

## **Große Anfrage**

**der Fraktion GRÜNE und  
der Fraktion der CDU**

**und**

## **Antwort**

**der Landesregierung**

### **Erste Bestandsaufnahme anlässlich der Einsetzung der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ zu den Be- reichen Krisenbegriff und Gesundheitskrisen**

Große Anfrage

Wir fragen die Landesregierung:

#### **I. Krisenbegriff**

1. Gibt es ein gemeinsames Verständnis der Landesregierung sowie der ihr unterstellten Landesverwaltung davon, wie sie Krise – auch in Abgrenzung von verwandten Begriffen wie etwa Katastrophe – definiert und verwendet unter Angabe, wie sich diese Definition im Einzelnen gestaltet?
2. Als Leitbegriff der Enquetekommission wird das Ziel der „Krisenfestigkeit“ beschrieben – welche konkreten Auswirkungen und Ausformungen nehmen dieses Ziel beziehungsweise verwandte Konzepte wie etwa „Resilienz“ oder „Widerstandsfähigkeit“ bisher in Politik und Landesverwaltung des Landes Baden-Württemberg ein?
3. Welche Krisenszenarien erwartet die Landesregierung zukünftig unter Darlegung, für welche Szenarien Vorbereitungen innerhalb der Landesregierung getroffen werden und welche der entsprechenden Resilienz andererseits es aufzubauen gilt?
4. Um welche Vorbereitungen handelt es sich hierbei, unter Darlegung des Zuständigkeitsbereichs aus der Geschäftsverteilung der Landesregierung im Hinblick auf die Differenzierung von Katastrophen sowie von Krisen unterhalb der Schwelle einer Katastrophe?
5. Welches Organigramm der Zuständigkeiten gibt es unter Darlegung der Gesamtkoordination, der Verantwortlichkeit je nach Stadium und des jeweiligen Arbeitsmodus?

6. Welche konkreten tatsächlichen Szenarien für Katastrophen, Großschadensereignisse und Krisen legt die Landesregierung derzeit und zukünftig unter Darlegung der spezifischen Pläne, Konzepte und Strukturen mit verbindlicher Auslösung jeweils im Einzelnen, insbesondere zur Bewältigung von Krisen, die keine Katastrophen sind, zugrunde?

## II. Gesundheitskrise

1. Wie stellen sich die Zuständigkeiten hinsichtlich der Krisenvorsorge und der Krisenreaktion bei Gesundheitskrisen im Bund, im Land sowie in den Landkreisen und Kommunen allgemein unter Angabe der Schnittstellen in horizontaler und vertikaler Ebene zwischen den Zuständigkeiten in der Coronapandemie und der Schnittstellenfähigkeit und etwaigen Änderungsbedarfs dar?
2. Welche Grundstrukturen und Instrumente des Monitorings, der Surveillance, der Beobachtung usw. gibt es im Land unter Angabe der jeweiligen Verantwortlichkeit, um Gesundheitskrisen frühzeitig zu erkennen?
3. Wie können die dortigen Erkenntnisse datenschutzkonform als Beurteilungsgrundlage unter Darlegung abweichender Regelungen zum Datenschutz in der Krise sowie der vorgesehenen weiteren Regeln herangezogen werden?
4. Welche Herausforderungen zeichnen sich im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes unter Darlegung der derzeitigen Herausforderungen neben der Coronakrise ab (insbesondere auch im Hinblick auf den Fachkräftemangel, die Digitalisierung, die Schnittstellen zum Katastrophenschutz sowie die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention)?
5. Wer ist jeweils für welchen Bereich unter Darlegung der konkreten Parameter, um den Sicherstellungsauftrag des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Krise zu gewährleisten, und der Entscheidungszuständigkeiten verantwortlich?
6. Wie stellt sich die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden-Württemberg seit dem Beginn der Coronapandemie unter Darlegung zukünftiger Entwicklungen dar (Haushaltsvolumen, Stellen, Nachhaltigkeit der IT-Infrastruktur, Schnittstellenfähigkeit etc.; unter besonderer Berücksichtigung des Zeitraums bis 2019 und seit 2020)?
7. Gibt es – unter Darlegung von Einzelheiten – Pläne für den Aufbau einer dauerhaften Notreserve von medizinischen Bedarfsgütern für künftige Pandemien sowie für die Neuausrichtung der Impfinfrastruktur?
8. Mit welchen Vorhaltekosten von Notfallstrukturen in Klinik und präklinischem Stadium für Krisen ist unter Darlegung der Kostenträgerschaft und der Ausgleichsmechanismen zukünftig zu rechnen?
9. Gab es unter Beschreibung im Einzelnen eine konzeptionelle Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes?
10. Welche konkreten Vorteile erhofft sich die Landesregierung – unter Darlegung der Art und Weise der Evaluierung der Erwartungen – von der Eingliederung des Landesgesundheitsamts als Abteilung sieben des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration?
11. Welche Rolle haben die Krankenhäuser unter Darlegung der Schlüsse für die Zukunft (insbesondere auch im Hinblick auf die Krankenhaus- und Kapazitätsplanung, die Robustheit der Versorgung im Krisenfall, die Digitalisierung und die Finanzierung) und der Pläne der Landesregierung zu diesen einzelnen, vorgenannten Faktoren in der Coronapandemie gespielt?

12. Welche Rolle hat die niedergelassene Ärzteschaft in der Coronapandemie unter Darlegung der Schlüsse daraus für die Zukunft (insbesondere auch im Hinblick auf die Inpflichtnahme der ambulanten Regelstrukturen im Krisenfall) gespielt?
13. Welche Rolle haben die Reha-Kliniken, die Betriebsärzteschaft, die Apotheken, Zahnärzte und Veterinärmediziner unter Darlegung der Schlüsse daraus für die Zukunft (insbesondere auch im Hinblick auf die Inpflichtnahme dieser Akteure in einem Krisenfall) in der Coronapandemie gespielt?
14. Welche Rolle haben die Regierungspräsidien, Landratsämter, Städte und Gemeinden in der Coronapandemie unter Darlegung der Schlüsse daraus für die Zukunft (insbesondere auch im Hinblick auf die ihnen in der Coronapandemie zugewachsene Funktion als Ausfallbürgen für das reguläre Gesundheitssystem und im Hinblick auf die damit verbundenen Haushaltsbelastungen) gespielt?
15. Welche Relevanz misst die Landesregierung dem medizinischen Personal bei der Bewältigung von Gesundheitskrisen unter Darlegung der Rechnungstragung dieser Relevanz zu?
16. Welche Pläne und Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung gab es im Land bis 2019, unter Angabe von deren Weiterentwicklung aufgrund der Erfahrungen mit der Coronapandemie?
17. Gibt es – unter Angabe von deren Inhalt – Pläne zu einer Verbesserung der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskompetenz sowie zur randgruppensensiblen Gesundheitsförderung und Prävention?
18. Welche Maßnahmen hat die Landesregierung ergriffen, um gesundheitsbezogene Forschung einerseits und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft andererseits miteinander zu vernetzen und diese zu stärken?
19. Wie wird der freie Zugang zu Gesundheits- und Medizinprodukten auf den Weltmärkten unter Darlegung der bisher erfolgten und weiter vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung heimischer (europäischer) Produktionskapazitäten sichergestellt?
20. Welche „lessons learned“ ergeben sich für die Landesregierung zum jetzigen Zeitpunkt aus der Coronapandemie hinsichtlich des Umgangs mit Gesundheitskrisen, insbesondere auch in Fragen von Art und Zeitpunkt der Kommunikation?
21. Bestehen Auswertungen der Pandemieerfahrungen nach Communities/ Herkunftsländern, unter Angabe der Erfahrungswerte zur Rückkopplung der Impfentscheidung u. ä. nach sozio-kulturellen sowie religiösen oder anderen Aspekten?
22. Welche Konzeptionen für die Zusammenarbeit mit den ausländischen Nachbarstaaten (etwa Frankreich und der Schweiz) bestehen für weitere Gesundheitskrisen unter Darlegung der konkreten diesbezüglichen Lehren aus der Pandemie?

21.7.2022

Andreas Schwarz, Krebs  
und Fraktion

Hagel, Dr. Miller  
und Fraktion

### Begründung

Ziel der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ ist es, der Frage nachzugehen, welche organisatorischen und institutionellen Veränderungen notwendig sind, damit Baden-Württemberg gut aufgestellt ist, um vor uns liegende Krisen zu bewältigen (siehe Einsetzungsantrag, Drucksache 17/1816). Entsprechend sollen in der Enquetekommission in den vier Themenfeldern Gesundheit, Staat und Verwaltung, gesellschaftliche Strukturen und Betroffenheiten sowie global vernetzter Gesellschaft (Ökonomie und Ökologie) Handlungsempfehlungen erarbeitet werden. Dabei soll sich die Kommission auf Handlungsempfehlungen konzentrieren, die ihre Wirkung im Zeitraum nach Abschluss ihrer Tätigkeit entfalten können, auf Landesebene umsetzbar sind und den Fokus auf die Umstände von Krisen setzen.

Mit dieser Großen Anfrage geht es den Fragestellern darum, zu Beginn der Arbeit der Enquetekommission eine erste Bestandsaufnahme vorzunehmen und bestehende Informationsgrundlagen wie z. B. Drucksache 16/8175 zu aktualisieren.

Diese erste Bestandsaufnahme fokussiert auf das erste Themenfeld der Gesundheit. Sie soll dazu beitragen, eine gemeinsame Ausgangsbasis und ein gemeinsames Verständnis für den Status quo zu schaffen, also eine Antwort auf die Frage zu geben, welche Organisationsstrukturen und Institutionen aktuell in Baden-Württemberg vorhanden sind, um vor Gesundheitskrisen zu warnen und in Gesundheitskrisen zu handeln.

### Antwort\*)

Schreiben des Staatsministeriums vom 16. September 2022 Nr. KKG-0141.5-017/2934:

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 16. September 2022 Nr. KKG-0141.5-017/2934 beantwortet das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration im Namen der Landesregierung die Große Anfrage wie folgt:

**I. Krisenbegriff**

*1. Gibt es ein gemeinsames Verständnis der Landesregierung sowie der ihr unterstellten Landesverwaltung davon, wie sie Krise – auch in Abgrenzung von verwandten Begriffen wie etwa Katastrophe – definiert und verwendet unter Angabe, wie sich diese Definition im Einzelnen gestaltet?*

Krise wird in der Literatur, in der Normung und in der Wissenschaft auf unterschiedliche Art beschrieben. Allen Begriffsdefinitionen gemeinsam ist das Verständnis einer Störung bzw. einer Bedrohung des Systems bzw. der diesem zugehörigen Menschen.

In der Landesverwaltung verwendet das für Krisenmanagement federführende Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen eine Begriffsdefinition, die sich an die verschiedenen Begrifflichkeiten anlehnt und insbesondere aus den Erkenntnissen des Flüchtlingszustroms 2014 bis 2016 entwickelt wurde. Diese Begriffsdefinition erscheint als geeignet, die Notwendigkeiten und Rahmenbedingungen des Verwaltungshandelns abzubilden. Die gewählte, nachfolgend dargestellte Begrifflichkeit enthält die Merkmale, die das Handeln im Krisenmanagement prägen:

Krise ist demnach ein in aller Regel unvorhersehbares und kurzfristig auftretendes Ereignis, welches die zuständige Regelorganisation überfordert und die Verantwortlichen der zuständigen Organisation und die davon abhängigen Menschen als bedrohlich empfinden. Eine Krise kann jedoch auch mit einem bestimmten zeitlichen Vorlauf auftreten, wobei deren Konsequenzen allerdings nicht oder nicht vollständig absehbar sind.

Krise ist aber auch ein Wendepunkt und die Hinführung zu einem guten Ergebnis bzw. zu deren Bewältigung mit einem guten Ausgang. Die Krisenbewältigung hat deswegen auch zum Ziel, die Regelorganisation im Sinne der Resilienz nach Beendigung der Krise besser aufgestellt zu sehen, als sie es zu Krisenbeginn war.

Aus der oben dargestellten Krisendefinition lässt sich die sogenannte Trias des Krisenmanagements als grundlegende Krisenbewältigungsstrategie ableiten:

- Krisenkommunikation – zeitnahe und zuverlässige Information der Betroffenen,
- Krisenkompensation – ausgleichende Ersatzmaßnahmen bis zum Wegfall der bedrohlichen Situation oder bis zur Anpassung der Regelorganisation,
- Krisenbeseitigung – Beseitigung der krisenauslösenden Ursachen oder dauerhafte Anpassung der Regelorganisation an die neuen Anforderungen.

Der Begriff der Katastrophe wird von der Bevölkerung umgangssprachlich als Ereignis mit schlechtem Ausgang verstanden. Im Verwaltungshandeln ist die Katastrophe ein rechtlicher Begriff. Katastrophe wird nach § 1 Absatz 2 des Gesetzes über den Katastrophenschutz (Landeskatastrophenschutzgesetz [LKatSG]) als ein Geschehen verstanden, welches das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen oder Tiere, die Umwelt, erhebliche Sachwerte oder die lebensnotwendige Versorgung der Bevölkerung in so ungewöhnlichem Maße gefährdet oder schädigt, dass es geboten erscheint, ein zu seiner Abwehr und Bekämpfung erforderliches Zusammenwirken von Behörden, Stellen und Organisationen unter die einheitliche Leitung der Katastrophenschutzbehörde zu stellen.

Entscheidend ist hierbei, dass das Vorliegen einer Katastrophe dann festgestellt werden kann, wenn nicht nur ein entsprechendes Szenario vorhanden ist, sondern wenn es hierbei auch geboten erscheint, das Zusammenwirken von Behörden, Stellen und Organisationen unter einheitliche Leitung zu stellen. Während die Verwendung der Begrifflichkeit der Krise die rechtlichen Zuständigkeiten an keiner Stelle verändert, begründet die Feststellung des Katastrophenfalls nach § 5 LKatSG eine Koordinationspflicht der Katastrophenschutzbehörde und eine Koordinationspflicht der Arbeit der im Katastrophenschutz Mitwirkenden; ausgenommen sind hiervon die obersten Landesbehörden.

*2. Als Leitbegriff der Enquetekommission wird das Ziel der „Krisenfestigkeit“ beschrieben – welche konkreten Auswirkungen und Ausformungen nehmen dieses Ziel beziehungsweise verwandte Konzepte wie etwa „Resilienz“ oder „Widerstandsfähigkeit“ bisher in Politik und Landesverwaltung des Landes Baden-Württemberg ein?*

*Resilienz bzw. Krisenfestigkeit in der Politik der Landesregierung und der Landesverwaltung*

Der Begriff der Resilienz beschreibt die Widerstands- und Anpassungsfähigkeit eines Systems oder einer Organisation, bei unerwarteten Störungen die eigene Funktion zuverlässig aufrechtzuerhalten oder möglichst rasch in einen funktionsfähigen Zustand zurückzuführen.

Das Ziel der Krisenfestigkeit oder Resilienz nimmt in der Politik der Landesregierung eine zentrale Rolle ein. Wie in der Präambel des Koalitionsvertrags 2021 bis 2026 von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und CDU aufgeführt, sieht sich Baden-Württemberg mit einer Reihe von grundlegenden Herausforderungen konfrontiert. Zu nennen sind hier vor allem der Klimawandel, der bereits heute sowohl global als auch in Baden-Württemberg markante Folgen wie Trockenheit und Dürreperioden, aber auch extreme Wetterereignisse wie Starkregen und Überschwemmungen zur Folge hat. Die für den Klimaschutz notwendige Dekarbonisierung von Wirtschaft und Gesellschaft wirkt sich massiv auf die Unternehmen im Land aus und ist eine Herausforderung für den aktuellen und vor allem für den künftigen Wohlstand in Baden-Württemberg. Der Schutz des Klimas und die Unterstützung der Wirtschaft bei der Transformation hin zu einer kohlenstofffreien und digitalen Produktion sind erklärte Schwerpunkte der Landesregierung mit dem Ziel, diese Transformation zu einem Erfolg zu führen.

Die ökologische und digitale Transformation stellt zudem nicht nur eine ökonomische und technologische Herausforderung dar, sie stellt auch den gesellschaftlichen Zusammenhalt auf die Probe. Deshalb sind die vielfältigen Beteiligungsprozesse, die das Land unter dem Begriff „Politik des Gehörtwerdens“ verfolgt, ebenso von zentraler Bedeutung für einen erfolgreich bewältigten Wandel wie der Erhalt eines leistungsfähigen und stabilen Gemeinwesens und der dazu gehörenden Institutionen.

Neue Herausforderungen im Umgang mit Gefahren, Risiken, Katastrophen und Krisen erfordern neue Strategien. Ein ganzheitlicher Ansatz von Resilienz muss alle Gefahren in den Blick nehmen und als eine politische Daueraufgabe verstanden werden, die sich stets neu stellt und in die gesamtstaatliche Sicherheitsarchitektur eingebettet ist. Um zukünftig noch besser auf Krisen und Katastrophen vorbereitet zu sein, ist deswegen eine alle Ebenen übergreifende Zusammenarbeit besonders wichtig. Bund, Länder und Kommunen sowie eine Vielzahl von Beteiligten aus Zivilgesellschaft, Wissenschaft, Privatwirtschaft und Medien müssen das gleiche Ziel verfolgen, um das Krisenmanagement insgesamt nachhaltig zu stärken.

Von der Ständigen Konferenz der Innenministerinnen, Innenminister, -senatorinnen und -senatoren der Länder (IMK) wurden unter Vorsitz von Baden-Württemberg wesentliche Entwicklungen zur Erhöhung der Krisenfestigkeit vorangetrieben. Besonders hervorzuheben ist das von Bund und Ländern gemeinsam eingerichtete „Gemeinsame Kompetenzzentrum Bevölkerungsschutz“ (GeKoB).

Dies ist ein wesentlicher Schritt zur Stärkung der Krisenresilienz. Das GeKoB soll künftig auf Bund-Länder-Ebene ein zentraler Knotenpunkt für das Informationsmanagement und die Koordinierung von Maßnahmen bilden. Damit besteht zukünftig eine leistungsstarke und komplexe Bund-Länder-Einrichtung, die Krisen fachlich möglichst optimal prognostiziert, vorbereitet, kommuniziert und Ressourcen besser koordinieren soll, um möglichst alle relevanten Akteure optimal auf jedwede Krise vorzubereiten. Dabei werden Entscheidungen weiterhin von Verantwortlichen vor Ort gefällt.

Baden-Württemberg nimmt unter Federführung des Ministeriums des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen seit der ersten Übung im Jahr 2004 regelmäßig an Übungen der Übungsreihe der länder- und ressortübergreifenden strategischen Krisenmanagementübung LÜKEX teil. Die Übungen finden in der Regel alle zwei Jahre statt. Ziel der Übungen der LÜKEX-Reihe ist es, das gemeinsame Management von Bund und Ländern in nationalen Krisen aufgrund von außergewöhnlichen Gefahren- und Schadenlagen auf strategischer Ebene zu üben und zu verbessern. Im Rahmen der LÜKEX-Reihe werden Szenarien mit besonderer Relevanz für Bund, Länder und KRITIS-Betreiber in den Blick genommen. So wurde in der letzten Übung der LÜKEX-Reihe im Jahr 2018 die Bewältigung einer Gasmangellage in Süddeutschland geübt. Auf die Ausführungen in der Stellungnahme zu den Fragen I.4 und I.14 der Landtagsdrucksache 17/2942 wird verwiesen.

Auf Landesebene findet eine enge Vernetzung der für das Krisenmanagement in den Ressorts Verantwortlichen unter Leitung des Referats „Krisenmanagement“ des Ministeriums des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen statt. Ziel ist die Steigerung der Resilienz von Landesregierung und -verwaltung, um deren Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit insbesondere in Krisenzeiten aufrechtzuerhalten. Hierzu erfolgt – unter Wahrung der originären Zuständigkeiten der Ressorts – eine gezielte Vorbereitung auf mögliche Krisensituationen sowie die Härtung kritischer Geschäftsprozesse.

Im Bereich des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport hat sich in der schulischen Gesundheitsförderung in den vergangenen 15 Jahren ein neuer Ansatz mit einem grundlegend anderen Verständnis der Bedeutung und der Herangehensweise von Gesundheitsförderung etabliert. Der Begriff der Gesundheit wird in diesem Zusammenhang zunehmend durch den Begriff der Resilienz ergänzt und erweitert. Resilienz meint hier die Fähigkeit, auch in Krisen oder Veränderungsprozessen, die durch eine hohe Komplexität gekennzeichnet sind und oft mit Unsicherheit und Unklarheit einhergehen, achtsam und wirksam zu agieren und sich zu entfalten.

In dem Wissen, dass Gesundheit und Resilienz Voraussetzung, Ressource und Ergebnis erfolgreicher Bildungs- und Erziehungsprozesse sind, zielen alle Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung im Kultusbereich auf eine Stärkung der Resilienz der Schülerinnen und Schüler sowie der Lehrkräfte ab.

Schulen haben die Aufgabe, sich auf den Umgang mit möglichen Krisenereignissen vorzubereiten (siehe beispielsweise Verwaltungsvorschrift Gewaltvorfälle, Schadensereignisse). Das schulische Krisenteam an den Regierungspräsidien und das System der Schulpsychologischen Dienste (Psychologische Schulberaterinnen und Schulberater an den Regionalstellen des Zentrums für Schulqualität und Lehrerbildung (ZSL), Schulpsychologinnen und Schulpsychologen an den Schulpsychologischen Beratungsstellen, Beratungslehrkräfte an den Schulen) unterstützen Schulen bei der Vorsorge sowie bei Bedarf auch bei der Nachsorge nach schulischen Krisenereignissen. Bei der Vorsorge werden neben Strukturen und Prozessen auch geeignete Handlungsweisen (z. B. nach einem Todesfall) in den Blick genommen. Diese Vorbereitungen helfen den Beteiligten bei einem Krisenereignis vorhandene Strukturen aufzurufen sowie bedarfsgerechte und abgestimmte Schritte der Krisenbewältigung einzuleiten.

Des Weiteren wird bezüglich der psychischen Gesundheit bei Kindern auf die Drucksachen 17/2486 und 17/2681 verwiesen.

Das Ministerium der Justiz und für Migration prüft und überarbeitet ständig die Vorkehrungen für Krisenszenarien im eigenen fachlichen Zuständigkeitsbereich. Aufgrund der aktuellen Krisenlagen und der Erfahrungen aus der Coronapandemie wurde die Arbeit in diesem laufenden Aufgabenfeld weiter intensiviert. Zusätzlich zu Vorbereitungen auf konkrete Krisenlagen verbessert das Ministerium der Justiz und für Migration derzeit gezielt übergreifende Strukturen der Krisenvorsorge. Dies betrifft beispielsweise die Kommunikation unter Krisenbedingungen innerhalb des Geschäftsbereichs oder die Krisenplanung im Ministeriums selbst.

Das Ministerium für Finanzen nennt die Aufrechterhaltung bzw. Wiederaufnahme des IT-Betriebs bei Störungen als ein wichtiges Szenario der Krisenfestigkeit. Typische Krisenszenarien sind dabei Gefährdungen durch Stromausfälle, durch Brand oder Wasser (Starkregen, Hochwasser) oder auch Cyberangriffe. Gegenmaßnahmen zielen darauf ab, Schadensauswirkungen der genannten Risiken zu begrenzen bzw. zu minimieren. Dazu gehören die redundante Auslegung wichtiger IT-Komponenten, eine Notstromversorgung, der IT-Betrieb auch an einem Ausweichstandort und wirksame Sicherheitskonzepte. Vorsorge wird u. a. durch systematische Schwachstellenuntersuchungen sowie Zertifizierung der Sicherheit getroffen.

Im Rahmen des russischen Angriffskrieges auf die Ukraine (nachfolgend als Ukraine-Krieg bezeichnet) hat das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus eine Ansprechperson für Fragen im Zusammenhang mit Krisenmanagement benannt. Diese nimmt an den oben genannten regelmäßig stattfindenden und vom Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen geleiteten Besprechungen teil. Im Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus wurde das Krisenmanagement evaluiert und mit der Erstellung verschiedener Notfallkonzepte begonnen.

Bezüglich weiterer Ausführungen zur Krisenfestigkeit unter gesamtwirtschaftlichen Gesichtspunkten wird auf Frage I. 3 verwiesen.

Im Ministerium für Landesentwicklung und Wohnen wurde zusammen mit dem Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus das Krisenmanagement evaluiert und die Ausarbeitung verschiedener Notfallkonzepte eingeleitet.

Mit der neu eingesetzten Interministeriellen Arbeitsgruppe (IMA) „Resiliente Ländliche Räume“ beschäftigt sich der Kabinettsausschuss Ländlicher Raum des Ministeriums für Ernährung, Ländlicher Raum und Verbraucherschutz mit der Zukunftsfähigkeit und der Resilienz der Ländlichen Räume. Um Herausforderungen wie beispielsweise dem demografischen, wirtschaftlichen und klimatischen Wandel sowie aktuellen Krisen wie der Coronapandemie und den Auswirkungen des Ukraine-Kriegs entgegen zu treten, muss der Ländliche Raum stets anpassungsfähig sein. Themen wie Daseinsvorsorge, Wirtschaft, Mobilität, Wohlstand, Lebensqualität und Wertschöpfung im ganzen Ländlichen Raum werden ebenfalls eine Rolle spielen.

#### *Konzept für die Resilienz der Ländlichen Räume in Baden-Württemberg*

Im Rahmen der IMA soll ein „Konzept für die Resilienz der Ländlichen Räume in Baden-Württemberg“ als wissenschaftliche Grundlage für die Stärkung der Widerstandsfähigkeit ländlicher Räume erarbeitet werden. Resiliente Ländliche Räume sollen in der Lage sein, mit den Herausforderungen unserer Zeit umzugehen und daraus Strategien für die Zukunft zu entwickeln. Um resiliente Ländliche Räume zu schaffen, braucht es überzeugende und funktionierende Ideen und Lösungen für die Raumplanung und deren Herausforderungen. Der Ländliche Raum muss einschneidende Strukturveränderungen ohne Brüche und Entwicklungsabrisse bewältigen und gestalten können.

#### *Förderung des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung*

Die Förderung des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) adressiert die drängenden Herausforderungen in der jeweiligen Förderperiode durch

Investitionen in Innovation und nachhaltige Entwicklung. Seit der Erweiterung um REACT-EU (Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe) im Jahr 2021 infolge der Auswirkungen der Coronapandemie werden EFRE-Mittel gezielt in die Krisenresilienz zur Vorbereitung einer grünen, digitalen und stabilen Wirtschaft investiert. Daran anknüpfend investiert das EFRE-Programm 2021 bis 2027 mit den Prioritäten „Zukunftstechnologien und Kompetenzen“ sowie „Ressourcen und Klimaschutz“ in die Wettbewerbsfähigkeit und Resilienz der Wirtschaft, vor allem der kleinen und mittleren Unternehmen (KMU), in die Kreislaufwirtschaft und nachhaltige Bioökonomie sowie in den Klimaschutz und die Anpassung an den Klimawandel (Klimaresilienz).

#### *Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum*

Das Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum (ELR) ist ein Förderinstrument, das die gesellschaftliche, ökologische und wirtschaftliche Entwicklung hin zu einem krisenresilienten Ländlichen Raum vorantreibt. Sichere Grundversorgung, nachhaltige und ökologisch verträgliche Wohnraumentwicklung und resilientere Wirtschaftsweisen stehen u. a. im Förderfokus. Das ELR wird immer wieder flexibel an aktuelle strukturelle Herausforderungen angepasst.

#### *Förderprogramm LEADER*

Das EU-Programm LEADER soll in der Förderperiode 2023 bis 2027 einen aktiven Beitrag zur Umsetzung des Europäischen Green Deal leisten. Durch die Vernetzung und das partnerschaftliche Miteinander von Vertretern der Zivilgesellschaft, Wirtschaft und Verwaltung kann LEADER die ökologische und soziale Modernisierung von Gesellschaft und Wirtschaft mit vorantreiben. LEADER ist somit ein wichtiges Instrument zur Schaffung eines krisenresilienten Ländlichen Raums.

#### *Landesstrategie Nachhaltige Bioökonomie Baden-Württemberg*

Im Rahmen der Landesstrategie „Nachhaltige Bioökonomie Baden-Württemberg“ werden Innovationen gefördert, die den Strukturwandel von einer fossilbasierten Wirtschaft hin zu einer resilienten und nachhaltigen, ressourceneffizienten Wirtschaftsweise unter Nutzung nachwachsender Rohstoffe ermöglichen. Die Bioökonomie soll dazu beitragen, die Abhängigkeit von Energie- und Rohstoffimporten zu reduzieren, die Treibhausgasemissionen in Baden-Württemberg zu reduzieren, natürliche Ressourcen zu schonen und die Biodiversität zu erhalten. Verlässliche und innovationsfreundliche Rahmenbedingungen sollen der Wirtschaft helfen, die Potenziale robuster Wachstumsmärkte und innovativer Technologien auszuschöpfen und resiliente Wertschöpfungsnetze aufzubauen.

Die Landentwicklung unterstützt die Entwicklung der Landschaft und ländlicher Kommunen auf ihrem Weg zu mehr Klimaresilienz durch die Entflechtung von Nutzungsinteressen sowie durch Maßnahmen zur Entschärfung möglicher Klimafolgen wie Starkregen oder Dürreperioden.

#### *Lebensmittel- und Futtermittelüberwachung*

Im Bereich der Lebensmittel- und Futtermittelüberwachung wird der Begriff „Krise“ für solche Fälle verwendet, in denen auf Lebensmittel oder Futtermittel zurückzuführende unmittelbare oder mittelbare Risiken für die menschliche Gesundheit voraussichtlich nicht durch bereits vorhandene Vorkehrungen verhütet, beseitigt oder auf ein akzeptables Maß gesenkt werden oder ausschließlich durch Anwendung bestehender Maßnahmen der Überwachungsbehörden (Aussetzung des Inverkehrbringens oder der Verwendung des fraglichen Lebensmittels oder Futtermittels, Festlegung besonderer Bedingungen für das fragliche Lebensmittel oder Futtermittel) angemessen bewältigt werden können (Verordnung [EG] Nr. 178/2002). Die Überwachungsbehörden bereiten sich durch gemeinsame Besprechungen und Krisenübungen auf mögliche Krisen vor, um dadurch die Krisenfestigkeit und Widerstandsfähigkeit der Landesverwaltung zu erhöhen.

### *Ernährungsnotfallvorsorge*

In der Ernährungsnotfallvorsorge (ENV) wurde durch das Gesetz zur Neuregelung des Rechts zur Sicherstellung der Ernährung in einer Versorgungskrise vom 4. April 2017 (Ernährungssicherstellungs- und -vorsorgegesetz [ESVG]) die staatliche Ernährungsversorgung rechtlich neu geordnet.

Einheitliche Auslöseschwelle für die Anwendung der Sicherstellungsinstrumente ist die Feststellung einer Versorgungskrise durch die Bundesregierung. Diese tritt ein, wenn die Bundesregierung rechtsverbindlich festgestellt hat, dass die Deckung des lebensnotwendigen Bedarfs an Lebensmitteln in mindestens zwei Ländern ernsthaft gefährdet ist und diese Gefährdung ohne hoheitliche Eingriffe in den Markt nicht, nicht rechtzeitig oder nur mit unverhältnismäßigen Mitteln zu beheben ist. Die Kernaufgabe der Ernährungsnotfallvorsorge in Baden-Württemberg ist die hoheitliche Verteilung der verknüpften Lebensmittel.

Mit dem ESVG wurde eine einheitliche Rechtsgrundlage für zivile und militärisch bedingte Versorgungskrisen geschaffen. Zeitgleich traten die bisherigen Gesetze, das Ernährungssicherungsgesetz und das Ernährungsvorsorgegesetz, sowie die Ernährungsbewirtschaftungsverordnung und die Ernährungswirtschaftsmeldevorordnung außer Kraft. Die Neuregelung der staatlichen ENV legt fest, dass die zuständigen Behörden des Bundes und der Länder organisatorische, personelle und materielle Vorkehrungen treffen, um die Ausführung des ESVG sowie der auf Grund des ESVG erlassenen Rechtsverordnungen in einer Versorgungskrise sicherstellen zu können. Eine weitere Konkretisierung dieser Regelung ist erforderlich, um eine Umsetzung des Gesetzes durch die Länder zu ermöglichen.

### *Resilienz bzw. Krisenfestigkeit der Gesundheitsversorgung*

#### *a) Krankenhausversorgung und ärztliche Versorgung*

Auch im Krisenfall ist die stationäre Krankenhausversorgung zu jedem Zeitpunkt sicherzustellen. Durch eine kontinuierliche gezielte Investitionsförderung der Plankrankenhäuser durch das Land Baden-Württemberg gemäß dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und dem Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG) werden die Krankenhäuser in die Lage versetzt, hochwertige Behandlungsmöglichkeiten entsprechend dem medizinischen und technischen Fortschritt vorzuhalten.

Öffentlich geförderte Akutkrankenhäuser und ihre Träger wirken gemäß § 5 Absatz 1 des LKatSG im Rahmen ihres Aufgabenbereichs am Katastrophenschutz mit und haben eigenverantwortlich umfassende Vorsorge für ihre Einsatzfähigkeit bei Katastrophen zu treffen. Insbesondere wird darunter die Pflicht nach § 5 Absatz 2 Nummer 2 LKatSG verstanden, die Alarm- und Einsatzpläne in Abstimmung mit der Katastrophenschutzbehörde auszuarbeiten und weiterzuentwickeln. In § 5 Absatz 3 LKatSG werden die Anforderungen wie folgt präzisiert: „Die Alarm- und Einsatzpläne der Krankenhäuser berücksichtigen die Unterstützungsmöglichkeiten durch benachbarte Krankenhäuser, durch niedergelassene Ärzte und Zahnärzte, öffentliche Apotheken, pharmazeutische Großhandlungen, Betriebe der Arzneimittel- und Verbandstoffindustrie sowie durch Personal nichtakademischer Helferberufe des Gesundheitswesens. Sie berücksichtigen auch Maßnahmen zur Ausweitung der Bettenkapazität.“

Der Schwerpunkt wird im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel in den nächsten Jahren auf einer bedarfsgerechten Krankenhausplanung durch das Land Baden-Württemberg unter Einbindung der sektorenübergreifenden Versorgung liegen. Es gilt, Krankenhausplanung und ambulante Versorgung verstärkt zusammenzudenken.

Krisenfestigkeit und Resilienz ist im Hinblick auf die ärztliche Versorgung so zu verstehen, dass systemische Reserven (z. B. ausreichende Behandlungskapazitäten) vorhanden sein müssen, um auf Gesundheitskrisen oder externe Schocks

reagieren zu können. Um hier Vorsorge zu treffen, muss die ärztliche Versorgung in allen Regionen des Landes flächendeckend sichergestellt sein.

Landesweit gibt es bis heute keinen Planungsbereich für den nach den Maßstäben der Bedarfsplanungsrichtlinie eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wurde.

Die Sicherung der ärztlichen Versorgung war daher bisher schon ein Thema für die Gesundheitspolitik des Landes. Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), des Hausärzteverbandes 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.

#### *b) Vulnerable Personengruppen*

Eine entscheidende Grundlage einer resilienten Gesellschaft liegt auch darin, wie sich Resilienz als Ressource in der Bevölkerung verteilt. Die Wahrscheinlichkeit, dass Personen einen resilienten Umgang mit Belastung zeigen, variiert mit sozioökonomischen, biographischen und dispositionellen Faktoren. Verschiedene Risiken und vulnerable Zielgruppen, die mit einem erhöhten Risiko für einen dysfunktionalen Umgang mit Stress und Belastung verbunden sind, sind statistisch erkennbar.

Vulnerable Gruppen weisen im Vergleich zu anderen Personengruppen einen größeren Bedarf an präventiven und kurativen Hilfen auf. Diese nehmen aber von sich aus, verglichen mit weniger vulnerablen Personengruppen, deutlich seltener Angebote der Prävention und Gesundheitsversorgung gezielt in Anspruch. Um diesem bekannten Ungleichgewicht wirkungsvoll zu begegnen, bedarf es der Anerkennung einer erhöhten Vulnerabilität auch in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfe und spezifischen Wissens darüber, wie vulnerable Zielgruppen in der Versorgung möglichst erfolgreich angesprochen werden können.

Das Bündnis der gesetzlichen Krankenkassen für Gesundheit (GKV-Bündnis) nennt folgende vulnerable Zielgruppen, die von einer gezielten Unterstützung der Inanspruchnahme besonders profitieren:

- Arbeitslose Menschen,
- werdende und junge Familien sowie Alleinerziehende,
- Menschen mit Migrationshintergrund,
- Menschen mit Behinderungen,
- ältere Menschen,
- pflegebedürftige Menschen,
- Menschen mit Suchtbelastungen, und
- Kinder aus suchtbelasteten Familien.

Im Verlauf der Coronapandemie wurde erkennbar, dass die vulnerablen Personengruppen neben der teilweise direkt erhöhten somatischen Vulnerabilität mit deutlich erhöhter psychosozialer Intensität auf die Belastungen durch die Coronapandemie reagierten.

Das Erreichen vulnerabler Zielgruppen ist als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe und als eine Schlüsselfrage für die Qualität von Versorgung während der Coronapandemie zusätzlich hervorgetreten. Es ist ein wichtiger Beitrag zur Stärkung der gesamtgesellschaftlichen Resilienz die vulnerablen Personengruppen mit relevanten Versorgungsangeboten in Kontakt zu bringen. Zwei Aspekte, die besonders hervorzuheben sind, sind die Verfügbarkeit von Kommunikationsformen in der Versorgung, die für Betroffene und Fachleute auch unter erhöhtem Stress handhabbar bleiben, und das Vorhalten hilfreicher Kontaktangebote auch

für jene Betroffenen, die sich in akuten psychosozialen Krisensituationen befinden, ohne sich ausreichend um Hilfe bemühen zu können.

#### *c) Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)*

Durch die Coronapandemie wurden die strukturellen Herausforderungen des ÖGD deutlich. Es braucht eine strukturelle Stärkung des ÖGD, um neben den gesetzlichen Kernaufgaben auch zukünftige Gesundheitskrisen bewältigen zu können.

So wurde bereits im Rahmen des 2018/2019 laufenden Projekts NEO (Neuausrichtung des ÖGD) die Situation des ÖGD analysiert und entsprechende Handlungsvorschläge unterbreitet.

Die Ergebnisse des Projektes NEO bildeten während der Coronapandemie eine Grundlage für die Kabinettsvorlage „Stärkung des ÖGD“, die der Ministerrat am 21. Juli 2020 beschlossen hat.

Die strukturelle Stärkung des ÖGD ist unabdingbar. Um den ÖGD nachhaltig aufzustellen, muss u. a. der Pakt für den ÖGD konsequent umgesetzt werden. Nur so können die Herausforderungen unseres Gesundheitssystems proaktiv angenommen und eine bessere Widerstandsfähigkeit gegen Krisen im ÖGD gewährleistet werden. Somit ist ein Hauptziel der Stärkung des ÖGD eine deutliche Verbesserung der Krisenfähigkeit (z. B. für zukünftige Pandemien oder andere gesundheitliche Notlagen) durch stabile Strukturen und die Vereinfachung von Prozessabläufen. Zu Beginn der Coronapandemie hat sich deutlich gezeigt, dass es neben einer ausreichenden personellen auch genügend materielle Ausstattung im ÖGD bedarf, um die Handlungsfähigkeit zu allen Zeiten aufrechtzuerhalten.

Der Schwerpunkt des Personalaufwuchskonzeptes im Rahmen des Pakts für den ÖGD liegt im Aufbau krisenfester Strukturen und in der Beratung und Begleitung von anderen Institutionen (z. B. stationäre Einrichtungen der Altenhilfe, Eingliederungshilfe etc.) zur besseren Vorbereitung auf zukünftige gesundheitliche Notlagen.

Darüber hinaus gilt es wie oben ausgeführt, sektorenübergreifende Lösungen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel weiter zu optimieren. Hierzu zählen die Weiterentwicklung von sektorenübergreifenden strukturellen Kooperationen auf kommunaler Ebene, die Unterstützung von vulnerablen Gruppen und eine evidenzbasierte Vorgehensweise bei der Stärkung der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitsfolgenabschätzung, insbesondere auch in Krisensituationen.

Nicht nur der ÖGD muss noch widerstandsfähiger gegen Gesundheitskrisen werden, auch das Zusammenspiel der wesentlichen Akteure soll weiter gefördert werden, um eine höhere Resilienz des Gesundheitswesens in Gesundheitskrisen gewährleisten zu können.

#### *Präventive Angebote in der Kinder- und Jugendhilfe*

Ziel der Kinder- und Jugendhilfe ist die Förderung der Entwicklung junger Menschen zu selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten. Unter dem Begriff der Prävention umfasst dies nicht nur Hilfe, wenn die Entwicklung beeinträchtigt ist, sondern auch zahlreiche Maßnahmen, die Kinder, Jugendliche und Familien stärken, bevor Problemlagen entstehen. Der Begriff der Prävention ist dabei weitzufassen, da durch die Verfügbarkeit von Frei- und Gestaltungsräumen sowie der niederschwellige Zugang zu Beratungs- und Unterstützungsstrukturen für Kinder, Jugendliche und Familien unverzichtbare Strukturen entstehen.

Grundsätzlich liegt die Erbringung von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in kommunaler Verantwortung. Auf die Stärkung präventiver Angebote legt die Landesregierung seit langem besonderen Wert und trägt durch verschiedene Programme dazu bei, dass landesweit präventive Angebote zur Stärkung von Kindern, Jugendlichen und Familien zur Verfügung stehen. Im Einzelnen:

*a) Stärkung der Ressourcen und Kompetenzen von Familien*

Eltern waren seit Beginn der Coronapandemie doppelbelastet. Sie waren von Veränderungen der Arbeitsbedingungen betroffen und mussten die Betreuung und Beschulung ihrer Kinder zeitweise nahezu vollständig selbst übernehmen. Mit dem GesellschaftsReport BW 04/2021 „Vereinbarkeit im Stresstest – Die Auswirkungen der Coronapandemie auf die Erwerbstätigkeit und Rollenverteilung in Familien“ wurden die Auswirkungen der Coronapandemie auf die Erwerbstätigkeit, die Rollenverteilung in Familien und das Belastungsempfinden dargestellt. Es zeigt sich, dass vor allem Eltern mit einem geringen Einkommen oder geringerem sozialen Status von Beeinträchtigungen der Erwerbstätigkeit betroffen waren. Mütter waren wiederum höheren Einkommens- und Beschäftigungsrisiken ausgesetzt als Väter. Aus den Ergebnissen des GesellschaftsReports BW wurden abschließend familien- und gleichstellungspolitische Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit für beide Geschlechter abgeleitet.

Angebote der Familienbildung dienen dazu, dass Familien sich die für ihre jeweilige Erziehungs- und Familiensituation erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten aneignen können. Das „Brennglas“ der Coronapandemie hat besonders deutlich gemacht, wie entscheidend die Ressourcen von Eltern für die gute Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind – gerade in Krisen. Mit dem Landesprogramm STÄRKE fördert die Landesregierung offene Begegnungsstätten für alle Familien sowie Familienbildungsangebote und Familienbildungsfreizeiten für Familien in besonderen Lebenslagen, wie z. B. Alleinerziehende, Familien mit Flucht- oder Migrationsgeschichte, Familien mit einem chronisch kranken Familienmitglied oder armutsgefährdete Familien.

Die Coronapandemie hat gezeigt, wie wichtig niederschwellige Anlaufstellen wie offene Begegnungsstätten sind, um den gesellschaftlichen Zusammenhalt und das Gefühl von Zugehörigkeit zu bewahren und zu stärken. In Familien in bestimmten Lebenslagen ist das Risiko für Entwicklungsbeeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen besonders hoch – insbesondere, wenn weitere äußerliche widrige Umstände dazukommen. Deshalb fokussieren sich weitere Angebote vor allem auf die Familien in besonderen Lebenslagen. Sowohl in als auch zur Vorbereitung auf Krisen kommt diesen Instrumenten daher eine besondere Bedeutung zu.

*b) Stärkung der Kinder- und Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit und außerschulischen Jugendbildung*

Die Stärkung der Kinder- und Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit und außerschulischen Jugendbildung ist eines der zentralen Anliegen der Landesregierung, welches durch den Masterplan Jugend umgesetzt wird. Um dieses Vorhaben auch nachhaltig zu finanzieren, sind ab dem Haushaltsjahr 2020 rund 10,5 Mio. Euro jährlich für den Masterplan Jugend im Kapitel 0918 etatisiert. Im Sinne der Haushaltswahrheit und Haushaltsklarheit wurden ab den Haushaltsjahren 2021 und 2022 innerhalb des Kapitels insgesamt 3 Mio. Euro in den Bereich der Förderung der Jugendbildung und insgesamt 2 Mio. Euro in den Bereich der Förderung der Jugendberufshilfe übertragen.

Im Rahmen der Fortsetzung des Masterplans Jugend wird seitens des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration als eines der zentralen jugendpolitischen Vorhaben der aktuellen Legislaturperiode angestrebt, den Schwerpunkt Jugendbeteiligung weiterzuentwickeln und die hierfür notwendige Infrastruktur aufzubauen.

In den Pandemie Jahren 2020, 2021 und 2022 hat die Landesregierung auf die besonderen Herausforderungen für die Träger der Kinder- und Jugendarbeit und außerschulischen Jugendbildung reagiert, indem sie die Fördermodalitäten und Förderhöhen innerhalb der Förderungen nach der entsprechenden Verwaltungsvorschrift angepasst hat.

Auch durch die Umsetzung des Aktionsprogrammes des Bundes und der Länder „Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche“ hat die Kinder- und Jugendarbeit, die Jugendsozialarbeit und die außerschulische Jugendbildung zusätzliche Unterstützung in Höhe von rund 11,9 Mio. Euro im Jahr 2021 und voraussichtlich in Höhe von rund 23,8 Mio. Euro im Jahr 2022 durch die Landesregierung erfahren.

#### *Integrationsangebote, Konzepte und Maßnahmen zur Bekämpfung von Diskriminierung*

Krisenfestigkeit und Widerstandsfähigkeit im Rahmen des Verwaltungshandelns auf Landesebene können im Bereich der Integration zum einen auf die Bereitstellung von Integrationsangeboten und deren Aufrechterhaltung in Krisenzeiten bezogen werden, zum anderen auf einen diskriminierungsfreien Umgang der Menschen miteinander.

In Krisenzeiten werden oftmals vermeintliche Ursachen bzw. Verursachende der Krise benannt, um Schuldzuweisungen vornehmen zu können. Während der Coronapandemie wurde abhängig vom Pandemiegeschehen unterschiedlichen Gruppen die Rolle als „Pandemie-Treiber“ zugeschrieben, was Diskriminierung und Anfeindungen von Menschen zur Folge hatte, die diesen Gruppen zugeordnet wurden. Die Antidiskriminierungsstelle des Landes (LADS) und die regionalen Beratungsstellen der Antidiskriminierungsberatung haben hier ein spezifisches Anfrageaufkommen beobachtet.

Um die Widerstandsfähigkeit der Gesellschaft als Ganzes zu stärken, müssen daher einerseits allgemeine präventive Maßnahmen gegen alle Formen von Diskriminierungen im Rahmen der jeweils verfügbaren Haushaltsmittel verstärkt werden, um zukünftige Krisen zu bewältigen und den gesellschaftlichen Zusammenhalt als solchen nicht weiter zu beschädigen. Zeichnet sich eine Krise ab, ist eine proaktive diskriminierungskritische Kommunikation der Landesregierung erforderlich, um drohenden Diskriminierungen und Anfeindungen im Krisenkontext präventiv begegnen zu können. Konzepte und Maßnahmen zur Bekämpfung von Diskriminierung sind daher auch zur Bewältigung künftiger Krisen von besonderer Bedeutung.

Für die von Diskriminierung Betroffenen müssen andererseits Angebote zur Aufklärung und Beratung flächendeckend und niedrigschwellig im Rahmen der jeweils verfügbaren Haushaltsmittel zur Verfügung gestellt werden. Es zeigt sich, dass während Krisen häufig ohnehin bereits marginalisierte und vulnerable Gruppen überproportional von den direkten Auswirkungen der Krise und auch von Maßnahmen, die der Krisenbewältigung dienen, betroffen sind.

Im Hinblick auf die Krisenfestigkeit der Integrationsangebote ist die Aufrechterhaltung der Integrations- bzw. Beratungsstrukturen (z. B. Sprachkurse, Beratungsgespräche im Kontext des Integrationsmanagements und der beruflichen Anerkennung, Begegnungsräume, diverse Integrationsprojekte) zu benennen. Durch die Coronapandemie war dies vor allem in der Anfangsphase schwierig. Integrationsprozesse wurden dadurch verlangsamt oder ausgesetzt, Behördenkontakte wurden deutlich erschwert. Zudem hat sich gezeigt, dass der ländliche Raum mit seinen ohnehin spezifischen Herausforderungen für die Integration geflüchteter und zugewanderter Menschen von den pandemiebedingten Einschränkungen besonders betroffen war.

#### *Resilienz bzw. Krisenfestigkeit des Mobilitätsbereichs*

Im Ministerium für Verkehr greift im Fall einer Krise die Stabsdienstordnung, welche die Arbeit und Besetzung des Verwaltungsstabs regelt. Der Verwaltungsstab kann je nach Lage eingesetzt werden und behandelt und koordiniert übergeordnete Aufgaben. Daraus ergeben sich konkrete Arbeitsaufträge für die Fachstabbereiche innerhalb des Verwaltungsstabs, die vorwiegend in Linienorganisation abgearbeitet werden.

In der Querschnittsabteilung wurden Aspekte betrachtet, mit denen die Arbeitsfähigkeit des Ministeriums für Verkehr auch unter Einschränkungen beispielsweise bei der Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnik bestmöglich sichergestellt wird.

In der Abteilung Straßenverkehr, Straßeninfrastruktur wurden hinsichtlich der Krisenfestigkeit verschiedene Maßnahmen beleuchtet, wie z. B. die Aufrechterhaltung der Befahrbarkeit der Straßen und der Ingenieurbauwerke, sodass Resilienz Aspekte bereits Berücksichtigung finden.

Im Bereich des Öffentlichen Verkehrs wurden im Zuge der Coronapandemie verschiedene Instrumente entwickelt und umgesetzt, die sicherstellen sollen, dass der Öffentliche Verkehr als Kritische Infrastruktur auch unter Krisenbedingungen aufrechterhalten werden kann. Dazu zählen Stufenkonzepte zur Aufrechterhaltung des Fahrbetriebs, aber auch der von Bund und Ländern finanzierte Corona-Rettungsschirm, der eine wirtschaftliche Absicherung der zwangsläufig entstehenden Kosten im öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) auch unter den Bedingungen pandemiebedingt wegbrechender Fahrgasteinnahmen sicherstellt.

Im Bereich des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst, das für die Hochschulen mit seinen Forschungslaboren, die Universitätsklinika und die Kunst- und Kultureinrichtungen zuständig ist, ist die Herstellung und ständige Verbesserung der Krisenfestigkeit in allen Bereichen notwendiger Bestandteil des Krisenmanagements. In ganz besonderem Maße gilt dies für die Bewältigung akuter Krisen für den Betrieb von Einrichtungen der Kritischen Infrastruktur (KRITIS), zu denen die Universitätsklinika zählen, insbesondere aber auch für die Forschungslabore der Hochschulen.

Konkrete Auswirkungen und Ausformungen zur Herstellung und zur weiteren Verbesserung der Krisenfestigkeit finden sich in den Plänen, Konzepten und Strukturen der einzelnen Einrichtungen für den Krisenfall.

Resilienz umfasst – im Unterschied zu Krisenfestigkeit und Adaptionfähigkeit – ein zukunftsgerichtetes Moment: Resilienz impliziert nicht allein die Fähigkeit, eine exogen erzeugte krisenhafte Situation zu bewältigen oder sich daran anzupassen, sondern zielt darauf, sich zu erneuern (vgl. Positionspapier des Wissenschaftsrates „Impulse aus der COVID-19 Krise“, WR-Drs. 8834-21). Hierfür bilden die Einrichtungen der Wissenschaft, Forschung und auch der Kunst das Fundament.

*3. Welche Krisenszenarien erwartet die Landesregierung zukünftig unter Darlegung, für welche Szenarien Vorbereitungen innerhalb der Landesregierung getroffen werden und welche der entsprechenden Resilienz andererseits es aufzubauen gilt?*

Das Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen nimmt zu den Fragen I. 3 und I. 6 aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam Stellung (vgl. Frage I. 6).

Im Bereich des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport werden folgende Krisenszenarien zukünftig gesehen:

Im Zuge der Coronapandemie mussten Schulen sich sehr schnell auf Fernunterrichtsszenarien einstellen. Dazu hat das ZSL kurzfristig umfangreiche Fortbildungsmaßnahmen für Lehrkräfte zur Nutzung von Lernmanagement- und Webkonferenzsystemen sowie zur Übertragung verschiedener Lehr- und Lernszenarien in digitalen Formaten angeboten. In diesem Zuge wurde ein Großteil der Fortbildenden und gut 20 000 Lehrkräfte allein im Jahr 2020 geschult. Seit 2020 werden neben Fortbildungsangeboten im Bereich des digitalen Lehrens und Lernens auch Unterstützungsmaterialien hierzu, wie ready-to-use-Moodle-Kurse, ein umfangreiches Support-System, Anleitungen, Checklisten, Unterrichtsbeispiele etc., laufend erweitert und aktualisiert. Es ist daher aus Sicht des Ministeriums

für Kultus, Jugend und Sport davon auszugehen, dass Eventualitäten, die Fernunterrichtsszenarien erfordern, Schulen und Lehrkräfte nicht mehr überraschend treffen und dass zudem auf eine gute Basis an digitalen Kompetenzen aufgebaut werden kann.

Das Ministerium der Justiz und für Migration teilt die Erwartungen der Gremien der Landesregierung zu künftigen Krisenlagen. Zusätzliche Erkenntnisse liegen hier nicht vor.

Im Geschäftsbereich des Ministeriums werden für alle konkret ermittelten Krisenlagen Vorbereitungen getroffen. Dies gilt aktuell insbesondere für die für den Winter befürchtete Gasmangellage. Von dieser wären auch die Einrichtungen der Justiz, des Justizvollzugs und des Migrationsbereichs betroffen. Hier werden organisatorische Vorbereitungen getroffen, um die Arbeitsfähigkeit dieser Einrichtungen auch im Krisenfall aufrechtzuerhalten und etwaige Unterstützungsbedarfe zu identifizieren.

Nach den Erfahrungen des Ministeriums der Justiz und für Migration bestehen zwischen den Vorbereitungen auf unterschiedliche Krisenlagen vielfach Überschneidungen. Daher können bereits bestehende Vorbereitungen oft auch zur Vorbereitung auf neu erkannte künftige Krisenlagen genutzt werden.

Das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus äußert sich wie folgt zu den erwarteten zukünftigen Krisenszenarien:

In den Jahren 2008/2009 und 2020 musste die baden-württembergische Wirtschaft die zwei stärksten Rezessionen der Nachkriegszeit hinnehmen. Auch aktuell dominieren angesichts der geopolitischen Lage die vor allem außenwirtschaftlich induzierten Abwärtsrisiken für die Konjunktur. Mit größerer gesamtwirtschaftlicher Volatilität stellt sich auch die Frage nach der Anpassungsfähigkeit der Gesamtwirtschaft neu.

Unter gesamtwirtschaftlichen Gesichtspunkten bedeutet Krisenfestigkeit die Fähigkeit des Wirtschaftssystems, nach einer temporären angebots- oder nachfrage-seitigen Störung auf den alten Wachstumspfad zurückzukehren. Die Anpassung erfolgt umso schneller, je weniger Friktionen und Rigiditäten auf den Güter-, Arbeits- und Kapitalmärkten vorliegen. Insofern unterstützen beispielsweise Maßnahmen zum Bürokratieabbau und zur Digitalisierung der Verwaltung die gesamtwirtschaftliche Resilienz. Des Weiteren wurden die genannten Rezessionen durch expansive fiskalpolitische Impulse abgefedert, sodass das Abreißen von Wertschöpfungsketten verhindert und die Gefahr eines gesellschaftlich suboptimalen Unterbeschäftigungsgleichgewichts gebannt wurde.

Eine derzeit tendenziell zu beobachtenden Rückabwicklung des globalen Weltwirtschaftssystems beobachtet das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus mit Sorge. Stattdessen sollten von der Europäischen Union (EU) zur Stärkung der gesamtwirtschaftlichen Resilienz Handelsverträge schneller abgeschlossen werden und Unternehmen sollten ihre Lieferketten überprüfen und ggf. stärker diversifizieren.

Im Bereich des Ministeriums für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz werden folgende Krisenszenarien zukünftig gesehen:

Im Rahmen der Zertifizierung der Informationssicherheit der EU-Zahlstelle wurde ein übergreifendes Business-Continuity-Management (BCM)/Notfallmanagement etabliert und sukzessive weiter auf- und ausgebaut. Das BCM hat zum Ziel, die kritischen Prozesse des Ministeriums für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz zu identifizieren, dessen Gefährdung durch verschiedene Notfall- und Krisenszenarien zu bewerten und ggf. sinnvolle Vorbereitungsmaßnahmen zu initiieren. Damit wird gewährleistet, dass die vorhandene Resilienz regelmäßig überprüft und kontinuierlich verbessert wird.

### *Gemeinsame Agrarpolitik*

Ein wesentliches Ziel der Gemeinsamen Agrarpolitik der Europäischen Union (GAP) ist es, die Produktivität der Landwirtschaft zu erhöhen, die Märkte zu stabilisieren, die Versorgung sicherzustellen und für die Belieferung der Verbraucherinnen und Verbraucher mit sicheren Lebensmitteln zu angemessenen Preisen Sorge zu tragen.

Mit der aktuellen GAP-Reform, deren Umsetzung ab 2023 beginnt, wird verstärkt darauf abgezielt, einen wettbewerbsfähigen, krisenfesten und diversifizierten Agrarsektor zu schaffen, der die langfristige Ernährungssicherheit gewährleistet. Um dies zu erreichen, setzt sich die Landesregierung dafür ein, dass die Direktzahlungen weiterhin zum Erhalt der landwirtschaftlichen Familienbetriebe beitragen und gleichzeitig ausreichend Mittel für Maßnahmen zur Innovation, Diversifizierung, Ökologisierung und Modernisierung in den landwirtschaftlichen Betrieben für nachhaltige Produktionsmethoden bereitgestellt werden. Die Landesregierung ergänzt dazu die bundesweit einheitlichen Fördermaßnahmen mit einer großen Bandbreite an regional angepassten Landesprogrammen für Land- und Forstwirtschaft einschließlich des vor- und nachgelagerten Bereichs sowie den ländlichen Raum, die in Teilen über EU-Mittel kofinanziert werden.

Darüber hinaus will die Landesregierung mit der Umsetzung des Biodiversitätsstärkungsgesetzes und des Green Deals der EU die Nachhaltigkeit und damit Krisenfestigkeit des Lebensmittelsystems weiter dauerhaft steigern. Dies soll nicht nur zur Reduktion von Treibhausgasemissionen und Ressourcenverbrauch, zur Verbesserung der biologischen Vielfalt und der Gesundheit der Bevölkerung führen, sondern auch faire Bedingungen für alle Akteure entlang der Lebensmittelwertschöpfungskette ermöglichen.

### *Ernährungsnotfallversorgung*

Baden-Württemberg hat sich an den Reformaktivitäten für eine Modernisierung der Ernährungsnotfallvorsorge schon in den vergangenen Jahren auf verschiedenen Ebenen sehr aktiv und konstruktiv eingebracht.

Weiter wurde die Organisation der Ernährungsnotfallvorsorge (ENV) weiter verbessert.

- Auf Bund- und Länderebene wurde ein ENV-Aufgabenkatalog erarbeitet, in dem die erforderlichen Einzelaufgaben, die von den nachgeordneten Behörden in den Ländern auf dem Gebiet der ENV vorbereitend bzw. im Krisenfall wahrzunehmen sind, zusammengestellt wurden.
- Die Verwaltungsvereinbarung über die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern zur Sicherstellung der Ernährung in einer Versorgungskrise trat zum 1. April 2021 in Kraft. Sie legt die Zusammenarbeit in einer Versorgungskrise, insbesondere Gremien und Verfahren zur gegenseitigen Information und Koordinierung, fest.
- Mit dem Entwurf einer Leitlinie „Hoheitliche Verteilung von Lebensmitteln in einer Versorgungskrise“ soll den für die ENV zuständigen Stellen auf allen Verwaltungsebenen eine Handlungsempfehlung zur hoheitlichen Verteilung von Lebensmitteln in einer Versorgungskrise gegeben werden. Die Leitlinie wurde durch eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Beteiligung Baden-Württembergs erarbeitet.
- Ein Ausführungsgesetz zur Regelung der Zuständigkeiten für die ENV im Land wird derzeit erarbeitet.
- Baden-Württemberg beteiligte sich am Forschungsvorhaben mit dem Thema „Skalierbare Notfall-Logistik für urbane Räume als öffentlich-private Partnerschaft im Katastrophenfall“ und hat sein Interesse an einem weiteren geplanten Forschungsvorhaben zum Forschungsprojekt zur Erarbeitung innovativer Kooperations- und Entscheidungssysteme für den Krisenfall zwischen staatlichen

und privatwirtschaftlichen Akteuren in der kritischen Infrastruktur Ernährung (KRITIS-ENV) bekundet.

- Es finden Gespräche mit den in Baden-Württemberg ansässigen Handelsunternehmen statt. Ziel ist es, in Baden-Württemberg ein ständiges ein- und abrufbares Netzwerk aufzubauen, das die Resilienz der Lebensmittelwirtschaft erhöht und die Kooperation zwischen Wirtschaft und Landesverwaltung in einer Versorgungskrise erleichtert.

#### *Wasserversorgung*

Im Bereich der Wasserversorgung können sich Szenarien wie Trockenheit, Starkregen oder ein Stromausfall zu Krisen entwickeln, sollten sie über mehrere Tage bzw. Wochen Auswirkungen auf die Trinkwassergewinnung oder -verteilung haben. Primär sind die Wasserversorger und Kommunen verantwortlich, sich auf solche Szenarien mit entsprechenden Maßnahmen vorzubereiten, z. B. durch das Vorhalten von Notstromaggregaten und der Schaffung redundanter Strukturen („zweites Standbein“). Das Land unterstützt die Wasserversorger und Kommunen durch das derzeit laufende Projekt „Masterplan Wasserversorgung Baden-Württemberg“. Hier werden die Folgen des Klimawandels, insbesondere die zunehmenden, langanhaltenden Trockenphasen, auf die öffentliche Trinkwasserversorgung untersucht. Die Wasserversorger und Kommunen erhalten auf Basis der Ergebnisse Handlungsempfehlungen, wie sie die Versorgungssicherheit jeweils erhöhen und die Wasserversorgung zukunftsfest aufstellen können, beispielsweise durch die Schaffung von Versorgungsverbänden und eine stärkere Vernetzung der Versorgungsstrukturen.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration bezieht wie folgt Stellung zu den erwarteten zukünftigen Krisenszenarien:

#### *Kinder, Jugendliche und Familien*

Zur Stärkung der Resilienz von Kindern, Jugendlichen und Familien und der sie unterstützenden Systeme sind aus Sicht der Landesregierung im Rahmen der Coronapandemie im Rahmen der jeweils verfügbaren Haushaltsmittel die folgenden Maßnahmen erforderlich:

- Ausbau präventiv wirkender Angebote zur Stärkung der Ressourcen und Kompetenzen von Kindern, Jugendlichen und Familien, mit besonderem Blick auf Familien in belasteten Lebenssituationen,
- soweit möglich Aufrechterhaltung des Zugangs zu unterstützenden – auch präventiv wirkenden – Angeboten und Anlaufstellen,
- Ausbau digitaler Angebote, um Kinder, Jugendliche und Eltern auch im digitalen Raum zuverlässig erreichen zu können,
- weiterhin besondere Berücksichtigung der potenziellen negativen Auswirkungen von Maßnahmen zur Eindämmung des SARS-CoV-2-Virus (nachfolgend als Coronavirus bezeichnet) auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie übergeordnete Ziele wie Vereinbarkeit von Familie und Beruf (siehe z. B. die Handlungsempfehlungen im Gesellschaftsreport 04/2021 „Vereinbarkeit im Stresstest – Die Auswirkungen der Coronapandemie auf die Erwerbstätigkeit und Rollenverteilung in Familien“) und sozialen Zusammenhalt.

#### *Geschlechtsspezifische Gewalt*

Digitale sowie häusliche Gewalt gegen Frauen hat durch die Coronapandemie massiv zugenommen. Dies ist ein grundsätzliches Phänomen in Krisensituationen. Hier gilt es, das Hilfe- und Unterstützungssystem, sowie die Fachberatungsstellen des Landes gegen häusliche und sexuelle Gewalt, Fachberatungsstellen für Menschen in der Prostitution und für Opfer von Menschenhandel zum Zwecke der sexuellen Ausbeutung sowie der Frauen- und Kinderschutzhäuser im Rahmen der jeweils verfügbaren Haushaltsmittel auf diese neuen Herausforderungen bes-

ser vorzubereiten, damit diese aktiv Betroffene von geschlechtsspezifischer digitaler Gewalt beraten können.

#### *Integration*

Integrationsangebote müssen im Rahmen der jeweils verfügbaren Haushaltsmittel so aufgebaut werden, dass sie flexibel an die Situation angepasst und auch in Krisensituationen aufrechterhalten werden können. Während der Coronapandemie wurde daher sowohl die Digitalisierung vorangetrieben, wie z. B. Online-Angebote bei Sprachkursen und im Beratungskontext, als auch auf experimentelle bzw. angepasste Methoden im Rahmen von Integrationsmaßnahmen zurückgegriffen, wie z. B. Sprachkurse im Freien oder Beratungsgespräche im Rahmen von Spaziergängen.

Die Herausforderungen der Digitalisierung werden gerade im Kontext der Integration von Geflüchteten deutlich, da längst nicht alle Personen der Zielgruppe über digitale Endgeräte oder WLAN-Zugang verfügen. Zur Bewältigung künftiger Krisen muss die Digitalisierung im Integrationsbereich weiter vorangebracht werden, um krisenunabhängiger zu sein. Es müssen zudem Möglichkeiten gefunden werden, Menschen ohne eigenen digitalen Zugang teilhaben zu lassen (z. B. über Geräte in Begegnungsräumen oder Sprachcafés). Hier ist das Augenmerk v. a. auf den ländlichen Raum zu richten, da die Verfügbarkeit digitaler Endgeräte u. a. von der Mobilität der zu erreichenden Gruppe als auch von der Qualität der digitalen Zugänge abhängt.

#### *Ambulante und hausärztliche Versorgung*

Bezüglich einer resilienten Versorgung ist es wichtig, die ambulante Versorgung im Land flächendeckend zu erhalten und sich auf den demographischen Wandel in der Ärzteschaft vorzubereiten. Dabei geht es vor allem darum, sich auf das Szenario einer Unterversorgung in der hausärztlichen Versorgung vorzubereiten.

Mit dem Programm „Ziel und Zukunft“ führt die KVBW bereits Maßnahmen gegen den Ärztinnen- und 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 (vgl. Frage 1. 2, Beitrag zur Resilienz bzw. Krisenfestigkeit der Gesundheitsversorgung).

#### *Psychotherapeutische, psychiatrische und sozialpsychiatrische Versorgung*

Präsenz- und aufsuchende Kontakte haben im Bereich der psychotherapeutischen, psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Versorgung generell großen Wert, ebenso wie die Erreichbarkeit und die angemessene Kontinuität der Versorgungsangebote.

Die Möglichkeit zum raschen Wechsel von Kommunikationsformen hat sich im Verlauf der Coronapandemie für die Sicherung von Versorgungsangeboten für bestehenden psychosozialen Bedarf, auch im Suchtbereich, als besonders bedeutsam gezeigt.

Während der Coronapandemie und insbesondere während der Lockdowns hat sich das Konsumverhalten verändert, z. B. wurden größere Mengen und früher am Tag Alkohol konsumiert. Alkohol- und Drogenkonsum ist auch ein Seismograph für die Bewältigung von gesellschaftlichen und persönlichen Krisen. Die Suchtberatung als Institution für zwischenmenschliche Rettungsschirme ist hier besonders wichtig. Die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung, insbesondere die Maßnahmen zur Kontaktreduzierung, haben die Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe sehr erschwert und einen Stabilisierungsbedarf aufgezeigt.

Das Suchthilfesystem ist vielgliedrig aufeinander bezogen: Information, Motivation und Beratung, Maßnahmen der Schadensminderung, Entgiftung in Akutklini-

ken, Entwöhnungsbehandlung (ambulant, ganztägig ambulant, stationär), Nachsorge und weitere Stabilisierung, Begleitung und Umsetzung des Erreichten im Alltag (z. B. mit Unterstützung durch Selbsthilfegruppen). Idealerweise sollten diese Komponenten nahtlos ineinandergreifen. Dabei sind die jeweiligen Beratungs- und Behandlungsprozesse stark durch die Beziehungsarbeit zwischen Behandelnden und Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten geprägt. Das Ziel, die gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen zu sichern, erfordert zudem eine starke Vernetzung von Institutionen und Strukturen.

Auch suchtpreventive Maßnahmen, insbesondere in den verschiedenen Lebenswelten (z. B. Schulen, Betriebe) konnten durch die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung, besonders in der ersten Lockdown-Phase, nicht mehr durchgeführt werden. Zielgruppengerechte, digitale Angebote müssen daher auch in der Suchtprävention dringend aufgebaut werden. Alle Settings der Suchtprävention, die in der analogen Präventionsarbeit bedient werden, brauchen ebenso digitale Zugänge.

Impulse zur digitalen Stärkung von Suchthilfe und Suchtprävention sind aus gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Gründen notwendig und ein wichtiger Baustein zur Sicherstellung der Zukunftsfähigkeit des Landes Baden-Württemberg.

Das Vorhalten digitaler und, wenn zur Aufrechterhaltung der Kommunikation erforderlich, auch telefonischer Kontaktformen stellt einen wichtigen Beitrag zur Krisenfestigkeit der Versorgung dar und sollte über das aktuelle Erfordernis der Coronapandemie hinaus verfügbar bleiben.

Im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung wird dabei die Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung berührt. Im Bereich der Suchtprävention und Suchthilfe konnte im Rahmen des Programms „Zukunftsland BW – Stärker aus der Krise“ im Jahr 2021 ein Förderaufruf des Landes zur Weiterentwicklung digitalisierter Versorgungsformen erfolgreich platziert werden. Für die ausgewählten Projekte stehen Mittel in Höhe von 2 Mio. Euro für eine Laufzeit bis 2023 zur Verfügung.

Neben dem Suchtbereich sind die Kommunen unter Beteiligung des Landes auch für die gemeindepsychiatrische Versorgung zuständig. Die angemessene Inanspruchnahme relevanter Hilfen und Versorgungsangebote durch Menschen mit erhöhter Vulnerabilität ist ein zentraler Aspekt sozialer Teilhabe. Es ist ein wichtiges Ziel des Landespsychiatrieplans, den Aufbau aufsuchender und niederschwellig tätiger gemeindepsychiatrischer Krisendienste zu fördern, um eine selbstbestimmte Inanspruchnahme von Hilfen auch für jene Betroffenen zu unterstützen, die kein ausreichendes Hilfesuchverhalten zeigen oder nach Krisenhilfe außerhalb der Regelzeiten suchen.

Die vorgesehenen Angebote der gemeindepsychiatrischen Krisenversorgung zielen darauf ab, psychische Krisen abzufangen und zu deeskalieren, bevor der Einsatz von Zwang erforderlich wird. Längerfristig ist hierüber eine Erhöhung der Sicherheit im öffentlichen Raum mit einer Entlastung des ÖGD und der Ordnungsämter sowie eine Verringerung von Unterbringungsverfahren nach dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) zu erwarten.

#### *Öffentlicher Gesundheitsdienst und Infektionsschutz*

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Pandemie-Managements für weitere Pandemien ist künftig vorgesehen, im Rahmen der jeweils verfügbaren Haushaltsmittel insbesondere Surveillance-Systeme wie folgt aufzubauen bzw. zu stärken:

- Einsatz eines weiterentwickelten Surveillance-Systems zu Beginn der nächsten Atemwegsinfektionssaison,
- Fortführung der molekularen Surveillance,
- Frühzeitige Detektion neuartiger Varianten.

Für die Stärkung vorhandener Ressourcen sind bedeutsam:

- beim Personal:
  - Pakt für ÖGD (dauerhafte Stärkung aller Ebenen des ÖGD),
  - Zugewinn von Personal mit unterschiedlicher Fachexpertise (Public Health, Epidemiologie, Biologie bzw. Virologie, Medizin),
  - Bildung von Personalpools zur Bereitstellung kurzfristiger Unterstützungskräfte.
- bei der Digitalisierung:
  - Entwicklung von flexibel anpassbaren und skalierbaren Hilfsmitteln für den ÖGD,
  - Aufbau einer dauerhaften Datenerfassung aus den wichtigsten Sektoren des Gesundheitswesens (Bettenbelegung, Auslastungsauswertungen etc.) als stabile Datenbasis zur Entscheidungsfindung.

Es müssen zukünftig nachhaltige Strukturen, die bei Bedarf aktiviert werden können, geschaffen werden. Es gilt, flexible, modulare Lösungen zu etablieren, die auch skalierbar sind und mit dem Aufgabenumfang mitwachsen können. Daneben sind digitale Lösungen für den ÖGD zu organisieren, die eine skalierbare Automatisierung von Prozessen zur Arbeitsentlastung ermöglichen.

Im Bereich des Infektionsschutzes ist zukünftig mit folgenden Szenarien biologischer Gefahrenlagen zu rechnen:

- 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 wegen 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 sie die Zuständigkeit der Gesundheitsverwaltung betreffen.

Zur Bewältigung der vorgenannten Szenarien enthält der Seuchenalarmplan des Landes entsprechende Vorkehrungen und Regelungen. Das Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz des Landesgesundheitsamtes (LGA), welches in das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration eingegliedert ist, steht bei entsprechenden Verdachtssituationen mit seiner Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft (24/7) für die Beratung der Gesundheitsämter und anderer Behörden zur Verfügung. Im LGA wird zudem ein Labor der Sicherheitsstufe BSL3 zur Untersuchung bioterroristisch relevanter Erreger und Erregern im Zusammenhang mit biologischen Gefahrenlagen betrieben. Für den Transport von Patientinnen und Patienten mit lebensbedrohenden hochkontagiösen Krankheiten wird beim Deutschen Roten Kreuz Stuttgart ein spezieller Infektionsrettungswagen (I-RTW) vorgehalten, der über eine spezielle Abdichtung der Patientenkabine und spezifische Desinfektionseinrichtungen verfügt. Beim Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart ist eine Sonderisoliereinheit der Sicherheitsstufe S3 etabliert, die als Behandlungszentrum für Patientinnen und Patienten mit einer lebensbedrohenden hochkontagiösen Krankheit fungiert.

- Verschiedene biologische Krisen und Gefahrensituationen der vergangenen Jahre (z. B. Lassafall (2000), Enterohämorrhagische Escherichia coli-Ausbruch (2011), Bioterror Köln-Chorweiler [2018]) haben gezeigt, dass die im Seuchenalarmplan abgebildeten Szenarien einen realistischen Hintergrund aufweisen.

In Bezug auf Infektionskrankheiten ist davon auszugehen, dass auch zukünftig zoonotischen Erregern eine besondere Bedeutung zukommt. Durch das zunehmende Vordringen des Menschen in unberührte Regionen einerseits und das enge Zusammenleben von Tier und Mensch in vielen Ballungsräumen andererseits sowie die Globalisierung und klimabedingte Änderung von Vektorlebensräumen bestehen ideale Bedingungen für die Übertragung und Weiterverbreitung entsprechender Erreger.

#### *Resilienz hinsichtlich gesundheitlicher Gefahrenlagen*

Um im Ereignisfall die reibungslose Umsetzung der Koordination und des Managements der verschiedenen Szenarien sicherzustellen, ist es erforderlich, regelmäßige Übungen abzuhalten. Dies wird, wie in der Antwort auf die Frage I.2 dargestellt, gewährleistet durch die regelmäßige Beteiligung des Landes an den LÜKEX-Übungen, auch zu biologischen Szenarien. Zusätzlich werden vom Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz des Landesgesundheitsamtes Übungen insbesondere zum Transport von Patientinnen und Patienten mit lebensbedrohenden hochkontagiösen Krankheiten und deren Aufnahme in der Behandlungseinrichtung im Robert-Bosch-Krankenhaus durchgeführt. Das LGA hat unter der Leitung des Kriminaltechnischen Instituts (KTI) des Landeskriminalamtes Baden-Württemberg (LKA BW) an einer behördenübergreifenden Vollübung zur Bewältigung einer bioterroristischen Bedrohungslage (BAO SALUS/2019) teilgenommen und die Planung unterstützt. Dort wurden die innerhalb der übungsbeteiligten Stellen bereits bestehenden Einsatz- und Ausstattungskonzepte praktisch erprobt und Kooperationsstrukturen überprüft und gefestigt.

Im Ministerium für Verkehr hat die Abteilung Straßenverkehr, Straßeninfrastruktur im Rahmen der Krisenfestigkeit der Straßeninfrastruktur entsprechende Handlungsoptionen aufgezeigt. So nehmen beispielsweise die Aufgaben des Straßenunterhaltungsdienstes im Zuge von Bundes-, Landes- und Kreisstraßen die unteren Verwaltungsbehörden mit den jeweils zuständigen Straßenmeistereien wahr. Hauptaufgabe ist die Gewährleistung einer sicheren Befahrbarkeit der Straßen. In diesem Zusammenhang wurden landesweit bei Tunnel mit einer Länge von mehr als 400 Metern im Zuge von Bundes- und Landesstraßen externe Stromeinspeisemöglichkeiten mittels Stromerzeugern geprüft, da die vorhandene unterbrechungsfreie Stromversorgung (USV-Anlage) der vorgenannten Tunnel den Betrieb nur kurzzeitig gewährleisten kann. Grundsätzlich wurde im Ministerium für Verkehr veranlasst, dass wesentliche Kontaktdaten und Informationen zur Straßeninfrastruktur nicht ausschließlich digital vorgehalten werden, sodass im Ereignisfall weiterhin umgehend Fachpersonal hinzugezogen werden kann.

Im Bereich des Öffentlichen Verkehrs wurden Maßnahmenpläne etabliert, mittels derer im Fall von breiten Personalausfällen durch planmäßige Leistungsreduzierungen in einem komplexen System ein sinnvolles Grundangebot aufrechterhalten werden kann.

Das Ministerium für Landesentwicklung und Wohnen führt zu den erwarteten künftigen Krisenszenarien Folgendes aus:

#### *Wohnungswesen und Wohnraumförderung*

Unter Gesichtspunkten des Wohnungswesens und der Wohnraumförderung bedeutet Krisenfestigkeit die Fähigkeit, einerseits einer Wohnraumunterversorgung aufgrund eines Überhangs von Unterkunfts- und Wohnungssuchenden und andererseits einer nicht mehr vertretbaren Belastung der Bevölkerung infolge der Kosten angemessenen Wohnens entgegenwirken zu können. Für eine ausreichende Wohnraumversorgung bedarf es neben einem im Rahmen des Möglichen auszubauenden Bestands sozial gebundenen Wohnraums der Stärkung des allgemeinen, den unterschiedlichen Bedarfen entsprechenden Wohnraumangebots in den für untere und mittlere Einkommensgruppen bezahlbaren Angebotssegmenten. Ergänzend muss für kurzfristige Bedarfsspitzen durch neu ins Land kommende Geflüchtete ausreichend Vorsorge getroffen werden.

Dabei wirkt das Land mit den Kommunen sowie mit dem Bund zusammen. So wurden die Förderangebote der sozial orientierten Wohnraumförderung ausdifferenziert und zwischenzeitlich auf ein Bewilligungsvolumen von rund 377 Mio. Euro erhöht, das in diesem Umfang auch vom Markt nachgefragt wird.

Ein wesentliches Instrument, die Resilienz der Förderanreize selbst für Investitionen in zusätzlichen Wohnraum mit einem typischerweise längeren Vorlaufzeitraum zu gewährleisten, ist die Dynamisierung der berücksichtigungsfähigen Preise entsprechend der tatsächlichen Kostenentwicklung.

Jenseits der sozialen Wohnraumförderung ist ein Förderangebot zur Stärkung „Neuen Wohnens“ in Vorbereitung.

Auf die Schaffung von zusätzlichen Unterkunstmöglichkeiten der Städte und Gemeinden für die Anschlussunterbringung Geflüchteter, wie auch subsidiär die Schaffung weiteren sonstigen miet- und belegungsgebundenen Wohnraums, zielt das in Entstehung befindliche Programm der Förderung von Wohnraum für Geflüchtete mit einem Volumen von 80 Mio. Euro in 2022 und 2023. Die Förderangebote zielen auf die Schaffung langfristig wirkender Entlastungen, z. B. durch entsprechende Ausgestaltung der Förderanreize oder durch Vorgaben einer über die unmittelbare Bindungsfrist noch hinausreichenden Verpflichtung, die Gebäude weiter im Eigentum zu halten.

#### *Weitere Krisenszenarien für das Wohnungswesen und Gebäude*

Die drohende Energiekrise sowie die Reduzierung und möglicherweise gänzliche Einstellung von Gaslieferungen aus Russland stellen weitere Krisen für das Wohnungswesen dar. Jedenfalls ist mit steigenden Preisen bei der Energieversorgung insgesamt zu rechnen, möglicherweise auch mit Engpässen bei der Versorgung mit Gas. Hiervon betroffen sind sämtliche Wohnhaushalte (Mietwohnungen und selbst bewohntes Wohneigentum) in Form der Nebenkosten für Heizung, Warmwasser und ggf. auch Strom. Existenziell betroffen sind allerdings vor allem einkommensschwache Haushalte, bei denen energiebedingte Nebenkosten einen höheren Anteil der gesamten Wohnkosten ausmachen.

Eine Resilienz für betroffene Wohnhaushalte gilt es insoweit aufzubauen, als dass die sozialen Sicherungssysteme im Bundesrecht (Zweites Buch Sozialgesetzbuch [SGB II], Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch [SGB XII], Wohngeld etc.) zur Abfederung der Mehrbelastungen für betroffene Wohnhaushalte dauerhaft und nachhaltig ausgerüstet werden müssen. Über den einmaligen Heizkostenzuschuss 2022 für Wohngeldbeziehende hinaus sind hier die Reform zum Bürgergeld nach SGB und die Wohngeldreform 2023 seitens der Bundesregierung angekündigt und in die Wege geleitet.

Ferner können zunehmend Naturkatastrophen wie Erdbeben, extreme Stürme oder extreme Niederschläge lokal oder großräumig zu erheblichen Einwirkungen auf Gebäude führen. Gebäude werden nach den Technischen Baubestimmungen ausgelegt und bemessen. In den Technischen Baubestimmungen sind die in der Bemessung anzusetzenden Einwirkungsgrößen für Erdbeben, Wind und Niederschlag so festgelegt, dass sie zwar im Laufe der Gebäudelebensdauer überschritten werden können, aber in Verbindung mit dem Bemessungskonzept (mit den darin berücksichtigten Sicherheitsfaktoren) ein Gebäudeeinsturz bei einer Überschreitung sehr unwahrscheinlich, jedoch nicht gänzlich auszuschließen ist. Erdbeben-, Wind-, und Niederschlagsereignisse werden aufgezeichnet und statistisch ausgewertet. Bei Bedarf werden die in den Technischen Baubestimmungen festgelegten Ansätze für die Einwirkungsgrößen angepasst.

In Verbindung mit Naturkatastrophen können Folgeereignisse wie Überflutungen, Murgänge oder Lawinen auftreten. Eine wirtschaftliche Bemessung von Gebäuden gegen die Folgeereignisse ist außer bei kalkulierbaren Überflutungen meist nicht möglich. Zur Abwehr von Gefahren kommen bauliche Schutzanlagen wie Dämme, Sperren oder Ablenkbauten in Betracht.

4. Um welche Vorbereitungen handelt es sich hierbei, unter Darlegung des Zuständigkeitsbereichs aus der Geschäftsverteilung der Landesregierung im Hinblick auf die Differenzierung von Katastrophen sowie von Krisen unterhalb der Schwelle einer Katastrophe?
5. Welches Organigramm der Zuständigkeiten gibt es unter Darlegung der Gesamtkoordination, der Verantwortlichkeit je nach Stadium und des jeweiligen Arbeitsmodus?

Zu den Fragen I. 4 und I. 5 wird aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam Stellung genommen.

Aufgrund der Vielfalt vorhandener Risiken und denkbarer Schadensszenarien ist es nicht zielführend, sich nur auf die Optimierung eines einzelnen Schadensszenarios, beispielsweise der Coronapandemie oder eines Hochwassers, zu konzentrieren. Vielmehr werden Strukturen benötigt, die bei jedwedem Schadensszenario greifen. Dies sind vor allem allgemeingültige Regelungen zur Aufbau- und Ablauforganisation.

Eine professionelle und effiziente Gefahrenabwehr und ein zielgerichtetes Krisenmanagement verlangen nach einem schnellen, planvollen und koordinierten Zusammenwirken sowie einem einheitlichen Führungsverständnis aller Entscheidungsebenen.

In Baden-Württemberg besteht daher bereits seit 2004 ein durchgängiges und bewährtes System zur Bildung von Verwaltungs- und Führungsstäben auf den verschiedenen Verwaltungsebenen von den Ministerien über die Regierungspräsidien sowie die Stadt- und Landkreise bis hin zu den Gemeinden. Berücksichtigt wurden die von der IMK im November 2003 gebilligten bundeseinheitlichen „Hinweise zur Bildung von Stäben der administrativ-organisatorischen Komponente (Verwaltungsstäbe VwS)“, die damals maßgeblich von Baden-Württemberg mitentwickelt wurden.

Gerade in krisenhaften Situationen, die sich durch besonderen Zeitdruck, durch nicht regelhafte Situationen und durch besondere Gefahren sowie deren Brisanz auszeichnen, müssen Entscheidungen von denjenigen getroffen werden, denen dies im täglichen Handeln obliegt und die die rechtlichen sowie ressortspezifischen Zuständigkeiten innehaben. Nur so können die Gesamtzusammenhänge umfassend bewertet und die notwendigen Entscheidungen getroffen werden.

Hierzu muss im alltäglichen Arbeits- beziehungsweise Dienstgeschäft bereits das Bewusstsein für eine gemeinsame und ressortübergreifende Verantwortung im Risiko- und Krisenmanagement entwickelt worden sein.

Die Einberufung von Stäben hat zudem keinen Einfluss auf die rechtlichen und fachlichen Zuständigkeiten. Stäbe dienen regelhaft dazu, das in der Alltagsverwaltung erprobte Verwaltungshandeln zu beschleunigen. Hierzu sind allen Beteiligten zeitnah aktuelle Lagebilder zu vermitteln, Kommunikationskanäle zwischen den zuständigen Bereichen zu etablieren, gemeinsame Ziele zu erarbeiten und eine einheitliche Kommunikation zu gewährleisten. Die rechtlichen und fachlichen Zuständigkeiten bleiben hiervon jedoch unberührt.

Beispielhaft sei der Aufbau der Besonderen Aufbauorganisation (BAO) der Landesregierung bei der besonders herausfordernden Krisenlage der SARS-CoV-2-Pandemie dargestellt.

#### *Lenkungsgruppe*

Zur Bewältigung des Infektionsgeschehens im Zusammenhang mit dem Coronavirus setzte der Ministerrat mit Beschluss vom 13. März 2020 die Lenkungsgruppe „SARS-CoV-2 (Coronavirus)“ unter der Leitung des Chefs der Staatskanzlei ein. Die Lenkungsgruppe hat den Auftrag, den Gesundheitsschutz der Bevölkerung in Baden-Württemberg sicherzustellen und dabei möglichst die Auswirkungen auf Bevölkerung und Wirtschaft in einem erträglichen Rahmen zu halten.

Hierzu fasst die Lenkungsgruppe unter Beachtung rechtlicher Vorgaben alle notwendigen exekutiven Beschlüsse, um eine Eindämmung des Infektionsgeschehens zu erreichen sowie die medizinische Versorgung in Baden-Württemberg zu gewährleisten.

Mitglieder der Lenkungsgruppe sind die Amtschefinnen und -chefs der besonders betroffenen Ressorts, weitere Amtschefinnen und -chefs werden bei Bedarf hinzugezogen. Ebenso waren die kommunalen Landesverbände situativ in der Lenkungsgruppe vertreten. Im Staatsministerium wurde eine Geschäftsstelle der Lenkungsgruppe eingerichtet. Die administrative Unterstützung der Lenkungsgruppe erfolgt im Rahmen des Interministeriellen Verwaltungsstabs.

#### *Interministerieller Verwaltungsstab*

Ein gemeinsamer Verwaltungsstab der Ministerien (Interministerieller Verwaltungsstab – IVwS) wird gebildet, wenn zur Bewältigung eines außergewöhnlichen Ereignisses einschließlich des Katastrophenfalls eine ressortübergreifende Zusammenarbeit geboten ist. Die Leitung des IVwS obliegt grundsätzlich dem Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen.

Zur Koordinierung und schnellen Herbeiführung von ressortübergreifenden Maßnahmen zur Bewältigung der Coronapandemie wurde der IVwS am 26. Februar 2020 einberufen. Dieser erarbeitet und empfiehlt Maßnahmen, um ein einheitliches und koordiniertes Handeln der Ressorts zu gewährleisten. Geleitet wird der IVwS zur Bewältigung der Coronapandemie vom Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen. Die Geschäftsführung obliegt der Leitung der Abteilung „Bevölkerungsschutz, Krisenmanagement, Verfassungsschutz“ im Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen. Mitglieder sind alle Ministerien. Die Regierungspräsidien, die Landtagsverwaltung, der Rechnungshof und die kommunalen Landesverbände (Städtetag, Gemeindetag, Landkreis-tag) sind in den IVwS zur Bewältigung der Coronapandemie als ständige Gäste eingebunden.

#### *Ressortinterne Verwaltungsstäbe*

In den einzelnen Fachministerien gibt es ressorteigene Verwaltungsstäbe. Diese sind für die Organisation und die Steuerung sämtlicher operativer Maßnahmen in ihrem Zuständigkeitsbereich gemäß Ressortprinzip verantwortlich. In welchem Umfang die jeweiligen Verwaltungsstäbe in der Coronapandemie aktiv sind oder waren, hängt maßgeblich von den Aufgaben im Zusammenhang mit der Pandemiebewältigung ab. Der Verwaltungsstab des Ministeriums des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen wurde am 26. Februar 2020 aufgerufen. Derzeit finden keine Stabsbesprechungen des Verwaltungsstabs statt, sie können aber jederzeit wieder durchgeführt werden, wenn es die Lage erfordert.

Der Verwaltungsstab des Sozialministeriums wurde am 26. Februar 2020 einberufen; die diesbezüglichen Lagebesprechungen wurden am 11. Mai 2020 beendet.

Eine wichtige Rolle spielen auch die vier Regierungspräsidien mit ihrer Bündelungs- und Schnittstellenfunktion. Neben der Erfüllung ihrer originären Aufgaben wirken die Regierungspräsidien als Scharnier zwischen Landesregierung und -verwaltung, den Stadt- und Landkreisen und den Kommunen. Dort werden ebenfalls Verwaltungsstäbe eingerichtet.

Durch die beschriebene BAO hat die Landesregierung die Möglichkeit geschaffen, in allen Krisensituationen effektiv und schnell notwendige und abgestimmte Maßnahmen umzusetzen und so ein abgestimmtes Handeln aller Beteiligten zu gewährleisten.

*6. Welche konkreten tatsächlichen Szenarien für Katastrophen, Großschadensereignisse und Krisen legt die Landesregierung derzeit und zukünftig unter Darlegung der spezifischen Pläne, Konzepte und Strukturen mit verbindlicher Auslösung jeweils im Einzelnen, insbesondere zur Bewältigung von Krisen, die keine Katastrophen sind, zugrunde?*

Die Auswirkungen des Klimawandels auf mögliche Schadenlagen werden künftig eine größere Rolle spielen, die weit über bisher bekannte Waldbrände oder Hochwasserszenarien hinausgehen. Es ist zwingend notwendig, an dieser Stelle umfassend und kreativ zu denken: Niedrigwasserstände auf Wasserstraßen und damit einhergehende Logistikprobleme, Trink- und Löschwasserknappheit sowie Anstiege der Rettungsdienstesätze in heißen Sommermonaten prägen das Bild. Eine zunehmende Erwärmung des Stadtklimas und eine höhere Bevölkerungskonzentration werden weitere, bisher nicht gedachte Risiken mit sich bringen.

Mit Pandemien muss aufgrund der Mobilität der Bevölkerung, dem engen Zusammenleben von Tier und Mensch in vielen Ballungsräumen sowie aufgrund des Anstiegs der Weltbevölkerung und des weiter fortschreitenden Klimawandels künftig in engeren zeitlichen Abständen gerechnet werden.

Die globale Sicherheitslage hat sich in den vergangenen Jahren ebenfalls verändert (Stichwort „Hybride Bedrohung“). Bedrohungsszenarien wie Cyberangriffe, Terroranschläge oder Kommunikationsbeeinflussungen der Bevölkerung sind Wirklichkeit geworden.

Die Interdependenzen zwischen den einzelnen Sektoren der Kritischen Infrastruktur (KRITIS) haben in den vergangenen Jahren immer weiter zugenommen. Die Energieabhängigkeit und die zunehmende IT-Durchdringung in allen KRITIS-Sektoren spielen hierbei eine bedeutende Rolle. Dieser Thematik kommt insbesondere vor dem Hintergrund des Krieges in der Ukraine eine immer größere Bedeutung zu.

Militärische Spannungen und Kriege sind auch innerhalb Europas gerade wieder zu einer bedrückenden Realität geworden. Die Zivile Verteidigung und insbesondere der Zivilschutz muss als real existierendes Handlungsfeld wieder im Blick aller sein.

In diesem globalen und vielfältigen Szenario drohen auch Mehrfachlagen. Dies wurde im zurückliegenden Jahr bei der Flutkatastrophe in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen deutlich und zeigt sich auch im Ukraine-Krieg. In eine Pandemielage hinein waren bzw. sind die Menschen zusätzlich durch weitere Schadenlagen bedroht.

Die künftigen Krisenszenarien werden alle Beteiligten stärker und anders fordern als bisher, da mögliche Schadenlagen das Potenzial zu einer ressort- und einer gesellschaftsübergreifenden Betroffenheit haben. Krisenmanagement ist somit nicht nur allein Angelegenheit der Blaublichtorganisationen, der Katastrophenschutzabteilungen oder der Innenressorts. Künftig bedarf es vor allem eines ressortübergreifenden Handelns sowohl aller staatlichen Stellen als auch der Wirtschaft und der Bevölkerung; mithin der gesamten Gesellschaft.

Auch der Risiko- und Krisenvorsorge kommt in diesem Kontext eine zentrale Bedeutung zu, um im Ereignisfall möglichst „vor die Lage zu kommen“. Das Referat „Krisenmanagement“ des Ministeriums des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen beobachtet deswegen fortwährend die Lage in Baden-Württemberg, in Deutschland und der Welt im Hinblick auf sich anbahnende Krisen, die Auswirkungen auf Baden-Württemberg haben könnten. Durch dieses Monitoring können bereits frühzeitig die Vorbereitungen anlaufen, erste Maßnahmen vorgedacht und im Ereignisfall schnell die Reaktionsfähigkeit hergestellt werden. So wurde beispielsweise bereits im Januar 2020 – vor Auftreten der ersten Fälle in Baden-Württemberg – ein besonderes Augenmerk auf das Coronavirus gerichtet und eine vorbereitende Lagepräsentation zu dem Thema erstellt. Derartige Lagepräsentationen werden auch unabhängig von sich aktuell anbahnenden Lagen als

Krisenvorsorge zu verschiedenen Szenarien (z. B. Tierseuchen, hochansteckende Krankheiten, Ausfall kritischer Infrastrukturen, Extremwetterereignisse) in enger Abstimmung mit dem jeweils zuständigen Fachressort erstellt. Sie ermöglichen einen ersten thematischen Überblick und werden im Ereignisfall kontinuierlich fortgeschrieben. Die Präsentationen beinhalten Hintergrundinformationen, geeignete Schutzmaßnahmen, Ressourcen, Zuständigkeiten und Betroffenheit der Ressorts sowie Informationen zur aktuellen Lage.

Die Landesregierung greift im Hinblick auf den Katastrophenschutz grundsätzlich auf die Bund-Länder-Risikoanalysen zurück, die in Federführung des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe erstellt werden (abrufbar unter: [www.bbk.bund.de](http://www.bbk.bund.de) unter dem Menüpunkt „Themen/Risikomanagement/Risikoanalysen Bund und Länder“).

Das Landeskatastrophenschutzgesetz wählt im Hinblick auf die konkrete Umsetzung einen dezentralen Ansatz. Nach § 2 Absatz 1 in Verbindung mit § 6 Absatz 1 LKatSG haben die unteren Katastrophenschutzbehörden als vorbereitende Maßnahmen insbesondere

- zu untersuchen, welche Katastrophengefahren in ihrem Bezirk drohen,
- die in ihrem Bezirk für die Katastrophenbekämpfung vorhandenen Einsatzkräfte und -mittel zusammenzustellen und
- Katastrophen-Alarm- und Einsatzpläne auszuarbeiten und weiterzuführen.

Den im Katastrophenschutz mitwirkenden Gemeinden obliegt gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 2 LKatSG die Aufgabe, Alarm- und Einsatzpläne für notwendig werdende eigene Maßnahmen in Abstimmung mit den Alarm- und Einsatzplänen der Katastrophenschutzbehörde auszuarbeiten und weiterzuführen.

## II. Gesundheitskrise

### *1. Wie stellen sich die Zuständigkeiten hinsichtlich der Krisenvorsorge und der Krisenreaktion bei Gesundheitskrisen im Bund, im Land sowie in den Landkreisen und Kommunen allgemein unter Angabe der Schnittstellen in horizontaler und vertikaler Ebene zwischen den Zuständigkeiten in der Coronapandemie und der Schnittstellenfähigkeit und etwaigen Änderungsbedarfs dar?*

Für die Krisenvorsorge und die Krisenreaktion bei Gesundheitskrisen hat der Bund gemäß Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland (GG) die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz zum Erlass von Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten. Dabei erfasst Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG alle Maßnahmen, die der Bekämpfung sowie der Vorbeugung der Krankheit dienen. Der Bund hat mit dem Erlass des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfSG) von dieser konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit Gebrauch gemacht und dort Regelungen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vorgesehen. Im Rahmen der Coronapandemie hat der Bund insbesondere die Rechtsgrundlagen im IfSG (§§ 28 f. IfSG) zur Anordnung von Schutzmaßnahmen zur Bekämpfung des übertragbaren Coronavirus mehrfach geändert und an die jeweilige Pandemielage angepasst.

In horizontaler Ebene bestehen Schnittstellen des Bundes zu den Ländern insoweit, dass die Länder über die Beteiligung des Bundesrates nach Artikel 77 GG am Gesetzgebungsprozess bei den Novellierungen des IfSG mitwirken. Schnittstellen zwischen dem Bund und den Ländern bestehen in vertikaler Hinsicht dahingehend, dass die Landesregierungen in § 32 Satz 1 IfSG ermächtigt werden, unter den Voraussetzungen, die für Maßnahmen nach den §§ 28, 28a und 29 bis 31 IfSG maßgebend sind, auch durch Rechtsverordnungen entsprechende Gebote und Verbote zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu erlassen. Im Rahmen der Coronapandemie hat die Landesregierung von dieser Ermächtigung Gebrauch gemacht und für das Land Corona-Verordnungen zur Anordnung von Schutzmaß-

nahmen zur Bekämpfung von COVID-19 erlassen. Bei dem Erlass solcher Corona-Verordnungen wurden die kommunalen Landesverbände im Vorfeld beteiligt, sodass zwischen dem Land und den Landkreisen und Kommunen im Hinblick auf die Anordnung von Schutzmaßnahmen durch die Landesregierung Schnittstellen in horizontaler Ebene bestehen. Zudem können die Landesregierungen gemäß § 32 Satz 2 IfSG ihre Verordnungsermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen. Hierdurch können in vertikaler Hinsicht Stadt- und Landkreise von der Landesregierung ermächtigt werden, bei einem lokalen Ausbruchsgeschehen Schutzmaßnahmen per Rechtsverordnung für ihren Kreis zu erlassen.

Die Erfahrungen der Coronapandemie zeigen, dass die Zuständigkeitsverteilung der effektiven Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten Grenzen setzt. Dies betrifft insbesondere das Gesetzgebungsverfahren zur Anpassung der Rechtsgrundlagen im IfSG durch den Bund. Da eine Pandemielage – und nicht nur die Coronapandemie – in aller Regel ein sofortiges Handeln zur Bekämpfung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten erfordert, reicht es nicht aus, wenn im IfSG Rechtsgrundlagen für Schutzmaßnahmen vorgesehen sind, die lediglich auf die aktuelle Pandemielage zugeschnitten sind und zudem auch noch eine nur befristete Geltungsdauer beanspruchen. Der Gesetzgebungsprozess zur Anpassung der Rechtsgrundlagen im IfSG an die jeweilige Pandemielage ist zu schwerfällig, um unmittelbar auf die aktuelle Pandemiesituation reagieren und den Eintritt einer Notlage verhindern zu können. Daher ist im IfSG die Implementierung einer – von der Coronapandemie losgelösten – abstrakten Rechtsgrundlage vorzugswürdig, die den Ländern bei einer landesweit drohenden epidemischen Verbreitung einer übertragbaren Krankheit sowie der Gefahr einer Überlastung des Gesundheitssystems einen umfangreichen Maßnahmenkatalog zur Verfügung stellt. Ob und inwiefern dann die Länder im konkreten Fall von den jeweiligen Maßnahmen Gebrauch machen, richtet sich nach den fachlichen Empfehlungen der Expertinnen und Experten und untersteht dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Damit die Länder mit Blick auf künftige Entwicklungen vorausschauend und rechtzeitig die notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen ergreifen können, wäre es zudem vorzugswürdig, dass die Rechtsgrundlage unbefristete Geltung hat. Dies auch vor dem Hintergrund, wenn der Erlass von Schutzmaßnahmen ohnehin der ständigen Überprüfung auf ihre Notwendigkeit unterliegt und die Anordnung von Schutzmaßnahmen zu befristen ist.

#### *Krisenmanagement und Zusammenarbeit auf Bund-, Länder- und Kommunalen Ebene*

Für das Krisenmanagement auf Bundesebene ist in Abhängigkeit von der konkreten Gefahren- oder Schadenslage das jeweils fachlich überwiegend zuständige Ressort federführend. Hierfür werden in den einzelnen Ressorts entsprechende Krisenmanagementstrukturen vorgehalten. So beruft im Pandemiefall das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als federführendes Bundesministerium seinen Krisenstab ein. Verbindungspersonen aus anderen Ressorts oder den Ländern können zu den Sitzungen eingeladen werden. Der Krisenstab ist in nationale und internationale Strukturen eingebunden und stellt damit die Bündelung der Informationen und die Entwicklung von Strategien zur Bewältigung der gesundheitlichen Schadenslage sicher. International sind der Krisenstab und die Behörden des Geschäftsbereichs eingebunden in die entsprechenden Gremien und Schnellwarnsysteme der EU, der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) und der Globalen Initiative für Gesundheitssicherheit (Global Health Security Initiative, GHSI). Die fachliche Beratung des Krisenstabes wird durch die Behörden des Geschäftsbereichs (Robert Koch-Institut (RKI), Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM]) gewährleistet.

Auf Länderebene ist die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) das Gremium des fachlichen und politischen Meinungsaustausches zwischen den Ministerinnen und Ministern sowie Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder. Entscheidungen der GMK werden auf Ebene der Amtschefinnen und Amtschefs der Ministerien und Senatsverwaltungen in der Amtschefkonferenz (ACK) und auf Ebene der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Gesundheitsbehörden (AOLG) vor-

bereitet. Sowohl bei der GMK als auch bei der ACK und AOLG ist das BMG als Gast vertreten.

Die AOLG hat zu Schwerpunktthemen Arbeitsgruppen eingerichtet. Für Fragen der Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ist die AG Infektionsschutz der AOLG zuständig. In der AG Infektionsschutz haben BMG, das Bundesministerium für Verteidigung (BMVG), das RKI, das PEI und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Gaststatus. Die AG Infektionsschutz stimmt im Pandemiefall mit dem RKI und weiteren Institutionen die konkreten Maßnahmen des Infektionsschutzes ab. Erkenntnisse der gemäß § 11 IfSG für das Meldewesen zuständigen Landesbehörden und der auf Fachebene installierten AG Surveillance werden in den Entscheidungsprozess einbezogen. Darüber hinaus können weitere Arbeitsgruppen der AOLG wie die AG Arzneimittel-, Apotheken-, Transfusions- und Betäubungsmittelwesen der AOLG (AG AATB) oder die AG Krankenhauswesen mit speziellen Fragestellungen befasst werden.

Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Koordinierung des Infektionsschutzes in epidemisch bedeutsamen Fällen (Verwaltungsvorschrift-IfSG-Koordinierung – IfSGKoordinierungs-VwV) vom 12. Dezember 2013 (BAnz AT 18. Dezember 2013 B3) legt Verfahren fest, wie das RKI und das BMG in epidemisch bedeutsamen Fällen, wie einer Pandemie, mit anderen Behörden des Bundes und den Behörden des ÖGD der Länder Informationen austauschen und zusammenarbeiten.

Die Abstimmung von Maßnahmen erfolgt in Abhängigkeit von der Tragweite der Entscheidung auf allen Ebenen des Bund-Länder-Austausches, wobei der fachlichen Abstimmung zwischen dem RKI und den Mitgliedern der AG Infektionsschutz der AOLG bei der Bewältigung des Tagesgeschäfts eine besondere Bedeutung zukommt.

Grundlage für die Zuständigkeiten auf Ebene der Stadt- und Landkreise bei gesundheitlichen Gefahrenlagen ist das Infektionsschutzgesetz und die Verordnung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration für die Zuständigkeiten nach dem IfSG, gegebenenfalls ergänzt durch die jeweiligen Stabsdienstordnungen der beteiligten Behörden.

Bei Verdacht auf eine übertragbare Erkrankung wird das IfSG einschlägig. § 16 IfSG in Verbindung mit der Verordnung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration über Zuständigkeiten nach dem IfSG bilden die Grundlage für die notwendigen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr im Zusammenhang mit übertragbaren Erkrankungen und bioterroristischen Anschlägen. Danach ist die Ortspolizeibehörde, sofern nicht anders bestimmt, zuständig für die Anordnung notwendiger Maßnahmen. Gemäß § 16 Absatz 6 IfSG ordnen die Ortspolizeibehörden die Maßnahmen grundsätzlich auf Vorschlag des Gesundheitsamtes an.

Um Krisensituationen besser entgegenzutreten, bedarf es zudem einer guten Kommunikation innerhalb des ÖGD. Die Fach- und Dienstaufsicht der obersten, mittleren und unteren Verwaltungsbehörde gilt es im Rahmen der jeweils verfügbaren Haushaltsmittel zu stärken. Nur so kann Kommunikation und Steuerung als wesentliches Instrument für die Bewältigung für Krisensituationen eingesetzt werden. Denn mit dem Auftreten neuer, fach-, sektoren- und verwaltungsebenen-übergreifender Herausforderungen im Gesundheitswesen (z. B. Umweltschadensfälle, Klimawandel, Katastrophenschutz) sind den Regierungspräsidien als Bündelungs- und Koordinationsbehörde neue Aufgaben zugewachsen.

Die Eingliederung des Landesgesundheitsamts in das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration zum 1. Januar 2022 schafft den Rahmen, dass sich der ÖGD noch effektiver auf wichtige Zukunftsthemen konzentrieren kann und krisenfester aufgestellt wird. Durch die Eingliederung wird zudem das Zusammenwirken von Landes- und kommunaler Ebene im Bereich des Gesundheitswesens gestärkt.

Des Weiteren bedarf es der Weiterentwicklung von sektorenübergreifenden strukturellen Kooperationen auf kommunaler Ebene. Es gilt, die Sektorengrenzen im Gesundheitssystem zu überwinden, um bei der Krisenvorsorge und der Krisenreaktion bei Gesundheitskrisen besser handeln zu können. Um dieses Ziel zu erreichen, soll die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger stärker an deren Bedürfnissen ausgerichtet werden. Um die gesundheitliche Versorgung umfassend, sektorenübergreifend, interprofessionell und innovativ zu gestalten, muss die Versorgung an die regionalen Gegebenheiten angepasst werden. Die wichtigsten Themen zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung sind: die Stärkung von Koordination und Kooperation innerhalb unterschiedlicher Professionen im Gesundheitswesen, die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung sowie die Stärkung von Bürgerbeteiligungsprozessen. Dies äußert sich u. a. im Ziel des Ausbaus der Primärversorgung, gerade auf dem Land und gerade dort, wo Kliniken schließen und eine gut ausgebaute Grundversorgung an ihre Stelle treten muss.

#### *Rolle der Pandemiebeauftragten*

Im Hinblick auf eine Optimierung der Schnittstellen wurde bereits zu Beginn der Coronapandemie die AG Corona unter Einbezug der Versorger und weiterer Verantwortlicher etabliert.

Die für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zuständige KVBW ist institutionell nicht in die Krisenvorsorge und Krisenreaktion der staatlichen Stellen und Kommunen eingebunden. In der Coronapandemie hat die KVBW auf Ebene der Landkreise Pandemiebeauftragte eingerichtet. Die Pandemiebeauftragten haben mit den Landkreisen den Aufbau der Test- sowie Impfinfrastruktur abgestimmt und für die Einbindung der lokalen Ärzteschaft gesorgt. Der Erfolg der Test- sowie Impfkampagnen ist in hohem Maße auf die massive und nachhaltige Unterstützung des ambulanten ärztlichen Sektors zurückzuführen.

Im Ergebnis hat sich die Einrichtung der Pandemiebeauftragten in der Pandemie bewährt.

Die Pandemiebeauftragten wurden von der KVBW daher auch eingesetzt, um die medizinische (Erst-)Versorgung von Flüchtlingen aus der Ukraine zu gewährleisten.

#### *2. Welche Grundstrukturen und Instrumente des Monitorings, der Surveillance, der Beobachtung usw. gibt es im Land unter Angabe der jeweiligen Verantwortlichkeit, um Gesundheitskrisen frühzeitig zu erkennen?*

Zu den zentralen Aufgabengebieten der epidemiologischen Überwachung gehört die Beobachtung von Infektionskrankheiten. Die infektionsepidemiologische Surveillance ist die fortlaufende systematische Sammlung, Analyse, Bewertung von Daten zu Infektionskrankheiten zum Zweck der Planung, Durchführung und Bewertung von Maßnahmen zur Krankheitsbekämpfung.

Im Rahmen des IfSG gibt es einen Katalog von meldepflichtigen Krankheiten und Krankheitserregern (§ 6 und § 7 IfSG), die von Laboren, Ärztinnen und Ärzten an die zuständigen Gesundheitsämter gemeldet und von dort an das LGA und nachfolgend das RKI übermittelt werden. Diese Daten werden auf Landesebene kontinuierlich vom Landesgesundheitsamt erfasst und wöchentlich auf der Homepage des LGA als „InfektNews“ veröffentlicht (Die Daten sind unter dem folgenden Link zu finden: <https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/de/fachinformationen/infodienste-newsletter/infektnews/>).

#### *Surveillance-Systeme*

Darüber hinaus stehen z. B. für Atemwegserkrankungen weitere Surveillance-Systeme zur Verfügung. Die Anzahl der symptomatisch in der Bevölkerung erkrankten Personen und die Zahl der Arztbesuche wird im Rahmen eines Webportals des RKI (GrippeWeb) durch direkte Meldungen von Freiwilligen („citi-

zen-science“) erfasst. Dabei wird der Anteil der Bevölkerung berechnet, der eine neu aufgetretene Atemwegserkrankung hat. Diese Daten sind gemeinsam mit den Daten aus dem ambulanten Bereich (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) im wöchentlichen ARE-Wochenbericht (Akute Respiratorische Erkrankungen) der AGI abrufbar (<https://influenza.rki.de/Arbeitsgemeinschaft.aspx>). Die AGI hat zum Ziel, in Deutschland zeitnah die Überwachung und Berichterstattung des Verlaufs und der Stärke der Aktivität akuter Atemwegserkrankungen – darunter speziell die der Influenza – sicher zu stellen. Für Deutschland wird die Influenzasurveillance neben dem gesetzlichen Meldesystem gemäß IfSG bundesweit hauptsächlich durch die Sentinelärztinnen und -ärzte getragen. In diesem bundesweiten System sind z. B. auch Daten für Baden-Württemberg abrufbar (Die Daten sind unter dem folgenden Link zu finden: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx?agiRegion=1>).

Mit der virologischen Surveillance werden in diesen Arztpraxen auch Proben erhoben und auf Atemwegserreger untersucht. Im LGA wurde die Untersuchung auf ein breites Erregerspektrum etabliert, sodass zukünftig Proben aus Sentinelpraxen in Baden-Württemberg regelmäßig auf die aktuell zirkulierenden Erreger untersucht werden.

Zur molekulargenetischen Überwachung der Ausbreitung von bereits bekannten sowie neuartigen SARS-CoV-2-Varianten sowie deren genomische Veränderung wurde zu Beginn des Jahres 2021 die Landesstrategie molekulare Surveillance etabliert. Die Landesstrategie wurde zwischenzeitlich bis zum 30. September 2022 verlängert. Diese sieht jetzt vor, inzidenzabhängig einen repräsentativen Anteil aller SARS-CoV-2-positiven Proben mittels Vollgenomsequenzierung zu analysieren. Dies ermöglicht daher zusätzliche Sequenzierungen im Land, welche über die Regelungen der Coronavirus-Surveillanceverordnung (CorSurV) des Bundes hinausgehen, die lediglich die Finanzierung einer Stichprobe im Umfang von fünf bis zehn Prozent der viruspositiven Tests beinhaltet.

Für die Belastung der Krankenhäuser liegen ebenfalls Daten vor.

Das COVID-19-Resource-Board bildet die tagesaktuelle Bettenbelegung durch bestätigte COVID-19-Patientinnen und -Patienten in den Krankenhäusern Baden-Württembergs ab. Dort melden die Krankenhäuser ihre Intensiv- und Beatmungskapazitäten und die Belegung der Normalstationen mit COVID-19-Patientinnen und -Patienten.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft informiert über den Stand der aktuellen Bettenbelegung bestätigter, stationärer COVID-19-Patientinnen und -Patienten bundesweit (Die Daten sind unter dem folgenden Link zu finden: <https://www.dkgv.de/dkg/aktuelle-corona-bettenbelegung/>).

Das RKI betreibt mit Beratung durch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) das DIVI-Intensivregister (Weitere Informationen zum DIVI-Intensivregister sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.intensivregister.de>). Das Register erfasst Fallzahlen intensivmedizinisch behandelte COVID-19-Patientinnen und -Patienten sowie Behandlungs- und Bettenkapazitäten von etwa 1 300 Akutkrankenhäusern Deutschlands. Dort sind auch Daten nach Bundesland abrufbar. Seit dem 16. April 2020 ist laut Intensivregister-Verordnung die Meldung für alle intensivbettenführenden Krankenhausstandorte verpflichtend.

Das DIVI-Intensivregister ermöglicht Engpässe in der intensivmedizinischen Versorgung im regionalen und zeitlichen Vergleich zu erkennen.

Die Mortalitätssurveillance ist die Surveillance der vorläufigen Sterbefallzahlen. Hierbei handelt es sich um eine reine Fallzahlauszählung der eingegangenen Sterbefallmeldungen aus den Standesämtern – ohne weitere statistische Aufbereitung. Um die Frage zu beantworten, wie sich COVID-19 auf die Sterbefallzahlen in Deutschland auswirkt, beobachtet das Statistische Bundesamt die Entwicklung anhand einer vorläufigen Sonderauswertung (<https://www.destatis.de/DE/The->

*men/Querschnitt/Corona/Gesellschaft/bevoelkerung-sterbefaelle.html*). Durch Nachmeldungen der Sterbefallzahlen können sich die Fallzahlen auch Monate später noch verändern.

Das IfSG sieht zukünftig eine zusätzliche direkte Meldung der Standesämter (ohne Zeitverzug) auch an die zuständige Landesbehörde (LGA) vor. Damit ist zukünftig eine zeitnahe Auswertung der vorläufigen Sterbefallzahlen auf Landesebene möglich.

Im Rahmen der Abwassersurveillance werden regelmäßig Proben aus dem Abwasser entnommen und auf das Vorkommen und die Menge bestimmter Krankheitserreger untersucht, u. a. auf SARS-CoV-2. Das LGA beteiligt sich derzeit an einem bundesweiten vom BMG, Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (BMUV) und Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördertem Projekt „Systematische Überwachung von SARS-CoV-2 im Abwasser“ (ESI-CorA), in dem geprüft werden soll, ob die flächendeckende Einführung eines Abwassermonitorings oder eher ein repräsentatives Monitoring befürwortet werden kann.

#### *Notfallversorgung im Fall eines überlasteten Gesundheitssystems*

Aus dem Dachgremium der AG Corona heraus wurde die Unterarbeitsgruppe (UAG) Notfall im März 2020 für spezifische Themen rund um die Notfallversorgung im Fall eines überlasteten Gesundheitssystems gegründet, um die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu sichern. Neben verschiedenen Akteuren der ambulanten und stationären Versorgung, insbesondere der Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V. (BWKG), der Landesärztekammer (LÄK), der KVBW, des Universitätsklinikums Ulm, sind hier auch das Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen, das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus, der Landkreistag und der Städtetag vertreten. In diesem Gremium wurde das sogenannte Schalenmodell, das Ausweichliegenschaften, die alternativ zur Versorgung der Patienten herangezogen werden können, ausweist, entwickelt und abgestimmt.

Zudem erfolgte die Abstimmung und Etablierung des sogenannten Clusterkonzepts. Hierbei ist das Land in sechs Versorgungsregionen unterteilt, die entlang der vorhandenen Intensivkapazitäten im Verhältnis zur Einwohnerzahl ermittelt wurden. Jedes Versorgungs-Cluster hat ein Leitkrankenhaus und einen sogenannten Cluster-Verantwortlichen, der oder die die Verlegungssteuerung im Cluster mittels des verwaltungsinternen Steuerungs-Tools „Resource Board“ koordiniert. Sofern es in einzelnen Clustern zu Engpässen der Intensivkapazitäten kommt, stimmen die Koordinierenden untereinander clusterübergreifende Verlegungen ab. Erst wenn es auf diese Weise nicht mehr gelingt, die Krankenhäuser des Landes zu entlasten, wird bundesländerübergreifend oder auch ins Ausland verlegt. Die enge Abstimmung mit den Notfall- und Intensivmedizinerinnen und -medizinern (Cluster-Koordinierende) ermöglicht eine enge Zusammenarbeit, um eine Überlastung der Krankenhäuser zu verhindern. Beginnende regionale Überlastungen, insbesondere des intensivmedizinischen Bereichs, können auf diese Weise früh erkannt und entsprechende Gegenmaßnahmen, wie beispielsweise Verlegungen in weniger belastete Regionen, veranlasst werden. Die jeweilige Bettenauslastung wird über das DIVI-Intensivregister und ein landesspezifisches Register bezüglich der Normalstationsbelegung überwacht.

Die Zusammenarbeit zwischen Clusterverantwortlichen und der KVBW wurde weiter ausgebaut. In jeder Versorgungsregion gibt es nun auch feste Ansprechpersonen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für die jeweiligen Clusterkoordinierenden. Auch auf kommunaler Ebene werden feste Ansprechpersonen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (in der Regel die jeweiligen Pandemiebeauftragten) und der regionalen Krankenhäuser etabliert. Auf diese Weise können auf den jeweiligen Ebenen Behandlungs- und Versorgungskonzepte abgestimmt und an die aktuellste Lage angepasst werden.

*3. Wie können die dortigen Erkenntnisse datenschutzkonform als Beurteilungsgrundlage unter Darlegung abweichender Regelungen zum Datenschutz in der Krise sowie der vorgesehenen weiteren Regeln herangezogen werden?*

Die unter Frage II. 2 genannten Surveillance-Systeme sind bereits datenschutzkonform aufgebaut. Zumeist werden anonymisierte oder pseudonymisierte Daten erhoben bzw. die erhobenen Daten vor deren Weiterleitung an die übergeordneten Behörden anonymisiert, welche datenschutzkonform als Beurteilungsgrundlage herangezogen werden können. Allerdings hat sich insbesondere zu Beginn der Coronapandemie gezeigt, dass etliche Strukturen zur Erfassung von Daten entweder gar nicht etabliert (z. B. die Meldung von belegten Krankenhauskapazitäten) oder noch nicht vollständig digitalisiert waren (z. B. die Meldung von Infektionsfällen durch die Labore). Zudem hat sich beim Aufbau der Datenerfassung, beispielsweise im Rahmen von COGDat, einer SARS-CoV-2 Genomdatenbank, gezeigt, dass der Umgang mit Datenschutzbedenken bei der Umsetzung von Projekten deutlich Zeit beansprucht. Die Schnittstelle der abstrakten Datenschutzzvorgaben und deren projektbezogene Umsetzung in eine praxisnahe Anwendung ausreichend auszufüllen, stellt eine Herausforderung dar.

*4. Welche Herausforderungen zeichnen sich im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes unter Darlegung der derzeitigen Herausforderungen neben der Coronakrise ab (insbesondere auch im Hinblick auf den Fachkräftemangel, die Digitalisierung, die Schnittstellen zum Katastrophenschutz sowie die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention)?*

Neben dem Infektionsschutz gibt es viele weitere wichtige Arbeitsbereiche des ÖGD. Auch diese müssen im Fokus bleiben. Zu diesen Arbeitsbereichen gehören die Gesundheitsförderung und Prävention, der umweltbezogene Gesundheitsschutz einschließlich der wichtigen Thematik des Klimawandels, der Schutz von sozial benachteiligten Personen sowie die Gesundheitsberichterstattung. Die gesellschaftlichen Veränderungen, etwa der demografische Wandel und der medizinische Fortschritt, stellen das Gesundheitswesen vor ebenso große Herausforderungen.

*a) Klimawandel*

Der durch Menschen verursachte Klimawandel und die dadurch zu erwartenden Umweltveränderungen sind nicht nur eine umweltpolitische, sondern laut der WHO sogar die größte Gesundheitsgefahr der Menschheit und somit eine der herausfordernden gesundheitspolitischen Aufgaben unserer Zeit. Die Entwicklung und Umsetzung von Klima-Anpassungsstrategien sind erforderlich, um der zunehmenden klimawandelbedingten Gesundheitsbelastung zu begegnen. Als direkte Auswirkung stehen neben der Entstehung von bodennahem Ozon und Starkregen gesundheitliche Folgen von Hitze im Vordergrund. Indirekte Auswirkungen entstehen durch Veränderungen der Ökosysteme, wie Blühzeiten der Pflanzen, was zu einer früheren und längeren Pollenbelastung führt.

Hitzewellen, also hohe Tagestemperaturen und warme Tropennächte, stellen aufgrund des Klimawandels die unmittelbarste Gefahr auf die Gesundheit dar. Hitzewellen setzen dem Herz-Kreislauf-System zu, was in Extremfällen zum Tod führen kann. Besonders gefährdet sind vulnerable Gruppen wie ältere Menschen, Säuglinge, Kleinkinder, Pflegebedürftige, Menschen mit Vorerkrankungen und sozial Benachteiligte. Während einer Hitzewelle steigt die Zahl der Krankenhausaufenthalte und Arztbesuche. Die wichtigste Aufgabe ist, die Bevölkerung für den Hitzeschutz zu sensibilisieren und gleichzeitig speziell Pflegeeinrichtungen, Hausärztinnen und -ärzte und Krankenhäuser auf die steigende Belastung durch die Zunahme von Hitzewellen vorzubereiten. Hierbei hilft die Erstellung von kommunalen Hitzeaktionsplänen zur Vorbereitung von öffentlichen Einrichtungen auf Hitzephasen.

*b) Gesundheitsförderung und Prävention*

Überdies zeichnet sich in der Gesundheitsförderung und Prävention ab, dass die derzeitigen Herausforderungen (Coronapandemie, Ukraine-Krieg und ihre Folgen etc.) gesundheitliche Ungleichheiten verschärfen und damit die Bevölkerungsgesundheit, für die sich der ÖGD verantwortlich zeigt, beeinträchtigen. Gleichzeitig sind die Fachkräfte im ÖGD noch sehr stark in die Pandemiebewältigung eingebunden, sodass den Herausforderungen nicht flächendeckend bedarfsorientiert begegnet werden kann. So kann ein Großteil der Vernetzungsarbeit, die insbesondere für die Gesundheitsplanung unerlässlich ist, derzeit nicht im nötigen Umfang erfolgen. Des Weiteren wird mehr Zeit für die Einschulungsuntersuchungen (ESU) benötigt, weil nun die geburtenstarken Jahrgänge getestet werden und festgestellt wird, dass die Eltern einen höheren Beratungsbedarf haben. Darüber hinaus erschweren heterogene digitale Verfahren und Schnittstellen die Arbeit der Gesundheitsämter in den Kindertageseinrichtungen (die ESU findet in der Regel in den Kindertageseinrichtungen statt). Außerdem zeigt sich, dass der ÖGD stärker als bisher gefordert ist, seine kompensatorischen Aufgaben wahrzunehmen, beispielsweise beim Nachholen versäumter Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen (U-Untersuchungen).

*c) Digitalisierung des ÖGD*

Der ÖGD muss für die Bewältigung der Herausforderungen der Zukunft gut aufgestellt werden. Im Rahmen des Pakts für den ÖGD soll mit verschiedenen Projekten, die ab Herbst 2022 zusammen mit den Gesundheitsämtern vor Ort durchgeführt werden, eine nachhaltige Digitalisierung des ÖGD in Baden-Württemberg erreicht werden. Zentral ist dabei eine Erleichterung des Informationsaustausches zwischen den Gesundheitsämtern, aber auch weiteren staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren. So können digitale Lösungen durch eine skalierbare Automatisierung von Prozessen eine Arbeitsentlastung ermöglichen. Im Rahmen der Digitalisierung des ÖGD sind allerdings die Herausforderungen durch die Knappheit und zeitliche Verfügbarkeit von IT-Ressourcen zu berücksichtigen. Dies betrifft sowohl die originären IT-Aufgaben im ÖGD als auch die Ausschreibung von IT-Dienstleistungen. So waren nach Angaben des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung (ifo Institut) im Juli 2022 61,7 Prozent der IT-Dienstleister vom Fachkräftemangel in Deutschland betroffen

*d) Personalsituation im ÖGD und in Gesundheitsämtern*

Aufgrund des Fachkräftemangels gestaltet sich insbesondere die Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten für den Landesdienst schwierig. Zahlreiche Stellen müssen für Wiederbesetzungen mehrfach ausgeschrieben werden. Zudem ist der Verdienst deutlich niedriger als im Krankenhaus und in den Arztpraxen.

Um der schwierigen Personalsituation im Öffentlichen Gesundheitsdienst auf der einen Seite entgegenzuwirken und einer bedarfsgerechten und zukunftsorientierten Personalentwicklung in den Gesundheitsämtern auf der anderen Seite Rechnung zu tragen, wurde die Öffnung des Gesetzestextes von § 4 Absatz 2 Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg (ÖGDG BW) aufgenommen und der Anwendungsbereich von § 4 Absatz 1 ÖGDG für weitere Facharztqualifikationen und andere Abschlüsse eines naturwissenschaftlichen oder gesundheitswissenschaftlichen Studiengangs mit der Befähigung für den höheren Dienst perspektivisch geöffnet.

*5. Wer ist jeweils für welchen Bereich unter Darlegung der konkreten Parameter, um den Sicherstellungsauftrag des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Krise zu gewährleisten, und der Entscheidungszuständigkeiten verantwortlich?*

Zur Beantwortung wird auf die Antworten zu den Fragen I. 2 sowie II. 1, 2 und 3 verwiesen. Bei der Antwort zu Frage I. 2 wird der Aspekt der Resilienz beziehungsweise der Krisenfestigkeit der Gesundheitsversorgung genauer erläutert. Die Fragen II. 1, 2 und 3 enthalten detailliertere Ausführungen zu den Themen Krisen-

management auf den verschiedenen Verwaltungsebenen und somit der jeweiligen Entscheidungszuständigkeiten sowie zu den Surveillance-Systemen.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass die Zuständigkeiten des ÖGD im ÖGDG geregelt sind.

Unter §1 Abs. 1 ÖGDG wird das Ziel der Arbeit des ÖGD definiert:

„Ziel der Arbeit des öffentlichen Gesundheitsdiensts ist die Förderung und der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung unter Orientierung der Aufgabenwahrnehmung am Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg nach § 1 Absatz 1 Satz 3 des Landesgesundheitsgesetzes sowie an den Grundsätzen der Öffentlichen Gesundheit. Er richtet seine Arbeit strategisch aus und reagiert auf sich verändernde gesundheitliche und sozialmedizinische Problemlagen. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben dieses Gesetzes berücksichtigt der öffentliche Gesundheitsdienst zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit die besonderen Belange von Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderung sowie Personen mit sozialen Benachteiligungen.“

Die Wahrnehmung der Kernaufgaben wird in §1 Abs. 2 ÖGDG geregelt:

„Der öffentliche Gesundheitsdienst stellt insbesondere die Wahrnehmung folgender Kernaufgaben sicher:

1. Gesundheitsplanung, Gesundheitsberichterstattung (§ 6),
2. Gesundheitsförderung und Prävention (§ 7),
3. Gesundheitshilfen für Kinder und Jugendliche (§ 8), Erwachsene sowie besondere Personengruppen (§ 7),
4. Gesundheitsschutz, insbesondere Infektionsschutz und Hygiene (§§ 9 bis 13).“

Darüber hinaus bildet das Landesgesundheitsgesetz die gesetzliche Grundlage für die Schaffung von zukunftsweisenden Strukturen im Gesundheitswesen Baden-Württemberg. Zweck des Gesetzes ist, „durch eine stärkere Vernetzung an den Schnittstellen der ambulanten und stationären Versorgung, eine verstärkte Patientenorientierung und Bürgerbeteiligung sowie eine stärkere Regionalisierung eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten“.

*6. Wie stellt sich die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdiensts in Baden-Württemberg seit dem Beginn der Coronapandemie unter Darlegung zukünftiger Entwicklungen dar (Haushaltsvolumen, Stellen, Nachhaltigkeit der IT-Infrastruktur, Schnittstellenfähigkeit etc.; unter besonderer Berücksichtigung des Zeitraums bis 2019 und seit 2020)?*

Die Anforderungen an die gesundheitliche Fachexpertise des ÖGD im Sinne von Public Health sind in den vergangenen Jahren (bereits vor 2020) stark angestiegen. Die Coronapandemie erforderte zusätzlich eine schnelle personelle Stärkung des ÖGD auf allen Ebenen.

Baden-Württemberg hat im Verlauf des Jahres 2020 im ÖGD 243,5 neue, überwiegend unbefristete Stellen und zum 1. Januar 2022 weitere 467 unbefristete Stellen geschaffen. Rund 90 Prozent der unbefristeten neuen Stellen sind bei den Landkreisen und Stadtkreisen mit Gesundheitsamt entstanden.

Exemplarisch wird im Folgenden die Stellenentwicklung beim Landespersonal bei Kapitel 0913 (höherer Dienst Gesundheitsämter, überwiegend Stellen für medizinisches Personal) dargestellt:

Stand 1. Januar 2020:	421,5 Stellen
Stand 1. Januar 2021:	495,5 Stellen
Stand 1. Januar 2022:	680,0 Stellen

Das Haushaltsvolumen des Personalausgabenbudgets (inklusive zugewiesener Ausgabestelle) bei Kapitel 0913 entwickelte sich wie folgt:

2020: 40,9 Mio. Euro (40 914 368,83 Euro)

2021: 46,5 Mio. Euro (46 450 094,76 Euro)

2022: 54,8 Mio. Euro (54 763 200,00 Euro), Stand derzeit ohne Tariferhöhungen 2022.

In der Coronapandemie ist zudem deutlicher als bisher sichtbar geworden, wie notwendig die Verbesserung der digitalen Ausstattung und Strukturen des ÖGD ist. So wurde zu Beginn der Coronapandemie eine große Heterogenität von Prozessen und Fachanwendungen im ÖGD Baden-Württembergs festgestellt. Seitdem wurden erhebliche Anstrengungen zur technischen Modernisierung und Stärkung der IT-Infrastruktur auf den Weg gebracht. Zentral ist dabei eine Erleichterung des Informationsaustausches zwischen den Gesundheitsämtern, aber auch weiteren staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren. So sollen die Kommunikation und das Zusammenspiel der verschiedenen im ÖGD genutzten Softwareprodukte und Anwendungen über alle Ebenen hinweg sichergestellt werden (Interoperabilität).

Bereits im Juli 2020 hatten sich Bund und Länder daher auf die „Verwaltungsvereinbarung zu Finanzhilfen gemäß Artikel 104b Absatz 1 des Grundgesetzes für Investitionen der Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände zur technischen Modernisierung der Gesundheitsämter und zum Anschluss dieser an das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 des Infektionsschutzgesetzes“ geeinigt. Mit dieser Vereinbarung hat der Bund den Ländern einen Finanzierungsanteil von 50 Mio. Euro für Investitionen in Digitalisierungsmaßnahmen zur Verbesserung des Infektionsschutzes zur Verfügung gestellt. Auf das Land Baden-Württemberg entfielen Mittel in Höhe von insgesamt 6,5 Mio. Euro. In diesem Rahmen wurden allen 38 Gesundheitsämtern im Land Finanzhilfen zur technischen Modernisierung – beispielsweise für Investitionen in Hard- und Software – gewährt.

Um eine nachhaltige digitale Transformation des ÖGD zu erreichen, stellt der Bund im Pakt für den ÖGD 4 Mrd. Euro für Personal, Digitalisierung und moderne Strukturen zur Verfügung. 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 (sogenannte Mittel aus Teil B der Vereinbarung) entfallen insgesamt rund 8,5 Mio. Euro auf Baden-Württemberg. Diese Mittel sollen nach derzeitiger Planung u. a. für eine Verbesserung der Hardware-Ausstattung des Landesgesundheitsamtes eingesetzt werden. Darüber hinaus sollen alle 38 Gesundheitsämter nochmals die Möglichkeit erhalten, einzelne Investitionen in die IT-Ausstattung abzurechnen
- 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 und in einem zweiten Förderaufruf (2024 bis 2026) 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, Fortbildungen und Schulungen, die Digitalisierungsstrategie und Umsetzung innovativer Ideen sowie die digitale Vernetzung der Gesundheitsämter.

*7. Gibt es – unter Darlegung von Einzelheiten – Pläne für den Aufbau einer dauerhaften Notreserve von medizinischen Bedarfsgütern für künftige Pandemien sowie für die Neuausrichtung der Impfinfrastruktur?*

Entsprechend des Koalitionsvertrages vom 11. Mai 2021 erarbeitet das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration derzeit ein Konzept für den Aufbau und Betrieb einer dauerhaften Notfallreserve an Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) sowie Desinfektionsmittel, um etwaigen Versorgungsengpässen in künftigen Pandemien vorzubeugen. Hierzu soll zum einen eine physische Notfallreserve (Säule 1) an PSA aufgebaut und zum anderen über den Abschluss von Rahmenvereinbarungen Produktionskapazitäten (Säule 2) an diesen Gütern gesichert werden. Im Rahmen des Aufbaus und Betriebs der Notfallreserve ist geplant eine Kooperation mit den Universitätsklinika des Landes Baden-Württemberg einzugehen, um die Notfallreserve so wirtschaftlich wie möglich auszugestalten. Im Rahmen der Kooperation sollen die Universitätsklinika verpflichtet werden, ihre Bedarfe an PSA künftig schwerpunktmäßig aus der physischen Notfallreserve zu entnehmen und anschließend zu ersetzen, um so mittels eines rollierenden Systems dem Verfall von PSA bestmöglich vorzubeugen.

Die AG Corona hat sich im Juli darauf verständigt, dass Impfungen in der bestehenden Regelstruktur, d. h. in den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie bei Zahnärztinnen und Zahnärzten, bei Betriebsärztinnen und Ärzten und in Apotheken verabreicht werden sollen. Falls es notwendig werden sollte, werden die erforderlichen Anstrengungen unternommen werden, um schnell zusätzliche Impfangebote zu schaffen.

Die Möglichkeit der aufsuchenden Impfung über mobile Impfteams sowohl für Pflegeeinrichtungen, Eingliederungshilfe-Einrichtungen und in der Wohnungslosenhilfe steht bei Bedarf zur Verfügung. Außerordentliche Impfangebote sollen nur etabliert werden, wenn die regulären Strukturen die Leistung aufgrund des Pandemie-Geschehens nicht erbringen können.

*8. Mit welchen Vorhaltekosten von Notfallstrukturen in Klinik und präklinischem Stadium für Krisen ist unter Darlegung der Kostenträgerschaft und der Ausgleichsmechanismen zukünftig zu rechnen?*

Die Coronapandemie als eine der schwerwiegendsten Krisen der vergangenen Jahre hat überdeutlich aufgezeigt, dass der ambulante medizinische Bereich maßgeblich zu deren Bewältigung beitrug und noch beiträgt.

Aussagen zu zukünftigen Vorhaltekosten können pauschal nicht getätigt werden. Allerdings wurden in der Vergangenheit folgende Strukturen aufgebaut:

Wesentliche Eckpunkte im Bereich der KVBW und ihrer Mitglieder waren:

- Aufbau und Betrieb von Abstrichstellen und Fieberambulanzen (u. a. Mietkosten, Personalkosten für medizinisches Personal und Koordinierende, Ausstattungskosten, Umsatzgarantie für Ärztinnen und Ärzte, Praxis- und Laborbedarf, Versicherungskosten, Fahrtkosten für Corona-Mobile) mit Rekrutierung und Registrierung von über 3 000 Pool-Ärztinnen und -Ärzten für die Abstrichstellen, Fieberambulanzen und später Impfzentren,
- Corona-Versorgungsstrukturen in den Praxen der niedergelassenen Ärzteschaft in Form von Corona-Schwerpunktpraxen (CSP) und Wochenend-Infektsprechstunden (inklusive Sondervergütung),
- Versorgung der Mitgliederpraxen und Corona-Versorgungsstrukturen mit Schutzmaterial (Kosten für Beschaffung, Lagerung und Logistik),
- permanenter Austausch mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, den Gesundheitsämtern und den Stäben der Städte und Landkreise,
- Koordination der Corona-Versorgung in den Landkreisen und Städten in Baden-Württemberg durch Pandemiebeauftragte aus der niedergelassenen Ärzteschaft (Aufwandsentschädigung),

- flächendeckendes Impfangebot durch die Praxen der niedergelassenen Ärzteschaft,
- Mitarbeit des Praxispersonals in Impfzentren.

Wesentliche Refinanzierungsquellen für die Corona-Versorgungsstrukturen außerhalb der Praxen waren die gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg, das Bundesamt für Soziale Sicherung und in Teilen das Land Baden-Württemberg.

Die Zuschläge für die Corona-Versorgungsstrukturen innerhalb der Praxen wurden über das mit den Krankenkassen vereinbarte Honorar und nach Ende der epidemischen Lage allein aus Mitteln der KVBW refinanziert.

Die Kosten im Zusammenhang mit der Beschaffung, Lagerung und Logistik des Schutzmaterials für die Mitgliederpraxen und Corona-Versorgungsstrukturen wurden bis zuletzt mittels einer Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg refinanziert. Diese Refinanzierungsgrundlage ist mittlerweile ausgelaufen und die KVBW trägt die aktuell noch anfallenden Kosten.

Neben den Corona-Versorgungsstrukturen sind auch die Strukturen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Baden-Württemberg sowie der Betrieb der Terminservicestelle (TSS, in Baden-Württemberg über die KV SiS BW SicherstellungsgmbH) über die bundeseinheitliche Patientenservicenummer 116 117 wesentlich für die Krisenversorgung zuständig. Die Strukturen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Baden-Württemberg werden über den Haushalt der KVBW und einen durch die gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg getragenen Kostenanteil finanziert. Die Finanzierung der TSS und der KV SiS BW SicherstellungsgmbH erfolgt über Mittel aus dem Strukturfonds, welcher sich hälftig aus Einzahlungen der KVBW und hälftig aus Einzahlungen der gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg speist.

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 einzelnen Länder getragen, die Betriebskosten (Personal- und Sachkosten) werden von den Krankenkassen übernommen. Die Betriebskostenfinanzierung wird bundesgesetzlich geregelt.

In der Krise hat sich gezeigt, dass insbesondere das Personal der bestimmende Faktor einer gut funktionierenden Notfallstruktur ist. Durch entsprechende Ausgleichszahlungen wurde von Bundesseite darauf eingewirkt, dass Leerstände, die aufgrund der Coronapandemie entstanden sind, ausgeglichen wurden.

Des Weiteren hat das Land die in den Kliniken angefallenen Mehrkosten mit finanziellen Landeshilfen in den Jahren 2020 in Höhe von 210 Mio. Euro und 2022 in Höhe von 240 Mio. Euro ausgeglichen. Die finanziellen Hilfen des Bundes sowie des Landes haben dazu beigetragen, dass die Kliniken bei der Bewältigung ihrer Aufgaben finanziell getragen wurden.

*9. Gab es unter Beschreibung im Einzelnen eine konzeptionelle Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes?*

Die konzeptionelle Weiterentwicklung des ÖGD war bereits vor der Pandemie angedacht, um den ÖGD besser aufzustellen und krisenfester zu gestalten (Projekt NEO).

Grundsätzlich gilt es, einen dreifachen Paradigmenwechsel zu vollziehen:

So muss der ÖGD zum einen unter den Leitgedanken der Governance und des Stewart-ships auch weiterhin von einer rein hoheitlichen Verwaltung mit klassischem rechtlichem Über-Unterordnungsverhältnis weg in Richtung eines partnerschaftlich ausgerichteten ÖGD entwickelt werden. Der Mensch steht im Mittelpunkt der Versorgungskette und diese beginnt in den Bereichen Prävention,

Förderung und gegebenenfalls im Zusammenwirken mit Institutionen der Primärversorgung. Dabei müssen Praxis und Wissenschaft zusammengebracht und lokal gewonnene Erkenntnisse gegebenenfalls in die Fläche gebracht werden. Zugleich muss insgesamt eine – nachhaltige – Finanzierungssicherheit bestehen.

Des Weiteren bedarf es konzeptionell einer präventiven Wende hin zur Salutogenese. Insofern müssen sich der Gedanke der New Public Health und der One Health niederschlagen. Dabei legt New Public Health den Fokus auf die Gesundheit respektive die Gesunderhaltung der Bevölkerung bzw. einzelner Bevölkerungsgruppen unter Einbeziehung gesellschaftlicher Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit sowie den Strukturen des Gesundheitssystems. Ein zentrales Anliegen dabei ist, sozial bedingte ungleiche Gesundheitschancen zu minimieren. Ein wesentlicher Bezugspunkt von New Public Health ist die Salutogenese, die den Fokus auf die Bedingungsfaktoren der Gesundheit legt. Die vielfältigen Aufgaben und Arbeitsweisen von New Public Health werden interdisziplinär bearbeitet. One Health ist der kollaborative, multisektorale und transdisziplinäre Ansatz, der auf lokaler, regionaler, nationaler und globaler Ebene arbeitet, um optimale Ergebnisse in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden zu erzielen, wobei die Zusammenhänge zwischen Menschen, Tieren, Pflanzen und ihrer gemeinsamen Umwelt berücksichtigt werden.

Schließlich muss auch im Bereich der von der öffentlichen Gesundheitsverwaltung wahrzunehmenden Querschnittsaufgaben die Entwicklung hin zur Service- und Dienstleistungsorientierung, insbesondere im Bereich der Digitalisierung, konsequent weiterbeschritten werden. Insofern wird auf die Beantwortung der Frage II. 4 verwiesen.

Um insbesondere die Krisenresilienz des ÖGD zu stärken, bedarf es folgender konzeptioneller Weiterentwicklungen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel:

- Kriseninterventionseinheiten im Gesundheitsamt (sofort aktivierbar im Bedarfsfall),
- Vereinfachung von Prozessabläufen (insbesondere in den Gesundheitsämtern, Regierungspräsidien und bei der Kommunikation zwischen den Behörden),
- Aufbau von dauerhaft bestehenden Strukturen (Kriseninterventionseinheiten) in den Gesundheitsämtern für Krisensituationen wie Pandemien, Hitzewellen und weitere Szenarien gesundheitlicher Notlagen etc.,
- Ertüchtigung der Gesundheitsämter im Sinne einer zentralen regionalen Steuerungseinheit für gesundheitliche Belange, gerade auch für Krisenzeiten,
- Einbindung des ÖGD bei gesundheitlichen Notlagen,
- Aufbau von Krisenkommunikationsangeboten und kritische Überprüfung der Bereiche strategische Prävention und Gesundheitsförderung,
- Weiterentwicklung von sektorenübergreifenden strukturellen Kooperationen auf kommunaler Ebene, Unterstützung von vulnerablen Gruppen und evidenzbasierte Vorgehensweise bei der Stärkung der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsfolgenabschätzung, insbesondere auch in Krisensituationen,
- Mitwirkung beim Aufbau krisenfester Versorgungsstrukturen innerhalb des Gesundheitswesens einschließlich der Überwachung (Materialien wie Impfstoffe, Medikamente, Medizinprodukte, Schutzkleidung etc.),
- Sicherstellung der materiellen Versorgung des ÖGD für Krisensituationen,
- Schaffung allgemeiner Grundlagen, um in Krisensituationen über notwendige Kompetenzen zu verfügen,
- Vorhaltung von fachlich qualifiziertem Stammpersonal innerhalb des ÖGD, das für koordinative Aufgaben geschult und quantitativ so aufgebaut ist, um kurzfristig Personalaufwuchs mit einzulernenden Kräften im Krisenfall zu ermöglichen,

- Beratung, Begleitung, Schulung und Überwachung von Institutionen (z. B. stationäre Einrichtung der Altenhilfe und Eingliederungshilfe, Schulen, Kindertageseinrichtungen, ambulante und stationäre medizinische Einrichtungen etc.) zur Vorbereitung auf zukünftige Krisensituationen.

Bezüglich weiterer Ausführungen zur konzeptionellen Weiterentwicklung des ÖGD wird auf die Fragen I. 2 und II. 1 verwiesen.

*10. Welche konkreten Vorteile erhofft sich die Landesregierung – unter Darlegung der Art und Weise der Evaluierung der Erwartungen – von der Eingliederung des Landesgesundheitsamts als Abteilung sieben des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration?*

Mit der Eingliederung des Landesgesundheitsamts in das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration soll der ÖGD in seiner bisherigen Form neu strukturiert und nachhaltig gestärkt, Zuständigkeiten zusammengeführt und Synergieeffekte geschaffen werden. Darüber hinaus sollen die Weichen für eine Stärkung und Neustrukturierung der fachlichen Expertise im Gesundheitsbereich gestellt werden. Die Eingliederung leistet einen Beitrag zu einer klaren und strukturierten Aufgabenerfüllung durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, was mit einer Verbesserung des ÖGD in der Wahrnehmung der Bevölkerung verbunden ist. Die Anforderungen an die gesundheitliche Fachexpertise ist in den vergangenen Jahren stark angestiegen. Die vergangenen zweieinhalb Jahre haben gezeigt, welche zentrale Rolle der ÖGD gerade auch im Bereich des Bevölkerungsschutzes einnimmt.

*11. Welche Rolle haben die Krankenhäuser unter Darlegung der Schlüsse für die Zukunft (insbesondere auch im Hinblick auf die Krankenhaus- und Kapazitätsplanung, die Robustheit der Versorgung im Krisenfall, die Digitalisierung und die Finanzierung) und der Pläne der Landesregierung zu diesen einzelnen, vorgenannten Faktoren in der Coronapandemie gespielt?*

Die Krankenhäuser haben bei der Bewältigung der Coronapandemie im Hinblick auf eine Versorgung der schwersten Krankheitsfälle eine zentrale Rolle gespielt. Im Rahmen des sogenannten Schalenmodells und der korrespondierenden Allgemeinverfügungen wurde es den Krankenhäusern ermöglicht, flexibel auf eine große Zahl stationär behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten zu reagieren, beispielsweise durch die Einrichtung von Satellitenstationen an Fachkrankenhäusern und in Ausweichliegenschaften.

Zur Vermeidung regionaler Überlastungen insbesondere des intensivmedizinischen Bereichs wurde, wie unter Frage II. 2 dargelegt, das sogenannte Clusterkonzept als koordiniertes Verlegungskonzept unterhalb des bundesweiten Kleeblattkonzepts etabliert. Das Konzept hat sich während der bisherigen Pandemie wellen sehr bewährt und soll fortgeführt werden. Dies gilt auch für den Einbezug fester Ansprechpersonen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für die jeweiligen Clusterkoordinierenden.

*Finanzierung, personelle Situation, weitere Planung*

Im Hinblick auf die Krankenhaus- und Kapazitätsplanung wird die in der Zuständigkeit des Landes liegende Landeskrankenhausplanung perspektivisch weiterentwickelt. Die Erkenntnisse aus der Coronapandemie werden ebenfalls mit einfließen.

Die Krankenhäuser im Land wurden und werden bisher in hohem Maße über verschiedene Rettungsschirme und Finanzprogramme des Bundes und des Landes finanziell unterstützt:

Verausgabte Mittel aus dem Bundes- und Landeshaushalt für Rettungsschirme und Finanzprogramme für Krankenhäuser		
	Bundesmittel	Landesmittel
Reguläre Förderprogramme und Pauschalförderung des Landes (Mittel aus dem Kommunal-Investitions-Fonds)		2020: 451,309 Mio. Euro 2021: 451,309 Mio. Euro 2022: 454,425 Mio. Euro
Krankenhausstrukturfonds II (2019 bis 2024)	ca. 245 Mio. Euro	240 Mio. Euro
Krankenhauszukunftsfonds (2021)	ca. 384 Mio. Euro	167 Mio. Euro
Ausgleichszahlungen 1.0 des Bundes (2020)	ca. 992 Mio. Euro	
Landeshilfen I (2020)		ca. 210 Mio. Euro
Pflegeprämie I (2020)	ca. 20 Mio. Euro	ca. 10 Mio. Euro
Ausgleichszahlungen 2.0 des Bundes (2020/2021)	ca. 549 Mio. Euro	
Landeshilfen II – Pflegeprämie (2021)		ca. 12 Mio. Euro
Landeshilfen III (2022)		in der Umsetzung; ca. 240 Mio. Euro bereitgestellt
Versorgungsaufschläge des Bundes (2021/2022)	Letztliche Höhe noch nicht bekannt, bisher 46 Mio. Euro	
Ausgleichszahlungen 3.0 des Bundes (2021/2022)	Letztliche Höhe noch nicht bekannt, bisher 349 Mio. Euro	
Digitalisierungsprogramm des Landes (2022)		5 Mio. Euro im Haushalt veranschlagt

Der durch Mittel aus dem Landeshaushalt kofinanzierte Krankenhauszukunftsfonds stellt den KHG-förderfähigen Krankenhäusern und Hochschulkliniken Mittel bereit zur Förderung von Investitionen in Digitalisierung und notwendige technische Ausstattungen, wie etwa die Schaffung eines digitalen Medikationsmanagements oder der Aufbau einer digitalen Pflege- und Behandlungsdokumentation.

Die meisten dieser Digitalanwendungen sind keine Insellösungen, sondern fügen sich in eine vielfältige Struktur unterschiedlichster EDV-Systeme ein. Um den hieraus erwachsenden Mehrwert dieser Systeme vollständig nutzen zu können, ist eine Interoperabilität der verschiedenen eigenständigen Krankenhaussysteme untereinander, aber auch zu IT-Systemen außerhalb der Einrichtung, wie etwa zu externen Pflegedienstleistern, essenziell. Die Einhaltung der Interoperabilitätsstandards ist daher ein wichtiges Förderkriterium vieler Maßnahmen. Es ist Ziel, Medienbrüche zu vermeiden und den Datenaustausch zwischen den Krankenhäusern und den vor- bzw. nachgelagerten Leistungserbringern, wie etwa Pflegedienstleistern, zu erleichtern.

Das Land fördert ferner die KHG-förderfähigen Krankenhäuser mit Digitalisierungsprogrammen im Jahr 2019 in die gesamte IT-Infrastruktur mit insgesamt 10 Mio. Euro und im Jahr 2022 mit 5 Mio. Euro für die IT- und Cybersicherheit in den Kliniken. Diese Fördermittel können von den Krankenhäusern auch für die EDV in verschiedenen Bereichen eingesetzt werden.

*12. Welche Rolle hat die niedergelassene Ärzteschaft in der Coronapandemie unter Darlegung der Schlüsse daraus für die Zukunft (insbesondere auch im Hinblick auf die Inpflichtnahme der ambulanten Regelstrukturen im Krisenfall) gespielt?*

Die niedergelassene Ärzteschaft hat mit ihren medizinischen Fachangestellten einen wesentlichen Beitrag zur erfolgreichen Bewältigung der Coronapandemie geleistet und leistet diesen weiterhin. In Abstimmung mit den Landkreisen und Städten, den Mitgliedern der KVBW und den Pandemiebeauftragten wurden im Verlauf zahlreiche Fieberambulanzen, PCR-Abstrichzentren und Corona-Schwerpunktpraxen eingerichtet.

Am Ende des Jahres 2020 waren 61 Abstrichstellen und Fieberambulanzen der KVBW aktiv. Neben der regulären Versorgung in den Praxen standen in Baden-Württemberg im Juni 2022 zwischenzeitlich fast 1 500 Corona-Schwerpunktpraxen (CSP) zur Infektversorgung bereit. Nach Auslaufen der Regelung auf Bundesebene zur extrabudgetären Vergütung zum 30. Juni 2022 wurden diese Sonderstrukturen mittlerweile aufgrund mangelnder Finanzierungsbasis und Rückkehr in die Versorgung durch alle Vertragsarztpraxen wieder zurückgefahren.

Trotz der Coronapandemie haben die Niedergelassenen in Baden-Württemberg im Jahr 2020 rund 68 Mio. Behandlungsfälle betreut. Eine Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat zudem ergeben, dass von den ambulant behandelten COVID-19-Patientinnen und -Patienten während der zweiten Pandemiewelle 2021 mehr als 90 Prozent in den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte behandelt wurden.

Neben der Infektversorgung bildet die niedergelassene Ärzteschaft eine wichtige Säule bei den COVID-19-Schutzimpfungen. Dies zeigen die Zahlen deutlich: In Baden-Württemberg wurden bis zum 25. Juli 2022 in Vertragsarztpraxen 11 222 439 Impfdosen verabreicht.

Daher steht mit der niedergelassenen Ärzteschaft auch für künftige Pandemien ein starker Akteur zur Bewältigung von Krisen bereit.

Die Coronapandemie hat eindrucksvoll bewiesen, wie wichtig eine belastungsfähige ambulante Versorgung für eine Gesellschaft ist. Insbesondere die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte und Krankenkassen hat in der Coronapandemie gut funktioniert. Mithilfe von Ausnahmeregelungen (z. B. Ausweitung der Videosprechstunden, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auch aufgrund einer Fernbehandlung für 14 Tage) wurde flexibel auf die Herausforderungen reagiert.

Die Abstimmung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration mit der für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zuständigen KVBW hätte in der Coronapandemie kaum enger sein können. Das Pandemiemanagement des ambulanten Sektors wurde in der AG Corona mit dem Vorstand der KVBW zeitnah der sich ändernden Situation angepasst.

Auf diese Weise konnte das große Engagement der Ärzteschaft von staatlicher Seite wirkungsvoll bei der Durchführung von Testungen und Impfungen unterstützt werden. Im Ergebnis konnten rund 85 Prozent der Corona-Erkrankten in Baden-Württemberg ambulant versorgt werden. Hierzu wurden folgende organisatorische Maßnahmen von der KVBW in die Tat umgesetzt:

- Einrichtung und Betrieb eines Logistikzentrums,
- Versorgung der Praxen mit Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel,
- Abrechnung der nicht-vertragsärztlichen Leistungen,
- Aufbau und Betrieb von Fieberambulanzen und Abstrichstellen,
- Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten sowie medizinischen Fachangestellten für die Impfzentren,

- Erweiterung des werktäglichen Fahrdienstes auf das Wochenende und eine Verlängerung der täglichen Dienstzeiten von 8.00 bis 19.00 Uhr zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Pflegeheimen.

Denkbar wäre, für zukünftige Pandemiesituationen von Beginn an eine verbindliche Zuständigkeit der Vertragsärzteschaft für die Durchführung von Schutzimpfungen im Sinne des IfSG festzuschreiben.

Aus fachlicher Sicht wird der Abschluss einer Schutzimpfungsvereinbarung im Rahmen des Sicherstellungsauftrags der Krankenkassen § 132e SGB V zur Gewährleistung der flächendeckenden Durchführung der COVID-19-Schutzimpfungen auch vorerst als ausreichend erachtet.

#### *Impfangebot*

Die niedergelassene Ärzteschaft spielt in der Pandemiebekämpfung auch weiterhin eine tragende Rolle. Der Hauptteil der für den Herbst prognostizierten 6,5 Mio. Impfungen für das Land Baden-Württemberg soll durch die niedergelassene Ärzteschaft übernommen werden. Dem entsprechend haben die berufständischen Vertreter der Ärzteschaft in der mit dem Land geschlossenen Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen (Zielvereinbarung) avisiert, 550 000 der von den Akteuren gemeinsam als durchführbar erachteten 810 000 Impfungen pro Woche zu schaffen. Die Zielvereinbarung manifestiert das Bekenntnis aller Leistungserbringer zum Vorrang regelhaft vorhandener, ressourcenschonender Impfstrukturen, um nicht ohne Not neue zusätzliche Kapazitäten durch das Land (wieder-)errichten zu müssen.

Gleichzeitig sichern die Organisationen der Leistungserbringer ihre Unterstützung bei der Etablierung eines Online-Terminvergabetools des Landes zu. Das Ministerium intendiert anhand des Tools ein landesweites Impfmonitoring zu etablieren, um Kapazitätsengpässe und eventuelle Handlungsbedarfe frühzeitig zu erkennen. Menschen, die keinen Zugang zum Internet haben, sollen weiter telefonisch Impftermine buchen können. Der Erfolg des Tools ist maßgeblich abhängig von der Teilnahme der niedergelassenen Ärzteschaft.

#### *13. Welche Rolle haben die Reha-Kliniken, die Betriebsärzteschaft, die Apotheken, Zahnärzte und Veterinärmediziner unter Darlegung der Schlüsse daraus für die Zukunft (insbesondere auch im Hinblick auf die Inpflichtnahme dieser Akteure in einem Krisenfall) in der Coronapandemie gespielt?*

Die Rehabilitationseinrichtungen im Land sind heterogen. Sie reichen von kleinen familiengeführten Einrichtungen bis hin zu großen, hoch spezialisierten Kliniken z. B. für neurologische Rehabilitation. Ambulante, zunehmend auch ganztägig ambulante Angebote ergänzen das klassische stationäre Angebot. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen konnten zeitweise in Einzelfällen in Kooperation mit einer Akutklinik zur Krankenversorgung nach § 22 Krankenhausfinanzierungsgesetz bestimmt werden. Dies insbesondere dann, wenn eine gute Zusammenarbeit vor Ort etabliert war. Zu Beginn der Coronapandemie wurden die Verbände durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration angeschrieben und um Unterstützung dergestalt gebeten, im Falle einer Überlastung der Akut-Krankenhäuser für leichter erkrankte COVID-19-Patientinnen und -Patienten, die nicht intensivpflichtig sind, Bettenkapazitäten bereitzustellen. Zur sinnvollen Patientensteuerung wurde vorgeschlagen, dass die Rehabilitationseinrichtungen auf nahegelegene Akut-Krankenhäuser zugehen. Die Unterstützung hat sich bewährt und war insofern möglich, als pandemiebedingt sowohl Angebot als auch Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen zumindest zu Beginn der Coronapandemie einbrachen. Im Bereich der pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten kam eine Entlastung von Pflegeeinrichtungen lediglich durch Einrichtungen der gerontologischen Rehabilitation in Betracht, da in anderen Rehakliniken zu umfangreiche bauliche Vorkehrungen erforderlich gewesen wären.

Einige Rehakliniken haben sich schnell auf den Rehabilitationsbedarf von Long-Covid-Patientinnen und -Patienten eingestellt. Zu nennen sind beispielsweise die

Rehaklinik Glotterbad und die Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl. Dabei sind neue Netzwerke unter Beteiligung u. a. der hausärztlichen Versorgung, Akutkliniken und verschiedener Therapieangebote entstanden.

*Rolle der Apothekerinnen und Apotheker, sowie der Privat- und Zahnärzteschaft*

Um für COVID-19-Patientinnen und -Patienten eine zahnmedizinische Versorgung im Notfall zu gewährleisten, hatte die KVBW ein Netzwerk mit Schwerpunktpraxen geschaffen, die sich um die zahnmedizinische Notfallbehandlung von infizierten bzw. sich in Quarantäne befindlichen Personen kümmern. Ergänzend haben die Universitätskliniken Freiburg und Tübingen sowie das Katharinenhospital Stuttgart und das Städtische Klinikum Karlsruhe zahnärztliche Corona-Ambulanzen eingerichtet. Insgesamt standen neben den vorgenannten Kliniken landesweit 20 Zahnarztpraxen für das Netzwerk der Schwerpunktpraxen zur Verfügung.

Bevor in den Zahnarztpraxen COVID-19-Schutzimpfungen durchgeführt werden können, müssen seitens des Bundesgesetzgebers noch die nötigen Voraussetzungen geschaffen werden. Ein aktueller Referentenentwurf des BMG zur Änderung der Corona-Impfverordnung sieht u. a. eine Regelung zur Einbindung der Zahnarztpraxen vor. Die weiteren nötigen Regelungen, um das Impfen durch Zahnärztinnen und Zahnärzten in den Praxen zu ermöglichen, sollen Eingang in eine weitere Änderung der Corona-Impfverordnung finden. Diese sind derzeit beim BMG in Abstimmung.

Im Rahmen der Landesimpfkampagne spielen die Apothekerinnen und Apotheker, sowie die Privat- und Zahnärzteschaft in der Pandemiebekämpfung darüber hinaus eine stützende Rolle. Sie sollen im Verhältnis zur niedergelassenen Ärzteschaft einen quantitativ geringeren, aber dennoch wesentlichen Teil der für den kommenden Herbst prognostizierten 6,5 Mio. Impfungen für das Land Baden-Württemberg abdecken. Dem entsprechend haben die Organisationen der Leistungserbringer in der mit dem Land geschlossenen Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen avisiert, insgesamt 260 000 der von den Akteuren gemeinsam als durchführbar erachteten 810 000 Impfungen zu schaffen. Davon entfallen 195 000 auf die Apothekerinnen und Apotheker, 53 000 auf die niedergelassene Privatärzteschaft und 12 000 auf die Zahnärzteschaft. Zusätzlich möglich erscheinen 100 000 Impfungen durch die Betriebsärztinnen und Betriebsärzte. Zur Zielvereinbarung wird im Übrigen auf die Antwort zu Frage II. 12 verwiesen.

*14. Welche Rolle haben die Regierungspräsidien, Landratsämter, Städte und Gemeinden in der Coronapandemie unter Darlegung der Schlüsse daraus für die Zukunft (insbesondere auch im Hinblick auf die ihnen in der Coronapandemie zugewachsene Funktion als Ausfallbürgen für das reguläre Gesundheitssystem und im Hinblick auf die damit verbundenen Haushaltsbelastungen) gespielt?*

Um krisenfeste Strukturen zu schaffen, müssen die Gesundheitsämter und die Regierungspräsidien sowie das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration hinreichend ausgestattet sein. Insbesondere bedarf es gut ausgebildeten Personals, das die Situation in den Landkreisen richtig einschätzen und steuern kann sowie einen weitreichenden Blick auf das Gesundheitswesen in Baden-Württemberg hat.

Die vier Regierungspräsidien nehmen mit ihrer Bündelungs- und Schnittstellenfunktion eine wichtige Rolle auch im Krisenmanagement ein. Neben der Erfüllung ihrer originären Aufgaben wirken die Regierungspräsidien als Scharnier zwischen Landesregierung und unteren Verwaltungsbehörden sowie zwischen Land und Kommunen.

Landratsämter, Städte, Gemeinden und teilweise Verbände haben nicht nur zu Beginn der Coronapandemie Aufgaben des regulären Gesundheitssystems übernommen. Zu nennen sind hier beispielsweise die Einrichtung von Teststellen oder die Etablierung von Corona-Schwerpunktpraxen durch die KVBW.

Zur schnellen Reaktion auf den erhöhten Bedarf an Diagnostikkapazitäten mussten viele Gebietskörperschaften indes deutlich vorher tätig werden.

Die Landratsämter und drei Stadtkreise mit eigenem Gesundheitsamt (Stuttgart, Mannheim und Heilbronn) haben während der Coronapandemie das eigene Gesundheitsamt mit Personal aus anderen Bereichen der Landratsämter und Stadtverwaltungen unterstützt. Dies galt vor allem in der ersten Phase des Lockdowns zu Beginn der Coronapandemie und zu Zeiten späterer Spitzenbelastung. Zur Erstattung der Kosten der Kreise für externe Aushilfskräfte im Rahmen der Kontaktpersonennachverfolgung hat das Land von Beginn der Coronapandemie bis Ende August 2022 bis zu 67,4 Mio. Euro und für ärztliche Aushilfen bis zu 15,3 Mio. Euro zur Verfügung gestellt.

Herausforderungen wie die Coronapandemie können auch in Zukunft nur gemeinsam bewältigt werden, wenn die Kommunikation und die Zusammenarbeit im ÖGD auf allen Verwaltungsebenen sowie mit den externen Akteuren des Gesundheitswesens gewährleistet ist.

#### *Umsetzung des Landesimpfkonzeptes*

Ziel des Landesimpfkonzeptes war von Beginn an die schnelle, unbürokratische und niederschwellige Einrichtung eines flächendeckenden Impfangebots zur Unterstützung der niedergelassenen Ärzteschaft. In diesem Sinn setzen die Stadt- und Landkreise die Landesimpfkampagne als Vorortpartner des Landes im Rahmen der gesetzlichen Zuständigkeiten und vereinbarten Verpflichtungen erfolgreich um. Dabei hat das Land sich verpflichtet, den Kreisen alle notwendigen Kosten zu erstatten, die ihnen in Erfüllung der vereinbarten Leistungen entstehen.

Mit sehr viel Kreativität, Engagement sowie mit Unterstützung durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration haben die Stadt- und Landkreise teils sehr effiziente Strukturen zur Impfung der Bevölkerung aufgebaut. Insbesondere die kurzfristig sehr hohe Impfnachfrage in der Bevölkerung Ende des Jahres 2021 konnte dadurch bedient werden.

Beim Aufbau der Impfinfrastruktur war, auch aufgrund des initialen Deltas zwischen Nachfrage und Angebot und der hieraus resultierenden notwendigen Priorisierung, die Organisation außerhalb des regulären Gesundheitssystems und dessen nachfolgende Einbindung zielführend. Im Fokus standen und stehen zudem die vulnerablen Zielgruppen, die vor allem durch aufsuchende Angebote erreicht werden können. Auch weiterhin werden daher mobile Impfteams vorgehalten, um beispielsweise Einrichtungen wie z. B. Alten- und Pflegeheime bei der Ermöglichung der Inanspruchnahme der COVID-19-Schutzimpfung zu unterstützen, da aufsuchende Impfungen durch das reguläre Gesundheitssystem nicht vollumfänglich abgebildet werden können.

Im Rahmen der Pandemiebewältigung kommt der weiteren Umsetzung der Impfkampagne des Landes durch Fortführung des angepassten Landesimpfkonzeptes auch im Jahr 2022 große Bedeutung zu. Eine Verankerung der Impfkampagne in den Kreisverwaltungen ist bis auf Weiteres erforderlich, sodass es sinnvoll ist, in jedem Stadt- und Landkreis eine Grundstruktur zur Unterstützung der niedergelassenen Ärzteschaft und der weiteren genannten Impfangebote weiterhin zu implementieren. Mit dem Impfkonzept des Landes soll auch weiterhin einerseits flexibel auf Veränderungen im Pandemieverlauf (z. B. neue Varianten, angepasster Impfstoff, zusätzliche Impfserien) reagiert werden und andererseits sollen Vorhaltekosten in Form nicht ausgelasteter Impfkapazitäten vermieden werden. Aktuell sind für die Umsetzung der vor allem aufsuchenden Impfungen im Rahmen des Impfkonzeptes im Zeitraum vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2022 in jedem Stadt- und Landkreis Kapazitäten in Form von bis zu einer Impfeinheit und einem Impfstützpunkt, d. h. 44 Impfeinheiten und 44 Impfstützpunkte, vorgesehen. Die Fortführung der Impfstützpunkte ist darüber hinaus zur Umsetzung von Konzepten vor Ort zur Erhöhung der Impfkapazitäten bis zum 31. März 2023 vorgesehen. Pro Stadt- und Landkreis ist zusätzlich bis zum 31. März 2023 eine Stelle zur Planung, Koordination, Bewirtschaftung und Aufrechterhaltung des Impfbetriebs

eingepplant. Die Stadt- und Landkreise haben somit die Möglichkeit, durch individuelle Aktivierung das jeweils erforderliche, gegebenenfalls auch schon bestehende Angebot sicherzustellen und auf Bedarfe individuell zu reagieren. Insbesondere soll so das Impfgeschehen über die Leistungserbringer hinweg auf örtlicher Ebene gesteuert werden können.

Darüber hinaus besteht Einigkeit, dass die COVID-19-Schutzimpfungen zukünftig in den – erweiterten – Regelstrukturen, d. h. insbesondere in den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie bei Zahnärztinnen und Zahnärzten, bei Betriebsärztinnen und -ärzten und in Apotheken, verabreicht werden sollen.

Im Impfkonzept des Landes für den Zeitraum ab Oktober 2022 spielt daher die Einbeziehung aller impfenden Akteure eine hervorgehobene Rolle. Das Land hat hierzu gemeinsam mit den Organisationen der Leistungserbringer eine Zielvereinbarung geschlossen, welche regelt, dass ab Oktober 2022 in Baden-Württemberg rund 810 000 Impfungen pro Woche durch Ärzte und Apotheker durchgeführt werden können. Die Impfeinrichtungen des Landes kommen somit grundsätzlich nur noch subsidiär zum Einsatz.

Ein weiterer Baustein des Landesimpfkonzepts im Herbst 2022 ist die Implementierung eines landesweiten Online-Impfterminportals. In Baden-Württemberg werden ab dem 19. September 2022 die Termine für Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 aller Leistungserbringer vorrangig über dieses Impfterminportal vergeben. Mit dem Impfterminportal soll insbesondere auch eine rechtzeitige ortsbezogene Analyse und Steuerung von Bedarfen durch das Land ermöglicht werden, sodass vor Ort nicht ohne Not Kapazitäten aufgebaut werden.

*15. Welche Relevanz misst die Landesregierung dem medizinischen Personal bei der Bewältigung von Gesundheitskrisen unter Darlegung der Rechnungslegung dieser Relevanz zu?*

Auch in der Coronapandemie ist die Personalsituation in den Krankenhäusern zur Versorgung der Bevölkerung sehr wichtig. Es werden auf Bundes- und Landesebene Anreize geschaffen, damit das vorhandene medizinische und in der Pflege tätige Personal bereit ist, im Beruf zu verbleiben bzw. neues Personal gewonnen werden kann.

Die erste Pflegeprämie hat das Land Baden-Württemberg bereits Ende des Jahres 2020 auf den Weg gebracht, indem die Bundesmittel für die Pflegeprämie für Mitarbeitende in Krankenhäusern von rund 20 Millionen Euro, die auf Baden-Württemberg entfielen, um weitere 10 Millionen Euro aufgestockt hat. Damit standen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Südwesten bis zu 1.500 Euro Pflegeprämie als Dank für Ihren Einsatz während der Coronapandemie zur Verfügung. Die zweite Pflegeprämie für 82 baden-württembergische Krankenhäuser wurde im Frühjahr 2021 ausschließlich aus Bundesmitteln bestritten; eine Aufstockung aus Landesmitteln war gesetzlich nicht vorgesehen.

Ende 2021 wurden diese Prämien durch eine weitere Prämie für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf den Intensivstationen der baden-württembergischen Krankenhäuser zur Anerkennung der außergewöhnlichen Leistungen bei der Bewältigung der Pandemie ergänzt. Hierfür wurden ausschließlich Landesmittel in Höhe von rund 12 Millionen Euro aufgewendet.

Die Bundesregierung würdigt zudem die Leistung von Pflegekräften in der Coronapandemie erneut mit einem Pflegebonus nach dem Pflegebonusgesetz vom 10. Juni 2022. Je 500 Mio. Euro werden für den Pflegebonus im Bereich der Krankenhäuser sowie der Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt.

Bezüglich weiterer Ausführungen bezüglich der Unterstützung von Kliniken und dem Pflegepersonal wird auf die Frage II. 11. verwiesen.

Die Relevanz der Ärzteschaft, Zahnärzteschaft und der medizinischen Fachangestellten in den Praxen für den Erfolg der Pandemiebekämpfung wird als hoch eingeschätzt.

*16. Welche Pläne und Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung gab es im Land bis 2019, unter Angabe von deren Weiterentwicklung aufgrund der Erfahrungen mit der Coronapandemie?*

Die erste Version des Influenzapandemieplans Baden-Württemberg von Oktober 2006 wurde vom damaligen Sozialministerium in Zusammenarbeit mit dem Regierungspräsidium Stuttgart, Abteilung Landesgesundheitsamt (LGA) erstellt und wurde im Mai 2009 zu Beginn der ersten Influenzapandemie des 21. Jahrhunderts aktualisiert.

Im Influenzapandemieplan Baden-Württemberg erfolgte eine Konkretisierung der im Nationalen Influenzapandemieplan vorgesehenen Maßnahmen in Baden-Württemberg. Der Influenzapandemieplan des Landes enthält neben den Aufgaben und Zuständigkeiten im Rahmen des Managements einer Influenzapandemie und den Planungsgrundlagen für die Bereiche Surveillance (systematische Beobachtung des Krankheitsgeschehens), Diagnostik, Impfung, antivirale Arzneimittel, Infektionsschutzmaßnahmen, medizinische Versorgung sowie Kommunikation und Information auch Planungshilfen für die unteren Verwaltungsbehörden, Krankenhäuser, Altenheime, Rettungsdienst und Betriebe.

Neben dem Landesplan wurde im Jahr 2008 unter Federführung des Landesgesundheitsamtes ein Handbuch Betriebliche Pandemieplanung erarbeitet, das insbesondere kleinen und mittleren Betrieben Hilfestellungen für die Vorbereitung auf eine Influenzapandemie liefert.

Im Zusammenhang mit der Influenzapandemie 2009/2010 hat das Land entsprechend der Empfehlungen des Nationalen Pandemieplans die antiviralen Arzneimittel (sogenannte Neuraminidasemmer) Oseltamivir (als Wirkstoffpulver und Fertigarzneimittel) sowie Relenza (Fertigarzneimittel) für 20 Prozent der Bevölkerung bevorratet. Die antiviralen Arzneimittel kamen aufgrund des insgesamt milden Verlaufs der Fälle seinerzeit nicht zum Einsatz und werden bis heute vorgehalten. Da die Haltbarkeit der Fertigarzneimittel abgelaufen ist und aus fachlicher Sicht auch die Rekonstitution des grundsätzlich unbefristet haltbaren Wirkstoffpulvers zum gebrauchsfertigen Arzneimittel mit gewissen gesundheitlichen Risiken verbunden ist, hat die GMK im Juli 2022 das BMG um Beauftragung des Expertenbeirats für pandemische Atemwegsinfektionen am RKI hinsichtlich einer Neubewertung der Notwendigkeit der Bevorratung mit Neuraminidasemmern für 20 Prozent der Bevölkerung sowie des möglichen therapeutischen Einsatzes neuer Wirkstoffe im Influenza-Pandemiefall gebeten.

Zur Sicherstellung von Impfstoffen für künftige Influenzapandemien haben die Länder im Jahr 2015 beschlossen, eine Interessenbekundung im Rahmen des Joint Procurement Agreement der EU-Kommission abzugeben. Grundlage hierfür war ein Beschluss der 88. GMK zur Festlegung von Eckpunkten für die Impfstoffbeschaffung für den Influenzapandemiefall. Im Rahmen der Ausschreibung haben zwei Impfstoffhersteller ein Angebot abgegeben. Im Jahr 2019 hat Baden-Württemberg einen Vertrag mit dem Impfstoffhersteller Seqirus abgeschlossen, der Produktionskapazitäten von insgesamt rund 7,5 Mio. Impfstoffdosen im Pandemiefall sichert. Für einen wirksamen Impfschutz ist dabei von einer zweimaligen Impfung auszugehen. Der Vertrag hat eine Laufzeit von vier Jahren mit zweimaliger Verlängerungsoption um jeweils ein Jahr.

Ein weiterer Vertragsabschluss mit dem Impfstoffhersteller GSK war vor Beginn der Coronapandemie endverhandelt. Das Verfahren wurde dann zunächst ausgesetzt und im Frühjahr 2022 wieder aufgegriffen. Zwischenzeitlich hat der Bund den Rahmenvertrag mit GSK gezeichnet, der Abschluss des spezifischen Vertrags für Baden-Württemberg soll zeitnah erfolgen. Der Vertrag umfasst für Baden-Württemberg rund 5,2 Mio. Impfstoffdosen und hat eine Laufzeit über vier Jahre mit einer Verlängerungsoption.

In den Jahren 2018/2019 erfolgte eine Aktualisierung des Influenzapandemieplans Baden-Württemberg auf der Grundlage der Erfahrungen des Pandemiegeschehens 2009/2010 und des aktualisierten Nationalen Pandemieplans aus dem Jahr 2017. Der aktualisierte Landespandemieplan wurde im März 2020 veröffentlicht.

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

Die Fortschreibung des Influenzapandemieplans Baden-Württemberg erfolgt fortlaufend unter Federführung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration in Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsamt. Dabei werden weitere Akteure (LÄK, KVBW, Landesapothekerkammer (LAK), Landesapothekerverband (LAV), BWKG u. a.) einbezogen, die in einem Pandemiefall zur fachlichen Beratung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration hinzugezogen werden. Soweit die Ergebnisse der jeweiligen Planungen und internen Abstimmungen für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung bei einer Influenzapandemie bereits vorliegen, wurden diese zusammengefasst und als weitere Anlagen dem Influenzapandemieplan beigelegt.

*17. Gibt es – unter Angabe von deren Inhalt – Pläne zu einer Verbesserung der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskompetenz sowie zur randgruppensensiblen Gesundheitsförderung und Prävention?*

*Förderung der Gesundheitskompetenz sowie der randgruppensensiblen Gesundheitsförderung und Prävention*

In der Gesundheitsförderung liegt der Fokus auf der Entwicklung von Strategien zur Stärkung von Gesundheitsressourcen und zur Reduktion von gesundheitlichen Belastungen sozial benachteiligter Personengruppen. Das Vorgehen dabei erfolgt bedarfsorientiert. Die Landesregierung setzt sich schon lange für die Förderung der sozillagenbezogenen bzw. randgruppensensiblen Gesundheitsförderung ein. Sie möchte u. a. dafür Sorge tragen, dass sich materielle Armutsgefährdung im Kindesalter möglichst nicht negativ auf die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe im gesamten Leben auswirken. Kinder sind unsere Zukunft und außerdem besonders schutzbedürftig. Ziel ist es, ihnen ein chancenreiches und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Dafür ist es wichtig, dass alle Kinder gut und gesund aufwachsen können und lernen, sich gesund zu ernähren. Sie sollen, unabhängig von ihrem finanziellen Hintergrund, die Möglichkeit haben, Sport zu treiben, und verstehen, wie wichtig es ist, sich zu bewegen und körperlich zu betätigen. Dafür fördert das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration seit einigen Jahren den Aufbau von Präventionsnetzwerken gegen Kinderarmut im Land. Derzeit bestehen fast 30 Standorte in mehr als 20 Kreisen, von denen die meisten mit unterschiedlichen Angeboten dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz insbesondere von armutsgefährdeten Kindern, Jugendlichen und deren Eltern zu verbessern. Was die Standorte dafür genau anbieten, geht aus den Projektsteckbriefen hervor, die auf der zentralen Informationsplattform der Präventionsnetzwerke gegen Kinderarmut in Baden-Württemberg unter [www.starkekinder-bw.de/standorte/](http://www.starkekinder-bw.de/standorte/) zu finden sind.

Ziel des Landes ist es, bis zum Jahr 2030 ein flächendeckendes Netz von Standorten in allen Stadt- und Landkreisen zu etablieren. Neben den Präventionsnetzwerken gegen Kinderarmut werden auch immer wieder einzelne Projekte im Bereich der gesundheitlichen Chancengleichheit gefördert. So auch momentan zwei Projekte zur Förderung von kommunalen Strategien zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen. Künftig sollen vorbehaltlich der Haushaltsmittel weitere Projekte gefördert werden.

Auch die beim Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration angesiedelte Landesstiftung „Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg“ (Präventionsstiftung) setzt sich seit 2018 mit ihrem Förderschwerpunkt „Stärkung

der Gesundheitskompetenz vulnerabler Gruppen“ für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Baden-Württemberg ein. Die Stärkung von Gesundheitskompetenz zielt darauf ab, dass Menschen verlässliche Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden, um die richtige Entscheidung für die eigene Gesundheit treffen zu können. Die gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg stellen dafür Projektmittel durch das Präventionsgesetz zur Verfügung. Bei der Umsetzung des Förderschwerpunkts orientiert sich die Stiftung am Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz, der Faktoren bzw. Gruppen benennt – wie beispielsweise ein geringer Bildungsgrad, niedriger sozialer Status, höheres Lebensalter, sowie chronische Erkrankungen –, die die Gesundheitskompetenz beeinflussen. Die gewonnenen Erkenntnisse aus den Projekten der Präventionsstiftung werden in landesweiten Netzwerken verbreitet. U. a. wurden diese für die Förderung ähnlicher Projekte im Rahmen des ESF REACT-EU Programms in 2021 genutzt.

Einen weiteren Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz liefert auch das nationale Gesundheitsportal [gesund.bund.de](https://gesund.bund.de). Wissenschaftlich fundierte und neutrale Gesundheitsinformationen sind hier in leicht verständlicher Form aufbereitet. Die Verbreitung verlässlicher Gesundheitsinformationen ist auf Grund der großen vorhandenen Informationsmenge, insbesondere im digitalen Bereich, relevant. Deshalb wird das nationale Gesundheitsportal auf der Startseite der Internetplattform zum Gesundheitsdialog Baden-Württemberg ([www.gesundheitsdialog-bw.de](https://www.gesundheitsdialog-bw.de)) prominent beworben.

Mit der Initiative „Mach den Impfcheck“, die in Zusammenarbeit mit dem YAEZ Verlag und der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) umgesetzt wird, trägt das Land außerdem zur Steigerung der Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Bereich Gesundheitsvorsorge bei. Im Rahmen der Kampagne werden speziell für diese Zielgruppe aufbereitete Informationen zu Schutzimpfungen bereitgestellt und über den Nutzen sowie mögliche Risiken von Impfungen aufgeklärt. Dies erfolgt über verschiedene Kanäle im Internet sowie im Rahmen einer jährlich stattfindenden Schülerinnen- und Schülerdialogveranstaltung vor Ort in Schulen. Für Lehrerinnen und Lehrer wurde zudem umfangreiches Material zur Unterrichtsgestaltung zum Thema Impfen zusammen- und bereitgestellt.

Das Land Baden-Württemberg ist seit der Gründung im Jahr 2006 Mitglied des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Sein Ziel es ist, gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland zu verbessern und die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Gruppen zu unterstützen. Dadurch ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration in ein deutschlandweites Netzwerk eingebunden. Die dort verbreiteten Informationen zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung sollen zukünftig noch breiter im Bundesland bekannt gemacht werden. Seit Anfang 2022 ist auch die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Baden-Württemberg (KGC BW) beim Ministerium ansässig. Die KGC BW ist ebenfalls Teil des bundesweiten Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit und fungiert als Kompetenz- und Vernetzungsstelle auf Bundeslandebene für alle Akteure der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Vorbehaltlich der weiteren Förderung durch das GKV-Bündnis (Gesetzliche Krankenversicherung) für Gesundheit und der Haushaltsmittel sollen die Aktivitäten der KGC BW zukünftig weiter ausgebaut werden. Besonders die Verbreitung von Wissen über die Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung soll dabei im Fokus stehen.

Außerdem beteiligt sich das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration an der Verbreitung des StadtRaumMonitors (SRM) in Baden-Württemberg und darüber hinaus. Der SRM ist ein Instrument zur partizipativen Bedarfserhebung, Priorisierung und intersektoralen Planung im Rahmen der Gesundheitsplanung und der gesundheitsförderlichen Stadt-, Gemeinde- und Quartiersentwicklung. Er basiert auf dem schottischen Instrument „Place Standard – How good is my place?“ und wurde seit 2019 in einer Kooperation des LGA mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein-Westfalen auf die Rahmenbedingungen in Deutschland übertragen, inhaltlich

weiterentwickelt und ergänzt sowie in der kommunalen Praxis getestet und evaluiert. Das Instrument eignet sich in besonderer Weise, sozial benachteiligte und vulnerable Bevölkerungsgruppen zu beteiligen, indem das Instrument beispielsweise in stark benachteiligten Gebieten eingesetzt wird, und trägt so zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit bei. Außerdem hat die Evaluation der Pilotierungsphase gezeigt, dass der SRM die intersektorale Zusammenarbeit der Kommunalverwaltung unterstützt und somit zur Förderung des Health in All Policies-Ansatzes (HiAP) beiträgt, welcher von der Landesregierung vorangebracht werden soll.

#### *Förderung der Digitalkompetenz im Bereich Gesundheit*

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration förderte im Rahmen der Strategie Digitalisierung in Medizin und Pflege die Digitalkompetenz in Gesundheit und Pflege. Mit dem in Höhe von 795 000 Euro geförderten Projekt „gesundaltern@bw“ der Landesanstalt für Kommunikation im Zeitraum vom 1. März 2020 bis 30. Juni 2022 wurden vorrangig Seniorinnen und Senioren in den Blick genommen. So sollte der Gefahr entgegengewirkt werden, große Teile der Gesellschaft von der fortschreitenden Digitalisierung auszuschließen. Das Projekt umfasste einen informellen Teil mit Infoveranstaltungen und Workshops, den Aufbau von Multiplikatorennetzwerken und die Ausrichtung von Bürgerinnen- und Bürgerwerkstätten und Stakeholderkonferenzen, auch unter dem Aspekt der Quartiersentwicklung.

Die im Rahmen von „gesundaltern@bw“ geschaffenen Grundlagen, beispielsweise durch die Ausbildung von Gesundheitsbotschafterinnen und -botschaftern sowie die Entwicklung von Fortbildungen zu Videosprechstunden oder der elektronischen Patientenakte, sollen als nächsten Schritt für den ländlichen Raum fortentwickelt werden und als Basis für ein Folgeprojekt „Gesund und digital im Ländlichen Raum“ dienen. Mit dem weiterentwickelten Projekt, das vom Kabinettsausschuss Ländlicher Raum gefördert werden soll, sollen lokale Strukturen der Seniorenarbeit im Ländlichen Raum unterstützt werden, um älteren Bürgerinnen und Bürgern den Einstieg in das Internet und somit die Teilhabe an der digitalen Welt zu erleichtern. Ziel ist es, Seniorinnen und Senioren im ländlichen Raum mit zentralen Aspekten digitaler Gesundheitsangebote (beispielsweise Telemedizin, E-Rezept, Buchung digitaler Dienstleistungen und Termine) vertraut zu machen.

Das Projekt „Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz (Digital Health Literacy) bei Patient/-innen und Bürger/-innen in Baden-Württemberg“ der Koordinierungsstelle Telemedizin Baden-Württemberg, das im Rahmen des Forum Gesundheitsstandort BW seit dem 15. März 2021 mit ca. 2 Mio. Euro gefördert wird, bietet digitale Gesundheitsanwendungen zum Anfassen. Dabei soll ein DigitalHealth-Bus zum Einsatz kommen, der gezielt öffentliche Plätze und Einrichtungen anfährt und Inhalte transportiert. Auch die Einrichtung von Showrooms und die Etablierung von digitalen Betreuungsplattformen zur Adressierung von älteren Menschen gehören zu den Projektinhalten. Die Bürgerinnen und Bürger sollen so in ihrem Alltag erreicht und für das Thema sensibilisiert und befähigt werden.

#### *18. Welche Maßnahmen hat die Landesregierung ergriffen, um gesundheitsbezogene Forschung einerseits und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft andererseits miteinander zu vernetzen und diese zu stärken?*

Ziel der Innovationspolitik des Landes ist es, den gesamten Innovationsprozess abzubilden – von der Grundlagenforschung, der wirtschaftsnahen Forschung und dem Technologietransfer hin zur weiteren Produktentwicklung und Einführung in den Markt. Das Land verfügt dabei über ein flächendeckendes und effizientes Technologietransfersystem mit mehr als 1 500 Institutionen, die offen für alle Branchen Wissen und neue Technologien aus der Forschung in die betriebliche Praxis bringen.

Beispielhaft genannt seien hier die über 30 leistungsfähigen wirtschaftsnahen Forschungseinrichtungen der Innovationsallianz BW, der Fraunhofer Gesellschaft und des Deutschen Zentrums für Luft- und Raumfahrt im Land, die vom Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus institutionell unterstützt und fachlich betreut werden. Diese Einrichtungen bilden eine wichtige Brücke zwischen Wissenschaft und Wirtschaft und sind speziell auf die Bedürfnisse der in Baden-Württemberg stark vertretenen KMU ausgerichtet. Weiterhin spielen die Technologietransfermanagerinnen und -manager eine wichtige Rolle, die gezielt in den Regionen des Landes Unternehmen aller Branchen bei ihren Innovationsvorhaben helfen und nach geeigneten Partnern aus der Forschung suchen.

#### *Innovationsstrategie des Landes Baden-Württemberg*

Übergeordnete Themenfelder zur Ausrichtung der baden-württembergischen Technologie- und Innovationsförderung wurden mit der Innovationsstrategie des Landes festgelegt, die im Februar 2020 vom Ministerrat beschlossen wurde. Als Wachstums- und Zukunftsbereiche wurden insbesondere Digitalisierung, Künstliche Intelligenz und Industrie 4.0, Nachhaltige Mobilität, Gesundheitswirtschaft sowie Ressourceneffizienz und Energiewende identifiziert, in welche Baden-Württemberg zukünftig investiert.

Unternehmen der Gesundheitswirtschaft können auch von dem bisher größten branchenoffenen einzelbetrieblichen Innovationsförderprogramm des Landes „Invest BW“ profitieren. Hier stehen für Fördermaßnahmen bis Ende 2022 insgesamt bis zu 300 Mio. Euro aus der Rücklage „Zukunftsland BW – Stärker aus der Krise“ zur Verfügung. Das Ziel von Invest BW ist die Schaffung von Anreizen vor allem für kleine und mittelständische Unternehmen und Start-ups, die Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten zu erhöhen und innovative Produkte, Dienstleistungen und Geschäftsmodelle schneller auf den Markt oder innovative Prozesse schneller in die betriebliche Umsetzung zu bringen.

#### *Digitalisierung und Künstliche Intelligenz im Gesundheitsbereich*

Gemeinsam mit allen betroffenen Akteuren des Gesundheitswesens einschließlich der Patientenvertretungen hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration die „Strategie zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung in Baden-Württemberg durch Nutzung digitaler Technologien“ (kurz: Digitalisierung in Medizin und Pflege) entwickelt. Im Rahmen der Strategie, die in die Landesstrategie digital@bw eingebettet ist, konnten inzwischen knapp 50 Projekte mit über 19 Mio. Euro gefördert werden. Gefördert wurden hauptsächlich Projekte, die in eines der vier Themenfelder Ambulante und Stationäre Versorgung, Sektorenübergreifende Versorgung, Pflege oder Personalisierte Medizin fallen.

In den kommenden Jahren möchte die Landesregierung den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) im Gesundheitswesen zur Verbesserung der Versorgung der Bürgerinnen und Bürger stärker unterstützen. Den Startschuss machte die Förderung von drei zukunftsweisenden Projekten mit insgesamt 2,5 Mio. Euro. Darunter das Projekt „KI-Translations-Initiative“ des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg, durch das unnötige Untersuchungen und Eingriffe bei verschiedenen Krebsformen vermieden werden sollen.

Häufig verbleiben KI-Anwendungen allerdings im Forschungskontext und erlangen keine Marktreife. Die Gründe sind u. a. komplexe regulatorische und technische Rahmenbedingungen sowie Vorbehalte bei Patientinnen und Patienten und dem Fachpersonal. Baden-Württemberg möchte daher den Aufbau eines Reallabors „KI im Gesundheitswesen“ initiieren und mit 2,35 Mio. Euro im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel fördern. In diesem Reallabor sollen Forschende, Leistungserbringende, Bürgerinnen und Bürger, Unternehmen sowie weitere Stakeholder interdisziplinär und sektorenüberwindend zusammenarbeiten, um KI im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege zu erproben und mittelfristig zu etablieren. Das Reallabor soll Möglichkeiten bieten, gesundheitsbezogene Forschung und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, aber auch die Gesell-

schaft und Politik für die Lösungsfindung zusammenzubringen. Der Förderauftrag wurde im Mai dieses Jahres veröffentlicht. Die eingegangenen Projektanträge werden derzeit geprüft und ausgewählt. Der Projektstart wird voraussichtlich im Herbst 2022 erfolgen.

*Forum Gesundheitsstandort BW und Innovationscampus Health and Life Science Alliance*

Mit dem im Jahr 2018 auf Initiative von Herrn Ministerpräsident Winfried Kretschmann gegründeten „Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg“ ist die Landesregierung neue Wege gegangen, um eine engere Verbindung und Vernetzung der Bereiche Forschung, Gesundheitswirtschaft und -versorgung zu erreichen und Baden-Württemberg zum führenden Gesundheitsstandort zu entwickeln. Ziel des Forums ist es, Fachbereiche aufzubrechen, Grenzen zu überwinden und innovative Lösungen für den Gesundheitsstandort Baden-Württemberg zu finden. Davon profitieren sowohl die Gesundheitswirtschaft als auch die Patientinnen und Patienten im Land. Das Forum vereint aktuell mehr als 500 Expertinnen und Experten aus Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Forschungsinstituten und Universitäten sowie Biotech-, Pharma- und Medizintechnikfirmen und Krankenkassen in Baden-Württemberg.

Um die gesundheitsbezogene Forschung und die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft im Land gezielt zu stärken, hat das Land im Rahmen des Forums Gesundheitsstandort seit 2019 bereits über 100 Mio. Euro zur Förderung innovativer Projekte zur Förderung von mehr als 60 Modellvorhaben eingesetzt, die bundesweite bzw. internationale Strahlkraft besitzen. Die Projekte unterstützen Innovationen im Gesundheitsbereich und tragen maßgeblich dazu bei, gesundheitsbezogene Forschung und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft miteinander zu vernetzen und die Zusammenarbeit zwischen ihnen zu stärken. Mit diesen Mitteln werden beispielsweise zwei große Forschungsprojekte („ZPM-Netzwerk“ und „ZPM-Zukunftskonzept“) finanziert, mit denen die Personalisierte Medizin in Baden-Württemberg zielgerichtet weiterentwickelt werden soll.

Das Forum hat mit seinen Akteuren strategische Handlungsempfehlungen für den Gesundheitsstandort Baden-Württemberg entwickelt. In einer ebenfalls im Forum erarbeiteten „Roadmap Gesundheitsdatennutzung“ werden Maßnahmen definiert, um mit einer effektiveren Nutzung von Gesundheitsdaten medizinische Weiterentwicklungen möglich zu machen. Derzeit werden in mehreren Arbeitsgruppen im Forum konkrete Schritte für die Erreichung dieses Zieles definiert.

Mit dem „Innovationscampus Health and Life Science Alliance“ fördert das Land die enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Einrichtungen und Disziplinen, um schwierige Fragestellungen mit gebündelter Expertise zu beantworten. Dabei geht es auch um den Blick auf ihre medizinische Anwendbarkeit. Die beteiligten Einrichtungen arbeiten eng mit der Wirtschaft zusammen und entfalten eine Hebelwirkung auch in der Gesundheitsversorgung und der Weiterentwicklung Baden-Württembergs als führendem Standort der Medizintechnik und Pharmazeutik. Seit 2021 fördert das Land Projekte des Innovationscampus mit bis zu 40 Mio. Euro. Daneben stellt das Land mit weiteren Mitteln in Höhe von 10,7 Mio. Euro bereit, um die Vorhaben auszubauen und die Voraussetzungen zu schaffen, um den Forschungsverbund zu einem etablierten und weithin sichtbaren Leuchtturm der Lebens- und Gesundheitswissenschaften zu machen.

*19. Wie wird der freie Zugang zu Gesundheits- und Medizinprodukten auf den Weltmärkten unter Darlegung der bisher erfolgten und weiter vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung heimischer (europäischer) Produktionskapazitäten sichergestellt?*

Der freie Zugang zu Gesundheits- und Medizinprodukten ist gemäß den Vereinbarungen der Agenda 2030 eine gemeinsame globale Herausforderung. Die Landesregierung setzt sich vor diesem Hintergrund für einen multilateralen, regelbasierten und werteorientierten Welthandel ein und betont dazu gegenüber der EU die Notwendigkeit entsprechend ausgestalteter bilateraler und multilateraler

Handelsabkommen. Die Frage der internationalen Diversifizierung unternehmerischer Wertschöpfungs- und Lieferketten liegt dabei in unternehmerischer Verantwortung.

Zur Stärkung der heimischen Produktion trägt die Unterstützung von Unternehmensansiedlungen bei. Am 3. Mai 2022 hat die Landesregierung 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.

#### *Internationale Kooperationen zur Versorgungssicherheit*

Bereits vor der Coronapandemie wurde das Thema „Lieferengpässe bei versorgungsrelevanten Arzneimitteln“ 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 zur Sicherung von Lieferketten und Lieferengpässe 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 krisenfeste 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 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 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 zwischen 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 in-

nerhalb 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 Unternehmer 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 im Rahmen des Ziels der Landesregierung einer resilienten und im internationalen Vergleich konkurrenzfähigen Aufstellung des Gesundheitsstandorts Baden-Württemberg.

*20. Welche „lessons learned“ ergeben sich für die Landesregierung zum jetzigen Zeitpunkt aus der Coronapandemie hinsichtlich des Umgangs mit Gesundheitskrisen, insbesondere auch in Fragen von Art und Zeitpunkt der Kommunikation?*

Im Hinblick auf Gesundheitskrisen wie die Coronapandemie nimmt die Kommunikation eine entscheidende Rolle ein. Selbstverständlich ist die öffentliche Kommunikation immer abhängig von komplexen politischen Entscheidungsprozessen und findet auf vielen Ebenen und in zahlreichen Diskursräumen statt (Pressearbeit, Onlinekommunikation, Hotline und Bürgeranfragen, Stakeholder-Dialoge, Verbändeschalten etc.). Eine Herausforderung während der Coronapandemie bestand hier insbesondere in der häufig auftretenden Vielstimmigkeit von Diskussionen zwischen Bund und Ländern, einzelnen Ländern untereinander sowie teils sehr stark divergierenden Debattenbeiträgen von Expertinnen und Experten, die eine konsistente Kommunikation mit klaren Handlungsempfehlungen erschwerte. Hinzu kam, dass sich die Lage oft binnen Stunden mehrfach veränderte.

Festhalten lässt sich deshalb, dass sich komplexe Kommunikationsprozesse – z. B. über Social Media oder andere Onlinekanäle – auch in der personellen Ausstattung der betroffenen Ressorts (gerade in Krisenzeiten) widerspiegeln müssen. Es braucht entsprechend ausgebildete Mitarbeitende (Umgang mit Content-Management-Systemen, Erstellung von Grafiken mit Programmen, Verständnis für Pressearbeit und Onlinekommunikation unter enormem Zeitdruck, vertrauensbildende Maßnahmen in Richtung Medien, Hintergrundgespräche etc.), die sich durch Abordnungen aus anderen Bereichen nur durch eine lange Einarbeitungsphase ausfüllen lassen. Als sinnvoll erweist sich deshalb – gerade in weltumspannenden Krisen wie der Coronapandemie – eine schnell einzurichtende, zentrale Kommunikationseinheit, die sich aus entsprechend geschulten Vertreterinnen und Vertretern von Pressestellen anderer Ministerien bzw. Behörden zusammensetzt. Hierfür ist in der Stabsarbeit die Einrichtung des Verwaltungsstabsbereichs 3 »Bevölkerungsinformation und Medienarbeit (BuMA)« in den jeweiligen Zusammensetzungen vorgesehen.

*COVID-19-Schutzimpfung und Impfkampagne des Landes Baden-Württemberg*

In gesundheitlichen Krisen spielen insbesondere eine gute Vernetzung mit den relevanten Akteuren (z. B. KVBW, LÄK, Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KZV BW), Landeszahnärztekammer (LZK), LAV, LAK, kommunale Landesverbände) sowie ein entsprechendes Erwartungsmanagement der Bevölkerung eine zentrale Rolle. So wurde gleich zu Beginn der Coronapandemie die Arbeitsgruppe Umsetzung Impfen (AGUI) mit allen relevanten Akteuren im Land unter der Leitung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und

Integration ins Leben gerufen. Die AGUI ermöglichte zum einen, die zum Teil sehr dynamischen Vorgaben des Bundes vor Ort in allen Stadt- und Landkreisen zügig umzusetzen. Zum anderen ermöglichte die AGUI, die vor Ort entstandenen Herausforderungen entweder an den Bund zu kommunizieren oder auf Landesebene zu lösen.

Die Impfstoffknappheit im ersten und in Teilen des zweiten Quartals 2021 machte zunächst eine Impfpriorisierung erforderlich. Impftermine waren lange Zeit nur in geringer Anzahl verfügbar, sodass besonders vulnerablen Gruppen zuerst ein Impfangebot gemacht wurde. Gerade in solchen Situationen ist eine klare Kommunikation gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern wichtig, um die Erwartungshaltung entsprechend anzupassen.

Seit dem Beginn der landesweiten Impfkampagne im Juli 2021 hat das Land seine Kampagne daher bereits auf Maßnahmen und Kanäle ausgerichtet, die auf eine bedarfsgerechte, an der Bevölkerungszusammensetzung orientierte Informationen statt auf verkürzte Impfpfelle setzen. Hierzu werden alle Informationen und Veranstaltungshinweise sowohl mit klassischen als auch mit digitalen Mitteln verbreitet. Ebenso verfolgt die Kampagne den Community Ansatz. So wendet sich das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration an Verbände, Vereine und andere Zusammenschlüsse wie Heimat-, Narren- und Trachtenverbände, die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Waldorfschulen, die kurdische und die alevitischen Gemeinde etc. Bei der Umsetzung geht um niedrigschwellige, zielgerichtete Ansprache. Hierfür stellt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration den Akteuren und den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vor Ort entsprechende Instrumente zur Verfügung. Beispielhaft sei hier auf die Austauschrunde mit den im Geflüchtetenbereich haupt- und ehrenamtlich Aktiven (z. B. Integrationsmanagerinnen und -managern) hingewiesen.

Zur direkten Information fanden mittlerweile über zehn Informationsveranstaltungen statt, die sich direkt an die Bürgerinnen und Bürger gerichtet haben, teils mit hoher Beteiligung von über 3 000 Teilnehmenden.

Die Kampagneninformationen sind bereits auf dreizehn Sprachen abrufbar, sodass möglichst viele Menschen erreicht werden können.

Dieses Vorgehen hat sich bewährt und die Erfahrungen können für weitere Krisen genutzt werden.

#### *Ambulante ärztliche Versorgung*

Die ambulante ärztliche Versorgung hat wesentlich zur erfolgreichen Bekämpfung der Coronapandemie beigetragen: Rund 85 Prozent der COVID-19-Patientinnen und -Patienten wurden und werden in Baden-Württemberg durch niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte und medizinische Fachangestellte behandelt. Der Erfolg der Test- sowie Impfkampagnen ist in hohem Maße auch auf die Unterstützung des ambulanten ärztlichen Sektors zurückzuführen.

Die in der Coronapandemie bewährte enge Abstimmung mit externen Partnern (z. B. im Rahmen der AG Corona) soll beibehalten werden. Auch künftig dürfte ein zentraler Fokus auf der Personalsituation in den Krankenhäusern liegen: Das bestehende Personal muss gehalten werden, während zusätzlich neues Personal gewonnen wird. Außerdem sollten sektorenübergreifende Lösungen optimiert werden. Die Landeskrankenhausplanung wird perspektivisch weiterentwickelt und die Erkenntnisse aus der Coronapandemie werden ebenfalls mit einfließen.

#### *Langzeitpflege und Eingliederungshilfe*

Das Land hat bereits im April 2020 aus Anlass der Coronapandemie die Taskforce Langzeitpflege und Eingliederungshilfe (TFLE) eingerichtet. In der Taskforce sind neben dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration u. a. die Verbände der Leistungserbringer (Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V. (LIGA), BWKG, Bundesverband privater Anbieter sozialer

Dienste e. V. [bpa]), die Landesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (LAG WfbM), die Landesbehindertenbeauftragte, die kommunalen Landesverbände, der Landesseniorenrat, Vertreterinnen und Vertreter der Pflegewissenschaft und Pflegekassen sowie Vertreterinnen und Vertreter von Gesundheitsämtern vertreten.

Die Taskforce befasst sich mit aktuell und zukünftig notwendigen Schutzmaßnahmen für vulnerable Personengruppen in der Langzeitpflege und Eingliederungshilfe wie auch mit flankierenden Schritten zur (Re-)Normalisierung des täglichen Lebens für die in besonderer Weise durch Schutzmaßnahmen betroffenen Personengruppen. Aus der Taskforce heraus wurde die „Studie zur aktuellen Lage in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg (LACOVID-BA-WÜ2020) 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 Pandemiebewältigung 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 und Verbesserung der Kommunikation aller Beteiligten und Digitalisierung annehmen.

Die Taskforce Langzeitpflege und Eingliederungshilfe hat sich in der Coronapandemie als wichtiges Format bewährt, um die Krisenlage multidisziplinär unter Einbeziehung aller relevanten Akteure zu bewerten und praxistaugliche Lösungen zur Bewältigung der vielfältigen Herausforderungen zu finden. Aus Sicht der Landesregierung ist es sinnvoll, für den Bereich der Langzeitpflege und Eingliederungshilfe auch bei der Bewältigung künftiger Krisen auf das bewährte Taskforce-Format zurückzugreifen.

#### *Integration und Antidiskriminierung*

Im Zuge der Coronapandemie hat sich die Bedeutung zielgruppenspezifischer Kommunikation immer deutlicher herauskristallisiert. Im Integrationsbereich bedeutet dies zunächst die Bereitstellung von mehrsprachigen Informationsangeboten. Darüber hinaus müssen spezifische Kommunikationskanäle bedient werden, um Menschen zu erreichen, die weder klassische Medien noch soziale Medien konsumieren. Des Weiteren ist im Hinblick auf die Glaubwürdigkeit der kommunizierten Inhalte von großer Bedeutung, wer die Inhalte kommuniziert. Dies ist vor allem wichtig, um geschlossene Milieus zu erreichen, nicht zuletzt, damit sich dort keine Narrative verfestigen, die aus fragwürdigen Quellen stammen. Daher ist es essenziell, frühzeitig gruppenspezifische, mehrsprachige Kommunikationsansätze über einschlägige Kommunikationskanäle und Medien mithilfe von Personen mit Standing und Glaubwürdigkeit innerhalb spezifischer Communities anzugehen. Dieses Vorgehen hat sich im Rahmen der Coronapandemie bewährt und die Zusammenarbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren dahingehend als äußerst wertvoll erwiesen.

In Bezug auf das Handlungsfeld Antidiskriminierung besteht die Notwendigkeit, beim Umgang mit Gesundheitsrisiken diskriminierungssensible Aspekte stets mit zu berücksichtigen. Dies betrifft sowohl die Ausgestaltung entsprechender Regelungen und weiterer Maßnahmen als auch eine proaktive und zielgruppenspezifische Kommunikation.

#### *Kinder, Jugendliche und Familien*

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 deut-

lich, dass Kinder und Jugendlichen 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.

Neben der Aufrechterhaltung des Zugangs ist stets zu prüfen, inwieweit Personengruppen, die besonders belastet sind, in Krisen zielgerichtet zusätzlich unterstützt werden können (vgl. Frage I. 2, Beitrag zu präventiven Angeboten in der Kinder- und Jugendhilfe).

Um gefährdete Gruppen gerade in Gesundheitskrisen zuverlässig zu erreichen, ist der Auf- und Ausbau digitaler Strukturen einschließlich sicherer Kommunikationskanäle notwendig. Des Weiteren ist in der Krisenkommunikation darauf zu achten, dass Informationen gezielt für Kinder und Jugendliche, auch für jene mit eingeschränkten Deutschkenntnissen oder Lesekompetenzen, aufbereitet und über Kanäle verbreitet werden, über die diese Gruppen zuverlässig erreicht werden.

*21. Bestehen Auswertungen der Pandemieerfahrungen nach Communities/Herkunftsländern, unter Angabe der Erfahrungswerte zur Rückkoppelung der Impfentscheidung u. ä. nach sozio-kulturellen sowie religiösen oder anderen Aspekten?*

Die Impfungen zur COVID-19-Schutzimpfung sind diskriminierungsfrei gestaltet. Daher liegen der Landesregierung hierfür keine Daten vor.

*22. Welche Konzeptionen für die Zusammenarbeit mit den ausländischen Nachbarstaaten (etwa Frankreich und der Schweiz) bestehen für weitere Gesundheitskrisen unter Darlegung der konkreten diesbezüglichen Lehren aus der Pandemie?*

Die Pandemie hat in exemplarischer Weise die überaus engen, tagtäglichen Verflechtungen im Grenzraum zu Frankreich und zur Schweiz aufgezeigt, wo heute erfolgreiche gemeinsame Wirtschafts-, Arbeits- und Lebensräume bestehen. Die offenen Grenzen wurden vielfach im Alltag gar nicht mehr als solche wahrgenommen. Die Einführung von Grenzkontrollen durch den Bund zu Beginn der Pandemie hat diese Räume – wie sich nicht zuletzt auch in zahlreichen Bürgerschriften niedergeschlagen hat – zunächst schlagartig getrennt, mit gravierenden Folgen für die Wirtschaft, Grenzgängerinnen und Grenzgänger sowie die Bevölkerung der Grenzgebiete.

*Grenzraum Schweiz*

*(Informationen zu den trinationalen Projekten TRISAN und EpiRhin unter Grenzraum Frankreich)*

In einer sehr engen Abstimmung mit den französischen und Schweizer Partnern konnte die Landesregierung in der Folge zahlreiche pragmatische Verbesserungen für die Grenzregionen erreichen, insbesondere die Einführung der sogenannten 24-Stunden-Regel, die einen funktionierenden Grenzverkehr ermöglichte (keine Quarantänepflicht, wenn die Grenze insbesondere aus beruflichen, schulischen, medizinischen, pflegerischen oder familiär bedingten Gründen überquert wurde).

Durch flexible Formate und einen kurzen Draht in zahlreichen regelmäßigen, vom Staatsministerium initiierten Telefon- und Videoschalten im Grenzraum zur Schweiz, an denen alle betroffenen Landes- und Bundesstellen (z. B. Bundesministerium des Innern, Auswärtiges Amt), die Landkreise, die Grenz Kantone und Schweizer Bundesstellen (z. B. die eidgenössische Botschaft in Berlin und das Generalkonsulat in Stuttgart) beteiligt waren, konnten konkrete Anliegen aus der Grenzregion, die Planung der Pandemiemaßnahmen (z. B. der notwendigen Testverfahren) und die grenzüberschreitende Kommunikation in der Pandemie abgestimmt werden.

Zwar waren die Pandemiemaßnahmen weiterhin national bzw. landesspezifisch und teilweise auch unterschiedlich ausgerichtet, doch konnten Bürgerinnen und Bürger zügig und transparent informiert werden. Hierzu leisteten die grenzüberschreitenden Beratungsstellen INFOBEST und die Regierungspräsidien in Freiburg und Karlsruhe einen unverzichtbaren Beitrag (interaktives COVID-Einreise-tool u. v. a.). Das Land hat sich auch für weitere Verbesserungen der Zusammenarbeit in der Pandemiebekämpfung eingesetzt, beispielsweise die Kompatibilität der deutschen und der Schweizer Corona-Warn-App. In digitalen grenzüberschreitenden Bürgerdialogen kamen die Bürgerinnen und Bürger zur Pandemiesituation zu Wort. Als Beispiele sei auf die beiden virtuellen grenzüberschreitenden Bürgerdialoge am 17. und 25. Juni 2020 hingewiesen, die das Staatsministerium in Kooperation mit dem Kanton Aargau und der Hochrheinkommission durchgeführt hat.

Die Pandemie hat den unschätzbaren Wert offener Grenzen deutlich gemacht und den Anstoß dafür gegeben, die Abstimmung im Deutsch-Schweizer Grenzraum auch mit den Bundesstellen in Berlin und Bern weiter zu vertiefen, um Themen der Grenzregion voranzubringen. So wird die vom Staatsministerium initiierte Deutsch-Schweizer Videoschleife zur Pandemieentwicklung weitergeführt, wobei der zeitliche Rhythmus stets der Pandemieentwicklung angepasst wird.

Das Auswärtige Amt in Berlin und das Eidgenössische Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA) in Bern haben federführend am 17. Mai 2022 in Schaffhausen erstmals ein Pilottreffen für einen bilateralen «Deutsch-schweizerischen Dialog über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit» durchgeführt, der neben dem Gesundheitsbereich weitere Themen (EU-Schweiz-Beziehungen, Schienen- und Straßenverkehr, Zoll, Landwirtschaft, Nachhaltigkeit, Sicherheit) behandelte und das Land beteiligte. Die Landesregierung begrüßt diesen Dialog der nationalen Ebenen, da hier wichtige Themen des Deutsch-Schweizer Grenzraumes eine verstärkte Beachtung und Förderung in den Hauptstädten erhalten.

#### *Grenzraum Frankreich*

Seit Beginn der Coronapandemie und Inkrafttreten des ersten Lockdowns pflegen Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und das Saarland sowie die Nachbarregion Grand Est, die Präfektur Grand Est und verschiedene Bundesbehörden einen regelmäßigen Austausch zum Pandemiegeschehen. Erörtert wurden in der Anfangsphase beispielsweise Fragen des Grenzübertretts, insbesondere für Pendlerinnen und Pendler, im Bereich der Sorgerechtsausübung und Pflege, Verlegung von Patientinnen und Patienten, Gestaltung von Einreiseverordnungen, Impf- und Testregime im Hinblick auf die Aufrechterhaltung grenzüberschreitend tätiger Arbeitskräfte und Infrastruktur. Die Schaltkonferenzen waren in der Anfangsphase als Koordinierungskreis zur Krisenreaktion und später zunehmend zum Informationsaustausch konzipiert. Inzwischen kommt die Runde ad hoc bei besonderer Zuspitzung der Pandemie oder größeren Entwicklungen in Deutschland oder Frankreich zusammen.

Die Pandemie hat deutlich gezeigt, dass der Oberrhein in sozialer, kultureller und wirtschaftlicher Hinsicht als gemeinsamer Lebensraum verstanden wird. Dies gilt insbesondere auch für die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen. Verbunden mit den steigenden Anforderungen durch den demografischen und klimatischen Wandel wird es in den kommenden Jahren zunehmend wichtiger, sich mit den Fragestellungen einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung auseinanderzusetzen.

Dementsprechend gilt es Strukturen und Projekte, die sich mit der Gesundheitsplanung und Krisenreaktion in der Oberrheinregion befassen, auf Basis der Erfahrungen zu prüfen, und im Rahmen der jeweils verfügbaren Haushaltsmittel zu verstetigen und weiter zu entwickeln, so etwa das Projekt TRISAN, ein trinationales Kompetenzzentrum mit dem Ziel, die Gesundheitskooperation am Oberrhein zu unterstützen. Das bisher als INTERREG Projekt finanzierte trinationale Kompetenzzentrum TRISAN hat sich nicht zuletzt in der Coronapandemie durch seine Wissensvermittlung und Koordinierungsfunktion bewährt. Da die bestehenden Grenzen zu Frankreich und der Schweiz im Alltag der Menschen vor der Pan-

demie kaum noch wahrnehmbar waren, hat sich die rechtzeitige Information der Bürgerinnen und Bürger durch die Behörden im Grenzraum und die Vernetzung der Behörden über Ländergrenzen hinweg in der Pandemiezeit als sehr wichtig erwiesen.

Early Warning Response System, EpiRhin-Expertengruppe und weitere Formate des trinationalen Expertenaustauschs zu „Best Practices“

Für die schnelle Kommunikation und Koordination von grenzüberschreitenden Infektionsgeschehen und somit um seitens der EU schnell und wirksam auf Ereignisse (inklusive Notfälle) im Zusammenhang mit relevanten übertragbaren Krankheiten und besonderen Infektionsgeschehen reagieren zu können, wurde gemäß Artikel 8 des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU das Early Warning Response System (EWRS) als EU-weites Schnellwarnsystem zur Meldung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren eingerichtet.

Das EWRS wurde bereits erfolgreich bei früheren Ausbrüchen von SARS, Influenza-Pandemien des Typs A (H1N1), Ebola, Zika, COVID-19 und anderen grenzüberschreitenden Ausbrüchen übertragbarer Krankheiten für Warnungen, Informationsaustausch und die Koordinierung von Maßnahmen eingesetzt.

Während jeder Mitgliedstaat sein eigenes nationales System zur Prävention und Bekämpfung von Infektionskrankheiten einsetzt, ermöglicht dieses webgestützte System zum vertraulichen Austausch von Informationen eine ständige Verbindung zwischen der Europäischen Kommission und den auf nationaler Ebene zuständigen Behörden („für das EWRS zuständige Behörden“). Die EU-Länder können rechtzeitig und auf sichere Weise auf schwerwiegende grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren reagieren; sie können Warnungen übermitteln, Informationen austauschen und nationale Maßnahmen koordinieren. Das EWRS wird daher häufig eingesetzt, um Ausbrüche von Krankheiten zu melden, Informationen auszutauschen und die Koordination von Maßnahmen zwischen den Beteiligten zu erörtern. Das EWRS wird vom ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) betrieben. Die Kommunikation und Koordination im Rahmen der EWRS erfolgt über die nationalen Gesundheitsbehörden. In Deutschland ist das RKI zuständige Behörde für das EWRS.

Die für das EWRS zuständigen Behörden oder die Europäische Kommission übermitteln eine Warnmeldung, wenn eine schwerwiegende grenzüberschreitende Gesundheitsgefahr für den betreffenden Ort oder Zeitpunkt ungewöhnlich oder unerwartet ist, für eine erhebliche Morbidität oder Mortalität verantwortlich ist oder rasch anwächst, die nationalen Reaktionskapazitäten überschreitet und mehr als ein EU-Land betrifft und eine koordinierte Reaktion auf Unionsebene erfordert.

Im Rahmen der Coronapandemie hat die EU bereits weitere Maßnahmen zur Stärkung der grenzüberschreitenden Gefahrenabwehr von Infektionsgeschehen ergriffen. Um der Krise entgegenzuwirken, wurden zwei bestehende Behörden der EU gestärkt: die European Medicines Agency und das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Außerdem wurde ein neuer, kommissionsinterner Dienst gegründet, die Health Emergency Preparedness and Response Agency (HERA), um eine schnelle und flexible Antwort zu gewährleisten.

Neben dem Netzwerk EWRS wurde in Baden-Württemberg im Rahmen der EpiRhin-Expertengruppe gemeinsam mit den angrenzenden Partnern der Schweiz und Frankreichs ein Konzept zur Beobachtung lokaler Infektionsgeschehen im angrenzenden Ausland erarbeitet. EpiRhin ist ein grenzüberschreitendes trinationales Warnsystem für übertragbare Erkrankungen. Es hat zum Ziel, die grenzüberschreitende Kommunikation zwischen Grenzregionen in Baden-Württemberg, Frankreich und der Schweiz zu intensivieren und die schnelle Kommunikation zu biologischen Lagen zu ermöglichen. Die Expertengruppe EpiRhin ist in der AG Gesundheit der Oberrheinkonferenz angesiedelt. Das Netzwerk EpiRhin hat sich während der Pandemie bewährt und soll weiter gestärkt werden. Zur Verbesserung des Informationsaustausches sollen feste Austauschformate vereinbart wer-

den Kontaktstellen für den Informationsaustausch sind neben den regionalen Gesundheitsbehörden die von den jeweiligen Ländern benannten Ansprechpartner.

Ebenso haben ab März 2020 und während der ganzen Coronapandemie Expertinnen und Experten und Behörden der Grenzgebiete des Oberrheins und der Großregion Daten über ihre jeweilige sanitäre Lage, die getroffenen sowie geplanten Maßnahmen und Aktionen zur Kontrolle der Epidemie und zur Bewältigung des Zustroms von schwerwiegenden Fällen, die gemeinsam vorgeschlagen werden können, die „Best Practices“ ausgetauscht. Die Folgen der getroffenen Maßnahmen von einem Staat auf das Alltagsleben der Grenzpendlerinnen und -pendler wurden besprochen und, wenn nötig, angepasst.

Diese Austausche wurden auf verschiedenen Ebenen organisiert, etwa unter der Leitung der Präfektin der Region Grand Est mit der Unterstützung der Agence Régionale de Santé, im Rahmen der Einrichtungen der Kooperationsräume Oberrhein und Großregion sowie im Zusammenhang mit dem Deutsch-französischen Ausschuss für grenzüberschreitende Zusammenarbeit vom Aachener Vertrag.

Lucha

Minister für Soziales,  
Gesundheit und Integration