

Große Anfrage

**der Fraktion der SPD und
der Fraktion der FDP/DVP**

und

Antwort

der Landesregierung

Krisenfestigkeit des Gesundheitswesens Baden-Württemberg

Große Anfrage

Wir fragen die Landesregierung:

1. In welcher Höhe wurden bisher Mittel aus dem Landeshaushalt für konkrete Schutzmaßnahmen, Ausgleiche, Finanzhilfen, Förderungen, zusätzliche Personalaufwendungen usw. im Zusammenhang mit der Pandemie ausgegeben?
2. Aus welchen Gründen wurden im Frühjahr 2021 die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen und in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg – anders als in anderen Bundesländern – nicht in der Priorität geimpft, die ihnen nach der Coronaimpfverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 18. Dezember 2020 auf Grundlage des Stufenplans der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Priorisierung der COVID-19-Impfung zukam?
3. Wo liegen aus ihrer Sicht die Stärken, Schwächen und insbesondere Verbesserungsmöglichkeiten beim Impfvorgabemittel der Kassennärztlichen Vereinigung, das im Frühjahr 2021 zum Einsatz kam?
4. Inwiefern hat es das Land zu verantworten, dass das Impfterminvorgabemittel im Frühjahr 2021 massiv überlastet war und sehr viele Menschen – trotz Einordnung in hohe Priorisierungsgruppen – keine Impftermine erhalten haben?
5. Wie häufig kam es im Frühjahr 2021 durch die Entscheidung welches Ressorts, kurz vor der Landtagswahl Beschäftigte des Landes in Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen entgegen der vereinbarten Priorisierung vorrangig zur Impfung zuzulassen, zu Verzögerungen bei der Terminvergabe für Bewohnerinnen, Bewohner sowie Beschäftigte in Pflegeheimen und in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung?

6. Aus welchen Gründen wurden Menschen in Baden-Württemberg nicht wie z. B. in Brandenburg oder Bremen entsprechend ihrer Priorisierung durch persönliche Anschreiben zu individuellen Impfterminen eingeladen?
7. Welche Kosten bzw. Folgekosten wurden durch den Auf- und Abbau bzw. den Betrieb der einzelnen Impfzentren sowie der anschließenden Einrichtung der jeweiligen Impfstützpunkte ausgelöst?
8. Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage wurde an Gründonnerstag 2021 in Baden-Württemberg ein weitgehendes Behandlungsverbot für Zahnärztinnen und Zahnärzte erlassen bzw. kurze Zeit später wieder revidiert?
9. Inwieweit waren die Kassenärztliche Vereinigung und die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg vorab in die unter Frage 8 beschriebenen Entscheidungen eingebunden?
10. Ist es zutreffend, dass die Initiative für das in Frage 8 genannte Behandlungsverbot aus dem Staatsministerium kam?
11. Welche Auswirkungen hatte die Pandemie auf die Personalausstattung im Bereich von Medizin und Pflege in Baden-Württemberg unter Darlegung, welche Engpässe in der Zeit der Pandemie besonders deutlich wurden und wie sie solchen Personalengpässen in Zukunft vorbeugen will (Bewertung bitte aufschlüsseln nach Berufsgruppen, insbesondere auch Medizinische Fachangestellte, Pflegeassistenten und Hebammen)?
12. Aus welchem Grund hat das Land Baden-Württemberg Ärztinnen und Ärzte bei den Coronaprämien explizit ausgeschlossen?
13. Was tut das Land gegen die regelmäßigen Arbeitszeitgesetzverstöße im ärztlichen Dienst in den Kliniken, wobei besonders berücksichtigt werden soll, ob es in den Universitätskliniken in Baden-Württemberg eine manipulationsfreie elektronische Arbeitszeiterfassung für Ärztinnen und Ärzte gibt?
14. Welche Fassungen von (nicht in Entwurfsform) veröffentlichten Seuchenalarmplänen existierten in Baden-Württemberg vor dem Jahr 2021, unter Darlegung, in welcher Form diese während der Pandemie bearbeitet bzw. aktualisiert wurden (bitte jeweils Datum der Veröffentlichung nennen)?
15. Gibt es eigene Forschungsprogramme des Landes Baden-Württemberg zur Seuchenprävention und zur Behandlung von Coronapatientinnen und Coronapatienten?
16. Welche strukturellen und finanziellen Maßnahmen gedenkt die Landesregierung zu tätigen, damit die Krankenhäuser die zahlreichen pandemiebedingt entfallenen oder aufgeschobenen medizinischen Behandlungen zeitnah und ohne drohende Überlastung aufholen können?
17. Wie groß ist die wirtschaftliche und finanzielle Belastung für das Land aufgrund von mit Post-Covid oder Long-Covid verbundenen Krankheitsausfällen in der öffentlichen Verwaltung?
18. Wie hoch sind die Kosten für das Land in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen aufgrund der Folgen von Isolation, psychischen Erkrankungen und Auffälligkeiten, Kinderschutzfällen usw.?
19. Was wird konkret dafür getan, therapeutische Angebote auszubauen und zu sichern sowie einen besseren Zugang für alle, insbesondere auch an Universitäten und anderen öffentlichen Einrichtungen, zu schaffen?
20. Gibt es aktuelle, einheitlich erfasste und belastbare Krankenhausdaten zu Ressourcen wie Personal und Material sowie die Belegung über die Intensivbettenbelegung hinaus (Daten bitte nach Landkreisen aufschlüsseln)?

21. In welchen Gesundheitsämtern und wofür wurden die bisher abgerufenen Mittel aus dem „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ eingesetzt, unter besonderer Berücksichtigung, welche Optionen in der digitalen Unterstützung für die Gesundheitsämter bereits genutzt werden (bitte prozentualen Anteil der Gesamtsumme der Mittel sowie restliche Summe angeben sowie aufgeschlüsselt nach den jeweiligen Gesundheitsämtern)?
22. Wie war die Personalausstattung im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg in Vollzeitäquivalenten zum 1. Januar 2020, zum 1. Januar 2021, zum 1. Januar 2022 und zum 1. Juli 2022 (bitte tabellarisch und jeweils differenziert nach besetzten und unbesetzten Planstellen, besetzten und unbesetzten Arztstellen bzw. Stellen im höheren Dienst, befristeten und unbefristeten Stellen sowie befristeten und unbefristeten Arbeitsverhältnissen aufgeschlüsselt nach den jeweiligen Gesundheitsämtern)?
23. In welcher Form und in welchem Umfang wurde der Öffentliche Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg durch andere Kräfte wie Aushilfen und abgeordnete Beschäftigte während der Pandemie unterstützt (aufgeschlüsselt nach den jeweiligen Gesundheitsämtern)?
24. Wie sind Konzepte und Pläne zur (Weiter-)Entwicklung des baden-württembergischen öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich Digitalisierung konkret hinsichtlich Zeitplan und Umsetzung ausgestaltet?
25. Inwieweit wird mit welcher konkreten zeitlichen und konzeptionellen Zielsetzung derzeit an der Implementierung einer technisch angemessenen Telemedizin-Infrastruktur gearbeitet?
26. Inwieweit werden die umfangreichen Evaluationen zu den (gesundheits-)politischen Maßnahmen der Pandemiebekämpfung genutzt, um bereits jetzt Vorsorge für weitere Krisen vorzuhalten (unter Berücksichtigung der Wirksamkeit dieser Maßnahmen und einer Analyse, wie die Qualität der getroffenen Maßnahmen von den gegebenen institutionellen und normativen Strukturen sowie gesellschaftlichen Faktoren abhängen, innerhalb derer sie beschlossen und implementiert wurden)?
27. Welche Maßnahmen hat die Landesregierung ergriffen, um die internationalen Lieferketten medizinischer Bedarfsgüter nach Baden-Württemberg abzusichern und für zukünftige Krisen resilienter, effizienter und schneller zu gestalten?
28. Welche versorgungskritischen Medizinprodukte und Arzneimittel erachtet die Landesregierung im Hinblick auf die Grundversorgung und Krisenfälle für so wichtig, dass deren Herstellung vorrangig in Baden-Württemberg erfolgen sollte, um mehr Autonomie bzw. Unabhängigkeit von internationalen Lieferketten zu erreichen?
29. Was hat das Land seit März 2020 dafür getan, um die Herstellung von Medikamenten und Desinfektionsmitteln in Baden-Württemberg auszubauen?
30. Welche Schritte wurden bereits unternommen, um ein nationales Forschungskonzept bzw. eine fachübergreifende Begleitforschung im Bereich Public Health aufzubauen, um eine bessere Wissensgrundlage im zukünftigen Krisenmanagement zur Verfügung zu haben?

15.7.2022

Stoch, Binder, Wahl, Dr. Kliche-Behnke
und Fraktion

Dr. Rülke, Haußmann, Reith, Karrais
und Fraktion

Begründung

Die Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ soll Handlungsempfehlungen mit dem Ziel erarbeiten, das baden-württembergische Gemeinwesen für die Zukunft resilienter und krisenfester aufzustellen. In der ersten Sitzung der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ kamen Expertinnen und Experten aus verschiedensten Bereichen zu Wort. Erarbeitet wurde durch die Beiträge ein generelles Grundverständnis des Begriffs „Krise“ für die weitere Arbeit der Enquetekommission. In der Enquetekommission sollen zu den vier Themenfeldern Gesundheit, Staat und Verwaltung, gesellschaftliche Strukturen und Betroffenheiten sowie global vernetzte Gesellschaft (Ökonomie und Ökologie) Handlungsempfehlungen erarbeitet werden.

Mit dieser Großen Anfrage soll das erste Themenfeld Gesundheit in den Blick genommen werden, um die weitere Arbeit der Kommission vorzubereiten. Referenzpunkt und Anlass der Enquetekommission ist die Coronapandemie, durch die das Gesundheitssystem in Baden-Württemberg vor erhebliche Herausforderungen gestellt wurde. Dabei wurden auch Entwicklungspotenziale und strukturelle Unzulänglichkeiten des Gesundheitssystems offengelegt. Die Große Anfrage hat deshalb maßgeblich zum Anliegen, die Situation der letzten zwei Jahre aufzuarbeiten. Diese Bestandsaufnahme soll eine Grundlage dafür bieten, Anknüpfungspunkte zu identifizieren, an denen das Gesundheitssystem in Baden-Württemberg krisenfest gemacht werden kann.

Antwort*)

Schreiben des Staatsministeriums vom 14. September 2022 Nr. STM32-0142.5-13/13/3:

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.

Hassler

Staatssekretär

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

Anlage: Schreiben des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration

Mit Schreiben vom 9. September 2022 Nr. KKG-0141.5-017/2923 beantwortet das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration im Namen der Landesregierung die Große Anfrage wie folgt:

1. In welcher Höhe wurden bisher Mittel aus dem Landeshaushalt für konkrete Schutzmaßnahmen, Ausgleiche, Finanzhilfen, Förderungen, zusätzliche Personalaufwendungen usw. im Zusammenhang mit der Pandemie ausgegeben?

Im Zeitraum 2020 bis 2022 (Stichtag 30. Juni 2022) wurden bislang Mittel in Höhe von insgesamt 7,674 Mrd. Euro aus dem Landeshaushalt im Zusammenhang mit der Coronapandemie verausgabt. Grundlage der angegebenen Daten ist die Meldung an die zentrale Datenstelle der Landesfinanzminister zur Überwachung der europäischen Stabilitätskriterien in Bezug auf die finanziellen Auswirkungen der Coronapandemie, welche quartalsmäßig zu erfolgen hat. Nicht enthalten sind Bundesmittel, die auch im Zusammenhang mit der Pandemie zur Verfügung gestellt wurden und über den Landeshaushalt abgewickelt werden bzw. wurden (z. B. Bundesprogramm technische Modernisierung der Gesundheitsämter oder COVID-19-Krankenhausesentlastung). Die verausgabten Mittel aus dem Landeshaushalt im Zusammenhang mit der Coronapandemie setzen sich wie folgt zusammen:

Verausgabte Mittel aus dem Landeshaushalt im Zeitraum 2020 bis 30. Juni 2022	
	(in Mio. Euro)
Personalausgaben	45,3
Sächliche Verwaltungsausgaben	1.478,2
<i>davon u. a.</i>	
<i>Persönliche Schutzausrüstungen, Antigen-Schnelltests</i>	620,7
<i>Impfen</i>	497,5
Zuweisungen und Zuschüsse	5.710,6
<i>davon u. a.</i>	
<i>Soforthilfen für Gemeinden und Gemeindeverbände</i>	270,0
<i>Gewerbesteuerkompensation (Landesmittel)</i>	1.040,0
<i>Kompensation kommunaler Finanzausgleich</i>	1.016,0
	<i>und</i>
	355,0
<i>Beteiligung an kommunalen Pandemiekosten</i>	67,0
<i>Entschädigungsleistungen Infektionsschutzgesetz und Mehrausgaben Wohngeld</i>	270,0
<i>Zuschüsse für lfd. Zwecke an öffentliche Unternehmen</i>	616,8
<i>Zuschüsse für lfd. Zwecke an private Unternehmen</i>	1.381,4
<i>Zuschüsse an gemeinnützige Einrichtungen</i>	163,5
<i>Sonstige Zuschüsse für lfd. Zwecke an Sonstige (z. B. Tourismus)</i>	122,0
Baumaßnahmen	8,8
Investitionen und Investitionsförderungsmaßnahmen	426,9
Gesamt	7.669,8

2. Aus welchen Gründen wurden im Frühjahr 2021 die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen und in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg – anders als in anderen Bundesländern – nicht in der Priorität geimpft, die ihnen nach der Coronaimpfverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 18. Dezember 2020 auf Grundlage des Stufenplans der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Priorisierung der COVID-19-Impfung zukam?

Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen und von Einrichtungen für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg wurden durch die 145 mobilen Impfteams (MIT) des Landes geimpft. Das Land hat sich in der aufsuchenden Arbeit mit den MIT an die in der Coronaimpfverordnung vorgegebene Reihenfolge gehalten. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration hat für die Stadt- und Landkreise auf Grundlage der Coronaimpfverordnung bzw. des Stufenplans der Ständigen Impfkommission (STIKO) einen Leitfaden erstellt, in welcher Reihenfolge Zielgruppen durch MIT aufgesucht werden konnten, um die durch den Bund im Rahmen der Coronaimpfverordnung bzw. des Stufenplans der STIKO vorgegebene Priorisierung Rechnung zu tragen. Erst wenn die Nachfrage in der höchsten Priorisierungsstufe befriedigt war, konnten die Kreise nach diesem Leitfaden eigenständig die nächste Personengruppe in den Fokus nehmen.

3. Wo liegen aus ihrer Sicht die Stärken, Schwächen und insbesondere Verbesserungsmöglichkeiten beim Impfterminvergabesystem der Kassenärztlichen Vereinigung, das im Frühjahr 2021 zum Einsatz kam?

4. Inwiefern hat es das Land zu verantworten, dass das Impfterminvergabesystem im Frühjahr 2021 massiv überlastet war und sehr viele Menschen – trotz Einordnung in hohe Priorisierungsgruppen – keine Impftermine erhalten haben?

Die Fragen 3 und 4 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Terminvergabe wurde zu diesem Zeitpunkt zentral online über den Impfterminservice (kv.digital im Auftrag des Bundes) bzw. telefonisch über die Patientenservicenummer 116117 durchgeführt, wobei die buchenden Call-Center-Anbieter (inkl. Gebärdenvideochat) des Landes auch auf die genannte Bundes-Software zurückgriffen. Für die telefonische Buchung wurde durch das Land ein separates Kontingent eingeführt, sodass für Personen, die keine Online-Buchungen vornehmen konnten oder wollten, noch Termine für die telefonische Buchung zur Verfügung standen. Das System war in der Lage, einer hohen Anzahl an Zugriffen standzuhalten, jedoch war eine Suche nach Verfügbarkeit in der Umgebung nicht möglich.

Allerdings waren sowohl telefonisch als auch online freie Termine in der Regel innerhalb kürzester Zeit ausgebucht, da die Nachfrage nach Terminen das Angebot an Impfstoff im gegenständlichen Zeitraum um ein Vielfaches überstiegen hat. Die Überlastung des Impfterminvergabesystems war primär auf die durch das Impfstoffbeschaffungsmanagement des Bundes resultierende Impfstoffknappheit zurückzuführen.

Für an einer Impfung interessierte Personen ab 80 Jahren bzw. berechnete Personen ab 65 Jahren mit der höchsten Impfpriorität wurde durch das Land eine Warteliste eingeführt, um diese mit einem Impfangebot gezielt kontaktieren zu können. So konnte der Aufwand der Terminfindung für die priorisierten impfwilligen Personen reduziert werden.

5. *Wie häufig kam es im Frühjahr 2021 durch die Entscheidung welches Ressorts, kurz vor der Landtagswahl Beschäftigte des Landes in Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen entgegen der vereinbarten Priorisierung vorrangig zur Impfung zuzulassen, zu Verzögerungen bei der Terminvergabe für Bewohnerinnen, Bewohner sowie Beschäftigte in Pflegeheimen und in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung?*

Sowohl Bewohnerinnen und Bewohnern als auch Beschäftigten von Alten- und Pflegeheimen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung wurden Impfangebote durch MIT gemacht. Diese Terminplanung der MIT war zu jedem Zeitpunkt unabhängig von der allgemeinen Terminvergabe über den Impfterminservice bzw. die Patientenservicenummer 116117. Daher kam es hier zu keinen priorisierungsbedingten Verzögerungen.

6. *Aus welchen Gründen wurden Menschen in Baden-Württemberg nicht wie z. B. in Brandenburg oder Bremen entsprechend ihrer Priorisierung durch persönliche Anschreiben zu individuellen Impfterminen eingeladen?*

Die Landesregierung setzte aufgrund der für die priorisierten Zielgruppen einfacheren und schnelleren Umsetzbarkeit schwerpunktmäßig auf breit gestreute Information. Die entsprechend priorisierten Personengruppen wurden durch Pressemitteilungen, die weitreichend in Print- und Rundfunkmedien tagesaktuell aufgegriffen wurden, über die Reihenfolge der Impfpriorisierung informiert. Gerade vor dem Hintergrund einer dynamischen Entwicklung der Impfstofflogistik, bei der sich kurzfristig Änderungen bei der Terminvergabe und Priorisierung realisieren ließen, war es effizienter, die betroffenen Personen auf diese Weise direkt und tagesaktuell zu informieren, als über ein einmaliges persönliches Anschreiben. Dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration sind keine Rückmeldungen von Personen in Bezug auf fehlende Informationen zur Priorisierung bekannt.

7. *Welche Kosten bzw. Folgekosten wurden durch den Auf- und Abbau bzw. den Betrieb der einzelnen Impfzentren sowie der anschließenden Einrichtung der jeweiligen Impfstützpunkte ausgelöst?*

Gegenüber dem Bund wurden zu den durch die Coronaimpfverordnung vorgegebenen Stichtagen (30. Juni 2022 für die Quartale 1/2021, 2/2021 und 3/2021 bzw. 31. Juli 2022 für die Quartale 4/2021 und 1/2022) die in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Kosten für die Impfinfrastruktur eingereicht:

Zeitraum	Gesamtkosten (in Euro)
Quartalsabrechnung Q1/2021	132.287.213,52
Quartalsabrechnung Q2/2021	180.592.144,98
Quartalsabrechnung Q3/2021	134.311.413,16
Quartalsabrechnung Q4/2021	36.809.458,01
Quartalsabrechnung Q1/2022	50.927.251,08
Summe	534.927.480,75

Darüber hinaus wurden rund 16,3 Mio. Euro als Schätzbetrag nach § 11 Absatz 1a der Coronaimpfverordnung als nicht fristgerecht abrechenbare, erstattungsfähige Kosten gemeldet.

Für die Zeit ab dem 1. April 2022 ist eine Kostendarstellung nicht möglich, da mit der Abrechnung erst begonnen wurde.

8. *Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage wurde an Gründonnerstag 2021 in Baden-Württemberg ein weitgehendes Behandlungsverbot für Zahnärztinnen und Zahnärzte erlassen bzw. kurze Zeit später wieder revidiert?*
9. *Inwieweit waren die Kassenärztliche Vereinigung und die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg vorab in die unter Frage 8 beschriebenen Entscheidungen eingebunden?*
10. *Ist es zutreffend, dass die Initiative für das in Frage 8 genannte Behandlungsverbot aus dem Staatsministerium kam?*

Die Fragen 8 bis 10 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Am Gründonnerstag 2021 galten keine speziellen Einschränkungen zahnärztlicher Behandlungen. Es wird daher davon ausgegangen, dass sich die Fragestellung auf den Zeitpunkt Gründonnerstag 2020 (9. April 2020) bezieht.

Die mit der Vierten Verordnung zur Änderung der Corona-Verordnung vom 9. April 2020 (GBl. S. 181) in § 6a eingeführte Einschränkung zahnärztlicher Behandlungen wurde im Rahmen der zur damaligen Zeit für Coronafragen eingesetzten Lenkungsgruppe der Amtschefinnen und Amtschefs der Ministerien unter der Leitung des Chefs der Staatskanzlei thematisiert. Die übliche Ressortabstimmung erfolgte unter Beteiligung aller Ministerien sowie die Anhörung der kommunalen Landesverbände (Artikel 71 Absatz 4 der Verfassung des Landes Baden-Württemberg). Die Einbeziehung weiterer Interessenvertreter ist im Rahmen der Ressortabstimmung von Entscheidungen der Landesregierung nicht erforderlich und erfolgte insbesondere aufgrund der Eilbedürftigkeit dementsprechend auch in diesem Fall nicht.

Die Landesregierung hat sich dazu entschieden, diese Einschränkung zahnärztlicher Behandlung zum Schutz der Bevölkerung und des zahnmedizinischen Personals anzuordnen. Zu dem damaligen Zeitpunkt bestanden zum einen noch nicht ausreichende Erkenntnisse zu Übertragungswegen und Infektionsrisiken, sodass eilige Entscheidungen unumgänglich waren. Zum anderen waren zu dem damaligen Zeitpunkt auch noch keine hinreichenden Schutzmaßnahmen vorhanden. Es gab insbesondere keinen Impfschutz gegen SARS-CoV-2 (nachfolgend als Coronavirus bezeichnet) und die Verfügbarkeit von persönlicher Schutzausrüstung wie Schutzmasken, Schutzhandschuhen und Schutzkitteln war aufgrund von Lieferengpässen nicht gewährleistet.

Bei zahnärztlichen Maßnahmen besteht aus infektiologischer Betrachtung grundsätzlich ein Expositionsrisiko der die Behandlung durchführenden Person durch Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer oder milder COVID-19-Infektion, da das Tragen einer Schutzmaske durch die Patientinnen und Patienten nicht möglich ist. Bei zahnärztlichen Behandlungen können zudem durch den Rückprall von Spraynebeln (Kühlwasser, Pulverstrahl) Aerosole entstehen, die – wie sich im späteren Verlauf der Pandemie erwiesen hat – die Hauptübertragungsquelle für das Coronavirus darstellen. Im Bereich der Zahnmedizin konnte vor dem dargestellten Hintergrund ein erhöhtes Risiko, sich mit dem über die Atemwege übertragenen Virus anzustecken, angenommen werden.

Auf dieses Expositionsrisiko haben verschiedene Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie deren Interessenvertreter im März 2020 in mehreren Schreiben an das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration hingewiesen. Auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat in einer Pressemitteilung vom 20. März 2020 darauf hingewiesen, dass „in der aktuellen Situation sämtliche Behandlungen auf erforderliche Interventionen beschränkt werden“ sollen (siehe: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) – Pressemitteilung vom 20. März 2020, abrufbar unter: www.kzbv.de/pressemitteilung-vom-20-3-2020.1380.de.html).

11. Welche Auswirkungen hatte die Pandemie auf die Personalausstattung im Bereich von Medizin und Pflege in Baden-Württemberg unter Darlegung, welche Engpässe in der Zeit der Pandemie besonders deutlich wurden und wie sie solchen Personalengpässen in Zukunft vorbeugen will (Bewertung bitte aufschlüsseln nach Berufsgruppen, insbesondere auch Medizinische Fachangestellte, Pflegeassistenten und Hebammen)?

Im Krankenhaus- und im Pflegebereich zeichnet sich seit längerem ein Pflegepersonal­mangel ab, der sich sowohl infolge der demografischen Entwicklung als auch der Coronapandemie weiter verschärft hat. Laut dem Barmer-Pflegereport werden im Jahr 2030 rund sechs Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig sein und für die Versorgung dieser Menschen werden mehr als 180.000 Pflegekräfte zusätzlich benötigt. Gleichzeitig haben Medienberichten zufolge bundesweit allein von Anfang April bis Ende Juli 2020 ca. 9.000 Personen den Pflegeberuf aufgegeben, dies entspricht einem Rückgang von 0,5 Prozent. Der Mangel an Pflegekräften ist insbesondere im Krankenhausalltag und in Pflegeeinrichtungen deutlich spürbar.

Dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration liegen hierzu die Zahlen des Statistischen Landesamtes lediglich bis 2020 vor.

Die vorliegenden Zahlen zeigen einen deutlichen Anstieg der Zahl der beschäftigten Personen und der Vollkräfte. So ist beispielweise die Anzahl der beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von 2010 bis 2020 um 6.421 gestiegen. Das entspricht einer Steigerung um 34,1 Prozent. Die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Bereich ist von 2010 bis 2020 um 4.543 Vollkräfte gestiegen (+27,7 Prozent). Die Anzahl der Pflegekräfte ist zwischen 2010 und 2020 um 7.339 gestiegen (+14,4 Prozent). Die Zahl der Vollkräfte in der Pflege ist von 2010 bis 2020 um 6.371 Vollkräfte gestiegen (+18,1 Prozent).

Diesen Zahlen lässt sich entnehmen, dass bis 2020 mehr Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit arbeiten, während in der Pflege mehr Mitarbeitende ihre Arbeitszeit (wieder) erhöht haben.

Der generelle Personal­mangel verstärkte sich in der Coronapandemie und führte zeitweise zu einer reduzierten Bettenkapazität. Zuweilen gab und gibt es nahezu keine Kompensationsmöglichkeiten mehr bei Krankheitsausfällen. Planbare Eingriffe mussten phasenweise verschoben werden.

Während der Coronapandemie kam es in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten insbesondere während der durch eine höhere Ansteckungsfähigkeit des Virus geprägten Omikron-Welle zu krankheits- oder quarantänebedingten Personalausfällen, die alle in den Einrichtungen tätigen Berufsgruppen gleichermaßen betrafen.

Bei einer Gesundheitskrise wie der Coronapandemie können Vorsorgemaßnahmen wie Personalreserven Personalausfälle nicht kompensieren. Personalausfälle werden soweit wie möglich durch die Einrichtungen im Wege von Dienstplan­anpassungen ausgeglichen. Soweit eine Kompensation der Personalausfälle nicht möglich ist, reagieren die Einrichtungsträger beispielsweise mit einer vorübergehenden Reduzierung des Angebots. Infektionen unter den Beschäftigten erfolgen in der Regel nicht in den Einrichtungen, sondern überwiegend im Alltag im privaten Umfeld außerhalb der Einrichtungen. Aufgrund der Infektionsdynamik kann Personalengpässen nicht ausreichend durch gezielte Maßnahmen in den Einrichtungen vorgebeugt werden. Während der Pandemie hat sich gezeigt, dass krankheits- und quarantänebedingte Personalausfälle mit der Infektionsdynamik in der Gesamtbevölkerung korrelieren.

Des Weiteren hat die Coronapandemie auch die Krankenhäuser und insbesondere das Personal in der Intensivversorgung vor große Herausforderungen gestellt. Um die Anzahl an qualifizierten Pflegekräften im Intensivpflegebereich zu steigern und einen wichtigen Beitrag für die Pflege in unserem Land zu leisten, hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration am 29. Juli 2022

fünf innovative Modellprojekte für eine schnellere Weiterbildung auf dem Gebiet der Intensivpflege an Universitätskliniken in Baden-Württemberg genehmigt. Die Modellprojekte sind so konzipiert, dass direkt im Anschluss an die generalistische Pflegeausbildung die Weiterbildung für eine Tätigkeit auf der Intensivstation erfolgen kann. Damit stehen die angehenden Intensivpflegekräfte eineinhalb Jahre früher für den Arbeitsmarkt zur Verfügung, als dies regulär der Fall wäre.

An Pflegeschulen und Schulen für Gesundheitsfachberufe stand auch während der Hochphasen der Pandemie zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Ausbildung im Fokus, den Schulbetrieb aufrecht zu erhalten, um insbesondere Auszubildende für die Abschlussprüfung lückenlos vorbereiten und ihnen im Anschluss einen raschen Berufseinstieg ermöglichen zu können. Parallel zur Pandemiesituation wurde die Ausbildung von Hebammen von einer schulischen auf eine hochschulische Ausbildung umgestellt. Die Einrichtungen beider Ausbildungsarten (Schulen und Hochschulen) haben in der Umstellungsphase Ausbildungskapazitäten im größtmöglichen Umfang angeboten, um der hohen Bewerberinnenzahl trotz der durch die Pandemie schwierigen Begleitumstände gerecht zu werden und Engpässe bei der Verfügbarkeit von Hebammen zu verhindern. Durch diese Anstrengungen ist die Zahl der Auszubildenden/Studierenden in der Summe in den beiden Pandemie Jahren hoch geblieben.

Die Kapazität des medizinischen Personals in den Vertragsarztpraxen wurde ebenfalls insbesondere durch eigene COVID-19-Infektionen und damit zusammenhängende Quarantänepflicht oder durch Absonderungsvorgaben aufgrund Kontaktes zu Infizierten beeinträchtigt. Zudem gerieten viele der versorgenden Vertragsarztpraxen durch die hohe Anzahl an – auch nicht zum eigenen Patientenstamm gehörenden – COVID-19-Patientinnen und -Patienten kapazitätstechnisch an ihre Grenzen. Zusätzlich arbeitete das medizinische Fachpersonal parallel zur Praxistätigkeit in gesonderten Corona-Strukturen (z. B. Abstrichstellen, Fieberambulanzen und Impfzentren), was die Arbeitsbelastung ebenfalls erhöhte. Auf Basis des Feedbacks der Ärzteschaft lässt sich darüber hinaus feststellen, dass die hohe Arbeitsbelastung teilweise zur Abwanderung von Fachpersonal hin zu nicht-medizinischen Berufen führte. Eine Nachbesetzung gestaltet sich in vielen Fällen aufgrund der angespannten Lage auf dem Arbeitsmarkt schwierig.

Speziell durch die Absonderungsbefreiung aufgrund eines gültigen Immunisierungsstatus konnten die Kapazitätseinschränkungen der Praxen reduziert werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt bestehen für Kontaktpersonen keine Absonderungsvorgaben mehr, für infiziertes Personal gelten mittlerweile auch grundsätzlich kürzere Quarantänezeiträume. Des Weiteren versorgen aktuell wieder mehr Vertragsarztpraxen COVID-19-Patientinnen und -Patienten, wodurch die entsprechende Arbeitsbelastung für die einzelne Praxis abnimmt. Zusätzlich sinkt das eigene Infektionsrisiko durch das dauerhafte Tragen von Schutzausrüstung während der Behandlung von (potenziell) Infizierten, was ebenfalls die Arbeitskapazität bewahrt.

Ähnliche Maßnahmen erscheinen auch für zukünftige Pandemien wirksam. In der Coronapandemie hat sich zudem gezeigt, dass die Etablierung von Infektsprechstunden in dafür ausgestatteten Corona-Schwerpunktpraxen zur Entlastung der übrigen Praxen beiträgt.

Die Sicherung der ärztlichen Versorgung war schon vor der Coronapandemie ein Thema für die Gesundheitspolitik des Landes. Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), des Hausärztesverbandes Baden-Württemberg, des Bundes und des Landes (Aktionsprogramm Landärzte) in den vergangenen zehn Jahren haben dazu beigetragen, dass die hausärztliche Tätigkeit wieder an Attraktivität gewonnen hat.

Mit dem Programm „Ziel und Zukunft“ führt die KVBW bereits Maßnahmen gegen den Ärztemangel durch. Aufgrund der sich zuspitzenden Versorgungssituation hat die KVBW ein Konzeptpapier mit Lösungsansätzen entwickelt. Ziel des Konzepts ist es, in einer Handlungs- und Verantwortungsgemeinschaft aus KVBW, den Partnern der Selektivverträge und den Krankenkassenverbänden des

Landes durch gezielte Maßnahmen Unterversorgung zu vermeiden und dabei modulare und konsentrierte Lösungsansätze vorzulegen.

Gründe für einen Fachkräftemangel sind vielfältig, deshalb braucht es auch ein vielfältiges Bündel an Gegenmaßnahmen. Gemeinsam mit der originär zuständigen (zahn-)ärztlichen Selbstverwaltung arbeiten Bund, Land und Kommunen daran, die Versorgungsstrukturen, die Arbeitsbedingungen und die örtliche Infrastruktur an den Bedürfnissen der nächsten (Zahn-)Ärztegeneration auszurichten (interprofessionelle Kooperation, Work-Life-Balance, weniger Bürokratie etc.).

12. Aus welchem Grund hat das Land Baden-Württemberg Ärztinnen und Ärzte bei den Coronaprämien explizit ausgeschlossen?

Es gab bisher zwei Prämien, die im Zuge der Coronapandemie bereitgestellt wurden: die Pflegeprämie I im Jahr 2020 und die Landeshilfen II – Pflegeprämie im Jahr 2021.

Die anteilmäßig auf Baden-Württemberg entfallenden Bundesmittel für die Pflegeprämie I für Mitarbeitende in Krankenhäusern von rund 20 Mio. Euro wurden seitens des Landes um 10 Mio. Euro aufgestockt. Damit standen den Mitarbeitenden in 69 Krankenhäusern, die die folgenden gesetzlichen Voraussetzungen nach § 26a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erfüllten, in Baden-Württemberg bis zu 1.500 Euro Pflegeprämie pro Person als Dank für Ihren Einsatz während der Coronapandemie zur Verfügung:

- Anspruchsberechtigt waren ausschließlich Krankenhäuser, die im Zeitraum von Januar bis Mai 2020 mindestens 20 Patientinnen und Patienten (bei Krankenhäusern bis 500 Betten) respektive mindestens 50 Patientinnen und Patienten (bei Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten) mit einer COVID-19-Infektion voll- oder teilstationär behandelt haben.
- Der krankenhausesindividuelle Betrag wurde jeweils hälftig anhand der Zahl der im vorgenannten Zeitraum behandelten Patientinnen und Patienten mit einer COVID-19-Infektion und nach den im Jahr 2019 beschäftigten Pflegevollkräften in der unmittelbaren Patientinnen- und Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen verteilt.
- Voraussetzung für die Ausschüttung der Mittel war eine Veröffentlichung der anspruchsberechtigten Krankenhäuser auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Die Frist hierfür war der 5. November 2020.

Der Gesetzgeber hat die Regelung getroffen, dass der jeweilige Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmendenvertretung die weiteren Einzelheiten zur Auszahlung, insbesondere die Prämienempfangenden sowie die Prämienhöhe, regelt. Diese sollte neben Pflegekräften in der unmittelbaren Patientinnen- und Patientenversorgung auch anderen Beschäftigten zugutekommen, die aufgrund der Versorgung von COVID-19-Infizierten besonders belastet waren, z. B. Reinigungskräften.

Die Mitarbeiterprämie (Landeshilfe II) konnte von der Klinikleitung in Abstimmung mit der Personalvertretung ausdrücklich an alle Mitarbeitenden (also auch Ärztinnen und Ärzte) ausbezahlt werden, die auf einer Corona-Intensivstation gearbeitet haben.

Im Bescheid hieß es ausdrücklich:

„Die Sonderleistung ist zweckgebunden und als Prämie von bis zu 1.500 Euro an die Mitarbeitenden auf den Intensivstationen im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervvertretung auszuzahlen.“

Die finale Entscheidung oblag aber – wie oben beschrieben – dem jeweiligen Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmendenvertretung.

13. Was tut das Land gegen die regelmäßigen Arbeitszeitgesetzverstöße im ärztlichen Dienst in den Kliniken, wobei besonders berücksichtigt werden soll, ob es in den Universitätskliniken in Baden-Württemberg eine manipulationsfreie elektronische Arbeitszeiterfassung für Ärztinnen und Ärzte gibt?

Für die Universitätsklinika des Landes ist das Thema Sicherstellung von planbarer, arbeitszeitgesetz- und tarifkonformer Arbeitszeit für alle Mitarbeitenden ein wichtiges Anliegen. Dies erfolgt auch zur Erlangung einer hohen Mitarbeitendenzufriedenheit und zur Sicherstellung der Krisenfestigkeit der Universitätsklinika. Die Universitätsklinika nutzen hierfür etablierte Dienstplansysteme. Eine Herausforderung sei laut den Universitätsklinika, die Komplexität der externen Vorgaben wie z. B. tarifliche, gesetzliche und qualitätsbedingte in den entsprechenden Systemen individuell anzupassen. Elektronische Arbeitszeiterfassungen – insbesondere auch für Ärztinnen und Ärzte – sind grundsätzlich in allen Universitätsklinika umgesetzt. Ihre Einführung innerhalb der einzelnen Universitätsklinika ist allerdings noch nicht in allen Bereichen abgeschlossen und wird weiter fortgesetzt.

Arbeitszeiten werden in allen kommunalen Krankenhäusern in eigener Verantwortung erfasst. Seit dem 1. Juli 2019 besteht laut Tarifvertrag des Marburger Bundes mit der Vereinigung Kommunaler Arbeitgeber für die Krankenhäuser die Verpflichtung, die Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte elektronisch oder auf andere Art mit gleicher Genauigkeit zu erfassen.

Die Einhaltung der tariflichen Arbeitszeiten ist Ziel der Dienstplanung, ebenso wie die Einhaltung von Ruhepausen. Je kleiner die ärztliche Besetzung einer Krankenhausabteilung ist, desto schwieriger ist allerdings eine arbeitszeitgesetzkonforme Planung und Einhaltung von Dienstzeiten. So setzt ein arbeitszeitkonformer Bereitschaftsdienst mindestens fünf teilnehmende Ärztinnen und Ärzte voraus. Fallen Personen aus, kommt es nach Angaben der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) zwangsläufig zu Verstößen, um die Versorgung aufrechtzuerhalten. Auch die Einhaltung von Ruhezeiten nach Inanspruchnahme im Rufbereitschaftsdienst lässt sich nicht immer gewährleisten.

In der Gesamtbetrachtung sind die Arbeitszeitbelastungen der Ärztinnen und Ärzte über die Jahre bis zur Coronapandemie kontinuierlich zurückgegangen. Die BWKG hat anlässlich einer Pressekonferenz des Marburger Bundes im September 2021 zur gleichen Thematik darauf hingewiesen, dass sich die Ärzteschaft eines Krankenhauses heutzutage um deutlich weniger Patientinnen und Patienten kümmert als noch vor zehn Jahren (2009: 121 Patientinnen bzw. Patienten pro Ärztin bzw. Arzt, 2019: 105 Patientinnen bzw. Patienten pro Ärztin bzw. Arzt).

Während es in der Pandemie bei Ärztinnen und Ärzten bestimmter Fachbereiche (insbesondere im Bereich Intensivmedizin) zu zusätzlichen Belastungen kam, gab es in anderen Fachbereichen dagegen einen Rückgang der Patientinnen- und Patientenzahlen.

In Fällen, in denen der zuständigen Gewerbeaufsicht in einer der 48 Arbeitsschutzbehörden des Landes Arbeitszeitverstöße bekannt werden, findet eine Überprüfung der erfassten Arbeitszeiten des Krankenhauspersonals statt. Führen diese Überprüfungen nicht zu Erkenntnissen über Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz, können keine weiteren Maßnahmen eingeleitet werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Methode zur Erfassung der Arbeitszeit dem Arbeitgeber vorbehalten bleibt und die Erfüllung tarifrechtlicher Vereinbarungen wie die elektronische Erfassung der Arbeitszeit nicht von der Gewerbeaufsicht eingefordert werden kann, sondern nur von den Tarifvertragsparteien.

14. Welche Fassungen von (nicht in Entwurfsform) veröffentlichten Seuchenalarmplänen existierten in Baden-Württemberg vor dem Jahr 2021, unter Darlegung, in welcher Form diese während der Pandemie bearbeitet bzw. aktualisiert wurden (bitte jeweils Datum der Veröffentlichung nennen)?

Ein Seuchenalarmplan für Baden-Württemberg wurde erstmals im Jahr 2001 erstellt. Dieser umfasst Regelungen zu den folgenden Szenarien:

- lebensbedrohende hochkontagiöse Infektionskrankheiten, insbesondere Ebola-Fieber, Marburg-Virus-Krankheit, Lassa-Fieber, hämorrhagisches Krim-Kongo-Fieber, Pocken, humane Affenpocken und Lungenpest,
- Auftreten einer bedrohlichen übertragbaren Erkrankung, wenn dies auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist,
- übertragbare Krankheiten, die aufgrund des Ausmaßes oder der Anzahl betroffener Personen überregionale Maßnahmen erforderlich machen,
- Ereignisse, die eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen können (Internationale Gesundheitsvorschriften),
- (bio)terroristische Anschläge und Havarien, soweit diese die Zuständigkeit der Gesundheitsverwaltung betreffen.

Der Seuchenalarmplan wurde in den Jahren 2006 und 2007 umfassend überarbeitet und neu strukturiert. Er ist seitdem modular aufgebaut und umfasst neben den allgemeinen Regelungen spezifische Regelungen zu einzelnen Lagen und Erregern.

Im März 2007 wurde der überarbeitete und aktualisierte allgemeine Teil des Seuchenalarmplans in einer Entwurfsfassung den Gesundheitsämtern als Handlungsgrundlage zugeleitet. Die Bezeichnung „Entwurf“ sollte deutlich machen, dass der Plan in einzelnen Punkten einer kontinuierlichen Überarbeitung unterliegt.

Eine weitere Aktualisierung des Seuchenalarmplans einschließlich des Moduls „Virusbedingte hämorrhagische Fieber“ wurde im Oktober 2014 erstellt.

Als weiteres Modul des Seuchenalarmplans wurde im Oktober 2006 ein Influenzapandemieplan des Landes erstellt. Dieser wurde im Mai 2009 zu Beginn der ersten Influenzapandemie des 21. Jahrhunderts aktualisiert. Beide Versionen wurden vor dem Hintergrund des kontinuierlichen Überarbeitungsbedarfs als „Entwürfe“ gekennzeichnet. Eine weitere Aktualisierung erfolgte im Zusammenhang mit der Coronapandemie im März 2020. Diese Version wurde nicht als „Entwurf“ gekennzeichnet, sondern mit dem Hinweis „wird laufend überarbeitet“ versehen.

Eine Überarbeitung ist jedoch erst nach Beendigung des aktuellen Pandemiegeschehens sinnvoll, wenn die Erfahrungen nicht nur auf Landes-, sondern auch auf Bundesebene abschließend bewertet und in die Planung für zukünftige Pandemien umgesetzt werden können.

15. Gibt es eigene Forschungsprogramme des Landes Baden-Württemberg zur Seuchenprävention und zur Behandlung von Coronapatientinnen und Coronapatienten?

Das Land Baden-Württemberg hat Forschungsprogramme zur Seuchenprävention und zur Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten aufgelegt. Im Zusammenhang mit der COVID-19-Forschung bzw. Pandemieforschung wurden von 2020 bis einschließlich 2022 Mittel in Höhe von 14,7 Mio. Euro verausgabt, welche mit den Themenbereichen Prävention, Diagnose, Therapie und Long-COVID zur Seuchenprävention und zu Verbesserungen der Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten (und möglichen Spätfolgen bei denselben) beigetragen haben.

Aktuell laufen das Forschungsprojekt „EPILOC“ zu Long-COVID-Folgen mit insgesamt 2,3 Mio. Euro bis Ende November 2022 und das Projekt zur Reduktion der Aerosolpartikelbelastung im öffentlichen Personennahverkehr mit 0,5 Mio. Euro bis Ende Mai 2023.

Des Weiteren hat die Landesregierung Ende Juli 2022 die Förderung einer neuen Sonderförderlinie COVID-19 mit insgesamt 12,7 Mio. Euro bis 2024 beschlossen. Im Rahmen der Sonderförderlinie setzt das Land mit insgesamt 7,8 Mio. Euro die Förderung des Forschungsprojekts „EPILOC“, des Obduktions-Netzwerks der pathologischen Institute in Baden-Württemberg und die Technologieentwicklung IR-eNose, bei der die Atemgas-Schnellteststrategie zur frühen Erkennung von Long-COVID-Patientinnen und -Patienten weiterentwickelt wird, fort. Darüber hinaus stehen in der Sonderförderlinie bis Ende November 2024 rund 4,9 Mio. Euro für ein wettbewerbliches Verfahren im Themenbereich Long-COVID zur Verfügung. Die Ausschreibung hierzu läuft aktuell.

Derzeit gibt es für Long-/Post-COVID keine klaren Behandlungspfade. Daher soll ein Versorgungskonzept erarbeitet werden, das die entsprechenden Versorgungsstrukturen definiert und miteinander verknüpft. In Modellregionen werden mit Spezialambulanzen und Netzwerken neue Strukturen geschaffen, die immer weiter ausgebaut werden. Anhand eines Modellprojektes wird nun ein Stufenkonzept für eine flächendeckende, sektorenübergreifende und adaptive Versorgung von Long-/Post-COVID-Patientinnen und -Patienten in Baden-Württemberg entwickelt.

Die RKH-Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim und das Universitätsklinikum Freiburg haben Ende April beim Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration einen Förderantrag „CoFit II – Baden-Württemberg stärkt die intensivmedizinische Versorgung für Bürgerinnen und Bürger mit akuten und sogenannten Long-COVID-19-Erkrankungen“ eingereicht. Die Grundlage des beantragten Projekts bildet die „Sektorenübergreifende Telemedizinplattform 2025“, die seit 2020 im Rahmen des Forums Gesundheitsstandort Baden-Württemberg gefördert wird. Das Projekt zielt dabei darauf ab, durch den flächendeckenden Einsatz der Telemedizin frühzeitig Konsultationen für akut an COVID-19 erkrankte oder von Long-COVID-19 betroffene Personen zu ermöglichen. Dafür soll die Telemedizinplattform zu einem telemedizinischen Intensiv- und Post-COVID-19-Netzwerk weiterentwickelt werden. Die Fördersumme beträgt insgesamt 1,536 Mio. Euro.

16. Welche strukturellen und finanziellen Maßnahmen gedenkt die Landesregierung zu tätigen, damit die Krankenhäuser die zahlreichen pandemiebedingt entfallenen oder aufgeschobenen medizinischen Behandlungen zeitnah und ohne drohende Überlastung aufholen können?

Die duale Krankenhausfinanzierung teilt sich in die Bereiche der Investitionskosten und der Betriebskosten. Die Investitionskosten, die für die stationäre Versorgung notwendig sind, werden durch die Länder getragen, die Betriebskosten (Personal- und Sachkosten) werden von den Krankenkassen übernommen. Die Betriebskostenfinanzierung wird von der Bundesregierung gestaltet und festgelegt.

Der Bund hat durch entsprechende Ausgleichszahlungen darauf hingewirkt, dass pandemiebedingte Leerstände ausgeglichen wurden. Darüber hinaus hat das Land die in den Kliniken angefallenen Mehrkosten mit finanziellen Landeshilfen in den Jahren 2020 und 2022 ausgeglichen. Die finanziellen Hilfen des Bundes sowie des Landes haben dazu beigetragen, dass die Kliniken bei der Bewältigung ihrer Aufgaben finanziell unterstützt wurden. Dies hat dazu beigetragen, dass die Arbeit in den Krankenhäusern fortgeführt werden konnte.

17. Wie groß ist die wirtschaftliche und finanzielle Belastung für das Land aufgrund von mit Post-Covid oder Long-Covid verbundenen Krankheitsausfällen in der öffentlichen Verwaltung?

Bestätigte Post-COVID- oder Long-COVID-Fälle sind nicht bekannt, da keine Daten zu damit verbundenen Krankheitsausfällen vorliegen. Die Betroffenen müssen die Art und die Ursache ihrer Erkrankung aus Datenschutzgründen nicht mitteilen. Daher ist selbst bei Krankheitsausfällen im Anschluss an eine COVID-19-Erkrankung keine Aussage möglich, ob ein Fall von Post-COVID oder Long-COVID vorliegt. Folglich ist auch keine Aussage zu den daraus resultierenden finanziellen und wirtschaftlichen Belastungen für das Land möglich.

18. Wie hoch sind die Kosten für das Land in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen aufgrund der Folgen von Isolation, psychischen Erkrankungen und Auffälligkeiten, Kinderschutzfällen usw.?

Die Kosten für die vertragsärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Zusätzliche Kosten für das Land entstehen in diesem Bereich nicht.

19. Was wird konkret dafür getan, therapeutische Angebote auszubauen und zu sichern sowie einen besseren Zugang für alle, insbesondere auch an Universitäten und anderen öffentlichen Einrichtungen, zu schaffen?

Ausbau therapeutischer Angebote

Aus Landessicht ist eine Reform der Bedarfsplanung für ambulante Psychotherapie, die auf Bundesebene zu erfolgen hat, dringend erforderlich. Wie bereits im Vorgriff auf eine Reform der Bedarfsplanung durch den Bund gesetzliche Regelungen für eine kurzfristige Kapazitätsausweitung in der ambulanten Psychotherapie geschaffen werden können, erscheint unklar.

Üblicherweise wird für eine Verbesserung der Versorgungssituation die Schaffung neuer Niederlassungsmöglichkeiten in der Bedarfsplanung gefordert. Dies könnte über die Bundesebene erreicht werden, indem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Absenkung der Verhältniszahl für die Arztgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten beschließt.

Dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration ist nicht bekannt, dass ein solcher Schritt für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen derzeit seitens des G-BA angestrebt wird. Es ist daher auch für die gesamte psychotherapeutische Versorgung zu erwarten, dass sich die Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte und Krankenkassen gegen eine pauschale Ausweitung von Niederlassungsmöglichkeiten aussprechen wird.

An den Bund gerichtete Initiativen, eine Reform der Bedarfsplanung Psychotherapie auf der Grundlage einer systematischen Berücksichtigung der Morbiditäts- und Sozialstruktur zeitnah anzugehen, werden seitens des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration unterstützt.

Auf Landesebene hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration im Rahmen der Taskforce zur psychischen Situation von Kindern und Jugendlichen in Zusammenhang mit der Coronapandemie Behandlungsfälle von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten im Zeitraum vom 1. Quartal 2019 bis zum 1. Quartal 2021 erhoben. Ein genereller Anstieg der Zahl der Behandlungsfälle über den genannten Zeitraum war nicht zu erkennen. Die Rückmeldungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in der Taskforce deuten allerdings auf einen steigenden Bedarf hin. Entsprechende Einschätzungen seitens der Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten finden sich ebenfalls im Bericht des Landesgesundheitsamtes „Ausgewählte gesundheitsbezogene Folgen der Covid-19-Pandemie“, der im Dezember 2021 vorgelegt wurde. Auch Rückmeldungen aus der kinder-

und jugendpsychiatrischen Versorgung auf dem Fachgipfel vom 18. August 2021 zur psychischen Situation von Kindern und Jugendlichen in Zusammenhang mit der Coronapandemie wiesen auf erhöhte Notfallraten und längere Wartezeiten für geplante Behandlungen in der Versorgung hin.

Die Taskforce „Psychische Situation von Kindern und Jugendlichen in Folge der Coronapandemie“ wurde vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration nach einem Fachgipfel zur psychischen Situation von Kindern und Jugendlichen im August 2021 eingerichtet. Unter den Mitgliedern waren Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Landesverbände, der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft, der Landesärztekammer, der Landespsychotherapeutenkammer und der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen, der Universitätsklinik (Versorgungsbereich und Prävention), des Kommunalverbands für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, der Verbände der Träger der sozialen Arbeit und der Kinder- und Jugendhilfe, von Betroffenenverbänden, des Landesfamilienrats, von Fachberatungsstellen und der Gesellschafts- und Gesundheitsabteilungen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration.

Im Rahmen der Taskforce wurden zahlreiche Maßnahmen erarbeitet, um Kinder, Jugendliche und Familien zu stärken, und die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Kapazitäten im Gesundheitswesen sowie der Kinder- und Jugendhilfe kurzfristig weiter ausgebaut und möglichst zielgerichtet genutzt werden können. Hilfen und präventiv wirkende Angebote sollen in gemeinsamer Verantwortung von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe verstärkt werden. Konkret werden aufgrund der Arbeit der Taskforce in Baden-Württemberg folgende Maßnahmen umgesetzt:

- kurzfristige Erhöhung der ambulanten Behandlungskapazitäten im Bereich der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung u. a. durch Ermächtigungen, welche auf Antrag von den Zulassungsausschüssen genehmigt werden können, sowie Aufhebung der Deckelung bei Jobsharing-Praxen,
- kurzfristige Erhöhung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungskapazitäten (über 120 zusätzliche Betten oder Plätze), die im Wege eines Sonderbedarfs aufgrund der Coronapandemie für zwei Jahre ab Inbetriebnahme im Jahr 2022 ausgewiesen werden (für die zeitlich befristeten Kapazitätsausweitungen ist eine Bedarfsevaluation im Rahmen der Laufzeit vorgesehen),
- Erhöhung der Kapazitäten für stationsäquivalente Behandlung (STäB) im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch Aufhebung der Deckelung für Neuantragsteller (um Ungleichbehandlungen zu vermeiden, galten Antragsteller mit bereits bestehenden STäB-Einheiten, die zusätzliche Plätze beantragten, einmalig nochmals als Neuantragsteller),
- Verbesserung der Möglichkeit für intensivere Behandlungen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen versorgender Krankenhäuser,
- Förderprogramm für Fachberatungsstellen bei sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend,
- Impulse zur weitergehenden Vernetzung der Hilfesysteme, insbesondere von Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie Kinder- und Jugendmedizin,
- landesweite Durchführung von Regiokonferenzen zur Verbesserung der Vernetzung von Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe und Schulen in den Jahren 2022/2023,
- Erarbeitung einer interdisziplinären Handreichung zur Verbesserung der Vernetzung und Zusammenarbeit vor Ort.

Sicherung des Angebots

Präsenzkontakte und aufsuchende Kontakte haben im Bereich der psychotherapeutischen, psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Versorgung generell gro-

ßen Wert, ebenso wie die Erreichbarkeit und die angemessene Kontinuität der Versorgungsangebote. Um Erreichbarkeit und Kontinuität unter den erschwerten Bedingungen der Coronapandemie zu sichern, hatte die kurzfristig bereit gestellte Möglichkeit zum befristeten Ausweichen auf Online- und Telefonkontakte große Relevanz im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Auch die Sozialpsychiatrischen Dienste stellten ihre Betreuungsangebote zunächst schwerpunktmäßig auf Telefonkontakt um.

Die Möglichkeit zum raschen Wechsel von Kommunikationsformen hat sich im Verlauf der Pandemie für die Sicherstellung von Versorgungsangeboten für bestehenden psychosozialen Bedarf, auch im Suchtbereich, als besonders bedeutsam gezeigt. Das Vorhalten digitaler und, wenn zur Aufrechterhaltung der Kommunikation erforderlich, auch telefonischer Kontaktformen stellt einen wichtigen Beitrag zu einer krisenfesten Versorgung dar und sollte über das aktuelle Erfordernis der Pandemie hinaus verfügbar bleiben. Im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch wird dabei die Regelungskompetenz des G-BA und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung berührt.

Im Bereich vernetzter therapeutischer Hilfen unterstützt das Land die Weiterentwicklung digitalisierter und vernetzter Versorgungsformen, u. a. auch im Rahmen des Forums Gesundheitsstandort Baden-Württemberg.

Hier kann beispielhaft das Projekt „Sektorenübergreifende Regionale und Interprofessionelle Versorgung bei Anorexia nervosa“ genannt werden, das die Verbesserung und Koordinierung telemedizinischer Versorgung für Menschen, die an Anorexie erkrankt sind, erprobt.

Zugang zu therapeutischen Hilfen

Der Zugang zu erforderlichen therapeutischen Hilfen hängt sowohl von der Offenheit und Niederschwelligkeit des Versorgungssystems ab als auch vom Hilfe-suchverhalten der Betroffenen.

Eine natürliche Schnittstelle bei der Versorgung psychischer Störungen, die in der Pandemie besonders hervorgetreten ist, liegt zwischen der Versorgung belasteten psychischen Erlebens, das noch als kohärente Resonanz auf die Lebensumstände zu werten ist und nach psychosozialer Unterstützung und Beratung verlangt, und der Versorgung psychischer Symptomatik, die als bereits störungswertig einzuschätzen und behandlungsbedürftig ist. Für die Versorgung von jungen Menschen und Familien kommt in diesem Übergangsfeld den Beratungsstellen nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch und den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten eine wichtige Beratungs- und Lotsenfunktion bei der Suche nach geeigneter Hilfe zu, im Erwachsenenbereich sind Hausärztinnen und Hausärzte die wichtigsten ersten Anlaufstellen. Eine gute Orientierung an der Schnittstelle zwischen resilienzfördernder Beratung und Unterstützung einerseits und heilkundlicher Diagnostik und Behandlung andererseits hat ganz besondere Relevanz, um den Auswirkungen der Pandemie in der psychosozialen und therapeutischen Versorgung zu begegnen. Aus der Taskforce heraus wurden daher im Zusammenwirken mit den kommunalen Landesverbänden Impulse für eine weitergehende Vernetzung und Kooperation der vor Ort relevanten Akteure gesetzt.

Besonders deutlich erkennbar wird sektorenübergreifender Vernetzungs- und Koordinationsbedarf bei der Gruppe der psychisch schwer erkrankten Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf. Die ambulante Behandlung der Betroffenen erfolgt typischerweise unter hohem Versorgungsdruck in psychiatrischen Praxen und ist mit einem hohen Koordinierungsaufwand im Einzelfall verknüpft. Der Bedarf nach ambulanten Behandlungssettings, die den typischerweise komplexen und intensiven Problemstellungen gerecht werden, kann in der Praxis häufig nicht gedeckt werden.

Dem Aufbau komplexer wohnortnaher Versorgungsangebote und ihrer Vernetzung kommt daher aus Sicht des Landespsychiatrieplans eine Schlüsselrolle zu.

Die im Dezember 2021 in Kraft getretene Richtlinie des G-BA über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf kann hierfür ein wichtiger Ansatzpunkt werden. Eine im Mai 2022 in Kraft gesetzte, vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration moderierte Arbeitsgruppe will die Umsetzung der Richtlinie in Baden-Württemberg unterstützen und begleiten. U. a. haben das Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim und die universitär ausgerichtete Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutischen Ausbildungsambulanzen ihre Teilnahme an der Arbeitsgruppe „Komplexer Bedarf“ zugesagt.

Zentrale Anliegen der Arbeitsgemeinschaft sind aus Sicht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration:

- Unterstützung, dass Behandlungsverbände sich im Sinne der KSVPsych-Richtlinie flächendeckend bilden,
- beizutragen, dass die vorgesehene Vernetzung mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden gut gelingt, Unterstützungsmöglichkeiten der KSVPsych-Richtlinie für eine möglichst patientinnen- und patientenorientierte Anschlussversorgung für psychisch schwer erkrankte Menschen nach längerer Krankenhausbehandlung zu nutzen.

20. Gibt es aktuelle, einheitlich erfasste und belastbare Krankenhausdaten zu Ressourcen wie Personal und Material sowie die Belegung über die Intensivbettenbelegung hinaus (Daten bitte nach Landkreisen aufschlüsseln)?

Krankenhäuser sind gemäß § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes meldepflichtig und übermitteln die Belegungszahlen dem Statistischen Landesamt. Darüber hinaus werden keine weiteren Zahlen erfasst, da hierfür keine gesetzliche Grundlage gegeben ist. Das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst hat ferner mitgeteilt, dass die Universitätsklinika des Landes keine eigenen, zentralen Datenbanken führen.

21. In welchen Gesundheitsämtern und wofür wurden die bisher abgerufenen Mittel aus dem „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ eingesetzt, unter besonderer Berücksichtigung, welche Optionen in der digitalen Unterstützung für die Gesundheitsämter bereits genutzt werden (bitte prozentualen Anteil der Gesamtsumme der Mittel sowie restliche Summe angeben sowie aufgeschlüsselt nach den jeweiligen Gesundheitsämtern)?

Im Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) stellt der Bund 4 Mrd. Euro für Personal, Digitalisierung und moderne Strukturen zur Verfügung, davon 3,1 Mrd. Euro (insbesondere für den Personalaufwuchs) im Wege der Umsatzsteuerverteilung gegen Nachweis der geschaffenen Stellen (ohne Mittelabruf). In den übrigen Bereichen stellt der Bund die Mittel über Förderprogramme bereit.

Unter dem Leitbild „Digitales Gesundheitsamt 2025“ soll der ÖGD noch stärker als bisher von digitalen Anwendungen profitieren. Bund und Länder haben sich im November 2021 auf eine Vereinbarung zur Umsetzung des Förderprogramms Digitalisierung im Rahmen des Paktes für den ÖGD verständigt. Nach der Vereinbarung werden die Digitalisierungsmittel in zwei Teile aufgliedert. Für den ersten bisher abgerufenen Teil der Mittel (sog. Mittel aus Teil B der Vereinbarung) entfallen insgesamt rund 8,5 Mio. Euro auf Baden-Württemberg. Förderfähig sind insbesondere Investitionen des ÖGD im Bereich des Infektionsschutzes im Zeitraum vom 29. September 2020 bis 31. Dezember 2022. Diese Mittel sollen in Baden-Württemberg nach derzeitiger Planung u. a. für die Verbesserung der Hardware-Ausstattung des Landesgesundheitsamtes und für Maßnahmen, die allen Gesundheitsämtern gleichermaßen zu Gute kommen, eingesetzt werden. In Anlehnung an das Abrechnungsverfahren der Mittel für die Finanzhilfen des Bundes gemäß Artikel 104b Absatz 1 des Grundgesetzes für Investitionen der Länder, einschließlich der Gemeinden und Gemeindeverbände, sollen die 38 Gesundheits-

ämter nochmals die Möglichkeit erhalten, einzelne Maßnahmen zur technischen Modernisierung des ÖGD abzurechnen.

22. Wie war die Personalausstattung im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg in Vollzeitäquivalenten zum 1. Januar 2020, zum 1. Januar 2021, zum 1. Januar 2022 und zum 1. Juli 2022 (bitte tabellarisch und jeweils differenziert nach besetzten und unbesetzten Planstellen, besetzten und unbesetzten Arztstellen bzw. Stellen im höheren Dienst, befristeten und unbefristeten Stellen sowie befristeten und unbefristeten Arbeitsverhältnissen aufgeschlüsselt nach den jeweiligen Gesundheitsämtern)?

Die Personalausstattung der Gesundheitsämter im mittleren, gehobenen und höheren Dienst des Landes zu den genannten Stichtagen ergibt sich aus *Anlage 1*. Um Überschneidungen der Kategorien und Mehrfachzählungen zu vermeiden (die Stellen des höheren Dienstes Land sind Planstellen und somit unbefristete Stellen – diese müssten daher dreifach gezählt werden) wurde einheitlich auf besetzte und unbesetzte Stellen sowie befristete und unbefristete Arbeitsverhältnisse abgestellt. Die Stellen des höheren Dienstes werden überwiegend mit Ärztinnen und Ärzten, aber auch mit anderen Berufsgruppen besetzt – eine eigene Kategorie „Arztstellen“ gibt es nicht.

Die Zunahme der Stellen zum 1. Januar 2021 gegenüber dem Vorjahresstichtag erklärt sich im Wesentlichen aus der Umsetzung der 1. Tranche des Pakts für den ÖGD, die weitere Steigerung zum 1. Januar 2022 aus der Umsetzung der 2. Tranche des Pakts für den ÖGD. Der Ausbruch der Coronapandemie zu Anfang des Jahres 2020 hat gezeigt, dass das vorhandene Personal an den Gesundheitsämtern nicht ausreicht, um die gesetzlichen Aufgaben zu erfüllen und gleichzeitig neu hinzukommende Aufgaben zu bewältigen. Daher wurde zwischen Bund und Ländern der Pakt für den ÖGD geschlossen. Im Rahmen des Pakts hat Baden-Württemberg bei den Gesundheitsämtern in der 1. Tranche 205 neue Stellen geschaffen und in der 2. Tranche 414,5 neue Stellen, jeweils unbefristet. Weitere Stellen hat die kommunale Seite geschaffen, um die Gesundheitsämter im Hinblick auf die Herausforderungen der Pandemiebewältigung zu stärken.

Die Schaffung der vielen Neustellen zum Beginn des Haushaltsjahrs 2022 erklärt die hohe Zahl an unbesetzten Stellen zum Stichtag 1. Januar 2022. Aber auch zum 1. Juli 2022 hat sich die Zahl an unbesetzten Stellen nicht überall deutlich verringert. Zum einen braucht die Stellenbesetzung Zeit, insbesondere in Bereichen mit Fachkräftemangel (hier vor allem beim ärztlichen Personal), da mehrfach ausgeschrieben werden muss. Zum zweiten müssen wegen der hohen Teilzeitquote sehr viel mehr Personen gewonnen werden, um die in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) genannte Zahl an Stellen zu besetzen. Ein weiterer Grund sind freie Stellenanteile in Folge der Reduzierung des Beschäftigungsumfanges der Stelleninhaberin oder des Stelleninhabers. Schließlich spiegelt sich hier auch die nicht nahtlose Nachbesetzung von Stammpersonal im Rahmen der üblichen Fluktuation. Neben ärztlichem Personal werden auch andere Berufsgruppen eingestellt, hier insbesondere die Fachrichtungen Biologie und Gesundheitswissenschaften, bei denen sich die Bewerberlage besser darstellt.

Nicht in der Tabelle enthalten sind die befristeten Stellen für Gesundheitsuntersuchungen von Geflüchteten in den Landeserstaufnahmeeinrichtungen. Abhängig von der Standortkonzeption und dem konkreten Flüchtlingszuzug werden hier lediglich bedarfsabhängig Stellen an den zuständigen Gesundheitsämtern befristet besetzt.

23. In welcher Form und in welchem Umfang wurde der Öffentliche Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg durch andere Kräfte wie Aushilfen und abgeordnete Beschäftigte während der Pandemie unterstützt (aufgeschlüsselt nach den jeweiligen Gesundheitsämtern)?

Das Land hat die Gesundheitsämter einerseits personell durch Abordnungen von Landesbediensteten sowie durch Vermittlung von Pensionärinnen und Pensionä-

ren sowie Studierenden und andererseits finanziell durch Übernahme der Kosten von externem Aushilfspersonal im Rahmen von einwohnerzahlbezogenen Budgets für die einzelnen Kreise unterstützt.

Anlage 2 zur personellen Unterstützung zeigt kreisscharf das zum Stichtag 15. Februar 2021 eingesetzte Personal. Die personelle Unterstützung erfolgte vor allem zu Beginn der Coronapandemie bis etwa Frühjahr 2021, als weite Bereiche im Lockdown waren. Die Vermittlung erfolgte über Aufrufe vonseiten der Ministerien an ihre Beschäftigten, ihre Pensionärinnen und Pensionäre und ihren nachgeordneten Bereich. Die Meldungen von Interessierten waren über zentrale Portale von den Gesundheitsämtern abrufbar oder wurden vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration weitergeleitet. Die Zahl der Angebote überstieg die Zahl der realisierten Abordnungen und vermittelten Arbeitsverhältnisse, wie sie die Tabelle aufführt, da sich die Bedarfe der Gesundheitsämter (Tätigkeit auch vor Ort, Wochenenddienste und höherer Beschäftigungsumfang) nicht immer mit den Möglichkeiten der Interessierten deckten.

Daher akquirierten die Gesundheitsämter selbst Aushilfspersonal zum einen für die Kontaktpersonennachverfolgung (KPNV), zum anderen im ärztlichen Bereich. Das Land hat für beide Bereiche die Kosten des Personaleinsatzes innerhalb von vorgegebenen Budgets übernommen. Die abgerechneten Zeiträume und jeweiligen Erstattungssummen sind den beiden *Anlagen 3 und 4* zur finanziellen Unterstützung zu entnehmen. Für die KPNV dauert die Abrechnung der Zeiträume ab Oktober 2021 noch an (siehe *Anlage 3*). Die Unterstützung für ärztliche Aushilfen (siehe *Anlage 4*) ist Ende Juni 2022 ausgelaufen, da den Gesundheitsämtern zu Beginn des Jahres 2022 aus dem Pakt für den ÖGD insgesamt 201,5 neue Stellen für Ärztinnen und Ärzte sowie andere ÖGD-nahe Berufsgruppen des höheren Dienstes zugegangen sind, die nach und nach besetzt werden.

Darüber hinaus hat auch die Bundeswehr einen großen Beitrag zu Unterstützung der Gesundheitsämter im Bereich KPNV geleistet. Im Rahmen der Amtshilfe war die Bundeswehr im Zeitraum Mai 2020 bis März 2022 in unterschiedlicher bedarfsangepasster Personalstärke aktiv. In der Spitzenzeit wurden die Gesundheitsämter im Land mit insgesamt rund 680 zeitgleich eingesetzten Soldatinnen und Soldaten unterstützt.

Des Weiteren konnten die Gesundheitsämter aus dem Programm des Bundes „Containment-Scouts“ personelle Unterstützung zur KPNV bekommen.

24. Wie sind Konzepte und Pläne zur (Weiter-)Entwicklung des baden-württembergischen öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich Digitalisierung konkret hinsichtlich Zeitplan und Umsetzung ausgestaltet?

Die Höhe des zweiten Teils der Mittel (sogenannte Mittel aus Teil C der Vereinbarung) für Baden-Württemberg beläuft sich in einem ersten Förderaufruf (2022 bis 2024) auf rund 50 Mio. Euro, welche durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration fristgerecht und vollständig beantragt wurden. Die Entscheidung des Förderträgers über den Antrag steht derzeit noch aus. In einem zweiten Förderaufruf (2024 bis 2026) beläuft sich das Mittelkontingent für Baden-Württemberg voraussichtlich auf rund 15 Mio. Euro.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration hat im Rahmen des ersten Förderaufrufs insgesamt sechs inhaltliche Handlungsfelder identifiziert: ein digitaler Zugang für die Bürgerinnen und Bürger, die technische Infrastruktur der Gesundheitsämter, die Prozessoptimierung, -harmonisierung und -digitalisierung sowie Fortbildung und Schulungen, die Digitalisierungsstrategie und Umsetzung innovativer Ideen sowie die digitale Vernetzung der Gesundheitsämter. Ein siebtes organisatorisches Handlungsfeld stellt ein sogenanntes Gesamtprojektmanagement dar. Die Ausarbeitung der Handlungsfelder erfolgte gemeinsam mit den baden-württembergischen Gesundheitsämtern sowie in enger Zusammenarbeit mit dem Landkreistag und dem Städtetag. Aus den sechs Handlungsfeldern ergeben sich 25 Teilprojekte, welche laut erstem Förderaufruf im Jahr 2022 mit einer Pro-

jektlaufzeit von 24 Monaten starten sollen. Das Land Baden-Württemberg wird sich zudem an länderübergreifenden Maßnahmen beteiligen.

25. Inwieweit wird mit welcher konkreten zeitlichen und konzeptionellen Zielsetzung derzeit an der Implementierung einer technisch angemessenen Telematik-Infrastruktur gearbeitet?

Die Fristen für die Einführung der einzelnen Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) sind im Fünften Buch Sozialgesetzbuch geregelt und öffentlich beispielsweise auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg einsehbar. Aktuelle Bestrebungen der Bundesregierung, einzelne Fristen im Rahmen des Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung zeitlich nach hinten zu verschieben, werden seitens der Landesregierung nicht unterstützt.

Die TI entspricht in ihrer heutigen Ausgestaltung nicht mehr den aktuellen technischen Ansprüchen und Möglichkeiten. Die gematik GmbH, die im Jahr 2005 von den Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens gegründet worden ist und an der der Bund 51 Prozent der Geschäftsanteile hält, hat daher einen Lösungsvorschlag erarbeitet, wie die Anforderungen und Rahmenbedingungen mit einer weiterentwickelten TI, einer TI 2.0, erfüllt werden können. Das Whitepaper „Telematikinfrastruktur 2.0“ kann unter https://www.gematik.de/media/gematik/Medien/Telematikinfrastruktur/Dokumente/gematik_Whitepaper_Arena_digitale_Medizin_TI_2.0_Web.pdf abgerufen werden. Nach dem der Landesregierung bekannten Zeitplan der gematik GmbH soll die TI 2.0 frühestens im Jahr 2025 an den Start gehen. Das Land Baden-Württemberg wird den Einführungsprozess im Rahmen des gematik-Beirats und durch die aktive Mitarbeit in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Digitalisierung eng begleiten.

Aus der Perspektive des ÖGD lässt sich festhalten, dass die Anbindung des ÖGD an die TI noch eine relativ neue Fragestellung ist. So ist die Beantragung einer Institutionskarte durch die Gesundheitsämter zur Anbindung an die TI erst seit dem 31. August 2022 möglich. Im Gegensatz zu anderen Leistungserbringern ist der ÖGD bisher gesetzlich nicht verpflichtet, die TI zu nutzen. Das Land befindet sich daher bezüglich einer Anbindung des ÖGD in Baden-Württemberg an die TI noch in der Prüfungs- und Konzeptionsphase. Dabei sollen die Gesundheitsämter vor Ort einbezogen werden.

26. Inwieweit werden die umfangreichen Evaluationen zu den (gesundheits-)politischen Maßnahmen der Pandemiebekämpfung genutzt, um bereits jetzt Vorsorge für weitere Krisen vorzuhalten (unter Berücksichtigung der Wirksamkeit dieser Maßnahmen und einer Analyse, wie die Qualität der getroffenen Maßnahmen von den gegebenen institutionellen und normativen Strukturen sowie gesellschaftlichen Faktoren abhängen, innerhalb derer sie beschlossen und implementiert wurden)?

Die Landesregierung hat umfangreich und ressortbezogen unterschiedliche Maßnahmen getroffen, die zur Vorsorge für weitere Krisen grundlegend zum Ansatz gebracht werden können.

Die Ministerien waren über die Gremien des Landes, insbesondere das Kabinett, die Lenkungsgruppe Corona der Amtschefinnen und Amtschefs der Ministerien unter Leitung des Chefs der Staatskanzlei und den Interministeriellen Verwaltungsstab, in ressortübergreifende Fragen der Pandemiebekämpfung eingebunden. Wesentliche Grundlage für diese Befassung und auch für die Umsetzung im eigenen Fachbereich ist die fachliche Arbeit der zuständigen Ressorts.

In regelmäßig stattfindenden Abstimmungsrunden des Interministeriellen Verwaltungsstabes wurden seitens der Ministerien mit Beteiligung der Regierungspräsidien, der Landtagsverwaltung, des Rechnungshofs sowie der kommunalen Lan-

desverbände unter anderem folgende Maßnahmen zur Bewältigung der Pandemie identifiziert und in eigener Verantwortung umgesetzt:

- Regelungen zur Masken- und Abstandspflicht bei der Arbeit,
- Ermöglichen einer Homeoffice-Tätigkeit,
- Reduzierung der Mehrfachbelegung von Büroräumen auf das betriebsnotwendige Minimum,
- Ausstattung von Büro- bzw. Besprechungsräumen mit Trennwänden, CO₂-Messgeräten und Luftreinigersystemen,
- Umsetzung der gemäß Infektionsschutzgesetz geltenden 3G-Regelung,
- Erarbeitung von Hygienekonzepten,
- Präsenzbesprechungen nur in Ausnahmefällen und mit strengen Kapazitätsbeschränkungen in Besprechungsräumen,
- Zutrittsbeschränkungen zu den Dienstgebäuden für externe Personen,
- Bereitstellung von COVID-19-Selbsttests,
- Bereitstellung von FFP2-Masken/medizinischen Masken,
- Bereitstellung von Informationen zur COVID-19-Schutzimpfung bzw. Organisation von Impfterminen für Beschäftigte.

Diese Maßnahmen wurden und werden bei Bedarf laufend den aktuellen Entwicklungen angepasst. Einzelne Maßnahmen, wie zum Beispiel „Mobiles Arbeiten/Homeoffice“, wurden dauerhaft im Dienstbetrieb etabliert und bilden einen wichtigen Baustein für die Bewältigung künftiger Herausforderungen.

Daneben ist ressortübergreifend geplant, die Beschaffung Persönlicher Schutzausrüstung und COVID-19-Selbsttests z. B. durch Rahmenverträge zu vereinfachen und zu beschleunigen.

Im Bereich des Ministeriums des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen wurden folgende Maßnahmen identifiziert:

Die Ständige Konferenz der Innenministerinnen und -minister sowie -senatorinnen und -senatoren der Länder (IMK) hat unter Vorsitz Baden-Württembergs auf ihrer 214. Sitzung vom 16. bis 18. Juni 2021 unter Tagesordnungspunkt (TOP) 31 bereits grundlegende Beschlüsse zur Verbesserung des Krisenmanagements bei Bund und Ländern aufgrund der Erfahrungen aus der Coronakrise beschlossen. U. a. heißt es dort:

„Die Aufbau- und Ablauforganisation des Krisenmanagements muss von den Kommunen über die Länder bis hin zum Bund auf einer einheitlichen Basis und auf Bund- und Länderebene unter Einbeziehung aller Ressorts gestärkt werden. [...] Die Schnittstelle zwischen Bund und Ländern sowie zwischen den beteiligten Ressorts muss im Sinne eines bidirektionalen Krisenmanagements unter Beachtung der veränderten Bedrohungslage verbessert werden. Die Einrichtung eines Bund-Länder-Kompetenzzentrums beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe kann hierbei eine wesentliche Rolle spielen. Die Möglichkeiten der Digitalisierung und die Grenzen des Datenschutzes sind unter dem Blickwinkel des Krisenmanagements zu beleuchten. IT-Systeme, die auf verschiedenen Ebenen der öffentlichen Verwaltung eingesetzt werden, sollen einen schnellen Datenaustausch gewährleisten. Einschränkungen des Datenaustausches sind auf ihre Notwendigkeit hin zu prüfen. Die Ressourcenvorhaltung für Krisensituationen ist sowohl von staatlicher als auch von privatwirtschaftlicher Seite verantwortungsvoll zu betreiben. Hierzu müssen Staat und Privatwirtschaft entsprechende Notfallreserven vorhalten oder deren zeitnahe Produktion gewährleisten. Hierzu gilt es gegebenenfalls auch die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen.“

Unter TOP 33 derselben IMK-Sitzung wurde weiter beschlossen:

- „1. Die IMK hat mit Beschluss vom 10. Dezember 2020 zu TOP 36 einen Strategie- und Konzeptrahmen für die Entwicklung des staatlichen Krisen- und Informationsmanagements zur Kenntnis genommen. Sie sieht hierin eine geeignete Arbeitsgrundlage für einen gemeinsamen Diskussionsprozess im Bereich des Bevölkerungsschutzes und des Krisenmanagements.
2. Die IMK ist der Auffassung, dass Ziel einer solchen Reform sein muss,
 - das fachliche und politische Krisenmanagement Ebenen übergreifend zu vernetzen und die Einbindung der Ressorts in den Entscheidungsprozess zu verbessern (zu prüfen ist insbesondere, wie die in der sogenannten interministeriellen Koordinierungsgruppe angelegten Formen der Zusammenarbeit verstetigt und für außergewöhnliche Ereignisse von nationaler Tragweite effektiver ausgestaltet werden können),
 - die fachlichen Aufgabenverantwortungen und Ressortzuständigkeiten im Bevölkerungsschutz zu identifizieren und zu stärken,
 - eine arbeitsmarktbezogene Unterstützung von krisenbedingten Personalengpässen in den Verwaltungen sicherzustellen,
 - eine Unterstützung und Entlastung der kommunalen Aufgabenträger durch gute Krisenvorsorge und Stärkung kritischer Infrastrukturen zu erreichen,
 - angesichts geänderter Gefahrenlagen die Möglichkeit des Bundes zur Unterstützung im Bevölkerungs- und Katastrophenschutz zu erweitern
 - und die Leistungsfähigkeit des Katastrophenschutzes durch Konzentration auf die Kernaufgaben der allgemeinen Gefahrenabwehr zu erhalten.“

Auf ihrer 217. Sitzung vom 1. bis 3. Juni 2022 hat die IMK unter TOP 43 darüber hinaus ein umfangreiches Strategiepapier „Lernen aus der Krise: Staatliches Krisen- und Informationsmanagement von Bund und Ländern“ beschlossen. Unter Zugrundelegung der Prinzipien föderaler Partnerschaft und sektoraler Vorsorge wird hierin die Fortentwicklung eines Strategie- und Konzeptrahmens für einen zukunftsfähigen Bevölkerungsschutz mit seinen vielfältigen Schnittstellen beschrieben. Entsprechend der Beschlussfassung der IMK wurden auch die Fachministerkonferenzen sowie die Arbeitskreise II und III der IMK beteiligt.

Der Bericht unterstreicht die Bedeutung eines ressortübergreifenden Krisenmanagements. Er bestätigt damit auch die in Baden-Württemberg bewährte Aufbauorganisation mit einer Lenkungsgruppe, einem Interministeriellen Verwaltungsstab, den Verwaltungsstäben in den Ministerien, bei den Regierungspräsidien und Landratsämtern sowie in den Gemeinden.

Die etablierten Strukturen des Krisenmanagements der Landesverwaltung wurden auch zur Bekämpfung der Coronapandemie wirksam und zielführend eingesetzt. Es lässt sich feststellen, dass sich das System auch in dieser Lage bewährte. Dies galt gleichermaßen für präventive wie auch für reaktive Maßnahmen und Werkzeuge. So war das Krisenmanagement des Ministeriums des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen durch die sehr frühzeitige Beobachtung und Analyse der Lage bereits vor Auftreten der ersten Infektionsfälle in Deutschland und Baden-Württemberg auf die Coronapandemie vorbereitet und konnte „nahtlos“ in den Krisenmodus wechseln.

Gerade in der Coronapandemie zeigte sich darüber hinaus, dass moderne Kommunikationswerkzeuge wie Videokonferenzen oder ein Chatbot hilfreiche Ergänzungen zu den bewährten Werkzeugen der Stabsarbeit darstellen. Wichtig ist, diesen Möglichkeiten offen gegenüberzutreten, anfängliche Vorbehalte zu überwinden und sie sinnvoll in die etablierten Abläufe und Strukturen zu integrieren.

Im Bereich des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport wurden folgende Maßnahmen identifiziert:

Die Schulpsychologischen Dienste setzen verschiedene Online-Unterstützungsformate wie Impulsvorträge und Handreichungen insbesondere für Lehr- und Unterstützungskräfte ein. Diese zentralen Impulsvorträge sind in regelmäßigen Abständen durchgeführt und beworben worden. Viele Lehr- und Unterstützungskräfte nahmen dieses Angebot war. Insbesondere das Format der Online-Impulsvorträge eignet sich, zeitnah wesentliche krisenbezogene Informationen aus schulpsychologischer Zuständigkeit zur Unterstützung von Schülerinnen und Schülern sowie hinsichtlich der Selbstfürsorge der Lehrkräfte zu vermitteln.

Das Landesmedienzentrum Baden-Württemberg ist mit seinem Beratungs- und Fortbildungssystem regional und flächendeckend in Baden-Württemberg aufgestellt und kann auf Anfrage hin das Angebot an Schulen für Lehrkräfte, Eltern, Schülerinnen und Schüler sowie sonstiges pädagogisches Fachpersonal umsetzen. Aus den Erkenntnissen und Erfahrungen aus der Pandemie heraus hält das Landesmedienzentrum Baden-Württemberg zusammen mit den Stadt- und Kreismedienzentren ein breites Angebot vorsorglich parat. Hierunter fallen beispielsweise Fortbildungsangebote und Sprechstunden zum Unterrichten in Fernlernsituationen sowie Jitsi als Videokonferenzsystem, das der Medienzentrenverbund bedarfsentsprechend skalieren kann. Zusätzlich wurden die Angebote der zentralen Unterrichtsmedienplattform „SESAM-Mediathek“ während der pandemiebedingten Sondersituation des Fernlernens massiv ausgebaut, insbesondere durch einen umfassenden Erwerb von Unterrichtsmedien als auch durch den Ausbau der Serverkapazitäten. Für potenziell erforderliche künftige Fernlernsituationen sind die technischen Kapazitäten vorhanden und es werden weitere Medienangebote, u. a. auch Inhalte von Lernplattformen, bereitgestellt.

Über die dargestellten Angebote hinaus erfolgen derzeit keine Auswertungen gesundheitspolitischer Daten für den Ressortbereich des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport. Sofern sich weitere Evaluationsergebnisse ergeben sollten, die auf den Ressortbereich des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport übertragbar sind, werden diese für künftige Planungen berücksichtigt.

Im Bereich des Ministeriums der Justiz und für Migration wurden folgende Maßnahmen identifiziert:

Auf allen Ebenen der Justizverwaltung wurden Lehren aus der Coronapandemie gezogen. Alle Dienststellen wurden durch die Coronapandemie mit neuen Herausforderungen konfrontiert und haben durch deren Bewältigung ihre Kompetenz im Krisenmanagement erweitert. Gleichzeitig werden angesichts der aktuellen Krisenlagen die Anstrengungen der Justiz zur Krisenvorsorge weiter verstärkt.

Die Strategie zur Bewältigung der Coronapandemie bei den Gerichten und Staatsanwaltschaften hat sich bewährt.

Durch die Gesamtheit der getroffenen – eng an den innerhalb der Landesregierung für die Landesverwaltung abgestimmten Vorgaben orientierten – organisatorischen Vorkehrungen und Schutzmaßnahmen konnte verhindert werden, dass Krankheitsausbrüche bei Gerichten und Staatsanwaltschaften die Funktionsfähigkeit der Justiz in Frage gestellt hätten. Dies gilt zum einen für den internen Dienstbetrieb, aber auch und gerade für die Schutzmaßnahmen für Gerichtsverhandlungen und andere öffentlich zugängliche Bereiche des Gerichtsbetriebs. Die Justiz war auch in der Krise leistungsfähig und konnte den Anspruch der Bürgerinnen und Bürger auf Zugang zum Recht jederzeit erfüllen.

Nach Abschluss des aktuell laufenden Gesetzgebungsverfahrens zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes besteht Klarheit, welche rechtlichen Möglichkeiten zur Anordnung von Schutzmaßnahmen für die im kommenden Herbst und Winter befürchtete weitere Krankheitswelle zur Verfügung stehen werden. Auf dieser Grundlage wird geprüft werden, welche organisatorischen Vorkehrungen

und Schutzmaßnahmen für den Dienstbetrieb in der Justiz erforderlich und umzusetzen sein werden.

Auch im Justizvollzug haben sich die zur Bewältigung der Coronapandemie ergriffenen Maßnahmen als wirksam erwiesen.

Die präventiven Maßnahmen zur Vermeidung einer Ausbreitung des Coronavirus im Justizvollzug hatten zunächst zwei Säulen: Zum einen wurden Vorkehrungen getroffen, die ein Hineintragen und ein mögliches Ausbreiten des Coronavirus innerhalb der Justizvollzugsanstalten vermeiden sollten. Neben der Reduktion der Außenkontakte der Gefangenen waren hier vor allem die Einhaltung der allgemeinen Hygieneregeln sowie vorübergehende Masken- und Testpflichten wesentlich. Zum anderen wurden durch Reduktion der Belegung freie Kapazitäten geschaffen, um in den Justizvollzugsanstalten soweit wie möglich Zugangs- und Isolationsbereiche einrichten zu können. Positiv haben sich als Nebeneffekte hierbei eine geringere Gefangenenfluktuation sowie eine Gefahrenreduzierung einer Ansteckung für Risikogruppen unter den Gefangenen ergeben. Als dritte Säule ist mittlerweile die Möglichkeit der Impfung der Bediensteten und Gefangenen zu nennen. Das Impfangebot wurde sowohl von den Gefangenen als auch von den Bediensteten insgesamt gut angenommen.

Bezüglich der im Zusammenhang mit der Bekämpfung der Coronapandemie ergriffenen und gegebenenfalls zu ergreifenden Maßnahmen gilt für die Vergangenheit wie auch für die Zukunft, dass diese im Rahmen der jeweils gültigen Rechtslage fortlaufend auf ihre Notwendigkeit hin überprüft und entsprechend der jeweiligen Infektionslage angepasst, ergänzt oder aufgehoben werden. Neben dem Schutz der Gesundheit der Bediensteten und der Gefangenen ist hierbei stets Ziel, die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Justizvollzugs zu gewährleisten.

Hinsichtlich der jeweiligen zu ergreifenden Maßnahmen, war es durchgängige Linie des Ministeriums der Justiz und für Migration, gemeinsam mit der vollzuglichen Praxis und anhand der Empfehlungen der Zentralen Hygienekommission für den Justizvollzug klare Rahmenbedingungen zu schaffen, die einerseits Leitlinien bieten und zu einem einheitlichen und verbindlichen Vorgehen führen und andererseits den Justizvollzugseinrichtungen gleichwohl den nötigen Spielraum belassen.

Vor diesem Hintergrund ergibt sich für den Justizvollzug – trotz einer möglicherweise veränderten Ausgangslage der Coronapandemie – derzeit kein Strategiewechsel. Ziele bleiben die Gewährleistung der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Justizvollzugs sowie der Schutz der Bediensteten und Gefangenen. Insoweit haben sich die bislang ergriffenen Maßnahmen bewährt. Dementsprechend sind die allgemein gültigen Hygieneregeln bzw. Basismaßnahmen – soweit möglich – zur Reduzierung eines Infektionsrisikos weiterhin einzuhalten.

Hierfür wird insbesondere ausreichend Persönliche Schutzausrüstung vorgehalten. Das leicht zugängliche Impfangebot bzw. die bislang erfolgreiche Impfkampagne im Justizvollzug wird – unter kontinuierlicher Überprüfung der Impfeempfehlungen durch die Ständige Impfkommission – fortgeführt, wobei die Impfquote bei den Gefangenen durch geeignete Maßnahmen weiter ausgebaut werden soll. Die zu ergreifenden Maßnahmen sollen auch künftig anhand der jeweils gültigen Rechtslage dem jeweiligen Infektionsgeschehen angepasst werden. Hierbei soll die vollzugliche Praxis weiterhin eng eingebunden werden.

Auch im Migrationsbereich kann auf Erfahrungen aus den letzten Krisenjahren zurückgegriffen werden.

Bereits zu Beginn der Coronapandemie wurden in den Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes umfassende Maßnahmen zum Infektionsschutz ergriffen, um die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die in den Einrichtungen Tätigen zu schützen. Zur Regelung der Maßnahmen wurde die Corona-Erstaufnahme-Schutz-Verordnung (CoronaErstaufnSchVO) erlassen. Zudem wurden Umsetzungshinweise zur Corona-Verordnung sowie weitere Maßnahmen zum Schutz der Bewohne-

rinnen und Bewohner der Erstaufnahmeeinrichtungen und der Beschäftigten vom Ministerium der Justiz und für Migration bzw. vormals Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen erarbeitet. Diese Regelungen werden laufend an die jeweils gültigen Rechtsgrundlagen und die Infektionslage angepasst.

Aufgrund der besonderen Situation in der Erstaufnahme mit einem erhöhten Risiko der Verbreitung von COVID-19-Infektionen infolge der gemeinschaftlichen Unterbringung und gemeinschaftlich genutzten Aufenthalts- und Sanitäreinrichtungen wird die aktuell gültige Rechtsgrundlage zur Regelung von Maßnahmen zum Infektionsschutz vollumfänglich ausgenutzt. Die CoronaErstaufnSchVO sieht daher eine Masken- und Testpflicht vor, um Infektionsrisiken zu reduzieren.

Daneben wurde eine Vielzahl von Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie ergriffen, die auch weiterhin zur Anwendung kommen. So wurden u. a. spezielle Quarantänebereiche in den Einrichtungen und zusätzlich eine eigene temporäre Isolierunterkunft geschaffen, um eine separate Unterbringung von Infizierten gewährleisten zu können. Generell wird auf das Reduzieren von Kontakten hingewirkt, beispielsweise durch eine zeitlich und nach Kohorten gestaffelte Essensausgabe oder die Verlängerung von Öffnungszeiten der medizinischen Ambulanz. Personen, die in eine Erstaufnahmeeinrichtung aufgenommen werden, erhalten zudem bereits frühzeitig ein Impfangebot.

Die dargestellten Maßnahmen haben sich bewährt. Mit dem bei den letzten Wellen zur Verfügung stehenden Instrumentenkasten konnte der Infektionsschutz in den Erstaufnahmeeinrichtungen bisher gewährleistet werden. Im Hinblick auf das für den Herbst geplante neue Infektionsschutzgesetz wird für den Bereich der Flüchtlingserstaufnahme – abhängig von der weiteren Entwicklung der Coronapandemie – eine tragfähige rechtliche Grundlage benötigt, um wirksame Schutzmaßnahmen ergreifen zu können.

Aus dem Bereich des Ministeriums für Finanzen wurden folgende Maßnahmen identifiziert:

Konkrete Maßnahmen werden jeweils situationsbezogen im vorgegebenen rechtlichen Rahmen und in Absprache mit den betriebsärztlichen und arbeitssicherheitstechnischen Dienstleistern in der Finanzverwaltung getroffen.

Die im Rahmen der Coronapandemie aufgebaute Fähigkeit mobil – insbesondere im Homeoffice – arbeiten zu können, wurde im Geschäftsbereich des Ministeriums für Finanzen als dauerhafte Beschäftigungsform eingeführt. In der Finanzverwaltung wird durch eine Ausstattung mit Notebooks oder ThinClients und den notwendigen VPN-Zugängen die Arbeitsfähigkeit der Finanzverwaltung durch eine kurzfristige Umstellungsmöglichkeit auf ein Arbeiten im Homeoffice sichergestellt. Ebenfalls auf Dauer angelegt ist in den verschiedenen Verwaltungsbereichen die Ausstattung der Besprechungsräume zur Durchführung von Online-Konferenzen oder hybriden Veranstaltungen.

Bereits vor der Coronapandemie existierte ein Angebot einer psychosozialen Beratung im gesamten Ressortbereich.

Im Bereich des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus sowie im Ministerium für Landesentwicklung und Wohnen wurden folgende Maßnahmen identifiziert:

Mit Ausbreitung des Coronavirus in Baden-Württemberg Anfang 2020 haben beide Ministerien im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung die Gefahren für die Beschäftigten im Zusammenhang mit dem Coronavirus beurteilt und im Laufe der Pandemie fortlaufend aktualisiert. Auf die obigen Ausführungen zu den regelmäßig stattfindenden Abstimmungsrunden im Interministeriellen Verwaltungsstab wird verwiesen.

Rückblickend kann festgehalten werden, dass sich die von beiden Ministerien ergriffenen Maßnahmen als wirksam erwiesen haben.

Im Gesamtverlauf der Pandemie wurden in beiden Ministerien alle arbeitsschutzspezifischen Prozesse optimiert und ein „Arbeitsschutzmanagement-System“ implementiert. Dies ermöglicht ein schnelles und effektives sowie lagebezogenes Handeln durch die Dienststellen.

Im Ministerium für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz wurden folgende Maßnahmen identifiziert:

Während der Coronapandemie sind Praxiserfahrungen gesammelt worden, auf die das Ministerium für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz im weiteren Verlauf der aktuellen Pandemie, hierbei insbesondere auch bei Auftreten weiterer Virusvarianten und auch bei ggf. neu auftretenden anderen Pandemien, zurückgreifen kann.

Konkrete Maßnahmen werden jeweils situationsbezogen im vorgegebenen rechtlichen Rahmen und nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft getroffen. Hierbei sind aktuelle Evaluierungen zur konkreten Auswirkung auf das Infektionsgeschehen insbesondere im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen zu berücksichtigen.

Mittlerweile sind eine Infrastruktur und eine Grundausrüstung an Materialien und Geräten vorhanden, auf die im Ernstfall zurückgegriffen werden kann. Bereits beschaffte Luftreiniger werden weiter betrieben und können auch vor weiteren Infektionskrankheiten schützen. Ein Mindestbestand an Schutzausrüstung (Masken, Handschuhe) wird aufrechterhalten. Das Thema Infektionsschutz (inkl. Impfungen) ist Bestandteil der betriebsärztlichen Betreuung sowie der jährlichen Sicherheitsunterweisungen.

Die im Rahmen der Coronapandemie aufgebaute Homeoffice-Fähigkeit des Ministeriums für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz wird auch zukünftig beibehalten. Durch eine Vollausstattung der Beschäftigten mit Notebooks und VPN-Zugängen kann somit die Arbeitsfähigkeit des Ministeriums für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz durch jederzeitige und kurzfristige Umstellung auf ein Arbeiten im Homeoffice sichergestellt werden. Ebenfalls auf Dauer angelegt ist die umfangreiche Neuausstattung aller Besprechungsräume zur Durchführung von Online-Konferenzen bzw. hybriden Veranstaltungen.

In den letzten zweieinhalb Jahren wurden im Ministerium für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz auch weitere Maßnahmen zur Förderung der persönlichen Resilienz der Beschäftigten angestoßen, um auch gerade in Krisenzeiten den Herausforderungen in Beruf, Familie und Umfeld weiterhin gewachsen zu sein. So wurde ein Angebot einer psychosozialen Beratung für das gesamte Ressort eingeführt und Fortbildungen für Führungskräfte und Beschäftigte zu den besonderen Herausforderungen beispielsweise im Hinblick auf Arbeiten und Führen auf Distanz, Teamarbeit unter Nutzung neuer Medien und zu Stressresilienz allgemein angeboten. Weitere Fortbildungen und sonstige Angebote, die sich stets am konkreten aktuellen Bedarf ausrichten, sind in Planung.

Im Bereich des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration wurden folgende Maßnahmen identifiziert:

Im Rahmen seiner Zuständigkeit hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration die grundlegende Aufgabe für eine Einschätzung der Gesundheitskrise aus der Perspektive des Infektionsschutzes zu sorgen und für die Landesregierung die weiteren Schritte der Pandemiebekämpfung in Absprache mit dem jeweils zuständigen Fachressort zu erarbeiten.

Im Oktober 2006 wurde – wie bereits bei Frage 14 ausgeführt – ein Influenzapanemieplan als Modul des Seuchenalarmplans des Landes erstellt. Die Pandemieplanung ist klassischerweise auf das Auftreten von Influenzaviren ausgerichtet, die Planungsgrundlagen sind jedoch auch auf andere Krankheitserreger, die vorwiegend Atemwegssymptome auslösen, übertragbar. Insofern kann der Pande-

mieplan grundsätzlich auch beim Ausbruchsgeschehen mit dem Coronavirus zur Anwendung kommen.

Um die Maßnahmen entsprechend des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes anpassen zu können, fand mehrmals auch eine direkte Anhörung und Diskussion mit entsprechenden Fachexpertinnen und -experten statt.

Zum fachlichen Austausch der betroffenen Akteure wurde die AG Corona unter der Leitung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration bereits einen Tag nach Auftreten des ersten Falls in Baden-Württemberg als Arbeitsgremium ins Leben gerufen. Mitglieder sind neben dem Ministerium die kommunalen Landesverbände, die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, die Ärzte- und Apothekerschaft, die Krankenkassen, weitere Expertinnen und Experten sowie weitere Ressorts.

Am 26. Juli 2022 hat die AG Corona eine gemeinsame Erklärung zum Pandemiemanagement im Herbst und Winter 2022/23 verabschiedet. Zentral aufgeführt sind Impfungen gegen das Coronavirus, zielgerichtete Testungen sowie der Schutz vulnerabler Gruppen. Daneben forderten die Mitglieder des Gremiums vom Bund, das Infektionsschutzgesetz zeitnah anzupassen und damit eine solide rechtliche Grundlage zu schaffen, um schnell auf eine sich verändernde Lage reagieren zu können. Grundlage der gemeinsamen Erklärung bildet ein Expertenhearing vom 1. Juli 2022.

Neben dem regelmäßigen fachlichen Austausch aus dem Bereich des Infektionsschutzes, wurden Expertenanhörungen durchgeführt, die sich im Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration mit besonders schutzbedürftigen Personengruppen befassen.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration hat aus der im April 2020 eingerichteten Taskforce Langzeitpflege und Eingliederungshilfe heraus die „Studie zur aktuellen Lage in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg“ von Frau Prof. Dr. Astrid Elsbernd von der Hochschule Esslingen initiiert. Die Studie dokumentierte und analysierte die aktuelle pandemische Situation und deren Auswirkungen auf die Langzeitpflege und entwickelte Empfehlungen in verschiedenen Themenblöcken wie z. B. der gesellschaftlichen Sichtbarkeit der (Pflege-)Arbeit und der Lebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner, der personellen Ausstattung in der Langzeitpflege oder der Reduzierung von Bürokratie sowie der Verbesserung der Kommunikation aller an der Bewältigung der Coronapandemie Beteiligten. Ausgehend von den Empfehlungen der Studie wurden in der Taskforce drei Arbeitsgruppen eingerichtet, die sich der Problemfelder Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern, ärztliche Versorgung in Pflegeheimen, Verbesserung der Kommunikation aller Beteiligten und Digitalisierung annehmen.

Im Mai 2021 führte das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration ein eigenes Jugendhearing mit über 200 Kindern und Jugendlichen aus Baden-Württemberg durch, beim dem die Belange und besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in der Krise erörtert wurden. In Folge des Hearings wurde deutlich, dass Kinder und Jugendliche insbesondere auch im Krisenfall soziale Kontakte zu Gleichaltrigen und Freiräume brauchen. Daher war es stets eine Leitlinie des Ministeriums, entsprechende Angebote der Kinder- und Jugendarbeit sowie der Jugendsozialarbeit auch bei hohen Infektionszahlen zu ermöglichen. Zusammenfassungen der Expertenhearings sowie die gemeinsame Erklärung der AG Corona sind auf der Homepage des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration zu finden: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/gesundheitschutz/infektionsschutz-hygiene/informationen-zu-coronavirus/pandemiemanagement/>

Des Weiteren hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration in Vorbereitung auf den Herbst/Winter 2022/2023 ein Maßnahmenpaket erarbeitet, das am 16. August 2022 vom Kabinett beschlossen wurde. Es beinhaltet unter anderem folgende Aspekte:

- Ausweitung des Surveillance-Systems,
- Impfkonzept für den Zeitraum von Oktober 2022 bis März 2023,
- Modellprojekt adaptive, sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung Long-/Post-Covid in Baden-Württemberg,
- Unterstützung der Gesundheitsämter sowie
- Bereitstellung von Tests in Schulen, Kindergärten sowie der Kindertagespflege/Covid-Testungen an Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren (SBBZ).

Weitere Informationen zu den Maßnahmen sind unter <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/vorbereitungen-auf-den-herbst-und-winter-land-stellt-weitere-weichen-fuer-corona-management/einsehbar>.

Im Bereich des Ministeriums für Verkehr wurden folgende Maßnahmen identifiziert:

Die Coronapandemie stellte eine vollkommen neue Situation dar und erforderte Handlungen und Verfahrensweisen, die bis zu diesem Zeitpunkt nur in geringem Maße erwartbar und denkbar waren. Das Ministerium für Verkehr hat diese neue Situation mit all ihren Facetten jedoch genutzt, um seine Handlungsfähigkeit noch weiter zu verbessern. Krisensituationen können dadurch besser bewältigt werden, da Strukturen, Verfahrens- und Handlungsabläufe hinterfragt und ggf. an die aktuell vorherrschende Situation angepasst wurden.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass der Verkehrsbereich die Coronapandemie bislang gut bewältigen konnte. Der Öffentliche Personennahverkehr als Grundversorgung für die Bürgerinnen und Bürger konnte aufrechterhalten und das Ansteckungsrisiko durch begleitende Vorgaben, insbesondere die Maskentragungspflicht, reduziert werden. Der Straßenbetriebsdienst wurde aufrechterhalten, die Straßenbauvorhaben konnten auch unter Pandemiebedingungen umgesetzt werden. Die Erlangung von Fahrerlaubnissen war über weite Phasen weiterhin möglich, wenn auch mit Einschränkungen. Hierbei handelt es sich zwar nur um eine exemplarische Aufzählung, diese zeigt jedoch, dass immer ein gelungener Ausgleich zwischen dem Schutz von Gesundheit und Leben und weiteren Grundrechten erreicht wurde.

Dieser Erfolg wurde durch eine pragmatische, der Situation angepasste und flexible Herangehensweise unter Beteiligung verschiedenster Akteure mitsamt einer offenen Kommunikation erreicht. Ziel dabei war stets, ein bürgernahes und umsetzbares Ergebnis zu erreichen.

Im Bereich des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst wurden folgende Maßnahmen identifiziert:

Die Hochschulen des Landes halten als Konsequenz der Coronapandemie die erforderlichen Instrumente und Ressourcen für die bisherigen erfolgreich durchgeführten Maßnahmen, wie z. B. die Möglichkeit von Online- oder Hybrid-Veranstaltungen für die Studierenden, weiterhin vor. Falls die entsprechenden Pandemiekenntzahlen wieder steigen oder ähnlich gelagerte Krisen entstehen und Einschränkungen im Lehrbetrieb aufgrund einer entsprechenden Verordnung des Landes erforderlich werden sollten, können die Maßnahmen erneut umgesetzt werden. Dies gilt auch für die Sensibilisierung oder die Verpflichtung der Studierenden zu bestimmten Hygienemaßnahmen. Die Hochschulen sind zudem in der Lage, die unverzügliche Einberufung von internen oder externen Taskforces mit allen maßgeblichen Akteuren, z. B. auch mit dem Ministerium für Wissenschaft,

Forschung und Kunst, jederzeit zu aktivieren. Dies gilt ebenso für die in der Verwaltung implementierten und erprobten Videokonferenzen für die interne Kommunikation und für die Kommunikation mit anderen Einrichtungen.

Auch die Kunst- und Kultureinrichtungen können die bisher erfolgreich angewandten Maßnahmen, wie z. B. Zugangsbeschränkungen oder Zugangsverbote, in kürzester Zeit erneut umsetzen, sofern erforderlich.

27. Welche Maßnahmen hat die Landesregierung ergriffen, um die internationalen Lieferketten medizinischer Bedarfsgüter nach Baden-Württemberg abzusichern und für zukünftige Krisen resilienter, effizienter und schneller zu gestalten?

Zur generellen Absicherung internationaler Lieferketten hat das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus Baden-Württemberg gemeinsam mit der IHK (Industrie- und Handelskammer) Stuttgart seit Mai 2020 eine Kontaktstelle für die Wirtschaft zur Unterstützung bei Lieferketten-Problemen eingerichtet. Die Landeskontaktstelle wurde als Teil einer Bundesinitiative zu Lieferketten etabliert, die als zentrale Anlaufstelle der Bundesregierung für Unternehmen dient, die Probleme in ihren Lieferketten haben, sei es auf europäischer Ebene oder global. Das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz behandelt gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern aller relevanten Bundesorganisationen, der Wirtschaftsministerien der Länder und aller bei Lieferkettenfragen zuständigen Bundesministerien (insbesondere Bundeskanzleramt, Auswärtiges Amt, Bundesministerium des Innern und für Heimat) Schwierigkeiten sowohl bei der Herstellung und Lieferung von Zuliefererprodukten als auch der allgemeinen Rohstoffversorgung sowie Fragestellungen bei grenzüberschreitendem Personenverkehr. Fragen der Absicherung medizinischer Bedarfsgüter könnten über diese Kontaktstelle an den Bund adressiert werden, um dann dort unter Einbeziehung des Bundesministeriums für Gesundheit die notwendigen Fragestellungen zwischen Bund und Ländern erörtern zu können.

Das Thema „Lieferengpässe bei versorgungsrelevanten Arzneimitteln“ wurde bereits vor der Coronapandemie im Rahmen der Arbeitsgruppe Arzneimittel- und Medizinprodukteversorgung unter dem Dach des Forums Gesundheitsstandort Baden-Württemberg aufgegriffen und mit den beteiligten Akteuren diskutiert. Die Arbeitsgruppe hat im Juli 2022 erneut getagt und wird die Arbeit in den Unterarbeitsgruppen im Herbst fortführen und intensivieren. Dabei sollen insbesondere auch die Erfahrungen der Coronapandemie berücksichtigt werden und konkrete Maßnahmen erarbeitet werden, die entweder direkt auf Landesebene umgesetzt werden können, oder auf Bundes- oder EU-Ebene transportiert werden müssen.

Im Zusammenhang mit einem akuten Lieferengpass hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration das Bundesministerium für Gesundheit aufgefordert, geeignete Maßnahmen zur Sicherung von Lieferketten und zur Abmilderung von Lieferengpässen zu prüfen. Dies setzt ein gutes Frühwarnsystem voraus, das auch Abhängigkeiten von einigen wenigen Zulieferern berücksichtigt. Ziel muss es sein, die Produktion in Europa zu stärken und die krisenfesteste Produktion in der Preisgestaltung zu berücksichtigen. Dabei soll auch insbesondere die Sicherstellung von Generika in den Blick genommen werden.

Die Landesregierung unterstützt die Vorhaben der Europäischen Union (EU) im Rahmen der Arzneimittelstrategie für Europa, die u. a. das Ziel verfolgt, durch Anpassung der regulatorischen Rahmenbedingungen die Attraktivität des Standorts Europa zu erhöhen. In einem strukturierten Dialog mit allen Akteuren aus dem Bereich der Arzneimittelherstellung werden Schwachstellen in der globalen Lieferkette kritischer Arzneimittel ermittelt und politische Optionen zur Stärkung der Versorgungssicherheit in der EU erarbeitet.

Als legislative Maßnahmen werden derzeit strengere Verpflichtungen der Industrie zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung, eine frühere Meldung von Engpässen und Rücknahmen, eine verbesserte Transparenz über Lagerbestände in der gesamten Lieferkette und eine stärkere Koordinierungsrolle der Europäischen Arzneimittelagentur bei der Überwachung und Bewältigung von Engpässen zwi-

schen den Beteiligten erörtert. Diese Maßnahmen könnten durch eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten ergänzt werden, beispielsweise durch verbesserte Beschaffungskonzepte und -strategien, eine gemeinsame Beschaffung kritischer Arzneimittel und eine Zusammenarbeit auf EU-Ebene bei Instrumenten für die nationale Preis- und Kostenerstattungspolitik. Etwaige Maßnahmen müssen dabei mit den Wettbewerbsvorschriften der EU und den Regeln der Welthandelsorganisation (WTO) im Einklang stehen. Die EU wird daher mit den WTO-Mitgliedern an einer Initiative arbeiten, die den Handel mit Gesundheitsprodukten erleichtern und zu einer wirksamen Reaktion im Falle einer gesundheitlichen Notlage beitragen soll.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg hat in diesem Prozess die Möglichkeit der öffentlichen Konsultation genutzt und u. a. vorgebracht, dass die Bereithaltung einer strategischen Wirkstoffreserve innerhalb der EU eine geeignete Maßnahme zur Verbesserung der Versorgungssicherheit, auch in Krisensituationen, darstellen könnte. Es sollten außerdem regulatorische Hürden, beispielsweise beim notwendigen Wechsel von Wirkstofflieferanten im Fall von Lieferengpässen, reduziert werden, ohne die Arzneimittelsicherheit zu gefährden. Dazu ist es jedoch notwendig, dass pharmazeutische Unternehmen in die Lage versetzt werden, Abweichungen im Wirkstoffherstellungsprozess zu erkennen und zu bewerten. Neue Herstellungstechnologien bei der Produktion von Arzneimitteln müssen gefördert und Zulassungen hierfür ermöglicht werden, um die Konkurrenzfähigkeit im Vergleich zu Standorten mit niedrigeren Personalkosten zu verbessern. Auch soll die Möglichkeit zur Erteilung von Standardzulassungen für Deutschland erhalten bleiben. Sie haben sich in Krisensituationen bewährt, da sie eine Möglichkeit darstellen, dringend benötigte, aber nicht verfügbare Arzneimittel kurzfristig und flächendeckend herzustellen.

Die Medizintechnik-Unternehmen am Gesundheitsstandort Baden-Württemberg benötigen vor dem Hintergrund der Komplexität der europäischen Verordnungen Unterstützung in erheblichem Umfang u. a. durch die Landesbehörden, zum einen als direkte Ansprechpartner vor Ort, zum anderen auch im Rahmen des Ziels der Landesregierung einer resilienten und im internationalen Vergleich konkurrenzfähigen Aufstellung des Gesundheitsstandorts Baden-Württemberg.

28. Welche versorgungskritischen Medizinprodukte und Arzneimittel erachtet die Landesregierung im Hinblick auf die Grundversorgung und Krisenfälle für so wichtig, dass deren Herstellung vorrangig in Baden-Württemberg erfolgen sollte, um mehr Autonomie bzw. Unabhängigkeit von internationalen Lieferketten zu erreichen?

Für die Bereiche systemrelevante Arzneimittel und Medizinprodukte wurden basierend auf den Erfahrungen der Coronapandemie im Rahmen des Forums Gesundheitsstandort Baden-Württemberg Empfehlungen für dessen langfristige Sicherung gegen Pandemiefälle erarbeitet. Zur langfristigen Sicherung erscheint es nach einer ersten Analyse sinnvoll, die Produktion von besonders versorgungsrelevanten Wirkstoffen im Land zu verstärken. Als allgemein versorgungsrelevant gelten Wirkstoffe entsprechend der Liste des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie solche, die zudem während der Coronapandemie auf europäischer Ebene als relevant identifiziert wurden und für die ein gesteigerter Bedarf während der Pandemie festgestellt wurde. Diese Empfehlungen müssen jedoch weiter evaluiert und angepasst werden.

29. Was hat das Land seit März 2020 dafür getan, um die Herstellung von Medikamenten und Desinfektionsmitteln in Baden-Württemberg auszubauen?

Eine entscheidende Voraussetzung für die verstärkte Herstellung von medizinischen Produkten in Europa und Deutschland sind geeignete wirtschaftliche Rahmenbedingungen zur Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit gegenüber der Konkurrenz insbesondere aus den USA und Asien. Allerdings weist die derzeitige Gesetzgebung eher in die andere Richtung und verschlechtert die Bedingungen für die Hersteller. Aktuelle Beispiele sind die EU-Verordnungen für Medizinpro-

dukte und In-Vitro-Diagnostika, die den Aufwand und die Kosten für die Zertifizierung von Produkten für europäische Hersteller deutlich erhöhen. Das Land setzt sich hier im Rahmen seiner Möglichkeiten für die Belange der Unternehmen ein, um für eine wirtschaftsfreundliche Ausgestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu sorgen.

Darüber hinaus unterstützt das Land die Ansiedlung von Unternehmen in Baden-Württemberg. Die Wirtschaft befindet sich in einem tiefgreifenden technologischen Veränderungsprozess. Faktoren wie der Klimawandel, die Digitalisierung oder die demografische Entwicklung treiben diesen Strukturwandel, auch zum Teil bedingt durch politische Vorgaben, mit hohem Tempo voran.

Baden-Württemberg begleitet und steuert wichtige Transformationsprozesse sowohl in bisherigen Schlüsselbranchen als auch neuen, zukunftsweisenden Technologien erfolgreich mit neuen Formaten der Zusammenarbeit mit allen relevanten Akteuren, wie z. B. im Rahmen des Forums Gesundheitsstandort.

Im Rahmen dieses Gesamtprozesses will das Land Baden-Württemberg auch international noch sichtbarer werden – die neue Ansiedlungsstrategie ist insofern der nächste konsequente Schritt. Am 3. Mai 2022 hat die Landesregierung daher die Eckpunkte für die neue Ansiedlungsstrategie vorgestellt.

Die Ansiedlungsstrategie konzentriert sich zum einen auf Unternehmen aus Branchen, die für den Standort Baden-Württemberg prägend sind und weiter gestärkt werden sollen, wie z. B. Automobilwirtschaft, Maschinen- und Anlagenbau sowie die Gesundheitswirtschaft. Ein weiterer Fokus wird bei der Ansiedlungsstrategie zum anderen auf Unternehmen aus dem In- und Ausland gelegt, die dynamisch wachsen und für die zukünftige Wertschöpfung von besonderer Bedeutung sind. Dabei werden explizit Unternehmen aus dem Pharma-Bereich genannt.

Zu Beginn der Pandemie haben Apotheken in großem Umfang Desinfektionsmittel hergestellt und dadurch zur Abfederung von Engpässen beigetragen. Bei Hände- und Flächendesinfektionsmitteln handelt es sich in der Regel um Biozidprodukte. Im März 2020 wurde es Apotheken aufgrund einer Gestattung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) erlaubt, entsprechende Händedesinfektionsmittel herzustellen und in den Verkehr zu bringen. Die für Defekturarzneimittel geltenden Begrenzungen von maximal 100 abgabefertigen Packungen täglich wurden für Biozidprodukte ausgesetzt. Biozidprodukte mit Altwirkstoffen wie z. B. Ethanol sind auch ohne biozidproduktrechtliche Zulassung verkehrsfähig. Apotheken müssen deren Herstellung lediglich gemäß Biozid-Meldeverordnung melden.

Projekte von Arzneimittelherstellern, die einer neuen oder geänderten Herstellerlaubnis bedürfen, werden – auch schon vor der Pandemie – von der zuständigen Arzneimittelüberwachungsbehörde von Anfang an eng begleitet, um Verzögerungen durch regulatorische Hürden bei der Erteilung oder Änderung von Herstellerlaubnissen zu vermeiden.

30. Welche Schritte wurden bereits unternommen, um ein nationales Forschungskonzept bzw. eine fachübergreifende Begleitforschung im Bereich Public Health aufzubauen, um eine bessere Wissensgrundlage im zukünftigen Krisenmanagement zur Verfügung zu haben?

Die Zuständigkeit für Begleitforschung im Bereich Public Health liegt primär beim Bund (Forschungsförderung) und den Bundesoberbehörden, insbesondere dem Robert Koch-Institut. Sofern entsprechende Forschungsprogramme seitens des Bundes aufgelegt werden, wird das Landesgesundheitsamt eine Beteiligung im Rahmen seiner Möglichkeiten prüfen.

Lucha

Minister für Soziales,
Gesundheit und Integration

Anlage 1 (Mittlerer Dienst)

Personalausstattung Gesundheitsämter gemäß Großer Anfrage 17/2023								
Mittlerer Dienst	Stand 1.1.2020				Stand 1.1.2021			
	VZÄ be- setzte Stel- len	VZÄ un- be- fristete Ar- beitsver- hältnisse	VZÄ be- fristete Arbeitsver- hältnisse	VZÄ un- be- setzte Stel- len	VZÄ be- setzte Stel- len	VZÄ un- be- fristete Ar- beitsver- hältnisse	VZÄ be- fristete Arbeitsver- hältnisse	VZÄ un- be- setzte Stel- len
RP Karlsruhe								
LRA Calw	11,25	9,25	2,00	1,00	11,25	9,25	2,00	2,00
LRA Freudenstadt	5,85	5,85	0,00	0,50	5,85	5,85	0,00	0,00
LRA Rhein-Neckar- Kreis	24,92	19,80	5,12	1,62	166,26	20,05	146,21	140,71
LRA Karlsruhe	59,71	55,46	4,25	1,05	72,15	56,35	15,80	12,69
LRA Neckar-Oden- wald-Kreis ¹	9,12	9,12	0,00	0,00	15,94	11,04	4,90	1,00
LRA Enzkreis	26,39	25,19	1,20	1,17	29,28	28,47	0,81	0,28
LRA Rastatt	10,23	10,02	0,21	0,73	12,01	11,24	0,77	0,10
Stadtkreis Mann- heim	9,99	9,15	0,83	1,65	17,55 + 20,15 (E3)	12,24	5,31 + 20,15 (E3)	12,51 + 14,85 (E3)
RP Freiburg								
LRA Emmendingen	9,05	9,05	0,00	0,80	10,67	10,67	0,00	1,18
LRA Breisgau Hochschwarzwald	26,03	25,65	0,38	2,75	26,32	26,32	0,00	12,96
LRA Konstanz	15,65	15,65	0,00	1,85	17,63	17,63	0,00	1,80
LRA Lörrach	12,89	10,89	2,00	1,75	14,49	11,99	2,50	3,29
LRA Ortenaukreis	22,20	20,45	1,75	0,15	20,71	19,96	0,75	3,89
LRA Rottweil	10,49	10,49	0,00	1,30	12,39	12,39	0,00	-0,15
LRA Tuttlingen	8,25	3,00	5,25	0,00	23,40	10,85	12,55	0,00
LRA Schwarzwald- Baar-Kreis	12,65	12,65	0,00	0,55	16,20	13,20	3,00	1,00
LRA Waldshut	11,50	11,50	0,00	0,00	16,00	16,00	0,00	0,00
RP Tübingen								
LRA Biberach	9,25	9,25	0,00	0,25	9,25	9,25	0,00	0,25
LRA Boden- seekreis	14,55	14,55	0,00	1,25	14,15	14,15	0,00	2,65
LRA Zollernalbkreis	12,60	12,60	0,00	1,80	22,41	13,90	8,51	1,50
LRA Ravensburg	13,35	12,35	1,00	0,05	15,15	15,15	0,00	1,25
LRA Reutlingen	11,41	11,41	0,00	0,00	48,21	11,21	37,00	0,20
LRA Sigmaringen	7,70	5,70	2,00	0,00	11,10	7,70	3,40	1,00
LRA Tübingen	9,30	9,30	0,00	1,95	12,55	12,55	0,00	1,20
LRA Alb-Donau- Kreis Ulm	12,65	9,65	3,00	0,85	13,85	12,80	1,05	2,50
RP Stuttgart								
LRA Ostalbkreis	15,50	13,09	1,30	1,37	15,87	14,87	1,00	1,63
LRA Böblingen	28,10	26,10	2,00	0,05	33,45	28,95	4,50	5,20
LRA Esslingen	12,30	12,30	0,00	0,75	16,85	16,85	0,00	0,00
LRA Göppingen	16,30	16,30	0,00	0,75	25,39	23,89	1,49	1,50
LRA Heidenheim	12,50	12,30	0,20	0,00	25,13	12,23	12,90	1,00
LRA Heilbronn ohne Stadtkreis	0,00	19,00	0,00	1,00	13,00	13,00	0,00	0,00
LRA Hohenlohekreis	9,52	9,42	0,10	0,01	9,80	9,80	0,00	0,11
LRA Ludwigsburg	21,77	20,27	1,50	1,83	21,15	21,15	0,00	1,45
LRA Schwäbisch Hall	14,40	12,40	2,00	3,75	25,21	13,70	11,51	3,75
LRA Main-Tauber- Kreis	10,44	5,20	5,24	0,00	22,67	6,30	16,37	0,00
LRA Rems-Murr- Kreis	20,55	19,55	1,00	0,30	20,88	19,15	1,73	1,47
Stadtkreis Heil- bronn	8,75	7,00	1,75	0,84	12,88	10,00	2,88	2,46
Stadtkreis Stuttgart ²	40,09	34,49	5,60	2,05	39,83 (1,33)	34,76	5,08 (1,33)	10,44 (23,67)

¹ Für den Rhein-Neckar-Kreis sind kurzfristige Beschäftigungsverhältnisse im Rahmen der Corona-Pandemie in den Zahlen für den mittleren und gehobenen Dienst mitberücksichtigt.

² Im Rahmen der Corona-Pandemie beschäftigt der Stadtkreis Mannheim temporäre Hilfskräfte in der Entgeltgruppe E3. Diese Hilfskräfte werden in den Tabellen für den mittleren Dienst separat ausgewiesen.

³ Die VZÄ der befristet eingestellten Corona-Unterstützungskräfte, deren Einsatz temporär ist, sind in Klammern ausgewiesen. Des Weiteren hat die Landeshauptstadt Stuttgart ein Pool an Ermächtigungen geschaffen, um bei notwendigem Bedarf zügig einzustellen. Diese Stellen sind als unbesetzte VZÄ in Klammern ausgewiesen.

Weiter Anlage 1 (Mittlerer Dienst)

Personalausstattung Gesundheitsämter gemäß Großer Anfrage 17/2023								
Mittlerer Dienst	Stand 1.1.2022				Stand 1.7.2022			
	VZÄ be- setzte Stellen	VZÄ un- be- fristete Ar- beitsver- hältnisse	VZÄ be- fristete Arbeitsver- hältnisse	VZÄ un- be- setzte Stellen	VZÄ be- setzte Stellen	VZÄ un- be- fristete Ar- beitsver- hältnisse	VZÄ be- fristete Ar- beitsverhält- nisse	VZÄ un- be- setzte Stel- len
RP Karlsruhe								
LRA Calw	14,45	12,45	2,00	0,00	17,80	16,80	1,00	0,00
LRA Freudenstadt	6,85	6,85	0,00	2,50	7,75	7,75	0,00	0,50
LRA Rhein-Neckar- Kreis	197,68	23,30	174,38	172,13	107,13	28,70	78,34	81,58
LRA Karlsruhe	53,31	50,91	2,40	7,31	54,25	52,75	1,50	5,99
LRA Neckar-Oden- wald-Kreis	15,57	9,57	6,00	0,10	15,82	9,82	6,00	4,00
LRA Enzkreis	29,34	28,54	0,80	8,42	29,37	28,87	0,50	1,94
LRA Rastatt	12,72	12,12	0,60	2,13	15,53	15,32	0,21	0,00
Stadtkreis Mannheim	18,70 + 26,21 (E3 Co- rona)	12,13 + 0 (E3 Corona)	6,53 + 26,21 (E3 Corona)	5,46 + 7,80 (E3 Corona)	21,51 + 14,60 (E3)	11,59	9,92 + 14,60 (E3)	1,80 + 7,40 (E3)
RP Freiburg								
LRA Emmendingen	12,77	12,77	0,00	1,87	14,32	14,32	0,00	0,32
LRA Breisgau Hochschwarzwald	28,90	28,90	0,00	5,58	30,60	30,60	0,00	4,88
LRA Konstanz	15,48	15,48	0,00	4,95	16,48	16,48	0,00	3,95
LRA Lörrach	15,19	15,09	0,10	3,80	15,89	12,79	3,10	5,10
LRA Ortenaukreis	21,11	19,61	1,50	3,64	21,96	20,46	1,50	3,00
LRA Rottweil	13,39	13,39	0,00	0,86	13,74	11,74	2,00	0,51
LRA Tuttlingen	30,05	17,80	12,25	0,00	13,75	12,10	1,65	0,00
LRA Schwarzwald- Baar-Kreis	18,20	17,20	1,00	4,00	15,70	15,70	0,00	3,50
LRA Waldshut	16,00	16,00	0,00	0,00	17,50	17,50	0,00	1,50
RP Tübingen								
LRA Biberach	6,90	6,90	0,00	2,10	9,00	9,00	0,00	0,00
LRA Bodenseekreis	14,30	14,30	0,00	1,60	15,00	15,00	0,00	4,40
LRA Zollernalbkreis	21,05	15,45	5,60	4,50	20,45	17,80	2,65	2,50
LRA Ravensburg	15,65	14,65	1,00	1,75	16,90	16,90	0,00	2,25
LRA Reutlingen	59,04	12,01	47,03	0,00	51,39	12,86	38,53	3,30
LRA Sigmaringen	25,40	7,90	17,50	0,00	19,50	9,00	10,50	1,50
LRA Tübingen	13,05	13,05	0,00	0,70	13,35	13,35	0,00	2,90
LRA Alb-Donau-Kreis Ulm	17,31	15,46	1,85	3,04	18,31	18,31	0,00	2,04
RP Stuttgart								
LRA Ostalbkreis	15,27	15,27	0,50	5,73	15,37	15,37	0,50	5,63
LRA Böblingen	33,20	26,70	6,50	11,20	31,35	24,85	6,50	13,05
LRA Esslingen	16,05	16,05	0,00	1,80	16,05	16,05	0,00	1,80
LRA Göppingen	31,70	15,20	16,50	6,50	35,10	21,10	14,00	2,25
LRA Heidenheim	24,94	9,73	15,21	3,00	20,94	11,98	8,96	1,00
LRA Heilbronn ohne Stadtkreis	12,35	12,35	0,00	0,95	12,20	12,20	0,00	3,10
LRA Hohenlohekreis	8,64	8,07	0,57	4,70	11,42	11,15	0,27	1,00
LRA Ludwigsburg	22,30	21,80	0,50	2,05	26,03	25,25	0,78	0,82
LRA Schwäbisch Hall	29,20	11,65	17,55	6,80	27,55	13,10	14,45	6,85
LRA Main-Tauber- Kreis	26,56	9,56	17,00	0,00	29,70	8,05	21,65	0,00
LRA Rems-Murr-Kreis	34,00	20,00	14,00	7,65	31,45	21,10	10,35	5,10
Stadtkreis Heilbronn	16,68	9,72	6,96	3,9	15,95	13,76	2,19	9,63
Stadtkreis Stuttgart	47,48 (20,72)	44,64	2,84 (20,72)	4,03 (7,3)	51,93 (23,25)	47,44	4,49 (23,25)	1,35 (4,75)

Weiter Anlage 1 (Gehobener Dienst)

Personalausstattung Gesundheitsämter gemäß Großer Anfrage 17/2023								
Gehobener Dienst	Stand 1.1.2020				Stand 1.1.2021			
	VZÄ be- setzte Stel- len	VZÄ unbe- fristete Ar- beitsver- hältnisse	VZÄ befristete Arbeitsver- hältnisse	VZÄ unbe- setzte Stel- len	VZÄ be- setzte Stel- len	VZÄ unbe- fristete Ar- beitsver- hältnisse	VZÄ befristete Arbeitsver- hältnisse	VZÄ unbe- setzte Stel- len
RP Karlsruhe								
LRA Calw	6,00	6,00	0,00	0,00	5,00	5,00	0,00	1,00
LRA Freudenstadt	3,40	3,40	0,00	0,50	4,40	3,90	0,50	2,00
LRA Rhein-Neckar-Kreis	17,96	16,96	1,00	1,51	30,11	21,46	8,65	0,39
LRA Karlsruhe	7,60	7,60	0,00	1,25	16,62	8,47	8,15	0,85
LRA Neckar-Odenwald- Kreis	1,50	1,50	0,00	1,00	3,54	3,54	0,00	0,10
LRA Enzkreis	6,83	5,83	1,00	1,67	7,00	7,00	0,00	4,50
LRA Rastatt	6,80	6,80	0,00	0,20	7,30	7,30	0,00	3,20
Stadtkreis Mannheim	18,35	16,22	2,13	0,45	47,29	18,62	28,67	7,01
RP Freiburg								
LRA Emmendingen	0,75	0,75	0,00	0,00	0,75	0,75	0,00	1,00
LRA Breisgau Hochschwarzwald	11,25	11,25	0,00	0,00	13,00	13,00	0,00	10,20
LRA Konstanz	1,20	1,20	0,00	0,30	2,00	2,00	0,00	0,00
LRA Lörrach	2,00	2,00	0,00	1,00	3,50	2,50	1,00	2,50
LRA Ortenaukreis	2,00	1,00	1,00	0,80	4,00	2,00	2,00	0,00
LRA Rottweil	5,10	4,65	0,45	0,55	5,65	5,65	0,00	1,45
LRA Tuttlingen	4,00	2,50	1,50	0,00	3,50	3,50	0,00	0,00
LRA Schwarzwald-Baar- Kreis	3,25	2,25	1,00	0,50	2,75	2,75	0,00	0,00
LRA Waldshut	1,50	1,50	0,00	0,00	1,50	1,50	0,00	0,00
RP Tübingen								
LRA Biberach	7,40	7,40	0,00	1,40	8,90	8,90	0,00	0,10
LRA Bodenseekreis	1,40	1,40	0,00	0,10	3,10	3,10		0,00
LRA Zollernalbkreis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00
LRA Ravensburg	10,00	9,50	0,50	0,70	10,75	10,25	0,50	0,20
LRA Reutlingen	11,85	11,65	0,20	0,00	12,75	12,05	0,70	0,70
LRA Sigmaringen	5,10	5,10	0,00	0,00	5,20	4,60	0,60	1,00
LRA Tübingen	8,50	8,50	0,00	0,10	10,00	10,00	0,00	1,00
LRA Alb-Donau-Kreis Ulm	3,15	3,15	0,00	0,35	11,70	9,10	2,60	0,60
RP Stuttgart								
LRA Ostalbkreis	6,50	6,50	0,00	0,00	6,50	6,50	0,00	1,00
LRA Böblingen	2,55	2,55	0,00	0,20	5,80	5,80	0,00	0,00
LRA Esslingen	8,00	8,00	0,00	0,00	10,00	10,00	0,00	0,00
LRA Göppingen	4,25	4,25	0,00	0,25	5,50	5,50	0,00	0,00
LRA Heidenheim	1,80	1,80	0,00	0,00	3,00	2,00	1,00	1,00
LRA Heilbronn ohne Stadtkreis	3,00	3,00	0,00	0,00	13,00	13,00	0,00	3,00
LRA Hohenlohekreis	1,75	1,75	0,00	0,00	4,00	4,00	0,00	0,00
LRA Ludwigsburg	21,90	19,90	2,00	2,35	25,41	22,41	3,00	4,84
LRA Schwäbisch Hall	0,00	0,00	0,00	0,00	1,90	1,90	0,00	0,10
LRA Main-Tauber-Kreis	9,77	8,27	1,50	0,00	11,69	9,27	2,42	0,00
LRA Rems-Murr-Kreis	13,60	13,40	0,20	0,10	16,90	15,20	1,70	1,20
Stadtkreis Heilbronn	2,80	2,80	0,00	0,20	3,00	3,00	0,00	0,00
Stadtkreis Stuttgart	51,39	45,31	6,08	2,15	64,28 (0,41)	54,20	10,08 (0,41)	13,51 (1,09)

Weiter Anlage 1 (Gehobener Dienst)

Personalausstattung Gesundheitsämter gemäß Großer Anfrage 17/2023								
Gehobener Dienst	Stand 1.1.2022				Stand 1.7.2022			
	VZÄ be- setzte Stellen	VZÄ unbe- fristete Ar- beitsver- hältnisse	VZÄ befristete Arbeitsver- hältnisse	VZÄ unbe- setzte Stellen	VZÄ be- setzte Stellen	VZÄ unbe- fristete Ar- beitsver- hältnisse	VZÄ befristete Ar- beitsverhält- nisse	VZÄ unbe- setzte Stellen
RP Karlsruhe								
LRA Calw	6,00	6,00	0,00	0,00	6,00	6,00	0,00	0,00
LRA Freudenstadt	4,90	4,90	0,00	1,00	4,90	4,90	0,00	2,10
LRA Rhein-Neckar- Kreis	31,13	24,02	7,12	1,41	24,36	19,93	4,43	5,36
LRA Karlsruhe	12,45	12,45	0,00	4,65	14,32	13,45	0,87	3,65
LRA Neckar-Oden- wald-Kreis	3,30	3,30	0,00	0,00	2,80	2,80	0,00	0,50
LRA Enzkreis	12,54	11,54	1,00	0,76	13,79	13,79	0,00	0,51
LRA Rastatt	7,60	6,60	1,00	5,40	9,60	9,60	0,00	2,33
Stadtkreis Mannheim	61,60	19,60	42,00	11,91	39,51	19,35	20,17	9,31
RP Freiburg								
LRA Emmendingen	1,75	1,75	0,00	1,66	1,75	1,75	0,00	1,66
LRA Breisgau Hochschwarzwald	14,50	11,90	2,60	6,41	13,15	11,45	1,70	7,76
LRA Konstanz	1,00	1,00	0,00	2,60	1,20	1,20	0,00	1,90
LRA Lörrach	4,00	5,00	0,00	3,00	4,50	4,50	0,00	3,50
LRA Ortenaukreis	2,75	0,75	2,00	0,00	2,75	1,75	1,00	0,00
LRA Rottweil	5,60	5,60	0,00	6,05	9,35	8,60	0,75	2,30
LRA Tuttlingen	5,20	5,20	0,00	0,00	5,20	5,20	0,00	0,00
LRA Schwarzwald- Baar-Kreis	3,00	1,00	2,00	2,25	3,90	2,00	1,90	1,35
LRA Waldshut	2,30	2,30	0,00	0,00	2,30	1,30	1,00	2,00
RP Tübingen								
LRA Biberach	10,25	10,25	0,00	3,75	12,33	12,33	0,00	1,67
LRA Bodenseekreis	4,10	4,10	0,00	0,00	4,10	4,10	0,00	1,00
LRA Zollernalbkreis	0,00	0,00	0,00	2,00	1,80	2,80	0,00	1,70
LRA Ravensburg	13,00	12,20	0,80	1,90	13,25	12,75	0,50	0,65
LRA Reutlingen	12,70	12,70	0,00	2,10	12,70	12,70	0,00	2,15
LRA Sigmaringen	7,05	6,10	0,95	0,80	7,05	6,95	0,10	0,70
LRA Tübingen	11,00	11,00	0,00	0,00	11,00	11,00	0,00	2,50
LRA Alb-Donau-Kreis Ulm	14,30	13,30	1,00	2,00	13,50	12,50	1,00	0,00
RP Stuttgart								
LRA Ostalbkreis	9,40	9,40	1,00	1,85	8,30	8,30	1,00	2,95
LRA Böblingen	4,80	4,80	0,00	3,45	5,10	5,10	0,00	3,15
LRA Esslingen	10,00	10,00	0,00	6,00	10,00	10,00	0,00	6,00
LRA Göppingen	6,50	6,50	0,00	1,00	6,25	6,25	0,00	1,25
LRA Heidenheim	3,50	3,50	0,00	1,00	4,00	4,00	0,00	0,00
LRA Heilbronn ohne Stadtkreis	14,25	14,25	0,00	1,00	14,25	14,25	0,00	4,00
LRA Hohenlohekreis	8,25	7,75	0,50	0,00	8,25	6,75	1,50	0,00
LRA Ludwigsburg	28,65	26,65	2,00	10,60	24,70	22,70	2,00	11,55
LRA Schwäbisch Hall	1,80	1,80	0,00	2,95	2,80	2,80	0,00	1,95
LRA Main-Tauber- Kreis	11,08	8,58	2,50	0,00	10,08	8,58	1,50	0,00
LRA Rems-Murr-Kreis	19,07	16,20	2,87	0,03	20,00	17,70	2,30	0,9
Stadtkreis Heilbronn	3,00	3,00	0,00	3,00	6,55	6,55	0,00	2,45
Stadtkreis Stuttgart	74,33 (5,41)	62,22	12,11 (5,41)	5,22 (6,09)	76,13 (25,29)	61,87	14,26 (25,29)	6,77 (6,21)

Weiter Anlage 1 (Höherer Dienst)

Personalausstattung Gesundheitsämter gemäß Großer Anfrage 17/2023								
Höherer Dienst	Stand 1.1.2020				Stand 1.1.2021			
	VZÄ be- setzte Stel- len	VZÄ un- be- fristete Ar- beitsver- hältnisse	VZÄ be- fristete Arbeitsver- hältnisse	VZÄ un- be- setzte Stel- len	VZÄ be- setzte Stel- len	VZÄ un- be- fristete Ar- beitsver- hältnisse	VZÄ be- fristete Arbeitsver- hältnisse	VZÄ un- be- setzte Stel- len
RP Karlsruhe								
LRA Calw	4,20	3,20	1,00	1,45	7,30	5,70	1,60	0,35
LRA Freudenstadt	2,50	2,50	0,00	1,50	5,25	4,25	1,00	0,75
LRA Rhein-Neckar-Kreis	28,55	28,55	0,00	0,45	31,60	31,10	0,50	0,00
LRA Karlsruhe	29,05	29,05	0,00	2,45	34,50	30,90	4,00	0,00
LRA Neckar-Odenwald- Kreis	6,50	6,50	0,00	0,00	7,00	6,20	0,80	0,80
LRA Enzkreis	11,45	10,75	0,70	1,00	16,60	15,60	1,00	0,00
LRA Rastatt	6,65	6,65	0,00	2,35	13,23	12,23	1,00	0,00
Stadtkreis Mannheim	17,20	14,25	2,95	1,30	24,09	18,51	5,58	8,21
RP Freiburg								
LRA Emmendingen	6,50	6,50	0,00	0,00	7,90	7,90	0,00	0,00
LRA Breisgau Hochschwarzwald	18,45	18,45	0,00	3,15	24,55	21,25	3,30	0,00
LRA Konstanz	9,60	9,60	0,00	1,00	11,95	11,60	0,35	0,65
LRA Lörrach	8,50	8,50	0,00	1,00	9,35	9,35	0,00	2,15
LRA Ortenaukreis	12,45	12,45	0,00	4,30	20,10	16,60	3,50	0,90
LRA Rottweil	6,85	6,85	0,00	0,00	9,20	8,50	0,70	0,00
LRA Tuttlingen	5,00	5,00	0,00	0,00	6,00	5,00	1,00	0,00
LRA Schwarzwald-Baar- Kreis	8,75	8,25	0,50	1,35	8,40	7,90	0,50	3,70
LRA Waldshut	6,80	6,80	0,00	1,00	7,50	7,50	0,00	10,35
RP Tübingen								
LRA Biberach	7,00	6,50	0,50	0,50	8,00	8,00	0,00	1,50
LRA Bodenseekreis	6,40	6,40	0,00	2,10	8,70	8,70	0,00	1,80
LRA Zollernalbkreis	8,00	8,00	0,00	0,50	10,35	8,45	1,90	0,15
LRA Ravensburg	10,70	10,70	0,00	2,00	11,30	10,80	0,50	3,40
LRA Reutlingen	13,80	13,20	0,60	0,00	17,99	13,89	4,10	0,00
LRA Sigmaringen	6,00	6,00	0,00	0,00	7,35	6,55	0,80	0,00
LRA Tübingen	8,80	8,80	0,00	1,25	15,45	10,80	4,65	0,00
LRA Alb-Donau-Kreis Ulm	12,10	12,10	0,00	0,10	14,10	12,40	1,70	0,60
RP Stuttgart								
LRA Ostalbkreis	10,85	10,85	0,00	0,75	12,35	12,10	0,25	1,75
LRA Böblingen	13,85	13,85	0,00	3,75	15,85	14,75	1,10	4,25
LRA Esslingen	14,40	13,65	0,75	1,00	14,90	12,50	2,40	3,50
LRA Göppingen	8,35	7,35	1,00	1,35	10,60	9,10	1,50	1,10
LRA Heidenheim	4,80	4,80	0,00	0,00	5,55	5,55	0,00	0,75
LRA Heilbronn ohne Stadtkreis	10,75	10,75	0,00	1,35	9,95	9,95	0,00	4,65
LRA Hohenlohekreis	4,90	4,90	0,00	0,00	5,40	5,40	0,00	1,00
LRA Ludwigsburg	20,45	20,45	0,00	0,45	20,60	20,60	0,00	3,30
LRA Schwäbisch Hall	6,15	6,15	0,00	1,55	6,95	6,45	0,50	2,75
LRA Main-Tauber-Kreis	4,63	4,13	0,50	0,67	5,73	5,13	0,60	1,07
LRA Rems-Murr-Kreis	11,50	11,50	0,00	2,00	11,45	9,95	1,50	4,55
Stadtkreis Heilbronn	5,41	5,41	0,00	0,50	5,84	4,84	1,00	1,08
Stadtkreis Stuttgart	41,33	35,79	5,54	2,90	44,38 (2,11)	39,95	5,03 (2,11)	9,15 (17,88 befristet)

Weiter Anlage 1 (Höherer Dienst)

Personalausstattung Gesundheitsämter gemäß Großer Anfrage 17/2023								
Höherer Dienst	Stand 1.1.2022				Stand 1.7.2022			
	VZÄ be- setzte Stel- len	VZÄ unbe- fristete Ar- beitsver- hältnisse	VZÄ befristete Arbeitsver- hältnisse	VZÄ unbe- setzte Stel- len	VZÄ be- setzte Stel- len	VZÄ unbe- fristete Ar- beitsver- hältnisse	VZÄ befristete Arbeitsver- hältnisse	VZÄ unbe- setzte Stel- len
RP Karlsruhe								
LRA Calw	8,40	8,20	0,20	2,75	8,60	8,60	0,00	2,55
LRA Freudenstadt	3,25	2,25	1,00	5,75	5,00	5,00	0,00	4,00
LRA Rhein-Neckar- Kreis	38,50	37,45	1,05	0,00	38,50	37,45	1,05	0,00
LRA Karlsruhe	35,00	31,90	3,10	10,50	31,36	30,61	0,75	13,14
LRA Neckar-Oden- wald-Kreis	7,55	7,55	0,00	3,25	7,35	7,35	0,00	3,45
LRA Enzkreis	16,80	12,65	4,15	4,15	17,05	16,40	0,65	3,90
LRA Rastatt	13,57	10,66	2,91	4,43	13,96	12,95	1,01	4,04
Stadtkreis Mannheim	30,40	17,33	13,07	11,06	29,81	17,37	12,44	5,85
RP Freiburg								
LRA Emmendingen	8,05	8,05	0,00	3,70	8,30	7,80	0,50	3,45
LRA Breisgau Hochschwarzwald	25,15	22,15	3,00	9,95	23,95	23,55	0,40	11,15
LRA Konstanz	11,05	10,80	0,25	7,05	9,05	9,05	0,00	9,05
LRA Lörrach	10,60	9,60	1,00	4,40	9,70	9,70	0,00	5,30
LRA Ortenaukreis	13,41	13,41	0,00	11,85	15,76	15,76	0,00	9,49
LRA Rottweil	8,20	8,20	0,00	2,45	8,10	8,10	0,00	2,55
LRA Tuttlingen	5,93	5,93	0,00	3,82	5,13	5,13	0,00	4,62
LRA Schwarzwald- Baar-Kreis	9,75	8,25	1,50	5,85	9,15	7,65	1,50	6,45
LRA Waldshut	7,55	7,55	0,00	5,75	7,75	6,75	1,00	5,55
RP Tübingen								
LRA Biberach	8,10	7,40	0,70	5,40	8,46	8,46	0,00	5,04
LRA Bodenseekreis	7,20	6,70	0,50	7,30	6,90	6,10	0,80	7,60
LRA Zollernalbkreis	9,95	9,95	0,00	4,05	9,65	9,65	0,00	4,35
LRA Ravensburg	14,90	14,40	0,50	4,30	13,60	13,60	0,00	5,60
LRA Reutlingen	14,90	14,10	0,80	5,80	14,50	14,00	0,50	6,20
LRA Sigmaringen	8,35	7,25	1,10	1,45	7,10	6,50	0,60	2,70
LRA Tübingen	15,38	13,78	1,60	2,67	16,63	15,63	1,00	1,42
LRA Alb-Donau-Kreis Ulm	17,45	15,80	1,65	3,75	14,25	14,25	0,00	6,95
RP Stuttgart								
LRA Ostalbkreis	12,05	10,65	1,40	6,55	12,70	12,45	0,25	5,90
LRA Böblingen	15,60	14,00	1,60	10,50	15,85	14,85	1,00	10,25
LRA Esslingen	17,23	14,85	2,38	9,17	16,65	16,65	0,00	9,75
LRA Göppingen	10,55	10,05	0,50	6,65	10,70	10,20	0,50	6,50
LRA Heidenheim	6,20	6,20	0,00	3,10	6,20	6,20	0,00	3,10
LRA Heilbronn ohne Stadtkreis	10,15	10,15	0,00	9,45	9,95	9,95	0,00	9,65
LRA Hohenlohekreis	4,40	4,40	0,00	5,00	5,40	5,40	0,00	4,00
LRA Ludwigsburg	22,35	21,35	1,00	13,05	27,80	27,30	0,50	7,60
LRA Schwäbisch Hall	8,05	8,05	0,00	5,15	7,85	7,55	0,30	5,35
LRA Main-Tauber- Kreis	5,55	4,80	0,75	4,25	6,35	6,35	0,00	3,45
LRA Rems-Murr-Kreis	13,05	12,05	1,00	8,95	12,95	12,45	0,50	9,05
Stadtkreis Heilbronn	5,85	5,85	0,00	3,41	5,55	5,55	0,00	3,69
Stadtkreis Stuttgart	49,86 (18,64)	44,60	5,26 (18,64)	6,17 (8,36)	51,59 (28,22)	47,35	4,24 (28,22)	6,95 (18,78)

Weiter Anlage 1

Personalausstattung Gesundheitsämter gemäß Großer Anfrage 17/2023								
Höherer Dienst	Stand 1.1.2022				Stand 1.7.2022			
	VZÄ be- setzte Stel- len	VZÄ unbe- fristete Ar- beitsver- hältnisse	VZÄ befristete Arbeitsver- hältnisse	VZÄ unbe- setzte Stel- len	VZÄ be- setzte Stel- len	VZÄ unbe- fristete Ar- beitsver- hältnisse	VZÄ befristete Arbeitsver- hältnisse	VZÄ unbe- setzte Stel- len
RP Karlsruhe								
LRA Calw	8,40	8,20	0,20	2,75	8,60	8,60	0,00	2,55
LRA FDS	3,25	2,25	1,00	5,75	5,00	5,00	0,00	4,00
LRA Rhein-Neckar-Kreis	38,50	37,45	1,05	0,00	38,50	37,45	1,05	0,00
LRA KA	35,00	31,90	3,10	10,50	31,36	30,61	0,75	13,14
LRA Neckar-Odenwald- Kreis	7,55	7,55	0,00	3,25	7,35	7,35	0,00	3,45
LRA Enzkreis	16,80	12,65	4,15	4,15	17,05	16,40	0,65	3,90
LRA Rastatt	13,57	10,66	2,91	4,43	13,96	12,95	1,01	4,04
RP Freiburg								
LRA Emmendingen	8,05	8,05	0,00	3,70	8,30	7,80	0,50	3,45
LRA Breisgau Hochschwarzwald	25,15	22,15	3,00	9,95	23,95	23,55	0,40	11,15
LRA Konstanz	11,05	10,80	0,25	7,05	9,05	9,05	0,00	9,05
LRA Lörrach	10,60	9,60	1,00	4,40	9,70	9,70	0,00	5,30
LRA Ortenaukreis	13,41	13,41	0,00	11,85	15,76	15,76	0,00	9,49
LRA Rottweil	8,20	8,20	0,00	2,45	8,10	8,10	0,00	2,55
LRA Tuttlingen	5,93	5,93	0,00	3,82	5,13	5,13	0,00	4,62
LRA Schwarzwald-Baar- Kreis	9,75	8,25	1,50	5,85	9,15	7,65	1,50	6,45
LRA Waldshut	7,55	7,55	0,00	5,75	7,75	6,75	1,00	5,55
RP Tübingen								
LRA Biberach	8,10	7,40	0,70	5,40	8,46	8,46	0,00	5,04
LRA Bodenseekreis	7,20	6,70	0,50	7,30	6,90	6,10	0,80	7,60
LRA Zollernalbkreis	9,95	9,95	0,00	4,05	9,65	9,65	0,00	4,35
LRA Ravensburg	14,90	14,40	0,50	4,30	13,60	13,60	0,00	5,60
LRA Reutlingen	14,90	14,10	0,80	5,80	14,50	14,00	0,50	6,20
LRA Sigmaringen	8,35	7,25	1,10	1,45	7,10	6,50	0,60	2,70
LRA Tübingen	15,38	13,78	1,60	2,67	16,63	15,63	1,00	1,42
LRA Alb-Donau-Kreis Ulm	17,45	15,80	1,65	3,75	14,25	14,25	0,00	6,95
RP Stuttgart								
LRA Ostalbkreis	12,05	10,65	1,40	6,55	12,70	12,45	0,25	5,90
LRA Böblingen	15,60	14,00	1,60	10,50	15,85	14,85	1,00	10,25
LRA Esslingen	17,23	14,85	2,38	9,17	16,65	16,65	0,00	9,75
LRA Göppingen	10,55	10,05	0,50	6,65	10,70	10,20	0,50	6,50
LRA Heidenheim	6,20	6,20	0,00	3,10	6,20	6,20	0,00	3,10
LRA Heilbronn ohne Stadtkreis	10,15	10,15	0,00	9,45	9,95	9,95	0,00	9,65
LRA Hohenlohekreis	4,40	4,40	0,00	5,00	5,40	5,40	0,00	4,00
LRA Ludwigsburg	22,35	21,35	1,00	13,05	27,80	27,30	0,50	7,60
LRA Schwäbisch Hall	8,05	8,05	0,00	5,15	7,85	7,55	0,30	5,35
LRA Main-Tauber-Kreis	5,55	4,80	0,75	4,25	6,35	6,35	0,00	3,45
LRA Rems-Murr-Kreis	13,05	12,05	1,00	8,95	12,95	12,45	0,50	9,05

Anlage 2

Personalverstärkung der Gesundheitsämter in der KPNV – Einsatz von Aushilfskräften (VZÄ) zum Stichtag 15.2.2021								
Landkreis/Stadtkreis	Unterstützung aus dem LRA (ohne Gesundheits- amt)		Abord- nungen Land	Rechts- assessor- innen und Rechtsassess- soren	Pensionäre Polizei	Studie- rende	Amtshilfe Bundes- wehr	Eingestellte ex- terne Aushilfen
	Gesamt- einsatz	davon Landes- bedienstete	Einsatz	Einsatz	Einsatz	Einsatz	Einsatz	Einsatz
Alb-Donau-Kreis	78,6	5,8	4,6		2,0	2,0	12,0	21,1
Biberach	33,0				1,0	5,0	10,0	33,3
Böblingen	8,5			0,5			15,0	23,4
Bodenseekreis	42,0	2,0	3,0			4,0		13,4
Breisgau-Hoch- schwarzwald	30,0	6,0	6,0			1,0	26,0	14,0
Calw	10,0	1,0					19,0	37,0
Emmendingen	9,0							11,0
Enzkreis	3,0				1,5	1,2	22,0	24,9
Esslingen	20,0	4,0	1,0				6,0	56,7
Freudenstadt	5,0		1,0			3,5	5,0	1,0
Göppingen	5,0							10,9
Heidenheim	40,1	3,7					2,0	17,2
Heilbronn Land	15,0	2,0	1,0				20,0	19,5
Heilbronn Stadt	5,0						18,0	5,5
Hohenlohekreis	11,0						10,0	14,1
Karlsruhe	40,0		1,0			4,0	35,0	40,0
Konstanz	43,0	3,0				2,0		22,5
Lörrach	56,0	1,0	4,0				30,0	14,4
Ludwigsburg	34,8	0,4		0,6		3,5		81,5
Main-Tauber-Kreis	16,0	2,0					5,0	36,0
Mannheim	29,5		0,5	1,0	0,4	0,5	30,0	60,0
Neckar-Odenwald- Kreis	8,0	1,0	2,0		2,0	1,0	8,0	23,6
Ortenaukreis	56,1	2,0					50,0	30,8
Ostalbkreis	13,0	1,0		1,0		16,8	25,0	9,4
Rastatt	37,0						8,0	9,5
Ravensburg	26,0	2,0			0,8		10,0	22,0
Rems-Murr-Kreis	59,8	2,3						31,4
Reutlingen	18,0		10,0			3,0	15,0	44,0
Rhein-Neckar-Kreis	15,0	1,0			7,0	29,9	30,0	103,1
Rottweil	4,0		1,0		1,0		16,0	15,6
Schwäbisch Hall	17,0	4,0						2,0
Schwarzwald-Baar- Kreis	25,0	2,0	1,0			5,0	10,0	15,5
Sigmaringen	24,0	2,0				1,0		14,0
Stuttgart	40,0					5,0	42,0	16,0
Tübingen	36,0	0,5		0,6		4,0	6,0	8,8
Tuttlingen	5,5					1,6	10,0	36,8
Waldshut	4,0		1,0				10,0	33,5
Zollernalbkreis	8,0			1,0	0,2			12,4
Insgesamt	930,9	48,7	37,1	4,7	15,9	94,0	505,0	985,5

Anlage 3

Unterstützung der Gesundheitsämter durch Aushilfskräfte für die KPNV ab Oktober 2021 (laufend)			
Landkreis / Stadtkreis	Kostenerstattung (in Euro)		
	bis 6/2021	7/2021 bis 9/2021	Insgesamt
LK Alb-Donau-Kreis	592.190,37	327.050,64	919.241,01
LK Biberach	525.568,84	861.558,85	1.387.127,69
LK Böblingen	629.927,09	310.623,87	940.550,96
LK Bodenseekreis	404.480,93	211.285,13	615.766,06
LK Breisgau-Hochschwarzwald	504.117,30	407.746,21	911.863,51
LK Calw	449.973,12	689.129,96	1.139.103,08
LK Emmendingen	188.403,22	69.285,42	257.688,64
LK Enzkreis	677.134,67	151.540,22	828.674,89
LK Esslingen	1.048.372,67	1.227.678,98	2.276.051,65
LK Freudenstadt	135.726,19	46.095,95	181.822,14
LK Göppingen	420.691,70	149.467,48	570.159,18
LK Heidenheim	335.805,63	117.050,77	452.856,40
LK Heilbronn	336.931,94	238.276,76	575.208,70
LK Hohenlohekreis	343.645,12	99.656,82	443.301,94
LK Karlsruhe	1.035.830,25	306.206,99	1.342.037,24
LK Konstanz	374.302,41	204.872,61	579.175,02
LK Lörrach	317.187,87	172.765,74	489.953,61
LK Ludwigsburg	1.065.290,78	917.359,64	1.982.650,42
LK Main-Tauber-Kreis	319.152,79	103.570,49	422.723,28
LK Neckar-Odenwald-Kreis	435.146,28	266.755,78	701.902,06
LK Ortenaukreis	884.273,34	864.588,06	1.748.861,40
LK Ostalbkreis	523.909,33	240.848,85	764.758,18
LK Rastatt	364.147,49	228.471,52	592.619,01
LK Ravensburg	655.629,89	472.666,67	1.128.296,56
LK Rems-Murr-Kreis	872.452,60	558.617,57	1.431.070,17
LK Reutlingen	659.882,91	616.500,18	1.276.383,09
LK Rhein-Neckar-Kreis	1.319.344,28	1.371.562,00	2.690.906,28
LK Rottweil	233.277,90	86.895,98	320.173,88
LK Schwäbisch Hall	396.274,48	161.961,53	558.236,01
LK Schwarzwald-Baar-Kreis	201.730,76	63.206,44	264.937,20
LK Sigmaringen	273.222,91	130.207,97	403.430,88
LK Tübingen	246.290,14	85.966,50	332.256,64
LK Tuttlingen	425.960,97	167.240,83	593.201,80
LK Waldshut	354.746,93	82.623,33	437.370,26
LK Zollernalbkreis	197.401,64	80.249,15	277.650,79
Stadt Stuttgart	262.440,66	143.605,92	406.046,58
Stadt Heilbronn	165.492,46	38.542,27	204.034,73
Stadt Mannheim	713.552,46	430.829,23	1.144.381,69
Insgesamt	18.889.910,32	12.702.562,30	31.592.472,62

Anlage 4

Unterstützung der Gesundheitsämter durch ärztliche Aushilfen und andere ÖGD-nahe Berufsgruppen von Beginn der Pandemie bis 30.6.2022	
Landkreis / Stadtkreis	Kostenerstattung (in Euro)
LK Alb-Donau-Kreis	381.648,20
LK Biberach	31.722,70
LK Böblingen	56.328,38
LK Bodenseekreis	11.267,09
LK Breisgau-Hochschwarzwald	492.095,12
LK Calw	188.177,55
LK Emmendingen	305.523,41
LK Enzkreis	46.426,87
LK Esslingen	117.410,01
LK Freudenstadt	31.666,66
LK Göppingen	15.769,14
LK Heidenheim	63.059,52
LK Heilbronn	186.323,80
LK Hohenlohekreis	66.765,42
LK Karlsruhe	226.837,39
LK Konstanz	240.450,64
LK Lörrach	0,00
LK Ludwigsburg	312.442,92
LK Main-Tauber-Kreis	115.696,09
LK Neckar-Odenwald-Kreis	79.510,02
LK Ortenaukreis	32.961,72
LK Ostalbkreis	71.318,00
LK Rastatt	72.264,97
LK Ravensburg	38.431,77
LK Rems-Murr-Kreis	321.512,43
LK Reutlingen	6.378,56
LK Rhein-Neckar-Kreis	285.415,82
LK Rottweil	0,00
LK Schwäbisch Hall	66.820,00
LK Schwarzwald-Baar-Kreis	15.888,74
LK Sigmaringen	22.059,88
LK Tübingen	243.667,22
LK Tuttlingen	14.141,80
LK Waldshut	14.264,76
LK Zollernalbkreis	0,00
Stadt Stuttgart	1.351.786,99
Stadt Heilbronn	86.847,24
Stadt Mannheim	659.646,13
Insgesamt	6.272.526,96