Gesundheitsämter. In der Regel erfolgte dies bisher über eine Faxmeldung. Nach Prüfung der Falldefinition übermittelt das zuständige Gesundheitsamt die fallbezogenen Daten zum Nachweis mittels elektronischer Meldesoftware an das Landesgesundheitsamt. Hier werden die Daten in eine Datenbank importiert und aufbereitet und an das Robert Koch-Institut übermittelt.

Bereits zu Beginn des Coronavirus-Infektionsgeschehen wurde in Baden-Württemberg eine zeitnahe Übermittlung der laborbestätigten Covid-19-Fälle angestrebt.

Obwohl gesetzlich nach dem Infektionsschutzgesetz nicht vorgegeben, wurden gemeldete SARS-CoV-2-Infektionen auch am Wochenende und an Feiertagen von den Gesundheitsämtern an das Landesgesundheitsamt und von dort an das Robert Koch-Institut übermittelt.

Um Meldeverzögerungen zwischen Laboren und den Gesundheitsämtern weiter zu verbessern wird zukünftig im Rahmen der Umsetzung von DEMIS (Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem) eine medienbruchfreie (digitale) Datenübertragung stattfinden. Der Start von DEMIS ist in der Vorbereitung.

Die Vollständigkeit der übermittelten Daten ist in der Regel abhängig vom aktuellen Infektionsgeschehen und der Anzahl der an das Gesundheitsamt gemeldeten Fallzahlen. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung der Gesundheitsämter bei hohem Infektionsaufkommen liegt die Priorisierung bei der Unterbrechung der Übertragungsketten (Kontaktpersonennachverfolgung). Meldedaten zu Angaben wie Hospitalisierung, Symptome und weitere werden dann häufig zeitverzögert übermittelt.

2. Wie hätte man rückblickend pflegebedürftige Menschen in Heimen und Wohngemeinschaften von Anfang an besser schützen können?

Die Landesregierung hat auf die Corona-Pandemie rasch und konsequent reagiert. Bereits am 16. März 2020 wurden die stationären Pflegeeinrichtungen durch das Ministerium für Soziales und Integration über Maßnahmen zum Schutz des Beschäftigten und der Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen informiert. Mit der Verordnung der Landesregierung über infektionsschützende Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Virus SARS-CoV-2 (Corona-Verordnung – CoronaVO) vom 17. März 2020 wurden zum Schutze der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen vor einem Viruseintrag in die Einrichtungen Besuchsverbote in den Einrichtungen erlassen. Mit der Verordnung des Ministeriums für Soziales und Integration zur Untersagung des Verlassens bestimmter Einrichtungen zum Schutz besonders gefährdeter Personen vor Infektionen mit Sars-CoV-2 (Corona-Verordnung Heimbewohner – CoronaVO Heimbewohner) vom 7. April 2020 wurden weitreichende Ausgangsbeschränkungen für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen erlassen, mit denen Infek-

tionen der Bewohnerinnen und Bewohner außerhalb der Einrichtungen und in der Folge ein Viruseintrag in die Einrichtungen unterbunden werden sollten.

Seit Beginn der Corona-Pandemie hat sich die beim Ministerium für Soziales und Integration angesiedelte „Task Force Beschaffung“ in der Beschaffung von Schutzausrüstung engagiert, die auch in Pflegeeinrichtungen insbesondere in den ersten Wochen der Corona-Pandemie teilweise nicht ausreichend zur Verfügung stand. Die vom Land beschaffte Schutzausrüstung wurde über die Landkreise u. a. den stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt. Um in vergleichbaren Pandemie-Lagen künftig über ausreichende Mengen an Schutzausrüstung zu verfügen, ist es aus Sicht der Landesregierung notwendig, dass die Einrichtungen entsprechende Mengen an Schutzausrüstung bevorraten.

Mit der SARS-CoV-Teststrategie für Alten- und Pflegeheime wurden bereits Ende April eine flächendeckende Testung aller Bewohnerinnen und Bewohner (und des Pflegepersonals) in stationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht. Mit der am 30. Juni 2020 von der Landesregierung verabschiedeten erweiterten Teststrategie wurden zusätzliche Untersuchungsstrategien u. a. in stationären Pflegeeinrichtungen implementiert, wie beispielsweise die Testung bei Aufnahme in stationären Pflegeeinrichtungen, Testungen im Rahmen von Ausbrüchen oder Testungen im Rahmen eines Monitorings. Diese Testungen tragen maßgeblich dazu bei, Ausbrüche frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zum Schutz der pflegebedürftigen Menschen einzuleiten.

Die Maßnahmen der Landesregierung haben neben dem professionellen Management der Einrichtungen dazu beigetragen, dass die Pflegeeinrichtungen bislang insgesamt gut durch die Corona-Pandemie gekommen sind. Nach Auswertungen des Landesgesundheitsamts Baden-Württemberg (Stand: 24. Juli 2020) waren knapp 90 Prozent der Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg nicht von Covid-19-Ausbrüchen betroffen. Seit Beginn des Covid-19-Infektionsgeschehens wurden insgesamt 195 Ausbrüche übermittelt. Betroffen waren 3.390 Personen, darunter 615 Todesfälle. Eine Differenzierung zwischen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern und Beschäftigten ist bei der Auswertung nach Ausbrüchen nicht vollständig möglich. Einzelne Ausbrüche in den Einrichtungen lassen sich auch bei Beachtung aller denkbaren Schutzmaßnahmen nicht gänzlich ausschließen. Die Ausbrüche in den Einrichtungen in Baden-Württemberg waren nach erster Einschätzung der Landesregierung schicksalhaft und können nicht auf Unzulänglichkeiten bei den Schutzmaßnahmen zurückgeführt werden. Nach Einschätzung der Landesregierung, die u. a. in der beim Ministerium für Soziales und Integration angesiedelten Task Force Langzeitpflege gewonnen wurden, kann den Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg insgesamt ein sehr gutes Management bei der Bewältigung der Corona-Pandemie attestiert werden, das durch einen weit überobligationsmäßigen persönlichen Einsatz der Beschäftigten in den Einrichtungen ergänzt wurde.

Die Landesregierung ist davon überzeugt, dass im Rahmen des Möglichen alle notwendigen Maßnahmen ergriffen wurden, um pflegebedürftige Menschen in Heimen und Wohngemeinschaften bestmöglich zu schützen.

3. Welches Konzept hält sie bezüglich der Durchführung von Testungen in Pflegeeinrichtungen – auch im Vergleich zu dem Vorgehen anderer Bundesländer – für das sinnvollste?

Die weiterentwickelte Teststrategie des Landes Baden-Württemberg, welche am 30. Juni 2020 vom Ministerrat gebilligt wurde, sieht unter anderem für Pflegeeinrichtungen folgende Untersuchungsstrategien vor:

- Testung symptomatischer Personen entsprechend der RKI-Empfehlung
- Gezielte Untersuchung asymptomatischer Personen im Umfeld bestätigter Covid-19 Fälle bei i) Kontaktpersonen der Kategorie I, ii) Kontaktpersonen, die über die Corona Warn-App identifiziert wurden, iii) im Rahmen von Ausbrüchen Testung bei Aufnahme in stationären Pflegeeinrichtungen (ausgenommen hiervon sind Personen, die nach einer stationären Behandlung zurückverlegt werden, sofern sie bei Krankenhausaufnahme getestet wurden).

- Monitoring von pflegerischem Personal (hierzu soll ein Monitoring-System in jeweils zwei Stadt- oder Landkreisen pro Regierungsbezirk etabliert werden).
- Intensivierte Testung unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage (nach der „Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2“ des Bundesministeriums für Gesundheit vom 8. Juni 2020 bestehen unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage Testoptionen für intensivierete Testungen von asymptomatische Personen wie z. B. Personen, die in Krankenhäusern oder stationären Pflegeeinrichtungen tätig sind. Als Kriterium für eine epidemiologische Lage, die die vorgenannten Testungen zum Schutz vulnerabler Gruppen auslösen kann, kommt wie im Konzept Regionale Beschränkungen aufgeführt, bei einem diffusen Infektionsgeschehen das Überschreiten einer 7-Tages-Inzidenz von 35 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnern in Betracht. Dieses Kriterium wird derzeit auch auf Fachebene zwischen Bund und Ländern diskutiert.

4. Welche Informationen liegen ihr bezüglich der (Nicht-)Erreichbarkeit der Notfallpraxen und Ambulanzen in Krankenhäusern in Baden-Württemberg während der Zeit vom Auftakt Krisenmodus am 13. März 2020 bis zum Stichtag 31. Mai 2020 vor und welche Schlüsse zieht sie bzgl. eigener Maßnahmen daraus?

Weder der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) noch der Landesregierung liegen Hinweise darauf vor, dass es zu Schließungen von Krankenhausambulanzen gekommen ist. Vielmehr haben die Krankenhäuser die Ambulanzen häufig aufgeteilt und mit separaten Zugängen versehen, sodass Patienten mit Covid-19-Verdacht getrennt von anderen Patienten behandelt werden konnten. Die Ambulanzen der Krankenhäuser sind in den ersten Wochen der Pandemie deutlich weniger in Anspruch genommen worden als in normalen Zeiten. Hintergrund war wohl zum einen die Furcht der Patienten, sich in den Krankenhausambulanzen mit dem Corona-Virus zu infizieren, zum anderen haben die Patienten die Ambulanzen möglicherweise gemieden, da sie mit einer großen Überlastung der Krankenhäuser durch die Covid-19-Patienten gerechnet haben. Auf jeden Fall konnten durch die Vermeidung von Krankenhaus-, Arzt- oder Ambulanzbesuchen notwendige Behandlungen nicht stattfinden. Ziel von Krankenhäusern, Ärzten und den Verantwortlichen innerhalb der Landesregierung muss es sein, in der Öffentlichkeitsarbeit immer wieder darauf hinzuweisen, dass in den medizinischen Einrichtungen professionell alle Vorkehrungen zur Vermeidung von Covid-19-Infektionen ergriffen werden und unterlassene Arzt- oder Krankenhausbesuche schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben können.

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) merkt hierzu an, dass es auch zu den Hochzeiten der Pandemie galt, die sprechstundenfreien Zeiten (vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst) analog der Sprechstundenzeiten sicherzustellen. Die 118 zentralen Notfallpraxen in Baden-Württemberg seien zu großen Teilen in den bekannten Strukturen und zu den üblichen Öffnungszeiten weiterbetrieben worden, um die Versorgung der Patienten in Baden-Württemberg im Bereitschaftsdienst weiterzuführen.

Von den 118 zentralen Notfallpraxen (NFP) in Baden-Württemberg sind 116 an Krankenhäuser angebunden. Ein Teil der Notfallpraxen an Krankenhäusern musste nach Mitteilung der KVBW aufgrund der sich kreuzenden Patientenströme entweder in andere, klinikferne Strukturen verlagert werden (bspw. Titisee-Neustadt, Wolfach, Ravensburg, Müllheim) oder innerhalb des Krankenhauses in andere Räume umziehen (bspw. Offenburg, Waldshut, Heilbronn, Nagold, Villingen-Schwenningen, Kindernotfallpraxis Freiburg). An folgenden Standorten musste nach Angaben der KVBW der Betrieb der Notfallpraxen mangels Alternativen während der Pandemiezeit komplett stillgelegt werden:

- Notfallpraxis der Augenärzte Heilbronn: die NFP wurde geschlossen, die Augenärzte haben dezentral in den eigenen Praxen weiterversorgt. Inzwischen ist die NFP wieder in Betrieb.
- Notfallpraxis Buchen/Mosbach: keine geeigneten Räume, die Versorgung wurde über einen Fahrdienst sichergestellt.

- Notfallpraxis der HNO-Ärzte Heilbronn: Versorgung wurde ausgesetzt, inzwischen ist die NFP wieder in Betrieb.
- Notfallpraxis Tettngang: die Ärzteschaft musste zugunsten der Dienstplanbesetzung zweier Fieberambulanzen hier zeitweise Ressourcen bündeln. Inzwischen ist die NFP auch hier wieder in Betrieb.

Daraus ist zu schließen, dass die vertragsärztliche Versorgung außerhalb der sprechstundenfreien Zeiten durch Notfallpraxen der KVBW trotz der Zugangsbeschränkungen im o. g. Zeitraum weitestgehend fortgeführt werden konnte.

5. In welchem Umfang wurden während der Zeit vom Auftakt des Krisenmodus am 13. März 2020 bis zum Stichtag 31. Mai 2020 telemedizinische Angebote, z. B. zertifizierte Videosprechstunden, in Baden-Württemberg ausgebaut?

Die niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten haben während der Pandemie-Hochphase in verstärktem Maße zertifizierte Videosprechstunden angeboten, um die ambulante Gesundheitsversorgung – auch unter diesen besonderen Rahmenbedingungen – sicherstellen zu können. Mit Stand vom 22. Juni 2020 arbeiteten in Baden-Württemberg 4.029 Praxen mit einem zertifizierten Videodienstleister zusammen, was einer Steigerung von ca. einem Drittel im Vergleich zum April entspricht.

Der Trend zum Angebot von Videosprechstunden wurde unter anderem dadurch verstärkt, dass die zertifizierten Anbieter von Videosprechstunden ihre Dienstleistungen den Ärzten und Therapeuten in Baden-Württemberg teilweise kostenfrei zur Verfügung gestellt haben und auch bestehende, honorarbegrenzende Regelungen auf Ebene des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) auf Bundesebene ausgesetzt wurden.

6. Wie beurteilt sie die Stabilität dieser Angebote und welche Maßnahmen ergreift sie, um diese in Zukunft ggf. zu verbessern?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben die während der Corona-Pandemie bestehenden Honorar-Begrenzungsregelungen im Zusammenhang mit der Erbringung und Abrechnung von Videosprechstunden aufgehoben. Damit sind derzeit Fallzahl und Leistungsmenge nicht limitiert.

Im Regelfall dürfen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten pro Quartal maximal jede fünfte Patientin bzw. jeden fünften Patienten ausschließlich per Video behandeln, ohne dass diese in die Praxis kommen müssen. Auch die Menge der Leistungen, die in Videosprechstunden durchgeführt werden dürfen, ist auf 20 Prozent begrenzt. Für den Rest ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich.

Die Aussetzung der vorgenannten Begrenzungsregelungen gilt derzeit bis zum 30. September 2020. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) rechnet damit, dass die Aussetzung bei einer erneut starken Ausbreitung des Corona-Virus auch über den 30. September 2020 hinaus gelten wird. Die KVBW setzt sich auf Bundesebene hierfür ein, da die Durchführung von Videosprechstunden durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der Hochphase der Pandemie einen wertvollen Beitrag zur Sicherstellung der ambulanten Gesundheitsversorgung geleistet hat.

Baden-Württemberg hat über die Videosprechstunde hinaus das enorme Potenzial, welches die Digitalisierung mit sich bringt, bereits frühzeitig erkannt und sich deshalb in vielen Bereichen als Vorreiter etabliert. Im Rahmen der „Strategie zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung in Baden-Württemberg durch Nutzung digitaler Technologien“ (Strategie Digitalisierung in Medizin und Pflege), die das Ministerium für Soziales und Integration im Jahr 2017 gemeinsam mit allen betroffenen Akteuren entwickelt hat, konnten bereits 24 Projekte in einem Gesamtvolumen von rund 11,03 Mio. Euro gefördert werden. Bei allen geförderten Projekten steht der spürbare, ganz konkrete Nutzen für die Patientinnen und Patienten und im Pflegebereich zusätzlich für die pflegenden Angehörigen im Mittelpunkt.

Die Digitalisierung in Medizin und Pflege wird vom Ministerium für Soziales und Integration in Kooperation mit allen relevanten Institutionen und den Patientenvertretenden weiter vorangetrieben werden. Im Jahr 2020 steht aufgrund des baden-württembergischen Vorsitzes der Arbeits- und Sozialministerkonferenz die Pflege im Vordergrund. Der Einsatz digitaler Anwendungen kann aus Sicht der Landesregierung für eine Entlastung der Pflegekräfte in Einrichtungen und ambulanten Diensten sorgen. Darüber hinaus ist es besonders wichtig, alle Teile der Bevölkerung beim Thema Digitalisierung in Medizin und Pflege mitzunehmen. Die Bürgerinnen und Bürger sollen erkennen, welche Chancen sich bieten und welche Herausforderungen bewältigt werden müssen. Hierzu sind verschiedene Informations- und Beteiligungsformate angedacht.

7. Welche Vor- und Nachteile sieht sie in Bezug auf die von Minister Lucha vorgeschlagene Eingliederung des Landesgesundheitsamts in das Ministerium für Soziales und Integration unter Angabe, mit welchen konkreten Schritten sie ggf. wann diesbezüglich handeln wird?

Konkrete Schritte zur Eingliederung des LGA in das Ministerium für Soziales und Integration werden jedenfalls in dieser Legislaturperiode gerade auch angesichts der aktuellen Herausforderungen für das LGA im Rahmen der Pandemiebewältigung nicht angestrebt.

8. Wie hoch schätzt sie die in Baden-Württemberg bereits entstandenen bzw. noch entstehenden Kosten für den Schutzschirm der Krankenhäuser und weiterer Maßnahmen der Gesundheitsversorgung und Pflege ein (aufgeteilt nach Kostenanteilen für den Bund, das Land Baden-Württemberg und dessen Kommunen)?

Die bereits entstandenen Kosten für den Schutzschirm der Krankenhäuser sowie weitere Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und Pflege können folgender Tabelle entnommen werden:

Tabelle 1: Infolge der Corona-Pandemie für Baden-Württemberg bereits entstandene Kosten in den Bereichen Krankenhäuser, Gesundheitsvorsorge und Pflege

Lfd. Nr.	Titel	Bereits entstandene Kosten (in Mio. Euro)				
		Bund	Land	Kommunen	GKV Bund	KVB W
1	Schutzschirm der Krankenhäuser ¹⁾					
	Zusätzliche Intensivbetten				79,65	
	Leerstandspauschale	565				
2	Schutzschirm für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten					19
3	Schutzschirm für Vorsorge- und Reha-Einrichtungen und Einrichtungen nach § 111 a SGB V				35,3 ²⁾	
	weitere Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge					
4	Beatmungsgeräte inkl. „Bereitstellung medizintechnischer Infrastruktur (zur Erhöhung der Intensivkapazitäten)“	ca. 12,5	20,982 +1,6			
5	Corona-Tests		0,867			
6	Schutzausrüstung		202,0 ³⁾			

Lfd. Nr.	Titel	Bereits entstandene Kosten (in Mio. Euro)				
		Bund	Land	Kommunen	GKV Bund	KVB W
	Weitere Maßnahmen der Pflege					
7	Corona-Prämie	⁴⁾	39,8			
	Sonstige Maßnahmen					
8	Soforthilfe Corona des Bundes und des Landes Baden-Württemberg	135	31			

¹⁾ Auszahlungsstand 16. März bis 7. Juni 2020

²⁾ Zahlungen vom 20. April bis 30. Juni 2020

³⁾ Der Betrag schließt Transport und Lagerung der Ausrüstung sowie Nebenkosten der Beschaffung ein.

⁴⁾ Gemäß dem Gesetzentwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurde der Aufwand für die Corona-Prämie mit ca. 1 Mrd. Euro aus Mitteln der Sozialen Pflegeversicherung/gesetzlichen Krankenversicherung geschätzt.

Die einzelnen Maßnahmen werden wie folgt erläutert:

Lfd. Nr. 1

Auf der Basis des Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetzes können zugelassene Krankenhäuser für Leerstände und zusätzliche Intensivbettenkapazitäten Ausgleichszahlungen beantragen. Die Ausgleichszahlungen für die Rehabilitationseinrichtungen werden über die DAK abgewickelt.

Die ersten Auszahlungstranchen an die Krankenhäuser sind erfolgt und werden wöchentlich neu erhoben, vorbereitet und auf den Weg gebracht. Für den Zeitraum vom 16. März bis 7. Juni 2020 wurden die Daten schon erfasst und zur Auszahlung freigegeben.

Für insgesamt 1.593 zusätzliche Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit wurden 79,650 Mio. Euro ausbezahlt. Die Leerstände innerhalb des genannten Zeitraums wurden in den Kalenderwochen 12 bis 23 insgesamt in einer Höhe von 565,023 Mio. Euro ausgeglichen (durchlaufende Mittel des Bundes). Insgesamt beträgt das Auszahlungsvolumen somit rund 644,673 Mio. Euro.

Da die weitere Entwicklung der Corona-Pandemie mit Unsicherheit behaftet ist, können die noch entstehenden Kosten nicht genau beziffert werden. Für den Bund werden die im Rahmen der Leerstandspauschale noch entstehenden Kosten auf Grundlage einer Hochrechnung gemäß derzeitiger Meldebasis auf 480 Mio. Euro geschätzt.

Lfd. Nr. 2

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die aufgrund der Corona-Pandemie deutliche Umsatzrückgänge erleiden, erhalten in der vertragsärztlichen Versorgung einen finanziellen Ausgleich („Schutzschirm“). Es handelt sich dabei um eine Härtefallregelung, die den Praxen bei unveränderter Praxiskonstellation einen Honorarausgleich von 90 Prozent des aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gezahlten Honorars im Vorjahresquartal sichert. Im Unterschied zur Krankenhausfinanzierung werden die finanziellen Folgen aus der Regelung zum Ausgleich pandemiebedingter Umsatzminderungen in der vertragsärztlichen Versorgung von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und der GKV getragen. Es entstehen keine Kosten für den Bund, das Land Baden-Württemberg und die Kommunen.

Die Härtefallzahlungen werden von der KVBW aus den Mitteln der (morbiditätsbedingten) Gesamtvergütung (MGV) geleistet, für sog. Einzelleistungen erfolgt eine Finanzierung durch die GKV.

Die KVBW teilt ergänzend mit, dass sie – Korrekturen vorbehalten – im ersten Quartal 2020 Härtefallzahlungen gemäß § 16 Abs. 4 des Honorarverteilungsmaßstabs der KVBW in Höhe von insgesamt 19 Mio. Euro an knapp 3.000 vertragsärztliche und -psychotherapeutische Praxen ausgezahlt hat. Zum Umfang der Zahlungen des zweiten Quartals können derzeit noch keine Aussagen getätigt werden.

Lfd. Nr. 3

Mit Datum vom 16. Juni 2020 wurden im Rahmen der Ausgleichzahlungen für Bettenleerstände in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 Abs. 2 SGB V) wie auch in Mutter-/Vater-/Kind-Einrichtungen (§ 111 a SGB V) rund 35,3 Mio. Euro aufgewendet. Eine valide Schätzung der Zahlungen bis zum 30. September 2020 ist schwierig; sie unterliegt zahlreichen, teilweise stark mengenrelevanten Variablen.

Da die weitere Entwicklung der Corona-Pandemie mit Unsicherheit behaftet ist, können die noch entstehenden Kosten hinsichtlich des Schutzschirmes für Vorsorge- und Reha-Einrichtungen und Einrichtungen nach § 111 a SGB V nicht genau beziffert werden. Für die GKV Bund werden diese auf 65 Mio. Euro geschätzt.

Geht man davon aus, dass die ambulanten Rehazentren (§ 111 c SGB V) weiterhin nicht unter diesen Rettungsschirm fallen und berücksichtigt man die aktuelle, vorsichtige Öffnung der Einrichtungen nach § 111 Abs. 2 SGB V wie auch § 111 a SGB V unter Hygieneauflagen, könnten nach vorsichtiger Schätzung insgesamt bis zu 100.000 Euro für die Zahlungen nach § 111 d SGB V notwendig werden. Diese Kosten trägt trotz dem dahinterstehenden gesamtgesellschaftlichen Auftrag allein die Gesetzliche Krankenversicherung, aus deren Liquiditätsreserve die Gelder entnommen werden. Dies allerdings ohne, wie in anderen Bereichen üblich, einen Ausgleich durch anteilige oder vollständige Beteiligung des Bundes.

Lfd. Nr. 4

Da die weitere Entwicklung der Corona-Pandemie mit Unsicherheit behaftet ist, können die noch entstehenden Kosten nicht genau beziffert werden. Für die Beatmungsgeräte aus Landesbeschaffung wurden insgesamt (für insgesamt 1.900 Geräte, inklusive Verbrauchsmaterial und Zubehör, Transport, Schulung, Einweisung) Mittel in Höhe von 54,723 Mio. Euro im Staatshaushaltsplan reserviert. Die Geräte sind zum großen Teil noch im Zulauf; sie werden bis ca. August/September 2020 verteilt sein. Weitere Beschaffungen über das Land sind aktuell nicht vorgesehen.

Für die Kosten der Beatmungsgeräte aus Bundesbeschaffung ist vereinbart, dass die Länder dem Bund den jeweiligen Einkaufspreis inklusive Verbrauchsmaterial erstatten. Bisher sind drei Tranchen aus der Bundesbeschaffung an Baden-Württemberg verteilt bzw. in Verteilung mit einem Wert von ca. 12,5 Mio. Euro.

Außerdem wurden für die Universitätsklinik betriebsnotwendige Zuschüsse zum medizintechnischen Investitionsbedarf für die Erhöhung der Intensivkapazitäten mit Beatmungsmöglichkeit in Höhe von rund 77 Mio. Euro im Staatshaushaltsplan reserviert. Davon wurden bislang rund 1,6 Mio. Euro abgerufen.

Lfd. Nr. 5

Da die weitere Entwicklung der Corona-Pandemie mit Unsicherheit behaftet ist, können die noch entstehenden Kosten nicht genau beziffert werden. Für die Durchführung von Corona-Tests wurden insgesamt Mittel in Höhe von 62,311 Mio. Euro im Staatshaushaltsplan reserviert.

Lfd. Nr. 6

Da die weitere Entwicklung der Corona-Pandemie mit Unsicherheit behaftet ist, können die noch entstehenden Kosten nicht genau beziffert werden. Für die Beschaffung von Schutzausrüstung wurden insgesamt Mittel in Höhe von 203,388 Mio. Euro im Staatshaushaltsplan reserviert.

Lfd. Nr. 7

Da die weitere Entwicklung der Corona-Pandemie mit Unsicherheit behaftet ist, können die noch entstehenden Kosten nicht genau beziffert werden. Für Corona-Prämien wurden insgesamt Mittel in Höhe von 61,068 Mio. Euro im Staatshaushaltsplan reserviert.

Lfd. Nr. 8

Mit der Soforthilfe Corona (Abwicklung durch das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau) konnten bislang rund 242.000 Unternehmen und Soloselbstständige in Baden-Württemberg mit einem Gesamtvolumen von gut 2,2 Mrd. Euro bei der Sicherung ihrer Existenz und der Überbrückung akuter Liquiditätsengpässe unterstützt werden. Anträge konnten vom 25. März 2020 bis zum 31. Mai 2020 gestellt werden.

Die Branchenzugehörigkeit der Unternehmen wird auf Basis der Klassifikation der Wirtschaftszweige im Antragsformular abgefragt. Eine Zuordnung der Unternehmen auf anderer Ebene – etwa nach Arztpraxen – kann daher nicht vorgenommen werden. Die Branchenaufteilung wurde erst ab 9. April 2020 in die Antragsbearbeitung übernommen, entsprechende Auswertungen sind daher erst für Anträge erfasst, die ab diesem Zeitpunkt gestellt wurden. Für die Zeit und die Anträge vom 25. März bis 8. April 2020 kann die Aufteilung, die sich daraus ergibt, nur als Hilfsrechnung zugrunde gelegt werden.

Im Bereich „Gesundheits- und Sozialwesen“ wurden unter Berücksichtigung obenstehender Annahmen und Hochrechnungen zum Stand 30. Juni 2020 an rund 17.000 Unternehmen Zuschüsse im Rahmen der Soforthilfe Corona mit einem Gesamtvolumen von gut 166 Millionen Euro ausbezahlt. Dabei entfallen auf den Bund die Kostenanteile für die Unternehmen mit bis zu 10 Beschäftigten, was einem Volumen in Höhe von rund 135 Millionen Euro entspricht. Das Land trägt die Kostenanteile für die Unternehmen mit mehr als 10 und bis zu 50 Beschäftigten, und damit insgesamt gut 31 Mio. Euro.

Im Rahmen des Landeszuschusses für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bei Erbringung von Kurzzeitpflege nach § 39 c SGB V und § 42 SGB XI im Rahmen des § 149 SGB X wird mit noch entstehenden Kosten in Höhe von 3,5 Mio. Euro für das Land gerechnet.

Es liegen keine Angaben darüber vor, in welcher Höhe die Pflegeversicherung aufgrund des Rettungsschirmes nach § 150 SGB XI belastet werden wird.

Schließlich stehen im Einzelplan des Ministeriums für Soziales und Integration Mittel i. H. v. 0,624 Mio. Euro in Kapitel 0922, Titelgruppe 71 bzw. 7,21 Mio. Euro in Kapitel 0922, Titelgruppe 74 für Maßnahme der Pandemiebekämpfung zur Verfügung.

Infolge der Rundung der Beträge auf Mio. Euro können Ungenauigkeiten auftreten.

Lucha

Minister für Soziales
und Integration