

Antrag

der Abg. Jochen Haußmann u. a. FDP/DVP

und

Stellungnahme

des Ministeriums für Soziales und Integration

Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und Krankenhausinvestitionskostenförderung des Landes vor den Erkenntnissen der COVID-19-Pandemie

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,

1. wie viele Krankenhäuser in Baden-Württemberg welche Anzahl von COVID-19-Patienten aufgenommen haben, wie viele Einrichtungen welche Kapazitäten bereitgestellt haben, es aber zu keinen Belegungen gekommen ist, welche Leistungen hierfür den Krankenhäusern vergütet wurden sowie welche Schlussfolgerungen sie hieraus für die künftige Landeskrankenhausplanung ziehen wird;
2. ob sie Veränderungen bei der Krankenhausplanung und Krankenhausinvestitionskostenförderung im Hinblick auf die Berücksichtigung einer Vorhaltefunktion im Sinne von Reservekapazitäten für Spitzenlast-Situationen vornehmen wird, bei der beispielsweise entsprechende räumliche Mehrbedarfe als wirtschaftlich angenommen werden;
3. wie sie sich zur Thematik der Planung von Intensivbetten – ggf. gesondert nach der Möglichkeit der Beatmung (Extrakorporale Membranoxygenierung [ECMO]) – positioniert;
4. ob sie veränderte Hygieneanforderungen an Krankenhäuser erkennt, beispielsweise in Gestalt geänderter baulicher Anforderungen wie beispielsweise verbesserter Isolierungs- bzw. Abtrennungsmöglichkeiten infektiöser Patientinnen und Patienten oder kontaktloser Bedienungseinrichtungen, und hierzu eine entsprechende gesonderte Förderung auflegt oder die Pauschalförderung aufstockt;

5. welchen Weiterentwicklungsbedarf bezüglich der Hygiene sie bezüglich der Prozesse sowie der funktionalen Bereiche, die mit der Aufnahme und Behandlung infektiöser Patientinnen und Patienten befasst sind, sieht, von welchem Investitionsbedarf landesweit auszugehen ist und in welcher Weise sie diesen investiv fördern wird;
6. wie sie sich zum Vorschlag positioniert, das Fallpauschalensystem derart weiterzuentwickeln, dass gesonderte Elemente struktureller Entwicklung und der Vorhaltefinanzierung sowie die Bildung von Reserven, beispielsweise zusätzliche Intensiv- und Infektionsbereiche oder Notfallmedizin, aber auch Schutz-ausstattungen, berücksichtigt werden;
7. welche Strategie zur Bevorratung von Schutzausstattungen für den Gesundheitssektor sie verfolgt, welche Kosten hierfür angesetzt werden und wer diese tragen soll;
8. in welchem Umfang Reha-Kliniken Kooperationsvereinbarungen zur Erbringung von „Ersatz-Krankenhausleistungen“ geschlossen haben und in welchem Umfang „Not-Krankenhäuser“ in externen Gebäuden eingerichtet wurden;
9. welche Schwierigkeiten sich im Bereich der Reha-Kliniken gezeigt haben und wie diese für zukünftige Herausforderungen aus ihrer Sicht überwunden werden können.

04.09.2020

Haußmann, Keck, Dr. Rülke, Brauer,
Weinmann, Dr. Goll FDP/DVP

Begründung

Im Zusammenhang mit der COVID-19-Krise war der Gesundheitssektor in besonderer Weise gefordert. Es sollten nun erforderliche Anpassungen der Krankenhausplanung und Krankenhausinvestitionsförderung sowie weitere Änderungsbedarfe diskutiert werden.

Stellungnahme*)

Mit Schreiben vom 8. Oktober 2020 Nr. 52-0141.5-016/8748 nimmt das Ministerium für Soziales und Integration im Einvernehmen mit dem Ministerium für Finanzen sowie dem Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,*

1. *wie viele Krankenhäuser in Baden-Württemberg welche Anzahl von COVID-19-Patienten aufgenommen haben, wie viele Einrichtungen welche Kapazitäten bereitgestellt haben, es aber zu keinen Belegungen gekommen ist, welche Leistungen hierfür den Krankenhäusern vergütet wurden sowie welche Schlussfolgerungen sie hieraus für die künftige Landeskrankenhausplanung ziehen wird;*

*) Der Überschreitung der Drei-Wochen-Frist wurde zugestimmt.

2. *ob sie Veränderungen bei der Krankenhausplanung und Krankenhausinvestitionskostenförderung im Hinblick auf die Berücksichtigung einer Vorhaltefunktion im Sinne von Reservekapazitäten für Spitzenlast-Situationen vornehmen wird, bei der beispielsweise entsprechende räumliche Mehrbedarfe als wirtschaftlich angenommen werden;*
3. *wie sie sich zur Thematik der Planung von Intensivbetten – ggf. gesondert nach der Möglichkeit der Beatmung (Extrakorporale Membranoxygenierung [ECMO]) – positioniert;*
8. *in welchem Umfang Reha-Kliniken Kooperationsvereinbarungen zur Erbringung von „Ersatz-Krankenhausleistungen“ geschlossen haben und in welchem Umfang „Not-Krankenhäuser“ in externen Gebäuden eingerichtet wurden;*
9. *welche Schwierigkeiten sich im Bereich der Reha-Kliniken gezeigt haben und wie diese für zukünftige Herausforderungen aus ihrer Sicht überwunden werden können.*

Die Fragen 1, 2, 3, 8 und 9 werden wegen des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet.

Die Krankenhäuser und Universitätsklinika des Landes sind und bleiben für die Bewältigung der Corona-Pandemie zentral. Sie haben maßgeblichen Anteil daran, dass in Baden-Württemberg bis dato Verhältnisse wie im März in Norditalien oder im Elsass vermieden werden konnten. Das muss auch weiterhin gelingen. Die Krankenhäuser im Land, inklusive der Universitätsklinika Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm haben ihre besondere Bedeutung unter Beweis gestellt. Die wesentliche Rolle der Universitätskliniken und der Krankenhäuser für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Rahmen der Pandemiebewältigung zeigte sich insbesondere in ihrer Krisenreaktion, der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und der Entwicklung innovativer Ansätze für das Land eindrucksvoll. Ebenfalls zu nennen ist die grenzüberschreitende Behandlung von französischen Patientinnen und Patienten.

Das Vorhalten und der Aufbau von Kapazitäten sowie die Lenkung und Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten haben indes enorme Zusatzbelastungen bei den Krankenhäusern ausgelöst. Eine umfassende statistische Erhebung der Daten aus der ersten Pandemiewelle ist daher noch nicht erfolgt. Es gilt vielmehr, das Hauptaugenmerk weiter auf die bestmögliche Bewältigung der Corona-Krise zu legen.

Zugleich gilt es zu vermeiden, dass Krankenhäuser infolge dieser Kraftanstrengungen in eine wirtschaftliche Schieflage geraten. Für ihre coronabedingten Leerstände sowie für zusätzlich geschaffene Beatmungskapazitäten haben die Krankenhäuser des Landes zum Stand 25. September 2020 rund 981 Mio. Euro auf Grundlage des § 21 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz (COVID-19-KHEntlG) aus Bundesmitteln erhalten. Weiter sollen die im Entwurf eines Krankenhauszukunftsgesetzes enthaltenen Anschlussregelungen den Krankenhäusern ermöglichen, auch nach Beendigung der sog. Leerstandsausgleiche zum 30. September 2020 coronabedingte Erlösrückgänge auszugleichen: Diese Ausgleiche sollen mit den jeweiligen Krankenkassen vor Ort in Form von Ausgleichssätzen verhandelt werden. Die geleisteten Ausgleichszahlungen gemäß COVID-19-KHEntlG sollen hierbei wiederum entsprechend berücksichtigt werden. Ergänzend sieht der Entwurf eines Krankenhauszukunftsgesetzes vor, dass die örtlichen Vertragsparteien für nicht anderweitig finanzierte Mehrkosten, die aufgrund von Corona im Rahmen der voll- oder teilstationären Behandlung entstehen, für Patientinnen und Patienten zwischen 1. Oktober und 31. Dezember 2020 einen Fallzuschlag vereinbaren können: Durch diesen sollen Mehrkosten abgedeckt werden, die ab dem 1. Oktober 2020 z. B. durch einen Mehrbedarf an Persönlicher Schutzausrüstung o. Ä. entstehen. Nicht abgedeckt werden sollen hingegen coronabedingte Mehrkosten für zusätzliches Personal oder coronabedingte zusätzliche Investivkosten. Flankierend sollen die baden-württembergischen Krankenhäuser (ohne Universitätsklinika) 210 Mio. Euro Finanzhilfen aus Landesmitteln erhalten, die überwiegend zum Ausgleich der bis 30. September 2020 entstandenen investiven Mehraufwendungen dienen.

Für den pandemiebedingten Mehrbedarf im Investitionsbereich (inklusive des Ausbaus von Intensivkapazitäten) der Universitätsklinik Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm hat die Landesregierung die Entnahme von Mitteln aus der Rücklage für Haushaltsrisiken i. H. v. insgesamt 77,1 Mio. Euro beschlossen.

Die Krankenhäuser haben sich durch Erhöhung der Intensiv- und Beatmungskapazitäten, durch – medizinisch vertretbare – Absagen von Elektiveingriffen, durch intensive Schulungen des Personals sowie durch die Gewinnung von Freiwilligen über die Landesärztekammer und über eine Pflegeplattform mit Nachdruck auf einen erhöhten Anfall intensiv- und beatmungspflichtiger Patientinnen und Patienten vorbereitet.

Das Land hat frühzeitig entschieden, massiv auf eine Erweiterung der Intensiv- und Beatmungskapazitäten hinzuwirken und die Krankenhäuser unter anderem durch einen Einstieg in die zentrale Beschaffung von Beatmungsgeräten zu unterstützen. Zur Vorbereitung auf die steigenden Patientenzahlen wurde ferner das sog. Schalenmodell entwickelt, das eine Ergänzung der vorhandenen Kapazitäten in Erweiterungsstufen vorsieht:

So sind danach auf einer ersten Erweiterungsstufe die stationären Rehabilitationskliniken in die Akutversorgung einzubeziehen. In Baden-Württemberg gibt es nach Angaben des Statistischen Landesamtes wie auch der Gesetzlichen Krankenkassen/-verbände aktuell 189 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. In diesen Einrichtungen werden rund 25.000 Betten für die Behandlung von Patientinnen und Patienten vorgehalten. Von ca. 25.000 Betten in den Rehabilitationskliniken kommen zwischen ca. 10.000 und ca. 17.000 Betten dem Grunde nach für eine Erweiterung der Akutversorgung in Betracht. Das COVID-19-KHEntlG sieht in § 22 Absatz 1 KHG vor, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen „für die Behandlung von bis zum 30. September 2020 aufgenommenen Patientinnen und Patienten“ zuzulassen. Dadurch sollten die Akutkrankenhäuser entlastet und die dortigen Kapazitäten für die zu erwartenden Patientenströme vorgehalten werden. In Baden-Württemberg wurde die gesetzlich vorgesehene Bestimmung dieser Kliniken im Rahmen einer Allgemeinverfügung ausgeübt; die Regierungspräsidien waren durch Erlass des Sozialministeriums entsprechend angewiesen. Dadurch sollten in Baden-Württemberg grundsätzlich alle vom Anwendungsbereich des § 22 KHG erfassten Reha-Einrichtungen über eine Allgemeinverfügung die Möglichkeit zur Teilnahme an der akutstationären Versorgung (§ 39 SGB V) bekommen, wenn und soweit sie eine entsprechende Kooperation mit einem Akutkrankenhaus eingehen. Diese Kooperation war zur Gewährleistung respektive zur Abwicklung des finanziellen Ausgleichs nach Möglichkeit schriftlich einzugehen und den entsprechenden Stellen vorzulegen. Die schlanke und formal auf das niedrigste Level gedrückte Ausgestaltung dieses Verfahrens ließ den Akteurinnen und Akteuren vor Ort die – bei der epidemiologischen Lage Ende März noch zwingend angezeigte – Möglichkeit offen, unbürokratisch zu agieren und ggf. nachzusteuern. Umgekehrt insistierten insbesondere die Kassen, dass es gerade zur Abwicklung der Finanzierung eines wie auch immer gearteten Nachweises/Anknüpfungspunktes bedurfte. Der Weg über die im Zuge einer Mitwirkungspflicht in der Allgemeinverfügung vorgegebene Kooperationsvereinbarung war ein gangbarer – und abgestimmter – Kompromiss, der die Interessen aller Beteiligten abbildete. Es wurden insgesamt 105 Kooperationsverträge im Sinne der Allgemeinverfügung von 71 Reha-Einrichtungen mit 63 Akutkrankenhäusern geschlossen. Eine belastbare Angabe zu den Mindereinnahmen dieser Leistungserbringergruppe aufgrund der COVID-19-Pandemie ist aktuell nicht möglich. Durch mehrschichtige Unterstützungsmaßnahmen wird den Einnahmeausfällen aufgrund der COVID-19-Pandemie begegnet: Bis Anfang September 2020 wurden rund 46 Mio. Euro Ausgleichszahlungen im Sinne des § 111 SGB V aus Bundesmitteln an die Rehabilitationskliniken des Landes geleistet. (Ambulante Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des § 111 c SGB V haben hingegen derzeit keine Möglichkeit, Zuschüsse bzw. Ausgleichszahlungen für eine Nichtbelegung zu erhalten. Das Ministerium für Soziales und Integration hat sich wegen dieser Regelungslücke an das Bundesgesundheitsministerium gewandt.)

Zusätzlich zu den Rehabilitationskliniken können auf der ersten Erweiterungsstufe unter den gleichen Voraussetzungen, namentlich bei entsprechender Kooperationsvereinbarung mit einem Akutkrankenhaus, auch die Kapazitäten von Fachkliniken einbezogen werden.

Erst nach Ausschöpfung dieser Kapazitäten kommen auf weiteren Stufen die Aktivierung von Reservekapazitäten oder die Einrichtung von Behelfskrankenhäusern in Ausweichliegenschaften – etwa in Hallen – sowie das Ausweichen auf Container, etc. in Betracht. Die landesweit gut geeigneten Ausweichliegenschaften sind sondiert. Sie mussten bis dato nicht in Anspruch genommen werden.

Die erste Phase der Corona-Pandemie hat gezeigt, dass die Krankenhäuser des Landes sowohl im Bereich der Normalpflege als auch im Bereich der Intensiveinheiten sehr gut aufgestellt sind. Für die künftige Planung von Krankenhäusern per se wird das Thema der Reservekapazitäten daher eine eher geringere Rolle spielen. Vielmehr muss durch organisatorische Maßnahmen im Bereich der Notaufnahme und Pflege, aber auch bei der Logistik sowie in sonstigen Bereichen die Prozessqualität im Sinne des Infektionsschutzes entsprechend verbessert werden. Dies betrifft auch die Steuerung und Regelung von Patienten- und Besucherströmen sowie die exakte Definition von Isoliereinheiten in unterschiedlichen Größenordnungen, je nach Patientenzustrom. Um diese Prozesse zu unterstützen und abbilden zu können sind teilweise bauliche Ergänzungen und Änderungen notwendig.

Bei der schrittweisen Wiederaufnahme des Regelbetriebs in den Krankenhäusern des Landes ab Mai 2020 wurde in einer „Gemeinsamen Erklärung“ der Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens mit dem Ministerium für Soziales und Integration zunächst eine Freihaltequote von 30 bis 35 % der Intensiv- und Beatmungskapazitäten vereinbart. Eine Freihaltequote von 30 bis 35 % ist allerdings derzeit zu hoch und führt aus Sicht der Krankenhäuser sowie aus Sicht der Patientinnen und Patienten zu einer unnötigen Verschiebung wichtiger Behandlungsmaßnahmen wie z. B. zur Verschiebung von Operationen bei Krebserkrankungen. Denn inzwischen sind die Zahlen stationär behandlungsbedürftiger COVID-19-Patientinnen und -Patienten kontinuierlich zurückgegangen, obgleich die Anzahl der positiven Testergebnisse wieder ansteigt. Sie liegen bei rund 10 % der Fallzahlen der ersten Welle. Die Freihaltequote wurde daher aktuell auf 10 % der Intensiv- und Beatmungskapazitäten festgelegt. Die Krankenhäuser sind ihrerseits in der Lage, jeweils innerhalb von 24 Stunden weitere 10 % ihrer Intensiv- und Beatmungskapazitäten für die Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten zur Verfügung zu stellen. Dies müssen sie auch: Bei einer 7-Tage-Inzidenz von 35 bzw. 50 Fällen je 100.000 Einwohnern sind jeweils weitere 10 % der Intensivkapazitäten freizuhalten, wobei auch die konkrete Auslastung der jeweiligen Intensivstation mit einzubeziehen ist. Das Konzept zur lageabhängigen Anpassung der Freihaltequote wurde in Abstimmung mit den Krankenhäusern und der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft BWKG erarbeitet. Ziel der stufenweisen Eskalation des Vorhaltezustandes ist einerseits die Sicherung von Behandlungskapazitäten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten sowie andererseits eine weitest mögliche Versorgung von Nicht-COVID-19-Patientinnen und -Patienten fortzuführen. Um die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten auch weiterhin optimal nutzen zu können, müssen überdies Verlegungsmöglichkeiten in andere Kliniken eruiert werden. Dazu wurde vom Innenministerium ein Verlegungskonzept entwickelt. Die beiden Register „COVID-19-Ressource-Board“ und „DIVI-Intensivregister“ bieten inzwischen einen taggenauen Überblick über freie Intensivkapazitäten und erleichtern somit die Planung abgestimmter frühzeitiger Verlegungen. Zur überregionalen Koordinierung von Verlegungen stehen die Oberleitstelle Baden-Württemberg und die Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte (ZKS) zur Verfügung.

Der aktuelle Landeskrankenhausplan enthält keine explizite Intensivbettenplanung. Es handelt sich um einen Rahmenplan, § 6 Absatz 1 des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg (LKHG BW). Bei der anstehenden Überarbeitung des Landeskrankenhausplanes werden die im Zuge der Corona-Pandemie gewonnenen Erkenntnisse indes vollumfänglich einbezogen werden.

4. *ob sie veränderte Hygieneanforderungen an Krankenhäuser erkennt, beispielsweise in Gestalt geänderter baulicher Anforderungen wie beispielsweise verbesserter Isolierungs- bzw. Abtrennungsmöglichkeiten infektiöser Patientinnen und Patienten oder kontaktloser Bedienungseinrichtungen, und hierzu eine entsprechende gesonderte Förderung auflegt oder die Pauschalförderung aufstockt;*
5. *welchen Weiterentwicklungsbedarf bezüglich der Hygiene sie bezüglich der Prozesse sowie der funktionalen Bereiche, die mit der Aufnahme und Behandlung infektiöser Patientinnen und Patienten befasst sind, sieht, von welchem Investitionsbedarf landesweit auszugehen ist und in welcher Weise sie diesen investiv fördern wird;*

Die Fragen 4 und 5 werden aufgrund des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet.

Die Themen Hygiene und Infektionsschutz waren auch schon vor Beginn der Corona-Pandemie ein wichtiger Baustein in der in der Planung und beim Bau von Krankenhäusern. Entsprechende Vorkehrungen und technische Ausstattung wurden schon bislang in allen Bereichen getroffen und eingesetzt, um dem Infektionsschutz maximal gerecht zu werden. Auch hinsichtlich der Prozessabläufe und der Organisation galten schon vor der Corona-Pandemie gesetzliche Vorgaben und krankenhausspezifische Richtlinien zur Gewährleistung der Infektionsschutz- und Hygienestandards. Des Weiteren konnten mit standortübergreifenden Maßnahmen und abgestimmten Verlegungen sogenannte Hotspots entlastet werden.

Bei der zukünftigen Planung und Gestaltung von Krankenhäusern wird das Thema Infektionsschutz auf Basis der Erfahrungswerte der Pandemie eine noch größere Rolle spielen. Dies betrifft in erster Linie die Aufnahmebereiche und die Pflegebereiche. Parallel dazu ist es jedoch genauso notwendig, dass die Prozesse und die funktionalen Abläufe, die mit der Aufnahme und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten befasst sind, zukünftig besser auf diese Situation und deren Erfordernis abgestimmt werden. Um diese Prozesse und Abläufe zu optimieren, sind unter Umständen bauliche Veränderungen und Anpassungen einzelner Häuser notwendig.

Insgesamt kann die investive Förderung von derlei Projekten über vielfältige Möglichkeiten erfolgen. Neben den regulären Investivprogrammen der Krankenhausförderung können auch die Möglichkeiten des Krankenhausstrukturfonds II oder des beabsichtigten Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) genutzt werden. Dies hängt maßgeblich von der Art und dem Umfang der jeweiligen Maßnahme ab. So enthält der Entwurf des KHZG im sog. Krankenhauszukunftsfonds entsprechende Fördertatbestände, die sich einem Teil dieser Themen sehr intensiv widmen: Neben Digitalisierungsmaßnahmen können gerade auch Maßnahmen zur Infektionsschutzverbesserung auf Pflegestationen oder beispielsweise die technische Verbesserung von Aufnahmeeinheiten gefördert werden.

6. *wie sie sich zum Vorschlag positioniert, das Fallpauschalensystem derart weiterzuentwickeln, dass gesonderte Elemente struktureller Entwicklung und der Vorhaltefinanzierung sowie die Bildung von Reserven, beispielsweise zusätzliche Intensiv- und Infektionsbereiche oder Notfallmedizin, aber auch Schutz-ausstattungen, berücksichtigt werden;*

Die Zuständigkeit der Betriebskostenfinanzierung von Krankenhäusern und damit auch die Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems, das als lernendes System angelegt ist, liegt auf Bundesebene. Entsprechende Regelungen werden vom Bundesgesetzgeber getroffen und die Konkretisierung und Umsetzung meist an die Selbstverwaltung (ebenfalls auf Bundesebene) delegiert.

Die Anwendung des Fallpauschalensystems, das auf Durchschnittskosten basiert, läuft im Krankenhausbereich Gefahr, sowohl in kleinen Krankenhäusern als auch mindestens Krankenhäusern der universitären Maximalversorgung zur Nichtauskömmlichkeit der Finanzierung und dadurch zu Fehlanreizen zu führen. Die Weiterentwicklung oder gar die Entwicklung eines neuen Vergütungssystems werden derzeit viel diskutiert. Baden-Württemberg vertritt dabei die Auffassung, dass die im DRG-System systemimmanente Anpassungen in Richtung einer stärkeren Orientierung an den tatsächlichen Kosten erfolgen soll.

Durch die neu geschaffene AG „Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierungsstrukturen“ der Länder, in der auch Baden-Württemberg mitwirkt, beabsichtigen die Länder, Schieflagen des DRG-Systems aufzugreifen und dem Bund konstruktive, an die Versorgungswirklichkeit angepasste Vorschläge zu machen.

7. welche Strategie zur Bevorratung von Schutzausstattungen für den Gesundheitssektor sie verfolgt, welche Kosten hierfür angesetzt werden und wer diese tragen soll;

In der Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 17. Juni 2020 wurde vereinbart, dass der Bund das Konzept zur Bildung der Nationalen Reserve Gesundheitsschutz (NRGS) erstellt und die Länder dafür Sorge tragen werden, dass dies auch dezentral in den medizinischen Einrichtungen und beim Katastrophenschutz der Länder erfolgt. Das Konzept des Bundes liegt dem Ministerium für Soziales und Integration noch nicht vor. Das Landeskonzept soll darauf aufbauend erstellt werden. Demzufolge steht noch nicht fest, ob und wenn ja welche Artikel in welcher Menge eingelagert und umgeschlagen werden sollen und zu welchen Bedingungen sie an wen abgegeben werden könnten

Mit dem vorläufigen Ende der Verteilung von persönlicher Schutzausrüstung über die Kreise an die Bedarfsträger hat das Ministerium für Soziales und Integration diese aufgefordert, aus den Restbeständen des Landes auch einen Notfallvorrat anzulegen. Davon wurde zumindest teilweise Gebrauch gemacht. Aus den noch vorhandenen Beständen des Landes wird nun der Eigenbedarf der Ressorts bis zum Jahresende gedeckt.

Für die Kassenärztliche Vereinigung wurden für den Betrieb der vom Land eingerichteten Teststationen 500.000 Handschuhe und 20.000 Schutzanzüge reserviert.

Für das DRK wurden für den Betrieb dieser Teststationen 60.000 Handschuhe und 20.000 Schutzanzüge sowie 1 Mio. OP-Masken, 9.000 FFP-2-Masken, 3.000 Gesichtsschilder, 50.000 Schutzbrillen und 20 Thermometer reserviert. Als Notfallvorrat bleibt ein Grundstock aus den Beschaffungen des Landes in Form von OP- und FFP2-Masken bestehen.

Aus der Erfahrung der Bewältigung der Corona-Krise heraus hat der Ministerrat in seiner Sitzung vom 12. Mai 2020 das Konzept einer „Resilienten Beschaffung von Schutzmasken“ auf den Weg gebracht. Dieses Konzept umfasst zum einen den Aufbau krisensicherer Produktionskapazitäten in Europa, Deutschland und Baden-Württemberg, zum anderen aber auch die Bevorratung von Atemschutzmasken durch die Behörden des Landes.

Es ist die gesetzliche Verpflichtung der Anstellungsträger, ihre Beschäftigten mit der notwendigen persönlichen Schutzausrüstung auszustatten; für Infektionslagen erfolgt die Konkretisierung der erforderlichen Ausstattung durch die Biostoffverordnung. Die Anstellungsträger sind mehrfach vom Ministerium für Soziales und Integration auf diesen Sachverhalt hingewiesen worden.

Lucha

Minister für Soziales
und Integration