

17. LANDTAG VON BADEN-WÜRTTEMBERG
Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“

Öffentlicher Teil

6. Sitzung

Freitag, 14. Oktober 2022, 9:30 Uhr

Stuttgart, Haus des Landtags

Plenarsaal
Videokonferenz

Beginn: 9:32 Uhr (Mittagspause: 13:10 bis 14:16 Uhr) Schluss: 17:51 Uhr

T a g e s o r d n u n g

Teil I – öffentlich

Öffentliche Anhörung

zum Thema „Public Health/Health in All Policies (HiAP)“ S. 2

Teil II – nicht öffentlich(gesondertes Protokoll)

1. Benennung von Sachverständigen für die öffentliche Anhörung in der Sitzung der Enquetekommission am Freitag, 11. November 2022
2. Festlegung des in der Sitzung der Enquetekommission am Freitag, 9. Dezember 2022, zu behandelnden Themas
3. Verschiedenes

**Öffentliche Anhörung
der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ zum Thema**

Public Health/Health in all Policies (HiaP)

am Freitag, 14. Oktober 2022, 09:30 Uhr
Plenarsaal (Haus des Landtags)

Ablaufplan

(Stand 26.09.2022)

Uhrzeit	Sachverständige / Funktion
09:30 Uhr	Dr. Natalie Pfau-Weller , stellv. Vorsitzende der Enquetekommission
09:35 Uhr	Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl , Mitglied des Deutschen Ethikrats, Professor für Theologische Ethik, Katholische Hochschule für Sozialwesen, Berlin
09:55 Uhr	Dr. Martin Herrmann , Arzt und Psychotherapeut, Vorsitzender von Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) e.V., Berlin
10:15 Uhr	75minütige Fragerunde
11:30 Uhr	Prof. Dr. Kayvan Bozorgmehr, M. Sc. , Professor für Public Health, Universität Bielefeld, Leiter der Sektion „Health Equity Studies & Migration“ des Universitätsklinikums Heidelberg
11:50 Uhr	Prof. Dr. Nico Dragano , Professor für Medizinische Soziologie, Beauftragter für den Weiterbildungsstudiengang Public Health; Universitätsklinikum Düsseldorf
12:10 Uhr	45minütige Fragerunde
ca. 12:55-14:15 Uhr	Mittagspause
14:15 Uhr	Prof. Dr. Andreas Christen , Professor für Umweltmeteorologie, Sprecher des Instituts für Geo- und Umweltwissenschaften, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
14:30 Uhr	Jonas Albert , Berater für Digitalisierung im Gesundheitswesen, Fbeta GmbH Berlin
14:45 Uhr	45minütige Fragerunde
15:30 Uhr	Heiner Scheffold , Landrat, Vorstandsvorsitzender der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG)
15:50 Uhr	Dr. Birgit Walter-Frank , Leiterin des Gesundheitsamts des Landratsamtes Tübingen, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Gesundheitswesen des Landkreistags
16:10 Uhr	60minütige Fragerunde
ca. 17:10 Uhr	Ende der öffentlichen Anhörung

Teil I – öffentlich (Beginn: 9:32 Uhr)

**Öffentliche Anhörung
zum Thema „Public Health/Health in All Policies (HiAP)“**

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Ich begrüße Sie ganz herzlich zur 6. Sitzung der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“. Ich darf heute, zumindest heute Vormittag, die Sitzung in Vertretung von Herrn Abg. Salomon leiten.

Ich beginne mit dem Namensaufruf.

(Feststellung der Anwesenheit der Mitglieder der Enquetekommission per Namensaufruf)

Wie Sie wissen, haben wir ein ordentliches Programm vor uns.

Gibt es Änderungswünsche zur Tagesordnung? – Das ist nicht der Fall.

Dann treten wir in die Tagesordnung ein. Ich rufe als ersten Sachverständigen Herrn Professor Dr. Andreas Lob-Hüdepohl vom Deutschen Ethikrat auf. Sie können Ihre Rede hier vorn vom Redepult aus halten. Vielen Dank, dass Sie hier sind. – Bitte sehr.

Sv. Herr Dr. Lob-Hüdepohl: Frau Abg. Pfau-Weller, meine Damen und Herren! Ich bedanke mich sehr herzlich für die Einladung in den Landtag von Baden-Württemberg. Ich werde programmgemäß zu grundsätzlichen Fragen vortragen, und zwar förmlich nicht als Vertreter des Deutschen Ethikrats, aber als Mitglied und als Mitvorsitzender jener Arbeitsgruppe, die für den gesamten Deutschen Ethikrat die Stellungnahme „Vulnerabilität und Resilienz in der Krise – Ethische Kriterien für Entscheidungen in einer Pandemie“ erarbeitet und veröffentlicht hat. Darauf will ich mich zunächst konzentrieren. Danach erwarte ich gern Ihre Nachfragen bzw. Ihre Kommentierungen zu der Stellungnahme oder zu dem, was ich hier darüber hinaus sage.

Wir haben diese Stellungnahme im Frühjahr dieses Jahres nach zweijähriger Arbeit veröffentlicht. Hierfür haben wir zunächst einmal die ersten Erfahrungen der nach wie vor noch laufenden Pandemie ausgewertet. Wir haben sie ausgewertet, indem wir für die extremen Entscheidungskonflikte, die eigentlich von der ersten Minute der Pandemie an Politik und Öffentlichkeit beschäftigt haben, ethische Kriterien entwickelt bzw. die bekannten ethischen Kriterien auf die Situation einer solchen Pandemie angewendet haben. Uns schien das deshalb geboten, weil solche Entscheidungskonflikte schwerwiegendster Natur sind. Ich sage das bewusst im Superlativ. Ich erinnere an die große und vielleicht auch größte Entscheidungssituation im Frühjahr des Jahres 2020, die zum Lockdown bzw. zum Quasi-Lockdown führte: das Gesundheitssystem vor einem Kollaps zu bewahren und deshalb diese erheblichen Eingriffe

in die Grundrechte aller durchzuführen, und zwar im Wissen, dass damit ganz andere, wichtige, zentrale Güter – Freiheitsrechte, Wirtschaftsrechte, Kulturrechte, Bildungsrechte und dergleichen – hintangestellt werden. Das sind klassische Güterabwägungen, die für die Ethik nichts Neues sind, die aber in der Pandemie eine besondere Herausforderung darstellten.

Als Basis für eine solche Kriteriologie hat der Deutsche Ethikrat zwei zentrale Grundsätze bzw. Grundbegriffe gewählt und diese etwas entfaltet. Die haben sehr viel mit Ihrer Enquetekommission zu tun – jedenfalls soweit ich das von außen beurteilen kann –, nämlich die Fragen nach Vulnerabilität und Resilienz.

Wir entwickeln zunächst ein sehr differenziertes Verständnis von Vulnerabilität und weisen darauf hin, dass Vulnerabilität und Verletzlichkeit zur Grundverfassung der menschlichen Existenz schlechthin gehören. Es gibt nicht vulnerable Gruppen auf der einen Seite und nichtvulnerable Gruppen auf der anderen Seite, vielmehr ist Vulnerabilität ein zentrales Grundphänomen unseres Menschseins.

Das zeigt sich schon daran, dass in einer solchen Krise einige Gruppen vielleicht besonders vulnerabel sind – vor allem die älteren Menschen oder diejenigen mit Vorerkrankungen. Indem wir sie durch bestimmte Maßnahmen schützen, zeigt sich eben auch die Vulnerabilität von anderen, z. B. von Kindern und Jugendlichen, die primär nicht vulnerabel sind – jedenfalls bezogen auf das Covid-19-Phänomen nicht so vulnerabel sind –, aber sekundäre Schäden erleiden. Wir wissen nach zwei Jahren Pandemie, wie wichtig das Thema ist. Das zeigt uns, dass Vulnerabilität uns alle trifft – nicht nur treffen kann, sondern auch in konkreten Situationen trifft.

Das führt uns zu einer dritten Dimension von Vulnerabilität – das scheint mir auch für Sie von besonderem Interesse zu sein –, nämlich, dass nicht nur Personen und Personengruppen vulnerabel sind, sondern vor allem auch Institutionen: Institutionen des öffentlichen Lebens, Institutionen privatrechtlicher, privatwirtschaftlicher Natur. Auch sie können in Krisen in ihrer Funktionsweise empfindlich gestört sein. Wir kennen das alle: Die Einrichtungen der Langzeitpflege wurden von der Außenwelt abgeschirmt, Schulen mussten geschlossen werden. Weder An- und Zugehörige noch einrichtungsexterne Dienstleistende konnten überhaupt Einlass gewinnen – eine schwere Situation insbesondere für die Einrichtungen der Langzeitpflege, aber auch der Wiedereingliederungshilfe im Kontext der sogenannten Behinderungshilfe. An dieser Vulnerabilität von Institutionen zeigt sich besonders ein wichtiges Moment: Je stärker sie tatsächlich in Krisen selbst verletzt werden, reichen sie diese Vulnerabilität der Institutionen weiter an diejenigen, die in ihnen leben. Also, sie werden automatisch vulnerant auf diejenigen Menschen, die schlicht in ihnen leben, arbeiten, zur Schule gehen oder dergleichen. Genau diese extreme Abhängigkeit persönlicher Vulnerabilität von institutioneller Vulnerabilität – wenn sie nämlich versagt – scheint uns in einer besondere Weise beachtlich zu sein.

Die Vulneranz von Institutionen, und zwar in der gesamten Breite, zeigt sich besonders im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens, auf das ich jetzt ganz kurz etwas vertiefter eingehen möchte. Das Gesundheitswesen umfasst – wie wir wissen; aber ich erwähne es bewusst, weil es oftmals aus dem Blick gerät – eben nicht nur die Behandlung von akuten Krankheiten, die Diagnose, die kurative sowie die palliative Therapie, sondern auch die Langzeitpflege, die medizinische Rehabilitation und nicht zuletzt auch die Prävention. All das gehört zum Gesundheitswesen. Auch das „Öffentliche Gesundheitswesen“ als die berühmte dritte Säule neben den Säulen „Stationär“ und „Ambulant“ gehört zum Gesundheitswesen und muss in den Blick genommen werden, wenn wir darüber nachdenken, was eigentlich sozusagen Schaden genommen hat. Es umfasst also nicht nur die intensivmedizinischen Versorgungseinrichtungen in den Hochleistungskliniken, sondern die gesamte Breite, einschließlich der gesamten Breite des Gesundheitsverständnisses. Da geht es nicht nur um eine somatische Dimension, sondern auch um die psychosoziale, mentale, spirituelle und sozialökologische Dimension von Gesundheit. Das müssen wir in den Blick nehmen – und nicht nur hochleistungsmedizinische Versorgungseinrichtungen; so wichtig sie natürlich sind. Das ist überhaupt nicht strittig.

Da meinen wir aus unserer Perspektive feststellen zu müssen, dass es zwar nicht zu einem Kollaps der intensivmedizinischen Versorgung gekommen ist – jedenfalls in Bezug darauf, was wir sozusagen aufs Ganze gesehen haben –, aber andere Bereiche des Gesundheitswesens sind kollabiert. In nicht wenigen Bereichen kam es zu eklatanten Unterversorgungen. Die isolierten Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Langzeitpflege litten unter einer deutlichen Zunahme an sozialer Deprivation sowie Einsamkeits- und Isolationsgefühlen mit entsprechend erhöhten klinischen wie vorklinischen Depressionssymptomen. Die Inanspruchnahme notfallindizierter und anderer dringlicher Krankenhausversorgung ging mit den entsprechenden Langzeitfolgen deutlich zurück.

Vergleichbare Rückgänge verzeichnete die Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsdienstleistungen bei Fachärztinnen und -ärzten oder eben bei der Versorgung mit Heilmitteln im Kontext der Rehabilitation. Über viele Monate war den Leistungsberechtigten und damit auch Leistungsbedürftigen – wir reden immer von Leistungsberechtigten; dahinter steht ein Bedarf, ein existenzieller Bedarf – der Zugang zur medizinischen Rehabilitation weitgehend versperrt. Dann kommt noch hinzu, dass im Rahmen ehrenamtlicher Besuchsdienste alles abgekappt wurde. 120 000 Ehrenamtliche der palliativen Versorgungsstruktur in Hospizen konnten nicht zu den Menschen, obwohl deren Begleitung für sie extrem wichtig wäre.

Hier zeigt sich – ich komme zu einem vierten Punkt – die große Bedeutung von Resilienz, also von Widerstandskraft und Robustheit – so können wir das auch nennen. Sie nennen das, glaube ich, krisenfest. Ja, die Krise kommt trotzdem, aber wie man in der Krise besteht, ist eine Frage der Robustheit und damit natürlich der Festigkeit. Dabei könnte der Begriff „Festigkeit“ – darf ich das so frech sagen? – insinuiert, als könnte man eine Mauer bilden. Darin besteht aber Resilienz aus unserer Perspektive

eben weniger. Sie besteht gerade aus Flexibilität und Adaptivität. Man muss flexibel auf die Herausforderungen eingehen und die konkreten Funktionsabläufe einer Institution adaptieren – das heißt, verändern, modifizieren –, und zwar dahin gehend, dass die basalen Grundfunktionen einer Institution weitestmöglich aufrechterhalten werden können. Also: Festigkeit im Sinne einer Flexibilität und vor allem natürlich auch Adaptivität. Das bedeutet, dass die Nutzerinnen und Nutzer von bestimmten Einrichtungen hier eine Möglichkeit haben, bei allen Schutzmaßnahmen, die elementaren Services und Beziehungsmuster – die Essential Services und die Essential Relationships – weitgehend aufrechterhalten zu wissen. Das ist die große Herausforderung von resilienten Institutionen.

Mittlerweile wissen wir schon genauer, worin denn eine solche Resilienz von robusten Organisationen und Institutionen bestehen könnte. Ich sagte bereits – Entschuldigung, wenn ich darauf beinahe schon herumreite; das möchte ich eigentlich gar nicht; das steht auch gar nicht in meinem Manuskript –: Die Festigkeit, die Anpassungsfähigkeit, also sozusagen die Flexibilität, sind ganz wichtige Momente. Das gilt auch für die Frage der adaptiven Leistungen der einzelnen Institutionen, und zwar nicht nur auf der Leitungsebene, also nicht nur auf der Makroebene – beispielsweise der politischen Steuerung von bestimmten Bereichen der Gesundheitsversorgung –, sondern auch auf der Mesoebene, also auf der Einrichtungsebene, und vor allem auf der Mikroebene.

Was meinen wir damit, was meine ich damit? Es ist eben extrem schwierig, allgemeine Verordnungen, Hygieneschutzverordnungen von oben nach unten durchzusetzen. Zwar erfüllt es die Erwartungen vieler Bürgerinnen und Bürger nach Einheitlichkeit von Regelungen und in diesem Sinne Verlässlichkeit der Regelungen – das ist richtig; das hören wir ja immer –, aber eigentlich ist das aus unserer Perspektive eher Teil des Problems als Teil der Lösung – aber nicht die Erwartung ist Teil des Problems, sondern dass man zentral steuert. Denn das bedeutet, dass man die mittlere und die untere Ebene – ich rede jetzt von den soziologischen Ebenen – in ihrer jeweils eigenen Kreativität und Handlungsmacht zerstört. Das scheint aus unserer Perspektive auf Institutionen – der Perspektive der Resilienzforschung – genau die Herausforderung zu sein: vor allem die Dezentralisierung von Entscheidungen. Das bedeutet auch einen Hang zum Flickenteppich. Ich sage das bewusst in dieser Zuspitzung. Das widerspricht oftmals der Erwartung der Bevölkerung – alles richtig. Das ist ein großes Problem. Das muss man durch Kommunikation, durch breite Kommunikation lösen. Aber es erlaubt tatsächlich, dass die Einrichtungen selbst schauen können, welche Maßnahme für ihre spezielle Situation vor Ort eigentlich relevant ist und was nicht.

Die Hochschulen hatten diese Freiheit, zumindest dort, woher ich komme, sozusagen aus dem preußischen Kontext. Aber das wird mit Sicherheit im freiheitsliebenden Land Baden-Württemberg nicht anders sein. Die Hochschulleitungen und dergleichen hatten die Möglichkeit, eher für sich zu entscheiden, welche Maßnahmen sie übernehmen und welche nicht, welche sie für alle wollen – wobei welche wirklich si-

tuationsbezogen ist. Die Schulen – bei uns; ich weiß, das ist jetzt nicht in Baden-Württemberg – hatten diese Möglichkeit nicht. Da wurde es gewissermaßen von oben für alle Schulsituationen festgelegt. Das schien mir mit Blick auf die Langzeitpflege hier auch so zu sein – ich war selbst eingebunden in bestimmten Kontexten –, sodass das tatsächlich ein großes Problem darstellte.

Die Kommunikationsstrukturen sind extrem wichtig innerhalb solcher resilienten Organisationen, weil es extrem wichtig ist, das Entscheidungspotenzial, auch der Frauen und Männer, die vor Ort beispielsweise am Bett oder in den Einrichtungen arbeiten, aufzugreifen, aufzuwerten. Das möchte ich hier ausdrücklich mit Blick auf den Bereich der Pflege, der Langzeitpflege, aber auch der Pflege in den Krankenhäusern, deutlich unterstreichen – er ist allerdings auch für andere Bereiche typisch –: Wir haben das große Problem des sogenannten Moral Distress. Die Hochschule Esslingen ist führend in den Forschungen zu diesen Fragen. Sie haben hierfür also höchste Expertise in Ihrem Bundesland. Das ist ein Phänomen, das es übrigens auch in anderen Bereichen gibt. Was versteht man darunter? Es sind Belastungssituationen, und zwar fortwährende Belastungssituationen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die es nicht mehr aushalten können, die elementaren berufsethischen Standards auf der anderen Seite tagtäglich missachten zu müssen. Das führt auch zum Phänomen des sogenannten Drop-outs, also dem Herausgehen aus dieser beruflichen Situation.

Ich hatte in der letzten Woche die Möglichkeit, das beim Deutschen Pfl egetag noch einmal in anderen Kontexten zu diskutieren, vorzustellen. Es kam eine weitgehende Zustimmung, sozusagen ein Nicken, auch aus anderen Bereichen. Das ist aus meiner Perspektive extrem wichtig.

Zur robusten Institution eines Gesundheitswesens – darauf haben wir auch noch einmal aufmerksam gemacht – gehört auch der öffentliche Gesundheitsdienst, und zwar in seiner ganzen Breite. Wir kennen ihn ja im Wesentlichen nur von Kontaktnachverfolgungsaktivitäten, die mal besser, mal weniger gut gelungen sind. Aber der öffentliche Gesundheitsdienst hat natürlich eine ganze Breite an Aufgaben. Hier haben wir insbesondere das große Problem noch einmal auf den Punkt bringen wollen: dass es an elementaren Voraussetzungen für ein wirkmächtiges Handeln von Gesundheitssystemen in der öffentlichen Hand mangelt, nämlich schlicht an Daten, Informationen, Vernetzung und dergleichen. Das ist – darf ich das so sagen? – schon eher katastrophal gewesen, und zwar nicht deshalb, weil die Einzelnen nicht fähig wären, sondern weil es ihnen aufgrund einer bestimmten Gesetzeslage nicht möglich war, die Informationen besser miteinander zu vernetzen, obwohl dies für Fragen der Kontaktnachverfolgung und dergleichen erforderlich wäre. Bis heute ist beispielsweise eine elementare Unterscheidung nicht gelungen, die extrem wichtig wäre, um Entscheidungskonflikte zu bearbeiten, nämlich die, ob Menschen wegen Covid im Krankenhaus landen oder „nur“ mit Covid. Die wichtige Unterscheidung ist bis heute vom RKI nicht erhebbar, und zwar weder auf Bundesebene – also RKI-Ebene – noch auf Landesebene oder im kommunalen Bereich.

Ich komme zum Schluss. Wir haben viele unterschiedliche Kriterien, die Sie alle kennen – Demokratie, Teilhabe und dergleichen –, noch einmal etwas entfaltet und versucht, sie auf die Situation hin zu beziehen. Wir haben dann elf Empfehlungen für eine sogenannte krisenfeste Gesellschaft bzw. für eine resiliente Gesellschaft formuliert. Die nenne ich jetzt, und ich bin gern bereit, sie dann in der Aussprache auch noch einmal etwas zu konkretisieren.

Erstens: demokratische Legitimation von Schutzmaßnahmen. Die erste Stellungnahme, die wir im März 2020 ganz schnell abgegeben haben, haben wir mit dem Hinweis beendet – es gibt das Sprichwort: Die Exekutive ist die Gewinnerin von Krisensituationen; das mag zwar sein –: Krisensituationen sind die Stunde der Legislative, also der Parlamente. Die demokratische Legitimation ist extrem wichtig. Sie ist nicht allein deshalb gesichert, weil wir Regierungen oder Exekutiven irgendwie auch die Parlamente verdanken. Das ist zwar richtig – insofern besitzen natürlich die Exekutiven auch eine demokratische Legitimation; das ist völlig unstrittig –, aber das Wesentlichkeitselement erscheint uns wichtig. Diese Demokratisierung bedeutet, nicht nur Parlamente zu stärken, sondern sie bedeutet, auch die Partizipation betroffener Menschen vor Ort mit einzubinden, bis hin zu Demokratiebildung in Einrichtungen der Langzeitpflege, wenn ich das so sagen darf. Es reicht nicht aus, Seniorenbeiräte über das zu informieren, was man will, sondern sie müssen, weil es um ihre unmittelbare Lebenssituation geht, in solche Entscheidungsprozesse eingebunden sein.

Zweitens: Verpflichtung zur Wissensgenerierung. Dazu hatte ich schon ein kurzes Beispiel genannt.

Drittens: Einbettung von Schutzmaßnahmen in eine zeitspannenübergreifende Gesamtstrategie – also weg von diesen nachlaufenden zu eher vorauslaufenden Maßnahmen. Das umfasst u. a. auch, Maßnahmen, die jetzt vielleicht nicht notwendig erscheinen, die aber eintreten könnten, bereits jetzt zu diskutieren. Es ist ein großer Fehler zu sagen, wir diskutieren erst dann, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist, darüber, wie wir es wieder heraus bekommen. Wir halten es für extrem wichtig, dass wir das sehr frühzeitig machen.

Viertens: Achtung der Menschenwürde und Schutz des Kerns der Menschenrechte. Menschenrechte, Grundrechte sind nicht abwägungsresistent, sie müssen abgewogen werden. Das ist auch völlig richtig so. Die Menschenwürde bekanntlich nicht. Zur Würde eines Menschen gehört vor allem das Gefühl elementarer Zugehörigkeit, und sie ist da zerstört, wo wir Menschen in eine soziale Isolation treiben, etwa in den Einrichtungen der Langzeitpflege. Aber nicht nur da, sondern natürlich auch zu Hause, wenn wir ihnen gewissermaßen versagen, sich in der Öffentlichkeit zu bewegen.

Fünftens: Schutz von besonders vulnerablen Personen.

Sechstens: Förderung der Krisenrobustheit von Institutionen. Dazu habe ich ja schon etwas gesagt.

Siebtens: dezentrale bereichsspezifisch und lokal angepasste Schutzkonzepte – ganz wichtig: eher eine Dezentralität. Ich habe schon darauf hingewiesen, dass Handeln gegen eine gewisse Erwartungshaltung auch Stärke sein kann.

Achtens: gerechte Verteilung, Minimierung und Kompensation von Belastungen.

Neuntens: Ermöglichung und Stärkung von Partizipation.

Zehntens: Kommunikation und Information.

Elftens: Ganz zum Schluss meinen wir, dass wir die Frage internationaler Gerechtigkeit im Blick haben müssen. Das ist durchaus nicht unerheblich. Menschenrechte enden nicht an den Grenzen unseres Landes, auch wenn sich die Zuständigkeit der Parlamente zunächst einmal darauf bezieht – alles richtig. Aber wenn wir vom menschenrechtlichen Anspruch, auch unseres Grundgesetzes, ausgehen – denken Sie bitte auch an Artikel 1 des Grundgesetzes; den kennen Sie wie ich sicherlich auswendig –, dann bedeutet das, dass wir vor allem aus Achtung der Menschenrechte und nicht nur der Grundrechte unsere Politik bestimmen lassen wollen. Insofern finden wir es wichtig, dass auch die internationale Perspektive eine große Rolle spielt.

Letzter Satz – ich habe meine Redezeit schon um 20 Sekunden überzogen; aber erlauben Sie mir, diesen Satz noch auszuführen –: Ein Land, aus dem Theodor Heuss stammt, der erste Bundespräsident, gilt auch für mich als Rheinpreußen immer als die Wiege des Liberalismus, und zwar nicht nur des gelben, sondern auch des roten, des grünen oder was weiß ich, was man sich da alles vorstellen kann. Wir sprechen ausdrücklich von einer verletzbaren und widerstandsfähigen Freiheit. Auch Freiheit ist verletzlich wie widerstandsfähig. Wir sagen, Freiheit ist extrem wichtig – das ist überhaupt keine Frage –, aber wir warnen davor, Freiheit im Sinne einer libertären Konzeption zu verstehen. Denn Freiheit ist nicht nur die Freiheit anderer, sondern Freiheit ist auch, frei von Angst zu sein, etwa sich in der Öffentlichkeit zu bewegen – also das innere Moment von Freiheit. Was nützt es Schülerinnen und Schülern, wieder zur Schule gehen zu können, wenn sie Angst haben, das Virus in eine „Schattenfamilie“ zu übertragen? Wir haben Zehntausende „Schattenfamilien“. Also, wenn wir über Freiheit reden – und es ist in jedem Fall darüber zu reden –, dann sollten wir nicht vergessen, dass Freiheit immer etwas ist, was wir gewissermaßen nur gemeinsam bewirken können, dass individuelle Freiheit also an wesentliche Voraussetzungen gebunden ist. Eine wesentliche Voraussetzung ist dabei vor allem ein funktionierendes Gemeinwesen im Gesundheitsbereich, im sozialen Bereich, im wirtschaftlichen Bereich, aber auch im kulturellen Bereich.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Herzlichen Dank, Herr Professor Dr. Lob-Hüdepohl, für den sehr engagierten Impuls.

Als Nächsten hören wir jetzt Herrn Dr. Martin Herrmann. Er ist Vorsitzender der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit sowie Arzt und Psychotherapeut. – Wir freuen uns auf Ihren Vortrag.

Sv. Herr Dr. Herrmann: Vielen Dank für den wunderbaren Vortrag. Dieser hat viele der Themen, über die ich sprechen werde, praktisch vorweggenommen bzw. dafür einen Rahmen gesetzt, das zu betrachten, was ich jetzt vorstelle.

Heute geht es um das Thema „Public Health und Health in All Policies“. Ich möchte darauf hinweisen, dass es vielleicht nicht nur um Public Health, sondern um Planetary Health geht. Das ist eine Bewegung innerhalb der ganzen Diskussionen und der Wissenschaft von Public Health: dass wir das aufbohren müssen zum Begriff von Planetary Health.

Ich freue mich sehr, hier sprechen zu können. Ich lebe in München, bin aber Heidelberger. Dort bin ich geboren und zur Schule gegangen. Meine Enkel leben in Mannheim. Daher freue ich mich auch sehr, dass Sie dieses extrem wichtige Thema auf die Agenda setzen, und ich wünsche mir für mein eigenes, aber auch für das Überleben meiner Enkel, dass wir zusammen Wege finden, wie wir das beschreiben und dann umsetzen können. Das ist nämlich der entscheidende Punkt. Sie wissen, wir haben keinen Mangel an Papieren. Wir haben einen Mangel an Ermutigung von Menschen, gemeinsam zu handeln und sich gemeinsam dem entgegenzustellen, was wir vor uns haben.

Bevor ich in die Tiefe gehe und dazu auch ein paar Folien zeige, möchte ich darauf hinweisen, dass es einfach wichtig ist, wann immer wir an Krisen arbeiten, die Reaktionen, die die meisten Menschen und Institutionen haben, gut zu kennen. Die sind relativ vertraut.

Was passiert, wenn eine Krise auftaucht, bei den Betroffenen – in der Medizin oder in Institutionen? Die Perspektiven verengen sich, und wir schauen nicht mehr nach oben und darum herum, sondern wir schauen auf uns – in die Abteilungen, in die Chefetagen, egal, wo. Es verengt sich.

Was ist das Zweite, was dann passiert? Das erleben wir jetzt praktisch wieder in Hochkonjunktur: Schuldzuweisungen. Was ist falsch an mir, was ist falsch an dir, was ist falsch an der Geschichte? Schuldzuweisungen.

Das Dritte, was passiert, ist die Suche nach einfachen Lösungen. Das hatten wir eben schon. Wenn es komplexe Dinge gibt, gibt es keine einfachen Lösungen, und Aktionismus hilft nicht weiter. Als Mediziner wissen wir: Wenn es einen Notfall gibt und man in eine unübersichtliche Situation mit Menschen kommt, die zum großen Teil um mich herum nicht darauf trainiert sind, muss ich mich als Erstes orientieren und dann schauen, was alles da ist, einen Überblick darüber haben, wer wie betroffen ist, wer von den Helfern möglich ist und wie ich dann die Situation angehe. Es ist immer wieder wichtig, in Krisensituationen Ruhe hineinzubringen, Räume zu schaffen, in denen man in Ruhe über die Perspektiven sprechen kann. Gerade wenn es schnell geht und schnell passiert, muss man manchmal verlangsamen.

Noch zu meinem eigenen Hintergrund: Ich bin Mediziner. Ich habe in Krankenhäusern gearbeitet, ich habe Psychosomatik gemacht. Aber seit 30 Jahren arbeite ich an Transformationen von Großorganisationen, auch von NGOs im globalen Kontext, im Wirtschaftskontext auch mit Krankenhäusern, mit großen deutschen Industrieunternehmen. Innerhalb der WHO oder mit der Globalen Impfallianz, Gavi, habe ich daran gearbeitet, in den ärmsten Ländern des Südens Impfstrategien für die Einführung neuer Impfstoffe zu entwickeln. Wir haben selbst erlebt, wie schwierig das bei uns ist. Sie können sich vorstellen: Wenn ich Sie für eine Impfkampagne in Tansania mit 5 000 Impfpunkten verantwortlich mache, dann haben Sie eine gewisse Herausforderung, und Sie haben wahrscheinlich nicht die Ressourcen, die wir einfach immer draufschmeißen, wenn es schwierig wird. Wir sagen, wir schmeißen Geld drauf, dann wird es schon. Das kann man dort nicht. Das ist nämlich genau die Frage: Wie kann man es anders machen?

Daran habe ich lange mit Leuten in Amerika und in England geforscht. Wir haben schon in den 1990er-Jahren Konzepte entwickelt zu den Fragen: Was heißt Organizational Agility? Was heißt Adaptive Leadership – Führen in komplexen Herausforderungen? Wie sind die Paradigmen, die wir bei Führung im Wege dafür lernen, in konkreten Situationen eigentlich handeln zu können, nämlich mit den Menschen? Das ist sehr klar herausgekommen: Umsetzung findet immer vor Ort statt mit den Menschen, die vor Ort handeln. Wie schaffen wir es, zueinanderzukommen und den kritischen Pfad herauszuarbeiten und dann nach vorn zu handeln, aber auch gemeinsam zu irren, schnell aus den Irrungen zu lernen und diese dann anzupassen? Das alles gegen die Erwartung, ein guter Manager und ein guter Politiker habe die Dinge unter Kontrolle. Natürlich ist es bei komplexen Herausforderungen so, dass wir sie teilweise kontrollieren, aber bei vielem müssen wir im offenen Sinn miteinander sehen, wie es gehen kann. Hierarchie allein gibt keine privilegierte Sicht auf das, worauf es eigentlich ankommt.

(Der Versuch, eine Präsentation einzuspielen, scheitert aus technischen Gründen. Diese ist dem Protokoll als *Anlage 1* beigefügt.)

– Jetzt haben wir eine Pause. Das ist gar nicht so schlecht, dann kann man ein bisschen nachdenken.

Das ist auch eine wichtige Geschichte: Man kann bei Krisen Dinge nicht einfach so umsetzen, sondern man muss immer wieder improvisieren. Wir sind ja gewohnt, wenn man z. B. Reden hält, dass das alles getaktet ist und dass jedes Wort passt.

Dann halte ich den Vortrag eben frei und improvisiere. Wenn es dann hinterher nichts war, habe ich eine Entschuldigung. Das ist auch nicht schlecht.

(Heiterkeit – Zuruf des Abg. Dr. Michael Preusch CDU)

Ich bin es dann nicht gewesen.

Eigentlich sollten Sie jetzt eine Folie sehen, auf der „Planetary Health: Klima- und Biodiversitätskrise und Gesundheit“ zu lesen ist. Das ist nämlich das Thema: Es geht um Klimakrise und Gesundheit. Das ist die größte Gesundheitskrise unserer Zeit. Die wird nämlich noch nicht verstanden.

Was ich eigentlich zeigen wollte, ist eine Darstellung vom World Economic Forum der zehn wichtigsten Risiken, die wir in den nächsten Jahren haben werden. Die Aufstellung stammt vom Januar dieses Jahres. Unter den zehn Risiken sind fünf Umwelttrisiken: Climate Action Failure, Extreme Weather, Biodiversity Loss, Human Environmental Damage, Natural Resource Crises.

Bei den sozialen Themen sind es Social Cohesion Erosion, Livelihood Crises, Infectious Diseases, Debt Crises und Geoeconomic Confrontation.

Wenn Sie von Januar zurückgehen auf heute, dann sehen Sie, dass wir in allen diesen Themenfeldern eher große Schritte weg vom Risiko hin in Richtung manifeste Krise gemacht haben. Ich glaube, jeder von Ihnen weiß, dass wir in den nächsten Jahren damit navigieren müssen, dass wir in multiplen Krisenfeldern unterwegs sind und dass es nicht so ist, dass wir uns auf eine Krise fokussieren können. Vielmehr ist klar – das wissen Sie auch –, wenn Sie von der Medizin her auf die Thematik schauen: Wenn Sie an vielen Organen Probleme haben, dann braucht es den Blick auf das Ganze. Sie können nicht eine Behandlung für das Vordringlichste machen, die dann auf einer anderen Ebene zu einem Organversagen führt. Auch das ist etwas, wozu wir neigen: Die Krise, die jetzt im Vordergrund ist, die uns am meisten beschäftigt, überzubewerten und dann Maßnahmen zu machen, die uns hinterher auf die Füße fallen.

Es ist natürlich sehr schwer – Herr Lob-Hüdepohl hat über die Erwartungen gesprochen; genau diese Erwartungen sind extrem hoch: dass wir das jetzt doch einmal managen und in den Griff bekommen –, mit dieser Erwartung umzugehen. Aber wir müssen gleichzeitig wissen, dass wir uns mit anderen verantwortlichen Akteuren in Ruhe hinsetzen müssen, um zu verstehen, was Sache ist. Was ist überhaupt los? Das ist nicht offensichtlich, denn bei Krisen und neuen Krisenfeldern sind wir alle

auch Anfänger. Nur wenn wir dieses Anfängersein mit berücksichtigen, können wir miteinander neue Lösungen finden. Das war mit die größte Herausforderung, wenn ich mit Executive Committees an irgendwelchen großen Krisen gearbeitet habe, die sie in einer Firma hatten: dass die anfangen, offen miteinander zu reden, und nicht so tun, als hätten sie alles im Griff. Das gibt natürlich in dem Moment, in dem man es gemacht hat und in dem man die anderen Hierarchieebenen in den offenen Diskurs einbindet, eine neue Resilienzfähigkeit, die man hinterher behält und damit wettbewerbsfähiger ist. Es ist also nicht gegen die Ökonomie, sondern es ist für die Ökonomie. Denn Beweglichkeit in bewegten Zeiten ist eine Voraussetzung dafür, ins Offene navigieren zu können, aber eben auch schnell zu lernen. Also, wir leben in multiplen Krisen.

Jetzt wissen Sie vom IPCC in diesem Jahr, dass sich das Zeitfenster schließt, in dem wir angesichts der Klimakrise handeln können. Das kennen wir wieder als Mediziner: In einer Notfallsituation oder auch bei einer schweren Erkrankung gibt es ein Zeitfenster, in dem wir intervenieren können. Wenn wir das verpassen, haben wir es verpasst. Dann treten Kippunkte in den Organsystemen auf, die dazu führen, dass der Mensch nicht überlebt. Dieses Zeitfenster schließt sich. Das heißt, bei allem, was jetzt kommt, bei den Krisen, die wir vor uns haben, haben wir eine ganze Klasse von Krisen, bei denen sich das Zeitfenster schließt und bei denen wir nicht lineare Prozesse lostreten, die nicht mehr rückführbar sind. Es muss uns klar sein, dass das der Fall ist. Da steht man erst einmal wie gelähmt davor. Dazu komme ich gleich noch.

Was Sie auch in diesem IPCC-Bericht zum ersten Mal haben, ist, dass der Begriff „Climate Resilient Development“ im Zentrum steht. Bei dem, was der IPCC ausgeführt hat, geht es um eine resiliente Entwicklung im Angesicht der verschiedenen Krisen: In dem IPCC-Bericht wird zum ersten Mal auch ausdrücklich erwähnt: nicht mehr nur Klima, sondern auch die Abhängigkeit von Biodiversität und menschlicher Gesellschaft. Wenn man die anderen Themenfelder mit hineinnimmt, gibt es komplexe Abhängigkeitsstrukturen, die aufeinander wirken und die im Moment alle eher, wenn es um die Klima- und Diversitätsfragen geht, in die falsche Richtung gehen. Die Hebel, die wir triggern müssen, um in eine andere Richtung zu gehen, werden viel zu zaghaft angegangen. Das ist ganz klar. Deswegen geht es in der Mitte um: „from urgent to timely action“ – vom dringenden Handeln zum sofortigen Handeln. Wofür? Für Climate Resilient Development – so nennt es der IPCC –, wo man dann anstoßen kann, dass wir diese Abhängigkeiten besser verstehen und auf eine Weise mit der Natur interagieren, die uns nicht wieder auf die Füße fällt und uns zerstört. Denn genau das ist die Gefahr: dass wir die Zerstörung der Bewohnbarkeit unseres einzigartigen Planeten riskieren. Das ist also kein kleines Risiko, sondern das größtmögliche. Das steht zum ersten Mal im Zentrum des IPCC-II-Berichts vom Februar.

Worum geht es eigentlich? Es geht um Human Health, es geht um Ecosystem Health, es geht um Planetary Health. Das sind die Ziele, um die es geht, und das ist das, was auf dem Spiel steht: Es geht um Gerechtigkeit, es geht um gutes Leben. Zum ersten Mal steht Gesundheit in einem dieser Berichte im Mittelpunkt.

Das nächste Bild, das ich Ihnen zeigen wollte, ist von zwei Kollegen von mir, die vor vier Jahren zum ersten Mal eine Mahnwache – „Patientin Erde auf der Intensivstation“ – vor der Charité in Berlin gemacht haben. Warum diese Mahnwache, warum war das nötig? Aus den bisherigen Ausführungen ist ganz klar zu entnehmen, dass das die größten Gesundheitsgefährdungen unserer Zeit sind: Biodiversitätskrise und Klimakrise. Das sagen alle wissenschaftlichen Berichte. Das ist schon heute völlig klar.

Wie ist der deutsche Gesundheitssektor, wie ist die deutsche Gesellschaft darauf vorbereitet? Praktisch nicht. Bis vor drei Jahren haben wir auf dem Gesundheitssektor geschlafen. Es war kein Thema in der Ausbildung, es war kein Thema auf Ärztagungen, es war kein Thema in der Gesetzgebung. Wir haben geschlafen. Wir haben gedacht, die Klimawissenschaftler machen das schon. Was genauso schlimm ist: Die Klimawissenschaft und die Umweltwissenschaft haben zu dieser Gesundheitsbedrohung geschlafen. Noch heute ist es so, dass viele – auch in der grünen Partei – nicht verstanden haben, dass dies nicht nur ein Umweltthema, sondern auch ein massives Gesundheitsthema ist und dass wir dann, wenn wir es als Gesundheitsthema verstehen, eine Handhabe haben, direkt zu handeln, weil Leute verstehen: Es geht nicht um irgendetwas da draußen, sondern es geht um meinen Enkel, um mich selbst, um meine Oma, um uns.

Das ist der nächste Punkt: Wenn man es einmal verstanden hat, ist es klar: Klimakrise, Biodiversitätskrise – diese ganzen Umweltthemen – wirken auf alle Organsysteme. Alle Menschen sind gefährdet, aber natürlich unterschiedlich. Je vulnerabler, desto mehr bin ich gefährdet. Aber es ist nicht so, dass irgendeiner frei wäre. Die Zahl der Menschen mit allergischen Erkrankungen geht nach oben. Sie wissen, dass wir eine alternde Bevölkerung haben. Wir haben viele chronische Erkrankungen, wo uns die wichtigsten Präventionsstrategien – mehr Bewegung, andere Ernährung – nicht triggern. Wir haben nicht verstanden, dass gesunde Ernährung gut für mich und für den Planeten ist. Das heißt, wir sehen nicht diese Multiple Wins; die verpassen wir.

Wir haben im letzten Jahr ein erstes Buch veröffentlicht, ein Fachbuch, in dem praktisch alle medizinischen Fachdisziplinen durchdekliniert werden, um zu sehen, was die Auswirkungen sind. Sie sind überall da: in der Neurologie, in der Pulmonologie, in der Allergologie, in der Onkologie, egal, wohin sie schauen. Sie sind aber noch nicht bei den Lehrstühlen, in den Ausbildungen, in den Praxen angekommen. Da gibt es einen großen Gap. Aber es ist wichtig zu verstehen: Das ist die größte Gesundheitsgefährdung unserer Zeit. Wir gehen bisher nicht wirklich damit um – auch Sie in Baden-Württemberg nicht, auch in unserem Ländle nicht.

Der WBGU, der Wissenschaftliche Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen, macht immer wieder große Gutachten. Das nächste große Gutachten, das jetzt in Arbeit ist und im nächsten Jahr herauskommen wird, befasst sich mit Planetary Health. Warum? Weil die Thematik auf die Agenda muss, auch auf die

Agenda der Politik. Wir müssen verstehen, dass Planetary Health nicht nur ein Begriff für die Medizinberufe ist, sondern für alle Disziplinen. Denn auch das haben wir in der Pandemie gesehen: Wenn wir Gesundheit vernachlässigen und nicht richtig verstehen, dann haben wir in allen Feldern ein Problem. Es ist heute schon so: Die Produktivität in Deutschland leidet, wenn wir eine Hitzewelle haben. Wir sind im Arbeitsschutz darauf nicht gut vorbereitet. Es ist kein Schwerpunktthema. Wir sind jetzt zwar mit dem Ministerium für Arbeit im Gespräch, aber die begreifen erst jetzt, dass die Art, wie sie bisher damit umgehen und wie Firmen damit umgehen, sträflich nachlässig ist. Reden Sie mal mit Leuten, die in der AOK oder irgendwo in einem Landesamt arbeiten, und fragen Sie die, wie es mit ihrer Produktivität aussieht, wenn gerade eine Hitzewelle in Stuttgart ist. Was passiert mit der Produktivität, ganz zu schweigen von der Gesundheitsgefährdung?

Von diesem WBGU-Gutachten, das kommen wird, ist im letzten Herbst ein Vorpapier veröffentlicht worden. Daraus stelle ich Ihnen nur die drei Hauptsätze vor:

Erstens: „Unsere Lebensweise macht krank und zerstört den Planeten.“ Die Art, wie wir wirtschaften, wie wir leben, ist schlecht für unsere Gesundheit, ist schlecht für den Planeten und wirkt damit noch mal negativ zurück auf uns selbst.

Zweitens: „Gesunde Menschen gibt es nur auf einem gesunden Planeten.“ Das ist relativ einfach. Wenn das Zuhause nicht gesundheitsfördernd ist, wenn wir an den einzigartigen Bedingungen der Erde – vom Universum her betrachtet – sowie an den einzigartigen Bedingungen für Bewohnbarkeit herumschrauben, ist das keine gute Idee.

Drittens: „Wir müssen eine zivilisatorische Wende für planetare Gesundheit einleiten.“ Das bedeutet auch, wir müssen uns auf die multiplen Krisen einstellen und wegkommen von: „Da machen wir jetzt ein bisschen was, und dann ist es gut“, hin dazu, dass wir ernsthaft miteinander darüber reden, was wir vor uns haben und was es bedeuten wird, da durchzugehen. Natürlich ist es eine Lüge, zu denken, wir könnten da durchsurfen, hätten das alles in drei Jahren gut unter Kontrolle und es hätte nicht viele Konsequenzen für viele Menschen. Natürlich müssen wir Wirtschaftsbereiche umbauen, aber es gibt sehr viele Möglichkeiten, wie es besser werden kann. Natürlich wird es schwierig, aber darüber müssen wir sprechen. Hier kommen mir manchmal die Politik, die Wirtschaft und die Öffentlichkeit noch so ein bisschen vor wie die Medizin vor 50 Jahren, bei der ich Ihnen, wenn Sie eine schwere Erkrankung gehabt hätten, als Chefarzt gesagt hätte: „Kommen Sie zu mir. Ich operiere Sie. Es wird alles gut. Machen Sie sich keine Sorgen. Wir wissen, was zu tun ist.“

Wir haben gelernt, dass das nicht akzeptabel ist, aber Sie können sich vorstellen: Solche Gespräche mit Patientinnen und Patienten zu führen, ist jedes Mal schwierig – auch wenn man darin besser wird –, und es fordert jedes Mal heraus, zu sehen, wie weit ich da gehen kann, wie viel ich im ersten Gespräch und wie viel im zweiten Gespräch machen kann. Aber es ist erforderlich, um den Weg, der dort vor uns liegt,

gemeinsam gehen zu können. Das heißt, wir müssen mit der Bevölkerung auf richtige Weise darüber sprechen, was los ist, was wir tun können und wie viel wir gewinnen können. Wir haben nichts zu verlieren. Wir verzichten auf eine Zukunft, wenn wir so weitermachen wie bisher. Was wir zu gewinnen haben, ist ein gutes und gesundes Leben, wovon Sie sehr schnell persönlich profitieren, wenn Sie in Ihrem Leben Dinge umstellen. Ihre Gesundheit profitiert davon.

Sehr schwierig ist: Wenn wir wie eine Lähmung vor dem stehen, was vor uns ist, dann ist das wieder etwas, was krank macht. Das wissen wir. Gemeinsam handeln ist gesund; gemeinsam wie die Maus vor der Schlange sitzen, macht krank. Wie hat es Herr Lob-Hüdepohl gesagt? Es ist ein enormer Moral Distress z. B. für die jüngeren Medizinstudierenden und Ärzte, wenn sie merken, was auf dem Spiel steht, dass das bisher in der Medizin und in den Krankenhäusern noch nicht richtig berücksichtigt wird. Warum verlassen viele den Beruf? Auch deswegen. Wir merken: Wenn wir mit vielen von unseren jungen Aktiven und Ärzten zusammenarbeiten und wirklich an die Sachen drangehen, dann entstehen Mut und Zuversicht, an die Dinge zu gehen; und wir lernen etwas miteinander – nicht nur für diese Arbeit, sondern für alle anderen Dinge. Denn die Dinge, die man da lernt, kann man in allen anderen Bereichen auch brauchen.

Über die große Lähmung habe ich bereits gesprochen. Wir haben eine große Transformation vor uns, die wir machen müssen. Sie wissen das: Viele Menschen – ungefähr 70 % der Bevölkerung – sagen: Das ist ein großes Thema, da müssen wir herangehen. Gleichzeitig, wenn man einzeln mit ihnen spricht, auch mit Entscheidern, hat man das Gefühl: Das schaffen wir nicht; das ist zu groß. Ich kann mich mit dem nicht auseinandersetzen. Ich kann an meinem Konsum etwas ändern, ich fliege ein bisschen weniger, ich kaufe mir ein „grünes“ Auto oder ein Elektroauto. Aber die großen Dinge, die gehen nicht. Das ist die Festgefahrenheit in dem, was vertraut ist, und die Unfähigkeit, sich vorzustellen, dass Dinge auch anders und besser laufen könnten, und zwar ganz anders; denn das ist das, was wir brauchen. Da gibt es eine große Lähmung, und es ist wichtig, das im Blick zu haben: dass wir mehr und mehr Leute finden müssen, die Ideen entwickeln, die sich auf die Dinge einstellen und die dann nach vorn gehen, sich den Dingen stellen, gemeinsam handeln und Dinge verändern. Das gilt nicht nur für die Klimakrise, sondern auch für die ganzen anderen Krisen, die wir haben.

Im Gesundheitssektor sieht man das sehr schön. Da haben wir viele Transformationsfelder. Klimakrise ist eines davon. Das muss man aber mitdenken, und es bringt eine Dringlichkeit und eine Existenzialität hinein, die Sie in den anderen Themen nicht haben, weil klar ist: So, wie wir bisher an die Sachen herangehen, können wir nicht weitermachen. Wir müssen uns zurücksetzen und neu schauen, wie wir Gesundheit neu denken, wie wir Prävention noch mal anders verstehen.

Jetzt habe ich noch ein paar Minuten Redezeit. Ich will ein Beispiel nennen und dabei etwas in die Tiefe gehen. Hitze ist das größte Gesundheitsrisiko, das wir derzeit

haben. Heute ist im SPIEGEL ein Bericht von Stefan Rahmstorf abgedruckt, in dem steht, wir könnten davon ausgehen, dass es in diesem Jahr in Europa 100 000 Hitzetote gab, in Deutschland etwa 10 000. Das wissen wir noch nicht genau, aber wir wissen, es waren viele. Wenn Sie auf die letzten Jahre schauen, wissen Sie, dass sehr, sehr viele Menschen in den Hitzesommern verfrüht gestorben sind. Es ist wichtig zu verstehen: Wenn 10 000 Menschen in einem Jahr sterben, dann gibt es Hunderttausende mit schwersten Symptomen und Bedrohungen, und Millionen von Menschen sind in ihrem Wohlbefinden und in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Es geht also nicht nur um die Toten, sondern es geht auch um all diejenigen, die ein Problem haben.

Wie sind wir in Deutschland bezogen auf die Hitze aufgestellt? Schlecht. Wir haben letztes Jahr eine wissenschaftliche Untersuchung gemacht und im „The Lancet“ unter dem Titel „Lancet Countdown Policy Brief für Deutschland“ veröffentlicht. Der „Lancet Countdown“ erstellt einmal im Jahr weltweit einen Überblick darüber, wo wir bezogen auf Klimawandel und Gesundheit stehen. Da haben wir untersucht, wie wir bei der Empfehlung, die wir zwei Jahre vorher zur Umsetzung von Hitzeaktionsplänen gemacht hatten, weitergekommen sind. Wir sind da weitergekommen. Es gibt ein bisschen mehr Bewusstsein, es wird ein bisschen mehr darüber geschrieben, es gibt ein bisschen mehr Wissenschaft dazu. Aber nach wie vor haben wenige Kommunen einen Hitzeaktionsplan. Die, die einen Hitzeaktionsplan machen, haben normalerweise den Gesundheitssektor nicht involviert. Warum? Weil bisher aus der Geschichte heraus „Klimawandel und Gesundheit“ ein Thema des Umweltbereichs und nicht des Gesundheitsbereichs war. Jetzt ist es für Sie ganz einsichtig: Wenn bei einer großen Gesundheitsbedrohung die Gesundheitsakteure nicht mit am Tisch sitzen, aber genauso, wenn die sich nicht mit an den Tisch setzen und sagen: „Ich muss am Tisch sitzen“, dann haben wir ein Problem mit der Umsetzung. Deswegen ist der Kernsatz: Wir sind in Deutschland auf eine Katastrophe durch Hitze nicht vorbereitet. Auch Sie hier in Baden-Württemberg haben keinen Hitzeaktionsplan, und wenn Sie einen machen würden, wäre die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Sie einen machen, ohne die Gesundheitsakteure zentral zu denken und mit an Bord zu holen.

Wir haben dann in Berlin gesagt – wir haben diesen Bericht gemacht und gesehen: Wir sind nicht vorbereitet –: Wir können es nicht dabei belassen; wir müssen jetzt schauen, wie man interveniert. Wir sind auf zwei Interventionen gekommen. Die eine Intervention ist eigentlich ganz einfach. Wenn Sie Direktor von einem Krankenhaus sind und es ein neues Risiko wie beispielsweise Hitze gibt – unabhängig von dem, was im Gesetz steht –, dann haben Sie heute schon eine Verantwortung für Ihre Patienten. Die These war: Wenn wir Menschen in ihrer Verantwortung ansprechen und sie dazu bilden, dann wird ein genügend großer Teil von ihnen Verantwortung übernehmen, um sich selbst und die Patienten zu schützen.

Dann haben wir geschaut: Welches Bundesland oder welche große Stadt wäre bereit, in diese Richtung einmal ein Experiment zu machen. In Berlin haben wir – KLUG – mit den Verantwortlichen im Senat begonnen, gemeinsam mit der Landesärzte-

kammer Berlin ein Aktionsbündnis Hitzeschutz zu organisieren. Wir haben im März mit der Zielsetzung begonnen, für den Sommer eine deutlich bessere Situation als vorher zu haben. Das ist uns gelungen. Es ist nicht so, dass wir jetzt alles haben, aber es gibt ein Aktionsbündnis, in dem die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenhausgesellschaft, die großen Pflegeverbände alle mit am Tisch sitzen und anfangen, sich u. a. mit folgenden Fragen auseinanderzusetzen: Wie setzen sie in ihren Einrichtungen eigene Hitzeaktionspläne auf? Wie schulen sie die Leute dafür? Wie informieren sie? Wie schützen sie sich selbst? Wo haben wir ein Problem? Natürlich wird der Prozess vier, fünf oder sechs Jahren dauern, aber es ist ganz klar geworden: Wenn man es dem Senat allein überlassen hätte, würde das nicht funktionieren. Ich glaube, das ist etwas, was auch für andere Krisenthemen sehr wichtig ist zu lernen: Sie müssen die wesentlichen Akteure mit an den Tisch holen, und die müssen sich selbst organisieren. Sie, der Landtag oder die Regierung, können dann etwas damit machen, aber nur, wenn Sie denen auch den Raum geben, sich selbst zu entwickeln – dezentral, auf der mittleren Ebene und auch auf der oberen Ebene.

Die zweite Intervention, die nötig ist: dass wir die Bevölkerung ausbilden, im Umgang mit Hitze kompetent zu sein, damit wir sie auch hitzeresilient machen. Das ist sie nämlich im Moment nicht. Es ist immer noch so, dass Hitze nicht als Gefahr verstanden wird, sondern eigentlich ist Hitze doch cool – Bilder von Eis, vom Schwimmbad, von der Dusche und so sind eigentlich cool. Wir haben noch nicht die Reflexe, die uns sagen: Hitze ist gefährlich. Deswegen beugen wir auch nicht vor. Deswegen fallen immer noch jedes Jahr Dachdecker vom Dach: weil sie praktisch zu lange der Hitze ausgesetzt waren und versterben. Denn wir sind bei Hitze nur sehr begrenzt einsatzfähig.

Das ist ein Beispiel dafür, wo Interventionen gefragt sind. Resilienz bezogen auf Hitze und auf die anderen Themen bekommen wir nur, wenn wir Schlüsselakteure mit an Bord haben und wir das gestalten. Genauso gilt aber für den Gesundheitssektor und für die Gesundheitsakteure – daran arbeiten wir –: Wir müssen uns einbringen. Wenn Sie als Oberbürgermeisterin oder Oberbürgermeister in irgendeiner Stadt einen herkömmlichen Hitzeaktionsplan aufstellen und wir nicht mit am Tisch sind, dann müssen wir ein Aktionsbündnis organisieren und Sie auffordern, da endlich gemeinsam miteinander vorzugehen. Es braucht das bürgerschaftliche Engagement gerade bei diesen großen Themen. Es braucht in der Breite aber auch Hitzeresilienz und -kompetenz in der Bevölkerung. Denn auch das war klar, als wir mit den Notärzten und Katastrophenschützern in Berlin gesprochen haben: Wenn wir im nächsten Jahr hier eine Hitzesituation hätten, wie es sie letztes Jahr in Kanada gab, und der Meteorologe sagen würde: „Wir wissen nicht genau, welche Extreme kommen, aber es kommen andere als die, die wir aus der Vergangenheit kennen“, dann könnten das die Notarzdienste und Intensivstationen nicht mehr kompensieren. Eine Voraussetzung dafür, dass wir insgesamt resilient sein können, selbst dann, wenn wir uns ausbilden und alles machen, ist, dass die Bevölkerung insgesamt lernt, mit diesen Themen anders umzugehen. Ich glaube, das ist ein zweites Lernen für alle Krisenfelder, an denen Sie arbeiten.

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Ich möchte Sie bitten, jetzt zum Schluss zu kommen. Denn Sie haben Ihre Redezeit schon deutlich überzogen.

Sv. Herr Dr. Herrmann: Ich habe meine Redezeit schon um drei Minuten überzogen, ja. Aber es gab am Anfang auch die technischen Schwierigkeiten.

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Deshalb habe ich Ihnen tatsächlich drei, vier Minuten zusätzlich zugestanden.

Sv. Herr Dr. Herrmann: Gut. Dann höre ich auf. Die Empfehlung, die ich eigentlich noch hätte, kann ich nachher im Rahmen der Diskussion noch einbringen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Herzlichen Dank, Herr Dr. Herrmann. Wir bitten natürlich noch mal, die technischen Probleme zu entschuldigen. Ich habe Ihnen deswegen ja auch zusätzlich vier Minuten Redezeit zugestanden. Aber wir wollen jetzt natürlich auch, dass die Kolleginnen und Kollegen ihre Fragen an Sie und Herrn Dr. Lob-Hüdepohl stellen können. – Damit eröffne ich die erste Fragerunde. – Frau Abg. Krebs, bitte.

Abg. Petra Krebs GRÜNE: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Vielen Dank, Herr Lob-Hüdepohl und Herr Dr. Herrmann, für die wirklich sehr beeindruckenden Ausführungen.

Besonders nach Ihrem Vortrag, Herr Dr. Herrmann, ist man fast schon ein bisschen erschlagen und denkt sich: Oh Gott, die Welt ist schlecht. Darum möchte ich auch mit Ihnen beginnen, aber nicht deshalb, weil ich den Vortrag schlecht gefunden hätte, sondern weil mich das tief beeindruckt hat. Ich glaube, Sie haben damit auch den Kern von allem, was wir bisher gehört haben, total getroffen; denn es geht ganz viel um Kommunikation. Das zieht sich wie ein roter Faden durch.

Meine Frage ist jetzt eigentlich eher etwas offen. Es geht darum – Sie haben das zumindest nach meinem Verständnis so dargestellt –, Compliance von der Bevölkerung zu bekommen, dort an einem Strang zu ziehen. Für uns stellt sich immer die Frage: Wie kann man es schaffen, Compliance – Zugänglichkeit zur Mitarbeit von Bürgerinnen und Bürger – herzustellen, ohne sie so zu ängstigen, dass sie dann sagen: „Jetzt mache ich gar nicht mehr mit“ – nach dem Motto „Angst fressen Seele auf“? Wenn die Herausforderungen zu groß sind – das wissen wir eigentlich alle aus unserem eigenen Erleben –, dann neigt man dazu, gar nichts mehr zu tun. Das haben Sie ja auch dargestellt. Deshalb bitte ich Sie, uns vielleicht doch noch die Hand-

lungsempfehlungen zu geben, wie man das machen kann. Das hatten Sie ja auch selbst noch vor.

Das, was Sie jetzt ausgeführt haben, hat ja auch schon sehr, sehr gut zu dem Thema „Health in All Policies“ gepasst. Für mich hat sich jetzt nach dem Vortrag die Frage gestellt: Ist das Thema „Health in All Policies“ das richtige, oder müsste es nicht vielmehr „Klima in All Policies“ oder „Umwelt in All Policies“ heißen? Oder kann man das tatsächlich vereinen? Dazu würde mich Ihr Statement interessieren.

Das einmal zu Ihrem Vortrag. Andere Fragen dazu kommen sicherlich noch von den Kolleginnen und Kollegen.

Lieber Herr Professor Lob-Hüdepohl, vielen Dank für Ihren Vortrag. Er hat bei mir aber leider auch sehr, sehr viele Fragezeichen erzeugt. Es war jetzt schon so, dass ich Sie gut verstanden habe, aber was daraus tatsächlich für uns die Botschaften sein können, was wir als Handlungsempfehlungen aufschreiben, darüber muss ich mir sicherlich noch einmal Gedanken machen. Aber für mich wäre jetzt schon das ganz Wichtige, noch einmal zu hören, wie Sie es denn sehen, wie wir das hinbekommen können, dass die Bevölkerung bei dem auch tatsächlich mitmacht. Wenn ich Ihre Aussagen richtig verstanden habe, haben Sie gesagt, es sei wichtig, das kleinteilig zu machen. Wir haben das als politische Entscheiderinnen und Entscheider immer wieder erlebt, dass diese Kleinteiligkeit als unglaublich störend und verunsichernd verstanden wurde. Daher liegt mir schon daran, zu erfahren, was man daraus als Empfehlung ableiten könnte. Natürlich muss man Individuen extra anschauen. Aber es wäre für mich schon noch mal wichtig, wenn Sie uns das vielleicht in einer Empfehlung mitgeben oder uns sagen könnten, wie Sie das machen würden, wenn es darum geht, Bevölkerung vorzubereiten, in einer Pandemie – zukünftig vielleicht auch in einer pathogeneren – zusammenzustehen und die richtigen Empfehlungen zu akzeptieren. Wir, die Entscheiderinnen und Entscheider, sind ja gehalten, es so zu machen, dass die Bevölkerung das auch akzeptieren kann. Das ist für mich schon noch mal die große Frage dabei.

Wenn man jetzt noch mal ganz zugespitzt in eine Krise gehen würde, die z. B. so infektiös wäre wie die Coronavariante Omikron und gleichzeitig so pathogen wie eine Ebolainfektion: Was wäre die ethische Herausforderung für uns? Was müssten wir entscheiden? Wie müssten wir die Bevölkerung mitnehmen? Könnten das die Krankenhäuser selbst entscheiden, wer zum Arbeiten kommen muss, oder muss das politisch geregelt werden? Das sind die Fragen, die sich uns jetzt stellen.

Krisen – das wissen wir – kommen nicht von heute auf morgen, aber sie sind unbewältigbare Situationen. So werden sie definiert. Also müssen wir jetzt in unseren Handlungsempfehlungen tatsächlich über Krise und nicht nur über ungünstige Verhältnisse reden. Da gebe ich Ihnen komplett recht.

Vielen Dank, dass Sie den Schwerpunkt Ihres Vortrags auf den Care-Bereich gelegt haben. Dieser ist ja in Baden-Württemberg und in Deutschland der größte Bereich. 70 % der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause gepflegt. Da hatte man jetzt auch ganz oft das Gefühl – zumindest ich –, dass wir, wenn ich an Ausstattung mit persönlicher Schutzausrüstung denke, ganz viel aufgefangen haben. In Krankenhäusern war das am Anfang schwierig; in Pflegeeinrichtungen auch. Aber was war mit den vielen Menschen, die zu Hause gepflegt wurden? Das sind die Fragen, die mich und die uns schon beschäftigen müssen. Was ist, wenn jetzt einmal eine richtige Krise kommt? Ich möchte jetzt nicht von einem Blackout reden, aber auch das ist im Moment vorstellbar. Wie fällen wir da unsere Entscheidungen?

Danke.

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Wir sammeln zunächst die Fragen. Dabei bitte ich die Kolleginnen und Kollegen, vielleicht ein bisschen kürzere Fragen zu stellen. Ich sehe schon Wortmeldungen für eine zweite oder auch eine dritte Frageunde. Das würden wir sonst nicht schaffen. – Als Nächster erhält Herr Abg. Dr. Miller das Wort.

Abg. Dr. Matthias Miller CDU: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Vielen Dank für die Vorträge. Ich versuche, es kurz zu machen.

Herr Professor Lob-Hüdepohl, vielen Dank für die Ausführungen zu den Begriffen. Wir hatten ganz am Anfang der Arbeit der Enquetekommission eine Diskussion über die Begriffe Resilienz, Robustheit usw. Der Begriff „Krisenfest“ wurde schon von mehreren hinterfragt. Das Verständnis, das wir damit verbinden, ist dann vielleicht etwas anderes, als es der Begriff ausdrückt. Die Begriffe Robustheit, Resilienz – nur für mich zum Verständnis – haben Sie jetzt nicht synonym verwendet. Vielleicht können Sie dazu noch mal etwas sagen. Wir hatten es in der Vergangenheit so verstanden, dass wir sagen, „Robustheit“ ist etwas sehr Statisches, „Resilienz“ ist etwas sehr Flexibles. Vielleicht könnten Sie das einmal darstellen.

Den Punkt „Dezentral“ fand ich sehr spannend. Sie hatten gesagt, dezentrale Lösungen seien zu empfehlen, und dann Hochschulen angesprochen, die dezentral waren. Ich habe dann überlegt und in der Tat: Man hat in der öffentlichen Diskussion recht wenig über Hochschulen gehört. Das kann vielleicht daran liegen, dass es besser war, das dezentral zu lösen.

Jetzt einmal weitergedacht: Dezentral für Schulen – wäre das denkbar gewesen? Hätten Sie das auch empfohlen? Gibt es vielleicht auch Grenzen bei dieser dezentralen Lösung, dass Sie sagen: „Ab einem bestimmten Punkt können wir die dezentralen Strukturen nicht mehr durchführen“? Im Grunde braucht man ja immer Verantwortungsträger, die bei dezentralen Themen entscheiden. Wenn sich die nicht finden lassen, wird es schwierig.

Dann vielleicht noch ein Punkt an Sie. Sie haben die Legislative angesprochen, die Krisensituation sei die Zeit der Legislative. Darüber freut man sich als Parlamentarier. Jetzt nur vom Ablauf her: Wie kann man das mit der Legislative in Krisensituationen, wenn Entscheidungen sehr schnell getroffen werden müssen, sicherstellen? Man kann ja den Rahmen vorgeben, man kann den Rahmen für Verordnungen vorgeben, aber die Einzelentscheidungen müssen so schnell getroffen werden – das haben wir oft gesehen –, dass dann wahrscheinlich die Exekutive handelt.

Herr Dr. Herrmann, vielen Dank. Ich bin auch gespannt auf die Empfehlungen, die jetzt leider abgeschnitten wurden. Aber die kommen ja gleich noch. Eine Frage zur Hitze. Sie hatten von Hitze gesprochen. Es gibt sicherlich eine Definition – Temperatur, Wetterverhältnisse –, ab wann man von Hitze spricht. Vielleicht könnten Sie sagen, was Sie unter Hitze verstehen, damit wir dann über dasselbe sprechen.

Ich fand den Punkt mit den Hitzeaktionsplänen ganz spannend. Gleiches gilt für die Aussage, dass man Gesundheitsaspekte hineindenken müsse. Was müsste in solchen Hitzeaktionsplänen unbedingt vorkommen? Vielleicht können Sie das spontan beantworten. Wir haben ja auch Handlungsempfehlungen zu erarbeiten.

Dann haben Sie gesagt, wenn wir in Baden-Württemberg einen Hitzeaktionsplan machen würden, würde die Gesundheit nicht vorkommen. Vielleicht ja dann doch, wenn wir sozusagen solche Handlungsempfehlungen machen. Aber was müsste in solchen Hitzeaktionsplänen stehen? Das auch in Korrelation zur Sensibilisierung der Bevölkerung. Das ist dann sicherlich auch ein Thema.

Abg. Florian Wahl SPD: Werte Herren, herzlichen Dank für Ihre Vorträge. – Ich habe jetzt erst einmal eine Frage an Herrn Professor Lob-Hüdepohl, und zwar zum Thema „Demokratisierung, Akzeptanz von Entscheidungen, Fehlerkultur“. Dazu haben Sie auch in dem Bericht, auf den Sie Bezug genommen haben, „Vulnerabilität und Resilienz in der Krise – Ethische Kriterien für Entscheidungen in einer Pandemie“ geschrieben – ich zitiere es kurz, vielleicht können Sie darauf eingehen –:

Vielmehr bedarf es einer kritischen Aufarbeitung der Krisenbewältigung, um persönliches Fehlverhalten, systemisches Fehlstellen, dysfunktionale Organisationsformen und/oder ungeeignete Verfahren offenzulegen und Korrekturen zu ermöglichen. Eine hoch entwickelte Fehlerkultur ist auch Ausdruck von Resilienz.

Das steht auf Seite 241 des Berichts.

Jetzt meine Frage – ganz allgemein –: Haben Sie den Eindruck, dass die Fehlerkulturprozesse ausreichen, die mittlerweile hier bei uns in der Gesellschaft eingesetzt haben, bzw. können Sie vielleicht noch mal konkreter darauf eingehen, was genau

Sie unter dieser Fehlerkultur verstehen oder wie diese ausgestaltet sein soll, damit sie langfristig zu mehr Akzeptanz von Entscheidungen führt?

Die andere Frage schließt ein bisschen an das an, was Herr Dr. Miller gerade sagte, und ist vielleicht auch eher grundlegenderer Natur. Sie betrifft das Thema „Resilienz und Vulnerabilität“. Wenn man im Kontext von Resilienz Flexibilität und Adaptivität besonders betonen will, aber gleichzeitig Resilienz praktisch als Rückkehr zu einem Normalzustand impliziert, könnte das ja besondere Vulnerabilitäten verstetigen. Denn eine besondere Vulnerabilität von Individuen kann ja – wie Sie betont haben – nicht nur beispielsweise aus körperlich determinierten Faktoren resultieren, sondern auch soziale Ursachen haben. Ich denke daran: Von Diskriminierung betroffene Menschen sind ja per se auch vulnerabel. Wie kann beim Sprechen über Resilienz deutlich gemacht werden, dass die Stabilität von Institutionen nicht dazu führt, dass die Marginalisierungen aufrechterhalten werden? Wie können Flexibilität und Adaptivität so konkretisiert werden, dass sie nicht als Appell zur Flexibilisierung von Individuen und damit praktisch auch zur Verlagerung der Verantwortlichkeit verstanden werden, sondern als besonders notwendige Solidarisierung innerhalb einer Gesellschaft mit vulnerablen, sozial vulnerablen Gruppen? Vielleicht könnten Sie dazu noch einmal etwas sagen.

Herr Dr. Herrmann, Sie haben am Anfang Ihres Vortrags auf Ihre persönliche globale Perspektive mit dem Verweis auf Tansania und andere Teile der Welt Bezug genommen. Wir sprechen jetzt darüber, dass wir es durch die Veränderungen aufgrund des Klimawandels hier in Europa und in Nordamerika mit neuen Phänomenen zu tun haben. Die sind aber natürlich an manchen Stellen nur für uns neu, für andere Teile der Welt nicht. Inwiefern muss gerade beim Thema Hitze eventuell auch ein globales Lernen einsetzen, und müssen wir bei der Krisenbewältigung unsere Beurteilungen aus sehr eurozentrischer Sicht infrage stellen? Denn mit manchen Wetterphänomenen, die wir als neu bezeichnen, leben andere Gesellschaften schon ganz, ganz lange, stetig und haben mit diesen natürlich andere Erfahrungen – beispielsweise ob Hitzepläne helfen – gesammelt. Was können wir eigentlich von diesen anderen Gesellschaften lernen?

Sie haben am Anfang noch angesprochen – das interessiert uns natürlich jetzt nach Corona ganz besonders –, dass Sie z. B. Erfahrung mit Impfkampagnen in Tansania haben. Das ist jetzt ein bisschen weg vom Klima. Sie sagten, in Tansania gibt es z. B. nicht die Möglichkeiten, das einfach mit Geld zu machen, wie man es hier macht. Hier haben wir ja vieles auch mit Geld gemacht. Trotzdem waren auch in Baden-Württemberg die Impfkampagnen nicht so erfolgreich. Was können wir denn über diese monetären Möglichkeiten hinaus von diesen Gesellschaften lernen oder von den dortigen Ansätzen lernen, was wir vielleicht gerade z. B. beim Thema Impfkampagnen momentan bei der Bewältigung der Krise noch nicht berücksichtigt haben?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Ganz herzlichen Dank, Herr Professor Lob-Hüdepohl. Sie haben die Priorisierung angesprochen, die legitim sei, aber auch gesagt, es würden ethische Kriterien benötigt. Jetzt hatten wir ja in der Coronapandemie – das im Rückblick gesagt – die Abwägungen, wenn wir Regelungen lockern, riskieren wir, dass mehr Menschen versterben oder schwer erkranken. Andererseits wissen wir, welche Auswirkungen Schulschließungen oder auch Hochschulschließungen haben. Jetzt haben Sie angesprochen: Man muss es flexibler machen und – sie sprachen vom „Hang zum Flickenteppich“ – die Verantwortung delegieren. Wir, die Enquetekommission, müssen ja Handlungsempfehlungen erarbeiten. Ich habe Ihre Ausführungen so verstanden, dass wir Verordnungen machen müssen, die auch durch das Parlament müssen. Das haben Sie ja auch noch einmal betont. Hier wäre jetzt für mich noch einmal interessant: Wenn ich das richtig verstanden habe, dann wären das nur sehr allgemeine Verordnungen. Pflegeeinrichtungen müssten beispielsweise dann die Verantwortung übernehmen, sozusagen die stärkere Bereitschaft zur Kritik. Das müssen wir auch gesellschaftlich diskutieren. Aber das heißt, dass wir Verordnungen nicht bis ins Letzte klären könnten, sondern – auch eine der Handlungsempfehlungen – sie so fassen müssten, dass auch die einzelnen Kommunen oder Einrichtungen entscheiden könnten. Wir hatten nämlich in der letzten Sitzung der Enquetekommission jemanden hier, der das anders herum formuliert hat. Deswegen frage ich nach.

Dann vielleicht auch noch einmal Ihre Einschätzung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes: Wie müssen wir uns künftig beim ÖGD aufstellen?

Herr Dr. Herrmann, ganz herzlichen Dank. Neben dem Thema Hitze sehe ich persönlich auch das Thema Wasser als eine ganz, ganz große Herausforderung. Ich erinnere mich: Vor Jahren haben wir gesagt, wenn wir uns bei uns um eines keine Sorgen machen müssen, dann ist es Wasser. Inzwischen sind wir da, glaube ich, ein bisschen weiter.

Mich würde interessieren: Gibt es in Europa Länder – in Südeuropa ist das Thema Hitze schon viel länger auf der Agenda; Sie haben jetzt das Beispiel Berlin genannt, das kann man sich auch gern noch einmal anschauen –, die bei den Themen Hitze oder Wasser für uns Vorbilder sein könnten, deren Maßnahmen wir vielleicht übertragen könnten und von denen wir sagen könnten: „Mensch, da gibt es wirklich schon sehr gute Möglichkeiten“? Das zu erfahren, wäre für mich einfach auch noch mal interessant.

Abg. Carola Wolle AfD: Herr Professor Lob-Hüdepohl, ich möchte gern mit Ihnen anfangen. Sie haben davon gesprochen, dass die Freiheitseinschränkungen – Isolation usw. – zu schweren Schädigungen geführt haben, insbesondere bei Kindern und älteren Menschen. Ich denke, das ist uns allen bekannt. Wie gehen wir mit dieser gesellschaftlichen Krise, die dadurch ausgelöst wurde, um? Wie können wir für die Zukunft damit umgehen, dass so etwas nicht noch mal passiert? Denn ich denke, die Freiheitsrechte sind ein sehr hohes Gut. Die sollten auch gewahrt werden.

Prinzipiell möchte ich einmal etwas zur Impfung und zur Spaltung der Gesellschaft sagen. Am Anfang hieß es, es ist eine Impfung, die schützt. Diese Impfungen wurden dann immer weniger. Es ist eigentlich nicht verwunderlich, wenn die Leute, die Gesellschaft, demgegenüber kritischer wird, weil sie es auch nicht hinterfragen können. Ich denke, die Angst, die dadurch auch entstanden ist, muss man auch ein Stück weit akzeptieren, man muss lernen, damit umzugehen, und zwar ohne den anderen zu diffamieren und in eine Ecke zu stellen.

Zum Thema Impfdruck: Es hat sich ja erwiesen, dass das Coronavirus ein tatsächlich häufig mutierendes Virus ist. Wenn man jetzt mitbekommt, dass insbesondere ältere Menschen und weniger Kinder unter Corona gelitten haben, aber Kinderimpfungen von Ihnen empfohlen worden sind: Halten Sie es nach wie vor für richtig, dass Kinder einem Impfstoff ausgesetzt werden? Also, ich sehe ihn kritisch, das muss ich ganz ehrlich sagen.

Sie sehen keine Spaltung der Gesellschaft. Wie würden Sie heute zu Ihrer Aussage vom 30. Juli 2021 stehen?

Am Anfang waren Sie nicht für eine Impfung, dann waren Sie dafür. Da hat der Ethikrat eine sehr unrühmliche Rolle gespielt, das muss ich sagen. Man hatte den Eindruck, Sie rechtfertigen das Regierungshandeln auf Abruf. Also, Sie haben dadurch einen Vertrauensverlust erhalten, genauso wie die Politik insgesamt. Wie können wir damit für künftige Krisen umgehen? Wie stellen Sie sich an dieser Stelle eine Fehlerkultur insgesamt vor?

Herr Dr. Herrmann, Sie haben von Public Health und Planetary Health gesprochen. Der Klimawandel hat ja keine Grenzen. Deutschland geht voran. Was wollen Sie tun, damit die anderen mitgehen, bzw. wie gehen wir damit um? Der Klimawandel ist da. Man kann darüber streiten, ob er menschengemacht ist und inwieweit dies der Fall ist. Aber darum geht es nicht. Den Klimawandel gibt es, ja. Tatsache ist doch eigentlich, dass wir – vor allem angesichts dieser Situation – doch darauf achten müssen, wie unser Land mit dem Klimawandel und den Folgen – deswegen haben Sie das ja auch angesprochen – umgeht.

Sie haben einen Hitzeaktionsplan angesprochen. Andere Länder – das wurde eben auch schon thematisiert – haben bereits die Situationen. Das heißt, man kann es ja auch auf den Arbeitsbereich ausdehnen und sagen: Okay, in Spanien gibt es halt mittags eine lange Pause. Ist das auch eine Lösung bei uns? Also, welche Möglichkeiten sehen Sie da noch? Sehen Sie nicht auch den Schwerpunkt – die anderen Themen können wir eben nicht beeinflussen; was von denen kommt, ist deutlich zu wenig – auf der Vorsorge unseres Landes? Was können wir hier machen, um auf die Folgen des Klimawandels – Gesundheit usw. – zu reagieren?

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Dann kommen wir zur Beantwortung. Ich weiß nicht, wer von Ihnen anfangen möchte.

Sv. Herr Dr. Herrmann: Ich würde gern anfangen. – Ich fange am Schluss an, denn dadurch werden auch einige Dinge klar: Der Klimawandel ist menschengemacht – das ist eineindeutig –, genauso wie die anderen Umweltveränderungen. Auch deshalb können wir vieles verändern. Wenn wir selbst dafür gesorgt haben, dass wir dort sind, wo wir heute sind, können wir auch vieles verändern und auch dafür sorgen, dass wir die Folgen eingrenzen.

Jetzt ist es sehr wichtig, wenn wir über Anpassung sprechen, dass die einzig langfristig wirksamen Anpassungen Klimaschutz und die Schutzmaßnahmen in den anderen Bereichen sind. Gerade beim Thema Hitze ist das ganz klar. Die südlichen Länder haben ein Hitzeproblem, wie sie es in der Geschichte nie hatten. Es scheint so zu sein, dass dieses Jahr in Spanien, in Portugal usw. 20 000 Menschen infolge der Hitze gestorben sind. Das heißt, die Extremwetterereignisse, die wir heute haben, sind in allen Ländern ein riesiges Problem, weil unsere bisherigen Anpassungsstrategien für das, was wir jetzt vor uns haben, nicht mehr ausreichen. Das gilt verstärkt für die Länder des globalen Südens. Man spricht da auch von den Tagen jenseits dessen man leben kann – „days beyond deadly threshold“. Die gehen nach oben. Was bedeutet das? Dass immer mehr Gebiete der Erde unbewohnbar sein werden und dass deswegen ein unheimlich großer Druck auf Migration ist. Also, es ist jetzt schon eine ganz andere Krankheitslast.

Natürlich ist es so, wenn ich mit Freunden in Afrika spreche: In einem Sommer haben sie Überflutung – natürlich ist Wasser ein riesiges Problem; ich habe jetzt nur einmal versucht, bei Hitze ein bisschen tiefer zu gehen –, Dürre, Hitze. Alles führt dazu, dass dann die Ernährung zurückgeht. Das heißt, wir haben multiple Krisen, die dann aufeinander wirken. Auch das wissen Sie ja: Wir haben eine Welternährungs-krise, die eine Folge davon ist, dass verschiedene Sachen aufeinander wirken – Biodiversität, Dürre usw. usf. Also, die Vorstellung, wir könnten einfach bei den anderen etwas abkupfern – von Frankreich, von Italien – stimmt zum Teil, aber wir müssen auch verstehen, dass selbst dort ein neuer Anpassungsdruck ist.

Das Letzte, was wichtig ist: Wenn wir die Klimaschutzmaßnahmen nicht machen, dann werden alle Anpassungsmaßnahmen, die wir jetzt planen, nach einer gewissen Zeit zu kurz greifen. Wir kommen nicht weg. Deswegen ist auch für mich ganz klar: Hitze ist das Thema, das Menschen heute schon am meisten betrifft, wo auch Klimaerwärmung erlebbar wird. Wenn wir es nicht erleben können, dann werden wir nicht handeln. Es ist also sehr wichtig für die Handlungsdimensionen, gerade die Hitze verstehbar zu machen. Das ist ein Türöffner für die größere Agenda.

Jetzt war die Frage am Anfang: Wie bekommen wir diese Balance zwischen Katastrophenszenarien auf der einen Seite und Zuversicht auf der anderen Seite hin? Das kennen wir auch in der Medizin. Einerseits müssen wir genügend darüber wissen, wie ernsthaft eine Situation ist, sonst gehen Menschen einen existenziellen Weg nicht mit. Das ist also eine Voraussetzung. Gleichzeitig ist es ein Kunstfehler, der die Menschen dann zerstört, wenn man sie resignativ zu Hause lässt. Das machen leider

noch viele Klimawissenschaftler falsch. Sie halten fantastische Vorträge, in denen sie alles bis zum Ende durchdeklinieren, und die Leute gehen danach völlig fertig nach Hause. Da ist die Frage: Wie halten wir die Spannung zwischen neu zu verstehen, was unsere Handlungsfähigkeit als Menschen ist – – Wir sind als Menschen begabt, bei den schwierigsten Situationen existenziell zusammenzuarbeiten und neue Formen der Zusammenarbeit zu entwickeln. Sprechen Sie mal mit Notfallmedizinern, wenn die in Ausnahmesituationen Tolles geschafft haben, was da an Nähe miteinander entsteht, wenn man das tut, und wie begeisternd das auch ist. Genau das ist eigentlich der Punkt, auf den wir Wert legen: mit den Menschen in die Schwierigkeiten hineinzugehen und das an Handlungsfähigkeit abzurufen und zu entwickeln, was wir als Menschen haben. Wir sind fähig, zusammen zu handeln. Das ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Es geht um Solidarität. Das ist das, was ich auch in Unternehmen erlebt habe: Wenn man die Leute mit an den Tisch holt und wirklich miteinander kommuniziert, sind die Beziehungen hinterher besser. Wir haben alle etwas gelernt, und wir arbeiten lieber in dem Unternehmen, weil es nicht mehr so anonym ist wie vorher. Das heißt, wir haben enorm viel zu gewinnen.

Der zweite Punkt betrifft die Multiple Wins, wenn wir die Dinge angehen. Wir haben sofort eine Verbesserung in einer Stadt, wenn wir ein anderes Verkehrskonzept haben; es geht uns sofort besser, wenn wir uns anders ernähren – Ernährungswende, Verkehrswende. Die Energiewende – regenerative Energien und Energiesparen – ist das größte Gesundheitsprojekt unserer Zeit. Es wird nur nicht so verstanden. Wir sehen es immer nur als das Thema der Energieleute. Das ist ein Gesundheitsprojekt. Wenn wir das reframen durch Gesundheit, entstehen wirklich große Möglichkeiten. Ich arbeite sehr viel mit Harald Lesch zusammen, der auch ein guter Kommunikator ist. Das ist genau die Spannung, an der wir versuchen zu arbeiten: auf der einen Seite Klartext zu reden und auf der anderen Seite – neu – damit in Verbindung zu bringen, wie handlungsfähig wir sind. Jeder Mensch ist handlungsfähig und zum Handeln begabt. Wenn wir das gemeinsam tun, ist es gesund für uns. Es tut uns gut. Dann kann man das nämlich ausbalancieren und sich gegenseitig stärken, wenn man mal wieder einen schweren Tag hat, weil man eben den nächsten Bericht gelesen hat, der relativ fürchterlich ist.

Hitzeaktionspläne: Was muss darin sein? Dazu gibt es genügend Vorlagen von Frankreich, von Österreich, von Deutschland. Entscheidend ist, dass es gemeinsam mit den Akteuren gemacht wird. Was nützt mir ein Plan, in dem alles sauber steht, wenn er dann in der Schublade liegt? Das ist so, als hätten Sie eine tolle Partitur von einem Chorstück, der Chor übt diese aber nicht. Wollen Sie sich das anhören? Das wird eben sehr oft falsch gemacht. In Wien z. B. gibt es wirklich einen tollen Plan, dort wurden auch viele tolle Sachen umgesetzt. Darin stehen auch Pläne für die Krankenhäuser und für die Praxen. Sie haben mir aber gesagt, da haben wir leider die Leute nicht dabei. Wir wissen gar nicht, wie wir an die herangehen sollen. Also, entscheidend ist, das gemeinsam mit den Akteuren zu machen, und nicht, wie ausgefuchst der eigentliche Plan ist. Es ist also mehr das Vorgehen, als dass es dann die Inhalte sind. An den Inhalten fehlt es oft nicht. Genauso fehlt es auch nicht an

Broschüren mit Informationen über Hitze. Manche Wissenschaftler sagen, wir könnten Deutschland damit zukleistern. Es ist die Frage, wie man das praktisch umsetzt und mit den Leuten dazu im Gespräch ist, dass es eben in allen Schlüsselinstitutionen und Unternehmen eigene Hitzeschutzpläne gibt. Da haben Sie eine große Aufgabe. Die gesetzliche Verpflichtung zum Hitzeschutz ist nicht ausbuchstabiert – weder in den Baugesetzen noch in den Arbeitsschutzgesetzen. Das ist alles veraltetes Zeug. Es gibt von den Gesetzen her im Moment auch keine Notwendigkeit, dass das jemand machen muss. Deswegen sagen viele: Na ja, wenn ich es nicht machen muss – ich habe so viele Sachen zu tun –, dann mache ich es halt nicht. Also, es ist wichtig, dass Sie einen gesetzlichen Rahmen schaffen.

Sie hatten die Frage nach den Impfkampagnen in Afrika. Das habe ich zum Teil schon beantwortet. Wir können extrem viel vom globalen Süden lernen. Von der Arbeit mit den Impfmanagern dort bin ich immer enorm bereichert zurückgekommen, weil die u. a. viel besser als wir darin sind, zu improvisieren und mit den begrenzten Ressourcen etwas zu machen. Es gibt dort teilweise extrem hohe Impfraten, obwohl sie sehr schlechte Ressourcen haben. Bei uns ist es ungefähr so: Wenn der Topf nicht voll ist, dann gehe ich ja gar nicht auf die Straße, dann mache ich gar nichts. Also, wir sind im Vergleich zum globalen Süden auch ein Stück weit wirklich verwöhnt. Da kann man sehr viel lernen.

In die Tiefen der Impfkampagnen gehe ich heute aber nicht. Das wäre ein Extraworkshop, aber gern im Gespräch. Man kann extrem viel von den Leuten im globalen Süden lernen. Für die Themen, die wir vor uns haben, ist das sehr, sehr wichtig.

Machen Sie weiter? Vielleicht kommt noch etwas, was ich vergessen habe.

Sv. Herr Dr. Lob-Hüdepohl: Frau Krebs, wenn ich Sie enttäuscht habe,

(Abg. Petra Krebs GRÜNE: Nein, nein!)

dann ist das fast schon mein Ziel gewesen.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Ich bitte um Entschuldigung. Nein, entschuldigen Sie bitte, dass ich das einfach so frech sage.

Zunächst einmal geht es in der Tat – – Also, Ethik ist erst einmal dazu da, Fragen zu stellen und keine Rezepte zu geben. Ich bitte einfach um Verständnis, dass wir uns da auch ein bisschen zurückhalten. Das übersteigt natürlich auch meine Kompetenz, auf Ihre extrem wichtigen Fragen zu antworten: Was passiert eigentlich? Wie sollen Sie zwischen der Schwere von Ebola und der Infektiosität bei Omikron entscheiden? Das kann ich Ihnen nicht sagen.

(Abg. Petra Krebs GRÜNE: Schade!)

Das kann ich Ihnen schlicht nicht sagen, weil das so extreme Katastrophenszenarien sind, die man schlecht antizipieren kann, die man aber dann möglicherweise durch ein weitgehendes öffentliches Bewusstsein auch vorbereiten kann.

Jetzt komme ich zu Ihrem zweiten Fragenkomplex: Compliance ist das berühmte Wort. Das ist für einen Ethiker immer mit Vorsicht zu genießen. Es geht ja nicht einfach um Mitwirkung, es geht nicht ums Überreden, sondern ums Überzeugen. Es ist schon wichtig, dass wir die Bevölkerung von der Wichtigkeit bestimmter Fragen überzeugen. Ich gebe Ihnen ein sehr konkretes Beispiel, wo das nach meinem Dafürhalten zumindest in Ansätzen gut gelungen ist.

Lange bevor die Impfkampagne ansetzen konnte – der Impfstoff war ja erst im Winter verfügbar; ausreichend wirksam und auch ausreichend sicher nach meiner Überzeugung –, hat der damalige Bundesgesundheitsminister gesagt, dass wir vorauslaufend klären müssen, nach welchen Kriterien, nach welchen Grundkriterien eigentlich die Impfpriorisierung stattfinden soll, die ja anfänglich notwendig war – eine vorauslaufende öffentliche Diskussion. Ich war seinerzeit selbst Mitglied dieser kleinen Taskforce, in der wir diese Kriterien entwickelt, vorgeschlagen haben. Sie sind nicht nur öffentlich kommuniziert, sondern in der Öffentlichkeit auch breit diskutiert worden. Jedenfalls hatte ich durchaus viel zu tun in diesen Zeiten. Im Nachhinein hat es an den Grundsätzen der Kriterien keine nennenswerte Kritik gegeben. Wir hätten übrigens auch andere Kriterien entwickeln können, wie es beispielsweise im asiatischen Raum geschehen ist. Wir haben uns für bestimmte Kriterien entschieden, nämlich die höhere Dringlichkeit und nicht die Erfolgsaussicht. Das waren Maßnahmen, wie wir diese Debatte in der Öffentlichkeit vorauslaufend haben führen können. Ich glaube, da ist Überzeugungsarbeit geleistet worden, ohne jetzt im Nachhinein wieder etwas klären zu müssen. Also, das sind für mich bestimmte Projekte, wo wir Überzeugungsarbeit leisten können, und zwar im Vorfeld und nicht nur im Nachgang.

Ich muss auch ein bisschen auf die Zeit achten.

Weil Sie mich ja auch unmittelbar als Mitglied im Ethikrat oder persönlich hinsichtlich einer mangelnden Konsistenz gefragt haben, möchte ich jetzt Folgendes sagen: Ich danke Ihnen für die Steilvorlage mit Ihrer Frage. Denn sie gibt mir die Möglichkeit, zu erläutern, warum das so ist und wie Ethik funktioniert. Entschuldigen Sie, ich hoffe, dass ich Ihnen da nicht zu nahe trete, wenn ich hier elementare Fragen aufwerfe.

Ethische Urteile sind immer gemischte Urteile. Sie haben eine Sachverhaltseinsicht und dann eine ethische Bewertung des Sachverhalts mittels bestimmter Kriterien. Das kann man superschön bei unseren Einlassungen, auch meiner persönlichen Einlassung zum Thema „Impfpflicht für alle“ sehen. Am Anfang war der Sachverhalt relativ klar: Eine Durchimpfungsrate von etwa zwei Dritteln der Bevölkerung reicht aus, um die Infektiosität zu brechen. Da wäre – für eine moralische Impfpflicht gilt dies

immer – eine gesetzlich durchgesetzte oder strafrechtlich sanktionierte Impfpflicht nicht zu legitimieren gewesen. Denn es war allen relativ klar – das können wir heute auch an den Zahlen sehen –, dass wir auch durch Überzeugung eine 70-, 75-prozentige Durchimpfungsrate bekommen – ohne eine bestimmte Pflicht zu haben. Das hat sich durch die Mutation deutlich verändert, und zwar bis hin dazu, dass wir offensichtlich eine 90- oder 95-prozentige Durchimpfung einer Bevölkerung haben müssten, damit wir die Infektiosität auch wirksam brechen könnten, ähnlich wie bei anderen Erkrankungen. Das heißt, mit dem veränderten Sachverhalt muss notwendigerweise auch das ethische Urteil diesem veränderten Sachverhalt angepasst werden.

Das ist für mich oder auch für den Ethikrat der entscheidende Grund gewesen zu sagen: Es gibt aufgrund der fundamental veränderten Sachlage die Notwendigkeit. Darüber lässt sich übrigens trefflich streiten – auch im Ethikrat. Das wissen Sie. Das kann man auch unterschiedlich beurteilen. Dass sich eine Veränderung aufbaut, ist eigentlich in der Logik einer Ethik. Das bitte ich einfach zu respektieren, auch wenn man im sachlichen Bereich eine andere Entscheidung trifft. Aber das sind die Gründe. Ich glaube nicht, dass wir da nachlaufend irgendwie etwas legitimieren. Wenn wir das tun würden, wäre das verwerflich. Das sage ich sehr deutlich. Das ist völlig klar. Denn Ethikräte haben nicht die Aufgabe, nachträglich Akzeptanz für Regierungshandeln zu beschaffen. Das ist exakt nicht die Aufgabe. Aber ich glaube auch nicht, dass wir dieser nachgekommen sind. Ich möchte aber auch nicht zu sehr über mich selbst urteilen.

Kinder? Natürlich. Wir hatten massiven Druck, gerade von Kindern und Jugendlichen, an den Impfstoff zu kommen. Warum? Weil sie zwar keine Angst hatten, selbst zu erkranken – alles richtig –, aber Angst hatten – das hat auch etwas mit Freiheit zu tun –, als Transmittenten in ihre Familie hineinzuwirken, auf ihre Großeltern und dergleichen zu wirken. Das heißt, wir hatten einen massiven Druck vonseiten der Kinder und Jugendlichen, an den Impfstoff zu kommen. Also nochmals: Sie begehrten den Impfstoff, um dieses Moment von Freiheit zurückzuerobern, nämlich die Freiheit, sich auch wieder zu ihren Verwandten, zu ihren Großeltern bewegen zu können. Dass dummerweise die heutigen Varianten die Transmission nur schlecht unterdrücken – das wissen wir alle; das bedauern wir –, dass also dieser positive Effekt der ersten Impfungen weniger eintritt, ist klar.

Freiheitseinschränkungen – ich habe das zum Schluss ja auch angesprochen –: Der Schutz der Freiheit ist extrem wichtig. Aber er hängt eben von einem solidarischen Gesundheitssystem, von einer solidarischen Gesellschaft ab. Sie haben das Stichwort „Solidarität“ ja auch noch mal starkgemacht.

Jetzt komme ich zum Thema Fehlerkultur. – Ich springe jetzt ein bisschen und beantworte die Fragen nicht in der Reihenfolge der Fraktionen. Ich hoffe, dass Sie dafür Verständnis haben. – Es ist richtig, wir sprechen von einer Fehlerkultur, die jetzt aber nicht nur darin bestehen kann, mit irgendwelchen Schuldaspekten – ich hätte beina-

he gesagt „hausieren zu gehen“; das hört sich so schlecht an – in die Öffentlichkeit zu treten, sondern wir konkretisieren das, indem wir sagen: Eine Fehlerkultur besteht vor allem darin, aus der Pandemie zu lernen. Das betrifft nicht nur die Politik – ich will Ihnen den Absatz nicht vorlesen, aber wenigstens den Kerngedanken sagen –, es betrifft auch die Öffentlichkeit, die Medien, die eine große Rolle spielen, die Wissenschaftscommunity. Die beste Fehlerkultur besteht darin, die sich heute erweisenden Fehler aus der Anfangszeit wirksam zu korrigieren. Ein Beispiel: Auch wir im Ethikrat haben uns am Anfang „nur“ auf die besonders vulnerablen Gruppen in der Langzeitpflege fokussiert – das war nicht falsch, aber nur die Hälfte der Wahrheit –, weil wir die Langfristigkeit dieser Pandemie überhaupt nicht antizipieren konnten oder wollten.

Ganz am Anfang haben wir gesagt: Ja, gut, wenn Kinder und Jugendliche zwei Wochen mal nicht zur Schule gehen, werden sie das überstehen, auch wenn das alles nicht prickelnd ist. Über die Langzeiteffekte wissen wir: Das war ein extremer Fehler. Wir haben uns in dieser Einschätzung völlig verschätzt. Ich vermute, viele von uns haben sich in dieser Frage verschätzt. Eine angemessene Fehlerkultur bestünde jetzt darin, in jedem Fall zu sagen, dass die Bereiche der Kinder und Jugendlichen auf gar keinen Fall mehr angetastet werden dürfen und dass das essenziell wichtig ist. Also, das verstehen wir unter Fehlerkultur – und nicht das Tragen eines öffentlichen Büßergewandes. Es wäre vielleicht gar nicht mal schlecht zu sagen: Wir hatten eine Fehleinschätzung, aber wir können sie begründen, und wir handeln jetzt entsprechend und steuern sofort nach.

Ein anderes Beispiel betrifft die soziale Isolation in den Einrichtungen. Da hat der Bundestag sehr schnell reagiert und schon im Oktober, November des Jahres 2021 einen Gesetzentwurf zum Infektionsschutzgesetz verabschiedet, wonach ein Mindestmaß an sozialen Kontakten gewahrt sein muss.

Das sind Nachsteuerungen, die notwendig sind. Das auch öffentlich zu kommunizieren und tatsächlich umzusetzen, verstehen wir unter einer Fehlerkultur.

Jetzt zum Stichwort „Dezentrale Lösungen“: Ja, um die Kreativität derer, die vor Ort arbeiten – – Partizipation; Partizipation heißt ja nicht nur, dass wir irgendwie teilnehmen dürfen, sondern dass wir unsere Lösungsansätze auch „teilgeben“ dürfen. Das ist ein basaler Grundsatz. Das setzt natürlich voraus, dass die in der Dezentralität Entscheidenden nicht nur Verantwortung übernehmen dürfen, sondern auch Verantwortung übernehmen mögen. Da spielen haftungsrechtliche Gründe eine Rolle, z. B. das Arzthaftungsrecht für Einrichtungsleitungen und dergleichen. Das ist ein richtig schwerwiegendes Problem. Ich will das hier nicht unter den Teppich kehren. Es ist wichtig, dass es überhaupt die Möglichkeit gibt – ich glaube, Sie hatten es auch noch mal angesprochen –, Ermessensspielräume nutzen zu können, und dass Einrichtungen, die Bewohnerinnen und Bewohner, sagen können: Wir akzeptieren das Risiko, wir unterschreiben auch die Übernahme dieses Risikos, wenn es uns erlaubt ist, wieder eine Kantine zu besuchen. Ich war selbst eingebunden in ein Verfahren in

Waldshut – bei Ihnen im Bundesland – und hatte eine gutachterliche Stellungnahme abgeben müssen. Wenn die Betroffenen selbst das überschaubare Risiko für sich akzeptieren, dann sollte eine solche Möglichkeit auch gegeben sein – z. B. abweichend von einer Lösung in einem Landkreis; das müssen dann entsprechende Verordnungen natürlich auch vorsehen –, und zwar im Wissen, dass diejenigen, die diese Entscheidungsmöglichkeiten haben, dann nicht hinterher sagen können: „Die Verantwortung tragen andere.“ Das ist dann eben auch mit der Akzeptanz von Verantwortung im Kleinen gekoppelt.

Letzter Punkt: Robustheit, Resilienz. Vielen Dank dafür. Ich habe ja beinahe schon gegen den Begriff der Festigkeit polemisiert, und Sie konfrontieren mich mit einem ähnlich gelagerten Vorwurf. Ja, das kann gut sein. Also, Flexibilität, Adaptivität und dergleichen sind das Erforderliche. Es muss eine Dynamik hineinkommen. Wenn Robustheit so etwas wie Starrheit insinuiert, dann streichen Sie das bitte sofort. Ich verwende es eher synonym, denn für mich ist der Gedanke der Robustheit nicht mit mangelnder Flexibilität verbunden. Wenn das der Fall sein sollte und wenn das damit konnotiert würde, dann wäre er natürlich zu streichen. Es geht gerade um die Frage von Flexibilität, auch innerhalb von Organisationen, die eine bestimmte Resilienz aufweisen wollen. Resilienz – Herr Wahl, Sie hatten das, glaube ich, angesprochen – bedeutet nicht einfach die Rückkehr zur Normalität. Wir haben auch versucht, es noch mal zu beschreiben. Das sind sozusagen lernende Organisationen. Sie werden nie zu einer alten Normalität zurückkommen – warum auch? –, wenn es eine neue Normalität gibt – Sie haben das Stichwort „Solidarsystem“ angesprochen; sehr, sehr wichtig –, die in einem Mikrobereich Solidarverhältnisse stiften hilft. Diese Form von Resilienz ist natürlich ein extremer Fortschritt.

Aber ich muss Ihnen persönlich sagen: Mein Eindruck ist – das ist vielleicht eher eine „Bauchvidenz“ und daher mit Vorsicht zu genießen –: Es hat in dieser Zeit eine enorme Solidarbereitschaft – eine enorme Solidarbereitschaft! – gegeben, und zwar kleinteilig.

Letzter Satz zu dieser Frage: In meinem Bundesland, Berlin, gab es in bestimmten Situationen – vielleicht war das in Baden-Württemberg völlig anders, weil es ganz glorreich ist – Ausgangsverbote. Das heißt, es wurde verunmöglicht, dass sich beispielsweise kleine Coronablasen in der Schule bilden konnten, die sich kontinuierlich treffen konnten, um gemeinsam Unterricht mit drei, vier Leuten zu machen. Oder Kirchengemeinden war es nicht möglich, für einzelne Gruppen, die sozusagen immer beständig beieinander blieben, Hilfsangebote bzw. Kontaktangebote zu organisieren. Das meine ich: Das vorhandene nachbarschaftliche, sehr basale Solidarpotenzial musste aufgrund eines dann allgemeinen Ausgehverbots und dergleichen brachliegen. Das sind die Punkte, die wir im Blick haben, die ich im Blick habe, wo wir sagen, wo ich sage: Das wird hoffentlich in der Zukunft nicht mehr passieren – es sei denn, wir haben eine furchtbare Katastrophe wie Ebola und Omikron zusammen. Aber das wollen wir alle nicht hoffen.

Vielen Dank.

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Herzlichen Dank. – Jetzt liegen mir sechs Wortmeldungen für eine zweite Fragerunde vor. Wenn jetzt keine ganz dringende Wortmeldung dazukommt, möchte ich damit die Liste der Wortmeldungen schließen. – Zunächst die Kollegin Cataltepe, bitte.

Abg. Ayla Cataltepe GRÜNE: Vielen herzlichen Dank, Herr Professor Lob-Hüdepohl und Herr Dr. Herrmann. Herr Professor Lob-Hüdepohl, zum Begriff „Freiheit“, zum Begriff „Demokratische Legitimation“ im Kontext der ethischen Frage, im Kontext der Vielfalt in unserer Gesellschaft, im Kontext der Kultur, der sprachlichen Barriere, aber auch der Religionen, der Bräuche, der Traditionen, der Sitten usw. und dass diese eine gewichtigere Rolle in der Gesellschaft haben: Welche Wege braucht es, um kulturelle, sprachliche Barrieren, aber auch Religion und damit verbunden die moralische und seelische Barriere, die im Kontext der Verordnungen auch eine Rolle spielt, die die Regierungen, der Staat, die Institutionen an unsere Gesellschaft weiterleiten, zu überwinden, damit alle mitgenommen werden? Das ist mir jetzt noch mal ein Anliegen. – Herr Dr. Herrmann, Sie haben das vorhin ganz eindrücklich gesagt, nämlich, dass es entscheidend ist, die Handlungspläne mit den beteiligten Akteuren gemeinsam walten zu lassen.

Danke.

Abg. Dr. Michael Preusch CDU: Herr Lob-Hüdepohl, jenseits der eigenen Philosophie oder – nennen wir es mal so – Ideologie – Die Philosophie hat ja wenigstens noch einen wissenschaftlichen Grundsatz. Im Gegensatz zur Ideologie macht es natürlich Sinn, dass man auch mal außerhalb der baden-württembergischen Käseglocke schaut, wie sich Dinge entwickeln – sei es die Energiepolitik oder seien es auch viele andere wichtige Themen.

Wenn man sich jetzt mal die Veränderung der Versorgung im medizinischen Bereich anschaut, dann ist es ja nicht so, dass sie homogen in ganz Europa schlecht gewesen wäre. Wir haben Daten aus UK, aus denen wir sehen, dass es bisher zumindest zu keiner Verschlechterung der Versorgung kommt.

Damit zusammenhängend auch die Frage, immer die Diskussion – – Das meine ich jetzt nicht im medizinischen Sinn; deshalb will ich es nicht „Depression“ nennen. Ich müsste heute meinen Kollegen raten, eher Psychiater als Kardiologe zu werden, weil es im Moment einfach ein Bereich ist, mit dem man besser Fuß fassen kann. Aber ich umschreibe es mal als Stimmung oder Lebensgefühl, um auch so ein bisschen in Ihren Bereich zu gehen. Ist es denn tatsächlich so, und wo ist der europäische Unterschied? Also: Warum reden wir über eine Postcovid-Ära mit einem schlechten Lebensgefühl, von einer verlorenen Generation, wenn ich dies in anderen europäischen Regionen gar nicht so nachvollziehen kann? Ist es sozusagen wieder das „German Paradoxon“ einer nicht unbedingt zwingend lebensbejahenden Grundstimmung in

jeglicher Form der Diskussion, die wir führen? Man muss sich ja mittlerweile fast schon für das Freuen entschuldigen. Deshalb mal diese Frage insbesondere an Sie, außerhalb des medizinischen Bereichs.

Die zweite Frage, die ich gern noch stellen möchte, betrifft das Thema „Vorstellungen der Regierungen oder der politisch Agierenden im Vergleich zu den Wünschen und Vorstellungen in der Bevölkerung“. Bestes Beispiel dafür ist der Datenschutz. Wenn ich die Menschen gefragt hätte, ob der Datenschutz oberste Priorität in der Pandemie hat, dann gehen die Betroffenen ganz anders mit dieser Frage um als die Regierenden oder die von uns in verantwortliche Positionen gehieften Personen. Sie hatten ja vorhin die Vernetzung von Informationen angesprochen. Wie sollen wir, die politisch Verantwortlichen, damit umgehen, wenn ich sozusagen weiß, dass die Menschen in meiner Obhut es eigentlich ganz anders sehen, als ich es tue, und mittlerweile jede Diskussion in diesem Punkt so schmerzhaft ist, dass man fast schon ein Antipsychotikum nehmen muss, wenn man sich über das Thema Datenschutz unterhält? Es geht ja auch darum, wie wir uns weiterentwickeln – wir befassen uns heute noch mit Klima, Beurteilung der Auswirkungen des Klimas auf Prävalenzen von bestimmten Erkrankungen –, wenn ich diese Daten gar nicht generieren kann, weil der Datenschutz wieder nach vorn geschoben wird. Das ist ein wichtiger Punkt. – Herr Dr. Herrmann, Sie hatten es vorhin auch noch mal angesprochen: Gerade für die Umsetzung gewisser Konzepte ist die Früherkennung gewisser Zusammenhänge wichtig. – Wenn ich die Möglichkeiten aber eben nicht habe, dann ist mir dieser Weg schon verbaut. Jetzt noch mal die Frage an Sie – ich sage es ganz vorsichtig – als Vertreter aus dem Bereich der Theologie und Philosophie: Wie gehe ich als politisch Verantwortlicher damit um? Ich sehe die Diskrepanz jeden Tag, aber ich sehe natürlich auch, dass die Bereiche völlig unterschiedlich über dieses Thema diskutieren.

Thomas Albiez, externes Mitglied: Ich habe eine Frage an Herrn Professor Lob-Hüdepohl. Ich darf Ihnen sagen, dass ich für die Industrie- und Handelskammer arbeite und deswegen hier auch für die mittelständische Wirtschaft in unserem Land spreche.

Die Ressourcen einer Gesellschaft oder auch eines Wirtschaftssystems sind begrenzt. Mein Eindruck ist – das können wir auch durch viele Umfragen belegen –: Es gibt in der mittelständischen Wirtschaft überhaupt niemanden, der die Wichtigkeit und die Dringlichkeit dieser von Ihnen angesprochenen Themen bezweifelt, ob das Klima, Hitze, Migration, Demografie oder einiges mehr ist. Aber die Begrenztheit der Ressourcen in diesem offenen System führt einfach zu einer permanenten Überlastung. Ich habe manchmal den Eindruck, dass bei der Beantwortung ethischer Fragen die jeweilige Krise so weit absolut gesetzt und überhöht wird, dass sie nicht mehr im Kontext anderer großer Herausforderungen stehen und alle Fragen, die ich nicht relativ, sondern absolut beantworte – ohne Berücksichtigung von Ressourcen –, dazu führen, dass nicht nur andere Systeme vielleicht kaputtgehen, sondern auch die Tatsache, dass die Basis, dass wir hier in Frieden und Freiheit diskutieren können, der vorhandene Wohlstand ist. Der Mittelstand macht schon viel, aber ich glaube, wir

fahren ihn jetzt langsam „sauer“, weil wir diese moralischen, ethischen Diskussionen häufig nicht bottom-up, sondern eher top-down führen, und das Missverhalten wird dann mit dem erhobenen Zeigefinger quittiert. Ich glaube, das führt langsam zu einer gewissen Überlastung – sowohl die Ressourcenfrage als auch die Umkehrung der Fragestellung, an welchem Ort sie eigentlich zu diskutieren ist. Dazu würde mich Ihre Meinung interessieren.

Dr. Astrid Elsbernd, externes Mitglied: Sehr geehrte Sachverständige, zunächst einmal ganz herzlichen Dank für Ihren wirklich sehr engagierten und ernsthaften Input. Ich denke, wir können viele Impulse mitnehmen. Es ist für mich gar nicht so einfach, mich jetzt auf ganz wenig zu konzentrieren. Ich greife einmal das heraus, wovon ich meine, dass es vielleicht noch nicht ausreichend thematisiert worden ist, und dazu interessiert mich Ihre Einschätzung.

Herr Professor Lob-Hüdepohl, Sie haben in Ihren Empfehlungen festgehalten, dass die Förderung der Krisenrobustheit von Institutionen und deren flexibles Handeln etwas sehr Essenzielles zur Bewältigung von Krisen sind. Flexibilisierung und dynamische Entscheidungen zu treffen, hat ja sehr viel mit Bildung zu tun. Mich würde interessieren, wie Sie die Bildungsfrage dahinter sehen. Wie können wir im Gesundheitswesen die Akteure ausreichend bilden, damit sie auch mit diesen Krisen zurechtkommen? Ich sage dies auch vor dem Hintergrund, dass wir ja gerade in der Langzeitpflege – stationär wie ambulant – die größte Berufsgruppe zunehmend mit Hilfskräften ausstatten und auch hier gerade die Bewegung läuft, die Zahl der Hilfskräfte zu erhöhen.

Herr Dr. Herrmann, Sie möchte ich gern bitten, noch mal für uns zu schauen, wie wir die Mitarbeiter in den Gesundheitseinrichtungen befähigen müssen. Was können wir konkret tun, dass wir sie befähigen, mit diesen Krisen auch umzugehen?

Eine letzte Frage – auch an Sie, Herr Dr. Herrmann –: Wir haben in der letzten Sitzung der Kommission gehört, dass Digitalisierung möglicherweise große Chancen zur Bewältigung der Krise bietet. Zugleich ist Digitalisierung aufgrund des hohen Energiebedarfs eine der größten Umweltproblematiken, die auf uns zurollen. Da würde mich auch Ihre Einschätzung interessieren, wie wir eigentlich damit umgehen, dass wir auch solche Phänomene haben: dass uns Dinge einerseits helfen und andererseits unmittelbar in unserer Gesundheit gefährden.

Vielen Dank.

Abg. Dr. Dorothea Kliche-Behnke SPD: Herr Dr. Herrmann, ich habe vor allem zum Thema Hitzeaktionsplan ein paar Rückfragen. Es ist ja – wie Sie auch gesagt haben – unsere Aufgabe, hier über Handlungsmöglichkeiten zu sprechen. Das sind ja jetzt konkrete politische Themen. Deshalb ein paar Nachfragen dazu.

Die Empfehlungen sind schon von 2017. Seither hat die Dringlichkeit definitiv deutlich zugenommen. Trotzdem hat keine kleinere Kommune und haben nur sehr wenige Großstädte in Baden-Württemberg bislang einen Hitzeaktionsplan erstellt – ich glaube, es sind zwei oder drei, wenn ich es richtig im Kopf habe. Sie haben darauf abgehoben, auch das Land Baden-Württemberg habe einen solchen Plan nicht. Deshalb scheint mir das ein Thema zu sein, mit dem wir Politiker uns eingehender beschäftigen sollten, insbesondere nach dem, was Sie ausgeführt haben.

Sie haben darüber gesprochen, wie relevant der Prozess als solcher ist und dass die Gesundheitsakteure eine wichtige Rolle spielen. Könnten Sie nennen, wer aus Ihrer Sicht – vielleicht exemplarisch oder auch abschließend – die relevanten Gesundheitsakteure sind, die Sie da meinen? Dann würde mich interessieren, ob andere Bundesländer hierfür vielleicht Vorbilder sind, von denen Sie sagen: Sowohl der Prozess als auch das Ergebnis sind dort besonders gut.

Dann noch Fragen, die eigentlich an Sie beide gehen, also auch an Herrn Professor Lob-Hüdepohl: Meinen Sie, dass es notwendig ist, das Land, die Kommunen zu verpflichten? Wie weit sollte das gehen? Denn bislang haben wir es ja mit der Ebene von Empfehlungen zu tun, und wie wir wissen, resultiert daraus meist nicht allzu viel. Deshalb würde mich interessieren: Ist das Ihre Empfehlung, sagen Sie, man muss dort weitergehen? Wenn ja, was heißt das finanziell – ich weiß, das ist am Ende dann auch unsere Frage –, oder muss man diese Empfehlung mit Blick auf die Kommunen noch mal anders sehen? Herr von Komorowski ist ja auch per Videoübertragung zugeschaltet. Deshalb ist es für uns ganz relevant, was es bedeutet, wenn wir dieses Thema wirklich einmal politisch angehen. Hat das größere Folgewirkungen für die Landespolitik?

Vielen Dank.

Abg. Christiane Staab CDU: Ich habe eine Frage an Herrn Lob-Hüdepohl. Sie hatten das Thema Flexibilität angesprochen. Das erzeugt für mich ein Spannungsfeld, wenn wir auf der einen Seite versuchen, Krisenpläne, Stromausfallkrisenpläne, Hitzekrisenpläne zu erarbeiten, aber zahlreiche Krisenpläne, die eigentlich zu erarbeiten sind – das schließt auch an das an, was Kollegin Kliche-Behnke gerade gesagt hat –, im Moment Empfehlungen sind. Wie geht es da mit der Verbindlichkeit weiter? Aber vor allem: Wie bekomme ich dieses Spannungsfeld aufgelöst, dass wir auf der einen Seite Pläne machen wollen, Sie auf der anderen Seite aber sagen, Flexibilität ist das Gebot der Stunde?

Die andere Frage geht an Herrn Dr. Herrmann. Sie hatten die Aktionspläne anderer Länder angesprochen. Ich kenne den aus Frankreich ganz gut, weil wir da sehr häufig sind. Ich weiß jetzt nicht, wie in Frankreich die Pflegesituation ist. Aber wir hatten vorhin von Frau Kollegin Krebs gehört, dass 70 % der Care-Arbeit zu Hause stattfindet. Ich weiß, dass in Frankreich z. B. regelmäßig bei den Menschen, die zu Hause wohnen und vulnerabel sind, geschaut wird, ob ausreichend Trinken und Essen da

ist. Da wird seitens der Kommune ausreichend Vorsorge getroffen. Das alles gibt es bei uns gar nicht.

Aber mir geht es jetzt um die Datenschutz-Grundverordnung, die ja in Frankreich dieselbe ist wie bei uns. Wie kommen Kommunen an die Daten der vulnerablen Gruppen? Das ist ja auch für den Stromausfall wichtig. Wer hat eine Ernährungspumpe? Wer hat ein Sauerstoffgerät? Das sind ja Daten, die den Kommunen zur Verfügung gestellt werden müssen, damit der Aktionsplan auch wirklich funktioniert. Ich habe da ganz große Bedenken, und ich befürchte, dass die Kommunen nicht an diese Daten kommen. Wie lösen die anderen Länder, die alle derselben Datenschutz-Grundverordnung unterliegen, dieses Spannungsfeld auf?

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Herzlichen Dank. – Dann steigen wir jetzt in die Antwortrunde ein. – Es ist natürlich nicht einfach, jetzt so viele Fragen zu beantworten. Aber wir können ja vielleicht als Ende der Fragerunde 11:40 Uhr anpeilen.

Sv. Herr Dr. Lob-Hüdepohl: Okay. – Ich fange einmal an. – Herzlichen Dank für die Frage der Kultur, Religionssensibilität, und zwar nicht nur in Bezug auf die Frage der Demokratisierung – Legitimation; wie sehen Parlamente aus? –, sondern auch hinsichtlich des Umgangs von Einrichtungen. Wir haben uns sehr intensiv mit dieser Frage befasst. Das fängt mit folgender Frage an: In welchen Sprachen? Ich komme aus Berlin. Dort gibt es eine extrem hohe Diversität an Kulturen, an Religionen, an Sprachen, an Üblichkeiten und dergleichen. Es geht darum, wie bestimmte Maßnahmen oder beispielsweise Impfpfehlungen kommuniziert werden, und zwar nicht nur hinsichtlich der Sprache – uns sind immer fünf große Sprachen präsent –, sondern auch in Bezug auf die Kommunikationszusammenhänge. Stadtteilmütter in Neukölln, die wir übrigens bei uns auch ausbilden, sind ganz anders dran an den Lebenswelten – in diesem Falle einer bestimmten migrantischen Bevölkerung – als beispielsweise Hausarztpraxen in Zehlendorf. Ich will das damit nur deutlich machen. Die Frage der Kommunikation ist extrem wichtig.

Wo Religionssensibilität auch extrem wichtig ist – ich will es sehr deutlich machen –: Für eine bestimmte Kommunität ist beispielsweise das Waschen des Leichnams extrem wichtig. Für sie ist es furchtbar, wenn das verboten ist – für andere ist es das Dabeisein –; das ist unglaublich. Das darf nicht passieren. Diese elementare – wir sprechen von Essential Services und Essential Relationships – Form des Abschiednehmens – ich bleibe bei diesem Gedanken – muss gewährleistet sein. Das ist kulturelle oder religiöse Sensibilität. Dass ich diese Form einer Abschiedskultur praktizieren kann, hat in diesem Fall auch etwas mit Religionsfreiheit zu tun. Das sind Stell-schrauben, bei denen die Fragen der sogenannten Religions- oder Kultursensibilität sehr handgreiflich werden. Die müssen natürlich auch beim Umgehen mit einer solchen Pandemie realisiert werden. Also, man darf nicht nur von einer Einheitskultur, Einheitssprachkultur ausgehen, sondern von einer Lebensweltorientierung im engen

Sinne des Wortes Lebenswelt. Das ist nämlich die Lebenswelt derer, in der die da leben. Das ist in allen Kontexten durchzubuchstabieren.

Dann zur Frage nach der Ideologie, Philosophie. Ich weiß nicht, ob ich das jetzt richtig verstanden habe. Ich habe eine andere Einschätzung der Versorgungsstrukturen, etwa derer Englands. Das sieht da relativ grausam aus. Aber da haben wir vielleicht unterschiedliche Eindrücke. Das ist sehr verheerend. German Disease, diese deutsche Krankheit der Depressivität – das weiß ich nicht. Ich weiß nur: Wenn sich die Suizidrate bei Kindern und Jugendlichen verdreifacht hat und wenn es zu einem massiven Versorgungsengpass kommt, beispielsweise im Umgang mit den Langzeitfolgen der sozialen und psychischen Deprivation dieser Bevölkerungsgruppe, dann muss ich etwas tun. Dann kann ich nicht sagen, dass vielleicht in der Bevölkerung ohnehin über alles gemäkelt wird. Das sind für mich schon sehr harte Fakten oder Indikatoren, bei denen ich sagen würde, dass wir einen Handlungsbedarf haben, der wirklich real ist und den wir aufgreifen müssen.

Hoch interessant: Der Deutsche Ethikrat hat vor zwei Wochen zum ersten Mal eine große Tagung ausschließlich mit Schülerinnen und Schülern aus den Jahrgangsstufen 10, 11 und 12 gemacht. Es waren auch zwei Schulen aus Baden-Württemberg dabei. Dort wurde das Problem der sozialen Bedrängnis angesprochen. Was dann hinterher häufig gefordert wurde, was wir, der Ethikrat, als Nächstes unbedingt machen müssten, war, sich mit den Themen „Klima und Klimagerechtigkeit“, „Klima und Gesundheit“ auseinanderzusetzen. Diese beiden Phänomene sind hoch interessant. Nun können Sie natürlich argumentieren, dass soziale oder psychische Probleme auch herbeigeredet werden. Aber so weit würde ich nicht gehen. Ich vermute, Sie auch nicht. Aber das sind für mich die entsprechenden Indikatoren, bei denen wir tatsächlich etwas tun müssen.

Sie haben auch das Datenschutzproblem angesprochen. Ich bin kein Datenschutzexperte. Aber eines weiß ich – wir haben das auch in anderen Kontexten schon diskutiert –: Wir haben vielleicht ein Problem in der Umsetzung entsprechender Datenschutzrichtlinien. Es sind ja dummerweise nicht die Daten zu schützen, vielmehr sollen dadurch ja Personen geschützt werden. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung ist ja die Grundlage für den heutigen Datenschutz. Dazu sagen mir die Datenschützer und die Experten im Ethikrat: Das Gebot der Datensparsamkeit und des unmittelbaren Verwendungszusammenhangs – das sind diese beiden Stellschrauben – sind hier nicht die Hemmschuhe, um die Daten, die generiert werden, vermehrt auszutauschen, sondern es hängt ganz oft damit zusammen, dass in vielen Ämtern Akten noch händisch geführt werden. Also, noch weit diesseits von irgendwelchen Datenschutzrichtlinien mangelt es uns daran, dass wir entsprechende Daten erstens erheben und zweitens auch transportieren können. Wenn ich die Debatte richtig wahrnehme, ist also nicht das formelle Datenschutzrecht das große Problem, sondern die Praxis, wie hier Daten generiert oder eben nicht generiert werden und auch transportiert werden können und damit auch verknüpft werden.

Bei einem würde ich Ihnen sofort zustimmen: Wenn der Datenschutz kontraintuitiv wird, sich also gegen die Interessen der Personen, die eigentlich geschützt werden sollen, richtet, dann muss da nachgesteuert werden. Aber nochmals: Soweit ich das beurteilen kann, gibt es da eher ein Umsetzungsproblem und kein Regulierungsproblem. Ich sage es noch einmal: Da bin ich überfordert. Ich wollte nur den Grundsatz noch einmal darstellen. Da stimme ich Ihnen natürlich, wenn ich Sie richtig verstanden habe, völlig zu.

Dann komme ich zur Frage nach den Hitzeaktionsplänen: Berlin hat den Vorteil, sich sowohl auf Landesebene als auch auf kommunaler Ebene Hitzeaktionspläne sozusagen entwickeln zu lassen. Ob das ausreicht, weiß ich nicht. Ich bin kein Experte. Aber natürlich scheint mir das geboten. Das ist im engen Sinn eine Form der sogenannten primären Prävention, also der generellen Vorsorgestruktur einer Gesellschaft. Ich teile Ihre Einschätzung – das insbesondere mit Blick auf die Klimafrage –, dass hier eine große primäre Prävention erforderlich ist. Manchmal hat sie schon den Charakter einer sekundären Prävention, da wir ja schon entsprechende Verwerfungen haben. Sie haben ja eben darauf hingewiesen. Aber dass solche Strategien frühzeitig durch so etwas angegangen werden müssen, dem würde ich aus meiner begrenzten Expertise heraus nur zustimmen.

Zur Frage von Frau Staab nach der Flexibilität – der Flexibilität innerhalb von Organisationen, aber vor allem auch von dezentralen Versorgungsstrukturen: Wenn wir uns beispielhaft die Klimasituation oder die Energiesituation anschauen, dann nehme ich als Bürger Lob-Hüdepohl schlicht wahr, dass es ein großer Vorteil dezentraler Energieversorgung ist, auf Einzelausfälle, die punktuell sind, reagieren zu können – viel besser als beispielsweise dann, wenn ich zentrale Energiestrukturen habe. Die Stromproduktion von Frankreich und von Deutschland unterscheidet sich vielfältig, aber vor allem darin, dass wir einige Großproduzenten haben, die kernkraftgebunden sind, und wir zunehmend eine Diversität haben, die eine Versorgung der Bevölkerung auch viel dezentraler sicherstellt. Das ist sicherlich auch ein Grundprinzip für beispielsweise die Versorgungsstrukturen innerhalb von Gesundheitssystemen – bis hin – ich will es herunterbrechen auf einen kleinen Bereich – zu Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Wenn wir nur Großeinrichtungen haben, dann kommt es schnell zum Instrument einer Gruppenquarantäne, die wir übrigens für hoch problematisch halten. Haben wir von vornherein kleingruppenorganisiertere Formen, wie etwa in der Langzeitpflege oder in der Wiedereingliederungshilfe, dann ist das eine Form von Dezentralisierung und Diversifizierung der Versorgungsstruktur, die gewissermaßen in einem Fall der großen Krise besser, flexibler reagieren kann, weil ich gewissermaßen viel weniger kompensieren muss als dann, wenn ich Großeinrichtungen habe.

Grenzen der permanenten Belastungen: Es ist eine Frage der Priorisierung – ich hoffe, ich habe Sie richtig verstanden –, welche Krise ich jetzt in einer besonderen Weise selbst priorisiere, auch in der öffentlichen Kommunikation und auch im politischen Handeln. Wir haben viel von Multikrisen gehört. Die haben wir. Das sehen wir gerade in diesen Tagen. Bezüglich der Grenzen permanenter Überlastung jetzt mit Blick auf

den Mittelstand bin ich kein Experte. Wie heißt der bisherige Vorsitzende des Sachverständigenrats aus Freiburg? Den haben wir einen ganzen Tag lang zu den Folgen für die Wirtschaft angehört. Die große Überraschung – das haben wir auch dokumentiert – ist: im Kleinen immer, im Großen keine. Wir waren überrascht, dass Wirtschaftswissenschaftler ganz offensichtlich sagen: Da ist in einer Weise flexibel reagiert worden, dass die Bedarfe der Wirtschaft massiv unterstützt wurden. Da waren wir selbst verblüfft. Das haben wir von anderen Bereichen – wir haben immer Anhörungen gemacht – so nicht gehört. Insofern – so würde ich sagen – ist die Wirtschaft während der Pandemie nicht so unter Druck geraten wie andere Bereiche der Gesellschaft. Das zumindest habe ich aus der Perspektive der Expertinnen und Experten gelernt.

Sv. Herr Dr. Herrmann: Ich mache weiter und fange mit Ihren Fragen zu Digitalisierung und Energie an. Ich möchte nur darauf hinweisen, dass es ein ähnliches Thema mit den Krankenhäusern, den Gesundheitssektoren sowie Energie und Nachhaltigkeit gibt. Bis vor Kurzem war das überhaupt kein Thema – so ungefähr: Wir machen diese tolle Medizin, da darf auf solche Sachen überhaupt nicht geschaut werden. Durch die Energiekrise sehen wir jetzt, wie sehr uns das auf die Füße fällt. Aber seit ungefähr zwei, drei Jahren fangen wir an, mit allen wesentlichen Playern – auch mit der Krankenhausgesellschaft – über Klimaneutralität des Gesundheitssektors bis 2035 zu sprechen. Es gab die entsprechenden Resolutionen beim Ärztetag usw. Das heißt, man muss das erst mal zusammensehen. Digitalisierung, Energie, Nachhaltigkeit und Carbonneutralität muss man zusammen sehen. Dazu gibt es ein Gutachten vom WBGU; ich glaube, aus dem Jahr 2020. Also, man muss es zusammensehen und dann da hineingehen. Das ist aber ein Riesenthema. Darauf gehe ich jetzt nicht weiter ein. Aber auch da kann man etwas von der Medizin lernen. Wir setzen es jetzt auf die Agenda, und zwar eben nicht nur die Carbonneutralität innerhalb des eigenen Bereichs, sondern auch bei dem, was vom Einkauf kommt. Denn über die Hälfte kommt von außen dazu. Wenn man Carbonneutralität ernst nimmt, muss man ja alle drei Bereiche dazu nehmen.

Dann zur Frage, wie man Mitarbeiter befähigt, mit Krisen umzugehen. Ich habe ja dazu auch mit vielen Unternehmen Bildungsprogramme gemacht. Die beste Art, das zu lernen, ist, wenn man während der Krise – ich sage mal – die Leute wie in der Felduniversität oder Feldhochschule mit kleinen Bildungsmodulen oder Reflexionsrunden unterstützt. Es ist eine große Gefahr, dass man das viel zu groß aufbaut. Wir merken z. B. beim Thema Hitze: Es geht eher um Videos mit einer Länge von zehn Minuten, die ich in der Morgenbesprechung zeigen kann. Dann bin ich schon mal sensibilisiert dafür, wie ich mich selbst schützen kann, und was die drei Dinge sind, die ich machen kann. Wenn wir dann die Führungskräfte befähigen, über diese Sachen zu reflektieren und immer wieder zu schauen, wie es hier und da funktioniert, dann kann man auch Hilfskräfte dazu bringen, dass das Teil ihres Skillsets, ihres Portfolios von Wissen ist. Aber man muss es eben kleinteilig machen, angepasst auf Situationen, immer in dem Wissen: Die sind ja sowieso schon am Rand.

Allein dann, wenn man Pflegekräfte mit an Bord holt, indem man sagt: „Pass mal auf: Wenn eine Hitzewelle kommt, dann kommt mehr Arbeit. Du bist von der Hitze und von der Mehrarbeit stärker belastet“, muss man sich mit den Fragen befassen: Was müssen wir tun, damit du geschützt bist? Was kannst du selbst tun? Wie müssen wir Dienstpläne verändern usw.? Wenn sie mitbekommen, das wird nicht nur obendrauf gepackt, sondern es wird etwas weggenommen und sie werden geschützt, dann ist die Bereitschaft, sich zu beteiligen, natürlich viel größer. Wenn sie als diejenigen ernst genommen werden, die letztlich vor Ort mit den Patientinnen und Patienten, mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der Heime daran arbeiten, das auf die wieder anzupassen, und sie selbst ein Gefühl dafür bekommen, wer denn die vulnerablen Personen bei uns sind – das sind ja nicht alle im Heim; die gibt es auch im ambulanten Sektor usw. –, dann kann man das machen. Die Königsdisziplin, um Resilienz zu entwickeln, ist, in der Krise miteinander ins Lernen zu gehen und aus den bestehenden Mustern herauszugehen – das habe ich vorhin schon beschrieben –, aus der Enge heraus erst mal in der Weite zu sehen, was denn alles da ist, wie diese Krise mit den anderen Feldern, die wir sowieso haben, zusammenhängt, und wie wir sie angehen.

Vielleicht machen wir auch nicht fünf Sachen, sondern nur eine Sache, weil das vielleicht die zentrale Sache ist, um jetzt den Schritt nach vorn zu gehen. Also, wir brauchen keine endlos langen Handlungslisten. In Krisen muss man eigentlich eher auf zwei oder drei Kernthemen verdichten. Die anderen haben wir auch noch. Die parken wir für einen Moment. Darauf kommen wir später zurück. Die sind nicht aufgehoben, aber jetzt fokussieren wir uns auf ein, zwei oder drei Hauptthemen, lernen daraus, und dann gehen wir nach und nach die anderen Themen an.

Hitzeaktionspläne: Das war eigentlich auch der wichtigste Punkt von meinen Empfehlungen. Also, meine Empfehlung für Sie ist ganz klar: dass Sie daran arbeiten, dass Sie im nächsten Sommer als Land besser vorbereitet sind und dass Sie jetzt daran arbeiten. Es kann nicht sein, dass Sie auf etwas, bei dem Sie mehrere Tausend Todesfälle – ich weiß nicht, wie viele; aber es sind sicherlich in Baden-Württemberg mehr als 1 000 – haben, nicht vorbereitet sind. Wir haben Brandschutzvorschriften oder Hygienemaßnahmen, aber bei einer Situation, in der es viele Todesfälle gibt, haben wir nichts. Da braucht es einen gesetzlichen Rahmen, der u. a. beinhaltet: Was sind die Verantwortungen, z. B. vom ÖGD, aber was ist auch die Begrenztheit der Rolle vom ÖGD? Denn wir wissen alle, wir können da nicht zu viel draufpacken und sagen: Jetzt ist es aufgeräumt. Natürlich muss in den Kommunen viel passieren, und in den Kommunen braucht man auf jeden Fall den Gesundheitssektor, damit man dann auch über die anderen Sektoren miteinander reden kann. Aber ein Hitzeaktionsplan – so ist es bisher in den Kommunen in Baden-Württemberg, die einen solchen schon haben –, bei dem die Akteure aus dem Gesundheitssektor nicht dabei sind, ist ein Kunstfehler. Das geht nicht.

Wen muss man dabei haben? Wenn Sie die vier, fünf, sechs wichtigsten Player mit Vertretern zusammenhaben – z. B. die Landesärztekammer, die Pflegeorganisatio-

nen, die Wohlfahrtsverbände, die Notarzdienste, den öffentlichen Gesundheitssektor – und diese gemeinsam an den Fragen arbeiten – was würde es denn für sie bedeuten, was müssten die machen, und was benötigten sie von Ihnen an Rahmenbedingungen –, dann sind Sie schon mal ein großes Stück weiter. Es muss z. B. klar sein, dass erwartet wird, dass Leute die Verantwortung in Schulen, in Kitas usw. tragen, die Verantwortung auch übernehmen müssen. Es kann nicht sein, dass Bundesjugendspiele an einem Tag mit einer Hitzewarnung durchgeführt werden und man sich dann in der Zeitung darüber wundert, dass so viele Leute umgekippt sind.

Meine Aufforderung an Sie: Werden Sie zum Vorreiter. Berlin ist das noch nicht. Die schaffen noch keinen gesetzlichen Rahmen. Schaffen Sie einen gesetzlichen Rahmen, und schaffen Sie auch den Rahmen, der dann diese Aktionsbündnisse der Player unterstützt und in dem man schaut, wie man da zusammenarbeitet. Werden Sie ein Vorreiter.

Zu den Fragen nach den Daten in Italien oder Frankreich und wie wir an die vulnerablen Gruppen herankommen: Das sind natürlich die Schlüsselfragen. Es ist auch sehr wichtig zu verstehen: Sterben an Hitze ist ein stilles Sterben, macht keinen Skandal, keine großen Bilder – 10 000 Menschen sterben, und wir bekommen es quasi nicht mit. Diese tauchen in den Sterbestatistiken nicht auf. Wir kennen die Zahlen aus der Übersterblichkeitsstatistik von den guten Epidemiologen.

Deswegen ist die Königsfrage: Wie können wir eingrenzen, wo die Leute sind? Es gibt keine Daten, die uns sagen: Das sind die, das ist Herr Müller im dritten Stock. Aber natürlich kann ich, wenn ich in der Kommune Verantwortung habe, das sehen und kann mich mit den Hausärzten, mit den Apotheken, mit den Pflegediensten, mit den Sozialdiensten hinsetzen und fragen: Wo haben wir die Straßen, wo es am schwierigsten ist? Also: Wo sind die Hitzeinseln in der Stadt? Oberstes Stockwerk, alter Mensch, alleinlebend – kann sein, dass der ein Problem hat. Wo sind die Gefährdungen, dass Wohnungen zu tödlichen Hitzefallen werden, weil diese einfach nicht mehr herunterkühlen? Natürlich wieder: Hitzeinsel, oberster Stock, eher ärmere Gegend, schlecht isoliert, keine Klimatisierung usw. Dann kann man das mit den Menschen eingrenzen. Das muss man aber aktiv machen und wollen. Sie brauchen einen Rahmen für das Land. Die Umsetzung muss lokal bis in die Quartiere hinunter passieren. Da brechen auch die derzeitigen Aktionspläne zusammen, weil sie das eben nicht haben.

Der Unterschied zu Frankreich und Italien ist: Bei dieser großen Hitzekatastrophe in Europa im Jahr 2003 waren die viel stärker betroffen und haben verstanden, dass man etwas machen muss. Die sind seit 20 Jahren in der Lernkurve drin, dort gibt es aber andere Gesundheitsstrukturen als hier. Das heißt, wir können die Maßnahmen nicht 1 : 1 übersetzen. Wir können aber sehr viel von ihnen lernen. Auch die Kommunikation in Richtung Bevölkerung ist dort viel aktiver.

Ich stelle mir vor: Wenn Sie es ernst nehmen, dann sagen Sie: In jeder Schule muss in allen Klassen vor der Hitzezeit in einer Schulstunde erklärt werden, was Schüler tun können. Wann macht man das schon in den Familien? Alle Firmen sind dazu verpflichtet, Leute aufzuklären.

Zur Frage, wann wir Hitze haben: Es gibt den Deutschen Wetterdienst. Dieser gibt Hitzewarnungen heraus, die eigentlich sehr genau sind, und zwar normale Hitzewarnungen und verstärkte Hitzewarnungen. Die gibt es normalerweise ab 32 Grad, das hängt aber auch von der Feuchtigkeit und der Dauer der Hitzewelle ab. Dieses Jahr war es noch gar nicht so schlimm, weil wir keine langen Phasen hatten. Es war insgesamt trotzdem sehr schlimm, aber es kann eben sein, dass wir mal acht oder zehn Tage haben. Dann haben wir ganz andere Todeszahlen. Auch das ist wichtig: Wir haben diese Szenarien, die in Kanada waren, nie bei uns durchgespielt. Fragen Sie mal einen Vertreter vom Katastrophenschutz in Baden-Württemberg, ob die schon mal ein Szenario durchgespielt haben. In Berlin haben wir die Leute – Notärzte, Feuerwehr, Vivantes, Charité – gefragt: Habt ihr was? Nein. Niente. Null. Ich bin sicher, in Baden-Württemberg ist es nicht viel anders, auch in anderen Bundesländern nicht.

Das einzige Bundesland, in dem es ein bisschen besser ist, ist Hessen. Dort wird das z. B. in Pflegeheimen von der Heimaufsicht regelmäßig überprüft. Das liegt daran: 2003 war Hessen am stärksten betroffen. Dort gab es viele Sterbefälle. Eine Frau in Frankfurt hat dazu viel geforscht. Deshalb hat man sich dort sensibilisiert. Aber ich habe diese Woche mit dem Leiter des Gesundheitsamts gesprochen und bin in regem Austausch mit den Verantwortlichen dort. Auch die haben einen enormen Verbesserungsbedarf. Also, insgesamt ist es einfach eine Katastrophe, dass wir in Deutschland darauf nicht eingestellt sind. Manche Landesämter denken: Ja, gut, jetzt fangen wir mal an; dann sammeln wir die Evidenzen, und dann schauen wir, dass wir in drei Jahren einen Plan haben, der dann wahrscheinlich in die Schublade gelegt wird. Da sage ich: Das kann nicht sein! Da haben wir eine Verantwortung.

Auch das ist wichtig für Sie: Die Journalisten wachen auf. Es wird nicht mehr funktionieren, wenn wir eine große Hitzewelle mit sehr vielen Todesfällen haben, sich einfach wegzuducken. Das wird nicht funktionieren.

Vielleicht das Letzte: Wer sind die vulnerabelsten Bevölkerungsgruppen? Obdachlose, sozial Schwache. Es ist eine Frage von Solidarität und sozialem Anstand, sich um diese zu kümmern.

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Herzlichen Dank. – Sie haben gemerkt, dass es sehr viele Fragen gab. Vielen lieben Dank auch für die kurze Beantwortung, ansonsten hinkten wir dem Zeitplan zu arg hinterher. Noch einmal herzlichen Dank für die beiden Impulse von Herrn Professor Dr. Lob-Hüdepohl und Herrn Dr. Herrmann.

(Beifall)

Dann kommen wir jetzt mit einer kleinen Verspätung zunächst zu dem Vortrag von Herrn Professor Dr. Bozorgmehr. Er ist Professor für Public Health an der Universität Bielefeld und leitet die Sektion „Health Equity Studies & Migration“ des Universitätsklinikums Heidelberg. Das wird ja heute auch das Thema sein. – Auch Sie haben 20 Minuten Redezeit. – Bitte sehr.

Sv. Herr Dr. Bozorgmehr: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Mitglieder der Enquetekommission, sehr geehrte Abgeordnete! Vielen Dank für die Einladung zur öffentlichen Anhörung, und vielen Dank auch an meine Vorredner für die hervorragende Rahmung, an die ich mit meinem Beitrag anknüpfen kann.

Ich wurde gebeten, einen Beitrag zur Situation marginalisierter Gruppen in der Pandemie zu erbringen und dabei die Lage von Migrantinnen und Migranten sowie von Personen, die von Flucht oder Wohnungslosigkeit betroffen sind, zu beleuchten. Als zentrale Linse meines Beitrags verwende ich das Konzept der Resilienz, das – wie wir bereits gehört haben – weniger die Festigkeit, sondern vielmehr die Anpassungsfähigkeit eines Systems auf Unvorhergesehenes betrachtet. Da sind wir uns angesichts der disziplinären Grenzen einig.

Wie steht es also um diese Resilienz des Systems während der Pandemie, wenn es um marginalisierte Gruppen geht? Dieser Frage gehe ich am Beispiel der gesundheitlichen Folgen der Pandemie bei geflüchteten Menschen nach. Aus Zeitgründen fokussiere ich mich auf diese Gruppe und präsentiere Ihnen Befunde aus der Public-Health-Forschung zum Gesundheitsschutz in Aufnahmeeinrichtungen und Sammelunterkünften. Parallelen zu anderen Gruppen oder Unterschiede können wir gern diskutieren.

Lassen Sie uns hierfür gedanklich in das Jahr 2020 zurückgehen, als im März der bundesweite Lockdown in Kraft trat. Die Gesellschaft hielt zusammen, indem sie Abstand hielt. „Stay at Home“ und „Abstand halten“ wurden zum Zeichen gegenseitiger Solidarität und des Zusammenhalts. Die Menschen arbeiteten im Homeoffice, und zur Eindämmung der Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus wurden Grenzen, Geschäfte und sogar Schulen geschlossen. Gleichzeitig wurden Menschen, die von Flucht betroffen waren, weitgehend unbeachtet von einer breiteren Öffentlichkeit auf staatliche Anordnung hin weiterhin in Sammelunterkünften untergebracht. Zu diesem Zeitpunkt lebten über 200 000 Menschen – das sind ca. 50 % aller Asylbewerberinnen und -bewerber in Deutschland – in zentralen Aufnahmeeinrichtungen der Länder oder in Sammelunterkünften der Landkreise. Den Menschen stehen dort im Schnitt ca. 11 m² zur Verfügung. Mehrbettzimmer mit haushaltsfremden Personen sind die Regel, Bad- und Sanitäreinrichtungen werden mit mehreren, teils über einem Dutzend Personen geteilt. In solchen Unterkünften leben 50, manchmal auch über 500 oder bis zu 1 000 Menschen auf engstem Raum.

Das Robert Koch-Institut kam bereits im Jahr 2014 zu dem Schluss, dass Menschen, die in Sammelunterkünften untergebracht sind, ein erhöhtes Risiko haben, an einer

meldepflichtigen Infektion zu erkranken, und dass der Großteil dieser Erkrankungen vermeidbar ist, da sie auf hygienische Mängel der Unterbringung oder auf impfpräventable Erkrankungen zurückzuführen sind.

In diese Ausgangssituation kam nun im März 2020 die Coronapandemie. Bereits früh mahnte der Direktor des WHO-Regionalbüros Europa, Hans Kluge, geflüchtete Menschen im Zuge der Pandemiereaktion nicht zu vergessen. So dauerte es auch nicht lange, bis die ersten bestätigten Coronainfektionen in Aufnahmeeinrichtungen auftraten. Der bundesweit erste Fall trat am 11. März 2020 im Ankunftszentrum des Landes Baden-Württemberg auf. Es folgten weitere Fälle in Thüringen, Suhl, Sachsen-Anhalt, Halberstadt, sowie in zahlreichen anderen Einrichtungen in der Republik.

Wie reagierte nun das Asyl- und Gesundheitssystem auf diese Herausforderungen? Die Bilder, die mit diesen ersten Fällen in Aufnahmeeinrichtungen verbunden waren, bleiben in Erinnerung. Um die Ausbreitung des Virus zu vermeiden, wurden Ausgangssperren für alle Bewohnerinnen und Bewohner verhängt – teils über mehrere Wochen – und Bauzäune errichtet, Polizeistaffeln in Schutzmontur riegelten ganze Einrichtungen ab. Teils wurden Hunde und Helikopter eingesetzt, um sicherzustellen, dass Bewohnerinnen und Bewohner die Lager nicht verlassen. Somit wurde versucht, eine Situation, die durch die beengte Unterbringung erst entstanden war, durch polizeiliche Maßnahmen, Restriktionen sowie massive Grundrechtseinschränkungen, z. B. der Bewegungsfreiheit, zu kontrollieren. Diese Reaktion wird in den Gesundheitswissenschaften als „Versicherheitlichung“ bezeichnet. Gleichzeitig fand auch eine fundamentale Andersbehandlung statt. Denn nirgendwo anders in der Republik erhielten Menschen ohne nachgewiesene PCR-Infektion, Kontaktnachverfolgung oder Eingruppierung als enge Kontaktperson die Anordnung, sich in Quarantäne oder häusliche Absonderung zu begeben. Dies wiederum stellt eine „Veränderung“ dar.

Die Botschaft, die mit „Veränderung“ gesendet wird, ist: Mit diesen Menschen kann man, nein, muss man sogar anders umgehen, denn sie stellen eine Gefahr dar. Die Regeln unserer Gesellschaft gelten für diese Menschen nicht. Für eine integrative Gesellschaft ist das eine fatale Botschaft.

Nun könnte man entgegnen, dass dies Einzelfälle waren, die medial besonders aufgebauscht wurden. Leider nein. Um dieser Frage nachzugehen, recherchierten wir mit Mitteln der Deutschen Forschungsgemeinschaft systematisch alle berichteten Infektionsausbrüche in Aufnahmeeinrichtungen und trugen aus öffentlichen Quellen Informationen darüber zusammen, wie mit etwaigen Infektionsausbrüchen umgegangen wurde. Bis Ende Juni 2020 konnten wir über 100 Infektionsausbrüche in 99 Aufnahmeeinrichtungen und in 14 Bundesländern verzeichnen. Insgesamt traten über 2 600 Fälle bei mehr als 18 000 Geflüchteten auf. Das entspricht einem mittleren Infektionsrisiko von ca. 13 % nach Auftreten des ersten Infektionsfalls. Angesichts der eher niedrigen Zahlen in der Gesamtbevölkerung im Frühjahr 2020 ist das als relativ hoch zu bewerten. Gleichzeitig wurde deutlich, dass ca. 75 % aller Einrichtungen als

Antwort auf einen Infektionsausbruch eine pauschale Ausgangssperre, also eine Massenquarantäne, verhängten, die im Schnitt bis zu 20 Tagen dauerte. Im längsten Fall waren es sogar 40 Tage, da die Quarantäne beim Auftreten jeden neuen Falls verlängert wurde.

Aus epidemiologischer Sicht stellte sich früh die Frage, ob das Abriegeln ganzer Einrichtungen, in denen Menschen aufgrund der beengten Verhältnisse, der Mehrbettzimmer und geteilter Sanitäranlagen keinen Abstand halten und sich im Infektionsfall auch nicht effektiv isolieren können, eine gute Idee ist. Die klare Antwort darauf ist: Nein. Denn in den Einrichtungen, die unmittelbar abgeriegelt wurden, infizierten sich im Schnitt 15 % der Bewohnerinnen und Bewohner, in jenen, in denen einem Infektionsausbruch mit Kontaktnachverfolgung und/oder Teilevakuierungen begegnet wurde, waren es lediglich 6 %. Dieser Unterschied blieb auch in den Analysen statistisch signifikant, in denen wir die Einrichtungsgröße, Art und Unterschiede der Teststrategien berücksichtigten.

Unsere Empfehlung war daher recht früh und recht klar: Beim Auftreten eines bestätigten Falls ist die frühe Teilevakuierung angesagt, insbesondere von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Das Verhängen einer Kollektivquarantäne solle unbedingt vermieden werden. Sowohl das RKI als auch das European Centre for Disease Prevention and Control schlossen sich dieser Einschätzung an und empfahlen zudem als effektivste Maßnahme der Prävention der Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus die Unterbringung in Einzelzimmern. Dennoch wurden in Deutschland weit bis in das Jahr 2021 hinein bei Infektionsausbrüchen in Asylunterkünften pauschale Ausgangssperren verhängt und Bewohnerinnen und Bewohner dadurch einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt. Geflüchtete waren somit nicht Pandemietreiber, sondern Leittragende eines restriktiven Pandemiemanagements.

Nun ist es wichtig, nicht nur über, sondern auch mit Aufnahmebehörden zu sprechen. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führten wir in der ersten Pandemiewelle – das heißt, von Mai bis Juli 2020 – eine Situationsanalyse durch, um zu untersuchen, wie resilient das System angesichts dieser Herausforderungen in der Pandemie ist. Resilienz – das haben wir bereits gehört – bedeutet auch im gesundheitswissenschaftlichen Sinn: bei außerordentlichen Situationen mit gemeinschaftlichen Anstrengungen die Funktionsfähigkeit von Systemen aufrechtzuhalten, indem auf der Grundlage valider Daten und Informationen gesundheitliche Mehrbedarfe absorbiert, Prozesse mittelfristig adaptiert und Strukturen grundlegend transformiert werden, um für künftige oder ähnliche Krisen gerüstet zu sein. Um die Reaktion zu untersuchen, führten wir Interviews in acht Bundesländern mit über 40 Vertreterinnen und Vertretern von Aufnahmebehörden, ein Großteil davon auch aus Baden-Württemberg. Es ging darum, die Sicht der Behörden auf die Pandemiesituation zu erfassen und prioritäre Unterstützungsbedarfe abzuleiten.

An dieser Stelle muss betont werden, dass die Aufnahmebehörden in der Situation Immenses geleistet haben. Sie führten Aufgaben des Gesundheitsschutzes durch,

für die sie nicht oder kaum ausgebildet waren. Aus einer „Health in All Policies“-Perspektive liegt aber auch genau hier die Kritik; denn das System ließ die Behörden mit wenigen Ausnahmen weitgehend bei der Frage allein, was wann wie zu erfolgen hat, um die Aufnahmeeinrichtungen oder Sammelunterkünfte auf den Landkreisebenen pandemiesicher zu machen. Die Ergebnisse der Studie zeichnen ein Bild, das von erschlagender Heterogenität geprägt ist. In Einrichtungen wurde sehr unterschiedlich mit den Fragen umgegangen, ob und wie Bewohnerinnen und Bewohner über das Virus informiert wurden, ob hierfür qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher zur Verfügung standen, welche Materialien und Arbeitshilfen verwendet wurden, welche Maßnahmen zum Infektionsschutz implementiert wurden, ob soziale Unterstützungs- und medizinische Versorgungsangebote ausgesetzt, fortgeführt oder ausgebaut wurden, ob eine PCR-Testung bei Ankunft oder Verlegung erfolgte und wie mit Quarantäne und Isolationsmaßnahmen umgegangen wurde.

Hier zeigt sich auch ein Spannungsfeld zwischen Zentralität und Dezentralität, das im Kern auch bei dem Fehlen von zentralen Handlungsempfehlungen ein Risiko mit sich bringt: dass die dezentrale Ebene nicht mehr effektiv reagiert.

Große Herausforderungen und Reibungsverluste zeigten sich auch in der intersektoralen Zusammenarbeit. So koordinierten die Aufnahmebehörden mit einer Vielzahl an Akteuren – Sozialdiensten, Ärzteschaft, Einrichtungsbetreibern, Hausmeistern sowie behördlichen Akteuren auf Ebene des Landes, der Stadt- und Landkreise und des öffentlichen Gesundheitsdiensts – die lokale Antwort. Insbesondere die Zusammenarbeit mit dem ÖGD variierte hierbei erheblich und war von ausgeprägter Zufälligkeit gekennzeichnet. So kooperierte man zwar regelhaft bei dem Auftreten einer bestätigten Infektion; eine proaktive, konzeptuelle Arbeit zur Erarbeitung und Implementierung von präventiven Konzepten kam jedoch nur an einzelnen Standorten vor, und zwar dort, wo bereits auf Netzwerke oder persönliche Kontakte zurückgegriffen werden konnte, die sich im Zuge der Zuwanderung im Sommer 2015 ergeben haben. Vertreterinnen und Vertreter der Aufnahmebehörden waren auch nur teilweise in behördliche Krisenstäbe eingebunden und konkurrierten um die Aufmerksamkeit der Landräte bzw. der übergeordneten Behörden mit anderen Settings wie Kitas oder Pflegeheimen. Eine besondere Herausforderung zeigte sich darin, die abstrakten und allgemeinen Regelungen der Verordnungen auf die lokale Ebene und das Setting der Sammelunterkünfte herunterzubrechen und anzuwenden – ein Phänomen, das wir auch in anderen Bereichen wie der prekären Arbeitsmigration oder der Wohnungslosigkeit beobachten.

Im nationalen Pandemieplan oder in den Pandemieplänen der Länder kam die besondere Situation Geflüchteter oder anderer marginalisierter Gruppen, wenn überhaupt, nur als Randnotiz vor. Auch das ist Marginalisierung. Ein Plan vermeidet nicht alles, aber wenn man a priori nicht berücksichtigt ist, dann läuft man potenziell ins Leere.

In Abwesenheit entsprechender praktikabler Handreichungen wünschten sich die Akteure der Aufnahmebehörden eine stärkere Verfügbarkeit gesundheitlicher Expertise vor Ort sowie eine proaktive Einbindung des ÖGD in die Belange der Flüchtlingshilfe. Weiterhin äußerten die Vertreterinnen und Vertreter der Aufnahmebehörden, dass sie in den Rahmenbedingungen der Sammelunterkünften die geltenden Maßnahmen wie Abstandsregelungen und die räumliche Trennung von Infizierten und nicht Infizierten nicht immer umsetzen können. Solche Regelungen – so einzelne Behördenvertreterinnen und -vertreter im Gespräch – existierten teils nur auf dem Papier. So wurde gefordert, die Unterbringungssituation zu verbessern und mehr räumliche Kapazitäten für die Entzerrung der Belegung vorhalten zu können.

So sehr einzelne Aussagen mit Vorsicht zu genießen sind, zeichnete die Studie doch ein umfassendes Bild der Situation in der frühen Phase der Pandemie. Im weiteren Verlauf wurden zahlreiche weitere Prozesse in Unterkünften adaptiert, um sie pandemiesicher zu machen – mit Erfolg. Nebst PCR-Testungen, die seit März bereits verbindlich waren, kamen Maßnahmen wie Ankunftsquarantäne, Quarantäne bei Transfer in andere Einrichtungen, Kohortierungen, Maskenpflichten für die Bewohner, Schichtsysteme für die Gemeinschaftsräume, Reglementierung der Essenszeiten etc. pp. – ich verkürze jetzt einmal die Liste – hinzu. Das Ziel dieser Maßnahmen war natürlich zum einen die Pandemiesicherheit, sie waren aber auch immer mit der Ratio, dem Bestreben verbunden, die Zeit bis zur Rückkehr zur Normalität, bis es vorbei ist zu überbrücken, durch die Hoffnung: Die Impfung wird es schon regeln.

Die Impfpriorisierung, als es sie dann gab, wurde im weiteren Verlauf in der Praxis nicht eingehalten, sodass Menschen, die von Flucht betroffen waren, erst verzögert Impfungen angeboten bekamen und – wie wir es auch in anderen Bereichen gesehen haben. Die Impfung war auch kein Selbstläufer, um das einmal etwas salopp zu formulieren.

Welche Befunde lassen sich nun zusammenfassend festhalten? Die Pandemievorsorge – Pandemic Preparedness – war quasi nicht existent. Vorbestehende Defizite im Asyl- und Aufnahmesystem kreierte systemische Vulnerabilitäten. Das heißt, einerseits haben wir die Vulnerabilität auf der individuellen Ebene, aber es gibt auch Kontexte und Bedingungen, die Vulnerabilitäten generieren, die eine Ausbreitung des Virus förderten. Die Reaktion war geprägt durch Versicherheitlichung und „Veränderung“, sie war heterogen, fragmentiert und stark durch die Zufälligkeit des lokalen Engagements geprägt. Durch die Adaption administrativer Prozesse wurde zunehmend Pandemiesicherheit gewonnen, jedoch auf Kosten der Freiheiten geflüchteter Menschen, deren institutionalisiertes Dasein in Sammelunterkünften noch weiter reglementiert wurde. Eine Transformation, die diese strukturell vorbestehenden Defizite des Systems adressiert, lässt und ließ sich nicht erkennen.

Welche strukturellen Defizite sind hier gemeint? Die Probleme, die sich in der Pandemie abzeichneten, waren nicht neu. Sie wurden durch die Pandemie vielmehr wie in einem Brennglas deutlich gemacht; sie zeichneten sich jedoch schon seit mehre-

ren Jahren ab. Dazu gehören insbesondere eine lückenhafte Gesundheitsberichterstattung, fehlende Unterbringungsstandards, fragile Versorgungsstrukturen in Aufnahmeeinrichtungen und die Zentralisierung des Asylsystems.

Bezüglich der Gesundheitsberichterstattung beklagt die Public-Health-Forschung bereits seit 2008, spätestens jedoch seit 2015, in aller Deutlichkeit die unzulängliche Datenlage zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten sowie geflüchteten Menschen. Diese Kritik ließe sich auch auf andere Gruppen ausweiten. Menschen, die in Sammelunterkünften leben, sind weitgehend von der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland ausgeschlossen. Ihre gesundheitliche Lage wird auch heute im Zuge der Fluchtbewegungen aus der Ukraine – bis auf wenige Ausnahmen – nicht systematisch und regelmäßig erfasst. Es gibt weder bundesweit noch landesweit flächendeckende Systeme, die regelmäßig und zeitgerecht Statistiken über die gesundheitliche Situation der nach Deutschland fliehenden Menschen ermöglichen. Hierdurch bleiben ihre gesundheitlichen Bedarfe im Verborgenen.

Im Jahr 2018 führten wir mit Mitteln des BMBF im Rahmen des RESPOND-Projekts hier in Baden-Württemberg eine landesweite Studie mit dem Ziel durch, die gesundheitliche Situation geflüchteter Menschen zu untersuchen. Aus über 1 900 Sammelunterkünften im Land, in denen zum Zeitpunkt der Erhebung über 70 000 Menschen lebten, haben wir 1 % der Geflüchteten in mehreren Sprachen zu ihrem Gesundheitszustand befragt und ihre Wohnumgebung systematisch untersucht. Die Ergebnisse weisen auf eine hohe gesundheitliche Belastung sowie Defizite in der Anbindung an primärmedizinische und fachärztliche Versorgung hin. Ca. 80 % der Befragten bewerteten ihren allgemeinen Gesundheitszustand als moderat, schlecht oder sehr schlecht. Ca. 40 % wiesen Symptome einer Depression und/oder einer Angststörung auf. Ein Drittel bejahte das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Etwa die Hälfte lebte in Unterkünften von schlechter bis sehr schlechter Qualität. Das bedeutet, es lagen erhebliche Schäden an baulicher Infrastruktur vor. Einzelne Unterkünfte, die wir zur Durchführung der Befragung untersuchten, stuft unser Wissenschaftlerteam sogar als menschenunwürdig ein. Gleichzeitig ist das Glas auch halb voll, denn die Hälfte wies keine oder nur geringe Defizite auf. Diese Heterogenität ist vor allem auf fehlende verbindliche Standards und der vollen Übertragung der Entscheidung auf die dezentrale Ebene zurückzuführen, wie mit der Unterbringung umgegangen wird. Das wird in der Public-Health-Forschung seit 2017 kritisiert.

Ebenso ist seit Jahren ein eklatanter Mangel an Sprachmittlungskonzepten bekannt. So war es nicht überraschend, dass es vielerorts während der Pandemie keine oder nur ungenügende Möglichkeiten gab, komplexe Sachverhalte in verschiedenen Sprachen adäquat und verständlich zu kommunizieren. Das gilt übrigens für das Gesundheitssystem im Allgemeinen. Auch Defizite der medizinischen Versorgung sind seit Langem bekannt. Zwar wurden seit 2015 stellenweise Strukturen aufgebaut, dennoch war die medizinische Versorgung Geflüchteter bis zum Jahr 2020 durch fragile, teils improvisierte Strukturen, hohe Fragmentierung durch eine Vielzahl an Akteuren mit teils unklaren Zuständigkeiten und hohe bürokratische Barrieren bei der

medizinischen Versorgung aufgrund der Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes sowie der Tatsache, dass sich einige Bundesländer – darunter auch Baden-Württemberg – gegen die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte entschieden haben, die sich aus Public-Health-Perspektive als effizient und effektiv erwiesen hat, geprägt.

Zudem – das ist ein bedeutendes Detail zum Thema „Systemische Vulnerabilität“ – wurden im Zuge der Zuwanderung 2015 die Aufenthaltszeiten in Aufnahmeeinrichtungen massiv erhöht. So mussten bis 2015 geflüchtete Menschen lediglich drei Monaten in Aufnahmeeinrichtungen des Landes verbleiben; ab 2016 wurde diese Zeit auf 18 Monate erhöht, und es wurde – man muss es so nennen – in Deutschland ein „Lagersystem“ etabliert, das im Zuge der Pandemie besonders anfällig war und ist für ein Virus, das in beengten Verhältnissen die Grundlagen für seine Ausbreitung findet.

Ich komme zum Ende meines Beitrags. – Wie sähe nun eine Transformation aus, die für zukünftige Krisen wappnet? Vier Empfehlungen lassen sich aus den Erkenntnissen der Public-Health-Forschung ableiten:

Erstens: eine Abkehr vom Prinzip der dauerhaften Unterbringung in Sammellagern oder Sammelunterbringungen. Diese sollte nur so lange wie nötig und so kurz wie möglich stattfinden. Der Umgang mit Geflüchteten aus der Ukraine könnte hier als Vorbild dienen. Dies ist ein klarer Auftrag an die Legislative.

Zweitens: Eine integrative Politik, deren Krisenantworten nicht aus Versicherheitlichung und „Ver-Anderung“ besteht, sondern die darauf abzielt, humanitären, sozialen und gesundheitlichen Bedarfen durch die rasche Integration in die effizienten Systeme der sozialen Sicherung zu begegnen. Auch hier kann der Umgang mit Geflüchteten aus der Ukraine als Vorbild dienen.

Drittens: Den Blindflug beenden, und Geflüchtete und andere marginalisierte Gruppen effektiv in integrierte Datensysteme und in die Strukturen und Methoden der Gesundheitsberichterstattung einbeziehen. Hier mangelt es nicht an Wissen oder methodischem Know-how, hier ist auch nicht der Datenschutz das Problem, sondern es hapert an finanziellen Mitteln und an politischem Willen, Strukturen zu schaffen, die ein Gesundheitsmonitoring marginalisierter Gruppen dauerhaft möglich machen, um sie und ihre gesundheitliche Situation sichtbar zu machen. Das betrifft eben nicht nur Geflüchtete, sondern auch prekär beschäftigte Arbeitsmigrantinnen und -migranten, Wohnungslose oder Menschen in sozial benachteiligten Stadtteilen, wie wir soeben gehört haben. Hier braucht es Strukturförderung und keine Projektförderung.

Viertens – das ist verbunden mit der Transformation des öffentlichen Gesundheitswesens – brauchen wir ein Mandat des ÖGD für eine Gesundheitsfürsorge für marginalisierte Gruppen, die über den reinen Infektionsschutz als „Feuerwehr“ hinausgeht. Hier bedarf es ergänzend zu den sehr wichtigen Diskussionen rund um den „Pakt für den ÖGD“ eben nicht nur Personal und besserer finanzieller Ausstattung,

sondern vor allem rechtlicher Mandate und einen Kulturwandel im Selbstverständnis des ÖGD, der dahin geht, Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung für marginalisierte Gruppen als regulären Teil ihrer Dienstaufgaben miteinander zu verbinden. Dies käme sowohl geflüchteten Menschen, prekär beschäftigten Arbeitsmigrantinnen und -migranten als auch Wohnungslosen und Menschen in sozial benachteiligten Stadtteilen gleichermaßen zugute.

In diesem Sinn bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf die Diskussion.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Herzlichen Dank, Herr Professor Dr. Bozorgmehr. – Jetzt hören wir in dieser Runde den zweiten Impuls von Herrn Professor Dr. Dragano. Er ist Professor für medizinische Soziologie und Beauftragter für den Weiterbildungsstudiengang Public Health am Universitätsklinikum in Düsseldorf. – Herr Professor Dr. Dragano ist uns digital zugeschaltet. – Bitte sehr.

(Eine Präsentation [*Anlage 2*] wird begleitend zum Vortrag eingeblendet.)

Sv. Herr Dr. Dragano: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Kommission, sehr geehrte Abgeordnete! Vielen Dank, dass Sie mich eingeladen haben, um zum Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit im Kontext von Krisen zu reden. Das ist ein Thema, das uns ebenfalls umtreibt.

Ich werde Ihnen erst einmal das Ausgangsproblem schildern, nämlich das Gegenteil von Chancengleichheit: die gesundheitliche Ungleichheit. Was ist das eigentlich für ein Problem? Was steht dahinter?

Dann werde ich Covid-19 als Exempel nehmen und anhand dieses Beispiels zeigen, welche Auswirkungen bereits existierende gesundheitliche Ungleichheit auf die Entwicklung der Bevölkerungsgesundheit in einer Krise – in diesem Fall einer Pandemie – hat. Dann komme ich zu einem Ausblick und zu einem Fazit, zu ein paar Überlegungen, wie man die Diskussion dazu angehen könnte.

Was können Sie von mir erwarten? Kurz zu meinem fachlichen Hintergrund: Die Forschungsschwerpunkte in unserem Institut am Uniklinikum in Düsseldorf sind die Sozial- und Arbeitsepidemiologie. Wir untersuchen die biologischen Effekte, die bestimmte soziale und berufliche Faktoren haben. Ich nenne beispielsweise: Welchen Einfluss hat kindliche Armut, also Armut in der Kindheit, auf die spätere körperliche Entwicklung? In der Pandemie haben wir diese Forschungslinie weitergeführt – mit Covid-19 als neuer Zielerkrankung. Ich bin also eher Primärforscher, aber eben auch

in verschiedenen Public-Health-Initiativen unterwegs. Das ist der Hintergrund, vor dem ich hier meine Ausführungen mache.

Ich beginne mit der gesundheitlichen Ungleichheit. Man kann eigentlich zufällig eine Erkrankung herauspicken und kann dann ziemlich sicher sein, dass diese Erkrankung vor allem Bevölkerungsgruppen, die sozial und ökonomisch benachteiligt sind, häufiger betrifft. Das ist auch bei Covid-19 so; das werde ich Ihnen gleich zeigen. Das Beispiel habe ich einfach genommen, weil es aktuell ist. Wir haben dazu letzte Woche ein Papier im „JAMA Network“ publiziert. Darin haben wir gezeigt, dass Kinder und Jugendliche aus ärmeren Familien und aus Stadtvierteln mit ärmerer Bevölkerung in Deutschland ein erhöhtes Risiko hatten, wegen schweren Covid-19-Verläufen im Krankenhaus behandelt zu werden. Aber Sie können nahezu alle Diagnosen nehmen. Auf dieser Folie sehen Sie ein paar Beispiele von Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter: niedriges Geburtsgewicht, psychische Verhaltensstörungen, Depressionen, ADHS, Asthma, Untergewicht oder – das Gegenteil – Übergewicht, Unfälle und noch einiges mehr. Das sind alles Erkrankungen, von denen wir wissen, dass sie häufiger bei Kindern auftreten, die in Armut groß werden, die in Familien groß werden, wo der Haushaltsvorstand arbeitslos ist, die in Vierteln mit ärmerer Bevölkerung groß werden.

Das wird im Erwachsenenalter nicht besser. Das zeigt sich an den Beispielen von Erkrankungen im Erwachsenenalter: Depressionen, Angststörungen, Sucht, zahlreiche Infektionen – nicht alle Infektionskrankheiten – wie SARS-CoV-2, HIV, Tuberkulose, Diabetes, Hypertonie – der gesamte Bereich der kardiovaskulären Erkrankungen ist glasklar sozial ungleich verteilt –, verschiedene Tumore bis hin zum frühzeitigen Tod. Die Lebenserwartung eines armen Mannes in Deutschland ist aktuell acht Jahre kürzer als die eines Mannes aus der am besten verdienenden Einkommenschicht. Bei Frauen beträgt der Unterschied immerhin auch noch 4,4 Jahre. Also, wir haben hier ein dominantes Muster der Bevölkerungsgesundheit, und das ist das Ausgangsproblem. Das gab es auch schon vor Covid, das gab es vor allen anderen Krisen, und es ist umfassend.

Wie kommt es dazu? Es kommt dazu, weil viele Erkrankungsursachen in der sozialen und ökonomischen Welt begründet sind. Es sind eben nicht ausschließlich meine Dispositionen, meine genetische Ausstattung, mein Alter oder mein Geschlecht, sondern es wird durch meine Lebensweisen beeinflusst. Die wiederum fallen nicht vom Himmel, sondern werden durch meine Erziehung beeinflusst. Die wiederum wird dadurch beeinflusst, in welchem Milieu meine Familie groß geworden ist, was gearbeitet wird und welchen Bildungsgrad wir haben.

Das Determinantenmodell der WHO besagt, dass es sozusagen von der Mikroebene der Person bis zur Makroebene der Wirtschaftsverfassung, der rechtlichen Verfassung direkte und indirekte Effekte auf die Gesundheit gibt. Ein Beispiel: Wenn wir eine Preisentwicklung haben, wie wir sie gerade erleben, sind preissensible Gruppen der Bevölkerung, also Leute mit wenig Geld, stärker betroffen. Die schränken sich

beispielsweise bei der gesunden Ernährung ein. Das wiederum hat Einfluss auf ihre Gesundheit.

Weil diese Determinanten mit der sozioökonomischen Lage zu tun haben, und zwar sehr, sehr viel, gilt in der Regel: Je stärker die Benachteiligung, desto ungünstiger ist das Determinantenprofil. Ich komme noch mal auf die Kinder, die in armen Familien groß werden, zurück: Man hat weniger Zugang zu Bildung, es fällt schwerer, kulturelle Veranstaltungen wahrzunehmen, Sportvereine zu besuchen, die Ernährung ist anders. Über diese Wege manifestieren sich dann diese Ungleichheiten. Das ist absolut unterkomplex. Das ist nur ein Schema. Wir versuchen natürlich, das dann noch einmal für jede Krankheit genauer aufzuschlüsseln. Das führt jetzt aber zu weit. Ich zeige gleich nur ein kleines Beispiel im Kontext mit Covid-19.

Dieses Muster haben wir ohnehin. Aber was bedeutet das, wenn jetzt obendrauf noch eine oder mehrere Krisen kommen? Da mein Beispiel die Pandemie ist, bediene ich mich eines Konzepts aus der Pandemieforschung: der „Syndemie“. Diesen Begriff hat der medizinische Anthropologe Merrill Singer in den 1990er-Jahren geprägt. Er argumentiert: Wenn ich ein pandemisches Ereignis habe, dann reicht es nicht, auf die Erkrankung zu schauen, die die Pandemie auslöst. Vielmehr sagt er: Es ist für solch ein Ereignis typisch, dass die gesundheitlichen Effekte über die reine Infektion hinausgehen; es gibt ein Clustering. Die Infektionskrankheit zieht andere Krankheiten nach sich, teilweise in unverwandten Gebieten, z. B. im Bereich der psychischen Belastungen. Das ist Teil 1 der Hypothese.

Teil 2 der Hypothese ist, dass dieses Clustering in der Interaktion von biologischen und psychosozialen Determinanten entsteht. Ich habe Ihnen die Determinanten gerade gezeigt. Ein Krisenereignis wie eine Pandemie verändert die Determinanten. Menschen verlieren beispielsweise ihren Job, weil Geschäfte schließen müssen. Wir haben einen Lockdown, Menschen werden sozial isoliert. Das heißt, Determinanten verändern sich, und das zieht wiederum Erkrankungen nach sich.

Die nächste Hypothese in diesem „Syndemie“-Konzept ist: Wenn ich vorher schon gesundheitliche Ungleichheiten hatte, dann werden sie in der Regel durch den Erreger repliziert, der die Pandemie auslöst. Das heißt, auch dieser zeigt dann ein solches Muster, auch wenn es den vorher gar nicht gab – wie das neuartige Coronavirus –, und zugleich verstärkt die Situation ohnehin bestehende Ungleichheiten.

Ob das so war, kann man sich schön am aktuellen Beispiel der Pandemie ansehen. Erste Replikation: Da kommt also ein neuartiges Virus, trifft auf die Population. Betrifft das alle gleich? Natürlich nicht; das wissen Sie. Wir haben mittlerweile sehr gute Forschung dazu. Deswegen nur zwei Beispiele. Dies ist eine Arbeit aus dem RKI, von Jens Hoebel und Kolleginnen und Kollegen. Das ist ein sozioökonomisches Panel in einer großen Kohortenstudie. Dort haben die Teilnehmenden einen Fragebogen ausgefüllt, und von ihnen wurden Blutproben genommen, sodass man eine Antikörperbestimmung vornehmen konnte. Was Sie hier sehen, ist die Wahrscheinlich-

keit für Antikörper im Blut in Abhängigkeit von ihrer Bildung – Seropositivität. Die Zahlen – das sind die interessanten Zahlen – bedeuten, dass Menschen mit niedrigem Bildungsgrad in dieser Kohorte ein 2,3-fach höheres Risiko hatten, seropositiv zu sein, das heißt, sich bereits infiziert zu haben. Bei den untersten Einkommensgruppen war es nicht ganz so stark erhöht, aber immerhin auch noch erhöht. Wir haben auch eine ganze Reihe von Studien zu den regionalen Inzidenzen, die zeigen, dass die Inzidenz in Bevölkerungsgruppen mit geringerem Bildungsgrad, geringem Einkommen höher war. Das ging bis zur Mortalität.

Eine weitere Arbeit aus dem RKI – da sind wir in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe mit dabei, in der wir versuchen, Inzidenzen räumlich aufzuschlüsseln und mit Sozialdaten zu koppeln – befasst sich mit den Mortalitätsraten im Winter, zum Jahreswechsel 2020/2021. Das Ganze ist aufgeschlüsselt. Die Daten sind in Städte und Landkreise regionalisiert. Die wiederum sind gegliedert nach einem Deprivations-score, das sind die ärmsten und sozial belastetsten Regionen in Deutschland. Hier waren sowohl bei Männern als auch bei Frauen die Mortalitätsraten erhöht. Das sind nur Beispiele. Tatsächlich replizieren sich die bei anderen Erkrankungen bereits bekannten Ungleichheiten auch bei Covid-19, und zwar nicht nur in Deutschland, sondern weltweit. Mittlerweile ist das doch recht gut charakterisiert.

Wir haben mittlerweile auch eine Vorstellung davon, was die vermittelnden Determinanten sind. Das ist ein Modell, das ich gerade für eine Arbeit zur lebenslaufbezogenen Infektionsepidemiologie auf der Basis von Modellen zu Grippepandemien gemacht habe. Also, es gibt verbindende Faktoren. Wir wissen, in Abhängigkeit von Bildung, Beruf und Einkommen verändern sich Expositionsrisiken. Wenn die Menschen wenig verdienen, dann ist in der Regel ihr Wohnraum kleiner und wohnen mehr Personen in dieser Wohnung. Das Wohnumfeld ist dichter belegt. Das sind vermittelnde Faktoren. Sie sind teils schlechter informiert, es gibt mehr berufliche Expositionen – die meisten Jobs, die im Homeoffice ausgeübt wurden, waren akademische Berufe –, sodass die Infektionsrisiken steigen, weil diese Menschen aufgrund ihrer sozialen Lage häufiger Kontakt haben. Sie sind aber auch susceptibler, das heißt, sie infizieren sich bei Erregerkontakt häufiger. Denn wir wissen ja – das habe ich Ihnen ja eben gezeigt –, Menschen, die ohnehin benachteiligt sind, haben ohnehin schon mehr Vorerkrankungen. Die haben auch mehr Risikofaktoren, mehr Stress, sind häufiger übergewichtig. Das wiederum macht empfänglicher für eine Infektion. Auch bei der Immunisierung, bei der Impfung, sehen wir Unterschiede. Menschen mit geringerem Bildungsgrad sind seltener geimpft. Wir hatten gerade beim Kollegen Bozorgmehr das Thema Migration. Menschen mit Migrationshintergrund sind seltener geimpft. Das kann man vielleicht nachher in der Diskussion noch vertiefen. Das geht bis hin zu Zugängen zu und Qualität von Versorgung. In Deutschland ist der Faktor nicht ganz so dominant, weil natürlich die Versorgung in der Breite gut ist. In Amerika sah das ganz anders aus. Aber auch in Deutschland sehen wir beispielsweise Unterschiede bei Diagnosehäufigkeiten und Testzugängen. Wir sehen z. B., dass die Zahl der Teststationen in Stadtteilen mit ärmerer Bevölkerung geringer

waren als in „reicheren“ Stadtteilen, weil die Testcenter natürlich dahin gegangen sind, wo sich die Leute die Tests auch leisten konnten.

Das ist ein Beispiel für die Hypothese 1. Ja, es repliziert sich bei Corona. Das kann man schön zeigen.

Jetzt noch mal zum Clustering – da trifft es auch zu –: Bei Covid-19 wissen wir ganz klar, dass es eine Reihe von sekundären Effekten hat, z. B. die Primärversorgung anderer Erkrankungen. Unser Klinikum war viele Monate relativ „dicht“, und es war schwer, Operationszeiten zu bekommen. Viele Dinge wurden nicht versorgt. Menschen sind nicht zur Vorsorge gegangen. Leute haben ihr Verhalten verändert, weniger Sport getrieben. Ich picke mir aber nur ein Beispiel heraus – die Psyche – und stelle mal die Frage: Sehen wir das bei der Psyche auch? Ja, absolut. Clustering trifft zu, genau so, wie Singer es vorausgesehen hat. Dazu haben wir gute Daten. Hier ein Beispiel – ich fange wieder bei den Kindern an –: die schöne COPSYS-Studie von der Kollegin Ravens-Sieberer und Kolleginnen und Kollegen aus Hamburg. Die haben eine Messung vor und nach der Pandemie gemacht. Es zeigt sich, dass sich die Zahl der Kinder, die vor der Pandemie einen auffälligen Befund im Bereich der Psyche hatten, nach der Pandemie bei den Jungs verdoppelt, bei den Mädchen nicht ganz verdoppelt hat, sich aber auch dort substantiell erhöht hat. Das Bild auf der Folie stammt aus einem Artikel zu dieser Studie aus dem „Ärzteblatt“. Es zeigt sich erneut, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien besonders betroffen waren. Die Gründe dafür sind bisher nicht gut untersucht worden, aber es gibt Studien, die zeigen, dass es vor allem die belastende Wohnsituation von ärmeren Familien ist, teils aber auch das problematische Familienklima aufgrund der sozialen Belastungen.

Jetzt zu den Erwachsenen: Auch dort haben wir einen Anstieg gesehen. Hier zitiere ich eine Arbeit von uns aus dem „Ärzteblatt“ im Rahmen der NAKO Gesundheitsstudie. Das ist ja unsere große Kohortenstudie in Deutschland mit über 200 000 Teilnehmenden. Das Land Baden-Württemberg engagiert sich da ebenfalls. Sie haben ein Erhebungszentrum in Mannheim. Dafür sind wir sehr dankbar. Auch in dieser Studie haben wir eine Messung vor und während der Pandemie durchgeführt. Dazu haben wir während der Pandemie Fragebögen verschickt. Das waren über 160 000 Befragte. Bei depressiven Symptomen und Angststörungen sehen Sie eine Mittelwertveränderung. Das sind diagnostische Tools. Da zählen Sie die Symptome und die Symptomstärke. Wenn das Ganze über null geht, bedeutet das, dass die Symptomstärke angestiegen ist. Aber ich gehe jetzt nicht auf alle Aspekte ein.

Was wir dann gemacht haben, ist, zu schauen: Bei wem steigt das eigentlich an, in welchen sozialen Kontexten? Nicht alles hat direkt etwas mit Deprivation zu tun, aber Erwerbslosigkeit wegen Corona z. B. war einer der Hauptrisikofaktoren für einen Anstieg von Depressivität und Angst. Eine Verschlechterung der finanziellen Situation war der zweitstärkste Risikofaktor, und zwar sowohl bei Frauen als auch bei Männern.

Um jetzt zum Ende zu kommen: Ich habe das Determinantenmodell, welches ein komplexes Phänomen ist, ganz grob gezeigt. Das ist ein klassisches Anwendungsfeld für Health in All Policies. Aber wenn man sich die Krankheiten wie Covid im Einzelnen anschaut, wird das sehr schnell sehr komplex. Deswegen gebe ich jetzt keine Einzelempfehlungen, sondern trage Ihnen eher ein paar übergeordnete Gedanken vor. Überleiten tue ich mit diesem Befund. Wir haben festgestellt, dass es Leuten, die Kurzarbeitergeld bekamen, besser ging. Das hatte also positive Effekte auf die Psyche. Diejenigen hingegen, die Kurzarbeit machen mussten, aber kein Kurzarbeitergeld bekamen, zeigten einen leichten Anstieg in der Symptomatik. Das ist ein Hinweis darauf, dass politische, sozialstaatliche Interventionen tatsächlich eingreifen und diese sozialen Ungleichheiten korrigieren sowie Chancengleichheit herstellen können.

Im Ausblick verweise ich auf Forschungen im Bereich der Bevölkerungsgesundheit, die genau das zeigen: dass bestimmte Politiken – z. B. umfangreiche soziale Sicherung, Unterstützungsleistungen wie Kurzarbeitergeld in Krisen, eine egalitäre Wohnungspolitik, eine egalitäre Bildungspolitik – zur Reduktion von Armut Effekte zeigen, weil sie Ungleichheiten reduzieren und in der Summe die Bevölkerungsgesundheit verbessern.

Man kann auch viel aus vorangegangenen Krisen lernen. Wie hat man reagiert? Wir haben neulich ein Review gemacht, wo wir uns alle möglichen Studien zur Finanzkrise der Jahre 2007 und folgende angeschaut haben, um herauszufinden, wer im gesundheitlichen Sinn eigentlich gut durch die Krise gekommen ist und was die Länder gemacht haben, die dabei gut durch die Krise gekommen waren. Das waren die Länder mit einer aktiven Arbeitsmarktpolitik, mit Gewährleistung einer sozialen Mindestsicherung, einer Förderung von integrierenden Institutionen in der Krise – von Vereinen und von Gemeinden – und mit Investitionen in eine gute medizinische Primärversorgung und Prävention. Im Gegenzug haben wir gesehen, dass in Ländern, die Präventionsprogramme gestrichen haben, die Zahl der Infektionskrankheiten wieder angestiegen ist. Da gab es Covid noch nicht. Das waren dann andere Krankheiten wie HIV, Tuberkulose oder Hepatitis C. Aber es liegt in der Natur des Problems, dass zu seiner Lösung überhaupt nur ein HiAP-Ansatz – ein „Health in All Policies“-Ansatz – infrage kommt. Denn im Gesundheitssystem selbst ist das nicht zu lösen. Das Gesundheitssystem kann und muss einen Beitrag leisten, vielleicht muss es sogar die koordinierende Stelle sein. Aber die Probleme entstehen ja früher, dort, wo Leute leben, arbeiten und lernen.

Nichtsdestotrotz denke ich, dass die Daten relativ klar zeigen, dass ein Fokus auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit kein „Nice to have“ oder irgendwas Nettes ist, was man mal machen kann, wenn Zeit ist, sondern dass das eine elementare Maßnahme zum Schutz der Bevölkerungsgesundheit ist. Wenn wir die Gesundheit der Benachteiligten, der Vulnerabelsten schützen und verbessern, dann erzielen wir elementare Effekte, weil dort das Geld schlicht am besten investiert ist, um es mal so zu sagen. Aber klar ist auch, dass man anfangen muss, bevor die Krise da ist. Des-

wegen finde ich Ihr Vorgehen wirklich sehr begrüßenswert: dass Sie sich jetzt dieser Frage stellen und sich vorbereiten wollen.

Aber man muss sich klarmachen: Es ist ein strukturelles Problem. Es hat etwas mit der strukturellen Ungleichheitsverteilung von Bildungschancen, von Einkommen, von beruflichen Karrierechancen zu tun. Das geht man nicht mit Einzelmaßnahmen an. Es gibt eine Reihe von Vorschlägen wie z. B. vom Zukunftsforum Public Health. Das ist ein Riesenzusammenschluss von Public-Health-Akteuren in ganz Deutschland, ein bisschen gehostet durch das RKI.

Wir haben schon vor fünf Jahren gesagt, wir brauchen eine Public-Health-Strategie, die für ganz Deutschland, aber auch für die Länder und Kommunen als strategisches Element die Reduktion von Ungleichheiten beinhaltet. Das braucht entsprechende Gremien, Foren, Finanzierungen. Also, ich glaube, Einzelmaßnahmen helfen hier wenig. Deswegen zeige ich Ihnen auch keine, sondern beende das an dieser Stelle. Für die Diskussion stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Herzlichen Dank, Herr Dr. Dragano. – Jetzt folgt die Fragerunde zu diesen beiden Impulsen. Ich bitte um Wortmeldungen. – Bitte, Frau Professorin Dr. Elsbernd, beginnen Sie.

Dr. Astrid Elsbernd, externes Mitglied: Vielen Dank. – Sehr geehrte Vorsitzende, sehr geehrte Herren Sachverständige! Ganz herzlichen Dank für die engagierten Vorträge. Ich finde es toll, dass Sie dieses Thema in den Mittelpunkt gerückt haben und uns die Befundlage mit sehr klaren Worten deutlich gemacht haben. Dafür ganz herzlichen Dank.

Herr Professor Bozorgmehr, ich habe eine Frage, die eigentlich ins Konkrete geht. Sie haben dargestellt, die Flucht an sich sei schon eine Krise. Dann bringen viele – immerhin ein Drittel, haben Sie gesagt – gesundheitliche Probleme mit, was an sich auch schon eine Lebenskrise darstellt. Dann kommt noch eine Krise obendrauf, in diesem Fall Covid. Wir bereiten uns ja auch noch auf mögliche andere Krisen vor.

Sie haben Empfehlungen ausgesprochen, was man tun könnte, z. B. die Sammelunterkünfte aufheben. Jetzt sind das ja eher mittel- bis langfristige Maßnahmen. Wenn man kurzfristig denkt, wenn sich Krisen ereignen: Wäre es aus Ihrer Sicht möglich, dass man wirklich vorher erhebt, wer gesundheitlich gefährdet ist, und auch relativ schnell agiert und diese Menschen aus den Sammelunterkünften herausholt, um sie gesundheitlich zu schützen? Meine Frage geht also in die Richtung, was wir konkreter tun können.

Herr Professor Dragano, Sie möchte ich ebenfalls mit etwas Konkretem konfrontieren. Ich fand es toll, dass Sie uns klargemacht haben: Die Befundlage ist da, sie ist nicht neu, sie muss in die Politik hinein, und die Politik muss eine Public-Health-Strategie entwickeln. Das ist aber langfristig. Die Frage ist jetzt aus meiner Sicht: Was können wir ganz konkret tun? Wir haben jetzt eigentlich schon sehr oft gehört: Wenn gar nichts hilft, dann muss der ÖGD her. Die Gefahr ist ja, dass der ÖGD möglicherweise zu einer eierlegenden Wollmilchsau wird. Das wollen wir ja nicht. Auch wenn Sie im Schlusssatz gesagt haben: „Etwas Konkretes sage ich nicht“, möchte ich Sie fragen: Welche Ideen haben Sie denn konkret, was man im Krisenfall tun könnte, um diese benachteiligten Gruppen gesundheitlich wirklich zu schützen?

Danke.

Harald Hauser, stellv. externes Mitglied: Mich lassen beide Vorträge in großer Betroffenheit zurück, weil es ein Lebensbereich ist, der einem im Alltag so nicht gegenwärtig ist. Ich kann gut nachvollziehen, dass beide Sprecher stark dafür plädiert haben, dass es nicht so sehr um eine situative Maßnahme in der Krise geht, sondern dass das Ganze einen Riesenvorlauf hat. Es ist gerade schon angeklungen: Wenn wir nach einer Maßnahmenorientierung fragen, stellt sich ja allein schon aus Effizienzgründen – wenn es nicht das Geld ist, ist es die Zeit – ganz berechtigt die Frage: Womit fängt man an? Man kann sagen: Klar, am Ende kostet das alles Geld und mehr Aufmerksamkeit. Aber wir, die wir die Aufgabe haben, es hinterher in einzelnen Schritten zu operationalisieren, fragen uns natürlich schon: Was sind die ersten Schritte, und was ist das Nächste? Wo ist unser Stellhebel? Da ist ein Mensch aus der Wirtschaft vielleicht auch ein bisschen anders grundkonditioniert und fragt nach unserem Wirkungsgrad. Wo ist der größte Wirkungsgrad, und was ist speziell die Aufgabe, die man auf der Landesebene verankern muss?

Ich richte die Frage an beide, weil ich sehr viel Verwandtschaft in den Lösungsansätzen gesehen habe.

Abg. Florian Wahl SPD: Herzlichen Dank an die beiden Vortragenden für die wirklich spannenden Impulse. Ich habe die erste Frage an Sie, Herr Professor Bozorgmehr. Es geht um das Thema „Gesundheitsversorgung von Illegalisierten“. Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben zwar auch Menschen ohne Papiere in Notfällen Zugang zu medizinischer Versorgung. Allerdings haben wir in Baden-Württemberg – natürlich auch in anderen Bundesländern – die Situation, dass Menschen teilweise direkt aus dem Krankenhaus abgeschoben worden sind. Aus Angst vor diesen polizeilichen Maßnahmen und vor den Abschiebungen nehmen viele „illegalisierte“ Menschen diese Gesundheitsversorgung nicht in Anspruch, selbst in Notfällen nicht. In anderen Bundesländern – z. B. in Rheinland-Pfalz oder in Thüringen – gibt es Clearingstellen, die bezüglich eines langfristigen Zugangs zum System der Gesundheitsversorgung beraten. Dort werden insbesondere anonyme Behandlungsscheine ausgestellt. In Baden-Württemberg gibt es solche Möglichkeiten nicht. Wie bewerten Sie solche Maßnahmen?

Die andere Frage ist: Brauchen wir mehr aufsuchende Gesundheitsversorgung? Vielleicht könnten Sie uns dazu etwas sagen.

Damit bin ich eigentlich auch schon bei Herrn Professor Dragano. Aus dem, was Sie dargelegt haben, sieht man ja: Die beste Gesundheitspolitik ist natürlich eine gute Sozialpolitik. Es ist klar, dass der sozioökonomische Status eine wichtige Rolle spielt. Wir haben z. B. auf Bundesebene jetzt in den Koalitionsvertrag u. a. das Thema Gesundheitskioske hineingeschrieben; das ist ja ein Element. Wie bewerten Sie das? Sehen Sie das als einen Beitrag?

Die andere Frage ist: Es wurde vorhin gesagt, am Schluss endet man immer beim ÖGD, wobei man bei dem Thema wirklich beim öffentlichen Gesundheitsdienst nicht nur enden, sondern eigentlich anfangen muss. Jetzt haben wir ja auch die Erfahrungen in der Pandemie gemacht, dass der ÖGD eine wichtige Rolle übernommen hat, allerdings auch zulasten seiner Kernaufgaben, die er sonst natürlich im Sinne der Bevölkerungsgesundheit hat. Wie müssten wir den öffentlichen Gesundheitsdienst grundsätzlich aufstellen, damit wir gerade das Ziel – das ist das, was Sie auch in Ihrem Vortrag beschrieben haben – besser erreichen können als in der Vergangenheit? Was muss da grundsätzlich passieren? Haben Sie eventuell Beispiele aus anderen Ländern – nicht nur aus anderen Bundesländern, sondern auch anderen Nationalstaaten –, wo man praktisch solch einen Ansatz schon relativ vorbildlich fährt, von denen man sich etwas abschauen könnte?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Herr Professor Bozorgmehr, Sie haben das ja noch einmal sehr eindrücklich beschrieben. Wir haben natürlich immer die Herausforderung: Wenn die Zahl der Flüchtlinge extrem steigt – das erleben wir aktuell –, dann sind wir schon froh, wenn wir es einigermaßen organisieren können. Wir merken natürlich, dass wir da vor Herausforderungen stehen.

Jetzt war es ganz interessant: Wir hatten einmal ein Projekt – da war die Kollegin Krebs auch dabei – bei der DAK. In Freiburg gab es das Modellprojekt Refudocs. Die hatten aber gesagt, eine große Hürde sei die geringe Impfbereitschaft von Flüchtlingen. Die haben ein Modell in sechs Sprachen aufgelegt, also unheimlich engagiert. Die haben es auch geschafft, in einem Flüchtlingsheim die Impfquote von 10 % auf 62 % zu steigern. Die Frage ist: Was kann man tun? Denn da gibt es einfach grundsätzlich andere Themen als bei uns. Also: Was kann man tun, wie kann man als Land ansetzen, um auch die Themen Prävention, Impfbereitschaft überhaupt anzusprechen? Denn das bedeutet ja mehr Aufwand.

Der zweite Punkt: Es gab hier in Stuttgart eine Statistik, als man mit den Impfungen begonnen hatte, die zeigte, dass es in den Bezirken Unterschiede gibt. Es gab in Stuttgart Bezirke, die eine doppelt so hohe Impfquote hatten wie andere Bezirke. Da habe ich die Zahlen einmal gesehen. Also: Wie kann man niederschwellig – der Gesundheitsansatz war ja auch das Thema von Herrn Professor Dragano; deswegen stelle ich die Frage auch gleich an Herrn Professor Dragano – den Gesundheitsan-

satz steigern, damit wir eben nicht diese großen Unterschiede haben? Im Koalitionsvertrag stehen ja nicht nur die Gesundheitskioske, sondern auch die Community Health Nurses – früher die „klassische“ Gemeindeschwester. Es würde mich einfach noch einmal interessieren, wie Sie das einschätzen.

Wir wissen von den Landeserstaufnahmestellen: Die Impfquoten waren dort immer sehr, sehr niedrig. Deswegen auch die Frage nach Möglichkeiten digitaler Form. Wir haben ja nicht überall – wie jetzt in Freiburg – Ärzte, die das in sechs Sprachen machen. Können wir auch mit digitalen Elementen in die Beratung gehen? Das würde mich dann auch noch einmal interessieren. Die Frage geht auch an Herrn Professor Dragano.

Aber ich hätte auch noch eine direkte Rückfrage an Sie. Herr Professor Dragano, Sie hatten gesagt, Sie haben das ausgewertet oder haben Informationen darüber, dass die Infektionszahlen – so sage ich jetzt einmal – in bildungsfernen Schichten, Bereichen sehr hoch waren. Da würde mich einfach auch noch einmal die Quelle für die weitere Bearbeitung interessieren. Denn in den ganzen Auswertungen war ja gerade die Problematik, dass wir da zu wenig Daten haben. Wir wissen nicht, in welchen Berufsgruppen das Infektionsrisiko hoch war. Deshalb interessiert es mich, einmal zu hören, welcher Quelle Sie das entnommen haben, damit wir uns das noch einmal anschauen können.

Abg. Carola Wolle AfD: Das waren sehr interessante Vorträge von Ihnen beiden. Vielen Dank dafür. – Ein Hauptproblem, das Sie dargestellt haben, Herr Professor Bozorgmehr, war die Verbleibzeit in den Sammelunterkünften, die sich von drei auf 18 Monate verlängert hat. Das hatte ja auch Herr Haußmann gerade angesprochen. Das ist ja im Moment auch der Problematik der Wohnungssituation in Baden-Württemberg geschuldet. Ich denke, es ist schwierig, da an dieser Stelle herauszukommen, weil die Akzeptanz im Moment nicht unbedingt vorhanden ist. Es wird ja jetzt sehr viel darüber gesprochen, dass die Ukrainer bevorzugt werden. Das ist ja das, was Sie als Lösung vorgeschlagen haben. Ich glaube, das würde dann an der Akzeptanz – so sage ich jetzt mal – noch weiter rütteln.

Meine Frage ist insbesondere, ob Sprache – Herr Haußmann hatte es auch gerade angesprochen – beim Thema Impfen, aber auch bei der Verständlichkeit der Maßnahmen eine Rolle gespielt hat. Da gab es ja teilweise auch – ich nenne es einmal so – Randalen oder Auflehnungen, wenn welche verlagert werden sollten. Lag das an der Sprache, dass das irgendwie missverständlich herüberkam, dass es sich lediglich um eine Verlagerung handelt, um das entsprechend zu entzerren? Oder wie können Sie sich das erklären? Das war ja nicht nur ein einmaliger Fall. Also, generell geht es um das Thema „Verständlichkeit der Maßnahmen“.

Dann habe ich noch eine Frage an Herrn Professor Dragano. Sie haben davon gesprochen, dass es ein strukturelles Problem ist. Ich meine, Sie haben sehr schön dargestellt, dass es – – Ja, ich denke, Gesundheit, schlechte Gesundheit hat sehr

viel mit niedrigem Einkommen zu tun. Aber ein strukturelles Problem ist ja auch, dass Menschen bereits über Generationen hinweg in Hartz-IV-Verhältnissen leben und wir es als Gesellschaft nicht geschafft haben, die Kinder aus diesen Verhältnissen an Bildung heranzuführen. Das vor allem vor dem Hintergrund, dass bei uns Fachkräfte fehlen, die Kinder hier sind und sie eigentlich ausgebildet werden sollten. Das wäre ja eigentlich die Möglichkeit, dass wir unseren Fachkräftemangel zwar nicht von heute auf morgen, aber längerfristig lösen könnten. Das sind ja auch vertane Chancen – nicht nur bildungstechnisch, sondern auch für die Menschen, damit sie dann nicht schneller sterben.

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Wir beginnen nun die Antwortrunde mit Herrn Professor Dr. Bozorgmehr. – Bitte sehr.

Sv. Herr Dr. Bozorgmehr: Vielen Dank für die Fragen. Ich versuche, ein paar Fragen gesammelt zu beantworten.

Die eine Frage war relativ pragmatisch – die akute Situation –: Wie kann ich Gefährdete identifizieren? Das hatten wir auch 2015. Damals ging es auch darum, in entsprechenden Sammellagern zu schauen, wer chronisch krank oder wer schwanger ist. Das benötigt eigentlich zwei Verfahren. Wir haben eine strukturierte Gesundheitsuntersuchung. Diese ist aber rein auf den Infektionsschutz fokussiert – das ist okay so und gut so –; diese ist verpflichtend. Was Sie aber darüber hinaus brauchen, sind strukturierte Ansätze, durch die in einem niederschweligen, freiwilligen und aufsuchenden System in solchen Kontexten Bedarfe identifiziert werden. Das haben wir nicht. Es gibt sogar in der EU eine Richtlinie, dass Menschen, die psychische Belastungen haben, die Opfer von Gewalt oder Traumata sind, die chronisch erkrankt oder einfach nur hochbetagt, älter oder schwanger sind – – Die sind alle definiert. Wir haben in Deutschland in den meisten Bundesländern keine etablierten Strukturen. Da ist etwas in Bewegung, aber da sind wir noch nicht weit genug.

Das war dann auch die Situation, die man in der Pandemie erlebt hat. Das heißt, lokal gab es sicherlich auch Bestrebungen zu schauen: Können wir hier präventiv Einzelne, die vielleicht eine Niereninsuffizienz haben, die chronische Erkrankungen haben etc., identifizieren und isolieren? Die Frage ist dann nur: Wie machen Sie das, wenn Sie vorher gar nicht wussten, wie denn die Gesundheitssituation ist?

Da kommen wir auch zu dem Punkt Digitalisierung. Was viele nicht wissen, ist: In ganz vielen Kontexten sitzen dort noch Ärzte mit Papier und Stift und schreiben Sachen auf. Wir haben seit 2015 ein digitales System mit Mitteln des BMG entwickelt und auch implementiert. Das wird auch in Baden-Württemberg genutzt – das muss man an der Stelle auch sagen –, aber noch nicht überall und auch nicht in anderen Bundesländern, obwohl wir das auch dort seit vielen Jahren als mögliche Lösung anbieten. Gleichzeitig könnte durch Abfragen eruiert werden, welche Patienten entsprechende Risikofaktoren haben. Da haben uns dann auch Anfragen aus Bayern etc. erreicht, wo solche Systeme genutzt werden. Wir haben dann solche Unterstüt-

zungsleistungen erbringen können. Das ist jetzt aber gar nicht so „Ich-fokussiert“, sondern das können auch andere Systeme sein. Aber die brauchen wir einfach. Das ist ein Strukturproblem, für das es eine Strukturlösung braucht.

Der aufsuchende Faktor ist natürlich wichtig. Sie können in solch einer Situation nicht aus dem Off kommen und dann davon ausgehen, dass für alle Maßnahmen Akzeptanz und Vertrauen da sind. Deswegen sind diese Lösungen, die Sie ja auch schon angesprochen haben – aufsuchende Elemente, Community-Health-Ansätze –, in den Gesundheitswissenschaften in verschiedensten Ländern so gut evaluiert, dass wir eigentlich keinerlei Bedenken haben zu sagen: Wir brauchen hier nicht weitere Forschung, um zu bewerten, ob das gute und geeignete Ansätze sind, sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erreichen und in bestehende Systeme einzubinden.

Das bedeutet jetzt nicht, dass es ein Schema F gibt, sondern dass wir natürlich lokale Adaptionen brauchen, dass es dann auch darum geht, ob das jetzt eine Erstaufnahmeeinrichtung oder ein Landkreis ist oder ob es letztlich um ganz andere Gruppen geht. Diese Maßnahmen sind zu empfehlen.

Priorisierung, ja. Das wurde jetzt noch einmal angesprochen. Das sind natürlich auch angesichts der Herausforderungen, die auch mein Kollege, Herr Dragano, angesprochen hat, der „Syndemie“, also diese Gleichzeitigkeit von Herausforderungen, die Gleichzeitigkeit, die sich dann auch noch sozusagen verschärft – – Das sind keine multiplen Krisen. Vielmehr verschärfen sie sich gegenseitig. Das ist natürlich eine große Frage.

Um ein bisschen an diese Diskussion anzudocken: Ich glaube, wir dürfen hier nicht in Dichotomien verfallen. Ich sage bewusst „ich glaube“, denn ich weiß es nicht. Wir unterscheiden ja immer zwischen glauben und wissen. Aber Dezentralität versus Zentralität, das ist eine Dichotomie, die uns vielleicht nicht weiterhilft. Wir brauchen – wie es eingangs auch hieß – Dynamik. Wir haben Mehrebenendynamiken. Was auf lokaler Ebene ankommt, ist dann der gleichzeitige Effekt von Klimawandel, geopolitischen Konflikten, Migrationsbewegungen, mit dem dann ein Landrat in dem Rahmen, der auf Landesebene gesteckt wurde, umgehen muss.

Die Frage ist: Wie können wir in Krisensituationen mit dieser Mehrebenendynamik umgehen? Hier wäre vielleicht auch die institutionelle Reform, wären vielleicht institutionell-innovative Lösungen wie z. B. ressortübergreifende Arbeitsgruppen, die nicht erst in der Krise zusammenkommen wie ein Krisenstab, sondern bereits vorher, um diese horizontale und vertikale Ebene – vielleicht entsteht daraus auch eine transversale Ebene, die sozusagen aus dem Ökonomiebereich in dem Gesundheitsbereich landet – als Effekt aufzufangen, ein Ansatz. Aber das ist tatsächlich auch eine politische Entscheidung, wie sich die Institutionen in unserem föderal organisierten System aufstellen, um nicht in diese Dichotomie zu verfallen – zentral versus dezentral.

Mit dem Kollegen, Herrn Professor Lob-Hüdepohl, bin ich d'accord, dass Zentralität nicht immer gut ist. Ich zitiere hier vielleicht einmal aus einer Verordnung – ich habe ja auch ein Standbein in Heidelberg. Diese Verordnung ist mir in Erinnerung geblieben. Ich habe aus verschiedenen Gründen nach einer Regelung gesucht und bin über die Regelung gestolpert, dass Saunen zwar betrieben werden dürfen, aber das Verwedeln der Luft unterbleiben solle.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Also, die Frage ist: Brauchen wir diese Granularität in Verordnungen, während es auf der anderen Ebene völlig unklar ist, was wir mit Obdachlosen machen, was wir mit marginalisierten Gruppen machen. Das sollte vermieden werden. Gleichzeitig kann das komplette Verlagern auf dezentrale Ebenen auch zu einem Vakuum und zu Heterogenität führen.

Was wir auch nicht wollen – da bin ich ein bisschen anderer Meinung –, ist, dass wir bei der Bevölkerungsgesundheit immer noch auf einer Ebene sind, auf der es um Evidenzbasierung geht. Wir können nicht sagen: Na ja, wenn ich einen Herzinfarkt habe und zum Hausarzt gehe, dann behandelt der mich nach Leitlinien und nimmt meine individuelle Situation in Kenntnis, aber wenn es um die Population geht, können wir jetzt auf allen Ebenen frei entscheiden, weil es ja lokal angepasst sein muss. Da braucht es eine Balance zwischen lokalen Anpassungen und den Leitplanken, die durch Evidenzbasierung entstehen.

Die Frage nach den „Illegalisierten“: Es gibt eine Bewegung „Anonymer Krankenschein“, Clearingstellen. NRW, Berlin etc. sind da Vorreiter, würde ich an verschiedenen Stellen sagen. Was sagt die Evidenz? Da schaue ich auf Spanien. Herr Dragano hat das Beispiel Finanzkrise genannt. Was können wir daraus lernen? In Spanien gab es vor der Finanzkrise den anonymen Krankenschein. Im Zuge der strukturellen Maßnahmen, die mit Blick auf die Bedingungen und Einsparmaßnahmen vom Internationalen Währungsfonds diktiert wurden, wurde „illegalisierten“, „undokumentierten“ Migrantinnen und Migranten der Zugang zum eigentlich universellen Gesundheitssystem verweigert. Es gab eine Gesundheitsreform. Es gab keinen Zugang mehr. Analog dazu: Wer Zugang suchte, kann bzw. konnte abgeschoben werden.

In diesen sehr komplexen Situationen können wir aus der Forschung sehr solide nachvollziehen, dass im Zuge dieser Reform bei entsprechenden Migrantinnen- und Migrantengruppen die Sterblichkeit anstieg, und zwar an vermeidbaren infektiösen Krankheiten und Malignomen – Krebserkrankungen –, die dann natürlich eben auch entweder akute oder längerfristige Therapien zur Folge haben.

Wir wissen, Zugang zu Versorgung ist ein Menschenrecht. Das ist essenziell. Das heißt, genau dort, wo es verwehrt wird, wo Barrieren existieren, gibt es negative

Konsequenzen – sei es, dass die Menschen zu spät die Versorgung aufsuchen oder dass sie sie gar nicht aufsuchen.

In der Pandemie – so muss man aber auch sagen – waren die Regelungen, zumindest was Pandemiemaßnahmen, Tests, Impfungen angeht, progressiv. Gleichzeitig ist dann wieder die Frage: Erreicht das dann alle, die sonst von Restriktionen betroffen sind, wenn hier singulär auf einmal einzelne Erkrankungen wie Covid progressiver gehandhabt werden?

ÖGD-Stärkung? Ja. Es tut mir leid, wir landen immer wieder dabei. Aber wer soll es denn sonst richten? Das ist das Subsidiaritätsprinzip. Das ist ja schon im Aufgabenprinzip des ÖGD verankert. In einem zunehmend kommerzialisiertem Gesundheitssystem, bei dem wir irgendwie pro Patient drei Minuten Arztkontakt haben, ist die Frage: Wer kümmert sich denn dann – bei all den Leistungen, die unser Gesundheitssystem vollbringt, und bei all den Leistungen, die die ärztlichen Kollegen erbringen – um sozial Benachteiligte, um Menschen mit Fluchterfahrungen, um Menschen in prekärer Arbeitsmigration, die ja dann noch zusätzlich aus allen Arbeitsschutzmaßnahmen durch verschiedene Subsubunternehmerregelungen, die es gibt, herausfallen? Auf die wurde ja auch an verschiedenen Stellen reagiert. Da hatten wir auch in verschiedenen Sektoren Erfahrungen mit Covid gemacht. In der fleischverarbeitenden Industrie etc. wurde ja dann auch reagiert, dass es nicht nur „Illegalisierung“ ist, sondern eben auch EU-Migrantinnen und -Migranten trifft, die eigentlich Zugang zu sozialen Systemen haben. Dies ist dann aber in der realen Umsetzung hinten heruntergefallen.

Kurze Antwort zu den Impfquoten: Ja, grundsätzlich ist die Impfbereitschaft eigentlich gar nicht so niedrig, weil viele der Länder, aus denen Menschen fliehen, sehr gute Impfsysteme haben. Dort werden Impfungen auch gar nicht so sehr infrage gestellt. Das betrifft mitunter auch Impfungen gegen Masern etc. Aber es kommt natürlich auch darauf an. Im Kontext der Pandemie hatten wir natürlich auch in anderen Ländern viele Falschinformationen. Die Frage ist dann: Wie können wir die Impfbereitschaft erhöhen? Da gibt es auch sehr gute Erfahrungen von Kolleginnen und Kollegen hier aus dem Land im ÖGD, die 2015 gesammelt wurden. Die „Zutaten“ sind eigentlich alle gleich: aufsuchen, Zeit mitbringen, sozusagen die Sprache adressieren und letztlich einen niederschweligen Ansatz wählen. Das schafft dann auch Vertrauen. Denn das wissen wir aus anderer Forschung: Vertrauen ist essenziell bei der Frage der Impfbereitschaft. Hier hat das RKI eine Studie zu der Frage durchgeführt, wie die Impfbereitschaft bei migrantischen und nicht migrantischen Populationen ist. Das ist eigentlich die einzige mehr oder minder repräsentative Zahl, die es für Deutschland gibt. In der Studie kam zutage, dass es jetzt weniger der Migrationshintergrund ist, sondern die Sprache und das Vertrauen in das System ausschlaggebende Faktoren waren.

Sv. Herr Dr. Dragano: Vielen Dank für die Fragen. Ich muss mich entschuldigen. Weil es ziemlich leise war, habe ich leider nicht alle Namen aufschreiben können. Ich werde bei den Antworten die Fragen auch ein bisschen zusammenfassen.

Ich starte mit den Fragen nach den kurzfristigen Maßnahmen und kombiniere das mit der Frage: Wo sind eigentlich die Hebel auf der Landesebene?

Es gibt natürlich Gedanken für kurzfristige Maßnahmen. Die sind krisenabhängig. Wenn wir das Beispiel des Herbstes und des kommenden Winters nehmen, könnte man beispielsweise erst einmal zwei, drei Kernziele definieren. Die leiten sich aus den Kernproblemen ab. Das werden wieder steigende Infektionszahlen sein – damit haben wir ja mittlerweile Erfahrungen –, und es wird höchstwahrscheinlich verschärfte Armutslagen im Kontext mit Inflation geben. Das bedeutet, dass wir gerade bei ärmeren Familien Probleme mit der Ernährungs- und mit der Energiesicherheit sehen werden.

Das ist jetzt nicht durchdacht, sondern etwas, wo man sich kurzfristig hinsetzt, sich fragt: „Was erwarten wir?“, und dann versucht, für diese Probleme akute Lösungen, kurzfristige Maßnahmen zu finden. Das könnten kurzfristige Maßnahmen sein.

Dabei wissen Sie ja viel besser als ich, als jemand, der kein Mandat und keine Erfahrungen im politischen Betrieb hat, was möglich ist. Ich glaube durchaus, dass auf der Landesebene durchaus etwas möglich ist. Wenn man Kernprobleme definiert, fragt, was wir da tun können, kurzfristig ein Gremium dafür einrichtet, in dem vielleicht lokale „Public-Healtherinnen“ und „Public-Healther“ sind, die die lokalen Gegebenheiten kennen, dann kann man sich auch mit relativ kurzen Vorlaufzeiten eine kleine Strategie überlegen, wie wir vor allem die Härten bei Menschen in sozial benachteiligten Lagen abfedern.

Ich glaube, dass die Landesebene ganz wichtige Politikbereiche vertritt, vor allem die Bildungspolitik, die ja eine der Grundlagen ist, warum wir eben dieses strukturelle Problem haben. Das wurde auch bei einer dieser Fragen angesprochen. Außerdem haben Sie ja auch viele Hebel, wenn es um die öffentliche Gesundheit geht, über die Landesgesundheitsämter. Ich weiß nicht, ob es bei Ihnen die Landesgesundheitskonferenzen gibt. Aber Sie sind bei den Impfkampagnen engagiert, beteiligen sich an der lokalen Versorgungsplanung, den Krankenhausplänen. Das heißt, ich glaube schon, dass es in den Ländern eine ganze Reihe von Hebeln gibt, die man auch beispiele kann. Das können Sie viel kompetenter als ich. Deswegen gebe ich jetzt keinen Einzeltipp. Das wäre irgendwie komisch.

Ich meine aber, dass man sich zusammensetzen und fragen könnte: Wo ist es am effektivsten, wo können wir jetzt auch mittelfristig etwas erreichen? Natürlich ist klar: Bildungspolitik ist ein dickes Brett. Aber man kann auch mittelfristig etwas tun.

Ein Beispiel: Sie haben eben – da habe ich wirklich aufmerksam zugehört, als es im ersten Diskussionsteil um Datenschutz und Daten ging – dasselbe Problem wie wir. Aber man kann eine Datenstruktur aufbauen, indem man sagt: Wir wollen für unser Bundesland in Echtzeit beschreiben, in welchen Stadtteilen die Inzidenzen gerade steigen, und wir wollen das mit Sozialberichterstattung koppeln. Also, die konsequente Verknüpfung von Sozial- und Gesundheitsberichterstattung ist etwas, was auch auf Länderebene forciert werden kann. Dazu kommen die Einflüsse im Bund. Ich erinnere daran, dass im Koalitionsvertrag ein Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit steht; dieses wird im Moment ja heiß diskutiert. Das könnte ja ein Institut sein, das solche Sachen und Public Health koordiniert. Nur: Wenn da „Bundesinstitut“ draufsteht, dann frage ich mich: Wo bleiben denn da die Länder und die Kommunen? Es geht also darum, dass man sich als Land auch noch einmal seinen Einfluss, seine Kompetenz auf der Bundesebene anschaut. Das ist natürlich nichts, was Sie allein lösen können, sondern Sie brauchen zwingend den Bund, vielleicht sogar auch die EU, um dieses Problem anzugehen. Aber da kann man ja ein bisschen piksen. Das sind so meine Vorstellungen davon, ohne dass ich da jetzt so ganz drinstecke.

Der nächste Komplex ist der ÖGD. Ich stimme den Fragenden, die auch kommentiert haben, absolut zu: Der ÖGD ist essenziell. Verschiedene hatten ja gefragt, was ich davon halten würde. Er ist absolut essenziell. Der ÖGD bezeichnet sich ja als „Public Health vor Ort“. Das ist er im besten Fall auch. Ich glaube aber, dass sich der ÖGD ohnehin gerade selbst ein bisschen reformiert. Es gibt den „Pakt für den ÖGD“, es gibt aber auch schon langfristige Reformbedingungen, dass der ÖGD diese Problematiken im Moment auch sieht. Ich glaube, das Beste, was man tun kann, ist, ihn dabei zu unterstützen, sich mit dem ÖGD zusammzusetzen, zu fragen, was benötigt wird und wie der innere Reformprozess forciert werden kann. Denn die Aufgabe ist ja nicht einfach. Der ÖGD muss eine Balance finden zwischen den klassischen Aufgaben im Infektionsschutz – – Das haben wir jetzt noch mal gesehen. Vor Corona ist das etwas vernachlässigt worden so nach dem Motto „Das ist ja altes Public Health“. Infektionsschutz ist nicht mehr in. Wir machen jetzt nur noch Prävention. Wir brauchen also eine Balance, dass wir beides können – klassischer Infektionsschutz, klassische Aufgaben des ÖGD in Kombination mit den präventiven Aufgaben. Denn gerade im Bereich der Chancengleichheit machen die kommunalen Gesundheitsämter ganz viel. Ich denke jetzt an meine Kommune in Düsseldorf. Es gibt Dutzende richtig gute vom ÖGD für Stadtteile, in denen viele Menschen mit sozialer Benachteiligung wohnen, initiierte Programme.

Da wäre meine Einschätzung: ÖGD ist zentral. Unterstützen Sie ihn dabei. Ob das dann erfolgreich ist – – Das war eine interessante Frage eines Abgeordneten, von dem ich leider den Namen nicht aufschreiben konnte, ob es Beispiele aus anderen Ländern gibt. Es gibt natürlich Beispiele für Public-Health-Systeme, ÖGDs, die im Hinblick auf einen Infektionsschutz gut funktioniert haben. Viele afrikanische Länder, asiatische Länder haben eine lange Tradition im klassischen Infektionsschutz. Die haben die Grenzen zugemacht, waren relativ schnell am Start. Aber was es nicht so

wirklich richtig gibt, ist ein absolutes Erfolgsbeispiel, von dem wir sagen: Wenn man die öffentliche Gesundheit so aufstellt, reduziert das gesundheitliche Ungleichheiten.

Es gibt viele Länder, die viel tun. Ich nenne z. B. Großbritannien. Da wird das Thema viel offener diskutiert als hier. Da gibt es Regierungsberichte, Kommissionen. Allerdings hat das nicht dazu geführt, dass sich viel getan hat, weil auf der politischen Ebene die Einkommensschere immer weiter auseinandergeht. Ich glaube auch, dass das ganz andere Gesundheitssysteme sind. Hier muss man sich ein bisschen vortasten. Meines Wissens gibt es kein Musterbeispiel, sodass man hier noch Pionierarbeit leisten kann.

Die nächste Frage betraf die niederschwellige Versorgung. Da waren die Stichworte Community Health Nurses und Gesundheitskiosk. Da kann ich Ihre Beobachtungen nur unterstreichen. Das sind Versorgungseinrichtungen, die insbesondere Menschen mit sozialer Benachteiligung erreichen. Das ist so. Das wissen wir ja aus dem ersten Gesundheitskiosk in Hamburg im Entwicklungsraum Billstedt-Horn. Das ist sehr effizient. Denn wir wissen auch – das haben wir jetzt in der Pandemie gesehen –: Gerade Menschen mit geringem Bildungsgrad, geringem Einkommen, die vielleicht in irgendeiner Form marginalisiert und diskriminiert werden, holen sich ihre Informationen nicht aus der Zeitung, aus dem Radio. Die vertrauen im Zweifelsfall auch den klassischen Kanälen nicht. Die vertrauen aber dem Arzt oder der Kinderärztin, der oder die ihre Sprache spricht. Das heißt, eine flächendeckende, individuelle Versorgung ist enorm wichtig. Dass z. B. die kinderärztliche Versorgung in der Fläche gewährleistet ist, das ist elementar. Wir hören eine ganze Reihe an Hilferufen, dass bestimmte Regionen – ich weiß nicht, wie es in Ihrem Bundesland aussieht – bezüglich kinderärztlicher Praxen unterversorgt sind. Das ist eine Katastrophe. Denn das sind genau die Orte, an denen Sie die Leute erreichen, die es am nötigsten haben. Insofern halte ich viel von dem Ansatz der Gesundheitskioske und der Community Health Nurses, auch in Bezug auf die Impfkampagne.

Wir sehen in den Studien – Herr Bozorgmehr hat das schon hervorragend beschrieben –, z. B. in einer Auswertung, die wir zurzeit für NRW machen, dass gerade Menschen mit Migrationshintergrund oder richtig arme Leute vor allem persönlichen Informationen vertrauen. Da muss jemand hingehen. In Bremen gab es das Projekt, dass Menschen in die Quartiere gegangen sind: Leute, die aus der Community kamen, die die Sprache sprachen, sind während der Pandemie in die Quartiere gegangen und haben die Menschen dort „1 : 1“ angesprochen. Wenn man Leute in Düsseldorf-Oberkassel, im etwas schickeren Reichtumsviertel, auf der Straße ansprechen würde, würde man vielleicht verklagt. Persönliche Kontakte funktionieren, das ist super. Deswegen glaube ich ganz stark an diese Punkte.

Zu dem letzten Punkt, wo die Daten herkommen: Ich gebe Ihnen absolut recht, das war nicht einfach. Aber es gibt Musterprojekte mit dem RKI. Beispielsweise das Projekt INHECOV, das DFG-gefördert ist. Wir haben mit den Kollegen aus dem RKI als ersten Schritt die SurvStat-Daten, also die lokalen Infektionsdaten, so aufbereitet,

dass wir sie benutzen konnten. Wir haben das Alter standardisiert, wirklich taggenau aufgeschlüsselt, dann nach Kreisen gruppiert und diese Kreise wiederum nach Sozial- und Wirtschaftsdaten gruppiert. Auf der Bundesebene können wir Vergleiche zwischen Kreisen und Städten vornehmen und können diesen Kreisen und Städten dann bestimmte Makrodaten zuordnen, also als ökologische Studie. Damit haben wir viel gearbeitet.

Das ist natürlich alles andere als der Weisheit letzter Schluss, weil die Einheiten viel zu groß sind. Die Gesundheitsberichterstattung in Großbritannien beispielsweise unterteilt ihr Land in über 30 000 kleinräumige Gebiete. Das ist viel besser. Das haben wir leider nicht. Ich gebe Ihnen absolut recht, da waren und sind wir nicht gut aufgestellt.

Das gilt auch in Bezug auf die Berufe, die Sie ansprachen, Herr Haußmann. Essenziell wussten wir lange Zeit gar nichts darüber. Es gab ein paar Publikationen von Krankenkassen. Das ist aber nicht so aussagekräftig, weil die Berufe in den Krankenkassen hoch selektiert sind. In der AOK sind ganz andere Berufe vertreten als in der Techniker Krankenkasse.

Wir haben neulich etwas aus der NAKO publiziert. Dort konnten wir wirklich einzelne Berufsgruppen betrachten und schauen, wer gefährdet war. Aber das bezog sich nur auf die erste Welle. Ein durchgängiges Monitoring haben wir bis heute nicht. Es gibt einzelne Datenquellen. Im Detail können wir uns darüber gern noch einmal austauschen.

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Dann lasse ich noch die letzten beiden Wortmeldungen von Herrn Abg. Köhler und Herrn Abg. Dr. Preusch zu.

Abg. Erwin Köhler GRÜNE: Herr Professor Dr. Dragano, ich habe noch ergänzende Fragen. Vielen Dank für das Erläutern der Fragen bis jetzt.

Da Sie in Ihrem Vortrag speziell auf Kinder und Jugendliche eingegangen sind, möchte ich zu dem Stichwort „Integrierende Institutionen“, das Sie genannt haben, gern das Stichwort „Institutionelle Beteiligung“ ins Spiel bringen. Kann die institutionelle Beteiligung von Kindern und Jugendlichen, die es in gewisser Weise gibt – auch in diesem Bundesland, aber noch nicht genug; einige werden mir wahrscheinlich recht geben –, als Indikator dafür genutzt werden, um über Public Health oder auch Gesundheit im familiären Kontext zu sprechen, je nachdem, ob es eine gesellschaftlich schwächere oder stärkere Lage ist?

Das rührt einfach daher: Wenn gemeinsam eine Meinung in einem Beteiligungskontext, ob in der Schule oder außerhalb der Schule – mir ist wichtig, da die Trennschärfe zu haben, weil ich nach beidem fragen möchte; denn beides ist wichtig –, erarbeitet und hergestellt wird, kann das tatsächlich für eine Art Demokratieverständnis und

Vertrauen in den Staat sorgen. Ich gebe Ihnen absolut recht, das ist unterschiedlich, je nachdem, welcher Nationalität man angehört. Meine Mutter kommt aus Bosnien. Ich merke bei den Verwandten, dass es da eine ganz andere Haltung zu Impfungen bzw. zu anderen Gesundheitsfragen gibt. Das könnte dieses Determinierte ein bisschen aufbrechen.

Eine zweite Frage: Welche Rolle – das geht etwas damit einher – spielt das Vertrauen in das Gesundheitssystem bei der Effizienz der Gesundheitspolitik? Wie kann dieses erhöht werden, zum einen bezogen auf die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen, zum anderen ganz allgemein?

Abg. Dr. Michael Preusch CDU: Herr Dragano, Sie haben die Kleinteiligkeit der Daten angesprochen. Ich war verwundert, vorhin zu hören, dass das kein Problem ist. Viele Menschen und Kollegen, die ich kenne, die selbst Studien planen, wissen, dass Datenschutz ein Problem ist. Deswegen war ich etwas verwundert. Wenn ich mir Global Health anschau, Sauerborn, dann stelle ich fest, dass genau das das Problem gewesen ist. Das Projekt „Patrick-Henry-Village“ war aufgrund des Datenschutzes nicht umsetzbar. Ein Thema ist auch, dass man tief in der Initiierung dabei sein muss.

Sie haben von kleinteiligen Daten in NRW gesprochen. Haben Sie denn eine Schnittstelle? Ist es bei Ihnen möglich, Dinge kleinteiliger zu bearbeiten? Sie haben Großbritannien erwähnt. Da funktioniert es aus anderen Gründen. Können Sie dazu noch ein kurzes Statement abgeben?

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Dann abschließend Herr Professor Dr. Dragano, da sich die beiden Wortmeldungen ausschließlich an ihn richteten.

Sv. Herr Dr. Dragano: Die erste Frage kann ich nicht anhand von Forschung oder Daten beantworten, aber unter Rückgriff auf die Public-Health-Theorie. Da ist Partizipation ein Schlüsselmoment. Man weiß, dass gerade bei Gesundheitsförderung, bei der Planung von Präventionsmaßnahmen die Beteiligung der Zielgruppen den Erfolg des Programms deutlich steigert. Insofern treffen Sie, glaube ich, einen Kern, wenn Sie von institutioneller Beteiligung sprechen. Ich denke, Sie meinen damit Institutionen, in denen Gesundheit hergestellt wird – Sportvereine, Schulen, solche Dinge.

Ich weiß zumindest vom Hörensagen von Projekten in der Pandemie, dass man versucht hat, wenn es irgendwie ging, z. B. in Stadtteilzentren, gerade in sozial benachteiligten Stadtteilen, offen zu sein und mit den Kindern zu reden, und zwar nicht nur, um sich ihre Sorgen, sondern auch um sich deren Vorschläge anzuhören. So wurde in den Hochinzidenzphasen beispielsweise gefragt: Wo haltet ihr euch eigentlich auf? Eure Wohnungen sind klein. Wo seid ihr alle? Dann kam heraus, dass sie im Winter alle im Keller gespielt haben, sich dort infiziert haben. Das sind simple Vorgehensweisen.

Partizipation ist elementar, das kann man einfach so sagen. Insofern gebe ich Ihnen recht, dass man sich die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen, deren Gesundheit besonders schützenswert und förderungswürdig ist, weil sich jeder Schaden, der da entsteht, bis ins höhere Alter fortschreibt, durchaus auf die Agenda nehmen sollte. Wenn Sie mich jetzt fragen, würde ich sagen: Ja, unbedingt.

Zum Vertrauen in das Gesundheitssystem: Ich kann sagen, das Vertrauen in die Institutionen ist einer der allerstärksten erklärenden Faktoren, was sowohl das echte Impfverhalten – wir haben uns zuletzt mit Impfungen beschäftigt – als auch die Impfabsicht für den Herbst angeht. Das ist wirklich erstaunlich. Es gibt eine extreme Korrelation zwischen fehlendem Vertrauen in die Bundesebene, die Landesebene etc. und der Absicht, sich nicht mehr impfen zu lassen oder noch nicht geimpft zu sein. Vertrauen ist etwas Zentrales.

Das Gesundheitssystem kommt aber in der Regel nicht so schlecht weg. Das Vertrauen in das Gesundheitssystem ist deutlich höher als beispielsweise in die klassischen politischen Ebenen. Auch die kommunale Ebene kommt immer noch ganz gut weg. Hier geht es eher darum, dass man dieses Vertrauen erhält, indem man das Gesundheitssystem stärkt, fördert und für die Leute vor Ort zugänglich macht.

Was die Kleinteiligkeit der Daten betrifft, habe ich mich, glaube ich, missverständlich ausgedrückt. Wir haben in NRW keine Möglichkeit, kleinteilige Daten für die Fläche des Landes zu analysieren. Wir sind auch auf die Bundesdaten angewiesen und betrachten dann die 400 Städte und Landkreise als regionale Ebene.

Es gibt aber in einzelnen Kommunen, z. B. in Düsseldorf oder in Köln, eine etwas feinere regionale Berichterstattung auf Stadtteilebene. Das sind etwas bessere Daten, die aber meines Wissens – zumindest ich habe damit noch nicht gearbeitet – nicht regelhaft zusammengeführt werden. Ich würde nicht darauf wetten, dass es keine Bestrebungen gibt, das doch dauerhaft zusammenzuführen. Das wäre natürlich klasse und nicht nur bei Infektionen gut. Eine Trenddarstellung für unterschiedliche Gesundheitsprobleme ist beispielsweise auch im Hinblick auf Tumore gut. Man sieht vielleicht, dass in bestimmten kleinen Räumen plötzlich die Inzidenzen steigen, und kann intervenieren. Das ist mir aber für NRW nicht bekannt. Wir haben zuletzt leider auch nur mit den groben Daten gearbeitet. Das waren ökologische Studien.

Stellv. Vorsitzende Dr. Natalie Pfau-Weller: Vielen herzlichen Dank Ihnen beiden, Herr Professor Dr. Bozorgmehr und Herr Professor Dr. Dragano, für die spannenden Impulse.

Wir treten jetzt in die Mittagspause ein und treffen uns um 14:15 Uhr wieder hier im Plenarsaal. Guten Appetit!

(Unterbrechung der Sitzung von 13:10 Uhr bis 14:16 Uhr)

Vorsitzender Alexander Salomon: Ich darf Sie alle recht herzlich aus der Mittagspause zurückbegrüßen. Wie Sie wahrnehmen, bin ich nicht die stellvertretende Vorsitzende Frau Dr. Pfau-Weller, sondern der Vorsitzende.

Wir machen weiter in der Tagesordnung mit Herrn Professor Dr. Andreas Christen, Professor für Umweltmeteorologie, Sprecher des Instituts für Geo- und Umweltwissenschaften an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg, und Herrn Jonas Albert, Berater für Digitalisierung im Gesundheitswesen der _fbeta GmbH in Berlin. Sie haben jeweils eine Viertelstunde Zeit.

Beginnen wird Herr Professor Dr. Andreas Christen. Sie haben auch eine Präsentation mitgebracht.

(Eine Präsentation [*Anlage 3*] wird begleitend zum Vortrag eingeblendet.)

Sv. Herr Dr. Christen: Herzlichen Dank für die Einladung. – Wie gesagt, ich bin Meteorologe, Naturwissenschaftler. Das Klima in Städten und auch der Klimawandel in Städten sind meine Themenschwerpunkte.

Ich werde heute zur Hitze sprechen, aber Klimawandel und Gesundheit sind ein vielschichtiges Problem. Wir haben viele Dimensionen von Hochwasser, Stürmen, Luftverschmutzung, die kombiniert wirken können und dann eine ganze Reihe an indirekten Auswirkungen haben. Was bedeutet das für bestimmte Krankheiten? Was bedeutet das für die Sicherheit der Nahrungsmittelproduktion, die ich jetzt nicht ansprechen kann, usw.?

Ich habe mir vier Fragen überlegt, die wir in den 15 Minuten besprechen können: Wie nehmen Hitzewellen und Hitzesituationen in unserem Land zu? Was sind die Auswirkungen des Klimawandels auf die Wärmebelastung und die Mortalität der Bevölkerung? Ganz kurz möchte ich darauf eingehen: Was bestimmt die Wärmebelastung des Menschen? Wie können wir uns als Gesellschaft an die zukünftigen Bedingungen anpassen?

Sie sehen auf dieser Folie unten ein Bild, das in Freiburg während einer Hitzewelle aufgenommen wurde. Dieses zeigt nicht die Lufttemperatur. Nicht die Luft ist 50 Grad heiß, sondern die Bodenflächen heizen sich so auf. Das bedingt, dass die Menschen in entsprechenden Wärmestress kommen.

Es ist ein globales Phänomen. Auf dieser Karte des Intergovernmental Panel on Climate Change aus dem letzten Sachstandsbericht sehen wir, dass fast überall auf der Erde die Anzahl an Hitzewellen zugenommen hat. Diese Hitzewellen können eindeutig – das sind die drei Punkte – und mit hohem Vertrauen dem menschlichen Handeln – sprich: unseren Emissionen – im Klimasystem zugeordnet werden. Das heißt,

die extreme Hitze hat fast überall zugenommen, außer in den wenigen grauen Bereichen von Nordamerika und Südamerika. Das ist den Menschen zuzuschreiben.

Nun zu unserem Land, der Lufttemperaturzunahme in Baden-Württemberg: Ich denke, Sie kennen diese Abbildungen des Deutschen Wetterdienstes. In Rot wird die „Fieberkurve“ unseres Landes dargestellt – die Lufttemperaturen sind höher als im Mittelwert –, in Blau dargestellt sind sie geringer. Es ist klar ersichtlich, dass in den letzten Dekaden deutlich höhere Temperaturen festzustellen waren. Von den zehn wärmsten Jahren waren neun nach dem Jahr 2000 hier im Land. Die Erwärmung seit 1880 ist mit etwa 1,5 bis 1,6 Grad statistisch signifikant. Das ist deutlich mehr als die globale Erwärmung, die nur bei etwa 1 Grad liegt. Der Grund ist: Die Landmassen erwärmen sich stärker. Ich werde nachher zeigen, dass sich die Städte noch stärker erwärmen.

Das hat Auswirkungen. Die mittlere Temperatur ist nicht aussagekräftig, wenn es um Gesundheitsaspekte geht, sondern allen voran sind es die Extrema. Die extrem heißen Tage in Baden-Württemberg haben deutlich zugenommen. Ein heißer Tag ist meteorologisch ein Tag, an dem die Temperatur über 30 Grad liegt. Sie sehen hier für ausgewählte Städte in Baden-Württemberg, welche Anzahl an heißen Tagen im Zeitraum 1971 bis 2000 zu erwarten war, dann in den nächsten 30 Jahren – anhand von Klimaprojektionen – und am Ende des Jahrhunderts zu erwarten sind. Dazu muss man sagen: Das sind Simulationen. Die gehen davon aus, wir würden die Emissionen weiterlaufen lassen, wie sie sind, also keine großen Emissionsreduktionsmaßnahmen umsetzen. Damit hätten wir z. B. in Mannheim eine Verdreifachung, in Stuttgart eine Verfünffachung der heißen Tage.

Hitzewellen sind Witterungsperioden mit überörtlich warmen Bedingungen. Üblicherweise wird das statistisch als das 95. Perzentil dargestellt. Diese Hitzewellen – in der Präsentation habe ich das Wort „Hitzewellen“ mit „HW“ abgekürzt – haben schon zugenommen, und sie werden in Zukunft noch weiter zunehmen.

Sie sehen auf der Folie „Hitzewellen: Zukünftige Trends“ u. a. die Anzahl der Hitzewellen für den Zeitraum 1981 bis 2010. Das sind die beiden blauen Balken. Wir haben ungefähr – das gilt für ganz Deutschland – zweieinhalb Hitzewellen pro Jahr in diesem Zeitraum beobachtet. Die orangen und die roten Balken zeigen in der Klimaprojektion in der Mitte die Anzahl der Hitzewellen in den nächsten 30 Jahren und rechts für das Ende des Jahrhunderts. Wir unterscheiden zwischen dem RCP4.5 – das sind die orangen Flächen; das ist ein Emissionsszenario, in dem wir ganz massive Anstrengungen unternehmen, um den Klimawandel abzuschwächen – und dem RCP8.5 – das sind die dunkelroten Grafiken oder Balken; das ist business as usual: Wir emittieren weiterhin.

Wir sehen: In der Mitte des Jahrhunderts, in den nächsten 30 Jahren hat das keine große Auswirkungen. Wir haben schon eine deutliche Erwärmung, weil die vergangenen Emissionen bereits jetzt im Klimasystem wirken. Auf die mittel- bis langfristi-

gen Perioden aber hat es große Auswirkungen, sodass wir insgesamt beim Worst-Case-Szenario RCP8.5 auf sechs Hitzewellen pro Jahr kommen.

Die Dauer der Hitzewellen wird auch zunehmen. Am Ende des Jahrhunderts wären sie bei einem mäßigen Emissionsszenario im Mittel zwei Tage länger. Im RCP8.5 würde jede Hitzewelle drei bis vier Tage länger andauern.

Die Intensität der Hitzewellen wird leider auch zunehmen und hat schon in der Vergangenheit zugenommen. Im Mittel werden sie etwa ein halbes Grad, im Worst-Case-Szenario durchschnittlich 1 Grad heißer sein als jetzt.

Auf der folgenden Folie habe ich Ihnen die Anzahl zukünftiger Hitzewellentage für Deutschland dargelegt. In dem nahen Zukunftsfenster werden sie nicht mehr groß beeinflussbar sein, aber in der mittleren bis längeren Zukunft gibt es große Unterschiede zwischen dem mäßigen und dem starken Klimawandel. Wichtig zu wissen ist auch, dass längere Hitzewellen proportional stärker zunehmen werden als kurze. Wir werden in der Zukunft mehr lange Hitzewellen haben. Man sieht das hier an der Dauer in sogenannten Doppeltagen, vom Deutschen Wetterdienst für die historische typische Dauer geschätzt, also fünf Tage. Im RCP8.5-Szenario, ganz rechts, wird es aber auch Hitzewellen geben, die bis zu 30 Tage im Jahr andauern.

Welche Auswirkungen hat das auf unsere Gesundheit? Ich kann hier exemplarisch nur zwei Krankheiten, die mit Hitze zusammenhängen, auflisten, und zwar das Mortalitätsrisiko bei Atemwegserkrankungen und Herzerkrankungen. Die Atemwegserkrankungen sind in Blau, die Herzerkrankungen in Rot dargestellt. Das Risiko nimmt mit der Hitze sehr stark zu. Atemwegserkrankungen hat man natürlich vor allem auch im Winter. Hier wurde das relative Risiko dargestellt, der RR-Wert der Mortalität. Das bedeutet, wenn eine Hitzewelle im Sommer kommt: Wie hoch ist die zusätzliche Mortalitätsrate aufgrund dieser Witterung? Der Jahresgang, dass wir im Winter mehr Todesfälle haben als im Sommer, wird hier herausgerechnet. Das heißt, statistisch versucht man, in diesem Beispiel die Temperaturschwankungen zu erfassen und die jahreszeitlichen oder auch die Wochenschwankungen herauszunehmen.

Je länger eine Hitzewelle dauert – ich denke, das ist allgemein bekannt –, desto höher ist die Mortalität. Es braucht eine gewisse Zeit, bis sich Gebäude aufheizen, bis der Körper in Stress gerät. Eine kurze Periode von wenigen Minuten Hitze kann man gut aushalten, auch mal einen Tag, aber wenn sie andauert und es sich nachts nicht mehr abkühlt, dann nimmt die Mortalität zu. Sie sehen hier in der Grafik für Erkrankungen der unteren Atemwege die Zunahme der Mortalität bei einem mäßigen und bei einem starken Klimawandel. Auf der rechten Seite sehen Sie, dass wir aufgrund von Hitzewellen eine größere zusätzliche Mortalität zu erwarten haben.

Wie reagiert der menschliche Körper auf Hitze? Die Lufttemperatur ist nicht der einzige Parameter, der uns in Stress versetzt. Wir sind an sich von einer Vielzahl an

meteorologischen Bedingungen, aber auch von personenbezogener Vulnerabilität beeinflusst.

Meteorologische Bedingungen sind einerseits die Temperatur, andererseits aber auch die Feuchtigkeit. Wer einmal in den Tropen war, weiß das. Wenn es richtig feucht ist, kann man nicht mal mehr schwitzen; dann ist der Wärmestress deutlich höher. Dazu kommt: Wenn der Wind bläst und die Temperatur unter der Körpertemperatur liegt, dann ist das angenehm. Das ist der Grund, warum wir Ventilatoren aufstellen, die die Wärme von unserem Körper abführen. Der Wind spielt auch eine Rolle, ebenso die Strahlung. Das kennt man. An einem Sommertag geht man in den Schatten und nicht in die Sonne. Die Sonnenstrahlung, aber auch die Infrarotstrahlung werden aufgenommen.

Das müssen wir mit der personenbezogenen Vulnerabilität kombinieren. Zu personenbezogenen Faktoren gehören z. B. Kleidung oder die Tätigkeit, die man ausübt – ob man Sport macht oder nicht, ob man auf der Arbeit viel Energie produziert. Das heißt, Messungen, Modellierungen, Vorhersagen der gesundheitlichen Auswirkungen von Hitze können nicht nur die Temperatur berücksichtigen.

Auf dieser Folie sehen Sie eine wissenschaftliche Anordnung, eine Wetterstation. Diese misst die verschiedenen Größen wie Strahlung, Lufttemperatur, Wind und Feuchte. Man könnte daraus an verschiedenen Punkten, z. B. in einer Stadt, die Wärmebelastung des Menschen herleiten.

Um das zu übersetzen, nutzen wir sogenannte thermophysiologische Indizes. Das sind standardisierte Verfahren, mit denen man diese Größen verrechnen und auch auf einen „standardisierten“ Menschen beziehen kann, der z. B. sitzt oder bestimmte Kleidung trägt. Daraus lässt sich errechnen, ob in diesem Zustand eine Kältebelastung oder eine Wärmebelastung auftritt.

Auf der rechten Seite sehen Sie, welche Auswirkungen das auf den Körper hat. Die rote Linie ist die Körpertemperatur. Die versuchen wir natürlich konstant zu halten. Wenn es in die Extreme geht, dann besteht die Gefahr einer Hypothermie oder einer Hyperthermie, weil der Metabolismus nicht mehr mit den Umgebungsbedingungen umgehen kann.

Zwei Beispiele, wo man das einsetzen kann: Wir können nicht nur die Temperatur, sondern auch die Physiologisch Äquivalente Temperatur in Klimamodellen vorhersagen. Hier wurde das in einem Projekt für den Zeitraum 1961 bis 1990 für die Stadt Freiburg im Breisgau gemacht. Das ist die Verteilung. Welche Klasse kommt wie häufig vor? Das sind nicht Lufttemperaturen, sondern entsprechende Stresslevel. Darübergelegt ist in Rot, wie es zum Ende des Jahrhunderts nach dem RCP8.5-Szenario aussehen wird. Wir sehen auf der linken Seite, dass die Kältestresssituationen abnehmen, während die Extrema auf der Hitzeseite zunehmen. Um das zu quantifizieren: Etwa 410 Stunden pro Jahr wird die starke Wärmebelastung zusätz-

lich auftreten. Die extreme Wärmebelastung, die im Referenzzeitraum 1961 bis 1990 nicht aufgetreten ist, wird in dieser Situation nochmals etwa 500 Stunden pro Jahr ausmachen.

Zum Schluss, weil ich gesagt habe, dass ich zu Städten arbeite: Was bedeutet das für die Planung, für die Politik? Städte bilden ein eigenes Klima aus. Das ist eine Hitzewelle 2019, als wir in Freiburg Messungen gemacht haben. Die obere rote Kurve ist die Temperatur, jetzt wiederum nicht die Physiologisch Äquivalente Temperatur, in der Stadt, die untere grüne die Temperatur in einem Wald. Wir sehen, dass die Temperaturen tagsüber ähnlich sind. Ob wir in einem Wald oder in einer Stadt sind: Die Lufttemperatur – nicht die Strahlung – ist gleich. Von Bedeutung ist, dass die Minimumtemperatur in der Stadt bis zu 5 Grad wärmer bleibt. Die Stadt kühlt nicht aus, die Stadt speichert die Wärme vom Tag. Das führt zu städtischen Wärmeinseln.

Wir haben jetzt ein neues Messnetz in Freiburg, und man kann die Daten in Echtzeit abrufen. Die Stadt sieht jetzt die Daten während einer Hitzewelle. Das gilt übrigens auch für Hochwasser- und andere Daten. Es sind verteilte Messnetze. Tagsüber sieht das nicht sehr spannend aus. Die Daten sind aus diesem Sommer, vom 19. Juni. Sie sehen, überall sind etwa 38, 39 Grad, ein bisschen weniger, wo es mehr Bäume gibt oder wo wir auf einem Hügel sind.

Wenn wir uns aber die Nacht anschauen, dann sehen wir deutliche Unterschiede. Im Stadtzentrum sind es 25 Grad, während es im Umland 18, 19 Grad sind, teilweise sogar noch weniger. Das hat natürlich Auswirkungen auf die Bevölkerung. Wenn Sie in einer versiegelten, dichten Stadt leben, dann können Sie nachts nicht mehr abkühlen.

Mit diesem Messnetz – das ist neu und Teil eines europäischen ERC-Projekts – messen wir nicht nur Temperaturen, sondern wir messen wirklich die physiologische Belastung des Menschen. Wir können PET-Werte innerhalb der Stadt auftrennen. Wir haben hier beispielhaft vier Stationen ausgewählt: eine in der Kernstadt – auf der linken Seite –, eine in einem Industriegebiet, eine am Stadtrand und eine im Umland über einem Feld. Wenn ich jetzt nur die Stunden mit extremer Wärmebelastung am 13. August, vor zwei Monaten, herausgreife, sehen wir: 2,8 Stunden extreme Wärmebelastung im Stadtzentrum versus 1,2 Stunden im Umland.

Das sieht noch extremer aus, wenn wir in die Innenräume gehen. Da wird es echt komplex, insbesondere bei Arbeitsplätzen. Wir haben in einem Projekt zusammen mit Frankreich, Interreg, an etwa 120 Arbeitsplätzen in der Oberrheinregion über ein ganzes Jahr Messungen des PET durchgeführt. Je nach Arbeitsplatz sehen wir riesengroße Unterschiede. In einer Produktionshalle, wo Maschinen laufen, kann es auch im Winter dauerhaft superheiß sein und eine Wärmebelastung geben, während es in Büros je nach Lage und Höhe unterschiedlich ist. Das macht die Anpassung schwierig.

Zum Schluss: Was sind unsere Strategien der Hitzeanpassung? Wir können mit Hitze umgehen, indem wir unser Verhalten anpassen. Beispiele sind die Anpassung von Arbeitszeiten – nicht die Reduktion, sondern wir beginnen einfach früher und hören früher auf –, die Anpassung der Ernährung, aktives Abkühlen, Lüften usw.

Auf der politischen Ebene sind gesamtgesellschaftliche Hitzeaktionspläne, Risikobewertungen relevanter. Die sollen nicht nur zeigen, wo es heiß ist, sondern auch, wo die vulnerable Bevölkerung ist. Wo sind Menschen, die nicht mobil sind? Was ist mit den Menschen, die nicht mehr den Raum wechseln können, weil sie in einem Krankenhaus oder Altenheim sind? Die Ausbildung ist ebenfalls ein Beispiel.

Blaue und grüne Infrastruktur: Wir können das Stadtgrün erweitern und erhalten. Wir können grüne Dächer planen und Kaltluftbahnen sichern.

Als letzte Möglichkeit haben wir technologische Anpassungen. Wir können z. B. Hitzewarnsysteme verfeinern. Wir können Frühwarnungen ausgeben, sodass man Dinge anpassen kann und eine Arbeit vielleicht nicht morgen, sondern erst in drei Tagen oder besser heute noch macht. Weitere Aspekte sind Beschattung und Gebäudeautomation.

Meine wichtigsten Aussagen am Ende:

Hitzewellen nehmen in Deutschland aufgrund des Klimawandels schon zu und werden bis zum Ende des Jahrhunderts weiter zunehmen. Etwa zwischen 18 bis 41 Tagen mehr an Hitzewellen sind für ganz Deutschland in den Klimawellen prognostiziert. Sie werden im Mittel länger andauern und intensiver ausgeprägt sein.

Als Folge davon steigt die Hitzemortalität der Bevölkerung. Man geht davon aus, dass die Mortalität aufgrund von Wärmebedingungen bis zur Mitte und zum Ende des Jahrhunderts für die Atemwegserkrankungen um etwa 10 %, für die Herzkrankheiten um etwa 5 % zunehmen wird. Das besagt eine aktuelle Studie des Deutschen Wetterdienstes.

Die Wärmebelastung des Menschen ist die kombinierte Wirkung von Temperatur, Strahlung, Wind und Feuchtigkeit. Anpassungsstrategien müssen all diese Wirkungen berücksichtigen, z. B. Kaltluftbahnen in Städten erhalten, Wind richtig managen und gleichzeitig die Vulnerabilität und Mobilität der Bevölkerung berücksichtigen.

Die Wärmebelastung – das war mein Punkt von der Forschung her – wird insbesondere in dichten Siedlungen zusätzlich durch einen städtischen Wärmeinseleffekt verstärkt. Der ist in den Studien, in den Klimaprojektionen, in den Daten nicht eingeschlossen. Wichtig sind auch Innenraumbedingungen.

Wir können mit diesen vier Maßnahmen – Verhaltensanpassung, politischer und gesellschaftlicher Anpassung, grüner und blauer Infrastruktur sowie technischer Anpassung – der zunehmenden Wärmebelastung lokal entgegenwirken. Das sind die Handlungsspielräume, die wir hier haben.

Danke schön.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Christen. Sie dürfen jetzt verschlafen. – Nun hat Herr Albert das Wort, dem ebenfalls eine Viertelstunde Redezeit zur Verfügung steht.

(Eine Präsentation [*Anlage 4*] wird begleitend zum Vortrag eingeblendet.)

Sv. Herr Albert: Herzlichen Dank, dass ich hier sprechen darf. – Es geht um „Resilienz durch Digital Health“, also digitale Gesundheitsinnovationen als Mittel, um die Resilienz der Bevölkerung zu erhöhen oder im Fall einer Katastrophe agieren zu können.

Warum sage ich etwas dazu? Nur ganz kurz: Ich berate in meiner Funktion in Berlin das Bundesgesundheitsministerium, größere Krankenkassen, aber auch die Industrie. Das heißt, wir haben einen ganz guten Überblick darüber, was es gibt, wo Hindernisse sind, aber auch darüber, welche unterschiedlichen Handlungsspielräume den Akteuren zur Verfügung stehen. Ich werde heute versuchen, das alles so gut es geht abzubilden.

Bevor wir in die Details gehen, was man konkret machen kann, komme ich zunächst einmal zu den wichtigen Fragen: Was ist Digital Health? Wie kann man das einteilen? Ich habe hier eine Klassifizierung vorgenommen, die sicherlich noch wesentlich granularer sein könnte, wenn man das wollte. Ich hätte sie auch gern noch wesentlich granularer, aber das würde heute den Rahmen sprengen. Um aktiv Handlungsoptionen in diesem Bereich formulieren zu können, sollen uns diese vier Bereiche für heute genügen:

Erstens: Telemedizin. Das wird oft als Sammelbegriff verwendet. Heute geht es für uns um die direkte Kommunikation und Datenübermittlung, entweder zwischen zwei oder mehreren Leistungserbringern – Healthcare-Provider, Ärztinnen und Ärzten, Physiotherapeuten, nennen Sie es, wie Sie es möchten – oder zwischen Patient und Leistungserbringer. Es geht darum, dass die direkte Kommunikation über digitale Mittel funktioniert. Das ist Telemedizin.

Zweitens: E-Health – das ist der größte Sammelbegriff. E-Health bezieht sich heutzutage eigentlich als Unterkategorie von Digital Health hauptsächlich auf die Dateninfrastruktur wie Patientenakten, auf digitale Services für Akteure im Gesundheitsbereich, aber auch auf digitale Unterstützung für analoge Geräte. Ein Röntgengerät kann alt sein und total analog funktionieren, aber ich kann von diesem Röntgengerät digitalen Output erzeugen und damit die Ergebnisse interoperabel mit anderen Lösungen machen oder telemedizinisch nutzen.

Drittens: digitale Therapeutika. Davon haben vielleicht einige von Ihnen schon etwas gehört. Seit Neuestem gibt es auch Software, die von der GKV erstattet wird. Das ist ein sehr neues Feld, vor allem weil es sich hierbei um unabhängige selbstwirksame Interventionen handelt. Das ist sehr wichtig, weil wir hier ein Feld haben, das unendlich skalierbar ist. Das ist so, als könnte man Leuten Medikamente kostenlos direkt nach Hause schicken und sie auch unendlich kostenlos vermehren. Das sind digitale Therapeutika. Wichtig ist, dass sie selbstwirksam sind. Das heißt, deren Wirkung ist nicht nur nachgewiesen, sondern sie sind eine Intervention, die einfach im Kontakt zwischen Patient und Software wirksam wird. Natürlich geht es darum, nicht nur therapeutische, sondern auch präventive Wirkung zu entfalten. Das beinhaltet nicht nur Primärprävention, sondern auch sekundäre und tertiäre therapeutische Wirkung.

Viertens: Robotik. Sie sehen, diese Punkte habe ich sehr kurz gehalten. Man kann Robotik tausendfach definieren. Für heute soll das Stichwort „Selbsttagierende Systeme“ genügen; Sie können aber gern noch ein paar Fragen dazu stellen. Robotik ist ein ganz wichtiger Teil, weil es ein Riesengebiet ist. Das ist so, als würde man versuchen, die Automobilindustrie mit zwei, drei Worten zusammenzufassen. Das wird relativ bahnbrechend sein, aber für die Robotik gibt es mit die größten Hürden in der Umsetzung, obwohl sie eigentlich gar nicht da sein müssten.

Bottomline: Künstliche Intelligenz generell wird oft als separater Sektor oder Bereich gesehen, den man irgendwie noch darstellen muss. Künstliche Intelligenz ist ein Werkzeug. Es ist eine Software, die mit Input einen gewissen Output kreiert, und als solche sollte sie auch gesehen werden. Künstliche Intelligenz als Selbstzweck halte ich für verfehlt. Das heißt aber nicht, dass sie nicht trotzdem massiv gefördert werden muss. Es ist eines der mächtigsten Werkzeuge, die wir haben, vor allem hinsichtlich der Skalierung und des weiteren Ausbaus von digitalen Technologien.

Eine Sache noch generell: Wir merken sowohl bei staatlich geförderten Innovationen als auch bei den Innovationen, die wirklich aus dem Markt heraus entstehen, aus der Industrie heraus oder die von Bürgerinnen und Bürgern selbst kommen, dass Technologie überhaupt nicht das Problem ist. Die Technologie ist da, viele Sachen funktionieren. Es geht lediglich um die Implementierung. Es geht darum, Dinge sowohl ökonomisch als auch ökologisch nachhaltig in Gesellschaften, in Märkten, in Gruppen zu implementieren. Das sollte das übergeordnete Ziel sein, weil nur so auch Resilienz nachhaltig vorbereitet werden kann.

Generell – viele von Ihnen werden das wahrscheinlich schon im Hinterkopf haben, wenn Sie dies hören – gibt es eine gewisse Überschneidung der verschiedenen Bereiche. Diese Grafik zeige ich nicht nur, weil sie schön aussieht und die Kreise schön ineinandergreifen. Vielmehr arbeiten fast alle diese Bereiche zusammen. In einem digitalen Therapeutikum, das ich z. B. auf meinem Smartphone habe, kann natürlich eine telemedizinische Funktion dabei sein. Dann sagt zwar das BfArM: „Nein, das wird nicht mehr von der GKV bezahlt“, aber das ist eine regulatorische Geschichte auf Bundesebene. Rein von der Technologie macht es Sinn und gibt auch etwas her, genauso wie ein gutes integriertes Robotiksystem, z. B. ein Da-Vinci-Roboter im Krankenhaus, der chirurgische Eingriffe vornimmt. Der funktioniert nur mit einer anständigen Dateninfrastruktur im Hintergrund. Das ist ein ganz wichtiger Punkt, den wir nicht vergessen dürfen.

Oft werden einzelne Technologien separat gepusht oder separat betrachtet. Das funktioniert meistens nicht so gut, als wenn man ein Umfeld schafft, in dem sich diese Technologien dynamisch – es muss nicht mal organisch sein, dynamisch würde mir schon reichen – entwickeln können. Das kann auf kommunaler, auf regionaler, auf Landesebene sein, sollte aber selbstverständlich auch auf Bundesebene passieren.

Bevor wir zu konkreten Anwendungsbeispielen für diese Technologien im Zusammenhang mit Resilienz und auch zu ein paar ganz konkreten Forderungen kommen, habe ich noch ein paar kurze Gedanken zum Datenschutz, die sowohl auf Bundes- als auch auf verschiedenen Landesebenen momentan immer wieder besprochen werden, die mir persönlich sehr wichtig sind.

Wir haben in der Pandemie gesehen: Datenschutz kostet Menschenleben. Das ist ein Trade-off, der ist so. Das kann man auch relativ genau berechnen. Darüber sollten wir uns unterhalten, und dessen sollten wir uns bewusst sein.

Datenschutz wird derweil oft vorgeschoben, um als Entschuldigung zu gelten, wenn man eigentlich keine Innovation will und dann sagt: „Aber der Datenschutz ...“ Datenschutz ist extrem wichtig, aber er sollte dem Zweck dienen, dass wir Dinge auch dann machen können, wenn sie viele Daten benötigen, um gewisse Innovationen zu realisieren. Trotzdem muss gleichzeitig die Privatsphäre geschützt werden. Sobald Datenschutz ein Argument dafür wird, dass etwas nicht geht, hat die Gesellschaft, die Politik, die Stakeholder oder wer auch immer versagt, weil wir keine Lösung gefunden haben, Datenschutz und Innovation zu verheiraten. Das ist mir ganz wichtig, weil man zwei Drittel der Dinge, die ich nachher vorschlagen werde, ganz einfach mit Datenschutz abbügeln könnte. Das darf nicht passieren. Man kann sagen, man muss schauen, dass es besser funktioniert, aber ein generelles Nein ist immer schwer zu akzeptieren.

Die Verhältnismäßigkeitsprüfung, die wir im juristischen Bereich an vielen Stellen haben, wird häufig außer Acht gelassen, wenn es um Datenschutz geht. Ich denke,

das ist einer der Schlüssel zu einer guten Resilienzvorsorge für Gesellschaften aller Größen.

Das gilt auch in Notlagen, z. B. in der Pandemie. Wenn man in einer Krise ist, sagt man: Bitte teilen Sie alle meine Daten. Wenn man eine seltene Krankheit bekommt, wenn man Krebs im Endstadium hat, sagt man: Bitte nehmt meine Daten, dann kann ich anderen helfen, meinen Kindern, meinen Verwandten, die das vielleicht auch irgendwann bekommen, ich kann der Gesellschaft helfen, oder ich kann mir helfen; vielleicht gibt es noch schnell ein Medikament, eine Impfung. Diesen Punkt dürfen wir nicht erst abarbeiten, wenn wir in der Krise sind, sondern wir müssen uns vorher über folgende Fragen Gedanken machen: Wo gibt es Schranken? Welche Wege gibt es, wie wir das Teilen und das gemeinsame Verarbeiten, das gemeinsame Nutzen von Daten besser voranbringen können?

Jetzt kommen wir zu ganz konkreten Beispielen. Auf dieser Folie sehen Sie sechs Kernvorteile, die wir bei digitalen Technologien haben, wenn wir sie anwenden und aktiv auf die Bevölkerungsresilienz, auf die Krisenfestigkeit, auf Katastrophen vorbeugend Einfluss nehmen.

Erstens: Datenaustausch. Diesen Austausch brauchen wir, um Kapazitäten zu planen. Das ist relativ straight forward. Wir kennen das von den Krankenhäusern während der Coronapandemie. Oft wird aber die Möglichkeit unterschätzt, Forschung zu betreiben. Im Vereinigten Königreich konnten ganz andere Studien durchgeführt werden. Wie die NHS – das ist der monopolistisch agierende nationale Gesundheitsanbieter dort, der alles regelt, dem alle Krankenhäuser gehören; es ist nicht so, dass ich das für Deutschland möchte, dort gibt es ganz andere Probleme mit Ineffizienz – Forschung machen kann, ist bahnbrechend. Man hat eine riesige Datenbank. Man kann einfach sagen: Okay, los. Ich will wissen: Bringt diese Maßnahme etwas, oder nicht? Wie sieht es mit den Betten aus, etc.? Um Hilfe zu koordinieren, schaut man: Wer braucht was wann wo? Deswegen ist Datenaustausch nie ein Selbstzweck. Man muss immer schauen: Warum? Die Bereitstellung von Daten zu diesen Zwecken ist nicht nur evident, sondern eigentlich auch relativ easy zu bewerkstelligen.

Zweitens: Gleichzeitig – dieser Punkt ist natürlich verwandt – können Kapazitäten digital wesentlich schneller hochgefahren werden, als das mit analogen Lösungen der Fall ist. Ich habe Ihnen vorhin schon das Beispiel der digitalen Therapeutika genannt. Natürlich wirken die nicht genauso wie Tabletten. Sie nehmen meistens Verhaltensanpassungen vor, aber manchmal geben sie auch Instruktionen für Übungen oder erklären den Menschen, wie sie ihr Sauerstoffgerät zu Hause richtig benutzen. Man kann alles, was digital versorgt ist – durch die Natur digitaler Innovationen –, kopieren, über öffentliche Netze – das Internet natürlich –, aber auch über private Netze verteilen. Beides ist möglich. Das heißt, das Hochfahren von Kapazitäten funktioniert wesentlich schneller. Man sollte also aktiv schauen: Wo kann ich diese Aspekte nutzen?

Drittens: Flexibilität hat auch etwas damit zu tun. Wenn ich an ein telemedizinisches Netzwerk angeschlossen bin, ist es ganz egal, wo der Arzt sitzt. Dann kann bei meinem Hausarzt oder bei meiner Hausärztin der Strom ausfallen, das ist völlig fine, weil ich einfach mit jemand anderem verbunden werde. Das heißt, wir haben eine gewisse Flexibilität, die wir im analogen, im physischen Bereich nicht haben.

Viertens: Kosteneinsparungen sind immer ein sehr heikles Thema. Das glaubt einem aber niemand. Digital ist immer erst mal teuer. Das stimmt auch manchmal, das will ich gar nicht verneinen. Aber vor allem bei der Primär-, der Sekundär- und auch der Tertiärprävention kann man im GKV-Bereich gesellschaftlich und gesundheitsökonomisch auf Landes- oder auf Bundesebene ganz oft große Einsparungen schaffen, weil die Leute einfach stabiler sind und weniger krank werden. Wir reden so, als müssten Krisen immer Naturkatastrophen oder Pandemien sein. Es könnte sich auch lediglich um eine Krise handeln, dass wir auf einmal keine Pflegekräfte mehr haben oder dass wir eine überalterte Gesellschaft haben, die wahnsinnig schnell krank wird. In diesem Zusammenhang ist die Kosteneinsparung durch die Sekundär- und Tertiärprävention einfach ein reeller Punkt, den wir mittelfristig realisieren werden.

Fünftens: Personal entlasten. Ich habe es gerade schon angesprochen. Der Pflegezustand ist eine Sache. Natürlich schwebt über allem das Damoklesschwert: Wir ersetzen Personal, wir ersetzen irgendetwas in der Pflege. Ich erinnere mich gern an die Kohleschaufler in den englischen Loks, die irgendwann, als die Dieselloks kamen, einfach ersetzt wurden. Sie durften dann aber noch mitfahren, damit die Arbeitsplätze nicht wegfielen. Ich glaube nicht, dass irgendein Beruf im Gesundheitsbereich derart obsolet ist wie ein Kohleschaufler. Das wird nicht passieren. Wir haben überall zu wenig Leute. Digitale Assistenztechnologien oder Technologien, die einzelne Tätigkeiten ersetzen, z. B. eine Dokumentation, damit jemand ernsthaft mehr Zeit am Patienten verbringt – das ist so evident –, kann man gut einsetzen. Es sollte auf keinen Fall ein Problem sein, Kapazitäten zu schaffen, die Krisensituationen aktiv vorbeugen können.

Sechster und letzter Punkt: vulnerable Gruppen. Das hat vor allem etwas mit Gruppen zu tun, die schwer erreichbar sind, sei es sprachlich oder auch physisch an irgendwelchen Orten. Digitale Technologien haben den Vorteil, dass sie anpassbar sind, sei es in der Sprache, in der Barrierefreiheit, ob das Farbenblindheit ist, Text-to-Speech oder Ähnliches. Die ganze Nation anzurufen, ist schwierig, wenn ein paar Leute der Bevölkerung taub sind, und das sind einige. Ältere Menschen können vielleicht nicht mehr ans Telefon gehen. Wenn man mit digitalen Technologien, so selten sich das auch anhört, anständig barrierefrei designt, sind sie oft einfacher zugänglich als existierende, bereits etablierte analoge Methoden.

In den letzten drei Minuten würde ich gern noch auf ganz konkrete Beispiele eingehen und mich auf einige Forderungen berufen.

Für den Datenaustausch – ich habe es schon gesagt –: Ein zentrales Verzeichnis für Krankenhausbetten und Gesundheitsdaten wäre super. Ich weiß, das liegt nicht unbedingt auf Länderebene, aber ich würde mich freuen, wenn man sich auf Länderebene dafür einsetzen könnte, dass es im Bund endlich funktioniert.

Für die Kapazitäten: Ein digitales Behandlungsprogramm für Mangelernährung – das ist in Deutschland jetzt nicht so wahrscheinlich – könnte im Fall einer Hungersnot zur Verfügung gestellt werden. Solche digitalen Behandlungsprogramme könnte man fördern und Erstattungsmöglichkeiten schaffen. Wir denken immer, wir müssen solche Technologien staatlich bezahlen und da hineinpflanzen. Es muss eine Möglichkeit geben, wie Dinge erstattet werden können; denn die Technologie, die Innovation ist meistens schon da. Ob das die Kranken- oder Pflegekasse oder sonst wer übernimmt, ist dabei erst mal egal – Hauptsache, es gibt eine Möglichkeit, dass sich die Unternehmen, die so etwas herstellen, gemeinnützige Vereine oder wer auch immer stabil etablieren können.

Für die Flexibilität: Die Telemedizin habe ich vorhin schon angesprochen. Wenn es in Stuttgart einen großen Stromausfall gibt und das Umland die Ärzte nicht mehr aufsuchen kann, könnten die Menschen telemedizinisch zumindest vorübergehend z. B. aus München versorgt werden, wo man Überkapazitäten im hausärztlichen Bereich hat. Schrecklich, aber das wäre zumindest eine Sache, die man gut nutzen könnte.

Für Kosteneinsparungen: digitale Präventions- und Behandlungsprogramme. Die sind derart wirksam. In die DMP-Behandlungsrichtlinie – Disease-Management-Programm – sind digitale Interventionen mittlerweile für Adipositas – Übergewicht, Fettleibigkeit – aufgenommen worden. Es wird immer weiter dazu kommen, dass hier einzelne Programme aufgenommen werden. Auch da geht es eigentlich nur darum – das ist auf Bundesebene teilweise schon geschehen –: Man muss Geschäftsmodelle für Anbieter solcher Behandlungsprogramme ermöglichen. Das müssen wir gar nicht großartig staatlich finanzieren, das kann regional, das kann lokal passieren. Das ist ganz egal. Es muss eine Möglichkeit für anständige Geschäftsmodelle geben. Diese können auch von Non-Profit-Organisationen angeboten werden – Hauptsache, die Technologien überleben und kommen am Ende bei den Patienten an. Das verstärkt automatisch die Resilienz der Gesellschaft.

Personal entlasten: Da führe ich immer gern den Roboter im Pflegeheim an. Das ist toll. Die meisten Leute denken dann sofort an den „Terminator“. Das ist ein bisschen blöd. Es ist aber anscheinend ein deutsches Ding, international ist das nicht so. Man denkt ja immer, wenn die Roboter das machen, wird niemand mehr angefasst, das ist total entmenschlicht. Denken Sie einfach an eine smarte Toilette. Wir haben mal eine Umfrage in Belgien gemacht, als ich dort noch geforscht habe, wie gern sich die Leute den Hintern von einer dritten Person abwischen lassen. Die haben gesagt: „Wenn mich eine Toilette selbst sanft vom Rollator nach unten geleitet und das ohne menschliche Hand passiert, finde ich das besser. Ich habe lieber, dass die Pflegekraft danach Zeit hat, mir die Hand zu halten und mich zu fragen, wie mein Tag war.“

Natürlich gibt es auch Gegenbeispiele. Aber ich bitte, beide Seiten zu beachten und nicht nur an den „Terminator“ zu denken.

Zum Schluss zu den vulnerablen Gruppen: Informationen zu einer nuklearen Katastrophe müssen an die gesamte Gesellschaft verteilt werden. Katastrophen-Apps oder generell digitale Kommunikationsmethoden können diese Informationen sprachübergreifend und barrierefrei überallhin verbreiten und somit wesentlich schneller die Krisenfestigkeit der Gesellschaft erreichen.

Ganz herzlichen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Albert. – Dann kommen wir zu den Fragen. Frau Kollegin Krebs von der Fraktion GRÜNE. – Bitte.

Abg. Petra Krebs GRÜNE: Vielen Dank für Ihre beiden Vorträge. – Der erste Vortrag schloss an das Thema Hitzewellen an, zu dem wir heute Morgen schon etwas gehört haben. Das verdeutlicht, wie wichtig das Thema zu nehmen ist.

Sie haben schon sehr viele Daten geliefert. Es freut mich nicht, das zu hören, weil es eigentlich ein Drama ist, aber es ist gut, konkret zu sehen, was auf uns zukommt, wenn wir nichts unternehmen. Das muss uns dahin bringen, dass wir noch mehr machen. Eines ist mir noch nicht klar geworden. Deshalb bitte ich Sie, uns neben Ihrer wichtigsten Aussage noch einmal genauer zu sagen, wie Sie die Umsetzung empfehlen würden. Das ist das, was wir hinkriegen sollten. Wir haben heute Morgen schon das Stichwort „Klimaaktionspläne“ gehört. Das scheint mir aber nicht alles zu sein, was man sonst noch machen kann.

Mir ist aufgefallen, dass Sie viel über Stadtplanung und Strukturen gesprochen haben. Das drängt uns wieder zu dem Thema „Health in All Policies“ – wir brauchen alle Bereiche. Können Sie diesbezüglich noch etwas konkreter werden?

Sie haben es schon ganz gut auf den Punkt gebracht. Wir sollen in dieser Enquete-Kommission erarbeiten, wie wir mit künftigen Krisen umgehen können. Die Hitze ist eine Krise, aber mir geht es darum, das noch mehr zuzuspitzen. So steht es auch im Einsatzbeauftrag der Enquetekommission. Es geht um Krisen, die in dem Moment des Eintretens nicht bewältigbar sind. Welche Ideen gibt es dazu? Das ist keine konkrete Frage, aber ich erhoffe mir von Ihnen eine konkretere Antwort.

Dann möchte ich noch gern das Thema „Age-friendly Citys“ in den Raum werfen. Dazu haben Sie nichts gesagt. Ich weiß nicht, ob Ihnen das ein Begriff ist. Es geht um ein Konzept, dass Städte hauptsächlich aus dem Blick des Alters angeschaut werden, weil die Gruppe am vulnerabelsten ist.

Zu dem zweiten Vortrag: Vielen Dank dafür. Bei vielem musste ich schon schlucken, auch als Mensch, der aus der Gesundheitsbranche kommt. Spannenderweise haben Sie alles selbst wieder relativiert, was Sie gesagt haben. Ich beschäftige mich viel mit dem Thema, auch in der Kommunikation mit der Bevölkerung, mit Menschen, die von Pflege- und Gesundheitsberufen abhängig sind: Was können wir ertragen, was Roboter mit uns machen? Ich gebe Ihnen recht, dass es diesbezüglich ganz viele Möglichkeiten gibt. Ich selbst würde mich immer lieber von einem Da-Vinci-Roboter operieren lassen als von einem Arzt, der nicht so viel Erfahrung hat. Trotzdem gibt es Forschung dazu, dass Mensch und Maschine gemeinsam immer die besten Ergebnisse erzielen. In diese Richtung muss es schon gehen.

Wie kann man es hinbekommen, dass der Mensch, der durchaus als soziales Wesen agiert, das auch mitmacht? Wie können wir durch den Einsatz von Digitalisierung mehr Gesundheitskompetenz vermitteln? Es geht nicht nur darum, Krankheiten abzuwehren, sondern auch darum, gesund zu bleiben. Das hat sehr viel mit Kompetenz zu tun. Wo muss man ansetzen, um das bei den Leuten besser hinzubekommen?

Abg. Dr. Michael Preusch CDU: Herr Albert, vielen Dank. Sie haben meine Fragen beantwortet und Anliegen kommentiert, die ich heute Morgen an die Referenten gerichtet hatte. Das ist ein Umgang mit den sogenannten Big Data, wie ich ihn mir wünsche, wie sich aber auch Wirtschaft, Forschung, Entwicklung und die Gesundheitsbranche eigentlich wünschen, wie mit Daten umgegangen wird. Deshalb noch mal herzlichen Dank für den Input. Damit haben Sie die Punkte für die Bewältigung jeglicher Krise genannt.

Herr Christen, wir werden unsere städtebauliche Verdichtung nicht kurzfristig entzerren können. Haben Sie Informationen zur Fassadenbegrünung, auch zur horizontalen Fassadenbegrünung? Was können wir im Bestand ändern, um das städtische Klima zu verbessern?

Sie haben Hitze und die Dauer von Hitzeperioden erwähnt. Oft spielt – man kennt Untersuchungen aus Südeuropa – die Feinstaubbelastung eine erhebliche additive Rolle. Wird das bei uns evaluiert? Wird das gemessen? Ist das ein wesentlicher Faktor? Ich bitte Sie, dazu noch Stellung zu beziehen.

Wir haben unterschiedliche Messstellen im Land. Reichen die erhobenen Daten aus, um Dinge wie die gefühlte Temperatur usw. vorherzusagen? Sie haben die Daten von Matzarakis und Muthers gezeigt. Mit beiden habe ich ein Projekt. Wir sind landesweit daran gescheitert, weil nicht jede Wettermessstation die gefühlte Temperatur erhebt. Was müssen wir im Land tun, um die Vorhersagen noch qualifizierter abgeben zu können? Reichen die bisherigen Daten aus, oder brauchen wir kleinere oder bessere Strukturen, um zu Themen wie z. B. Feinstaub zusätzliche Informationen zu sammeln?

Abg. Dr. Dorothea Kliche-Behnke SPD: Vielen Dank für die beiden Vorträge. – Meine Rückfragen richten sich vor allem an Herrn Professor Christen und gehen in eine ähnliche Richtung wie der letzte Punkt.

Das, was Sie in Freiburg machen – ich hatte mir das in der Vergangenheit schon mal angeschaut –, haben wir woanders im Land so nicht. Deswegen interessiert mich: Was heißt das? Welche Sensorik brauchen wir, damit wir nur annähernd ein zielgenaueres, detaillierteres Wissen über Hitze oder die Lokalisierung von Hitze in Kommunen bekommen?

Damit verbunden ist die Städteplanung. Mit Blick auf den Flächenverbrauch hatten wir über lange Jahre den Konsens, zu sagen: Innenentwicklung – so nennen wir das zumindest in Tübingen, manche nennen es Nachverdichtung – vor Flächenverbrauch und Zersiedelung in der Außenfläche. Das habe auch ich als Kommunalpolitikerin vertreten. Seit einer gewissen Zeit fängt man an, sich zu fragen, was das heißt. Mit Blick auf die Städteplanung war es vielleicht vorschnell, das als klares Prinzip oder Grundsatz der Städteplanung zu nehmen. Wenn man dem folgt, was Sie uns hier gezeigt haben, brauchen wir eigentlich ein Umdenken. Haben Sie Ansätze, wie wir die beiden Problemlagen gut miteinander vereinbaren können?

Mit Blick auf das Thema Feuchtkugeltemperatur frage ich: Können wir davon ausgehen, dass wir in Zukunft Klimaanlage in der breiten Fläche benötigen? Was heißt das für unseren Energiebedarf? Muss Kühlungsinfrastruktur Teil der kritischen Infrastruktur werden?

Anknüpfend an das, was wir heute Vormittag schon besprochen haben – da hatte ich die Rückfrage auch gestellt, aber ich nutze jetzt natürlich die Gelegenheit, jemanden zu fragen, der vermutlich meine Position vertreten wird –: Teilen Sie die Position, dass wir beim Thema „Hitzeaktionspläne für Baden-Württemberg“ – landesweit und/oder kommunal – vorankommen müssen? Für wie dringlich halten Sie das?

Abg. Nikolai Reith FDP/DVP: Es ist schon angeklungen, wir haben uns den Themen heute Morgen eher von der Makroebene her, abstrakt genähert. Das ist eine gute Reihenfolge. Ich bin froh, dass wir jetzt auf der Praxisebene angekommen sind. Vielen Dank für die beiden Inputs. Uns geht es ja darum, dass wir das umsetzen können, dass wir Handlungsempfehlungen abgeben können.

Herr Professor Christen, Sie haben in Ihrer Darstellung beschrieben, dass es auf der einen Seite eine Mehrbelastung durch zunehmende Hitzetage gibt, auf der anderen Seite – und das soll gar nicht ketzerisch sein, sondern einfach für mich als Information – fallen Kältebelastungen weg. Wie ist das in der Bilanz für den menschlichen Körper zu sehen? Wir haben uns gerade darüber unterhalten und gesagt, dass es im Sommer eigentlich ganz schön ist, wenn es warm ist. Wenn es dann noch trocken ist, rein subjektiv, fühlen wir uns wohler. In diese Richtung geht meine Frage. Die Kältebelastung fällt weg, das ist richtig. Müssen wir dann eventuell an der anderen

Ecke, wenn es um den Menschen und um das persönliche Empfinden geht, über Klimaanlageanlagen nachdenken?

Als Kommunalpolitiker interessiert mich auch, wenn es um Quartiere, um Städte geht: Wie ist eine Stadt definiert, die eine Wärmeinsel bilden kann? Ist das schon eine Gemeinde mit 800 Einwohnern im ländlichen Raum, oder sind das Gemeindeoberzentren mit 40 000 Einwohnern? Wann geht es in diesem Bereich los? Wann macht ein Hitzeaktionsplan im kommunalen Bereich Sinn?

Sie sind darauf eingegangen, dass sich die Maßnahmen erst später auswirken. Von welchem Zeitraum sprechen wir denn da? Welche Maßnahmen wirken sich wie in zehn, in 30 oder in 40 Jahren aus?

Herr Albert, es war ganz viel dabei, worüber wir häufig diskutieren. Ich halte es für wichtig, zu sagen, das kann das Soziale, das „Mensch zu Mensch“ nicht ersetzen. Aber ich glaube, wir sind auch dort in einer Krise, auch in Bezug auf Fachkräfte. Sie haben es beschrieben. Man muss das vorhandene Personal und die begrenzte Zeit möglichst gut nutzen. Wir müssen das Personal von dem entlasten, was bei „Mensch zu Mensch“ eigentlich gar nicht so viel zählt. Insofern ist es schon wichtig, dass wir die digitalen Chancen, die Kapazitäten nutzen und verbessern.

Sie haben den Datenschutz genannt. Welche Verhinderungsfaktoren gibt es noch, die uns davon abhalten, die Chancen, die wir in diesem Bereich haben, zu nutzen? Ich meine, die Datenschutz-Grundverordnung ist, wenn man sie in ihrem Sinn anwendet, schon heute eine gute Grundlage, um in dem Bereich wirklich etwas tun zu können und mehr tun zu können.

Sie haben die Telemedizin angesprochen. Da können wir auf jeden Fall noch viel Potenzial heben, um zu erreichen, dass die Medizin zu den Menschen kommt. Welche Zugangsmöglichkeiten, welche Multiplikatoren können wir da noch nutzen? Inwieweit können wir beispielsweise die Wirtschaft oder Betriebe als Multiplikator nutzen? Inwieweit können die Unternehmen, die Betriebe mit ins Boot genommen werden, gerade wenn es um Prävention geht? Das ist eine große Chance, die wir in dem Bereich haben.

Inwieweit kann die Digitalisierung bei der häuslichen Pflege eine Rolle spielen – Stichworte „Pflege und Technik“ oder „Alter und Technik“? Inwieweit haben wir dadurch eine Chance, Menschen in den eigenen vier Wänden in Würde alt werden zu lassen?

Vielen Dank.

Abg. Carola Wolle AfD: Vielen Dank für die interessanten Vorträge. – Ich denke, bezüglich der Nachverdichtung und der grünen Oasen müssen die Städte selbst

schauen, was sinnvoll ist. Ich habe zehn Jahre in Mannheim gelebt. Da war man froh über jeden grünen Flecken.

Eine Idee für einen Hitzeplan wäre es vielleicht, dass Vorlagen prinzipiell vom Land Baden-Württemberg ausgearbeitet werden. Das Land könnte einen groben Rahmen gestalten – ausgerichtet auf städtische Situationen oder kleine Gemeinden –, sodass die Städte und Gemeinden schneller vorankommen können. Hier könnte das Land Vorüberlegungen anstellen.

Zu Ihrem Vortrag, Herr Albert: Ich muss sagen – ganz klare Ansage –, die Digitalisierung ist wichtig und richtig. Wir brauchen das. Ich kann es mir gar nicht mehr anders vorstellen. Jetzt kommt ein großes Aber. Sie schreiben ganz knallhart, richtig polemisch die steile These: „Datenschutz kostet Menschenleben.“ Nein, Datenschutz sichert, dass die Menschen keine Angst davor haben müssen. Datenschutz kostet vor allem Geld. Man möchte das Geld sparen, und dann wird es schlampig, dann wird es schwierig. Man muss einfach entsprechend Geld in die Hand nehmen, damit der individuelle Datenschutz gewährleistet ist. Diese steile These lasse ich so nicht gelten. Man muss Geld in die Hand nehmen, damit der individuelle Datenschutz für die Menschen gewährleistet wird. Denn in dem Moment, in dem Sie Ängste schüren, haben Sie keine Akzeptanz, und dann haben wir nichts gewonnen.

Wir brauchen den Datenschutz insbesondere im medizinischen Bereich. Bei gewissen Krankheiten, bei Krebs usw., ist jeder froh, wenn er eine entsprechende Analyse bekommt. Das kann man auch nichtpersonenbezogen erfassen. Dann haben Sie genauso Ihre Statistiken und können die medizinischen Ergebnisse herausziehen.

Sie schreiben auch:

Datenschutz wird oft von digitalisierungsfeindlichen Institutionen oder Individuen als Entschuldigung benutzt, um Innovation prinzipiell abzulehnen.

Das kann ich nicht beurteilen. Aber wenn Sie diese Angst haben, dann sorgen Sie dafür, dass der Datenschutz gewährleistet ist. Dann kann niemand mehr etwas dazu sagen, und dann ist das auch gut so.

Sie schreiben, bei Stromausfall könne Telemedizin stattfinden. Sie wissen aber schon, dass Telemedizin nur mit Strom funktioniert? Das heißt, bei einem Stromausfall können Sie keine Telemedizin mehr einsetzen. Ich denke, Telemedizin ist eine gute Sache.

(Sv. Herr Albert: Lesen Sie den Absatz weiter! Da wird das erklärt!)

– Ja, gut. Da schreiben Sie, es kann im Fall eines Stromausfalls – –

(Sv. Herr Albert: Im Umland! Umland geht nach Stuttgart zum Arzt! Stuttgart kann nicht mehr, Umland geht jetzt telemedizinisch nach München zum Arzt! Umland hat noch Strom!)

– Ach, das haben Sie vorausgesetzt.

(Sv. Herr Albert: Genau! Verzeihung, das hätte ich dazuschreiben sollen!)

– Gut.

Wenn es eine Hungersnot gibt – Kapazitäten –, dann können Sie eigentlich kein digitales Behandlungsprogramm für Mangelernährung einsetzen. Denn wenn nichts da ist, können Sie auch nichts verteilen.

(Sv. Herr Albert: Genau!)

Gut fand ich – das ist durchaus richtig, Frau Krebs hat Sie auch darauf angesprochen – vor allem Ihre Aspekte zur Pflege. Wer schon mal ältere Menschen gepflegt hat, weiß aber auch – ich kenne das von meinem Vater, der eine Matratze hatte, auf der man umgelagert wird; das ist durchaus eine sinnvolle Sache –, wenn die pflegenden Personen – seien es Angehörige oder Pfleger – überhaupt nicht mehr für den Menschen da sind, dann fehlt etwas. Die Menschen vereinsamen. Wenn man mitbekommt, wie dankbar ältere Menschen für jedes Streicheln sind – die vereinsamen und verarmen an dieser Stelle –, dann muss man sagen: Wir müssen ganz arg aufpassen und eine gewisse Gratwanderung hinbekommen. Am besten geht man wahrscheinlich Hand in Hand, aber da muss man sehr sensibel sein.

Danke schön.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Ich möchte die Diskussion nicht unterbinden, aber damit Sie ein Zeitgefühl haben: Von den 45 Minuten, die für die Fragerunde als Zeitrahmen vorgesehen sind, haben wir jetzt eine Viertelstunde allein für die Fragestellungen verbraucht. Wenn es kürzer ginge, wäre das gut und nett. Dann hätten unsere Referenten und Sachverständigen mehr Zeit für die Antworten. – Deswegen übergebe ich jetzt sofort an Herrn Professor Dr. Christen.

Sv. Herr Dr. Christen: Wie viel Zeit geben Sie mir für die Antworten?

(Vereinzelt Heiterkeit)

Vorsitzender Alexander Salomon: Probieren Sie es so kurz wie möglich.

Sv. Herr Dr. Christen: Gut. – Ich werde die Fragen querbeet beantworten. Zuerst möchte ich die Frage von Herrn Reith aufgreifen: Mit welchem Zeitraum planen wir beim Klimawandel? Eine rein naturwissenschaftliche Betrachtung ist: Mit den Emissionsreduktionen könnten wir sofort beginnen, aber die Erde hat eine sehr große Trägheit. Es dauert Jahrzehnte, bis sich die Wirkung, dass sich der Planet abkühlt, abzeichnet. Aber das ist kein Grund, nicht zu handeln. Wenn wir mit dem Auto immer schneller fahren und vorne die Wand kommt – das ist klar. Die Verhinderung des Klimawandels hat diese Zeitdimension. Daran können wir aufgrund der Trägheit des Klimasystems nichts ändern. Das CO₂ bleibt sehr lange in der Atmosphäre.

Wenn es hingegen darum geht, uns an den Klimawandel anzupassen, dann haben wir die Effekte sofort. Wenn wir eine Straße begrünen oder im Gebäude eine Klimaanlage einschalten, dann ist der Effekt sofort da. Das ist ein bisschen die Schwierigkeit in der Diskussion: dass wir mit unterschiedlichen Zeiträumen arbeiten. Die Gesellschaft sollte natürlich die Verantwortung für beide Zeiträume übernehmen: für die nächsten Generationen sowie auch jetzt in der Anpassung. – Das vorab.

Zu der Frage, wie wir die Klima- oder Hitzeaktionspläne konkret umsetzen können: Die Schwierigkeit ist, dass häufig die Kapazitäten auf der kommunalen Ebene fehlen. Viele kleinere Städte und kleine Gemeinden haben gar nicht das Personal oder auch die entsprechenden finanziellen Mittel, diese jeweils neu umzusetzen. Ich denke, es braucht eine Mischung aus Unterstützung sowohl vom Bund, z. B. über den Deutschen Wetterdienst, als auch über das Climate Service Center, die Helmholtz-Gemeinschaft usw., um Informationen schon so aufzubereiten, dass das konkret in den Gemeinden umgesetzt werden kann. Ein Beispiel ist das LoKlim-Projekt. Man kann auf Gemeindeebene Entsprechendes anklicken und bekommt Daten zu den Fragen: Wo wird welche Anzahl an zukünftigen Hitzetagen erwartet? Was bedeutet das?

Aber wir müssen das weiter herunterbrechen. Es reicht nicht aus, zu wissen: Was passiert in der Gemeinde? Wir wollen auch wissen: „Was passiert, wenn ...?“, so dass man Szenarien rechnen könnte. Das ist nicht einfach, weil man nicht jedes Mal ein Umweltbüro einspannen wird oder die Mittel dafür hat, für jede Gemeinde jeden Baum vor auszuplanen und wo das am effizientesten ist. Daher brauchen wir auch Best-Practice-Guides. Wir brauchen vonseiten der Praxis zusammen mit der Wissenschaft Vorlagen: Was funktioniert? Was ist effektiv? Was ist kostengünstig? Was wird von der Bevölkerung in Bezug auf Klimaanpassung akzeptiert? Das betrifft Hochwasser, das betrifft aber auch Hitze und andere Aspekte. Da könnten wir noch viel tun.

Kommunikation ist auch notwendig. Man muss sich gegenseitig austauschen. Was eine Gemeinde oder eine Stadt betrifft, betrifft natürlich viele andere in ähnlicher Weise. Aus meiner Sicht ist es wichtig, diese Netzwerke zu stärken. Das heißt, wir brauchen noch mehr Strukturen. Wir haben schon gewisse, wie das Süddeutsche

Klimabüro, aber wir brauchen mehr beratende Institutionen, die den Kommunen helfen.

Damit komme ich auf die wissenschaftliche Frage zurück: Ab wann gibt es eine Wärmeinsel? Herr Reith, Sie haben gefragt: Wie groß muss eine Stadt sein, damit wir überhaupt einen Effekt haben? Die Stärke der Wärmeinseln hängt im Großen und Ganzen von der Größe der Stadt ab. Mexico City z. B. hat als eine Stadt mit zehn Millionen Einwohnern im Zentrum eine Temperaturerhöhung, verglichen mit dem Umland, von über 12 Grad in Extremsituationen. In einer kleinen Ortschaft kann man das auch messen. Da sind es vielleicht 1 oder 2 Grad. Das heißt, die Intensität hängt nicht nur mit der Verdichtung, sondern auch mit der Größe einer Kommune oder einer Stadt zusammen. Umgekehrt ist das Potenzial bei dem, was wir kühlen könnten, in den Städten schon größer.

Sie haben eine ganze Reihe an interessanten Punkten aufgebracht, was die „Age-friendly Citys“ bzw. das Altern und die Vulnerabilität angeht. Jeder Hitzeaktionsplan ist nicht nur eine naturwissenschaftlich-technische, sondern im Zentrum eine gesellschaftswissenschaftliche Aufgabe. Bäume, die unter dem Klimawandel auch leiden, bleiben an Ort und Stelle; sie sind dem Klima ausgesetzt. Im Gegensatz dazu können wir Menschen uns je nach Situation arrangieren. Wenn wir ein Einfamilienhaus haben, können wir im Keller schlafen. Jemand, der eine Altbauwohnung im Dachgeschoss hat, kann das nicht und ist der Hitze ausgesetzt.

Ich nenne das Beispiel Paris im Jahr 2003, die bisher größte Hitzewelle mit europaweit zusätzlich 22 000 Todesfällen. Es betraf vor allem alte Menschen, die in Paris in den obersten Stockwerken gelebt haben, die allein gelebt haben, wo es keine Netzwerke gab, um jemanden vorbeizuschicken, mal anzurufen, sicherzugehen, dass sie genügend Wasser trinken. Gleichzeitig waren diese Personen nicht mobil genug, um der Hitze auszuweichen.

Das Gleiche gilt für verschiedene Berufskategorien. In bestimmten Berufen sind Sie an einen Ort gebunden. Wenn Sie auf dem Bau arbeiten, dann müssen Sie auf der Baustelle sein. Wenn Sie im Homeoffice sind, dann können Sie in den Keller gehen, sich je nachdem arrangieren und vielleicht die Arbeitszeit anpassen. Ich denke, bei Hitzeaktionsplänen ist es wichtig, die Mobilität oder auch den Freiheitsgrad einer einzelnen Person zu berücksichtigen und dort, wo die Freiheitsgrade gering sind, Möglichkeiten zu schaffen, neue Optionen der Kühlung zu öffnen.

In Nordamerika beispielsweise gibt es Cooling Center. Obdachlose Menschen können sich in Cooling Center begeben, in denen Kühlanlagen sind. Das hat sich als sehr effektiv erwiesen. Im deutschen Kontext müssten, wenn es vielleicht auf Klimaanlagen hinausläuft, nicht ganze Altenheime oder Städte gekühlt werden; denn die Abwärme von Kühlanlagen verursacht wiederum eine Erwärmung. Würden wir jeden Raum in Stuttgart kühlen, dann hätten wir eine zusätzliche Erhitzung der Stadt, die in

Extremsituationen mehrere Grad ausmachen kann, ganz zu schweigen vom Energieverbrauch, der damit verbundenen Klimaerwärmung und den Kosten.

Aber wir können Kühlräume schaffen. In einem Hitzeaktionsplan sollte auch überlegt werden, wie bestimmte Kommunen, Gemeinden diese Räume der weniger mobilen Bevölkerung – oder auch der mobilen – zur Verfügung stellen können. Wie kommen die Leute dorthin? Wie kann man dem mobil entgegenwirken?

Das leitet mich über zum letzten Teil, zu den städtebaulichen Fragen. Fassadenbegrünung wurde in dem Zusammenhang als Stichwort genannt. Es wurde auch die Frage gestellt – in deren Kontext beschäftigt man sich eigentlich in der gesamten Planung –: Was ist die optimale Dichte? Wir wollen dichte Städte, die energieeffizient sind, die lebenswert sind, in denen man innerhalb von fünf Minuten irgendwo hingehen kann, ohne auf das Auto angewiesen zu sein. Die Gesellschaft will die Verdichtung wegen der Kosten, wegen der Emissionen, aber gleichzeitig wollen wir die Auswirkungen insbesondere der Hitzebelastungen, aber auch andere Klimaauswirkungen, wie Überschwemmungen, abmildern, indem wir nicht zu versiegelte, nicht zu dichte Städte haben. Wo ist also eine gute Balance?

Das ist einerseits eine Aufgabe der Forschung. Dabei weise ich wiederum auf die Diversität hin. Menschen sind mobil. Wir sollten Städte bauen, die den Menschen Möglichkeiten geben, in denen man mal drinnen und mal draußen sitzen kann, in denen es verschiedene Parkflächen gibt. Bei uns in Freiburg wird immer der Platz der Alten Synagoge genannt. Der Platz ist sehr umstritten, da es sich um eine große versiegelte Fläche handelt. Aber diese Fläche hat zu bestimmten Jahreszeiten, z. B. im Frühjahr oder im Herbst, durchaus ihren Reiz, weil sie zusätzlich aufwärmt. Wir brauchen andere Flächen, wo viel Grün ist, wohin sich die Leute in einer Hitzesituation zurückziehen können. Diversität in der baulichen Struktur zu schaffen, ist für eine mobile Gesellschaft, solange Mobilität möglich ist, eine gute Strategie. Es gibt nicht die perfekte Stadt, in der alles optimiert ist, vielmehr ist eine diverse, agile, adaptive Stadt die Lösung.

Brauchen wir – das ist der letzte Punkt, den ich noch aufgreifen möchte – überall die Sensorik, die wir in Freiburg haben? Müssen wir Städte mit Feinstaubsensoren ausstatten, um überall gleich zu wissen, wie die Wärmebelastung, wie die Luftqualität ist? Das geht in Richtung Smart Citys. Ich würde sagen, die Luftqualitätsüberwachung ist sicherlich nicht optimal. Die Strategie auf Landesebene ist, dass wir versuchen, die Hotspots zu messen: dort, wo es am meisten verschmutzt ist, wo es vielleicht auch am heißesten ist, was vielleicht typisch ist. Es ist schon mal eine gute Strategie, wenn man zwei Stationen hat.

Aber Sie wissen auch, dass eine Luftqualitätsstation Hunderttausende Euro kostet. Der Betrieb ist sehr aufwendig. Auch Wetterstationen richtig zu betreiben, ist teuer und aufwendig, selbst wenn man heutzutage günstige Sensorik hat. Daher ist mein Ansatz zu sagen: Wir brauchen gewisse Städte, die wir als Pilotstädte nutzen kön-

nen, die wir detailliert vermessen, um dort digitale Produkte zu entwickeln. In der Forschung entwickeln wir Digital Twins für Städte. Man kann in Modellen abbilden, wie sich das Stadtklima verändert. Wir müssen sie mit detaillierten Daten kalibrieren. Aber ich sehe es nicht als notwendig an, dass wir Zehntausende oder Hunderttausende Sensoren in Baden-Württemberg für die Hitzebeobachtung ausbringen, sondern lieber konzentriert an typischen Stellen, um daraus dann digitale Produkte abzuleiten, die übertragbar sind. Das ist die Aufgabe, die ich für die Forschung sehe. Da müssen wir noch einiges leisten, weil die Hitzewarnsysteme z. B. auf Landkreisebene bestehen. Die sagen nicht, dass es in der Innenstadt von Stuttgart soundso ist und in den Höhenlagen anders. Die differenzieren auch nicht nach verschiedenen Innenräumen. Da gibt es schon viel an neuer Technik.

Das waren meine Punkte. Wenn etwas fehlt, können wir nachher noch die Zeit nutzen.

Sv. Herr Albert: Die beiden polarisierenden Punkte sind anscheinend genauso angekommen, wie es geplant war. Es ist in Ihren Fragen etwas ganz Interessantes passiert, und das passiert immer, wenn man diese Art von Vorträgen hält. Es sind zwei Extremszenarien aufgezeigt worden. Szenario 1: In der Pflege fasst niemand mehr Menschen an. Szenario 2: Wir schaffen den ganzen Datenschutz ab. Wird das von irgendjemandem gefordert? Unter keinen Umständen!

Das zeigt aber – und Sie haben gerade nach Hürden gefragt, die zu überwinden sind –: Gesellschaftliche Wahrnehmung ist eine der allergrößten Hürden. Wenn es jedes Mal bei dem, was wir unter Robotik im Pflegeheim verstehen, sofort heißt, dass aber die Menschlichkeit auf der Strecke bleibt, können wir das direkt vergessen. Dann können wir auch die Resilienz der Gesellschaft vergessen. Wenn jedes Mal jemand sagt, dass Datenschutz eine Hürde ist, und den Teufel an die Wand malt, indem es heißt: „Oh, dann schaffen wir den Datenschutz ab, und dann teilt niemand mehr etwas“, schaffen wir es auch nicht. Es geht darum, diese beiden Aspekte miteinander zu verheiraten und unsere Sicht, z. B. auf Datenschutz, so zu verändern, dass wir sagen: „Wir haben eine Innovation. Jetzt schauen wir, wie wir diese Innovation, die Daten so nutzen können, dass wir nicht gegen den Datenschutz verstoßen.“

Die GDPR – bzw. die deutsche Übersetzung, die DS-GVO – ist ein tolles Gesetz. Es gibt uns viele Möglichkeiten. Aber wir dürfen es nicht als Entschuldigung benutzen. Eine Gesellschaft kann nur dann nachhaltig krisenfest und resilient werden, wenn es sui generis Möglichkeiten gibt. Damit spiele ich auf eine der ersten Fragen an. Es gibt tolle Universitäten hier im Land, tolle Start-up-Accelerator, tolle junge Menschen mit tollen Ideen. Die müssen die Möglichkeit haben, entweder direkt in die Betriebe zu gehen oder die Innovation in den eigenen Betrieb zu bekommen. Ihnen muss das Rüstzeug an die Hand gegeben werden. Die Gesellschaft sollte weder sagen: „Du baust einen Pflegeroboter, du bist unmenschlich“, noch: „Du möchtest Daten sammeln, das kann wegen des Datenschutzes gar nicht gehen“, sondern wir müssen ihnen das Rüstzeug an die Hand geben, damit die Ideen nachher da ankommen, wo

sie hinsollen, nämlich bei der pflegebedürftigen Person, bei einem kranken Menschen, bei einem gesunden Menschen, bei dem die Notwendigkeit der Prävention besteht, um da ihre Mehrwerte zu entfalten. Das muss immer das Ziel sein, alles andere ist der Weg dahin. – Das war generell die Metaebene.

Um auf die ersten Fragen einzugehen, wie wir das generell in der Gesellschaft hinkommen: Es ist viel Aufklärung und natürlich Health Literacy, also Gesundheitskompetenz, wichtig. Das zeigen Studien über verschiedenste Krankheitsbilder hinweg. Wenn wir die Gesundheitskompetenz erhöhen, sodass Leute nicht nur selbst aktiver werden, sondern auch besser in der Lage sind, neue Interventionen zu vertragen, zu internalisieren und Handlungsanweisungen umzusetzen, ist das unheimlich mächtig. Welche Interaktionen, um Gesundheitskompetenz zu stärken, sind momentan die effektivsten? Wozu gibt es mehrere randomisierte Kontrollstudien? Zu digitalen Gesundheitsanwendungen. Die werden vom BfArM geprüft und auf Bundesebene gelistet.

Die Frage ist jetzt: Wie kann man diesem Wirtschaftssektor – da sind vor allem junge Unternehmen, meistens von Patientinnen und Patienten selbst gegründet, die stärksten Treiber, die vorangehen –, diesen jungen Menschen, die ja meistens allein anfangen, ein Umfeld geben, in dem sie die Ideen am besten realisieren können?

Das bringt mich zur nächsten Frage: Wie kann man das direkt in Betriebe integrieren? Es gibt in der Gegend wohl ein paar größere. Man kann natürlich betriebliches Gesundheitsmanagement und Primärprävention fördern. Das wäre übrigens eine gute Idee. Denn man muss Unternehmen, die das machen wollen, ehrlich raten: „Macht das nur als kleines Zweitding, daraus entsteht kein nachhaltiges Geschäftsmodell; euer Unternehmen geht pleite, wenn ihr nur das macht“ – außer man ist bei der Audi BKK angeschlossen, um jetzt kein Beispiel von hier zu nehmen. Es gibt diese Möglichkeiten und die Verflechtung, man kann aber auch allen offenlassen, proaktiv Programme zu machen.

Es ist immer das gleiche Prinzip. Wir sind hier in der Medizin unterwegs. Das heißt, Evidenz ist die einzige Währung, die zählt. Wir müssen immer ausprobieren, validieren und schauen, ob es funktioniert. Am Anfang steht die Investition. Ich habe z. B. ein tolles primärpräventives Programm, das alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in meinem Unternehmen sehr resilient gegenüber Stress macht, wenn eine Pandemie kommt, jetzt die Gaspreiskrise etc. Die Leute haben Angst. Wie schaffe ich Resilienz, damit es nicht massenhaft Ausfälle aufgrund von Burn-out, Depressionen, Angst, Panikstörungen gibt? Alle diese Symptome treten auf. Das passiert auch jetzt schon, wenn man sich die Zahlen deutschlandweit anschaut. Angenommen, es gibt eine Lösung und ich kann das leisten, dann muss es eine Möglichkeit geben, dass diese Lösung so weit finanziert wird, dass sie die Evidenz erbringen kann. Dann zahlt der Arbeitgeber, das Gesundheitssystem, dann läuft es von allein.

Dieses Hieven über die erste Hürde hat jemand, der Kaffee verkaufen will, nicht. Das Geschäftsmodell funktioniert ohne Evidenz. Das ist einer der größten Aspekte, um den wir uns kümmern müssen. Wir sagen, wir wollen tolle wissenschaftlich evaluierte Lösungen haben. Aber das ist vom Aufbau, von dem Unternehmen her – sogar bei einem staatlichen Player, der das macht – so disproportional anders, weil man sich immer erst beweisen muss. Das darf nicht außer Acht gelassen werden.

Generell haben wir als Multiplikatoren – das ist die wundervolle Selbstverwaltung in Deutschland – eigentlich alle Organe an der Hand. Wir haben eine Luxusituation im Verhältnis zu anderen Ländern in Europa. Wir haben mehr Betten, mehr Ärztinnen, mehr Ärzte, wir haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, wir haben die Kassenärztlichen Landesvereinigungen. Zwischen diesen Akteuren – und das muss auf Landesebene anfangen, weil die Fronten auf Bundesebene zu verhärtet sind – müssen wir die Grenzen einreißen, die Kommunikation fördern und vor allem gemeinsame Projekte mit den Landesparlamenten, mit den Landesregierungen anstoßen, die unter Einbindung aller Akteure gemeinsam digitale Gesundheitsversorgung und Prävention fördern.

Das bringt mich wieder zu dem Punkt, den ich am Anfang erwähnt hatte. Dies trägt auch dazu bei, die Akzeptanz für digitale Lösungen in allen Schichten der Gesellschaft und über alle Stakeholder hinweg zu fördern. Denn ohne Akzeptanz funktioniert es nicht.

Dann gab es noch die Frage zur Digitalisierung der häuslichen Pflege, um länger zu Hause zu bleiben. Das ist ein Thema, das mir relativ stark am Herzen liegt. Ich habe acht Jahre lang in Brüssel europäische Projekte dazu gemacht. Es funktioniert viel besser, als man sich das vorstellen kann. Die häufigste Nutzergruppe, die wirklich darauf angesprochen hat, war z. B. bei uns in einer Studie in einem Alter von 76 Jahren und älter. Da denkt man doch, das ist völlig kontraintuitiv, die haben doch gar keine große Digitalkompetenz und die finden das alles irgendwie scary. Das stimmt nicht. Es muss mit ihnen zusammen entwickelt werden.

Das ist für mich sowieso das A und O. Wenn Sie eine Möglichkeit haben, Programme in diese Richtung zu fördern, ins Leben zu rufen, dann ist das Co-Development mit relevanten Gruppen sehr wichtig. Man sollte nicht top-down sagen: „Ich möchte diese Technologie; ich weiß, wie es gut wird.“ Vielmehr sollte man es mit allen Akteuren gemeinschaftlich entwickeln. Das ergibt nachhaltige Innovationen. Das gilt natürlich für viele Bereiche, aber vor allem bei Gesundheit und Pflege, häuslicher Pflege, dem Erhalt der Selbstständigkeit ist es noch viel wichtiger als in allen anderen Bereichen.

Zum Abschluss: Wenn wir die Akzeptanz und auch die Infrastruktur schaffen, dann kommen, wie bereits vorhin gesagt, weil die Technologie da ist, die Innovationen von ganz allein. Es gibt so viele Unternehmerinnen und Unternehmer, so viele öffentliche Vereine, so viele Non-Profit-Organisationen, die nur darauf warten, dass sie auf

fruchtbaren Boden gesetzt werden. Dabei sind viele Ideen, die wir uns in unserem Plenum mit all dem Experten- und Fachwissen vielleicht sogar noch gar nicht vorstellen können. Ein offenes Umfeld zu schaffen, damit solche Ideen auf fruchtbaren Boden fallen, ist mit Abstand die beste Strategie, um Resilienz zu steigern.

Danke schön.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Dann kommen wir zu der zweiten Runde; es gibt noch Fragen. – Frau Professorin Dr. Elsbernd, Sie erhalten das Wort.

Dr. Astrid Elsbernd, externes Mitglied: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Sachverständige! Ganz herzlichen Dank für Ihre interessanten Vorträge und Impulse, die Sie uns mitgegeben haben.

Herr Professor Christen, ich muss eine Nachfrage stellen; das Thema ist mir wichtig. Wir haben schon viel über Hitzeschutzpläne gesprochen. Im Gesundheitswesen ist Hitze wirklich ein schwieriges Thema. Jedes Jahr leiden wir mehr. Es würde uns sehr helfen, wenn wir Wochen im Voraus von Hitzewellen und deren Verlauf wüssten, dann könnten wir uns dezentral in den Einrichtungen vorbereiten. Gibt es solche Wetterinformationssysteme, Temperaturinformationssysteme, oder könnte man sie so anpassen, dass die Einrichtungen vielleicht einen Monat oder gar sechs Wochen vorher informiert würden und so Zeit hätten, sich auf solche Szenarien vorzubereiten? Dann könnten sie, möglicherweise mit Unterstützung, aber vor allem aus sich selbst heraus, etwas tun.

Herr Albert, ich muss mich jetzt outen als jemand, der sehr fit in Digitalisierung und Pflege ist. Ich kenne vieles aus dem Bereich und sage Ihnen: Ich mache mir gar keine Sorgen um die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Die läuft rasant ab – zwar nicht immer nutzerorientiert, aber sie läuft und beinhaltet sicherlich viel Gutes. Wir sind hier in einer Enquetekommission, die sich um Krisen kümmert. Ich habe zwei Fragen an Sie.

Erstens: Möglicherweise schaffen wir in Krisenszenarien neue Krisen, indem wir uns durch Digitalisierung auch anfällig machen. Ich nenne ein Beispiel: Die Pflegedienste digitalisieren sich jetzt in der gesamten Prozessdokumentation. Das ist sehr charmant, prima, spart sogar Kosten. Aber was für ein Back-up-System braucht man, wenn das Internet oder gar die Stromversorgung ausfällt? Pflegebedürftige Menschen wollen weiter versorgt werden. Wie schätzen Sie solche Back-up-Systeme ein? Welche Sicherheitssysteme brauchen wir eigentlich, wenn wir digitalisieren?

Die zweite Frage habe ich heute Morgen schon mal gestellt, aber wir müssen uns damit beschäftigen. Digitalisierung ist ein riesiger Stromfresser. Das heißt, wir schaffen uns unsere Umweltprobleme auch durch Digitalisierung. Wenn man den Studien

glaubt, dann ist die Digitalisierung mittlerweile der drittgrößte Energieverbraucher weltweit. Wir müssen uns zum einen der Frage stellen, was eine vernünftige Digitalisierung ist, und zum anderen: An welcher Stelle ist Digitalisierung für uns unabkömmlich, um Krisen zu überstehen? Welche Back-up-Systeme brauchen wir?

Thomas Albiez, externes Mitglied: Ich möchte die Umsetzungsgeschwindigkeit und den Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Politik ansprechen und damit an das anknüpfen, was der Kollege Reith gesagt hat. Was muss denn aus Ihrer Sicht geschehen, damit so etwas wie eine Anpassung an Hitzewellen zeitnah geschehen kann? Wie kann man Ihre Erkenntnisse, die Sie beispielsweise in Freiburg gesammelt haben, übertragen, sodass daraus gesetzgeberische Vorgaben werden?

Ich meine schon, dass beispielsweise das Baurecht der Hitzeentwicklung in vielen Fällen diametral gegenübersteht. Ich denke z. B. an die heutige Parkflächenausweitung. In vielen europäischen Regionen gibt es mittlerweile wesentlich intelligentere Parkraumbewirtschaftungsmethoden, gerade bei Gewerbeflächen. Bei uns werden noch ohne Ende Flächen versiegelt. Was muss aus Ihrer Sicht geschehen, damit Ihre Erkenntnisse zeitnah in Gesetze münden?

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Gibt es noch weitere Fragen in der Runde? – Das sehe ich nicht; digital sehe ich auch keine Wortmeldungen. – Dann gebe ich direkt an Sie, Herr Professor Dr. Christen, ab.

Sv. Herr Dr. Christen: Ich beginne mit der Frage, ob wir die Information über kommende Hitzewellen nicht früher haben können, also sechs Wochen vorher. Da muss ich Sie enttäuschen. Leider hat sich die Wettervorhersage in den letzten Dekaden zwar deutlich verbessert, aber wir sind da an einem technologischen Limit. Eine Wettervorhersage ist heutzutage für maximal sieben bis zehn Tage im Voraus machbar. Das liegt nicht an den Ressourcen, auch wenn wir gern noch bessere Computer hätten, es liegt an der Technik. Es werden für die Wettervorhersage schon die größten zivilen Rechneranlagen in Deutschland vom Deutschen Wetterdienst genutzt.

Vielleicht könnte man es ein bisschen verbessern, indem man die Datenlage, die in die Wettermodelle einfließt, verbessert, nicht in Deutschland, sondern global. Es gibt Lücken über den Ozeanen usw. Da könnte man noch ein, zwei Tage gewinnen, aber wir kommen leider nicht auf sechs Wochen. Es gibt saisonale Vorhersagen, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit angeben, dass der Winter milder wird oder der Sommer heißer. Aber das hilft Ihnen auch nicht, um das Personal in sechs Wochen bereitzustellen.

Wir arbeiten aber daran – und daran müssen wir weiterarbeiten –: Was bedeutet die Hitze für ein Krankenhaus oder sogar für einen bestimmten Raum? Man könnte Wettervorhersagen entwickeln, die raum- oder zumindest gebäudespezifisch sind. Wenn ein Gebäude sehr dicke Mauern hat, langsam aufheizt, dann muss ich mir Ende Mai oder Anfang Juni noch keine Sorgen machen, aber vielleicht später, im August, wenn

es richtig warm wird. Dann ist das ein Problem für die Patientinnen und Patienten. Wir arbeiten an solchen Informationssystemen, die die Wettervorhersage herunterbrechen, verbinden also Sensorik mit künstlicher Intelligenz, um raumspezifische Wettervorhersagen zu machen. Die können auch nicht für einen längeren Zeitraum sein als in der wirklichen Vorhersage für acht Tage, geben aber in ihrer Statistik Informationen für den Umgang mit der Situation.

Daran können wir und können Sie nichts ändern. Ich würde schätzen, wir können vielleicht noch zwei oder drei Tage gewinnen, aber wir kommen nicht auf sechs Wochen, auch aufgrund des Chaos im Wettersystem.

Sv. Herr Albert: Die Frage nach der Anfälligkeit ist sehr interessant. Wir haben ganz andere Probleme, wenn der Strom ausfällt. Das gilt für Beatmungs-WGs, Rollstühle fahren nicht mehr, Perfusorpumpen funktionieren nicht mehr, Dekubitusmatratzen funktionieren nicht mehr. In diesem Fall würden Sie auch nicht sagen, wir sollten keine Dekubitusmatratzen mehr verwenden. Dann muss jemand persönlich die Leute dreimal am Tag umdrehen. Natürlich haben wir einen Trade-off, wenn wir Technologien einsetzen. Dieser Aspekt macht es umso wichtiger, dass wir keine Stromausfälle haben.

Sehr interessant finde ich dann das Digital Bunkering oder Digital Bunker-based Back-ups. Man hat natürlich keine echten Bunker, aber man hat für kritische Daten, die man zur Verwaltung braucht, eine Art Datenkrankenhaus mit einem Notstromaggregat, auf das man z. B. mit Akkugeräten zurückgreifen kann.

Durch eine dezentrale digitale Infrastruktur ist die Wahrscheinlichkeit, dass das in einem Land wie Deutschland zu einem Problem wird, sehr gering. Dann müsste schon im ganzen Land einen Tag lang der Strom ausfallen. Ich würde eher schauen, dass man über eine dezentrale Speicherung der Systeme, dezentralen Zugriff – mit einem Smartphone z. B. könnte man einen Tag theoretisch gut überbrücken –, also über Dezentralisierung, eine Krisenresilienz schafft. Dem Grunde nach haben Sie natürlich recht. Dass man sich darüber Gedanken machen muss, würde ich auf jeden Fall begrüßen, aber eher im Sinne einer dezentralen Lösung, als zu sagen: Das machen wir nicht, weil in der Krise ja der Strom ausfallen könnte.

Sv. Herr Dr. Christen: Es kamen die interessanten Fragen auf, wie wir diesen Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Gesellschaft beschleunigen können und wie wir mit den Strukturen umgehen, die es in unserem Rechtsstaat oder in unseren Gesetzgebungen gibt. Parkflächen wurden als Beispiel genannt. Da ist es schon offensichtlich, dass sie nicht mehr adäquat sind.

Tatsächlich ist aus der Transformationsforschung bekannt, dass die wirkliche Hürde häufig die rechtliche Situation ist. Es ist nicht unbedingt die Akzeptanz der Bevölkerung – das kann sie manchmal auch sein –, es ist nicht unbedingt das fehlende Wissen, sondern es sind teilweise aus guter Motivation in früheren Situationen entworfe-

ne Gesetzgebungen, die verhindern, sowohl bei der Emissionsreduktion oder beim Klimaschutz als auch bei der Klimaanpassung effektiv zu handeln. Das gilt für viele andere Bereiche ebenso.

Ich möchte nochmals unterstreichen, dass sich auch bei uns in der Forschung die Frage der Governance stellt, also: Wie können wir Klimaschutzmaßnahmen effektiv umsetzen? Da braucht es nicht nur Best Practices, sondern auch Wege, verschiedene Möglichkeiten gegeneinander abzuwägen. Sie haben ein bestimmtes Budget. Sie haben gewisse rechtliche Vorgaben, innerhalb derer Sie agieren können. Was machen Sie jetzt? Pflanzen Sie in Ihrer Gemeinde 100 neue Bäume? Hat das wirklich eine Wirkung? Vielleicht ist es schön grün. Entsiegeln Sie die Parkflächen, oder nehmen Sie diese oder jene Änderung im Baugesetz vor? Was ist effektiv? Das ist einerseits wissenschaftlich abzuklären. Wie können wir das umsetzen? Das ist andererseits eine Frage der Übertragung von der Wissenschaft auf die Gesellschaft. Wir brauchen dazwischen weitere Stufen.

In der Wissenschaft – ich bin gern hier und kommuniziere das auch – können wir nicht alles machen. Unsere Aufgabe ist es, die Wettervorhersage zu verbessern. Unsere Aufgabe ist es, Klimadaten zu sammeln, sich darüber zu informieren, was wir wissen. Dann ist es ein Riesenschritt, das konkret kommunal umzusetzen. Wir brauchen vermehrt Investitionen in beratende Strukturen. Ich denke z. B. an Klimabüros, die für viele Städte, für viele Gemeinden zugänglich sind, die bei dieser Aufgabe beratend unterstützen und den Transfer ermöglichen, die teilweise auch Modelle laufen lassen können.

Ich habe vorhin angesprochen, dass wir nicht überall Sensoren brauchen, weil wir Modelle haben, mit denen wir das Stadtklima, die Überhitzung modellieren können. Die sind wiederum extrem rechenaufwendig. Wir brauchen Großrechner, um sie laufen zu lassen. Wir brauchen Expertenwissen, um sie laufen zu lassen. Diese Expertinnen und Experten gibt es nicht in jeder Gemeinde.

Wie können wir uns also zusammentun und diese Übersetzungsservices ermöglichen? Mein Vorschlag ist, die Klimabüros zu stärken. Welchen Ansatz man wählt, ob man die staatliche oder die privatwirtschaftliche Schiene fährt oder ob man gemischte Situationen herbeiführt, dass wissen Sie besser. Die Klimabüros sollten wiederum vernetzt sein mit Hochschulen, mit der Grundlagenforschung, mit der Helmholtz-Gemeinschaft, mit der Max-Planck-Gesellschaft usw., wo in dem Bereich viel geforscht wird. Da brauchen wir solche Stufen.

Man sollte Informationssysteme für die immer gleichen digitalen Systeme aufbauen, die in einer Gemeinde einfach zugänglich sind, die man anklicken kann, damit verschiedene Szenarien vorgegeben werden. Die gibt es teilweise schon, aber man kann sie deutlich verbessern.

Eine Frage von vorhin ist noch übrig, ich glaube, von Ihnen, Herr Reith: Die Kältebelastung fällt weg, die Wärmebelastung wird mehr. Dem stimme ich voll zu. Das ist so. Aber denken wir daran: Wie schützen wir uns vor Kältebelastung? Solange wir Gas und Elektrizität haben, können wir heizen. Das ist relativ einfach. Kühlen ist deutlich aufwendiger, weil es etwa viermal so viel Energie braucht und überhaupt nicht weit verbreitet ist. Daher würde ich sagen: Auch wenn diese Symmetrie vorhanden ist und sich meine Grafik verschiebt, ist es dennoch ein größeres Problem, mit Hitze umzugehen, weil die Gesellschaft nicht darauf vorbereitet ist. Deutschland ist nicht Singapur. Hier gibt es nicht in allen Gebäuden Klimaanlage. Daher stimme ich Ihnen einerseits zu, aber nicht in der Auswirkung. Der Effekt ist klar, aber nicht die Umsetzung.

Sv. Herr Albert: Digitalisierung als Stromfresser ist ein spannender Punkt. Natürlich kann man sich den schönrechnen bzw. auch nicht. Ich glaube, wir müssen mit der Tatsache klarkommen, dass sich unsere Gesellschaft generell weiter digitalisiert und dass das mit einem höheren Energiebedarf einhergeht. Ich bin auch kein Freund von Milchmädchenrechnungen – Sie kennen das –: Wie viel Energie braucht ein Fax versus einer E-Mail? Bei der E-Mail läuft der Computer den ganzen Tag, und das Faxgerät ist nur an, wenn es sendet. Das soll nicht bedeuten, dass ich plötzlich ein Fan von Faxen geworden bin –

(Heiterkeit der Abg. Petra Krebs GRÜNE)

ich glaube, es ist übergekommen, dass das nicht der Fall ist.

Gleichzeitig meine ich, dass zu einer guten Digitalisierungsstrategie im Hinblick auf die Resilienz der Gesellschaft ein gewisses Energiebudget genauso wie ein monetäres Budget gehören. Das muss man einplanen. Das sind auf jeden Fall Kosten. Ich weiß nicht, ob ich das vor allem in der Gesundheitswirtschaft unbedingt als Stromfresser bezeichnen würde, wenngleich ein komplett durchdigitalisiertes, auf Resilienz abzielendes System, in dem verschiedene Innovationen ineinandergreifen, den Strombedarf sicher steigern wird. Sich darauf vorzubereiten – sowohl systemisch, infrastrukturell als auch monetär –, halte ich auf jeden Fall für sehr empfehlenswert.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Wenn es keine weiteren Fragen gibt und Sie keinen weiteren Antwortbedarf haben, ist diese Runde für heute beendet. Vielen Dank, Herr Professor Dr. Christen und Herr Albert, für die spannenden Einblicke.

(Beifall)

Sicherlich wird uns die Diskussion um den Datenschutz noch verfolgen, da bin ich ganz sicher. Darüber werden wir noch an der einen oder anderen Stelle diskutieren.

Jetzt geht es weiter mit Herrn Heiner Scheffold, Landrat und Vorstandsvorsitzender der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, BWKG, und Frau Dr. Birgit Walter-Frank, Leiterin des Gesundheitsamts des Landratsamts Tübingen und Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Gesundheitswesen des Landkreistags. – Herr Scheffold, Sie haben jetzt 20 Minuten Zeit.

(Eine Präsentation [Anlage 5] wird begleitend zum Vortrag eingeblendet.)

Sv. Herr Scheffold: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich darf mich zunächst sehr herzlich für die Einladung und auch für die Gelegenheit bedanken, vor der Enquetekommission die Sichtweise der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft darzulegen, wie die Gesundheitsversorgung im Land künftig resilient, belastbar, reaktionsschnell und flexibel aufgestellt werden kann.

Zunächst ein paar Sätze zur Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, kurz BWKG: Was ist das? Es ist eine Landeskrankenhausgesellschaft, wie sie jedes Land hat, im Sozialgesetzbuch definiert. Wir vertreten die Interessen der Krankenhäuser in Baden-Württemberg und erfüllen die vom Gesetzgeber übertragenen Aufgaben, beispielsweise die Verhandlung des Landesbasisfallwerts, das ist der Grundpreis für Krankenhausleistungen.

Die BWKG weist aber im Vergleich zu anderen Ländern Besonderheiten auf, weil wir auch die Interessen von Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationskliniken und Kliniken oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe vertreten. Das heißt, die BWKG ist sektorenübergreifend tätig. Das wird sich auch in meinem Vortrag widerspiegeln.

Die Mitgliedschaft in der BWKG ist freiwillig. Es gehören insgesamt 477 Träger zu unseren Mitgliedern, mit 127 000 Betten und rund 250 000 Beschäftigten. Das heißt, Sie finden unsere Mitgliedseinrichtungen in jeder Ecke des Landes; es ist ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor.

Wenn wir in die Zukunft blicken, dann ist es zunächst einmal wichtig, in die Vergangenheit zu sehen. Die vergangenen zweieinhalb Jahre haben den Gesundheitseinrichtungen, ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, aber auch den Patientinnen und Patienten viel abverlangt. Die Pandemie und der nachfolgende Ukrainekrieg haben einerseits deutlich gemacht, wie wichtig die Versorgung der Menschen mit Gesundheitsleistungen ist. Andererseits haben wir aber auch erfahren, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen an einigen Stellen nicht für solche Krisen ausgelegt sind. So wurden – daran möchte ich einfach erinnern – in der allerersten Phase der Pandemie – man vergisst das immer schnell – zu Beginn des Jahres 2020 erschreckende Mängel festgestellt, beispielsweise bei Ausrüstung, Schutzkleidung, Masken, Beatmungsgeräten. Es wurde sehr deutlich, wie sehr wir auf globale Lieferketten angewiesen sind.

Außerdem hat sich in den folgenden Monaten und Jahren klar herausgestellt, dass die Vergütung im Gesundheitssystem beispielsweise zu sehr an den erbrachten Leistungen, den Operationen, den belegten Pflegeplätzen oder den erbrachten Rehabilitationen orientiert ist. Es ist deutlich geworden, dass Krisensituationen bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung einfach mitgedacht werden müssen. Die Sicherung der Versorgung muss künftig eine größere Rolle spielen, wenn wir ausreichende Behandlungskapazitäten haben möchten, genauso wie eine verlässliche Finanzierung und zufriedenes Personal.

Aus Sicht der Krankenhäuser, Rehakliniken und Pflegeeinrichtungen im Land gibt es fünf zentrale Punkte, die umgesetzt werden müssen oder sollen – das ist unser Wunsch –, um die Gesundheitsversorgung krisenfest zu machen:

Das ist zunächst die krisenfeste Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen. Ich habe bereits ausgeführt, dass die Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen zu sehr auf die tatsächlich erbrachten Fallzahlen und Leistungen ausgerichtet ist. Diese konnten in der Pandemie eben nicht im üblichen Umfang erbracht werden, weil das Personal ausgefallen war, weil Kapazitäten für Covid-19-Patientinnen und -Patienten freigehalten werden mussten. Sie erinnern sich beispielsweise an Vorgaben für die Krankenhäuser, Intensivkapazitäten und -betten freizuhalten. Außerdem hatten viele Menschen Angst, die Gesundheitseinrichtungen in Anspruch zu nehmen, weil sie Infektionen fürchteten oder weil sie auch die Einrichtungen nicht zusätzlich belasten wollten. Das ging sogar so weit, dass die Zahl der behandelten Schlaganfälle und Herzinfarkte abgenommen hat, obwohl die tatsächlichen Fälle nicht abgenommen haben.

Pflegeeinrichtungen wiederum konnten zum Schutz ihrer Bewohner vor Infektionen kaum noch neue Bewohnerinnen und Bewohner aufnehmen. Tagespflegeeinrichtungen wurden ganz geschlossen. Rehakliniken wurden aus Angst vor Infektionen oder weil die vorgelagerten stationären Behandlungen nicht mehr stattfinden konnten fast nicht mehr belegt.

Die Folgen dieser Leistungsrückgänge waren massive Einnahmeeinbrüche. Um diese zu kompensieren, waren wiederum die Einrichtungen auf die Hilfe der Politik angewiesen. Sie mussten immer wieder um die Verlängerung der Schutzschirme kämpfen, manchmal auch betteln. Zudem wurden die Einnahmeausfälle nur teilweise über die Schutzschirme kompensiert. Die Folge davon ist, dass Reserven, soweit sie vorhanden waren, mittlerweile aufgebraucht sind. Die ohnehin schwierige Situation trifft ganz aktuell auf die explodierenden Sachkosten als Folge des Kriegs in der Ukraine und verschärft sich weiter.

Die Gesundheitseinrichtungen können im Gegensatz zu anderen Dienstleistern, Supermärkten oder Tankstellen – da wissen wir das – die Preise nicht einfach erhöhen. Die Preise sind gesetzlich normiert, festgelegt, gedeckelt. Die Krankenhäuser können beispielsweise den Landesbasisfallwert unterjährig nicht neu verhandeln.

Die Pflegeeinrichtungen haben zwar theoretisch die Möglichkeit, nachzuverhandeln, bekommen vonseiten der Pflegekasse aber gesagt, dass die Kostensteigerungen nicht erheblich und deshalb Nachverhandlungen nicht vorgesehen seien.

Die Rehakliniken haben schon zu normalen Zeiten erhebliche Probleme und nur die theoretische Möglichkeit, Vergütungssteigerungen oberhalb des sogenannten Veränderungswerts zu verhandeln.

Für langfristig stabile finanzielle Rahmenbedingungen muss also jetzt etwas getan werden. Weil die Versorgung der Gesundheitseinrichtungen ein so wichtiges Thema ist, die soziale Infrastruktur letztendlich den sozialen Frieden im Land sichert, brauchen wir Sie, das Land, das Parlament, für die Zukunft der Gesundheitsversorgung, der Finanzierung der Gesundheitsversorgung an unserer Seite.

Wir bitten Sie deshalb um Unterstützung, sich beim Bundesgesetzgeber für folgende Punkte einzusetzen:

Zum Ersten müssen die regionalen Besonderheiten in der Vergütung berücksichtigt werden. Das betrifft Baden-Württemberg in besonderem Maß, weil der sogenannte Landesbasisfallwert, der weitgehend bundeseinheitlich ist, auf bundesgesetzlicher Vorgabe beruht, weder die höheren Lohnkosten in Baden-Württemberg noch die höheren Lebenshaltungskosten und Sachkosten in Baden-Württemberg berücksichtigt und daher Baden-Württemberg benachteiligt. Absolut bezahlen wir über das hohe Lohnniveau die höchsten Leistungen in das Sozialsystem ein und erhalten dafür in Relation unterdurchschnittliche Bezahlungen.

Zum Zweiten müssen die Einnahmen der Gesundheitseinrichtungen unabhängiger von Leistungsmengen werden, z. B. indem sie um eine Vorhaltefinanzierung ergänzt werden.

Zum Dritten müssen die gesetzlichen Regelungen so angepasst werden, dass unvorhersehbare Preissteigerungen, so wie in diesem Jahr, unterjährig nachverhandelt werden können.

Wären all diese Punkte erfüllt, könnten die tagtäglichen Ausgaben – die Betriebskosten – krisensicher finanziert werden.

Unerlässlich – das ist die zweite Komponente für ein zukunftsfestes Gesundheitswesen – sind aber auch die Investitionen. Krankenhäuser haben nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz einen Rechtsanspruch auf die Finanzierung ihrer Investitionen durch das Land, wenn das Krankenhaus in den Landeskrankenhausplan aufgenommen ist. Trotz der deutlichen Verbesserungen in den letzten Jahren – Baden-Württemberg ist im Ländervergleich wirklich am besten unterwegs – werden die Investitionskosten nach wie vor nicht voll finanziert. Das heißt, von den Gesamtkosten

einer Baumaßnahme müssen die Träger aktuell rund die Hälfte aus der eigenen Tasche finanzieren. Das muss man sich vor Augen halten, auf sich wirken lassen.

Konkret: Bei mir wird das Klinikum beispielsweise – es handelt sich um einen Neubau für rund 300 Millionen € – den Kreishaushalt mit 150 Millionen € – das ist der halbe Kreishaushalt – belasten.

Die Schere geht angesichts der steigenden Baukosten weiter auseinander. Das heißt, das Land muss, um dem Rechtsanspruch nachzukommen, die Investitionssumme aufstocken. Dazu gibt es Berechnungen. Es müssten rund 800 Millionen € im Jahr sein.

Bei der Bewertung der Bauprojekte ist es wichtig, Erkenntnisse aus der Coronapandemie zu berücksichtigen. Die Raumkapazitäten müssen etwas erweitert werden, weil wir gelernt haben, dass mehr Abstand zwischen den Patientinnen und Patienten zu mehr Sicherheit führt. Das heißt, der künftige Raumbedarf muss in die Bemessung der förderfähigen Kosten einfließen. Ebenso müssen, ich sagte es, die explodierenden Baukosten berücksichtigt werden.

Schließlich muss man einen Blick auf die Pauschalförderung lenken. Es ist gesetzlich festgelegt, dass die entsprechenden Kostensteigerungen angepasst werden. Das sind Fördermaßnahmen für kleine Investitionen wie z. B. Schleusen. „Regelmäßig“, das haben wir lernen müssen, kann auch heißen: alle zehn Jahre. Die Pauschalförderung wurde seit zehn Jahren nicht mehr angepasst. Sie liegt seit 2012 bei 160 Millionen €; inflationsbereinigt wären es jetzt 210 Millionen €.

Bei den Pflegeeinrichtungen hat sich das Land aus der Finanzierung der Investitionen zurückgezogen. Das wiederum hat einen Anstieg der Eigenanteile und damit eine Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Angehörigen zur Folge. Ich denke, auch das muss mal auf den Prüfstand gestellt werden.

Beim Thema Investitionen – da stimme ich meinen Vorrednern zu – geht es nicht nur um die Förderung der aktuellen Bauten, sondern es geht künftig auch um den Klimaschutz und um Energieeffizienz, also Investitionen in eine klimaneutrale Zukunft. Diese Investitionen dürfen nicht als Luxus betrachtet werden, sondern hier liegt eine wichtige Zukunftsaufgabe vor uns.

Die Krankenhäuser, Rehakliniken und Pflegeeinrichtungen brauchen eine krisenfeste Finanzierung. Nur wenn das gewährleistet ist, können sie sich auf die eigentliche Aufgabe konzentrieren, nämlich die bestmögliche Behandlung und Pflege der Menschen. Aber Geld allein genügt nicht. Man benötigt auch das Personal, um die Aufgabe erfüllen zu können.

Damit bin ich beim zweiten Punkt: gutes Personal halten und gewinnen. Um die Leistungen dauerhaft auf dem anerkannt hohen Qualitätsniveau zu halten und erbringen zu können, wollen und müssen die Krankenhäuser, Rehakliniken und Pflegeeinrichtungen gute Arbeitgeber sein. Denn nur wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gern bei uns arbeiten, werden sie die enormen Herausforderungen der kommenden Jahre bewältigen können.

Der demografische Wandel – das vergisst man immer wieder – schlägt in diesem Bereich doppelt zu. Zum einen gehen viele unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ganz normal in den Ruhestand, zum anderen werden gerade die geburtenstarken Jahrgänge, die sogenannten Babyboomer, in den kommenden Jahren mehr medizinische Versorgung, Behandlung und Pflege benötigen. Da wird es einen Aufwuchs geben. Das heißt, wir werden mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen, obwohl demografisch weniger zur Verfügung stehen und wir auch in Konkurrenz zu anderen Branchen stehen.

Dazu benötigen wir bestmögliche Rahmenbedingungen. Die haben wir heute allerdings nicht. Wir können nicht der gute Arbeitgeber sein, der wir sein wollen. Ich denke, da muss sich einiges tun.

Die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hängt mit Sicherheit zum einen an der Bezahlung. Ich denke, es ist selbstverständlich, dass, wenn man überdurchschnittlich qualifiziertes Personal beschäftigt, die überdurchschnittlichen Personal- und Sachkosten im Land finanziert werden müssen, damit wir tatsächlich ein konkurrenzfähiges Gehalt zahlen können.

Die Bezahlung ist oftmals aber gar nicht das Wichtigste. Auf die Frage, was sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am meisten wünschen, kommt häufig die Antwort: mehr Kolleginnen und Kollegen. Das heißt, sie wollen sich auf die eigentliche Arbeit konzentrieren, sie wollen sich um die Menschen kümmern, sie pflegen, behandeln. Darum haben sie ja den Beruf im Gesundheitswesen gewählt. Sie wollen sich aber auch um ihre Familie, Freunde, Ehrenämter und Hobbys kümmern und nicht immer wieder aus der Freizeit zur Arbeit gerufen werden, weil das Personal knapp wird.

Die Finanzierung muss also so ausgestaltet sein, dass nicht nur die Minimalbesetzung finanziert wird, sondern es muss den Arbeitgebern auch ermöglicht werden, gute Rahmenbedingungen zu schaffen – verlässliche Arbeitszeiten, Kinderbetreuung und einiges mehr. Voraussetzung hierfür ist, dass genug Personal aus- und weitergebildet werden kann und die Einrichtungen dies dann als Mindestbesetzung finanziert bekommen. Im Übrigen sollten alle Einrichtungen ausbilden können, auch die Rehakliniken.

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Wertschätzung. Der Begriff ist zwar viel gebraucht worden und vielleicht auch etwas abgenutzt, aber er sagt doch deutlich aus, was den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern fehlt. Ich sage es mal so: Beifall ist nicht

genug. Ein Coronabonus ist gut und erkennt die Leistungen an; das gilt allerdings nur für diejenigen, die ihn erhalten. Das waren bei Weitem nicht alle. Bei den anderen führt das im Gegenzug zu Frust und Demotivation. Aus unserer Sicht wäre es deshalb besser, systematische Entlastungen vorzusehen, beispielsweise Steuerfreiheit bei Nacht- und Wochenendarbeit.

Außerdem wollen die Menschen, die in unseren Einrichtungen arbeiten, mit ihrer Fachlichkeit und Qualifikation ernst genommen werden. Es hilft niemandem, wenn vom Balkon geklatscht wird, dann aber der Bundesgesundheitsminister den Mitarbeitern plötzlich nicht mehr zutraut, sich selbst zu testen, und sie das unter Aufsicht tun müssen.

Damit kommen wir zum dritten Punkt: Bürokratie und Dokumentation. Gute Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden nur dann gern in Gesundheitseinrichtungen arbeiten, wenn sie ihre Arbeitszeit nicht zu 30 bis 40 % mit Dokumentationen verbringen müssen. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wollen sich, ich sagte es, um Menschen kümmern, sie pflegen, ihnen helfen. Dokumentationen darf es eigentlich nur dort geben, wo sie medizinisch oder pflegerisch tatsächlich erforderlich sind. Sie müssen mit Bedacht und entsprechendem zeitlichen Vorlauf eingeführt sowie immer wieder auf den Prüfstand gestellt werden.

Wie hektisch neue bürokratische Belastungen eingeführt werden, haben die vergangenen Jahre der Pandemie immer wieder gezeigt. Bundes- und Landesgesetzgeber – ich formuliere es bewusst plakativ – haben es sich fast schon zur Gewohnheit gemacht, am Wochenende, gern um 23 Uhr, neue Coronaverordnungen zu veröffentlichen, die dann am Montag in Kraft traten. Das hat die Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Rehakliniken schon ans Limit gebracht, zum Teil darüber hinaus. Das kann in der Ausnahme notwendig, aber nicht der Normalfall sein.

Es ist schon – ich sage es noch einmal – extrem befremdlich, wenn der Bundesgesetzgeber das neue Covid-19-Schutzgesetz monatelang berät, um dann in den Tagen vor der Beschlussfassung plötzlich noch grundlegende Änderungen einzubringen und das Ganze auch noch notfallmäßig zu verkünden, weil es am nächsten Tag – im Übrigen einem Samstag – in Kraft tritt. Ich sage: Da wurde weder abgewogen noch geprüft, ob die Dokumentation in dieser Form sinnvoll ist, ob sichergestellt ist, dass die vorhandenen IT-Verfahren das umsetzen können. Es wurden keine Schulungen gemacht bzw. waren sie nicht möglich.

Gleichzeitig wurden neue Testvorgaben eingeführt, wonach sich unsere ausgebildeten Fachkräfte nur noch unter Aufsicht testen lassen durften. Das muss natürlich dokumentiert werden, damit auch alles seine Richtigkeit hat. Wenn es nicht ordentlich dokumentiert ist, wird es sanktioniert. Das führt irgendwann zu Frust und Unzufriedenheit. Das ist nur ein Beispiel für viel Bürokratie.

Die gesamten bürokratischen Belastungen – nicht nur im Gesundheitswesen; ich bin auch für andere Bereiche zuständig – müssen dringend auf den Prüfstand. Es sollten nur die übrig bleiben, die tatsächlich erforderlich sind.

Damit komme ich zum vierten Punkt: Vertrauen statt Misstrauen. Es entsteht immer wieder der Eindruck, dass die Dokumentationspflichten eingeführt werden, um die Einrichtungen und die Menschen, die dort arbeiten, unter Druck zu setzen, weil man ihnen misstraut und auf die Finger schauen will. Hier ist ein grundlegendes Umdenken erforderlich. Den Einrichtungen, den Menschen, die dort arbeiten, muss erst einmal Vertrauen entgegengebracht werden. Alle haben eine qualifizierte Ausbildung. Sie wollen etwas erreichen, sind positiv motiviert in ihrem Beruf. Es wird oft als Zeichen des Misstrauens empfunden, wenn wirklich jeder Handgriff dokumentiert werden muss, um anschließend in einem bürokratischen Verfahren von Fachleuten wieder geprüft zu werden. Dort setzt man ja Fachleute ein, die man an anderer Stelle im Gesundheitswesen ebenfalls dringend benötigen könnte.

Das heißt nicht, dass wir gegen sinnvolle und notwendige Kontrollen sind, aber sie sollten ein bestimmtes Maß nicht überschreiten. Vertrauen statt Misstrauen ist wichtig. Wir brauchen Vertrauen und Rahmenbedingungen, die die Arbeit der Gesundheitseinrichtungen unterstützen und nicht erschweren.

Ein letzter Punkt, der sich in der Pandemie sehr bewährt hat, sollte so bleiben, nämlich die föderalen und regionalen Strukturen des Gesundheitswesens. Die waren aus unserer Sicht entscheidend für die Erfolge in der Pandemie. Nur so konnten die Verantwortlichen vor Ort, auf der Landesebene, auf der Kreisebene, in enger Abstimmung wirklich Lösungen finden. Die Einrichtungen konnten sich schnell miteinander vernetzen, wiederum mit den Rettungsdiensten, mit den niedergelassenen Ärzten, mit den Gesundheitsämtern, und schnell Lösungen finden.

Deshalb muss dem zu beobachtenden Trend – ich formuliere es zurückhaltend –, der Gesundheitspolitik immer mehr Regelungen zentral aus Berlin vorzugeben, ein Stück weit Einhalt geboten werden. Mein Appell an Sie ist: Wir brauchen eine Landesregierung und ein Landesparlament, die sich dafür einsetzen, dass sich die regionalen Strukturen in Baden-Württemberg weiterentwickeln können, dass die Gesundheitsversorgung der Menschen im Land ihren Bedürfnissen entspricht und nicht den Überlegungen von Bürokraten an einem grünen Tisch in Berlin.

Wir wünschen uns eine Landesregierung, die Verantwortung für die Strukturen übernimmt, sie mit Bedacht im Dialog mit den Verantwortlichen vor Ort weiterentwickelt. Wir wünschen uns auch, dass die baden-württembergische Sicht in der Bundesrepublik deutlich wird und Baden-Württemberg vielleicht die Handschrift vorgibt, die wir in der Bundesrepublik benötigen. Hier wird viel zu oft Nordrhein-Westfalen genannt. Baden-Württemberg ist, was das Gesundheitssystem angeht, deutlich vorbildlicher.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Scheffold. – Frau Dr. Walter-Frank hat jetzt ebenfalls 20 Minuten, um in das Themenfeld einzuführen.

(Eine Präsentation [*Anlage 6*] wird begleitend zum Vortrag eingeblendet.)

Sv. Frau Dr. Walter-Frank: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Public Health umfasst – zumindest laut WHO – alle Maßnahmen der Krankheitsverhütung, der Lebensverlängerung – ich würde sagen, es macht mehr Sinn, nicht dem Leben mehr Jahre zu geben, sondern die Verlängerung gesunder Jahre zu fördern –, der Gesundheitsförderung, und das Ganze durch gemeindebezogene Maßnahmen. Das hört sich gut und einfach an.

In dieser Kommission möchte man ja in die Zukunft blicken. Aus meiner Sicht ist noch ein Thema anzusprechen, das vor zwei Wochen schon behandelt wurde, das die Gesundheitsämter lange beschäftigt hat und noch beschäftigen wird und das auch Auswirkungen auf das heutige Thema hat.

Wir haben in den Gesundheitsämtern mit sehr viel Unterstützung aus anderen Sachgebieten des Gesundheitsamts – und zwar nicht nur aus dem Bereich Infektionsschutz –, aus anderen Abteilungen der Landratsämter, von externen Personen, mit Hilfen aus anderen Ministerien, vom RKI, von der Bundeswehr, von vielen Medizinstudenten sehr viele Aufgaben bewältigt, u. a. das Kontaktpersonenmanagement. Wir haben eine Hotline geschaltet und wirklich sehr viele völlig aufgewühlte Privatpersonen, aber auch Unternehmen beruhigt, haben Einrichtungen beraten, haben die Quarantäne organisiert, haben viele Aufgaben erledigt, die primär keine fachlichen Bezüge zum Gesundheitsamt haben, z. B. Zulassungen von Teststellen, Abrechnungsunterstützung für die Kassenärztliche Vereinigung. Auf den Leitungsebenen in den verschiedenen Gesundheitsämtern gibt es noch haufenweise Überstunden, zwischen 700 und 1 000. Auch im Fachbereich Infektionsschutz haben wir immer noch sehr viele Überstunden, die wir nicht abbauen können.

Die Kollateralschäden sind inzwischen hinlänglich bekannt. Dass die Gesellschaft in der Coronazeit enger zusammenrückt, hat sich leider nicht bestätigt, sondern es kam eher zu einer Spaltung. Der Sicherheitsabstand hat sich noch mal deutlich vergrößert.

Kinder und Jugendliche tragen die große Last. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie in unserem Kreis platzt aus allen Nähten. Das ist wirklich traurig. Auch im Gesundheits-

amt sind sehr viele Aufgaben liegen geblieben. Ich denke, bei der zukünftigen Pandemiebekämpfung darf nicht nur die Infektionsseite betrachtet werden.

Das Thema heute ist Public Health. Jeder verhinderte Ausbruch einer Epidemie, z. B. durch eine gute Trinkwasserüberwachung, durch gute Prävention, wird von außen gar nicht wahrgenommen, sodass die Gesundheitsämter manchmal im Schatten ihrer erfolgreich bewältigten Aufgaben arbeiten. Dies gilt auch für das Verhindern anderer Krankheiten. Jetzt in der Krise werden wir wahrgenommen. Deswegen danke ich Ihnen sehr herzlich für die Möglichkeit, Ihnen hier darzustellen, was die Gesundheitsämter zum Thema „Public Health“ beitragen können.

Im Einzelnen darzustellen, was ein Gesundheitsamt macht, würde jetzt den Zeitrahmen sprengen; dann säßen wir heute Abend noch hier. Im Gesetz heißt es:

Ziel der Arbeit des öffentlichen Gesundheitsdiensts ist die Förderung und der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung ...

Im positiven Sinn bedeutet das: Wir sind quasi der Gemischtwarenladen eines Landratsamts. Deswegen sehen Sie auf dieser Folie den bunten Korb. Wir haben z. B. wirklich den Überblick von der Schwangerschaft, Schwangerschaftsberatung, über die Frühförderung, die Kindergartenzeit und die Einschulungsuntersuchungen. Wir begleiten in der Schulzeit und im Beruf, machen z. B. die Lebensmittelbelehrungen. Wir beraten bei Pflegebedürftigkeit, führen Begehungen von Pflegeheimen durch, und der Tod gehört auch dazu. Wir erfassen die Leichenschauischeine für die Todesursachenstatistik. Wir haben also einen ziemlich weiten Blick und arbeiten, so wie es im Leitbild des öffentlichen Gesundheitsdiensts dargestellt wird, ohne kommerzielle Interessen und gemeinwohlorientiert. Ich denke, das ist ein großer Vorteil.

Der aktuelle Istzustand zeigt auf, dass die Gesundheit durch soziale Faktoren beeinflusst ist. Das ist wahrscheinlich kein Geheimnis. Aus meiner Sicht fördert ordentliche Gesundheit, sowohl psychisch als auch körperlich, den Zusammenhalt. Wenn aus den verschiedensten Gründen keine Gesundheit erreichbar ist, dann ist der Unmut in der Bevölkerung vorprogrammiert. Das trägt nicht zur Krisenfestigkeit bei.

Zur Qualität der Perspektiven nenne ich ein Beispiel. Der Student, der im Studentenwohnheim mit einer schmutzigen Nasszelle und einer schmutzigen Gemeinschaftsküche wohnt und der kein Geld hat, hat auch keine guten Wohnverhältnisse, aber er hat eine entsprechende Perspektive. Er sieht das Ganze anders. Deswegen: Die Perspektiven sind wichtig.

Unser Gesundheitssystem ist ein Dschungel. Sich da zurechtzufinden, ist schwer. Woher bekomme ich eine Reha? Wer zahlt was? Es gibt Berichte darüber. Im August kam im Deutschlandfunk ein Bericht über das intransparente Gesundheitswesen. Das war ganz spannend und trifft es relativ gut.

Man kann im Gesundheitswesen mit digitalen Lösungen – vorhin wurde es gesagt – oder mit Telemedizin einiges optimieren, aber das muss anwenderfreundlich geschehen. Dass der Personalmangel im Gesundheitswesen die gute Versorgung schmälert, ist eindeutig. Personalmangel bedeutet z. B. Bettensperrungen in den Kliniken. Das ist sehr traurig.

Was sollte aus meiner Sicht verbessert werden? Wir sollten versuchen, die Gesundheit der Bevölkerung mit geringerer Abhängigkeit von sozialen Faktoren zu verbessern, also keine individualmedizinische Betrachtung, sondern einen Gruppenansatz wählen, die Bevölkerungsmedizin.

Die Definition von Public Health heißt laut „Institute of Medicine“ (heute: National Academy of Medicine), dass man Bedingungen schaffen will, in denen Menschen gesund sein können. Das Potenzial der einzelnen Menschen ist natürlich unterschiedlich. Selbst unter besten Bedingungen können manche Menschen nicht vollständig gesund sein. Äußere Bedingungen, die man schafft, damit die Menschen gesund sein können, dürfen nicht so einschränkend sein, dass es als Gesundheitsdiktat wahrgenommen wird.

Das Landesnichtraucherschutzgesetz z. B. ist kein Gesetz gegen das Rauchen. Vielmehr soll der Nichtraucher die Chance haben, gesund zu bleiben. Rahmenbedingungen zu schaffen, ist im Prinzip Verhältnisprävention.

Ein Gesundheitsamt kann für die aufgeführten Bereiche Folgendes leisten:

Old Public Health, sprich: Hygieneüberwachung. Jeder soll, unabhängig von seinem Versichertenstatus, die Klinik nach einer OP ohne dickes rotes Knie oder Wundinfektion verlassen können.

Jedem steht sauberes Trinkwasser zur Verfügung, wobei wir von anderen Landratsämtern schon die Rückmeldung bekommen, dass es Lieferschwierigkeiten bei den Mitteln für die Chlorung gab. Dann wird es auch schon mal ganz eng.

Lärmschutz oder Hitzeschutz: Gerade Hitzeaktionspläne – wir haben es vorhin schon gehört – und Beschattung sind Beispiele für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz.

Dann gibt es New Public Health, sprich: den gesundheitsplanerischen Ansatz. Wir haben die Sicherung der therapeutischen Versorgung und den Bedarfsplanansatz der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Frage ist, ob dieser in Ordnung ist. Zumindest auf dem Papier haben wir in manchen Bereichen eine Überversorgung, und trotzdem bekommt man keine Termine bei Therapeuten.

Der One-Health-Ansatz heißt – ich habe das Beispiel aufgeführt –: Wenn in der Tiermast wahnsinnig viel Antibiotika eingesetzt werden, dann haben wir nachher das Problem in der Humanmedizin. Die Probleme setzen sich einfach fort.

Es geht aber nicht nur darum, sondern es geht auch um den Klimawandel, die Klimakrise. Ich denke z. B. an die Trinkwasserversorgung, an neue Infektionskrankheiten. Wenn die Böden austrocknen und ein Starkregen trifft auf, haben sie nicht mehr die Filterfunktion für Brunnen, aus denen nachher das gesunde Trinkwasser kommen soll. Es ist ein sehr vielschichtiges Problem.

Es geht um UV-Schutz, um Lärmschutz, aber auch um Quartiersentwicklung. Das alles zählt zusammen. Vorhin wurde gesagt, dass Menschen in Paris im obersten Stockwerk sitzen, nichts trinken und niemand auf sie aufpasst. Da gibt es keine Quartiersentwicklung. Wir müssen daher früher ansetzen. Es bringt nichts, mit der Quartiersentwicklung in der Krise zu beginnen, sondern wenn man will, dass die Leute aufeinander achtgeben, muss man das früher in die Wege leiten.

Gesunde Verhältnisse zu schaffen, hängt immer mit Akzeptanz zusammen. Wenn niemand die Regeln akzeptiert, dann bringen die Verhältnisse nicht viel. Wir brauchen keine Verbotskultur. Wenn wir verbieten würden, dass man Motorrad fährt, dann würde das wahrscheinlich nichts bringen. Die Helmpflicht macht in dem Fall mehr Sinn.

Beispiel Corona: Die Coronaregeln müssen nachvollziehbar sein. Eine Testpflicht im Krankenhaus ist sinnvoll; Herr Scheffold hat es vorhin gesagt. Ich denke, Pflegekräfte und Ärzte können sich selbst testen, die sind verantwortungsbewusst. Wenn aber plötzlich frisch Geimpfte, obwohl man weiß, dass der Impfschutz nicht vor der Weiterverbreitung schützt, von der Testpflicht befreit werden sollen, dann kann das niemand mehr nachvollziehen.

Die Maskenpflicht in Pflegeheimen soll laut Bundesgesetz so sein: Personen in Pflegeheimen sind in ihren eigenen Zimmern von der Maskenpflicht befreit. Sie haben da teilweise ein Wohnzimmer, in dem sie auch Kaffee trinken. Da trägt keiner eine Maske. Kein Dementer trägt eine Maske. Das Ganze macht keinen Sinn, wenn Verhältnisse geschaffen werden, die niemand umsetzen kann.

Die Trinkwasserverordnung wird aktualisiert. Jetzt werden ganz viele Grenzwerte gesenkt. Die Frage ist, ob jede massive Senkung wirklich einen gesundheitlichen Benefit hat oder ob das einfach dazu führt, dass sehr viele Ausnahmegenehmigungen notwendig sind.

Eine Regel ist dann verlässlich, wenn sie sich an die Bedingungen anpasst, und nicht, wenn sie einfach gleich bleibt, obwohl sich die Bedingungen ändern. Sonst ha-

ben wir das Problem der Politikverdrossenheit. Ich denke, man muss einfach auf die Personen aufpassen.

Das Thema Gesundheitsversorgung liegt mir am Herzen. Das ist ein wichtiger Punkt, der aus meiner Sicht zur Krisenfestigkeit beiträgt. Wir können uns keinen Verlust von guten Arbeitskräften leisten, egal, ob im Gesundheitswesen oder in anderen Bereichen. Wir müssen Perspektiven schaffen, damit die guten Leute nicht in die Schweiz oder nach Schweden gehen. Sie werden andere nachziehen. Das muss man wissen. Es sind die jungen, die mobilen Menschen, die gehen werden. Diese Menschen haben hier eine Ausbildung genossen, die sehr viel Geld gekostet hat. Ein Gesundheitssystem wird dann krisenfest, wenn die Personaldecke stimmt. Das gilt im Übrigen auch für die Gesundheitsämter. Da gibt es den „Pakt für den ÖGD“, über den ich sehr glücklich bin.

Wenn wir weiterhin in den einzelnen Sektoren der Medizin denken und die Konkurrenz im Vordergrund steht, bleiben Lücken dazwischen. Das merken unsere Hausärzte. Sie haben völlig überforderte Patienten, die nicht wissen, wohin. Solche Probleme kommen bei uns z. B. über die Gesundheitskonferenzen an. Es gibt einen Bericht des Landes Baden-Württemberg aus dem Jahr 2018 zum Thema „Sektorenübergreifende Versorgung“. Reutlingen, Biberach und Ravensburg haben damals als Modellregion zusammengearbeitet. Darin sind sehr viele gute Hinweise. Umgesetzt sind leider noch nicht alle, eher wenige.

Jetzt habe ich viel von Verhältnisprävention gesprochen. Wir können natürlich auch beim Verhalten ansetzen. Wenn ein Nichtrauchertag gemacht wird oder es ein Bewegungsangebot gibt, gehen oft die Leute dorthin, die ohnehin schon gesund leben. Wir erreichen häufig nicht unbedingt diejenigen, die wir erreichen sollten. Deswegen plädiere ich dafür, Kinder und Jugendliche als Zielgruppe auszuwählen.

Wir haben jetzt im Kreis Tübingen ein Projekt über die Gesundheitskonferenz geboren: Abmilderung der Pandemiefolgen für Kinder. Wir haben ein Ferienprogramm mit Ernährung und Bewegung entwickelt, das jetzt erst anlief. Wir haben bisher 53 Kinder mit verschiedenen kleinen Gruppen erreicht. Sie haben etwas über gesunde Ernährung gelernt, waren nachmittags im Wald, haben sich bewegt. Wir haben eine sehr gute Resonanz.

Ich würde aber gern noch weitergehen und den Gesundheitsunterricht an Schulen ins Gespräch bringen. Der erreicht alle und nicht nur die Kinder, deren Eltern sie „Die Sendung mit der Maus“ schauen lassen. Da kann man Erste Hilfe lernen oder lernen, was beispielsweise bei einer Demenz passiert. Dann wissen die Kinder einfach, was mit ihrer Oma geschieht. Man kann lernen, richtig zu lüften, damit sich in der Wohnung kein Schimmel bildet. Zur Trinkwassernutzung: Warum sollte mein Boiler 60 Grad haben? Warum sollte ich, wenn in der Küche Wasser zum Kochen gebraucht wird, das kalte Wasser nehmen und nicht das warme Wasser aus dem Boiler? Wie kann man mit Holz heizen, ohne eine Kohlenmonoxidvergiftung zu erleiden?

Dieses ganz praktische Wissen sollte rechtzeitig an die Menschen herangebracht werden und möglichst alle erreichen. Man reibt sich beispielsweise mit einer Schmerzsalbe ein und wäscht sich danach die Hände; das macht eigentlich jeder so. Das sollte man aber definitiv nicht tun, damit der Wirkstoff nicht ins Abwasser gelangt, sondern man sollte sich die Hände erst mit einem Tuch abwischen und das dann wegwerfen. Aber viele wissen das nicht.

Ganz wichtig ist mir, dass Zuständigkeiten und die Nachhaltigkeit betrachtet werden. Sie haben vor zwei Wochen darüber gesprochen, als es um den gesundheitlichen Katastrophenschutz ging. Welche Ebene agiert? Wer zahlt was? Wie arbeiten die Ebenen zusammen? Es ist sehr wichtig zu sagen: Wer ist wofür zuständig?

In der Gesundheitsplanung versuchen wir, Weichen zu stellen, zu koordinieren, zu beraten, zu vernetzen, tätig zu werden. Da gibt es auch die KV. Die Gesundheitskonferenzen haben einfach keine Geldmittel und keine Weisungsbefugnis. Wir bekommen Geld für die Geschäftsstellen, aber für die Verstetigung von Projekten können die Gesundheitskonferenzen nicht aus sich selbst heraus agieren oder Zuständigkeiten schaffen.

Aktuell fördert z. B. das Land sehr viele Primärversorgungsnetzwerke für zwei Jahre mit viel Geld. Bei uns läuft jetzt ein Projekt aus. Das ist ein Case-Management-Projekt, in dem ein Case-Manager drei Praxen betreut. Es ist wirklich ein gutes Projekt, aber wir haben keine Anschlussfinanzierung bekommen. Es wird wahrscheinlich nicht verstetigt. Das ist schade. Man muss gute Projekte in die Fläche bringen, und dann muss klar sein: Wer macht es? Wer bezahlt es?

In der Zwischenzeit stecken 96 % der Gelder im Gesundheitswesen in der Kuration, nur 4 % – der ÖGD ist dabei – landen in der Prävention. Präventionsgelder sind Investitionen in die Zukunft; denn Gesundheit bekommen Sie nicht umsonst. Ich nehme einmal das Beispiel Tuberkulose. Sie werden Tuberkulose nie mit Medikamenten besiegen können. Dann wird sie resistent, und wir haben die multiresistente Tuberkulose. Erfolgreich bekämpfen werden Sie Tuberkulose im Prinzip mit Resilienz, Hygiene und besseren Lebensbedingungen.

Wenn man das auf andere Krankheiten – Adipositas, Diabetes mellitus oder Demenz – überträgt und wir früher ansetzen, da wir das Wissen z. B. aus dem Gesundheitsunterricht in der Schule haben, dann können wir eine gewisse Anzahl dieser Erkrankungen vermeiden. Dann könnte das Gesundheitssystem auch besser mit dem Personalmangel umgehen, weil es weniger Patienten gibt. Mein Appell lautet daher: Ein bevölkerungsmedizinischer Ansatz in der Gesundheitsplanung ist eine Grundlage für ein krisenfesteres System.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Frau Dr. Walter-Frank. – Die erste Frage kommt von Frau Abg. Krebs von der Fraktion GRÜNE.

Abg. Petra Krebs GRÜNE: Vielen Dank, lieber Herr Scheffold und liebe Frau Dr. Walter-Frank. – Ich möchte ganz kurz die Gelegenheit nutzen und aus dem Einsetzungsantrag der Enquetekommission zitieren. Ich glaube, das bringt uns schon dahin, wo wir eigentlich hinwollen, nämlich zu der Zuspitzung auf die tatsächliche Krise:

... Krisen sind per Definition Abweichungen vom Normalzustand, die sich nicht im gewohnten Modus bewältigen lassen und die sich einer langfristigen Planbarkeit entziehen. Sie erschüttern und stören die bestehenden Ordnungen, Handlungsroutinen und Gewissheiten. Charakteristisch ist, dass sich zu Beginn die konkreten Folgen kaum abschätzen lassen (Unklarheit) und sie trotz unsicherer weiterer Entwicklungen und zur Verfügung stehender Optionen ein Handeln erfordern (Dringlichkeit), weil sie eine existenzielle Bedrohung darstellen.

Ihre Vorträge – nehmen Sie mir das bitte nicht übel – haben mich schon an die Realität erinnert, wie wir sie seit vielen Jahren kennen. Es ist nichts Neues, dass sich das Gesundheitssystem schleichend in eine Richtung bewegt, die uns alle nicht glücklich macht. In dieser Enquetekommission sollte es uns darum gehen, wirklich die Krise zu identifizieren, und zwar nicht eine schleichende Krise. Wir sollten uns auf ähnliche Krisen wie die, die wir mit der Coronapandemie hatten, vorbereiten. Der Worst Case ist tatsächlich zu benennen und der Finger in die Wunde zu legen.

Meine Fragen schließen an das an, was wir heute Morgen schon gehört haben. Da ging es hauptsächlich um den Klimawandel, bei einem der Vorredner heute Mittag auch. Herr Scheffold, welche Möglichkeiten der BWKG oder der badenwürttembergischen Krankenhäuser sehen Sie, sich jetzt auf den Klimawandel vorzubereiten?

Erstens: Wie passen sich die Häuser, die Gebäude, die Hardware an den Klimawandel an? Was tun Sie jetzt schon? Sehen Sie eine Möglichkeit, Krankenhäuser als „Green Hospitals“ oder klimaneutraler aufzustellen? Wenn ja, was brauchen Sie dafür?

Zweitens: Welche Anpassungen des Leistungsangebots sehen Sie beim Thema Hitzekatastrophen als notwendig an, um solche Krisen dann zu überwinden? Es geht mir wirklich darum, dies gezielter auf die Krise zu beziehen. Ich gehe jetzt mal von der Klimakatastrophe aus. Da gilt genau das Gleiche. Was würden Sie uns als konkrete Maßnahmen empfehlen, baulich genauso wie personell oder auch in Form von Schutzausrüstung, wenn wir noch einmal bei hochpathogenen Infektionen, wie es

jetzt bei Corona der Fall war, landen würden? Das lässt sich ja noch pathogener und noch infektiöser darstellen.

Frau Dr. Walter-Frank, wie sehen Sie im ÖGD-Bereich, aus dem Sie kommen, die Möglichkeit für eine überregionale und intersektorale Zusammenarbeit? Wie gut müssen wir noch vernetzt werden, damit es schneller geht? Wir haben in der Krise jetzt gesehen, dass die Bundeswehr oder auch die Blaulichtfamilie dabei war. Sind das gute Szenarien? Müssen wir auf diese aufbauen, oder würden Sie uns auch andere Formen empfehlen?

Abg. Dr. Michael Preusch CDU: Frau Dr. Walter-Frank, wie sehen denn die internen Aktivierungsstrukturen aus? In welchem Zeitfenster können Sie, wenn eine neue Krise kommt – die muss ja nicht infektiologischer Art sein, sondern es kann einen Massenanfall an Verletzten oder Ähnliches geben –, Ihren ÖGD aktivieren und zur Handlung bringen?

Die Frage, die damit zusammenhängt, ist: Früher war der ÖGD – zumindest für mich, wenn ich mich daran erinnere – z. B. für die Kontrolle von Pommesbuden oder für die Zahngesundheit zuständig. Spätestens seit Corona wissen wir, dass weit mehr dahintersteckt. Kommen Sie mit dem Personal aus, auch mit der Aufstockung, oder brauchen Sie, wenn Sie an Krisen und kommende Aufgaben denken, noch mehr Personal? Brauchen Sie mehr Technik und mehr Digitalisierung, um das ausleben zu können?

Damit verbinde ich die Frage der Personalakquise. Wenn ich an mein Semester denke, dann weiß ich: Wenn man jemanden gefunden hätte, der zum ÖGD geht, wäre der sicherlich abends zum Essen eingeladen worden. Das war nicht der Fachbereich, den man sich zwingend wünschte. Sie waren vorher auch in der Gynäkologie und Geburtshilfe tätig. Wie kreieren wir den Nachwuchs für den ÖGD, ohne ein Pflichtprogramm aufzulegen, oder brauchen wir ein Pflichtprogramm, das wir teilweise in der Allgemeinmedizin haben?

Herr Scheffold, Thema „Gutachten, Augurzky, Empfehlungen zur Vorhaltefinanzierung“: Wie kann das aussehen? Ich glaube, Voraussetzung ist, dass wir in der Breite Möglichkeiten haben, um in einer Krise aktiv zu werden. Ich sehe im Moment schon ein großes Problem der weiteren Finanzierung der Vorhaltekosten außerhalb der Krise.

Dann zu dem großen Thema der Digitalisierung mit einzelnen Mitteln, die dafür freigegeben worden sind: Wir haben heute Morgen und in den Terminen zuvor schon erfahren, wie wichtig Digitalisierung sein kann, wenn sie nicht durch Datenschutz und andere Dinge gehemmt wird. Reichen die Mittel aus, oder ist das ein Schwerpunkt, der eigentlich außerhalb der klassischen Krankenhausfinanzierung laufen muss?

Vor dem Hintergrund der Klima- und Energiekrise stellt sich auch die Frage: Wie müssen die Häuser aufgestellt sein, wenn solch eine Krise mal längere Zeit anhält oder mit einem Schlag aktiv wird, sodass wir uns nicht über Wochen auf eine veränderte Energiesituation einstellen können? Wären die Kliniken im Land jetzt schon bereit, dieses Risiko oder diese Struktur anzugehen?

Abg. Florian Wahl SPD: Herr Landrat Scheffold und Frau Dr. Walter-Frank, herzlichen Dank – ich denke, im Namen von uns allen – für das, was gerade Sie als Vertreter des Gesundheitswesens sowie Ihre Kolleginnen und Kollegen in der Krise geleistet haben. Ich glaube, das kann man nicht genug würdigen. Das muss an solch einer Stelle, bevor wir zu allem anderen kommen, auch mal kurz gesagt werden.

Herr Landrat Scheffold, wir sind komplett d'accord bei dem, was Sie gerade strukturell beschrieben haben, auch was die Probleme betrifft. Wir brauchen deutlich mehr Investitionsmittel; das Land muss sich da auch mehr engagieren. Darüber waren wir schon des Öfteren im Austausch. Für wie essenziell erachten Sie für die Zukunft, gerade für die Stabilität unseres Gesundheitswesens, eine verbindliche Landeskrankenhausplanung? Welchen Weg sollte Baden-Württemberg aus Ihrer Sicht gehen?

Jetzt zu dem Thema, das wir heute Morgen hatten: Klimaschutz. Dabei spielt nachhaltiges Bauen, klimabewusstes Bauen eine große Rolle. Das ruft gerade bei Investitionen oftmals ein höheres Maß an Kosten hervor. Inwiefern haben Sie vonseiten der Kliniken Erfahrungen, dass das bei Investitionen berücksichtigt wird? Gibt es Gespräche mit Ministerien, z. B. mit dem Sozialministerium, dass man ganz besonders in Richtung von „Green Hospitals“ fördert? Gibt es eventuell weitere Anreizsysteme des Sozialministeriums, damit sich Landkreise und Klinikträger auf den Weg machen, dies bei Neuinvestitionen zu berücksichtigen? Wird das vom Land zusätzlich gefördert? Was würden Sie sich da wünschen?

Meine letzte Frage an Herrn Landrat Scheffold: Wir kommen aus der Coronakrise. Es sind 53 Millionen € für Beatmungsgeräte ausgegeben worden. Kennen Sie den aktuellen Stand der 1 000 Geräte? Sind die in Betrieb? Es hieß, manche Kliniken wollten sie an das Land zurückgeben, aber das sei nicht mehr so leicht möglich gewesen. Das Land zahlt wohl auch die Wartung. Können Sie uns etwas zu dem aktuellen Stand sagen?

Frau Dr. Walter-Frank, ich habe einige Fragen zur personellen Situation bei Ihnen im Haus. Wie viele Stellen sind unbesetzt? Wie stellt sich das allgemein dar? Wie leicht oder schwierig ist es, Personal zu finden?

In Bezug auf Corona gehe ich zunächst – die ESU-Frage überlasse ich meinem Kollegen Niko Reith, der unser ESU-Beauftragter im Sozialbereich ist – auf die STI-Testung ein. Ist die bei Ihnen während der Coronapandemie auch ausgesetzt worden? Hatte das bestimmte Folgen, z. B. dass eine große Dunkelziffer entstanden ist? Wir haben aus Stuttgart teilweise von ganz schwierigen Situationen gehört. Nur weil

eine Pandemie ist und bestimmte Sachen offiziell nicht stattfinden sollten, heißt das ja nicht, dass es so läuft. Wie bewerten Sie im Nachhinein die Gefährdungssituation von Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern? Sind Sie da wieder im Normalbetrieb?

Die andere Frage – weil Sie es angesprochen haben – betrifft das Thema Gesundheitskonferenzen. Wir haben jetzt seit etwa sieben Jahren das Landesgesundheitsgesetz. Wie bewerten Sie grundsätzlich diese ganze Einrichtung und Verankerung als effektives Mittel, und was müsste aus Ihrer Sicht weiterentwickelt werden bzw. was wäre da notwendig?

Herzlichen Dank.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Für die FDP/DVP-Fraktion hat der Kollege Reith das Wort.

(Zuruf: Als vorsichtiges Fazit! – Vereinzelt Heiterkeit)

– Wir werden mal schauen, ob er die Erwartung erfüllt.

Abg. Nikolai Reith FDP/DVP: Vielen Dank für die Steilvorlage. Ich bleibe aber in der chronologischen Reihenfolge.

Deshalb richte ich zunächst an Herrn Landrat Scheffold die Frage: Die wohnortnahen Primärversorgungszentren, die im Moment projektiert und auch befristet finanziert sind, wurden ja schon genannt. Wäre oder ist diese Einrichtung eine Entlastung für die Krankenhäuser und insbesondere – um das aufzugreifen, was die Kollegin Krebs gesagt hat – auch für Krisen tatsächlich eine Hilfe für die Krankenhäuser, also auch unter dieser Betrachtungsweise?

Dann würde mich interessieren, wie hoch denn der aktuelle Finanzierungsbedarf in Baden-Württemberg ist. Haben Sie darüber einen Überblick, damit wir einmal eine Summe erfahren können? Aus Ihrem Kreis haben Sie das ja genannt. Aber ich glaube, es wäre für uns auch aus landespolitischer Sicht interessant, zu erfahren: Wie sieht es denn im ganzen Land aus? Welcher Investitionsbedarf bestünde im ganzen Land? Ich will das jetzt gar nicht vertiefen – das ist schon angeklungen –: Wenn wir das auch noch unter Klimaschutzaspekten sehen, kommen wir auf ganz andere Summen; mir geht es einfach nur um die Summe, mit der man rechnen muss, um den Betrieb zu gewährleisten und die Angebote aufrechterhalten zu können.

Sie haben von Anpassungen an die Erkenntnisse der Pandemie gesprochen. Damit meine ich jetzt nicht nur die Finanzierung der Vorhaltekosten, sondern eher die Erkenntnisse, die Sie angedeutet haben: Wir brauchen eigentlich mehr Platz für jeden Patienten. Also, gibt es da noch weitere Erkenntnisse, die Sie gewonnen haben und die wir eventuell berücksichtigen müssen?

Dann war es Ihnen wichtig – das haben wir heute Morgen schon einmal gehört –, zu betonen, dass der föderale und regionale Gedanke bei den Maßnahmen und bei der Umsetzung eine Rolle spielten, und zwar eine positive Rolle. Haben Sie den Eindruck, dass sich die Landesregierung im Bund ausreichend und wirkungsvoll dafür einsetzt, dass das auch so bleibt?

Frau Dr. Walter-Frank, ja, jetzt kommt tatsächlich die Frage: Welche sonstigen Aufgaben sind denn noch liegen geblieben? Für mich ist es schon auch ganz bedeutsam – auch das wurde heute Morgen klar –: Es gibt eine Gruppe, die wir vergessen hatten oder die nicht so gehört wurde, wie sie es eigentlich verdient hätte, was uns – dafür müssen wir wirklich kämpfen – nicht noch einmal passieren darf: die Kinder und Jugendlichen. Ein entscheidender Schritt ist ja tatsächlich der Übergang vom Kindergarten, von der Kita in die Schule. Haben wir Schulreife? Wie weit sind die Kinder? Mit welchen Problemen haben die Kinder zu kämpfen, gerade auch jetzt unter dem Aspekt der Folgen der Pandemie?

Zu Ihrer Einrichtung würde mich interessieren: Gibt es da mittlerweile Einschulungsuntersuchungen? Werden die aufgeholt? Wie sind da die Hinweise, die Anordnungen aus dem Ministerium? Wie kann das umgesetzt werden? Nach Aktenlage haben wir schon gehört, dass da zum Teil umgesetzt wird. Aber da würde mich einfach auch Ihre Einschätzung interessieren.

Sie haben ganz explizit von „Doppelstrukturen verhindern“ gesprochen. Da wäre es interessant, zu erfahren: Wo gibt es Doppelstrukturen? Wo gibt es die Gefahr von Doppelstrukturen? Wie können wir diese verhindern?

Das Thema Digitalisierung war ja während der ganzen Pandemiezeit, gerade was die Gesundheitsämter angeht, immer ein großes Thema. Da sind wir noch lange nicht so weit, wie wir sein könnten und wie wir vielleicht auch am Anfang der Pandemie hätten sein können. Ich sage jetzt nur mal: Da mussten wir mit Papier und Bleistift arbeiten. Das waren ja auch für Sie und Ihre Mitarbeiter wirklich inakzeptable Bedingungen, und dann macht man sich noch darüber lustig. Das kann eigentlich nicht sein, dass wir in der heutigen Zeit so arbeiten müssen.

Auch da würde mich also der Stand der Dinge interessieren. Wie ist das aus Ihrer Sicht? Bei Ihnen kommt es ja tatsächlich an. Gab es da einen Schub? In manchen Bereichen hat ja die Krise tatsächlich dazu geführt, dass man mal so einen richtigen Schritt nach vorn gekommen ist. Ich will jetzt gar nicht von „Booster“ sprechen, aber ist das auch für den Bereich „Gesundheitsämter und Digitalisierung“ festzustellen, oder brauchen wir da noch mehr Aktivität und mehr Ambitionen?

Vielen Dank.

Abg. Carola Wolle AfD: Herr Scheffold, Frau Walter-Frank, das waren sehr interessante Vorträge.

An Sie, Herr Scheffold, habe ich eine Frage, und zwar ist es ja so: Sie haben ja genau beschrieben, dass die Finanzierung für die Investitionen nur zu 50 % vom Land kommt. Der Rest muss von den Städten und Gemeinden gestemmt werden. Die Situation bei den Städten und Gemeinden ist ja im Moment durch die Energiekrise, durch die gestiegenen Preise, auch sehr angespannt. Sind denn Gemeinden oder auch die Krankenhäuser und Rehakliniken insolvenzgefährdet? Haben wir an dieser Stelle Schwierigkeiten? Denn Tatsache ist ja, dass die Coronakrise wie ein Brennglas wirkt und eigentlich eine Situation, die schon vorher schwierig war, nochmals verstärkt.

An Sie, Frau Dr. Walter-Frank, habe ich die Frage: Sie haben von „Braindrain“ und „Work-Life-Balance“, die die Leute ja durchaus berechtigt haben möchten, gesprochen. Sie haben angesprochen, dass wir da die Perspektive verbessern müssten. Wie können wir das machen?

Sie haben auch sehr dezidiert Ihre Aufgaben beschrieben. Das war wirklich sehr, sehr spannend. Ich hatte den Eindruck, das ist auch sehr viel während der Coronakrise gewesen. Wie geht es denn Ihrem Personal? Ist das ebenso am Limit wie in der Pflege und in den Krankenhäusern?

Danke schön.

Sv. Herr Scheffold: Gut, das ist ja eine Unzahl an Themen. Ich hoffe, ich vergesse nichts Wichtiges. Wenn doch, erinnern Sie mich bitte völlig ungeniert.

Ich möchte mit zwei Themen einsteigen:

Krisenfestigkeit: Ich vergleiche es mit dem menschlichen Körper. Wenn jemand ausgehungert und dehydriert ist und Sie ihn dann in eine schwierige Situation schicken, dann wird er nicht so lange durchhalten wie ein wohlgenährter gesunder Körper. Ähnlich sehe ich es ein Stück weit mit den Krankenhäusern und den Rehakliniken. Man muss es ja schlicht betrachten. Wir haben ja im Moment explodierende Kosten. Es gab ja diese Kampagne „Alarmstufe ROT“; man wird auch weitermachen, auch von der DKG, wo das jetzt mehr oder weniger krass auseinanderklafft: das heißt, gedeckelte Einnahmen und extrem gestiegene Kosten. Das führt tatsächlich zu Liquiditätsproblemen, auch nach der Pandemie, und das betrifft weniger die Kommunalen; denn die können die Finanzierung ja aus dem Kreishaushalt gewährleisten. Den Sicherstellungsauftrag hat der Landkreis, also nicht die Gemeinde, sondern der Landkreis oder gegebenenfalls ein Stadtkreis. Die werden es aus ihren Haushalten ausgleichen müssen.

Viel härter trifft es ja die Freigemeinnützigen, also beispielsweise die kirchlichen Träger oder die Privaten, die keine Mittel zugeschossen bekommen.

Daher ist das im Moment wirklich eine sehr schwierige Situation, die wir auch auf Bundesebene klarzumachen versuchen. Das erlaubt dann natürlich auch wenig Spielräume, wenn man schon so unterwegs ist. Wenn jetzt also eine Krise käme, würde es wirklich schwierig.

Ich leite jetzt über zu den Beatmungsgeräten. Ich kann Ihnen die Frage nicht beantworten, wo die jetzt sind. Man kann das abfragen – kein Problem –, ich würde aber sagen: Man darf da in meinen Augen nicht so kritisch sein. Denn wenn eine Pandemie beginnt und man das nicht gemacht hätte und sie gebraucht hätte, dann wäre es im Nachhinein zu Vorwürfen gekommen. Das ist genauso wie beim Impfstoff, der verfällt. Man hat Vorsorge getroffen, hat das Beste versucht.

Das leitet mich über zum nächsten Thema: Krisenfestigkeit; ich sollte etwas zur Krisenfestigkeit sagen: Man hat Beatmungsgeräte gehabt. Ob man sie bedienen konnte, ist eine ganz andere Frage, und zwar weil Intensivpflegepersonal gar nicht in dem Umfang vorhanden ist, in dem man es tatsächlich benötigt. Das ist das Thema für mich. Wenn man krisenfest werden möchte, dann muss man letztendlich etwas mehr Vorhaltungen ermöglichen, auch in der Finanzierung, und darf nicht in der Finanzierung ganz heruntergehen. Denn eine Intensivpflegekraft braucht eine wirklich langjährige Ausbildung, und da steckt dann viel Erfahrung dahinter. Das haben mir auch die Ärzte gesagt. Ein Beatmungsgerät richtig zu steuern ist wie einen Jumbojet zu fliegen. Da muss man neben viel Wissen auch viel Gefühl haben und auch viel bedienen können. Ich kann nicht eine Pflegekraft aus – was weiß ich? – der Gynäkologie geschwind hochholen und ihr sagen: Jetzt machst du mal Beatmungsgerät. Das geht auf Dauer nicht gut.

Wir sind nicht in die Verlegenheit gekommen, aber das ist für mich so eine Konsequenz daraus. Das war der Flaschenhals in der Behandlung. Da hat man dann die meisten Probleme gehabt. Da muss man höhere Vorkehrungen treffen, was das Personal anbelangt. Das muss nicht exorbitant sein, aber es sollte mehr sein als bisher.

Das Gleiche gilt beim Thema Räumlichkeiten. Wenn man Patientinnen und Patienten isolieren muss, weil es einfach notwendig ist – das war ja praktisch der Fall; wir haben wieder eine ansteckende Krankheit –, dann kann ich eben kein Dreibettzimmer nehmen, oder ich kann halt ein Dreibettzimmer nehmen, aber nur mit einer Person belegen, das heißt, wir müssen, wenn wir jetzt neu bauen, in den baulichen Investitionen auch andere Raumkapazitäten zulassen, also auch dort eine gewisse Vorkehrung treffen.

Der dritte Punkt ist das Thema Pauschalförderung. Darüber werden ja viele kleine Investitionen wie Schleusen etc. finanziert. Das muss eben so ausgestaltet sein, dass man auch dort nicht auf einem absoluten Low-Level und dann auch noch unter-

finanziert ist, sodass man im Krisenfall dann tatsächlich auch aufstocken kann. Das ist aus meiner Sicht einfach auch eine Konsequenz aus dieser Pandemie, die wir ziehen müssen oder sollten.

Wenn man – ich versuche, es jetzt einmal so auszudrücken – auf die baulichen Investitionen geht, dann sollte die gesamte Investitionsförderung ungefähr 800 Millionen € betragen. Bei der Pauschalförderung – das ist berechnet, das ist inflationsbereinigt – müssten es 210 statt 160 Millionen € sein. Das bedeutet eine Anhebung um knapp 300 Millionen € summa summarum. Ich kenne die Schwierigkeiten im Landeshaushalt, und das ist alles nicht einfach, aber Sie hatten nach der Zahl gefragt, und das ist die Zahl, die man benötigt.

Das hat ja noch zwei weitere Konsequenzen, die man im Blick behalten muss. Zum einen explodieren die Baukosten. Wenn man in der Förderung jetzt die explodierenden Baukosten berücksichtigen möchte, wenn man nur das bestehende Förderungssystem zugrunde legt, dann kann man ja mit dem gleichen Geld weniger bauen – ganz einfach –, und das hemmt einen Strukturwandel, den wir ja letztendlich auch aus unserer Sicht weiterführen sollten oder müssen. Das ist also der erste Flaschenhals.

Wenn es dann noch um das Thema Klimaneutralität geht, dann funktioniert das in der Summe gar nicht mehr. Die Frage, ob Klinikträger bereit wären, in energetische Sanierungen oder in Klimaneutralität zu investieren, kann ich klar mit Ja beantworten, auch bei Neubauten. Da nehme ich jetzt unser Alb-Donau Klinikum, für das wir gerade einen Neubau planen. Da versuchen wir komplett klimaneutral zu planen. Dafür ist auch das Sozialministerium sehr aufgeschlossen; auch Planungen, die wir haben, werden da berücksichtigt. Dann stellt sich aber die Frage der Finanzierbarkeit. Da kommt dieses Thema dann auf den Punkt.

Noch teurer wird das Ganze, wenn ich in energetische Sanierungen bestehender Gebäude gehe. Ich nenne einen anderen Bereich: Wir versuchen gerade, klimaneutraler Landkreis zu werden, und berechnen die Kosten allein für unsere Gebäude. Das ist schon eine sportliche Summe. Wenn man das dann auf die Kliniken projiziert, ist das eine gigantische Zukunftsaufgabe. Da reichen natürlich die 800 Millionen € hinten und vorn nicht.

Aber die Bereitschaft ist da, die Notwendigkeit wird auch gesehen; denn die Klinikgebäude heutiger Struktur sind überwiegend – zumindest nicht durchgängig – klimatisiert. Es gibt ja auch Klimatisierungssysteme, die nicht mit Klimaanlage arbeiten. Die sind auch nicht energetisch saniert oder energetisch auf dem neuesten Standard. Vielmehr behilft man sich mit anderen Möglichkeiten, die man hat, mit Getränken etc. pp. Aber, sagen wir mal, die lang anhaltende Hitzeperiode, Frau Abg. Krebs, wenn die also einmal ein Jahr anhält, dann wird es unter den jetzigen Bedingungen schwierig. Dann müsste man sich tatsächlich behelfen. So ehrlich muss man ja tatsächlich sein: Was sind dann die Probleme? Herz/Kreislauf, Dehydrierung und ande-

res. Wenn man dann ein Gebäude letztendlich herunterkühlen muss, hat man beim heutigen Zustand nur begrenzte Möglichkeiten. Das setzt eine energetische Sanierung voraus. Bei Neubauten sollte das selbstverständlich sein, dass man so plant. Es gibt auch das „grüne Krankenhaus“ – Fassadenbegrünungen und alles –, aber bei Bestandsgebäuden ist das eine enorme Aufgabe.

Ein Klinikträger – das sage ich noch einmal – kann sich das alles ja nur leisten, wenn er das Geld dafür hat; und wenn er im Moment ohnehin Existenzsorgen hat – und das haben viele –, dann werden die sich das nicht leisten können.

Zum Thema Landeskrankenhausplanung in diesem Kontext: Das Sozialministerium hat die ja jetzt aufgegriffen und hat auch eine Auftaktveranstaltung dazu gemacht. Wir halten es für dringend notwendig, die Landeskrankenhausplanung fortzuschreiben. Das wurde pandemiebedingt jetzt verzögert, aber ich denke, das ist jetzt tatsächlich auf der Agenda, um dann – so ist auch unsere Zielsetzung – in regionalen Strukturgesprächen mit allen Beteiligten vor Ort für die jeweilige Region die passenden Lösungen letztendlich zu finden, um die gesundheitliche Versorgung in der Fläche sicherstellen zu können.

Die Federführung dafür muss beim Ministerium liegen – das ist gesetzlich auch so normiert –, und jetzt müssen die Verantwortlichen – also Klinikträger, die niedergelassenen Ärzte, der Rettungsdienst – alle an einen Tisch, wo das dann letztendlich besprochen und durchgeplant werden muss. Wir stellen uns ja vor, krankenzentrierte Versorgungsnetzwerke aufzubauen, weil wir einfach sehen, dass Fachärzte und auch Allgemeinmediziner immer im Bereich von Krankenhäusern sind, deren Nähe suchen und sich von dort aus dann die Gesundheitsnetzwerke letztendlich aufbauen.

Wenn man zu Zentralisierungen im Krankenhausbereich kommt – und es wird mit Sicherheit auch weitere Zentralisierungen geben –, führt das auch zur Fragestellung nach Primärversorgungszentren. Wenn man ein Krankenhaus schließt, stellt sich ja immer die Frage: Was kommt dann? Das ist ja das große ungelöste Thema. Da gibt es ja tolle Modelle. Nur: Für Primärversorgungszentren gibt es halt keine gesetzliche Vorgabe. Es gibt keine gesetzliche Trägerschaft. Man findet bei diesem Primärversorgungszentrum, sage ich mal, ein Sammelsurium an unterschiedlichen Rechtsvorschriften unter einem Dach; die Leute können sich ja bestens verstehen; das tun sie meistens auch, aber sie werden sogar nach unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern und erst recht nach unterschiedlichen Abrechnungssystematiken letztendlich behandelt, und das macht das Ganze dann schwierig.

Also, ich frage bei einem Primärversorgungszentrum immer schon: Wer hat den Sicherstellungsauftrag? Der Landkreis mal nicht; denn der hat ihn für den stationären Bereich. Dann müssen es die niedergelassenen Ärzte sein. Ein niedergelassener Arzt hat jedoch per se auch mal keinen Anreiz, ein Primärversorgungszentrum zu gründen, das von Haus aus wahrscheinlich eher defizitär ist.

Deshalb stellt sich die Frage nach der Trägerschaft und dann die Frage, wie man das Ganze finanziert, und dann kommt die letzte Frage: Wo kommen die Ärzte her? Wenn man eine solche Einrichtung schafft, ist man davon abhängig, ob der Zulassungsausschuss zustimmt, ob da ein Arzt kommt, und muss nicht einmal begründen, wenn keiner kommt. Dann wird es halt schwierig, und das ist das, was Frau Dr. Walter-Frank auch dargelegt hat. Die Modelle gibt es, die Bereitschaft gibt es, die Akteure verstehen sich vor Ort, aber zum Schluss funktioniert es nicht, weil es an diesen Dingen fehlt. Das ist Sache des Bundesgesetzgebers, und das muss der Bundesgesetzgeber lösen. Das war das.

Ich sehe es schon so, dass das Land sich im Bund für föderale Strukturen einsetzt, dass das Land auch versucht, die Themen zu platzieren, aber in der Summe – so habe ich ja meinen Vortrag beendet – braucht Baden-Württemberg auch auf Bundesebene noch einmal eine stärkere Stimme, um noch stärker wahrgenommen zu werden. Da bedarf es letztendlich auch einer gewissen Breite und auch Geschlossenheit im Auftreten, um die Themen dort auch tatsächlich so zu platzieren, dass sie auch wirklich vorangehen. Denn in der Koalitionsvereinbarung des Bundes steht viel Gutes drin, umgesetzt ist jedoch eigentlich fast gar nichts.

Da steht auch das Thema Digitalisierung drin. Digitalisierung ist sicher ein ganz zentraler Schlüssel beim Gesundheitswesen der Zukunft. Wir haben jetzt – Frau Krebs, bloß damit Sie ein Beispiel haben – Röntgengeräte – und das ist kein Einzelfall –, da steht hier in Langenau das Röntgengerät, und die Befundung findet in der Christophsbad-Klinik statt. Das war ein normaler Vorgang, wie auch der Telenotarzt. Da gibt es viele Möglichkeiten, auch in Behandlungen Vernetzungen zwischen Kliniken zu erreichen, wenn beispielsweise eine Uniklinik mit einer anderen Klinik zusammenarbeitet. Da setzen wir im Moment bei der BWKG ein großes Projekt auf, um das Thema „Qualitätsmedizin/Digitalisierung“ weiterzuentwickeln.

Dann stellt sich halt immer die Frage nach der Finanzierung. Im Moment gibt es ja eine Finanzierung über das Krankenhauszukunftsgesetz. Das ist so eine Anlauffinanzierung, mit der man das eine oder andere machen kann. In der Summe deckt es natürlich den Bedarf nie ab. Dann kommt ja hinzu: Wenn man Digitalisierung betreibt, hat das Folgekosten, doch das ist in keinem Finanzierungssystem drin. Das heißt: In meinen Augen müsste man die ganze Krankenhausfinanzierung, aber auch die für Rehakliniken und Pflegeeinrichtungen, einfach einmal durchgängig reformieren und auf das anpassen, was tatsächlich heute notwendig und Stand ist, um die Dinge, die man braucht, umzusetzen.

Jetzt suche ich gerade, was ich alles vergessen habe.

Vorsitzender Alexander Salomon: Keine Sorge. Sie dürfen noch suchen. – Sie dürfen auch Frau Dr. Walter-Frank – –

Sv. Herr Scheffold: Vielleicht noch zum Thema – und dann würde ich an Sie überleiten, Frau Dr. Walter-Frank; da überschneidet es sich – Doppelstrukturen. Wenn man betrachtet, dass man überall Ärztemangel hat und sich dieses Problem in Zukunft eher vergrößert, obwohl es mehr Ärzte gibt – das Verhältnis Patienten/Arzt nimmt ja in der Summe ab, und die Spezialisierung erfordert mehr Ärzte –, dann ist es notwendig, im ärztlichen oder im medizinischen Bereich diese doppelte Facharztschiene perspektivisch abzubauen, zumindest sie jetzt nicht in der Ambulantisierung weiter aufzubauen, sondern sie perspektivisch abzubauen. Es gibt wenige Länder, die sich das so leisten wie Deutschland.

Ich weiß, das ist ein heikles Thema, weil es in Besitzstände eingreift, aber es muss einfach angesprochen werden. Denn da leistet man sich ein System, das teuer ist und Personal bindet.

Primärversorgungszentren und kommunale Gesundheitskonferenz: Da zeigt sich eigentlich genau – auch das leitet zu Ihnen über, Frau Dr. Walter-Frank –: In der kommunalen Gesundheitskonferenz versteht man sich prima, da kann man die besten Modelle machen, aber hängt dann eigentlich immer ab von den Kassen, von der KV, von den gesetzlichen Regelungen. Das heißt, die Umsetzung nachher vor Ort ist enorm schwierig, weil es noch hohe Hürden zwischen Sektoren gibt: nicht bei den Menschen selbst vor Ort, sondern nachher faktisch in der rechtlichen und finanziellen Umsetzung.

Ich gebe Ihnen jetzt das Wort mit dem Hinweis: Ich hätte im Landratsamt schon längst kein Faxgerät mehr gehabt, wenn mir nicht der Katastrophenschutz gesagt hätte: Herr Scheffold, Sie brauchen immer zwei Faxgeräte. Deshalb hatten wir noch zwei. Sogar das Gesundheitsamt war digitalisiert. Aber ich wusste nicht, dass die Ärzte nicht per Outlook die Befunde schicken dürfen, weil es datenschutzrechtlich nicht konform ist. So kamen die per Fax an.

Damit haben Sie das Wort.

Sv. Frau Dr. Walter-Frank: Wir haben immer noch ein Faxgerät. Es ist tatsächlich so, dass die Ärzte definitiv vieles nicht per E-Mail schicken sollen, sondern einfach per Fax.

Zur intersektoralen Zusammenarbeit, Frau Krebs, die Sie angesprochen haben – was können wir tun? –: Das ist im Prinzip gerade die Sache mit der kommunalen Gesundheitskonferenz. Wir können wirklich versuchen, auf Kreisebene die Akteure zu vernetzen, wir können natürlich auch versuchen, als Gesundheitsamt möglichst viele Daten zu erheben, damit wir natürlich wissen, wen wir wohin vernetzen können. Das Problem ist tatsächlich: Solange der Bund die Gelder sektoral verteilt, wird es einfach schwierig. Ich denke, da ist die Frage, ob der Bund irgendwann einmal in Richtung patientenorientiertem Budget geht. Das leitet im Prinzip einfach auch über zur Gesundheitskonferenz. Die sind wirklich in den verschiedenen Landkreisen

wahnsinnig heterogen. Die machen verschiedene Projekte, in den Gesundheitskonferenzen sind teilweise auch unterschiedliche Personen. Ich weiß, dass das Sozialministerium jetzt hier auch die Überlegung hat, das Ganze etwas zu vereinheitlichen, um da eine Qualitätssicherung hinzubekommen. Ich denke, es macht Sinn, einfach auch die Gesundheitskonferenzen in diese Richtung weiterzuentwickeln. Dadurch, dass wir über den „Pakt für den ÖGD“ auch Stellen bekommen haben, werden wir da, denke ich, in dieser Richtung auch gut weiterkommen.

Thema Doppelstruktur: Da muss ich jetzt wieder mit der Gesundheitskonferenz anfangen. Beispielsweise diese Projekte in Primärversorgungszentren oder unser Case-Management: Ich gehe z. B. davon aus, die KV könnte das übernehmen oder die Krankenkassen könnten da etwas übernehmen. Aber da wird dann immer gleich zurückgespiegelt: Ist so etwas nicht auch Daseinsvorsorge? Und dann hängt es wieder bei den Landkreisen. Da gibt es aber das Geld jetzt nicht unbedingt für einen Case-Manager. Also, unsere Case-Managerin war in der Arztpraxis direkt vor Ort und hat dann quasi dort wirklich Sachen aufgefangen und dort die Arztpraxis entlastet. Deshalb wäre das, würde ich sagen, eher etwas, was bei den Krankenkassen angesiedelt ist.

Durch diese Problematik, dass man dann vielleicht dem einen oder anderen eine Aufgabe zuweist oder vermeintlich zuweist, können sich solche Doppelstrukturen einfach entwickeln. Beispiele sind z. B. Coronafieberambulanzen. Da haben die Landkreise einfach unterstützt und Fieberambulanzen mit aufgebaut, obwohl man das Ganze eigentlich im Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung hätte sehen können. Das ist dann nachher auch ein Problem mit dem Abrechnen. Wenn es dann wirklich ums Geld geht, schreit dann wirklich keiner: „Hier!“

Digitalisierung: Die Coronapandemie hat mit Sicherheit einen Digitalisierungsschub in den Gesundheitsämtern ausgelöst. Es gab leider so ein paar Irrwege, z. B. das Programm SORMAS – ich nenne es jetzt einfach mal beim Namen. Wir haben das tatsächlich nicht nur installiert, sondern auch eingesetzt, und jetzt läuft es plötzlich aus, und wir hängen in der nächsten großen Herbstwelle, und ab Januar würde das, wenn man es fortführt, den Landkreis weit über 20 000 € kosten. Bisher war es quasi kostenlos, und es wurde den Gesundheitsämtern vom Bund quasi aufdiktiert.

In diese Richtung gab es Digitalisierungsbestrebungen. Es gibt ja jetzt auch wieder sehr viel Geld für die Digitalisierung. Baden-Württemberg macht es so, dass eben nicht nur einzelne Gesundheitsämter – ich sage es jetzt mal gemein – einzelne Strohfeuer machen können, sondern dass man das wirklich auf Landesebene bündelt, aber diese Gelder sind natürlich auch jetzt da, werden in relativ kurzer Zeit vergeben, aber langfristig und nachhaltig werden sie nachher unter Umständen wieder fehlen, sodass dann wieder die Gefahr besteht, dass diese Digitalisierungsschübe, die jetzt da sind, vielleicht doch wieder in einer Sackgasse landen. Denn oft fehlt einfach Personal. Wenn man es an eine externe Firma vergibt und sie dann in zwei Jah-

ren nicht mehr zahlen kann, dann wird es natürlich schwierig. Nur: Anschubfinanzierungen funktionieren halt häufig nicht.

Dann: Was ist in der Coronapandemie liegen geblieben? Wir haben tatsächlich 2020 die ESU teilweise ausgesetzt. Wir haben dann versucht, wirklich über die Kindergärten, sofern sie denn offen waren, herauszubekommen: Welches sind denn die schwierigen Kinder? Diese Untersuchungen haben wir dann noch nachgeholt.

Wir haben auch tatsächlich gesehen, dass wir auch in Zusammenarbeit mit den Frühförderstellen mitbekommen haben: Die Kinder nehmen keinen Kontakt mehr auf, die haben unter diesem Kontaktmangel wahnsinnig gelitten. Natürlich haben sie zugenommen – ganz klar –, und sie haben extrem viel mehr Medienkonsum gehabt. Über diesen Umweg haben wir natürlich – und das kam eben auch über die Gesundheitskonferenz rein – den Hilferuf der Kinder- und Jugendpsychiatrie bekommen, dass man also dann einfach gesehen hat: Da gab es wirklich Folgeschäden, sowohl bei den ganz Kleinen als auch bei den Kindergartenkindern und dann eben auch bei den Jugendlichen, die dann in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gelandet sind. Mit denen haben die Kinder heute noch zu kämpfen.

Dann die Personalsituation: Wie kommen wir mit unserem Personal aus? Die Kollegen aus einem anderen Bundesland haben gesagt: Diese „Pakt für den ÖGD“-Stellen sind Stellen für die bisherige Aufgabe, die die Gesundheitsämter bisher aus Personalmangelgründen oft nicht haben erledigen können, aber nicht unbedingt für neue Aufgaben. So kann man es eigentlich ganz gut zusammenfassen. Unsere Personalakquise ist schwierig. Was aber wirklich so ist – weil Sie, Herr Dr. Preusch, vorhin gesagt haben: „Ich habe vorher in der Klinik gearbeitet“ –: Jeder Arzt im Gesundheitsamt braucht eine gewisse Klinikzeit, bevor er ins Gesundheitsamt gehen darf; also, das muss sein, aber es ist weiterhin so, dass man von den anderen belächelt wird, wenn man im Gesundheitsamt arbeitet. Also, zumindest vor der Pandemie war es immer so; jetzt wird es etwas besser.

Wenn man denen dann erzählt, was man eigentlich im Gesundheitsamt macht, wird klar: Das weiß kein Mensch! Man denkt an die Aidsprechstunde, vielleicht noch an eine Einschulungsuntersuchung und an den WKD, der mit im Gesundheitsamt ist. Diese Imagekampagne, die eigentlich geplant war, ist bis jetzt noch nicht wirklich angelaufen. Davon erhoffen wir uns etwas. Natürlich kommt hinzu: Wenn jemand in der Klinik seine Nachtdienste gemacht hat und dann ins Gesundheitsamt kommt, hat er natürlich wahnsinnige finanzielle Einbußen. Wenn man dann sagt: „Ja, aber das Gesundheitsamt ist familienfreundlicher“ und man sich dann die Arbeitszeiten während der Coronapandemie anschaut, dann hat das nicht mehr viel mit Familienfreundlichkeit zu tun. Das war da leider anders.

Deshalb ist tatsächlich auch im Hinblick auf die verschiedenen Arbeitszeitmodelle, die es in der Zwischenzeit in der Klinik gibt, wahrscheinlich der große Vorteil vom Gesundheitsamt, Familienfreundlichkeit zu bieten, gar nicht mehr so gegeben, wie es

früher einmal der Fall gewesen ist. Man streitet sich halt um Ärzte in den verschiedenen Bereichen.

Wir haben Stellen ausgeschrieben, wir haben jedoch nicht alle besetzt. Im ärztlichen Bereich haben wir im Moment eine unbefristete Stelle, anderthalb Stellen nicht besetzt. Wie gesagt: Ausschreibungen laufen. Ich weiß, dass es in anderen Landkreisen sicher schlimmer ist. Tübingen hat da wahrscheinlich immer noch eine relativ komfortable Situation. Aber auch in Tübingen sind Stellen unbesetzt – definitiv. Nicht nur im höheren Dienst, sondern ganz ehrlich: Wir suchen gerade auch jemanden im Verwaltungsbereich, im gehobenen Dienst. Auch da ist es schwierig, jemanden zu finden.

Dann zum Thema STI-Testungen: Auch wir haben sie ausgesetzt. Wir haben den Vorteil, dass unsere Aidshilfe die ganze Zeit für die Leute da war. Wir konnten ja teilweise auch die Untersuchungen gar nicht durchführen, weil die Labore – wir schicken es ja nach Stuttgart ins Labor – mit den Coronatestungen völlig überfordert waren. Deshalb mussten wir das einfach aussetzen. Wir haben das jetzt wieder im normalen Maß aufgenommen. Das läuft also weiterhin. Wir haben jetzt zusätzlich – und das wird gerade relativ wenig nachgefragt – auch für ukrainische Flüchtlinge ein zusätzliches Terminfenster, das wir anbieten. Das wird nicht so sehr in Anspruch genommen. Das betrifft HIV und andere sexuell übertragbare Erkrankungen.

Im Bereich der Prostituiertenberatung, was ja da im weitesten Sinn auch mit dazu gehört, ist es so: Wir hatten da keine Termine, weil sich natürlich auch von den Prostituierten, weil es ja verboten war, niemand getraut hat, einen Termin auszumachen, weil er dann nicht nur zur gesundheitlichen Beratung ins Gesundheitsamt geht, sondern auch ins Ordnungsamt geht, um sich anzumelden. Dementsprechend ist da mit Sicherheit viel unter dem Radar gelaufen.

Dann war noch die Frage: Wie können wir die Perspektive auch für die Mitarbeiter insgesamt im Gesundheitsbereich verbessern? Klar: Arbeitsbedingungen und Geld. So ist es wahrscheinlich, oder? Vielleicht auch Akzeptanz, beispielsweise im Pflegebereich. Wenn jetzt ein Hospiz aufmacht, ist es so: Ein Hospiz macht auf, hat wenig Plätze, aber eine sehr gute Personaldecke. Da bewerben sich viele. Die haben in der Regel keine Sorgen, Personal zu gewinnen. Wenn jemand jetzt als Pflegekraft einfach abends beim Grillen auf einem Gartenfest sagt: „Ich arbeite im Hospiz“, sagen alle: „Oh, wie kannst du das?“ und: „Hospiz, und das ist ja eine so schwere Aufgabe.“ Der wird wertgeschätzt, der wird anerkannt von anderen, während die gleiche Pflegekraft, die im Pflegeheim arbeitet, ganz, ganz anders wahrgenommen wird. Ich denke, das ist einfach diese Wertschätzung, dass man sagt: Pflege ist ein superguter Beruf, das ist wirklich ein toller Beruf. Man darf sich halt nicht verschleißen. Ich glaube, dass viele, die solche Leute belächeln – und es ist furchtbar, dass es solche Leute gibt –, überhaupt nicht wissen, was die leisten. Die wissen auch gar nicht, was vor Ort geht. Ich glaube, diejenigen, die einmal im Krankenhaus gearbeitet haben, wissen, was da läuft; die wissen auch, was im Pflegeheim läuft. Das Ganze ist ein toller

Beruf, er wird aber zu wenig wahrgenommen, und ich glaube, das ist auch etwas, was manche Leute dann vielleicht davon fernhält. Wenn ich damit meine Familie nicht ernähren kann, ist das dann das Nächste.

Ich glaube, ich habe nicht viel vergessen. Sonst melden Sie sich bitte.

Vorsitzender Alexander Salomon: So machen wir das. Wenn es noch Nachfragen gibt, strecken Sie jetzt ganz schnell die Finger nach oben. – Das scheint nicht der Fall zu sein. Dann haben Sie die Fragen umfassend beantwortet. Dann danke ich Ihnen, Frau Dr. Walter-Frank und Herr Scheffold, dass Sie uns hier in der Enquete-kommission bereitgestanden, die Fragen beantwortet und sicherlich auch noch einmal das eine oder andere beleuchtet haben. Wir werden das sicherlich in unserer Arbeit berücksichtigen.

Damit sind wir am Ende des heutigen Ablaufplans angekommen.

(Beifall)

– Man darf auch klatschen. Ja. – Dann gehen wir jetzt über in Teil II der heutigen Tagesordnung. Ich darf die Öffentlichkeit vorab noch darauf hinweisen, dass wir am Freitag, 11. November 2022, um 9:30 Uhr die nächste Sitzung haben. Da erwarten wir, dass Sie alle wieder über den Livestream dabei sind.

Dann geht es jetzt in den nicht öffentlichen Teil über. Wir warten kurz, bis die Technik heruntergefahren ist. Sie dürfen solange dahin gehen, wohin Sie gehen müssen, etwas zu trinken holen, die Beine vertreten. Bis gleich!

(Schluss des öffentlichen Teils: 17:04 Uhr)

– folgt nicht öffentlicher Teil II (gesondertes Protokoll) –

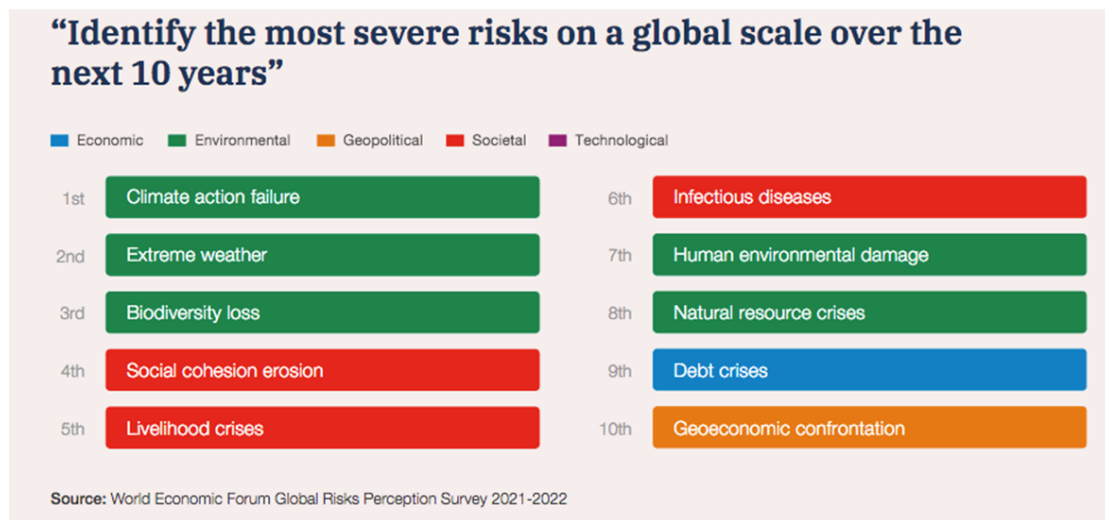


Planetary Health: Klima- und Biodiversitätskrise und Gesundheit

6. Sitzung der **Enquetekommission** „Krisenfeste Gesellschaft“ des Landtags von Baden-Württemberg

14.10.2022

Martin Herrmann Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG e.V.)

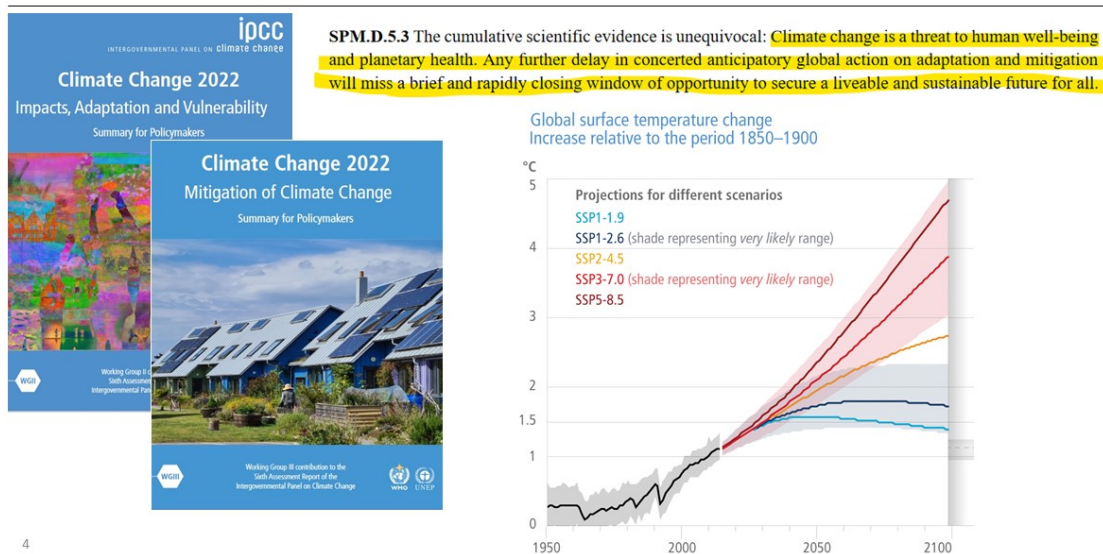


| KLUG Herrmann 2021



1. Unsere Lebensweise macht krank und zerstört den Planeten.
2. Gesunde Menschen gibt es nur auf einem gesunden Planeten.
3. Wir müssen eine zivilisatorische Wende für planetare Gesundheit einleiten.

Das Zeitfenster für eine klimaresiliente Zukunft schließt sich





Klimawandel macht krank!

Klimawandel & Gesundheit

Der Klimawandel und seine Folgen wie Überschwemmungen, Dürren und Waldbrände gefährden direkt das Leben von Menschen. Doch auch verschiedenste Erkrankungen können die Folge des Klimawandels sein. Kinder und Ältere sind besonders betroffen.

ÜBERFLUTUNGEN
TREIBHAUSGASEMISSIONEN
ERDERWÄRMUNG

OZEANVERSÄUERUNG
MEERESSPIEGELANSTIEG
DÜRREN
WALDBRÄNDE
HITZEWELLEN

▶ GEHIRN UND PSYCHE

Dürren, Waldbrände oder Hochwasser mitzuerleben, kann Stress, Traumata, Angstzustände und Depressionen auslösen.

Es besteht der Verdacht, dass Schadstoffe wie Methan, Ruß, bodennahes Ozon oder Schwefeloxazole in der Luft Alzheimer auslösen. Methan und Ruß tragen neben CO₂ zum Klimawandel bei.

▶ HAUT, AUGEN UND ATEMWEGE

Der Klimawandel führt zu höherer UV-Strahlung. Damit steigt auch das Risiko für ernsthafte Erkrankungen der Haut und der Augen.

Neben Ozon und Schadstoffen erhöhen Hitzewellen, Dürren und Waldbrände das Risiko für Atemwegserkrankungen wie Asthma und Nasennebenhöhlenentzündungen.

Höhere Temperaturen verlängern die Pollensaison und somit Allergiesymptome. Eingewanderte Pflanzen verursachen neue Allergien.

▶ HERZ UND KREISLAUF

Längere und stärkere Hitzeperioden sorgen vermehrt für körperliche Belastung – vor allem bei Kindern und älteren Menschen.

Hitzewellen, Dürren und Waldbrände erhöhen den Ozon- und Schadstoffanteil in der Luft. Das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko steigt.

▶ MAGEN UND DARM / ERNÄHRUNG

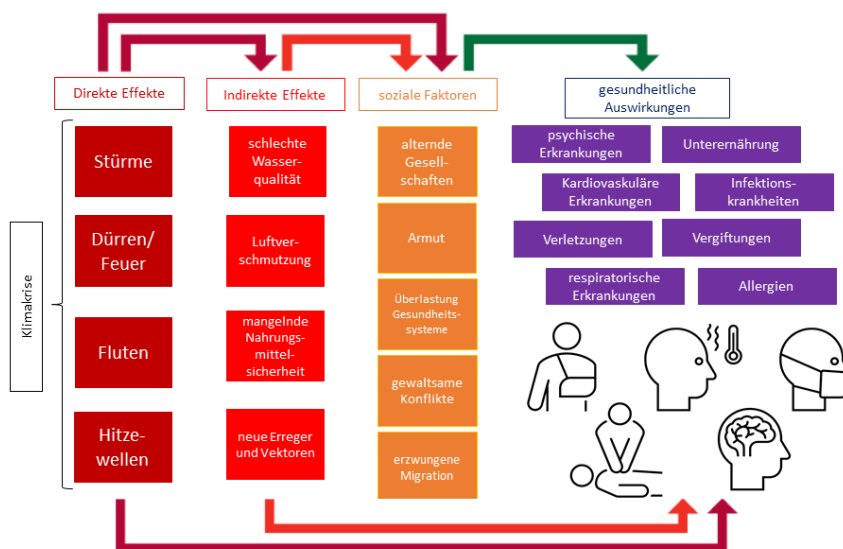
Extreme Wetterereignisse und steigende Temperaturen sowie Pflanzenschädlinge führen vermehrt zu Erntebausfällen. Es treten vermehrt Durchfallerkrankungen beispielsweise durch Vibriobakterien auf. Es herrscht ein Trinkwassermangel – auch durch verunreinigtes Wasser.

Durch steigende Wassertemperaturen und die Versauerung der Ozeane verringern sich der Erträge aus Fischerei und Aquakultur.

▶ INFESTIONEN

Durch den Anstieg der Temperatur und extreme Wetterereignisse verschieben sich ganze Ökosysteme. Erreger von Infektionskrankheiten wie Malaria, Borreliose oder Denguefieber können sich in neuen Regionen ausbreiten.

| KLUG Herrmann 2022



Quelle: adaptiert nach Watts et al. 2015; Health and climate change: policy responses to protect public health. Lancet. 386(10006):1861-914. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60854-6. Epub 2015 Jun 25. PMID: 26111439

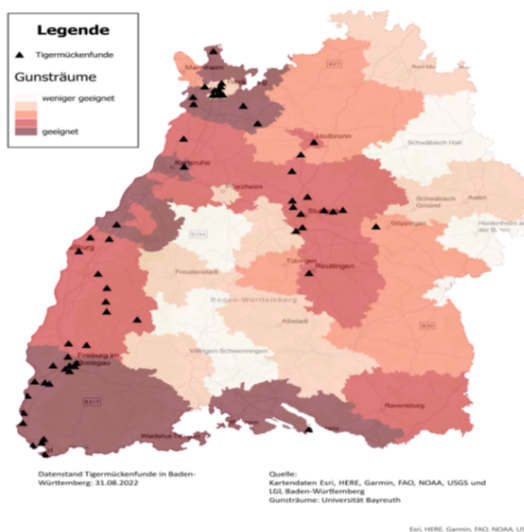
| KLUG Herrmann 2022



Die große Lähmung

Verbreitung asiatische Tigermücke in Baden-Württemberg

- Seit 2013 Funde von *Aedes albopictus* Populationen im Gebiet des Oberrheingrabens (SK Freiburg) durch die KABS
- 2015 erstmals Nachweis von größeren Populationen in einer Kleingartenanlage im SK Freiburg
- Potentieller Vektor für Arboviren, wie bspw. Dengue, Chikungunya oder Zika



Non-communicable disease - environmentally caused and triggered

NONCOMMUNICABLE DISEASES (NCDs) AND MENTAL HEALTH

THE THREAT

Cardiovascular diseases Chronic respiratory diseases Cancer Diabetes Mental health conditions

Key Facts

NCDs are responsible for **71%** of all deaths worldwide (41 million people)

Each year... the lives of **15 million people** are cut short due to NCDs

Nearly **800,000** people die from suicide

Every **2 seconds** someone aged 30 to 70 years dies prematurely from NCDs

Poorer people are disproportionately affected by NCDs and mental health conditions

5 main NCD risks

- Unhealthy diet
- Tobacco use
- Air pollution
- Harmful use of alcohol
- Physical inactivity

World Health Organization

Hitze - das größte Gesundheitsrisiko!

... auf das Herz
Belastung des Herz-Kreislauf-Systems, vor allem bei Menschen mit Vorerkrankungen am Herzen
Erhöhtes Risiko für Herzinfarkte

Lunge
Erhöhtes Gefährdung von Lungen
Starke Belastung für Menschen, die an Atemwegserkrankungen wie COPD oder Asthma leiden

Nieren/Magen-Darm-System
Risiko für Nierenversagen erhöht
Bei Sonnenstich: Durchfall und Erbrechen möglich

... auf das Gehirn
Konzentrationsfähigkeit ist vermindert
Kopfschmerzen und Schwindel können auftreten
Erhöhtes Risiko für einen Schlaganfall
Erhöhter Aggressivität und größere Gewaltbereitschaft
Bei Hitze-Erschöpfung (Sonnenstich): Dehndes Versagen der Thermoregulation mit (im schlimmsten Fall) tödlichem Hitzschlag als Folge

Muskeln
Krämpfe (meist nachts) als Zeichen für Flüssigkeits- und Elektrolytmangel

Schwangerschaft/Neugeborene
Erhöhtes Risiko für Frühgeburten und für ein geringes Geburtsgewicht des Säuglings
Erhöhtes Risiko für plötzlichen Kindstod

2. September 2021 DIE ZEIT Nr. 36

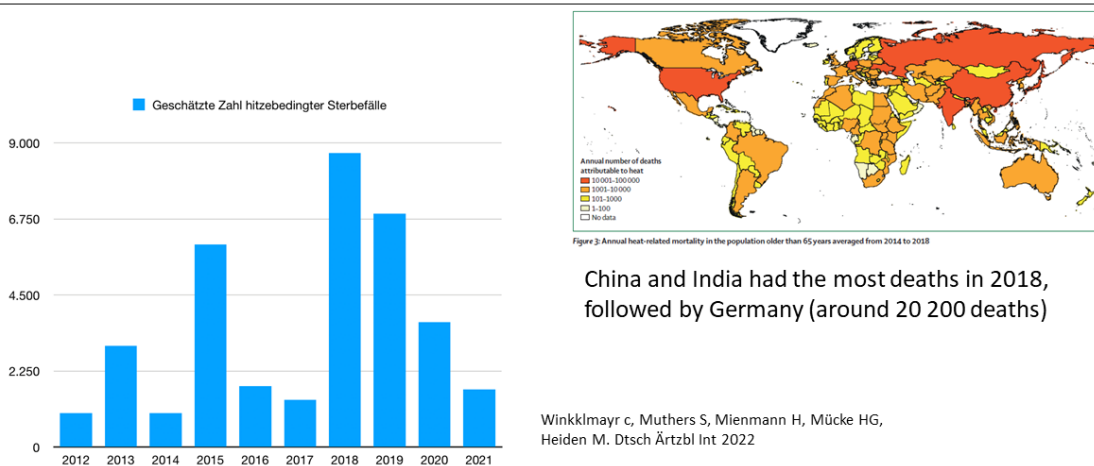
WISSEN

DIE ZEIT

Die Zeit, 2. September 2021

HELMHOLTZ MUNICH

Bis zu 9000 hitzebedingte Tote in Deutschland.





„Deutschland ist für den Katastrophenfall durch mögliche große Hitzewellen nicht gerüstet.“

(Lancet Countdown Policy Brief für Deutschland 2021)

Ist-Situation

Den Einschätzungen der Expert*innen zufolge haben nur wenige Kommunen umfassende und integrierte Hitzeaktionspläne umgesetzt – das zeigen auch neuere bundesweite Umfragen.

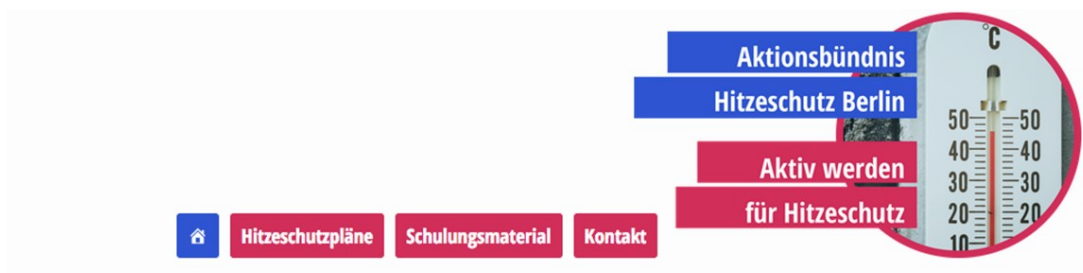
Dabei ist es in den meisten Fällen nicht gelungen, Akteure aus dem Gesundheitssektor, wie Ärzteschaft und Pflege, Rettungsdienste und Kliniken, in die Entwicklung der Pläne umfassend einzubinden. Das aber schränkt die Wirksamkeit im Krisenfall deutlich ein.

Es gibt keine Handlungsszenarien für außergewöhnlich extreme und komplexe Situationen, wie sie im Sommer 2021 in Südeuropa und Kanada aufgetreten sind. Dennoch drohen diese in den nächsten Jahren auch in Deutschland.

Die Bundesrepublik ist für den Katastrophenfall durch mögliche große Hitzewellen daher nicht gerüstet.

Auch der Aufbau einer langfristigen Hitzeresilienz in Städten, Kommunen und Gesundheitseinrichtungen startet viel zu langsam.



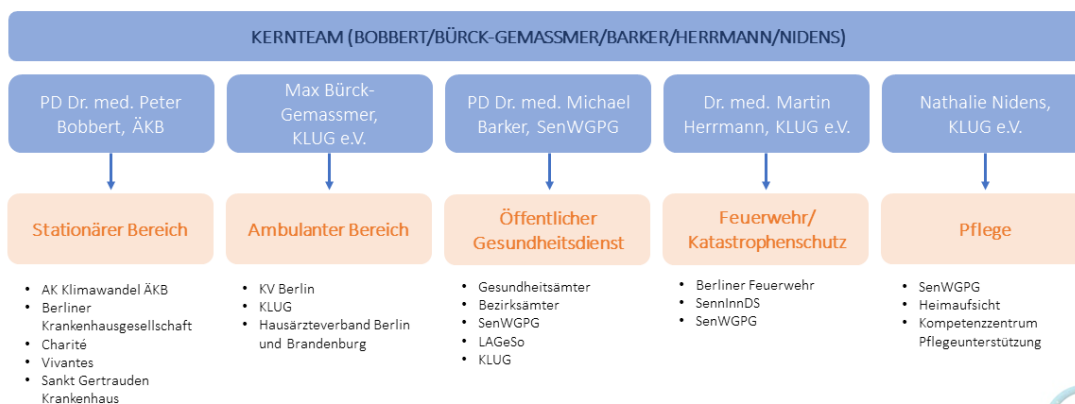


„Hitzeschutz ist eine zutiefst solidarische und gemeinschaftliche Aufgabe.“

PD Dr. med. Peter Bobbert,
Präsident der Ärztekammer Berlin

Berlin geht voran: Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin

Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin



Krisenfeste Gesellschaft

Gesundheitliche Chancengleichheit als zentrales Handlungsfeld (HiaP) in Krisen

Prof. Dr. Nico Dragano

14.10.2022

Agenda

1. Gesundheitliche Ungleichheit
 2. Ungleichheit in Krisen: Beispiel
COVID-19
 3. Ausblick und Fazit
-

Sozial ungleich verteilte Erkrankungen bei Kindern/Jugendlichen

- #Niedriges Geburtsgewicht
- #Psychische- und Verhaltensstörung (z.B. Depressionen, ADHS)
- #Asthma
- #Untergewicht
- #Übergewicht
- #Unfälle
- #usw.

aerzteblatt.de

Ärztblatt / cme / Arztstellen / Studieren / English Edition

Höheres Coronarisiko für Kinder aus armen Familien

Dienstag, 4. Oktober 2022

Newsletter abonnieren Zur Startseite



/Aerzteblatt, stock.adobe.com

Düsseldorf – Kinder aus armen Familien haben einer Untersuchung zufolge ein höheres Risiko als andere Kinder, wegen einer Coronainfektion ins Krankenhaus zu kommen. Sind die Eltern langzeitarbeitslos, ist das Risiko 1,36 Mal so hoch wie für Mädchen und Jungen, deren Eltern einen Job haben.

Das teilte die AOK Rheinland-Hamburg heute mit. Die Krankenkasse hatte zusammen mit der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf Versichertendaten ausgewertet.

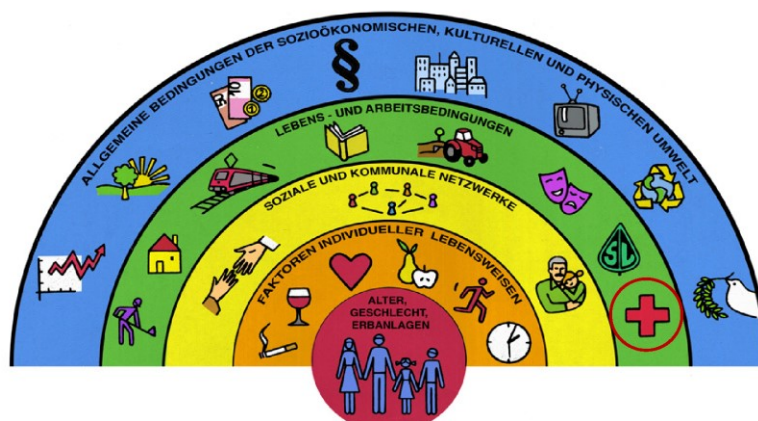
Studie: Dragano et al 2022 <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2796831>

Sozial ungleich verteilte Erkrankungen bei Erwachsenen

- #Depressionen
- #Angststörungen
- #Suchterkrankung
- #Infektionen (SARS-CoV-2, HIV, TB etc.)
- #Diabetes Typ II
- #Hypertonie
- #Koronare Herzkrankheit
- #Schlaganfall
- #Lungenkrebs
- #Frühzeitiger Tod
- #usw.

Ursachen: die sozialen Determinanten der Gesundheit

hhu Heinrich Heine Universität Düsseldorf



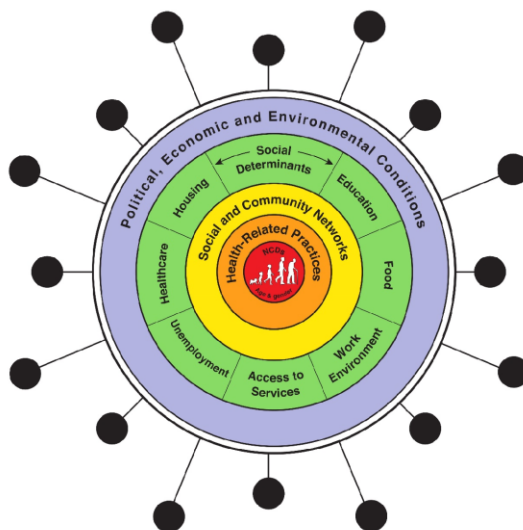
Typische Muster in Zusammenhang mit der sozio-ökonomischen Lage (Bildung, Einkommen, Beruf, Alter, Geschlecht, Migration). Meist gilt: je stärker die Benachteiligung, desto mehr Risiken

Graphik: Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren & Whitehead 1991, 2007

2. Krisen: „Syndemie“-Hypothese

Gesundheitliche Effekte gehen über die reine Infektion hinaus (**clustering**)

Clustering entsteht in der **Interaktion** von biologischen und psycho-sozialen Determinanten



In der Syndemie werden bestehende gesundheitliche **Ungleichheiten** repliziert und verstärkt

Bambra C et al. J Epidemiol Community Health;2020, 74:964-968 (incl. figure); Singer M et al. The Lancet. 2017, 389: 941-950

Beispiel COVID-19: Seropositivität

Sero-epidemiologische Untersuchung und Befragung von 15.122 Probanden des SOEP, 11.2020-02.2021

Table 2 SARS-CoV-2 infection by socioeconomic position among adults in Germany, October 2020–February 2021

	% (95% CI)*	OR (95% CI)†	p value
Seropositive			
Education			
Low	1.80 (1.19 to 2.71)	2.32 (1.18 to 4.53)	0.014
Middle	0.98 (0.67 to 1.43)	1.20 (0.69 to 2.08)	0.527
High	1.01 (0.69 to 1.50)	Ref.	
Income			
<60% of median	2.04 (1.12 to 3.70)	1.56 (0.77 to 3.17)	0.220
60%–<150% of median	1.20 (0.87 to 1.66)	1.02 (0.58 to 1.79)	0.945
≥150% of median	1.02 (0.69 to 1.52)	Ref.	

*Prevalence (weighted).

†Adjusted for age, sex, household size, migrant background, urban–rural residence, region (east/west), date of participation and dummies for missing values (separate models for education and income).

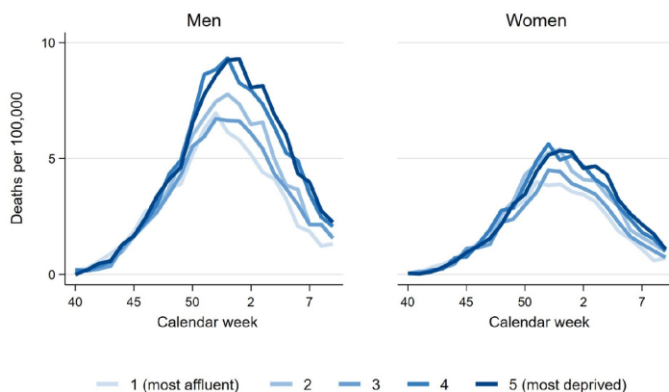
‡Self-reported positive throat swab test before study participation.

Ref, reference group.

Wahrscheinlichkeit für eine Infektion bei Menschen mit geringer Bildung und geringem Einkommen höher.

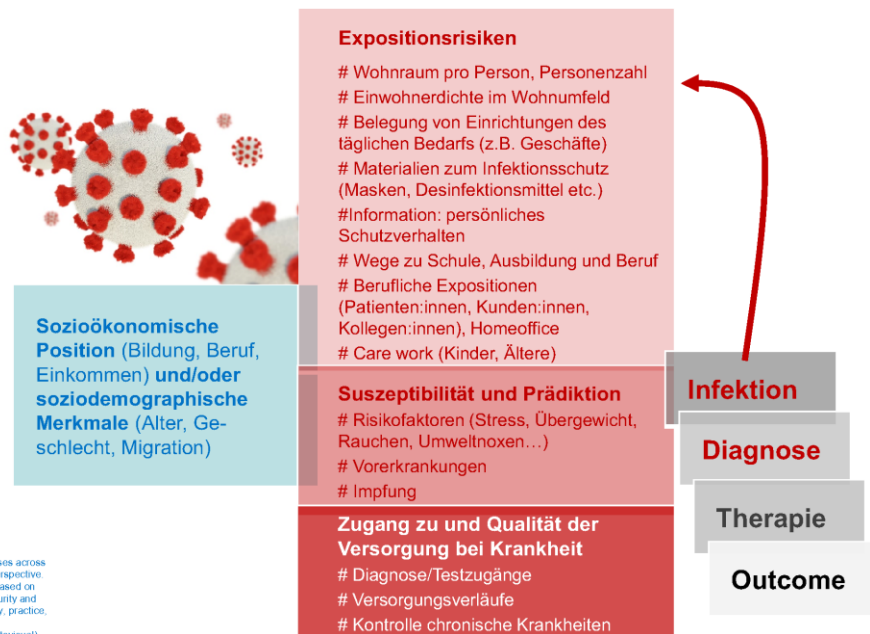
Hoebel et al. (2022) J Epidemiol Community Health, doi:10.1136/jech-2021-217653

Beispiel COVID-19: Inzidenz



COVID-19 Mortalität in benachteiligten Städten und Kreisen erhöht.

Hoeberl J et al. (2021) Emerging socioeconomic disparities in COVID-19-related deaths during the second pandemic wave in Germany. International Journal of Infectious Diseases



Dragano (2022) Infectious diseases across the life course: an inequalities perspective in: Hoffmann R (eds) in press, based on Quinn und Kumar (2014) Biosecurity and bioterrorism: biodefense strategy, practice, and science, 12 Bild (cc) pixabay (romaconceptvisual)

Psyche: Kinder / Jugendliche hhu Heinrich Heine Universität Düsseldorf

Table 3 Mental health problems in children and adolescents before vs. during the COVID-19 pandemic, stratified by gender (parent-report, 7–17 years)

	Mental health problems (total)
Boys	
Before pandemic (n = 793)	
Normal ^a	81.3%
Borderline ^a	8.8%
Noticeable/abnormal ^a	9.8%
During pandemic (n = 816)	
Normal	66.2%
Borderline	14.1%
Noticeable/abnormal	19.7%
	<i>p</i> ^b < .001
Girls	
Before pandemic (n = 760)	
Normal	83.4%
Borderline	6.7%
Noticeable/abnormal	9.9%
During pandemic (n = 768)	
Normal	73.3%
Borderline	10.8%
Noticeable/abnormal	15.9%
	<i>p</i> < .001

Corona und Psyche: Kinder und Jugendliche weiterhin psychisch belastet

Mittwoch, 9. Februar 2022

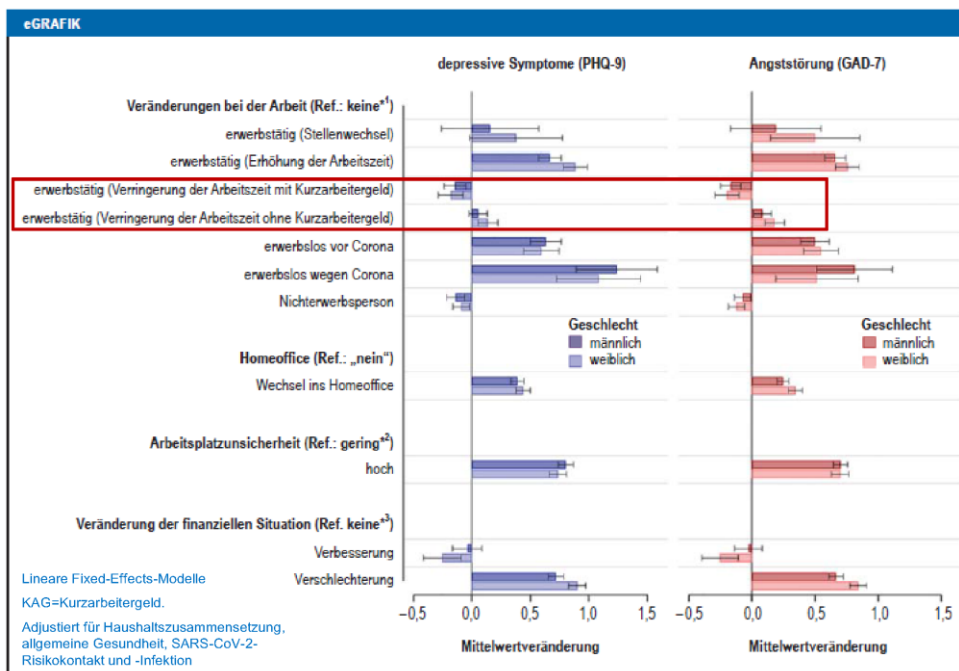
f t x in Newsletter abonnieren Zur Startseite



/Mariakray, stock.adobe.com

Erneut sind vor allem Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien besonders betroffen. Das ist das Ergebnis der dritten Befragungsrunde der COPSY-Studie (Corona und Psyche) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) (DOI: 10.2139/ssrn.4024489).

Quelle: Ravens-Sieberer (2021) European Child & Adolescent Psychiatry. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5> / Li et al. (2021) Frontiers in psychology. 10.3389/fpsyg.2021.669115 / Ganji T, Nandi A, Schoon I. (2021) JECH. Epub ahead of print. doi:10.1136/jech-2021-217266 / Xiao et al. JAMA Psychiatry. 2022.79(6):610-621. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.0818



Psyche:
Erwachsene

Dragano et al. (2022) Dtsch Arztebl Int. 2022 Mar 18; doi: 10.3238/arztebl.m2022.0133

3. Ausblick: Einflussmöglichkeiten auf politischer Ebene

Allgemein: bestimmte Politiken haben Einfluss auf individuelle Belastungen und/oder soziale Ungleichheit (z.B. soziale Sicherung, Unterstützungsleistungen, Wohnungspolitik, Bildung, Arbeits- und Gesundheitsschutz)

Lehrstück Finanzkrise 2007ff.: Studien, die mögliche politische Eingriffsmöglichkeiten untersucht haben, berichten von positiven Effekten einer aktiven Arbeitsmarktpolitik, Gewährleistung einer sozialen Mindestsicherung, der Förderung integrierender Institutionen (z. B. Vereine, Gemeinden) und von Investitionen in eine gute medizinische Primärversorgung und Prävention.

Es liegt in der Natur des Problems, dass zu seiner Lösung nur ein HiaP-Ansatz in Frage kommt. Im Gesundheitssystem selber ist es nicht zu lösen!

Fazit

Ein Fokus auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist kein „nice to have“ in einer Krise, sondern eine elementare Maßnahme zur Sicherung der Bevölkerungsgesundheit. Anfangen muss man aber schon vorher!

Aber: ein strukturelles Problem braucht
auch eine strukturelle Lösung

<https://zukunftsforum-public-health.de/>



Eine Public-Health-Strategie für Deutschland

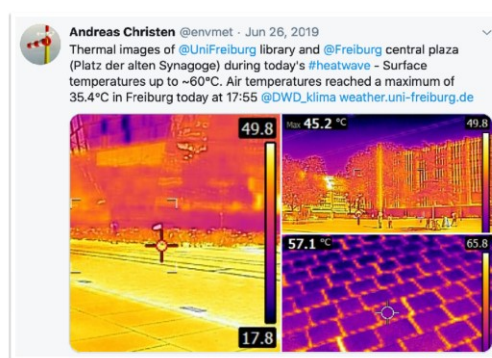
Eckpunkte des Zukunftsforums Public Health

Deutschland hat ein gut etabliertes Versorgungssystem – ein Public-Health-System
fehlt dagegen

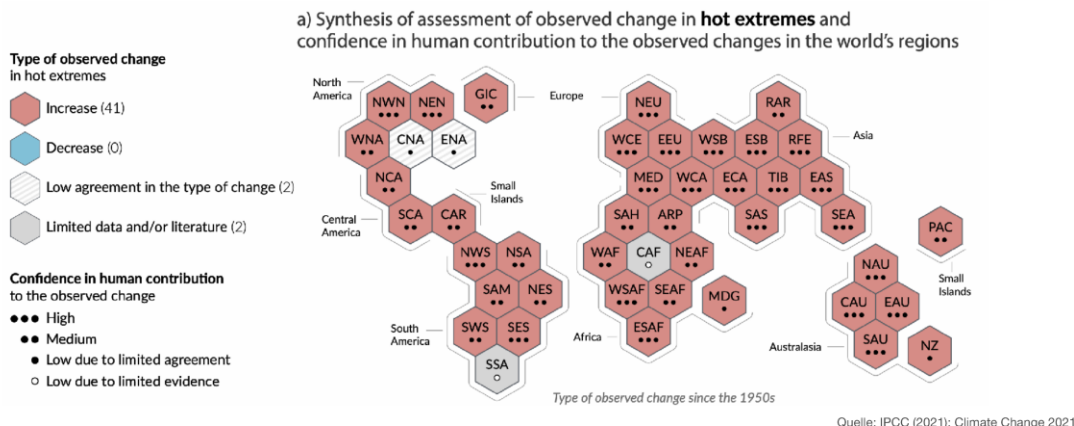


Vier Fragen - Kurz beantwortet

- Wie stark nehmen **Hitzewellen** und Hitzesituationen als Folge des Klimawandels in **Baden-Württemberg** zu?
- Was sind Auswirkungen des Klimawandels auf die **Wärmebelastung** und **Mortalität** der Bevölkerung?
- Was bestimmt die **Wärmebelastung** des Menschen?
- Wie können wir uns **als Gesellschaft** an zukünftige Bedingungen **anpassen**?



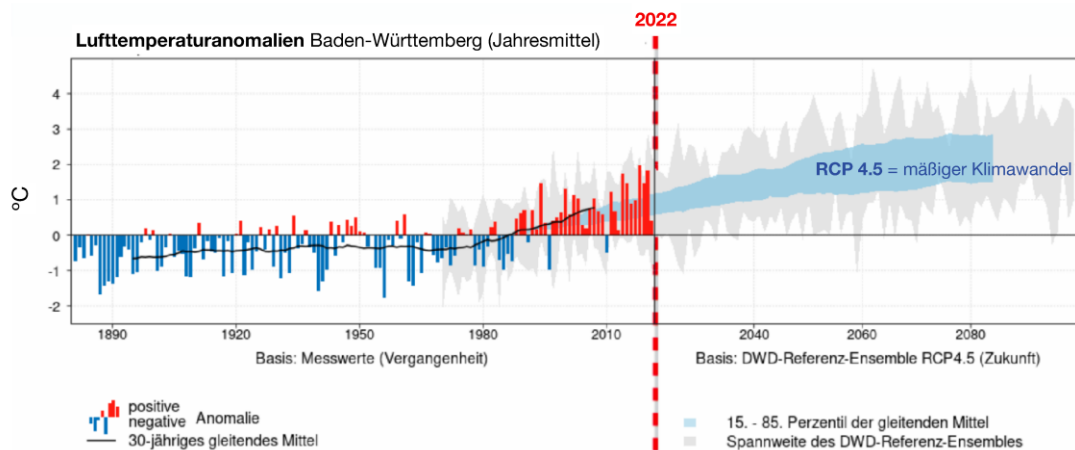
Globale Zunahme von Hitzewellen



Die Häufigkeit von **extremer Hitze** hat seit 1950 über fast allen Landoberflächen **zugenommen**. Das ist mit hoher Sicherheit in den meisten Weltregionen dem menschenverursachten Klimawandel zuzuschreiben.

Lufttemperaturzunahme in Baden-Württemberg

Anomalie = Abweichung von einem langjährigen Mittelwert (hier: 30-jähriges Mittel 1961-1990)

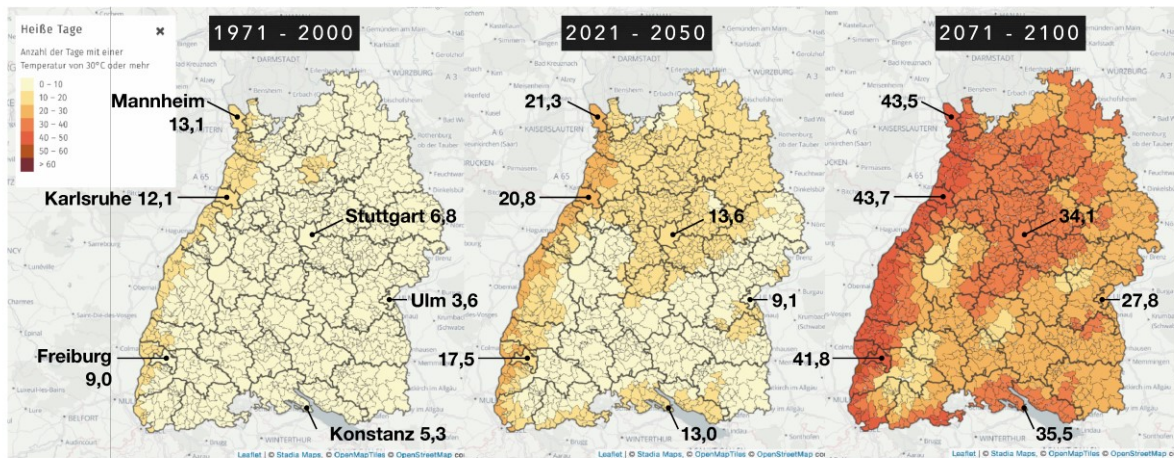


Prof. Dr. Andreas Christen
 Enquetekommission des Landtages "Krisenfeste Gesellschaft"
 Stuttgart, 14. Oktober 2022

Quelle: Deutscher Klimaatlas des DWD
https://www.dwd.de/DE/klimaumwelt/klimaatlas/klimaatlas_node.html



Zunahme heißer Tage in Baden-Württemberg



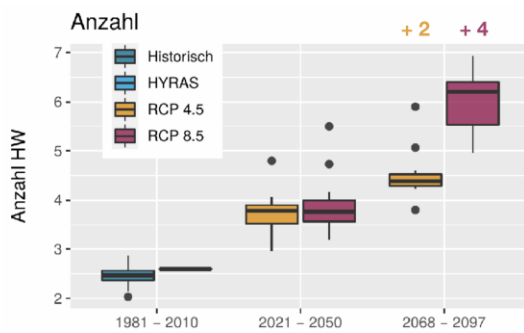
Prof. Dr. Andreas Christen
Enquetekommission des Landtages "Krisenfeste Gesellschaft"
Stuttgart, 14. Oktober 2022

Quelle: LoKlim Projekt <https://lokale-klimaanpassung.de>
Interaktive Karten und Klimasteckbriefe für jede Gemeinde in BW

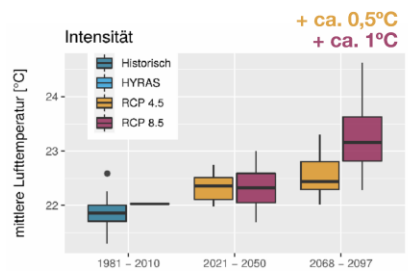
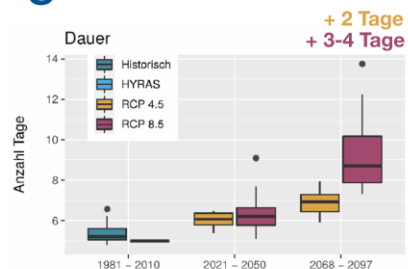


Hitzewellen: Zukünftige Trends

Zunahme der Hitzewellen (HW) in Deutschland je nach Klimaszenario 1,8 - 2,5 mehr HW zum Ende des 21. Jahrhunderts:



Prof. Dr. Andreas Christen
Enquetekommission des Landtages "Krisenfeste Gesellschaft"
Stuttgart, 14. Oktober 2022



Quelle: Schiegl, I., Muthers, S., Matzarakis, A. (2021) DWD / ZMMF Freiburg

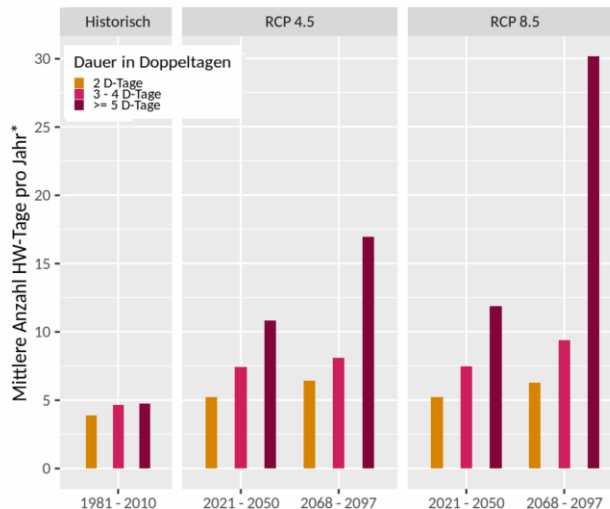
Anzahl zukünftiger Hitzewelletage

Historische und zukünftige Anzahl an HW Tage in Deutschland pro Jahr (Quelle: DWD)

1981 - 2019	13,8	
2021 - 2050	24,0 (+74%)	24,1 (+75%)
2068 - 2097	32,3 (+134%)	56,6 (+310%)

RCP 4.5 mäßiger Klimawandel RCP 8.5 starker Klimawandel

Längere HW werden proportional stärker zunehmen als kurze HW.



Quelle: Schlegel, I., Muthers, S., Matzarakis, A. (2021) DWD / ZMMF Freiburg

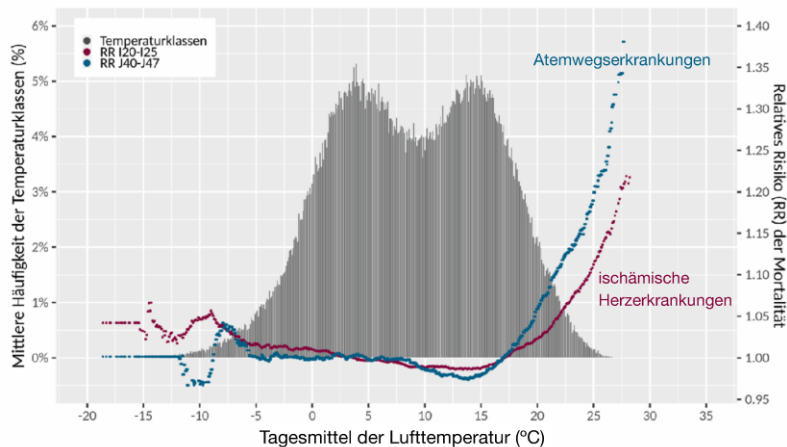


Prof. Dr. Andreas Christen
Enquetekommission des Landtages "Krisenfeste Gesellschaft"
Stuttgart, 14. Oktober 2022



Mortalitätsrisiko und Lufttemperatur

Das Mortalitätsrisiko von **Atemwegserkrankungen** und von **ischämischen Herzerkrankungen** steigt ab > 18°C Tagesmittellufttemperatur stark an:



Prof. Dr. Andreas Christen
Enquetekommission des Landtages "Krisenfeste Gesellschaft"
Stuttgart, 14. Oktober 2022

Quelle: UFOPlan-Projekt "Klimawandel und Atemwegserkrankungen in Deutschland" DWD / ZMMF Freiburg



Zunahme der Mortalität während Hitzewellen

Je länger andauernd eine HW ist, desto höher die Mortalität während der HW.

Mit längeren HW ist eine starke Zunahme der Hitzemortalität zu erwarten.

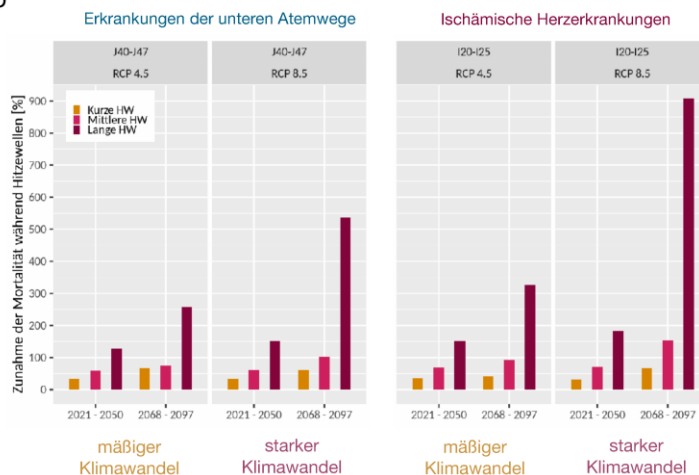
Historische und zukünftige mittlere Dauer von HW in Deutschland in Tagen (Quelle: DWD)

1981 - 2019	6,5 Tage	
2021 - 2050	7,3	7,9
2068 - 2097	8,2	11,0

RCP 4.5 mäßiger Klimawandel RCP 8.5 starker Klimawandel



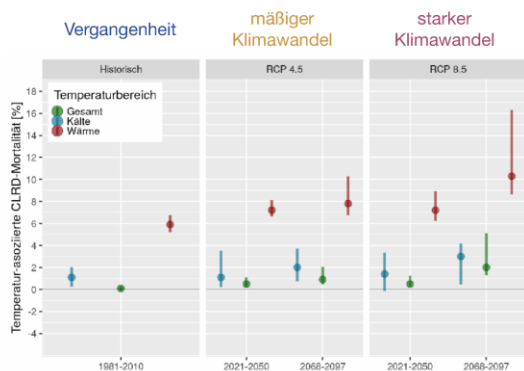
Prof. Dr. Andreas Christen
Enquetekommission des Landtages "Krisenfeste Gesellschaft"
Stuttgart, 14. Oktober 2022



Quelle: Schlegel, I., Muthers, S., Matzarakis, A. (2021) DWD / ZMMF Freiburg



Temperatur-Assoziierte Mortalität (TAM)

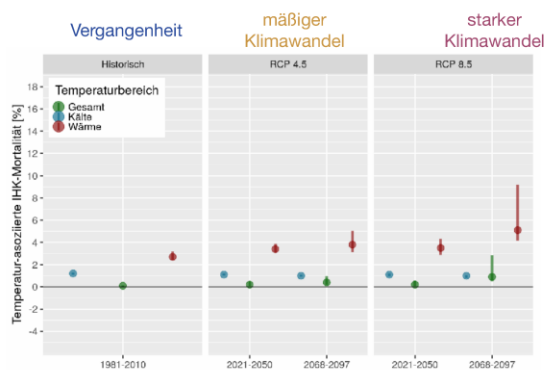


▲ Mortalität bei Erkrankungen der unteren Atemwege

- Gesamt: TAM steigend auf +0,8% (RCP 8.5) bis +2,0% (RCP 8.5) bis Ende des Jahrhunderts.
- Nur Wärme-TAM: stark zunehmend von +5,9% bis auf +10,3%

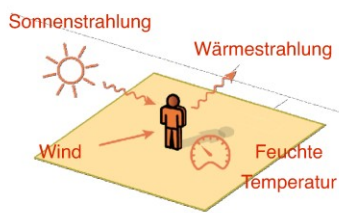
▼ Mortalität bei ischämischen Herzerkrankungen

- Gesamt: TAM steigt nur leicht (<1% in beiden Klimaszenarien)
- Nur Wärme-TAM: Zunehmend von 2,7% auf bis +5,1%



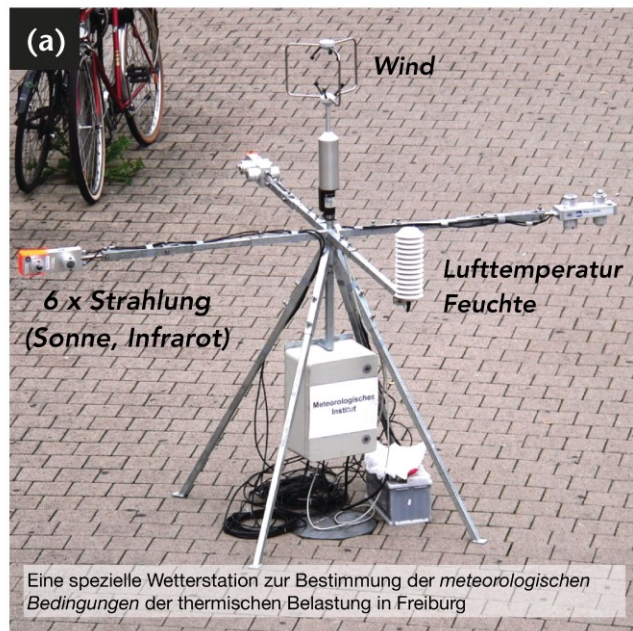
Quelle: UFOPlan-Projekt "Klimawandel und Atemwegserkrankungen in Deutschland" DWD / ZMMF Freiburg





Das **thermische Belastung** des menschlichen Körpers hängt sowohl von den *meteorologischen Bedingungen (Temperatur, Feuchte, Wind, Strahlung)* wie auch von *personenbezogener Vulnerabilität* (z.B. infolge Alter, medizinischer Faktoren) und *personenbezogenen Bedingungen* (Kleidung, Tätigkeit) ab.

Messungen, Modellierungen und Vorhersagen der gesundheitlichen Auswirkungen von Hitze bedarf einer **Berücksichtigung aller Komponenten**.

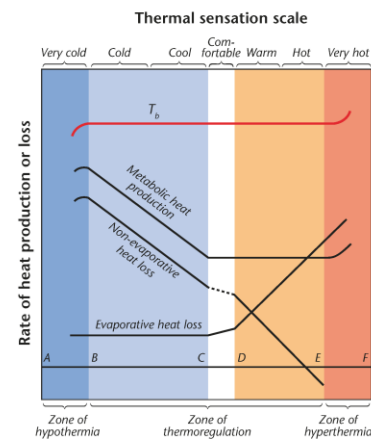


Quelle: Oke et al. 2017

Thermophysiological Indices

Eine Reihe von thermophysiological Indices beschreiben das Wohlbefinden eines "standardisierten" Menschen bezüglich Kälte- und Hitzestress (z.B. **PET** = Physiologisch Äquivalente Temperatur):

PET	Thermophysiological Belastung
< 4 °C	Extreme Kältebelastung
4°C bis 8°C	Starke Kältebelastung
8°C bis 13°C	Mässige Kältebelastung
13°C bis 18°C	Leichte Kältebelastung
18°C bis 23°C	Keine thermische Belastung
23°C bis 29°C	Leichte Wärmebelastung
29°C bis 35°C	Mittlere Wärmebelastung
35°C bis 41°C	Starke Wärmebelastung
> 41°C	Extreme Wärmebelastung



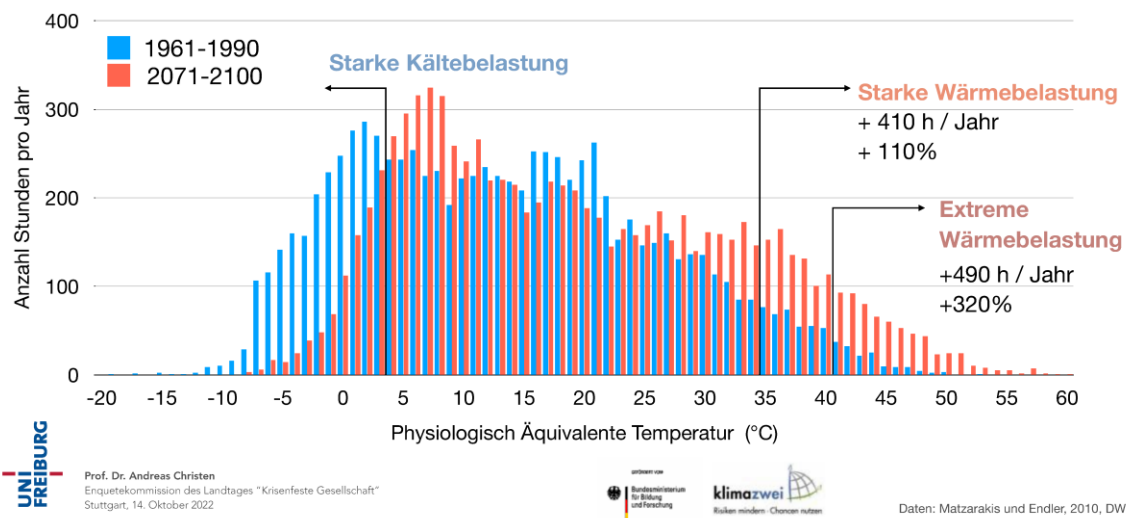
Quelle: Oke et al. 2017 (verändert)



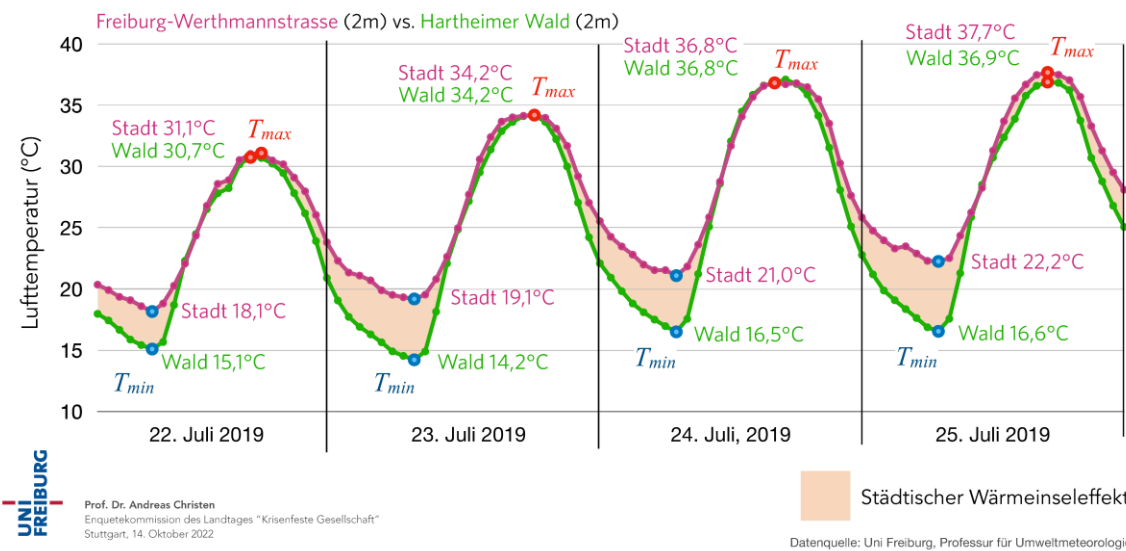
Prof. Dr. Andreas Christen
 Enquetekommission des Landtages "Krisenfeste Gesellschaft"
 Stuttgart, 14. Oktober 2022

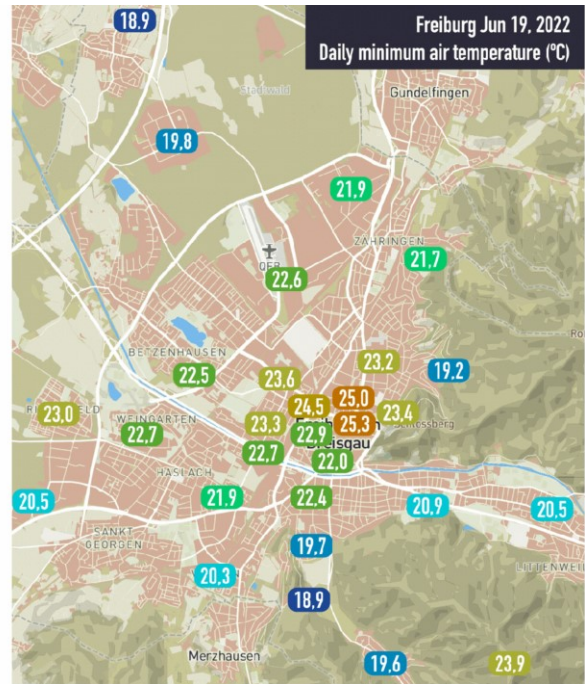
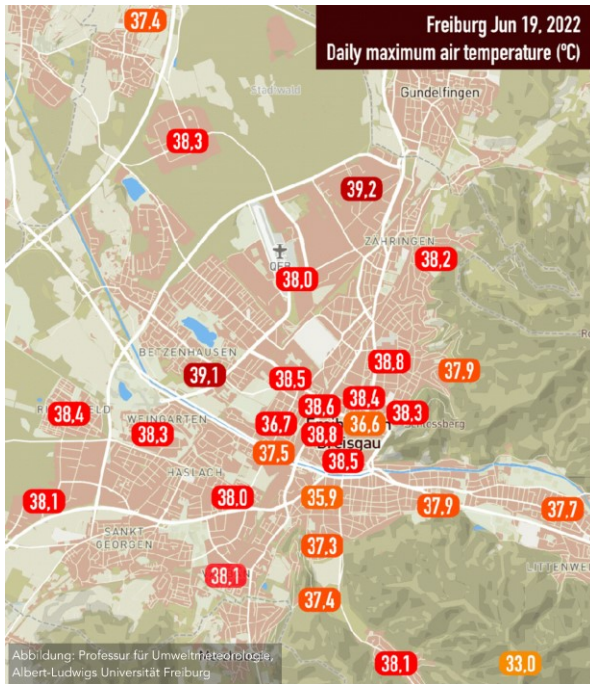
Zukunftsprojektionen der PET

Freiburg im Breisgau



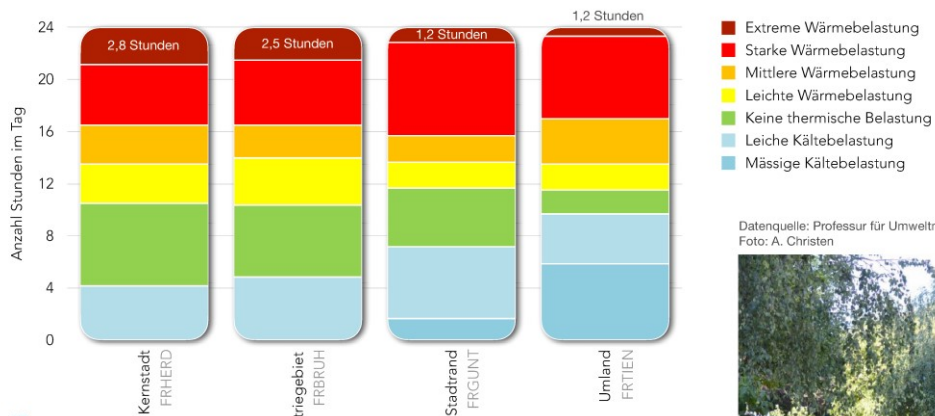
Städte bilden eigenes Klima aus - HW 2019





Unterschiede der PET innerhalb einer Stadt

Stadt Freiburg, 13 August 2022, Aussenbereiche



Datenquelle: Professur für Umweltmeteorologie, Uni Freiburg
Foto: A. Christen

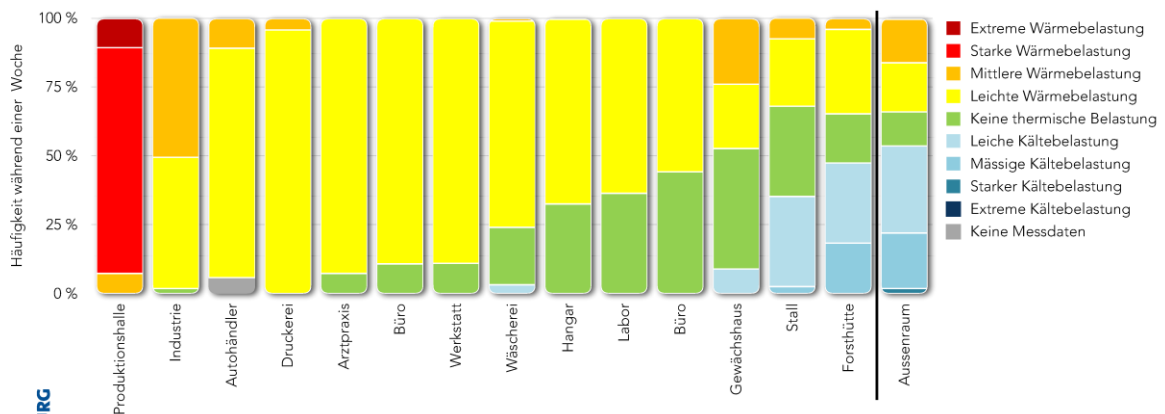


Prof. Dr. Andreas Christen
Enquetekommission des Landtages "Krisenfeste Gesellschaft"
Stuttgart, 14. Oktober 2022



Unterschiede der PET an Arbeitsplätzen

Häufigkeitsverteilung der thermophysiological Belastungsstufen (PET) an **verschiedenen Arbeitsplätzen** im Innenraum in der Region Freiburg zwischen dem 2. und 9. September 2021



Prof. Dr. Andreas Christen
Enquetekommission des Landtages "Krisenfeste Gesellschaft"
Stuttgart, 14. Oktober 2022

Datenquelle: Sulzer et al., 2022



EFRE – Europäischer Fonds für regionale Entwicklung
FEDER – Fonds européen de développement économique et régional
„Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt.“
„Dépasser les frontières - projet après projet“



Strategien der Hitzeanpassung

Verhaltensanpassung

- Anpassung von Arbeits- und Ruhezeiten
- Anpassung Wasseraufnahme / Ernährung
- Aktive Abkühlung (z.B. Duschen)
- Erhöhen der körperlichen Fitness
- Lüften am frühen Morgen

Politische / gesellschaftliche Anpassung

- Hitzeaktionspläne & Risikobewertungen
- Ausbildung / Information
- Rechtliche Rahmenbedingungen
- Wasserverteilung, Sozialarbeit, "Cooling centres"

Blaue und grüne Infrastruktur

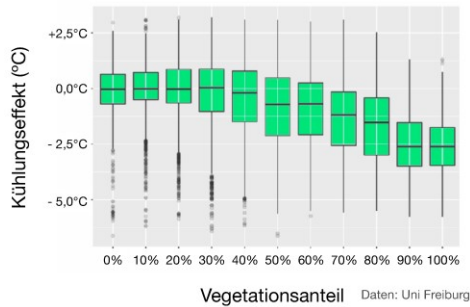
- Erweitern / erhalten von Stadtbäumen, Parkflächen, Waldgebieten
- Grüne Dächer, grüne Wände, Entsiegeln von Flächen, Wasserflächen
- Sichern von Kaltluftbahnen

Technologische und bauliche Anpassung

- Verbesserung von Hitzewarnsystemen
- Innenraumklima: Klimaanlage, Ventilatoren, Lüftungsanlagen
- Beschattung, Gebäudeautomation
- Weisse Dächer, Bewässerung

Angepasst nach Jay et al. (2021), Lin et al. (2021) und Oke et al. (2018)

Beispiel 1: Blaue und grüne Infrastruktur



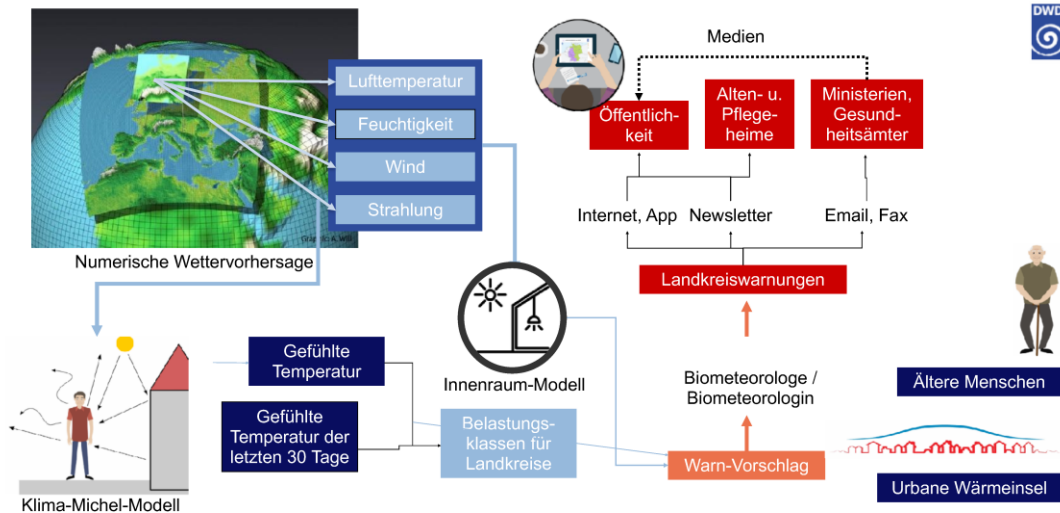
UNI FREIBURG

Prof. Dr. Andreas Christen
Enquetekommission des Landtages "Krisenfestes
Stuttgart, 14. Oktober 2022

Foto: A. Christen

Quelle: Wendnagel-Beck et al. (2022)

Beispiel 2: Das Hitzewarnsystem des DWD



Quelle: Matzarakis et al. 2020

Wichtigste Aussagen

- **Hitzewellen** nehmen in Deutschland **aufgrund des Klimawandels schon zu** und werden bis zum Ende des Jahrhunderts **weiter zunehmen** (+ 18-41 Tage pro Jahr), im Mittel länger andauern (+ 3-4 Tage) und intensiver ausgeprägt sein (+ ~1°C).
- Als Folge davon steigt die **Hitzemortalität** der Bevölkerung in Deutschland (Wärme-TAM bis zur Mitte und Ende des Jahrhunderts für CLRD: bis +10,3%; für IHK: bis +5,1%)
- Die Wärmebelastung des Menschen ist die **kombinierte Wirkung** von Temperatur, Feuchte, Strahlung und Wind und personenbezogener Vulnerabilität. Anpassungsstrategien müssen **alle Wirkungen und Vulnerabilität** berücksichtigen.
- Die Wärmebelastung wird insbesondere in dichten Siedlungen zusätzlich durch den städtischen **Wärmeineleffekt** verstärkt. Wichtig sind auch **Innenraumbedingungen**.
- Wir können mit **Verhaltensanpassung**, mit **politischer und gesellschaftlicher** Anpassung, mit **grüner und blauer Infrastruktur**, und mit **technischer und baulicher Anpassung** der zunehmenden Wärmebelastung lokal entgegenwirken.

Quellenangaben

Referenzierte Publikationen:

- IPCC (2021): Climate Change 2021: The Physical Science Basis. Contribution of Working Group I to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Masson-Delmotte, V., P. Zhai, A. Pirani, S.L. Connors, C. Péan, S. Berger, N. Caud, Y. Chen, L. Goldfarb, M.I. Gomis, M. Huang, K. Leitzell, E. Lonnoy, J.B.R. Matthews, T.K. Maycock, T. Waterfield, O. Yelekçi, R. Yu, and B. Zhou (eds.)]. Cambridge University Press, Cambridge, United Kingdom and New York, NY, USA, 2391 pp. doi:10.1017/9781009157896.
- Schlegel, I., Muthers, S., Matzarakis, A. (2021): Einfluss des Klimawandels auf die Morbidität und Mortalität von Atemwegserkrankungen. Abschlussbericht: Forschungskennzahl 3717 48 214 0 FB000608, Im Auftrag des Umweltbundesamtes / Ressortforschungsplan des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit.
- Jay, O. *et al.* (2021): Reducing the health effects of hot weather and heat extremes: from personal cooling strategies to green cities. *Lancet* **398**, 709–724.
- Sulzer, M., Christen, A. & Matzarakis, A. (2022): A Low-Cost Sensor Network for Real-Time Thermal Stress Monitoring and Communication in Occupational Contexts. *Sensors* **22**, 1828
- Wendnagel-Beck, A. *et al.* (2021): Characterizing Physical and Social Compositions of Cities to Inform Climate Adaptation: Case Studies in Germany. *Urban Plan* **6**, 321–337.
- Lin, B. B. *et al.* (2021): Integrating solutions to adapt cities for climate change. *Lancet Planet Heal* **5**, e479–e486.
- Matzarakis, A., Laschewski, G. & Muthers, S. (2020): The Heat Health Warning System in Germany—Application and Warnings for 2005 to 2019. *Atmosphere* **11**, 170.
- Oke, T. R., Mills, G., Christen, A. & Voogt, J. A. (2017): *Urban Climates*. vol. 13 (Cambridge University Press).

Referenzierte Forschungsprojekte:

- ERC Grant *urbisphere* (gefördert durch den European Research Council), <https://www.urbisphere.eu>, 2020-2027 [an der Universität Freiburg]
- *Clim'ability Design* (gefördert durch die European Commission, INTERREG V), <https://www.clim-ability.eu/>, 2019-2023 [Universität Freiburg]
- *LoKlim - Lokale Strategien der Klimawandelanpassung* (gefördert durch das BMUV) <https://lokale-klimaanpassung.de>, 2020-2022 [Universität Freiburg]
- *I4C, Intelligence for Cities : KI-basierte Anpassung von Städten an den Klimawandel – von Daten über Vorhersagen zu Entscheidungen* (gefördert durch das BMUV), <https://www.z-u-g.org/aufgaben/ki-leuchttuerme/projektuebersicht/i4c/> 2021 - 2023 [Universität Freiburg]
- *Klimawandel und Atemwegserkrankungen in Deutschland* UFOPlan-Projekt (gefördert durch das UBA) [DWD / ZMMF Freiburg]

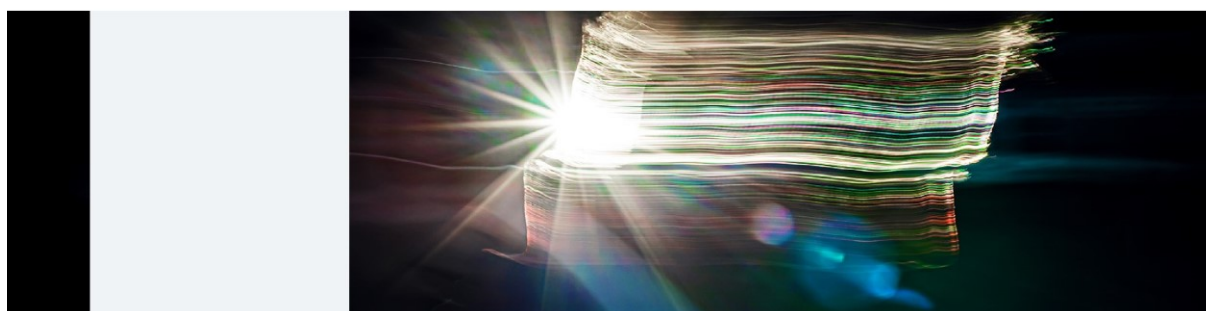
Resilienz durch Digital Health

Schlüsselkonzepte, zu überwindende Hürden, Mehrwerte und Lösungsansätze



_fbeta |

_fbeta



Our terrain

Our clients

- Digitalization strategy
- Transformation of healthcare and service processes
- Electronic health records and infrastructures
- IT architecture and control
- Market access strategies and new business models
- Studies, research and development

- Health insurances
- Healthcare provider
- Start-ups & Digital-Health companies
- Industrial companies (MedTech, Pharma, IT)
- Incubators, hubs & VCs
- ministries, associations and foundations

_fbeta |

2

_fbeta

Was ist Digital Health

Überbegriff für alle Arten von digitalen oder digital unterstützten Technologien, die im Gesundheitsbereich eingesetzt werden (können)

Unterteilung in mehrere Bereiche:



1. **Telemedizin:** Datenübermittlung und Kommunikation zwischen Leistungserbringern oder zwischen Patient und Leistungserbringer



2. **eHealth** (oft auch als Sammelbegriff verwendet): Digitale Infrastruktur wie Patientenakten, Digitale Services für Akteure im Gesundheitsbereich und digitale Unterstützung für analoge Geräte



3. **Digitale Therapeutika:** Selbstwirksame Interventionen, die entweder allein als Software oder in Kombination mit Hardware präventive oder therapeutische Wirkung entfalten



4. **Robotik:** Selbstlernaufbauende Systeme

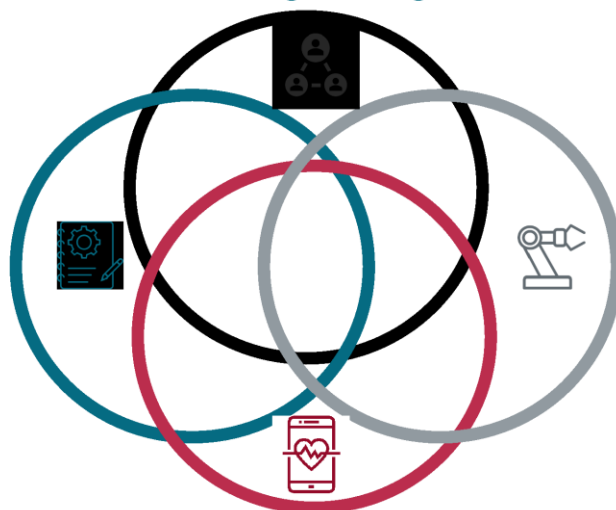
- Künstliche Intelligenz wird oft als separater Sektor oder Bereich gesehen, ist jedoch de facto meist Bestandteil der Lösungen aus den hier gezeigten Bereichen

_fbeta |

3

_fbeta

Überschneidung der Digital Health-Bereiche



_fbeta |

4

_fbeta

Ein paar kurze Gedanken zum Datenschutz

- **Datenschutz kostet Menschenleben**
- **Datenschutz wird oft von digitalisierungsfeindlichen Institutionen oder Individuen als Entschuldigung benutzt um Innovation prinzipiell abzulehnen**
- **Es findet häufig keine Abwägung bzw. Verhältnismäßigkeitsprüfung statt, wenn das Thema Datenschutz involviert ist**
- **Dieses Problem kann nicht auf Länderebene entschieden, aber definitiv beeinflusst werden**
- **Viele Menschen bemerken erst wenn sie selbst in eine Notlage geraten sind, wie egal Ihnen ist ob ihre Daten weiter gegeben werden, wenn sie dadurch nur sich selbst oder anderen helfen könnten**

_fbeta |

5

_fbeta

Aspekte der Bevölkerungsresilienz, auf die Digital Health Technologien einen Einfluss nehmen können.

1. **Datenaustausch** um Kapazitäten zu planen, schnell Erkenntnisse gewinnen zu können und Hilfe zu koordinieren
2. **Kapazitäten** können digital wesentlich schneller hochgefahren werden, als das mit analogen Lösungen der Fall ist
3. **Flexibilität** wird dadurch erreicht, dass vernetzte Akteure ausgefallene ähnliche Akteure signifikant besser und schneller ersetzen können, auch um Lasten gleichmässig zu verteilen
4. **Kosteneinsparungen** werden dann realisiert, wenn digitale Technologien vor allem in den Bereichen der Primär- Sekundär- und Tertiärprävention eingesetzt werden
5. **Personal entlasten** kann fast jede digitale Anwendung entweder durch unterstützen von Tätigkeiten oder durch das Ersetzen von Tätigkeiten
6. **Vulnerable Gruppen erreichen** kann man durch die kostenlose und sofortig mögliche Verteilung von Digital Health Technologien, sowie deren schnelle Anpassbarkeit was Sprache und Barrierefreiheit angeht.

_fbeta |

6

_fbeta

Konkrete Anwendungsbeispiele und Forderungen

- 1. Datenaustausch:** Ein zentrales digitales Verzeichnis für Krankenhausbetten und Gesundheitsdaten im Falle einer Pandemie ermöglichen eine schnelle Erfassung der pandemischen Lage und ermöglicht schnelle Durchführung von Studien zur Wirksamkeit von Maßnahmen
 - **Forderung: Sich für bundesweiten Datenaustausch einsetzen und Strukturen im eigenen Land gezielt fördern**
- 2. Kapazitäten:** Ein Digitales Behandlungsprogramm für Mangelernährung im Falle einer Hungersnot kann schnell unbegrenzt zur Verfügung gestellt werden
 - **Forderung: Digitale Behandlungsprogramme fördern und Erstattungsmöglichkeiten (auch regional) schaffen**
- 3. Flexibilität:** Flächendeckend verfügbare Telemedizin kann im Falle eines Stromausfalls in einer Stadt es ermöglichen, die medizinischen Bedarfe der Bevölkerung aus dem Umland zu anderen Versorgern in anderen Städten umschichten
 - **Forderung: Sicherstellen der Telemedizininfrastruktur mit einer möglichst großen Bandbreite an Anbietern**

_fbeta |

7

_fbeta

Konkrete Anwendungsbeispiele und Forderungen

- 4. Kosteneinsparungen:** Digitale Präventions- und Behandlungsprogramme sparen Kosten und Kapazitäten im Gesundheitssystem, die für Katastrophen frei gehalten werden können
 - **Forderung: Geschäftsmodelle für Anbieter solcher Behandlungsprogramme ermöglichen**
- 5. Personal entlasten:** Im Falle eines Notstands bei Pflegepersonal verringern robotische Assistenzsysteme massiv den Bedarf an Pflegepersonal in stationären Pflegeeinrichtungen und ermöglichen es pflegebedürftigen Personen länger im eigenen zu Hause zu bleiben
 - **Forderung: Erstattung und gezielte Förderung robotischer Assistenzsysteme und anderer digitaler „Entlastungstechnologien“**
- 6. Vulnerable Gruppen erreichen:** Informationen zu einer nuklearen Katastrophe werden auf allen Sprachen und Kommunikationsmethoden gleichzeitig verbreitet um die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten
 - **Forderung: Sprachen- und Barrierefreiheit für Massenmedien ausbauen, sowie breite Informationsportale auf allen Massenmedien einheitlich ausbauen**

_fbeta |

8

_fbeta

BWKG

— Krankenhaus
— Reha
— Pflege

Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“

Anhörung am 14.10.2022, Haus des Landtags

Landrat Heiner Scheffold, Vorstandsvorsitzender der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG)

© BWKG

Wer ist die BWKG?

BWKG

— Krankenhaus
— Reha
— Pflege



- Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG) ist eine Landeskrankenhausgesellschaft und im Gesetz vorgesehen: *„Die Landeskrankenhausgesellschaft ist ein Zusammenschluss von Trägern zugelassener Krankenhäuser im Land“* § 108a SGB V
- Mitglieder der BWKG sind neben den Krankenhausträgern auch Träger von Reha-Kliniken und von Pflegeeinrichtungen
- Die BWKG wurde 1953 gegründet und steht den Einrichtungen unabhängig von deren Rechtsform und Trägerstruktur offen

© BWKG

2

Wen vertritt die BWKG?



In der BWKG haben sich freiwillig zusammengeschlossen:

477 Träger mit

- 197 Krankenhäusern
- 133 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- 751 Pflegeeinrichtungen (davon 119 ambulante Pflegedienste und 57 Einrichtungen der Eingliederungshilfe)

Diese Einrichtungen

- verfügen über insgesamt 127.159 Betten/Plätze
- beschäftigen rund 250.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- sind ein bedeutender Wirtschaftsfaktor

© BWKG

3



„Wie kann die Gesundheitsversorgung im Land resilient, belastbar, flexibel, reaktionsschnell und flexibel aufgestellt werden?“

© BWKG

4

Seit 2020: Gesundheitseinrichtungen im Krisenmodus



Corona-Pandemie seit Februar 2020

- Mangel an Schutzausrüstung
- Zusammenbruch der Lieferketten
- Personalmangel
- Weniger Einnahmen durch weniger Behandlungen und Pflegeplätze
- Wartelisten für Patientinnen, Patienten und Bewohner

Krieg gegen die Ukraine seit Februar 2022

- Explosion der Preise ohne Gegenfinanzierung

➔ **Zur Sicherung der Versorgung in Krisen bedarf es ausreichender Behandlungskapazitäten, verlässliche Finanzierung sowie ausreichend und zufriedenes Personal**

© BWKG

5

1. Krisenfeste Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen - Ausgangssituation



- **Rückgang der Leistungen in der Corona-Pandemie, wegen:**
 - Freihaltung für COVID-19-Patientinnen und -patienten
 - Personalausfall, Angst vor Infektionen bei potentiellen Patienten
 - Schutz der Bewohner, Schließung von Tageseinrichtungen
 - Weniger Reha-Maßnahmen wegen ausgefallener Krankenhausbehandlungen
- **Einnahmeeinbrüche**
 - Teilweise durch Schutzschirme kompensiert
 - Finanzierung zu stark von tatsächlichen Fallzahlen / belegten Plätzen abhängig
- **Explosion der Sachkosten wegen des Kriegs in der Ukraine**
 - Bisher keine Nachverhandlung möglich, keine Schutzschirme

© BWKG

6

1. Krisenfeste Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen - Betriebskosten



■ Regionale Besonderheiten:

Unterschiede müssen in der Vergütung berücksichtigt werden (z.B. das überdurchschnittliche Lohnniveau im Land)

■ Finanzierung der Vorhaltekosten:

Die Einnahmen der Gesundheitseinrichtungen müssen unabhängiger von der Leistungsmenge gestaltet werden

■ Finanzierung unvorhersehbarer Preiserhöhungen:

Unterjährige Nachverhandlungen müssen gesetzlich ermöglicht werden

© BWKG

7

1. Krisenfeste Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen - Investitionskosten



Krankenhäuser:

- Gesetzl. verankerter Rechtsanspruch auf Investitionsfinanzierung
- Deutliche Verbesserungen bei der Finanzierung der Investitionen durch die Landesregierung und das Parlament in den vergangenen Jahren
- Aber dennoch: Krankenhäuser müssen 50 % ihrer der Investitionen aus Eigenmitteln finanzieren (aktuell verschärft durch steigende Baukosten)



Erforderlich:

Niveau der Investitionsfinanzierung durch das Land auf mdst. 800 Mio. €/pro Jahr erhöhen
 + weitere Anpassung an Erkenntnisse aus der Pandemie
 + Anpassung an steigende Baukosten

© BWKG

8

1. Krisenfeste Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen - Investitionskosten



Reha-Kliniken

Investitionen müssen im Rahmen der Vergütung finanziert werden
Allerdings keine Durchsetzungsmöglichkeit ggü. den Kostenträgern

➔ **Erforderlich:** Es muss sichergestellt werden, dass die Reha-Kliniken eine angemessene Vergütung durchsetzen können

Pflegeeinrichtungen

Land hat sich aus der Finanzierung der Investitionen zurückgezogen
Aktuell steigen die Eigenanteile der Bewohner stark

➔ **Erforderlich:** Das Land muss eine Rückkehr zu einer Beteiligung an den Investitionen prüfen

© BWKG

9

1. Krisenfeste Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen - Investitionskosten



Außerdem: Investitionen in den Klimaschutz dürfen für die Gesundheitseinrichtungen kein „Luxus“ bleiben

© BWKG

10

2. Personal halten und gewinnen – auch in der Krise

Gutes Personal ist „der“ Erfolgsfaktor der Einrichtungen

- Gute Bezahlung – konkurrenzfähiges Gehalt
- Mehr Kolleginnen und Kollegen
- Verlässliche Arbeitszeit
- Mindeststandards bei der Personalausstattung dürfen nicht als Höchstgrenzen gesehen werden
- Wertschätzung – nicht nur Klatschen sondern z.B. Steuerentlastung von Wochenend- und Nachtarbeit
- Qualifiziertes Personal will ernst genommen werden

➔ **Erforderlich:** Die Rahmenbedingungen müssen so gestaltet werden, dass die Gesundheitseinrichtungen gute Arbeitgeber sein können

© BWKG

11

3. Bürokratie und Dokumentation mit Maß – auch in der Krise

Zu viel Bürokratie

- 30-40 % der Arbeitszeit für Bürokratie ist zu viel
- Bürokratie und Dokumentationen nur dort wo sie medizinisch oder pflegerisch Sinn machen
- Einführung von sinnvollen Dokumentationspflichten nur mit angemessenem zeitlichem Vorlauf (Überprüfung der Sinnhaftigkeit, Anpassung der IT-Systeme, Schulungen)
- Qualifiziertes Personal will ernst genommen werden und nicht mit unnötigen Dokumentationen und Auflagen belastet werden (z.B. testen unter Aufsicht)

➔ **Erforderlich:** Alle bürokratischen Belastungen müssen auf den Prüfstand und auf das notwendige Minimum reduziert werden

© BWKG

12

4. Vertrauen statt Misstrauen

Misstrauen schadet

- So manche Regelung wird als Misstrauensvotum gegen die Gesundheitseinrichtungen und ihre Arbeit empfunden
 - Beispiele:
 - Doppelte Unterschrift für eine von zwei Personen erbrachte Pflegeleistung (ansonsten Kürzung der Vergütung)
 - Verschärfung der Testpflicht ab 01.10.2022: Testen nur noch unter Aufsicht
 - Umfassende Dokumentationen, die dann akribisch vom MD oder der Heimaufsicht überprüft wird.
- ➔ **Erforderlich:** Vertrauen und Rahmenbedingungen, die die Arbeit der Gesundheitseinrichtungen unterstützen und nicht erschweren

© BWKG

13

5. Regionalität in der Versorgung stärken

Erfolg durch föderale und regionale Strukturen

- Örtliche Vernetzung als zentraler Baustein für die Bewältigung von Krisen
- Schnelle Reaktionen und kurze Entscheidungswege waren die Erfolgsfaktoren in der Pandemie
- Zu viele zentrale Vorgaben von der Bundesebene gehen zu Lasten der Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg

➔ **Erforderlich:**

Eine Landesregierung und ein Landesparlament, die die Bedürfnisse der Menschen im Land erkennen und sich gegen zu viele zentrale Vorgaben von der Bundesebene sichtbar durchsetzen

© BWKG

14

Vielen Dank!

Landrat Heiner Scheffold
Vorstandsvorsitzender der Baden-Württembergischen
Krankenhausgesellschaft (BWKG), Birkenwaldstraße 151
70191 Stuttgart, T: 0711 25777-0, info@bwkg.de



Coronapandemie

- ☑ Hauptaufgabe der Gesundheitsämter 2020-2022...und?
- ☑ Vielfältige auch fachfremde Aufgaben in sehr hohem Ausmaß
- ☑ Kollateralschäden
- ☑ Aufgaben des Gesundheitsamtes sind außerhalb von Krisen oft unsichtbar

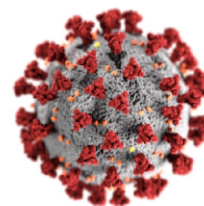


Bild: Homepage Paul Ehrlich Institut



Tätigkeit eines Gesundheitsamtes (neben der Pandemie)

- ☑ Begleitet das gesamte Leben von der Schwangerschaft bis zum Tod



Bild: Studio GDB stock.adobe.com 383272665

www.kreis-tuebingen.de



Ist Zustand

- ☑ Beeinflussung der Gesundheit durch soziale Faktoren und durch Qualität der Perspektiven
- ☑ Gesundheitsdschungel: Zurechtfinden ist schwer



Bild: quickshooting stock.adobe.com 280609097

- ☑ Personalmangel im Gesundheitssystem schmälert eine gute Versorgung

www.kreis-tuebingen.de



Was sollte verbessert werden?

- ☒ Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung mit geringerer Abhängigkeit von sozialen Faktoren

WIE?

Public Health will Bedingungen schaffen, in denen Menschen gesund sein können.

(Institute of Medicine 1988)

www.kreis-tuebingen.de



Wie kommen wir dahin?

☒ Verhältnisprävention

Gesundheitsamt kann folgendes durch Überwachung leisten:
Hygiene, Wasserversorgung, Umweltbezogener Gesundheitsschutz

Durch Gesundheitsplanung: Sicherung der therapeutischen Versorgung durch eine sinnvolle Steuerung

Durch Zusammenarbeit mit anderen Behörden: One Health Ansatz (z.B. zu viel Antibiose in der Tierhaltung vergrößert das Problem der multiresistenten Keime in der Humanmedizin)

www.kreis-tuebingen.de



Akzeptanz der Verhältnisprävention

- ☑ Glaubwürdigkeit in die Regeln muss gestärkt werden
- ☑ Sinnvolle Umsetzung muss möglich sein
- ☑ Verlässlichkeit für die Bevölkerung

www.kreis-tuebingen.de



Gesundheitsversorgung

- ☑ „Brain Drain“ muss verhindert werden
- ☑ Fachpersonal im Gesundheitswesen braucht eine sinnvolle Perspektive im Inland, wir können es uns nicht leisten, dass wir Ärzte oder Pflegefachkräfte verlieren!
- ☑ Sektorendenken politisch überdenken



Bild: Corri Seizinger stock.adobe.com 493268277

www.kreis-tuebingen.de



Wie geht's noch?

Verhaltensprävention

dort ansetzen wo sie erfolgversprechend ist

→ Gesundheitskompetenzen früh stärken



Bild: Homepage Landesgesundheitsamt

www.kreis-tuebingen.de



Zuständigkeiten und Nachhaltigkeit

Klare Definition von Zuständigkeiten

(z.B. Gesundheitsplanung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und Versorgungsauftrag der KV- kommunale Gesundheitskonferenz als Gremium hat kein direktes Weisungsrecht)

Doppelstrukturen verhindern

Nachhaltigkeit von sinnvollen Maßnahmen stärken: Meist reicht eine Anschubfinanzierung oder eine kurze Projektfinanzierung nicht aus

Gelder in der Prävention/Gesundheitsplanung sinnvoll einsetzen → dann werden sie in der Kuration nicht gebraucht!

www.kreis-tuebingen.de

