17. LANDTAG VON BADEN-WÜRTTEMBERG

Enquetekommission "Krisenfeste Gesellschaft"

Öffentlicher Teil

5. Sitzung

Freitag, 30. September 2022, 9:30 Uhr

Stuttgart, Haus des Landtags

Plenarsaal Videokonferenz

Beginn: 9:31 Uhr (Mittagspause: 12:38 bis 14:03 Uhr) Schluss: 17:19 Uhr

Tagesordnung

Teil I - öffentlich

zur	i <mark>entliche Anhörung</mark> Frage der "Lessons Learned" in Bezug auf die Bekämpfung der vid-19-PandemieS. 2
Tei	I II – nicht öffentlich(gesondertes Protokoll)
1.	Festlegung des in der Sitzung der Enquetekommission am Freitag, 11. November 2022, zu behandelnden Themas
2.	Beschluss über 20 Verbände, die in Bezug auf das erste Handlungsfeld der Enquetekommission zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme aufgefordert werden sollen

- 3. Beschlussfassung über Sachverständige für die 6. Sitzung am 14. Oktober 2022 als Ersatz für verhinderte Sachverständige
- 4. Verschiedenes

Öffentliche Anhörung der Enquetekommission "Krisenfeste Gesellschaft" zur Frage der "Lessons Learned" in Bezug auf die Bekämpfung der COVID-19-Pandemie

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

Ablaufplan (Stand 21.09.2022)

Uhrzeit	Sachverständige / Funktion
09:30 Uhr	Alexander Salomon MdL, Vorsitzender der Enquetekommission
09:35 Uhr	Manne Lucha, baden-württembergischer Minister für Soziales, Gesundheit und Integration
10:20 Uhr	120minütige Fragerunde
ca. 12:20-14:00 Uhr	Mittagspause
14:00 Uhr	Dr. Wolfgang Philipp, Kommissarischer Direktor der Behörde für Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen (HERA) der Europäischen Kommission
14:20 Uhr	Prof. Dr. h.c. Hans-Georg Kräusslich , Sprecher des Zentrums für Infektiologie u. Leiter der Abteilung Virologie des Universitätsklinikums Heidelberg
14:40 Uhr	45minütige Fragerunde
15:25 Uhr	Prof. Dr. Boris Augurzky , Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
15:40 Uhr	Dr. Tim Gerhäusser, Dezernent für Ordnung, Gesundheit, Strukturpolitik des Landkreistags von Baden-Württemberg
15:55 Uhr	45minütige Fragerunde
ca. 16:40 Uhr	Ende der öffentlichen Anhörung

Teil I – öffentlich (Beginn: 9:31 Uhr)

Öffentliche Anhörung zur Frage der "Lessons Learned" in Bezug auf die Bekämpfung der Covid-19-Pandemie

Vorsitzender Alexander Salomon: Meine Damen und Herren! Ich begrüße Sie zur 5. Sitzung der Enquetekommission "Krisenfeste Gesellschaft". Ganz besonders begrüße ich die Regierungsvertreterinnen und -vertreter, namentlich Herrn Minister Lucha, der uns heute als Sachverständiger zur Verfügung steht. Von den weiteren zur heutigen Sitzung geladenen Sachverständigen habe ich Herrn Professor Dr. Kräusslich schon gesehen. Seien Sie uns herzlich willkommen! Die anderen Anwesenden seien ebenfalls sehr herzlich begrüßt.

Bevor wir in die Tagesordnung einsteigen, darf ich die Kollegin Ayla Cataltepe von der Fraktion GRÜNE als neues ordentliches Mitglied der Enquetekommission recht herzlich begrüßen. Sie folgt Herrn Abg. Oliver Hildenbrand nach und war bisher bereits stellvertretendes Mitglied der Enquetekommission. Ich wünsche Ihnen zum einen viel Erfolg für Ihre Arbeit in der Kommission in den nächsten eineinhalb Jahren und zum anderen, dass Sie Ihren Beitrag zum Erfolg der Kommission leisten können.

Gibt es von Ihrer Seite Änderungswünsche zur Tagesordnung? Wenn dem nicht so ist, können wir direkt in die Tagesordnung, die Ihnen zugegangen ist, eintreten. Der Ablaufplan liegt Ihnen vor.

Jetzt mache ich auch keine weiteren Umschweife, da Herr Minister Lucha bereits wartet und beginnen möchte. – Jetzt gehört Ihnen die Bühne, Herr Minister.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Frau stellvertretende Vorsitzende, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Sachverständige, werte Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, heute vor Ihnen zu sprechen.

Krisen – damit haben Sie sich ja auch schon beschäftigt; Sie haben die Definition des Begriffs in den Anfragen, die auch wir Ihnen beantworten konnten, klar beschrieben – sind unvorhersehbar. Das zeigen ja auch die Entwicklungen der letzten Monate. Wer hätte Anfang des Jahres mit einem Krieg in der Ukraine gerechnet und wer im November 2019 mit einer Pandemie, die unser Leben maßgeblich über Jahre beeinflusst?

Ich darf heute die Gelegenheit nutzen, Ihnen einen Überblick über die Coronapandemie, aber vor allem über unsere Schlussfolgerungen für die Zukunft zu geben.

Die Themen sind derer fünf in der Untergliederung: die Gesundheitsversorgung, die Instrumentarien der Krisenbewältigung, die Krisenvorsorge, die Kommunikation sowie der Schutz von besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen und damit zusammenhängend natürlich der gesellschaftliche Zusammenhalt in der Krise bzw. in einer Krise.

Lassen Sie mich zu Beginn aber noch einmal betonen: Oberstes Ziel der baden-württembergischen Landesregierung, aber nicht nur von uns, sondern auch von der amtierenden Bundesregierung – vielleicht haben Sie aktuell das Buch von Bundesminister a. D. Jens Spahn gelesen, der seine Arbeit gegen die und mit der Pandemie beschrieben hat –, war und ist, Menschenleben zu retten und diese Pandemie in den Griff zu bekommen. Selbstverständlich lief da nicht alles rund. Ja, wir mussten immer wieder nachsteuern, wir mussten uns auch immer wieder selbst korrigieren und generelle Korrekturen vornehmen. Auch Wissenschaftlerinnen, Wissenschaftler, Virologinnen, Virologen hatten sich immer wieder neu positioniert. Natürlich mussten wir uns daran orientieren und haben wir uns auch daran orientiert. Sie müssen ja heute nur die aktuelle Presselage sehen: Die Virologinnen und Virologen – Sie kennen die einschlägigen Namen – positionieren sich immer noch nicht einheitlich.

Ja, es gab harte Eingriffe in Freiheitsrechte. Man darf jetzt wirklich nicht vergessen – wir wollen ja auch etwas unternehmen und uns resilienter aufstellen –: Es war eine für uns alle nie dagewesene Situation, es war ein neues, ein unbekanntes Virus. Sie kennen die Vergleiche gerade am Anfang. Ich kann mich noch gut an die Ausführungen von Herrn Professor Wieler erinnern, als wir damals eigentlich wegen der sektorenübergreifenden Versorgung bei Minister Spahn waren.

Es war und ist eine Krise, und Krisen kann man nicht planen – sonst würden wir sie verhindern. Wir mussten schnell entscheiden – und zwar eigentlich immer – zwischen der Sehnsucht nach Normalität sowie dem Schutz von Bedürftigen und Betroffenen, zwischen der Angst um das eigene Leben und um den Arbeitsplatz, aber auch zwischen Kontaktbeschränkungen und der Gefahr, zu vereinsamen.

Alle Entscheidungen haben wir auf der Grundlage unserer Verfassung und gemeinsam mit zahlreichen Expertinnen und Experten aus Gesundheit und Medizin, aus Bildung und Erziehung, aus Kommunen und Wirtschaft und natürlich im permanenten Abgleich mit Ihnen, den gewählten Vertreterinnen und Vertretern, in den zuständigen Ausschüssen getroffen. Wir haben keine "Basta-Politik" betrieben, sondern stets mit den Menschen im Land geredet – natürlich hauptsächlich über die berühmten Kacheln. Wir haben auch viel telefoniert – Herr von Komorowski, Sie erinnern sich an die Uhrzeiten, die waren immer sehr herrschaftlich.

Erlauben Sie mir, an dieser Stelle vorweg noch mal den Dank an alle Ärztinnen, Ärzte, Pflegekräfte, Mitarbeitende in den Gesundheitsämtern, in den Supermärkten, in den Laboren, im Verkehr, in den Schulen, die Tag und Nacht geschuftet haben, auszusprechen. Sie haben für das Wohl aller geschuftet. Dank auch an alle Menschen

im Land, die sich an die Regeln gehalten haben, und an die, die sich immer noch an die Regeln – die wenigen, die wir noch haben – halten. Sie haben alle dazu beigetragen, dass Baden-Württemberg – das hat uns Bundesminister Lauterbach in seiner letzten Rede im Bundesrat noch einmal eindeutig bestätigt – im Vergleich der OECD-Staaten am besten durch die Coronakrise gekommen ist. Baden-Württemberg unterscheidet sich dabei nicht von anderen Bundesländern. Das heißt, wir haben es alles in allem gut hinbekommen. Im Übrigen – das hat mich sehr gefreut – hat Herr Lauterbach noch mal die Stärke des Föderalismus betont, weil wir dadurch die kurzen Wege auslösen konnten.

Ich komme jetzt zum ersten Punkt: Gesundheitsversorgung. Ein kurzer Rückblick: Die ersten Fälle über das neuartige Coronavirus sind Ende 2019 in China gemeldet worden. Es war nicht vorhersehbar, dass daraus eine weltweite Pandemie entsteht. Es waren Anfang der 2000er-Jahre ja schon mal SARS-Epidemien da. Die waren auf den asiatischen Raum begrenzt. Ich denke, Herr Kräusslich kann dazu heute Nachmittag profund Stellung nehmen. Wir hatten dann Anfang 2020 erste Fälle in Europa, nämlich in Italien – wahrscheinlich nach einer Textilmesse –, und im Februar 2020 auch den ersten Fall in Deutschland. Ich glaube, es war im Krankenhaus in Göppingen. Die Ausbreitung in Baden-Württemberg war dann sehr schnell und flächendeckend.

Schnell wurde klar: Die Herausforderungen werden unendlich groß für die Arztpraxen, für die Kliniken, für den öffentlichen Gesundheitsdienst und für uns alle. Das Personal des Gesundheitswesens kam sehr schnell an äußerste Belastungsgrenzen – besonders auf Intensivstationen.

Um die Infrastruktur der Krankenhäuser zu entlasten, wurden Hilfsgelder bereitgestellt, z. B. durch die Verlängerung des Krankenhausstrukturfonds um weitere zwei Jahre bis 2024 mit eigenen Landesmitteln in Höhe von 240 Millionen €, durch verschiedene Rettungsschirme von Land und Bund für den Klinikalltag. Im Haushalt 2022 waren das zusätzliche 240 Millionen € mit den Landeshilfen III. Baden-Württemberg ist dabei bundesweit führend. Das bekomme ich derzeit überall reflektiert. Dann – auch mit Ihrer Unterstützung als Haushaltsgesetzgeber; herzlichen Dank dafür – wurden in Abstimmung mit den kommunalen Landesverbänden weitere 5 Millionen € für das Digitalisierungsprogramm für Krankenhäuser bereitgestellt. Schließlich gab es im Jahr 2021 noch die Landeshilfen II, die Pflegeprämie von bis zu 1 500 € pro Person. Insgesamt waren es 12 Millionen € als Anerkennung der außergewöhnlichen Leistungen des Personals auf Intensivstationen.

Zu Beginn der Pandemie war es notwendig, strukturelle Änderungen vorzunehmen, um den Ansturm auf die Intensivstationen abzufedern. Umgesetzt wurde das, lieber Herr Preusch, mit dem "Kleeblatt-Prinzip". Das bedeutet: Strukturierte Zusammenarbeit bei Verlegung von Intensivpatientinnen und -patienten in Krankenhäuser benachbarter Bundesländer oder europäischer Nachbarn, aber vor allem auch innerhalb des Landes, verstärkt durch die überregionale Versorgung und die gute Zu-

sammenarbeit. Hier ist wirklich eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den sogenannten Clusterkoordinatorinnen und -koordinatoren entstanden. Dafür gilt mein ganz persönlicher Dank Herrn Professor Geldner. Das Land hat ihm viel zu verdanken.

Außerdem haben wir das Schalenmodell zur schrittweisen Erweiterung der Behandlungskapazitäten über Rehakliniken bis hin zu Hotels entwickelt. Glücklicherweise mussten wir davon keinen Gebrauch machen.

Noch einmal – ich habe es anfangs gesagt – herzlichen Dank an alle Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung. Sie haben seit Beginn der Pandemie Großartiges geleistet. Sie tun es immer noch, und ja, sie wurden über die Belastungsgrenzen hinaus belastet.

Das ist das erste Fazit: Die Abstimmung mit externen Partnerinnen und Partnern unbedingt beibehalten. Aus der Krise geborene Kommunikation, Transparenz und Zusammenarbeitsstrukturen – Sie kennen mein Credo der sektorenübergreifenden Versorgung im umfassenden Sinn – müssen jetzt von uns sukzessive – wir arbeiten daran; wir erstellen gerade die Landeskrankenhausplanung als Gesundheitsplanung – vorangetrieben werden. Da ist eine gute Kultur mit den Kammern, den Kassen – den Körperschaften – entstanden. Wenn ich Sie anschaue: Das mit Ihrem Vater war wirklich schon sehr, sehr beachtlich.

Wir müssen um alles in der Welt neues Personal gewinnen und das bisherige halten. Wir haben laufende Projekte – ich berichte Ihnen ja auch immer wieder in den einschlägigen Ausschüssen –, z. B. den Ideenwettbewerb "Wiedereinstieg und Verbleib im Pflegeberuf" für die Wiedergewinnung und Bindung von Personal. Dazu bekommen wir erste gute Rückmeldungen.

Sehr stolz bin ich auf unser aktuelles Modellprojekt an den Universitätskliniken zur Weiterbildung in der Intensivpflege und der ambulanten Notfallversorgung. Ich konnte mir im Rahmen meiner Sommertour darüber an der Uniklinik Freiburg am Ausbildungscampus ein Bild machen – à la bonne heure! Auch unter Einsatz digitaler Lehrmittel bei der Neonatologie wird die Ausbildung der Ärztin, der Hebamme, der Pflegekraft durchgeführt. Großes Kino!

Ja, wir müssen die ambulante Notfallversorgung weiter voranbringen. Ich habe es gesagt: Wir müssen Sektorengrenzen überwinden, konkurrierende Doppelstrukturen abbauen. Mein Credo schlechthin, als ein entscheidendes Fazit, ist: Die medizinische Versorgung muss sich sektorenübergreifend aufstellen. Das heißt – ich sage es noch mal –: Die Verzahnung der Gesundheitsversorgung mit Gesundheitsförderung – also bevor wir überhaupt behandeln –, Rehabilitation, Pflege, sozialen Einrichtungen – die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit – und natürlich – das haben wir aus unserem Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung gelernt – mit ehrenamtlichen, bürgerschaftlich engagierten Strukturen verfolgt das eindeutige Ziel

einer nahtlosen, bedarfsgerechten sowie wirtschaftlichen Versorgung, die verstärkt kommunal und regional mitgestaltet wird.

Das Land begleitet dies kontinuierlich durch Unterstützung in regionalen Strukturgesprächen. Hier stärken wir neue Versorgungsformen wie Primärversorgungszentren. Primärversorgungszentren sind leicht zugängliche, quartiersbezogene Kontaktstellen für alle gesundheitlichen Anliegen und Probleme. Sie sind besonders wichtig für die Versorgung chronisch Kranker und/oder multimorbider Personen. Primärversorgungszentren erweitern damit auch die Aktionsprogramme des Landes zur Stärkung der Hausarztversorgung.

Vor über zehn Jahren hat unser Aktionsprogramm "Landärzte" mit diversen Akteuren auf Bundes- und Landesebene begonnen. Ich danke dabei auch meiner Vorgängerin, Ministerin Altpeter. Aber landesweit fehlen natürlich immer noch Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner. Ja, wir haben im Koalitionsvertrag des Bundes jetzt erstmals Primärversorgung sektorenübergreifend nominiert, sodass das auch leistungsund ordnungsrechtlich – z. B. durch die Einführung hybrider DRGs – ausgeprägt werden kann. Das muss jetzt – daran arbeiten wir – schnell vom Bund kommen. Sie sehen ja: Unsere jetzige Auslobung hat eine große Resonanz gefunden. Aber wir wollen noch mehr leistungsrechtliche und ordnungsrechtliche Sicherheit.

Von den etwa 7 000 Hausärztinnen und -ärzten sind derzeit bereits 20 % im Rentenalter. Jetzt haben wir den "Seehofer-Bauch". Herr Seehofer hat 1994 mit seiner abrupten Politik, zu beschränken, genau das ausgelöst. Alle sind dankenswerterweise noch im Beruf, aber danach haben wir keine Homogenität mehr. Das büßen wir. Auch das müssen wir, wenn wir Krisen aus Politik bewerten - Sie kennen ja den gemeinen Begriff des Schweinezyklus; Wirtschaftskrisen, andere gesellschaftliche Krisen –, bedenken. Wenn wir heute etwas tun oder unterlassen, müssen wir bedenken, was das auslöst. Ich weiß nicht, ob Herr Seehofer im Jahr 1994 daran gedacht hat, dass wir 2022 eine Pandemie zu bewältigen haben. Das Hauptwort damals war - ich kann mich noch gut erinnern, ich war ja im Gesundheitswesen tätig -: Kostenexplosion, Kostenexplosion, Kostenexplosion. Nebenbei bemerkt - wir haben es ja im Ausschuss schon öfter besprochen -: Bis 2010 wurde der Pflegepersonalschlüssel reduziert. Das war die Kostenregression. Jetzt wundern wir uns, dass keiner mehr da ist, der uns pflegt. Also, eine kleine Nebenfazitbotschaft: Hier genau denken. Wenn wir eingreifen, wenn wir etwas verändern, dann müssen wir besser steuern und mehr an das Ergebnis denken.

Erlauben Sie mir einen Satz – ich versuche wirklich, nicht abzuweichen –, aber wir erleben – das erleben Sie ja auch in Ihren Gesprächen mit unseren Stakeholdern; das habe ich auch dem MDK letzte Woche gesagt; das sage ich auch den Freundinnen und Freunden von den Kassen –: Wir dürfen weniger auf die Prozesshaftigkeit schauen – sozusagen: "DIN EN ISO 931/97" –, sondern müssen vom Ergebnis her denken: Was wollen wir? Wie geht es den Menschen? Lebensqualität? Leben mit der Krankheit, wenn Symptomfreiheit nicht mehr ganz geht? Das sind doch die Dimensi-

onen. Ich glaube, darauf müssen wir uns auch ein bisschen einstellen. Aber das war nur so in Nebensätzen gesagt. Wir werden sicherlich in der nächsten Zeit noch Gelegenheit haben, das zu vertiefen.

Das Förderprogramm "Landärztinnen und Landärzte" habe ich erwähnt. Wir haben aber noch weitere Förderprogramme: Landarztquote bei der medizinischen Ausbildung – ein Erfolgsmodell, tolle Leute, die sich hier an unseren Universitäten bewerben; danke auch an Herrn Dr. Roller und an das Regierungspräsidium, die uns da ganz klasse begleiten –, Förderung der Primärversorgungszentren, generelle Erhöhung – dem haben Sie zugestimmt; danke sehr – der Zahl der Studienplätze, Einrichtung neuer Studienplätze, Pflege im Quartier – "Quartier 2030" – und unsere Taskforce "Langzeitpflege".

Ein weiteres sehr wichtiges Thema sind die Long-Covid-Patientinnen und -Patienten. Die Einschätzung von Expertinnen und Experten dazu lautet – Professor Kräusslich wird dazu heute sicherlich auch noch ausführen können –: Sie gehen davon aus – Herr Preusch, Sie sind da ja auch ganz nah dran –, dass ca. 10 % der Infizierten ein Long-Covid-Syndrom, ein Fatigue-Syndrom, entwickeln. Kern einer Post-Covid-Rehabilitation muss deshalb ein ganzheitlicher interdisziplinärer Behandlungsansatz sein. Ich konnte mir in der Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl von einem solchen ganzheitlichen topprofessionellen Ansatz ein gutes Bild machen. Ich glaube, wir haben hier in Baden-Württemberg wirklich eine gute Gesundheitslandschaft, z. B. mit dem interdisziplinären Long-Covid-Netzwerk Rhein-Neckar – ich habe gerade die Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl, die auch Mitglied in diesem Netzwerk ist, genannt – und mit der Entwicklung des Stufenkonzepts für flächendeckende und sektoren-übergreifende Long-/Post-Covid-Versorgung, in der wir alle zusammenschließen und kurze Informationsnetzwerke haben. Auch da haben Sie uns mit fast 2 Millionen € unterstützt. Auch dafür an Sie alle einen herzlichen Dank.

Ich glaube, im Bereich Medizin, Gesundheit, Versorgung kommen wir mit diesen Vorschlägen einen guten Schub voran. Professor Augurzky, der uns ja auch schon viele Jahre bei Strukturgutachten, Modellgutachten begleitet, wird das sicherlich auch noch mal so benennen können.

Lassen Sie mich zum zweiten Aspekt kommen, zu den Instrumentarien der Krisenbewältigung. Ich möchte dabei drei Instrumentarien nennen. Das erste und wesentliche Instrument der Pandemiebekämpfung waren und sind die Regelungen zu den Coronaschutzmaßnahmen in 68 Corona-Verordnungen der Landesregierung sowie 291 Fachverordnungen einzelner Ministerien. An unsere legendären Besprechungen, z. B. im Ständigen Ausschuss, muss ich die Mitglieder ja nicht erinnern.

Eingriffe in Grundrechte müssen permanent sorgsamst abgewogen werden. Ich möchte heute wirklich sagen: Diesem Anspruch sind wir stets gerecht geworden. Unsere Corona-Verordnungen wurden fortwährend auf ihre Verhältnismäßigkeit in Anbetracht einer aktuellen Infektionslage angepasst. Ich weiß, dass die vielen Verord-

nungen bei Bürgerinnen und Bürgern manchmal für Verwirrung gesorgt haben. Natürlich sind manche Verordnungen sehr kurzfristig gekommen. Mein Morgen hat ab und zu schon um 3:30 Uhr begonnen.

Aber ich möchte einfach noch mal rekapitulieren: Die Gegebenheiten hatten sich gerade am Anfang rasant verändert – manchmal sogar täglich oder mehrmals an einem Tag. Wir mussten immer schnell und kurzfristig agieren und reagieren. Das oberste Ziel bestand darin, Menschenleben zu retten. Wir hatten keine Zeit zu verlieren, denn das Virus hat ja in seiner Verbreitung nicht auf uns gewartet. Alles immer rechtlich sauber zu machen – keine Willkür –, das macht einen Rechtsstaat aus, und das ist auch gut so.

An dieser Stelle muss ich wirklich sagen: Die Mitarbeitenden in dem eigentlich kleinen Programmhaus Sozialministerium, das keine nachgeordnete Behörde hatte – zu Beginn war auch das Landesgesundheitsamt noch nicht eingegliedert; das war ein großer, großer Schub, dass dann die strukturelle und systematische Eingliederung stattfinden konnte –, haben Tag und Nacht, auch am Wochenende, gearbeitet. Wir haben einige auch richtig krank gemacht, weil der Druck, die Verantwortung so groß war. Dafür muss ich mich persönlich wirklich entschuldigen. Das beschämt mich auch; denn es war manchmal nicht mehr auszuhalten.

Jede Verordnung war grundsätzlich zeitlich eng befristet und musste durch einen neuen Beschluss des Kabinetts oder des verantwortlichen Ressorts verlängert werden. Es gab einen regelmäßigen Austausch mit Interessenvertretern aus Politik, Wirtschaft, Gesellschaft zu den bestehenden Regelungen und eine Erörterung der individuellen Auswirkungen. Wenn Sie mit dem Gaststättenverband Telefongespräche führen, sind das andere Anforderungen, als wenn Sie mit den Intensivmedizinern oder mit der kommunalen Familie, z. B. über Aspekte des Ordnungsrechts, reden. Das war häufig die Quadratur des Kreises.

Aber auch hier ein Fazit: Die Corona-Verordnungen haben sich als Steuerungsinstrument bewährt. Wir haben vor allem in großen und hohen Infektionslagen mit diesen Maßnahmen immer dazu beigetragen, die Infektionszahlen signifikant zu reduzieren und gleichzeitig Krankheitsverläufe bis hin zu Sterbesituationen deutlich zurückzudrängen. Dafür spricht auch, dass das Land trotz etwa 600 Verfahren vor dem Verwaltungsgerichtshof und weiteren über 90 Verfahren vor den Verwaltungsgerichten nur knapp 3 % der Prozesse verloren hat. Unter diesen war keiner der Wesentlichen, der wirklich Richtunggebenden. Das ist also wirklich – ich glaube, das muss man noch einmal sagen – die richtige Spur gewesen.

Das zweite Instrument einer Krisenbewältigung ist die Einrichtung, der Aufbau eines flächendeckenden Surveillance-Systems als Grundlage zur Reaktion auf künftige Gesundheitskrisen. Hier bauen wir derzeit ein systematisches Monitoring von Atemwegserkrankungen auf: SARS-CoV-2, Influenza, Rhinoviren. Sie wissen, dass wir derzeit vor allem ein hohes Aufkommen an Rhinoviren und Parainfluenza haben.

Deshalb: Bitte gegen Influenza impfen lassen! Sagen Sie es bitte, bitte jedem weiter. Wir haben in Australien gesehen, welche Welle das dort ausgelöst hatte, weil die Infektionstoleranz in der Pandemie reduziert wurde.

Dieses Monitoring wird sich dann auf Häufigkeit, Altersverteilung und – ich habe es erwähnt – auf das Vorkommen unterschiedlicher Krankheitserreger beziehen. In Verbindung mit weiteren Informationen zu den Patientinnen und Patienten entsteht dadurch eine gute Übersicht über das Infektionsgeschehen.

Das dritte Instrumentarium ist der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD). Der ÖGD ist für Vorsorge und Schutz der Bevölkerung zuständig. Die Pandemie hat eindeutig gezeigt: Wir müssen unseren ÖGD stärken, um im Krisenfall handlungsfähig zu bleiben. Künftig wird unser öffentlicher Gesundheitsdienst noch viel mehr Aufgaben der Gesundheitsförderung wahrnehmen, weil Gesundheitsfragen in allen Lebensbereichen eine herausragende Rolle spielen. Ich sage nur: Health in All Policies. Unabhängig von der Coronapandemie werden die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes immer umfassender und komplexer, z. B. durch das Auftreten neuer Infektionserkrankungen, natürlich durch die schöne Sache, dass wir älter werden – man nennt das demografischer Wandel, aber es ist eigentlich ein toller Fortschritt aufgrund verbesserter sozialer, ökonomischer und gesundheitlicher Lebensbedingungen –, und – ein Megathema – natürlich durch den Klimawandel. Auch der Klimawandel wird im öffentlichen Gesundheitsdienst deutlich. Wir haben das in diesem Sommer – Herr Dr. Roller – mit unseren Hitzeaktionsplänen, die wir mit den Kommunen erarbeitet haben, deutlich gespürt.

Sehr gut ist – das muss ich wirklich sagen –, dass uns der Bund im Rahmen des "Paktes für den öffentlichen Gesundheitsdienst" finanziell sehr unterstützt hat – 3,1 Milliarden € für alle Bundesländer zusammen. Ich hatte die Ehre, diese Verhandlungen für die CDU-geführten Länder mit meiner damaligen Kollegin Huml zu führen. Die Mittel werden für Personalaufwuchs im öffentlichen Gesundheitsdienst, für die notwendige Digitalisierung im öffentlichen Gesundheitsdienst, für die strategische Fort-, Aus- und Weiterbildung im ÖGD sowie – keine Frage – zur Verbesserung der Attraktivität und des Images des ÖGD genutzt. Da müssen wir manche Bilder, die noch in den Köpfen sind, deutlich korrigieren.

Für die Neuausrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Allgemeinen ist wirklich wichtig: Wir müssen die Digitalisierung vorantreiben. Hierfür entfallen auf das Land aus dem Förderprogramm "Digitalisierung" im Rahmen des "Paktes für den ÖGD" bis zum Jahr 2024 zunächst 50 Millionen €. In einem zweiten Förderaufruf von 2024 bis 2026 sind es aller Voraussicht nach noch einmal 15 Millionen €. Damit wird sich der ÖGD künftig schneller an neue Situationen anpassen und natürlich umgehender reagieren können.

Ich komme zum dritten Punkt: Krisenvorsorge. Zu Beginn der Pandemie hatten wir immense Probleme bei der Beschaffung von persönlicher Schutzausrüstung. Der

Markt war überlastet. Ich erinnere mich an die Bilder von chaotischen Zuständen an den Containerterminals in China. Hier hat uns die Krise gezeigt: Wir können uns nicht allein auf Importe aus dem Ausland verlassen, wir müssen inländische Produktionskapazitäten stärken und brauchen für künftige Pandemien eine Notreserve mit langer Haltbarkeit. Bei den ersten Kisten, die wir aus China ergattert hatten – das weiß ich noch heute – war es so – Herr von Komorowski, Sie erinnern sich –: Wir haben in die Kisten hineingegriffen und entweder in Sägespäne gegriffen oder es waren alle Gummis gefatzt, weil das nicht mehr geklebt hat. Also, das war schon heftig, zumal wir richtig "Asche" gezahlt und dafür gekämpft haben, dass wir sie überhaupt bekommen.

Ich glaube, hier müssen wir strategisch deutlich aufbauen. Ich bin sehr froh, dass wir jetzt an einer dauerhaften Notfallreserve arbeiten. Wir haben die Säule 1, die physische Notfallreserve an persönlichen Schutzausrüstungen, und die Säule 2, den Abschluss von Rahmenvereinbarungen mit den Produzenten für Produktionskapazitäten. Das alles haben wir in guter Zusammenarbeit mit unserem Wirtschaftsministerium getan.

Zur Krisenvorsorge gehört selbstverständlich – das wissen Sie – das Impfen. Das spielte und spielt die Schlüsselrolle in der Krisenbewältigung.

Die größte Herausforderung im Jahr 2021 war die Organisation der Coronaschutzimpfungen. In kürzester Zeit mussten wir den Großteil der Bevölkerung flächendeckend durchimpfen. Dies hat zu Beginn das System der Regelimpfungen nicht leisten können. Baden-Württemberg hat mit allergrößtem Aufwand aus dem Nichts eine Infrastruktur für die Coronaschutzimpfung auf die Beine gestellt: die Organisation von landesweiten Impfzentren sowie mobile Impfteams. Ich weiß natürlich, dass die Organisation manchmal für Unmut in der Bevölkerung gesorgt hat, dass Menschen tage- und wochenlang versucht haben, einen Impftermin zu bekommen, und daran wirklich auch verzweifelt sind.

Aber noch einmal ein Schritt zurück: Unsere Infrastruktur stand von Minute null an, aber der ausreichende Impfstoff ließ auf sich warten. Ich hatte Sie damals immer wieder über Produktionsstörungen bei BioNTech, über Lieferkettenprobleme und, und informiert. Das Land selbst konnte hier nicht aktiv werden. Bund und EU haben die entsprechenden Verträge geschlossen.

Auch hier werden wir sicherlich die Frage stellen müssen: War das vorausschauend genug? Aber: Hätte, hätte, Fahrradkette. Ich weiß noch gut, wie sehr die Zeitfolgen dann mit einem möglichen Impfstoff doch nach vorn gekommen sind. Wir sind erst einmal von viel, viel späteren Zeitpunkten für Impfmöglichkeiten ausgegangen. Insofern an dieser Stelle den forschenden Einrichtungen, den Betrieben, die das gemacht haben: À la bonne heure!

Ja, wir mussten nach Vorgaben des Bundes priorisieren. Es gab, nicht zuletzt durch sich mehrmals ändernde Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), Verunsicherungen bezüglich der Impfstoffe. Denken Sie allein an AstraZeneca. Aber das Interesse an einer Impfung war sehr hoch, und die meisten Bürgerinnen und Bürger haben Vernunft und Umsicht gezeigt. Am 27. September dieses Jahres sind 75,7 % der Menschen erstgeimpft und 74,5 % zweitgeimpft gewesen. 61 % haben eine Auffrischungsimpfung. Nach der Zulassung durch die EMA können nun auch die an Omikron angepassten Impfstoffe verimpft werden. Auch hier gilt, dass natürlich die Empfehlungen nicht immer einheitlich gemacht werden. Die Ständige Impfkommission, auch andere Wissenschaftler, Mediziner sprechen nicht mit einer Stimme. Auch hier müssen wir in Zukunft Strukturen, Strategien und Vereinbarungen finden, damit wir dort mehr Eindeutigkeit in den Empfehlungen haben. Denn das hat immer wieder zu Verunsicherungen geführt.

Auch hier das Fazit: Das Ziel ist ein gutes und unkompliziertes Impfangebot in der Regelversorgung. Dazu haben wir jetzt ein kosten- und ressourcenschonendes landesweites Impfterminportal entwickelt, das am 19. September erfolgreich gestartet ist. Alle Leistungserbringer werden berücksichtigt. Mit diesem Portal – Sie können es selbst ausprobieren – können Sie schnell und unkompliziert Termine bekommen, es werden keine langen Wartezeiten generiert, und wir können – das ist ganz wichtig für uns; denn es geht ja auch um Ressourcengenauigkeit – die Nachfrage ortsbezogen analysieren und die Kapazitäten steuern.

Vorsitzender Alexander Salomon: Sehr geehrter Herr Minister, ich unterbreche Sie ungern, aber ich möchte – ich weiß ja, dass Sie sicherlich noch viel zu sagen haben – Sie darauf hinweisen, dass Sie noch ungefähr neuneinhalb Minuten Redezeit haben.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Ich bin schon bei Punkt 4.

Vorsitzender Alexander Salomon: Ich möchte Sie nur darauf hinweisen.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Ich bitte Sie, mir das zuzugestehen. Es gibt nämlich schon einen gewissen Sinn. Ich habe meine Ausführungen schon mehrfach gekürzt, ich werde deswegen jetzt aber nicht zu schnell plappern; denn das hat auch keinen Wert.

Lassen Sie mich zum vierten Punkt kommen: Kommunikation. In der Pandemie hat sich nicht nur die Kommunikation innerhalb von Verwaltungen verändert; vielmehr haben die Kontaktaufnahmen aus der Bevölkerung einen rasanten Zuwachs verzeichnet. Bei uns erhöhten sich die täglichen Bürgeranfragen quasi über Nacht um ein Hundertfaches. Ähnlich ging es den anderen Ministerien, den kommunalen Verwaltungen, Ihnen, den Abgeordneten, als Stakeholdern, in den Wahlkreisen, in Ihren Institutionen. Wir wissen, welche Anstrengungen notwendig waren, die berechtigten

Sorgen der Bürgerinnen und Bürger zeitnah, schnell, freundlich und klar zu reagieren.

Wir konnten durch die schnelle Aufstockung des Bürgerreferentinnen- und -referententeams sowie durch die Einrichtung einer Coronahotline reagieren. Der spezielle Chatbot COREY auf der Webseite der Landesregierung hat ganz, ganz viele Zugriffe gezählt.

Ich darf Ihnen schon noch einmal sagen: Im November 2020 kürte ein Fachmagazin der Kommunikationsbranche die Pressestelle des Sozialministeriums wegen ihrer Leistungen in krisengerechter Kommunikation zum ersten Testsieger im Vergleich aller Landesgesundheitsministerien. Besonders hervorheben möchte ich unsere – die ist immer noch toll – Homepage zur Impfkampagne: "www.dranbleiben-bw.de". Auf dieser finden Sie alle wichtigen Informationen rund ums Impfen – in vielen Sprachen und für viele unterschiedliche Zielgruppen.

Fazit: Die Bevölkerung muss immer alle relevanten Informationen an einem Ort finden. Deswegen: Ein zentraler Internetauftritt als Informationsplattform muss in Krisenlagen schnell eingerichtet werden. Die Bedeutung von Außenkommunikation ist grundsätzlich extrem gestiegen. Wir müssen in immer kürzeren Zeitabständen immer komplexere und dichtere Informationen transportieren. Verschiedene Zielgruppen – die sind zum Teil sehr heterogen – müssen immer über den aktuellen Stand der Krisenbewältigung informiert sein. Es bedarf einfacher Sprache, bildlicher Darstellungen und vieler Fremdsprachen. Gleichzeitig, meine Damen und Herren, gilt es im digitalen Zeitalter von Unsocial und Social Media, dass Falschmeldungen und Fake News bekämpft werden müssen. Soziale Netzwerke wurden für viele Menschen immer mehr zur Informationsquelle und Meinungsbildungsplattform Nummer 1. Hier dagegenzuhalten und belastbar, evidenzbasiert zu argumentieren und durchzudringen, ist eine sehr große Herausforderung. Denn wir müssen verhindern, dass falsche Informationen Angst schüren und damit die Bevölkerung spalten.

Ich sage daher hier an die gesamten Verwaltungen des Landes, der Kommunen und den Institutionen, die große Geduld und Ausdauer bei dieser Mammutaufgabe bewiesen haben, gerichtet: Liebe Kolleginnen und Kollegen, das haben Sie richtig gut gemacht!

Lassen Sie mich zum Schluss kommen. Die Krisenbewältigung ist im Zusammenhang mit besonders belasteten Bevölkerungsgruppen zu betrachten. Wir konnten in der letzten Woche die von uns geförderte Studie der Bertelsmann Stiftung "Gesellschaftlicher Zusammenhalt in Baden-Württemberg 2022" vorstellen. Es war die insgesamt dritte Studie, und die zweite in derselben Systematik. Unsere erste Länderstudie war 2019. Damals entstand die Idee für eine Folgestudie im Frühjahr 2021. Ganz konkret wollten wir wissen: Wie hat sich der Zusammenhalt entwickelt? Und natürlich: Welche Auswirkungen hatte die Pandemie auf den gesellschaftlichen Zusammenhalt? Befragungszeitraum war Dezember 2021 und Januar 2022, also mitten

in der Pandemie. Ich bin wirklich froh, dass wir die Studie mit knapp 45 000 € gefördert haben; denn sie zeigt uns, wo die inneren Strukturen unserer Gesellschaft unter einer ihrer größten Belastungsproben schwächeln, und sie gibt Rückschlüsse darauf, was wir tun müssen, um eine Gesellschaft, unsere Gesellschaft krisenfester zu machen und somit unseren Zusammenhalt nachhaltig zu fördern.

Der gesellschaftliche Zusammenhalt ist in nahezu allen Dimensionen flächendeckend zurückgegangen. Psychoemotionale Belastungen haben deutlich zugenommen. Ansonsten stabile Beziehungen, starke Verbundenheit und Einbindung in Gemeinschaften sind ins Wanken geraten. Hierbei gilt wieder – das ist für uns nichts Neues, es ist uns auch aus dem Sozialausschuss bekannt –: Alleinerziehende, chronisch Kranke, Menschen mit geringerer Bildung, geringerem Einkommen und/oder ohne Job sind besonders betroffen. Diese Bevölkerungsgruppen nehmen dann den Zusammenhalt weniger stark wahr. Dabei – das sehen wir aktuell – ist die Coronakrise ja nicht die einzige Krise. Der Krieg in der Ukraine, die damit verbundene Energieund Wirtschaftskrise, Rezession, Inflation, steigende Preise, Insolvenzen, die Klimakatastrophe, im Prinzip immer mehr Kriege und Ungleichgewichte in der ganzen Welt kommen hinzu. Wir müssen auch leider damit rechnen, dass weitere Krisen den Zusammenhalt in unserem schönen Bundesland herausfordern. Lassen Sie es mich vielleicht einmal ein bisschen provokativ formulieren: Die Krise wird zum Normalzustand.

Ich möchte jetzt noch auf drei Bevölkerungsgruppen eingehen und darstellen, wie wir diese unterstützen: Familien, Frauen, Kinder und Jugendliche; marginalisierte Personen – z. B. Obdachlose – sowie Bewohnerinnen und Bewohner in Alten- und Pflegeheimen.

Im Bereich "Familien, Frauen, Kinder und Jugendliche" haben wir gezielte und spezifische Rettungsschirme aufgespannt: eine freiwillige Soforthilfe des Landes für das Frauenhilfe- und -unterstützungssystem sowie mobile Beratungsteams; das Hilfsprogramm "Hilfen für Familienferienstätten aufgrund coronabedingter Defizite"; zusätzliche Mittel zur Aufrechterhaltung der Schwangerschaftsberatung unter Pandemiebedingungen. Unser Gesellschaftsreport "Vereinbarkeit im Stresstest – Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Erwerbstätigkeit und Rollenverteilung in Familien" hat gezeigt: Mütter und Väter haben in Krisensituationen hinsichtlich ihrer Beschäftigungssicherheit nicht die gleichen Chancen. Aber es ist auch ganz deutlich: Die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen kamen zu kurz.

Beim Jugendhearing, das unser Ministerium mit 200 Kindern und Jugendlichen und mir durchgeführt hat – ich konnte den ganzen Tag dabei sein –, hat sich deutlich gezeigt: Wir dürfen Kinder und Jugendliche und Familien vor allem in Krisensituationen nicht vergessen. Wir müssen sie stärker beteiligen, und die Leistungen und Belastungen von Eltern durch ihre Care-Arbeit müssen besser berücksichtigt werden.

Wir haben Verordnungen erlassen, damit Angebote für Kinder, Jugendliche und Familien aufrechterhalten werden konnten. Seit April 2020 haben wir die Förderung der Jugendarbeit und der außerschulischen Jugendbildung kontinuierlich erhöht. In der Taskforce zur psychischen Situation von Kindern und Jugendlichen – darin haben Sie uns sehr unterstützt – konnten wir zahlreiche Maßnahmen ergreifen, um psychisch belastete und erkrankte Kinder und Jugendliche besser zu unterstützen. Hierbei sei die Vereinbarung im Landeskrankenhausausschuss zum Ausbau der ambulanten und stationären Versorgung, die auf zwei Jahre befristet ist, um immerhin 140 Betten im ganzen Land erwähnt. Außerdem gab es das aus Landesmitteln finanzierte Aufholprogramm "STÄRKER nach Corona" mit 4,7 Millionen €.

Diese "Lessons Learned" aus der Pandemie werden in unsere Familienförderstrategie einfließen. Wir werden die Familienförderung in Baden-Württemberg langfristig so gestalten, dass Familien für künftige Krisen besser aufgestellt sind.

Den marginalisierten Personen, z. B. Obdachlosen, haben wir ab der ersten Stunde der Pandemie Unterstützung angeboten. Das erste Soforthilfeprogramm war aus dem Frühjahr 2020. Wir konnten insgesamt 600 000 € an Fördergeldern bereitstellen.

Corona in Alten- und Pflegeheimen hat uns bis jetzt sehr intensiv beschäftigt. Wir haben uns über Definitionen und Zahlen auch immer wieder im Landtag ausgetauscht. Aber eines war klar – ich habe es eingangs gesagt: Schutz vor Erkrankungen, Vereinsamung und Isolierung –: Coronaausbrüche in Pflegeheimen lassen sich nicht gänzlich verhindern. Impfungen sind neben geltenden Schutzmaßnahmen der effektivste Schutz. Hier haben wir wirklich alles unternommen, um zu impfen. Wir haben jetzt noch einmal aktuell abgefragt. In jeder unserer Einrichtungen sind die Information und der Zugang zum Impfen ermöglicht, aber die Impfungen erfolgen freiwillig. Debatten über Impfpflichten muss ich hier mit Ihnen nicht führen. Die allgemeine Impfpflicht kam nicht, und alles Weitere wird jetzt seinen Lauf nehmen.

Wir müssen tatsächlich jeden Tag darauf achten – das ist jetzt noch einmal wichtig –, dass die Menschen in den Heimen ein Bedürfnis nach normalen Lebensverhältnissen mit sozialen Kontakten haben. Gleichzeitig wollen wir sie epidemiologisch, infektiologisch schützen.

Auch hier gilt das Fazit: Bei Krisen muss man immer die ganzheitliche Betrachtung vornehmen und alle betroffenen Personengruppen, die auf unseren Schutz und unsere Rücksichtnahme besonders angewiesen sind, im Blick haben. Schutzmaßnahmen müssen immer in Relation zu den besonderen Bedürfnissen dieser Gruppen stehen. Hierzu gibt es wissenschaftliche Erkenntnisse, aber es wird auch weitere Forschungen und Handlungsempfehlungen dazu geben. Frau Professorin Elsbernd hat im Auftrag unseres Hauses hier einen ganz wichtigen Beitrag geleistet.

Aus dem Gesellschaftsreport "Vereinbarkeit im Stresstest – Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Erwerbstätigkeit und Rollenverteilung in Familien" gibt es Handlungsempfehlungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit für beide Geschlechter. An der Umsetzung arbeiten wir derzeit. Stichworte sind hier: Entwicklung einer ressortübergreifenden Gleichstellungsstrategie, Vereinbarkeitsstrategie im Bereich "Familie, Pflege und Beruf", Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Stärkung der partnerschaftlichen Aufteilung von Erwerbs- und Familienarbeit und – auch hier möchte ich einen Dank an die Ampelkoalition richten – die Förderung von haushaltsnahen Dienstleistungen.

Lassen Sie mich im Gesamtfazit feststellen: Der Umgang mit dem Virus ist ein lernender Prozess, und wir lernen Gott sei Dank immer noch jeden Tag dazu. Wir können nie genau vorhersagen, was Herbst und Winter bringen werden, aber wir können es abschätzen. Wir haben ganz gute Modellierungen.

Wir haben in der Pandemie immer schnell gehandelt. Wir haben neue Strukturen, schnelle finanzielle Hilfen, personelle Aufstockungen, Prämienzahlungen schnell und konkret angeordnet – schneller, als es sonst in jedem Beteiligungsprozess von Verwaltung und Politik möglich ist. Prozesse laufen, haben eine Dynamik bekommen. Die Stärkung des ÖGD ist unabwendbar. Sie wissen, wie Stellenaufstockungen im Haushaltsverfahren vor der Pandemie behandelt wurden und welche Schwelle wir jetzt Gott sei Dank überschreiten konnten.

Natürlich: Das resiliente Gesundheitssystem ist ein laufender Prozess. Da sind die Ergebnisse der Studie der Bertelsmann Stiftung für mich auch ein ganz klarer Ansporn. Sie bestätigen mich in der Haltung unserer Politik, dass wir mehr dafür tun müssen, niemanden zu verlieren, den Zusammenhalt zu stärken sowie Lebenschancen, Zukunftsperspektiven zu bieten.

Ich glaube, dass wir immer noch mit großem Engagement dabei sind, die Pandemie zu bearbeiten. Im Ressort ist immer noch ein großer Teil der Kolleginnen und Kollegen mit der Pandemie beschäftigt, allein mit den vielen Verfahren, die noch anhängig sind.

Ich möchte mich an dieser Stelle bei Ihnen allen noch einmal für Ihr Engagement und auch für die konstruktiven Debatten bedanken. Dass die politisch manchmal durch Polarisierungsrituale geprägt waren, das gibt es in der Politik. Aber gerade diese Enquetekommission hat jetzt die gute Chance, sehr nüchtern, sehr analytisch, aber mit viel Herzblut Handlungsempfehlungen zu erarbeiten.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Minister, und auch vielen Dank für die Wortschöpfung "Nebenfazitbotschaft". Die nehme ich für mich mal mit. Diesen Ausdruck kann man sicherlich an der einen oder anderen Stelle unterbringen.

Bevor wir in die Fragerunde eintreten, darf ich Sie noch einmal daran erinnern, dass wir in der Enquetekommission sind. Ich darf Ihnen aus der Aufgabenstellung Folgendes noch einmal vorlesen:

... Handlungsempfehlungen erarbeiten, die das Ziel haben, das badenwürttembergische Gemeinwesen für die Zukunft resilienter und krisenfester aufzustellen. Dabei soll sie sich insbesondere auf die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen konzentrieren, die ihre Wirkung im Zeitraum nach Abschluss ihrer Tätigkeit entfalten können, auf Landesebene umsetzbar sind und den Fokus auf die Umstände von Krisen setzen.

Ich habe Ihnen das nicht vorgelesen, weil Sie es nicht beachten würden, denn daran werden sich alle halten, aber der Minister hat es schon gesagt: Es wurden 68 Corona-Verordnungen der Landesregierung erlassen, 291 Coronafachverordnungen. Diese sind wir teilweise als Parlamentarierinnen und Parlamentarier, aber auch als Bürgerinnen und Bürger dieses Landes durchgegangen und haben mit ihnen gelebt. Ich will Sie einfach darauf hinweisen, dass solche Fachdebatten schon im Ständigen Ausschuss sowie im Sozialausschuss geführt worden sind und wir in den Fragestellungen nach Möglichkeit nach vorn schauen.

Ich übergebe jetzt in der ersten Fragerunde das Wort der Kollegin Krebs von der Fraktion GRÜNE.

Abg. Petra Krebs GRÜNE: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Vielen Dank, Herr Minister, für Ihren Vortrag. Ein kleines Dankeswort mögen Sie mir erlauben, Herr Vorsitzender – der Minister hat das schon gesagt –: Vielen Dank an das Sozialministerium, das in außergewöhnlicher Weise belastet war und heute hier in großer Zahl vertreten ist. Ich möchte mich bei Ihnen einfach noch einmal bedanken.

Ich möchte Ihren Hinweis aber gern aufnehmen, lieber Herr Vorsitzender, und nicht in die Rückschau gehen, sondern nach vorn schauen. Ich glaube, jetzt ist es auch angebracht, neue Wege zu gehen. Wir haben dazu auch eine Große Anfrage gestellt. Auch für die Beantwortung dieser Großen Anfrage möchte ich mich wirklich bedanken. Diese ist sehr ausführlich und auch sehr intensiv ausgefallen. Darin kann man vieles noch einmal nachlesen, was der Herr Minister gesagt hat.

Für mich haben sich nach der Lektüre der Antwort auf die Große Anfrage vor allem zwei Hauptfragen gestellt, die sich wie ein rotes Band durchziehen. Das eine ist die Form der Kommunikation. Ich glaube, die Leitfrage unserer Arbeit in Zukunft muss sein: Wie schaffen wir es, mit Bürgerinnen und Bürger barrierefrei zu kommunizieren,

sodass es auch alle verstehen können? Ich sage Ihnen gern, warum ich das sage. Ich muss jedes Mal, wenn ich über das Wort "Surveillance" stolpere, nachschauen, was es bedeutet. Mit dem Wort kann ich einfach nichts anfangen. Ich bin jetzt auch Parlamentarierin, und ich gehe davon aus, dass das viele nicht können. Also, die Fragen oder die Schlüsselfragen sind doch die: Wie können wir es schaffen, dass auch insbesondere vulnerable Gruppen erreicht werden, und wie nutzen sie dann auch unsere Gesundheitsangebote? Sie haben ja jetzt auch noch einmal von Verordnungen gesprochen. Ich glaube, das Wichtigste muss sein, dass diese verständlich und barrierefrei für alle Bürgerinnen und Bürger sind. Das ist der eine Punkt.

Dann die anderen Fragen: Wie sieht die Gesundheitsversorgung der Zukunft in Baden-Württemberg aus, und welche Rolle spielt insbesondere der ÖGD in der Gesundheitsversorgung? Das wäre für mich eine wichtige Handlungsempfehlung: Wie kann man den ÖGD so aufstellen, dass er tatsächlich Public Health macht – auch unter dem Aspekt "New Public Health"?

Vielen Dank.

Abg. Dr. Matthias Miller CDU: Vielen Dank, Herr Minister, für den sehr gut strukturierten Vortrag. Ich habe Nachfragen zu drei Punkten, die Sie genannt haben: Instrumentarien, Krisenvorsorge und Kommunikation.

Sie hatten ja gut beschrieben, wie viele Verordnungen wir hatten, auch wie viele Fachverordnungen. Aber jetzt die Frage in die Zukunft – wir sollen ja in die Zukunft fragen, und wir beschäftigen uns ja auch mit der Zukunft –: Wie könnte man eventuell auch die Verständlichkeit der Verordnungen verbessern? Wir erinnern uns ja an die ersten Verordnungen. Die waren sehr einfach zu lesen. Die waren wirklich, obwohl es schnell gehen musste, sehr anwenderfreundlich. Das natürlich auch deshalb, weil nicht so viel drinstand. Man konnte die aber sehr gut anwenden. Irgendwann jedoch waren es dann sehr viele Verordnungen. Da wurden sicherlich viele Sachen klug geregelt, aber die Verständlichkeit hat erheblich darunter gelitten. Gibt es da – ich weiß es nicht – vielleicht ein Fazit aus Ihrem Haus oder vielleicht eine Überlegung, wie man so etwas in den Griff bekommt? Das ist zugegebenermaßen eine sehr schwierige Frage, weil wir ja auch immer Einzelfallgerechtigkeit herstellen wollen. Aber vielleicht haben Sie da Erfahrungen oder auch selbst einen Vorschlag bzw. eine Präferenz, wie man schon in den Verordnungen einfacher kommunizieren könnte.

Sie haben die Verhältnismäßigkeit angesprochen. Da kann ich Ihnen auch nur zustimmen. Die Verhältnismäßigkeit ist tatsächlich in sehr, sehr vielen Verordnungen beachtet worden, fast bei allen, auch wenn es in der öffentlichen Wahrnehmung teilweise anders kommuniziert wurde. Aber auch hier ein Lob, dass die Verordnungen doch in weiten Teilen dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit Rechnung getragen haben. Das wollte ich an dieser Stelle auch einmal anmerken.

Dann zur Krisenvorsorge: Sie haben den sehr wichtigen Punkt der Schutzausrüstungen angesprochen. Wir haben es bei den Masken gemerkt: Plötzlich waren keine Masken da, und die Schutzausrüstung musste aus anderen Ländern beschafft werden, was mehr oder weniger erfolgreich funktioniert hat. Dazu die Frage: Laufen dazu schon Planungen in Baden-Württemberg, und, wenn ja, wie sind die ausgestaltet, sodass wir Schutzausrüstungen hier produzieren können und für künftige Krisen gewappnet sind? Sie haben ja auch die Bevorratung von Schutzausrüstungen genannt. Wie ist da der Stand, und in welchen Dimensionen denkt man bei der Bevorratung?

Dann noch die Frage zur Kommunikation. Frau Kollegin Krebs hat das ja auch angesprochen. Ich glaube, das ist einer der entscheidendsten Punkte. Vor allem diese "Kacheln", die die Landesregierung irgendwann eingeführt hat, waren goldwert. Ich glaube, die waren ein Gamechanger. Plötzlich hat man verstanden, was diese ganzen Verordnungen bedeuten. Aber jetzt einmal eine offene Frage an Sie: Gab es auch Kommunikationsthemen, bei denen Sie sagen, das war jetzt vielleicht nicht so geschickt und das wird man in der Zukunft anders machen? Also, mir fallen da ein paar ein. Ich will die hier jetzt gar nicht im Einzelnen aufzählen.

(Minister Manfred Lucha: Sollten wir mal einen Abgleich machen, ob uns die gleichen einfallen!)

– Genau. – Oft waren es ja dann auch gar nicht Kommunikationsfehler eines Hauses, sondern vielleicht auch widersprüchliche Aussagen von unterschiedlichen Einzelpersonen. Wie kann man in der Zukunft so etwas in den Griff bekommen? Denn in der Öffentlichkeit kann viel Verwirrung vermieden werden, wenn man sich diszipliniert an die Aussagen hält.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Abg. Dr. Miller. Wir sind gespannt auf die Handlungsempfehlungen, die Sie dann erarbeiten. – Jetzt der Kollege Wahl für die SPD-Fraktion, bitte.

Abg. Florian Wahl SPD: Herr Minister, herzlichen Dank für Ihren Vortrag und die Erläuterungen. – Vieles hört sich jetzt im Nachhinein natürlich viel wohlgeordneter an. Im Abstand dazu und mit der Ukrainekrise, die wir derzeit haben, treten auch schon viele Dinge in den Hintergrund, auch in Bezug auf die Dramatik, die wir in den zwei Jahre hatten: die Situation, die wir in den Pflegeheimen hatten, das Impfchaos, das wir hatten, das Problem, das wir bei den Impfpriorisierungen hatten. Das alles stellt sich jetzt, wenn man aus der Situation heraus ist und wir über andere Themen reden, viel milder dar, als es ist. Sie haben das sehr eindrücklich dargelegt – Sie haben auch auf Bundesminister a. D. Spahn Bezug genommen, auf das, was er dazu gesagt hat. Sie haben sich bei Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entschuldigt, haben ausgeführt, welche Belastungen es im Sozialministerium gegeben hat – Respekt dafür. Das ist absolut richtig.

Aber wir hätten uns gewünscht und fänden es total schön, wenn es vielleicht auch noch möglich wäre – solch eine Enquete bietet ja auch Zeit für Reflexion –, den vielen Menschen – immerhin sind ja auch 17 000 Menschen in Baden-Württemberg gestorben – im Blick auf die vielen Dinge, die natürlich auch nicht funktioniert haben, ein Wort der Entschuldigung und des Bedauerns zu sagen. Ich glaube, es wäre gerade zum jetzigen Zeitpunkt, nachdem die heiße Phase hoffentlich vorbei ist, gut, das zu tun, und zwar auch vonseiten der Landesregierung. Wir zumindest würden das sehr begrüßen.

Noch eine Sache: Sie haben gesagt, Krisen kann man nicht planen. Das stimmt für die Einzelheiten, aber natürlich haben wir in Baden-Württemberg einen Pandemieplan und einen Seuchenalarmplan. Dieser wurde in Bezug auf die Ebolakrise 2014 aktualisiert. Daran waren wir ja auch beteiligt. Aber in den Punkten, die uns jetzt angehen, ist dieser noch vom Stand 2006/2007. Das heißt, wir hatten eben keine Planung. Es ist absolut verständlich, dass Einzelheiten nicht geplant werden können – das ist klar; das wissen wir nicht; das kann man auch nicht verlangen –, aber die Zuständigkeiten können geregelt werden. Es ist natürlich schon klar, dass es für einen Krisenfall – das ist unabhängig davon, welche Pandemie ausbricht – Planungen geben muss. Da waren wir nicht up to date. Da war Baden-Württemberg nicht up to date. Wir sehen auch darin einen Grund für das Chaos, das entstanden ist, dass dies nämlich gefehlt hat. Deshalb fragen wir: Welche Schlüsse ziehen Sie daraus hinsichtlich Aktualisierungen, auch regelmäßige andere Surveillances im Ministerium? Das ist ein Thema, zu dem wir Sie nach Ihrer Meinung fragen möchten.

Sie verweisen immer darauf, dass das Sozialministerium ein Programmministerium ist. Ich persönlich bin nicht der Meinung, dass es allein ein Programmministerium ist. Ich glaube, man kann da auch gesetzgeberisch eine ganze Menge tun. Aber Sie haben gesagt, es sei ein kleines Haus, das mit dieser ganzen Aufgabe überfordert gewesen sei. Vielleicht können Sie einmal darlegen, ab welchem Moment Sie denn das Gefühl hatten, dass Ihr Haus überfordert ist, und sehen Sie darin, dass das Sozialministerium dafür federführend zuständig war, vielleicht auch den Webfehler, dass also eventuell eine zukünftige Pandemieplanung in einem Krisenministerium wie dem Innenministerium besser aufgehoben wäre, oder halten Sie diese Aufteilung, wie sie in dem kleinen "Programmministerium" stattgefunden hat, für richtig? Denn letztlich, wenn Sie beschreiben, was Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mitgemacht haben, war das ja anscheinend eine große Überforderung.

Meine letzte Frage, die ich stellen möchte, geht um das Impfthema. Zwischen der Bundeskanzlerin und den Länderchefs wurde im Januar 2021 nach den wissenschaftlichen Empfehlungen in Sachen Impfung vereinbart – ich zitiere –:

Bis spätestens Mitte Februar wird allen Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen ein Impfangebot gemacht werden können. Dies ist nicht zuletzt wegen der hohen Fallzahlen und der schweren Verläufe im Bereich dieser Einrichtungen ein wichtiges erstes Zwischenziel der Impfkampagne.

In nahezu allen Bundesländern – wir haben noch mal nachgeschaut – ist dieses Ziel eingehalten worden. In Baden-Württemberg war das nicht der Fall. Viel zu früh und – aus unserer Sicht – ohne sachlichen Grund wurden die Impfungen für die niedrigeren Prioritätengruppen geöffnet – und das in Zeiten von Impfstoffknappheit, die wir hatten. Das heißt, wir haben dann natürlich einen Wettbewerb erlebt. Gerade vor der Landtagswahl haben Sie das Ganze für Lehrerinnen und Lehrer geöffnet. Das heißt, der 31-jährige Referendar wurde geimpft, obwohl wir teilweise in Pflegeheimen noch keine Angebote machen konnten. Es ist nicht so, dass ich denen das nicht gönne, aber das hat natürlich zu einer ganz schwierigen Situation geführt. Dafür haben Sie ja damals auch Kritik vom STIKO-Vorsitzenden Mertens bekommen. Meine Fragen sind: Warum haben Sie das damals so gemacht, dass Sie das so früh für die Lehrerinnen und Lehrer geöffnet haben? Welches waren die Entscheidungsgründe, und wie kann das in Zukunft verhindert werden?

Danke.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Zunächst einmal will ich mich ausdrücklich dem Dank anschließen, den Herr Minister Lucha in großer Breite ausgesprochen hat, natürlich auch gegenüber den Verwaltungen und seinem Ministerium. Ich möchte auch anmerken: Wir hatten ja als Abgeordnete sehr viele Anfragen bekommen, die wir selbst nicht beantworten konnten. Die hatten wir weitergeleitet, und sie wurden immer umfangreich beantwortet, sodass wir die Bürgerinnen und Bürger sehr zeitnah informieren konnten – teilweise auch am Wochenende. Deswegen auch hierfür noch mal einen herzlichen Dank.

Ich will jetzt auch nicht auf alle Details eingehen. Das haben wir in vielen Ausschusssitzungen gemacht. Ich nenne beispielhaft die katastrophale Impfterminvergabe, die Organisation der Impfungen in den Pflegeeinrichtungen, zu Beginn die Notverkündigung der Verordnungen, die teilweise freitags oder samstags kamen und montags anzuwenden waren, dann aber zum Teil auch wieder zurückgerufen wurden. Wir haben das in dem Antrag von FDP/DVP und SPD auf Entlassung des Ministers alles sauber aufgeführt. Darin steht das alles im Detail. Das ist die Drucksache 17/2328. Deshalb muss ich darauf jetzt nicht weiter eingehen.

Wir wollen jetzt den Blick nach vorn werfen. Herr Lucha, Sie haben am 5. Februar 2020 die Aktuelle Debatte – Frau Krebs und ich waren daran beteiligt – mit den Worten geschlossen – ich darf das zitieren –:

Sie sehen: Baden-Württemberg ist außergewöhnlich gut gerüstet, aber wir sind hellhörig, und wir werden jeden Tag das Virus wachsen hören.

Wir konnten uns damals alle – auch die Opposition – nicht vorstellen, welche Herausforderungen da auf uns zukommen. Insofern gilt es jetzt nach diesen zweieinhalb Jahren zu überlegen, wo wir heute stehen.

Dazu die erste Frage nach der Vorratshaltung: Sind wir bei dem Thema Schutzausstattungen, auch bei dem Thema Arzneimittel so aufgestellt, dass Sie sagen, wir sind gewappnet, wir haben so viele Schutzausstattungen bevorratet, dass Baden-Württemberg diese Problematik nicht mehr hat? Denn im Pandemieplan notieren Sie ja im Grunde genommen auch, dass die Einrichtungen selbst dafür sorgen sollten.

Dazu noch mal der Hinweis: Wir haben immer noch den Pandemieplan vom Stand März 2020 im Netz. Da steht, der Plan werde laufend überarbeitet. Wir haben aber bisher nichts gefunden. Deshalb auch die Frage: Können Sie uns allen den aktuellen Pandemieplan zur Verfügung stellen?

Zum ÖGD – Sie haben das angesprochen – die Frage nach Ihrer Einschätzung: Wann ist aus Ihrer Sicht der ÖGD auf einem Stand – auch in der Digitalisierung –, dass Sie sagen, jetzt sind wir für die neuen Herausforderungen, aber auch für die laufenden Aufgaben gewappnet? Hier nenne ich als Stichwort die Einschulungsuntersuchungen. Der Stellungnahme zu einem Antrag meines Kollegen Reith haben wir ja entnehmen können, dass wir da einen dramatischen Einbruch hatten – von etwa 99 000 Untersuchungen auf ca. 41 000 Untersuchungen –, weil die Kapazitäten nicht da waren. Sind wir da jetzt wieder auf dem Stand, dass wir die alten und die neuen Herausforderungen bewältigen können?

Sie hatten die Gesundheitsversorgung angesprochen. Die Demografie ist ja nicht erst seit der Krise da. Die Grünen regieren ja doch schon ein Stück länger. Die Altersstruktur in der Hausärzteschaft hat sich in den zwölf Jahren auch nicht wesentlich verändert. Deswegen auch da noch mal die Frage: Welche Konzepte haben Sie, um diese Situation in den nächsten Jahren anzugehen, und zwar auch im stationären Bereich?

Zur Landeskrankenhausplanung hatten Sie am 20. August 2022 im "Offenburger Tageblatt" gesagt, viele kleine Krankenhäuser seien auf Dauer gar nicht überlebensfähig. Dazu die Frage – Herr Professor Dr. Augurzky wird ja heute Nachmittag hier sein –: Wann kommt denn der Landeskrankenhausplan in der Struktur, in den Versorgungsstufen, damit wir wissen, wie die Strategie des Landes Baden-Württemberg aussieht, wo die Maximalversorger sind, wo die Grund- und Regelversorger sind und wo wir in Fachbereiche hineingehen, die nicht überall angeboten werden? Das sollte, glaube ich, hohe Priorität sein. Denn das ist ganz wichtig für die Krisenbewältigung.

Dann die Frage: Wie sehen Sie die Abstimmungen mit den Landkreisen und den Kommunen? Denn die Landkreise und die Kommunen haben ja die große Aufgabe, die Verordnungen umzusetzen. Sind Sie der Meinung, dass wir nach den Erfahrun-

gen jetzt sozusagen in einer Struktur sind, die sich so bewährt hat und auch entsprechend weiterläuft?

Aktuell – wir blicken ja nach vorn – haben wir das Thema Isolationspflicht. Hierzu haben Sie gemeinsam mit drei Kolleginnen und Kollegen Herrn Lauterbach angeschrieben. Sie haben es jetzt auch in der aktuellen Verordnung drin. Nach § 32 des Infektionsschutzgesetzes brauchen Sie den Bund dafür nicht. Deshalb die Frage: Wann fällt die Quarantäne in Baden-Württemberg? Das können Sie selbst entscheiden. Dazu brauchen Sie nicht bis zum 10. Oktober zu warten.

Das Thema "Maskenpflicht in den Pflegeheimen" hat der Bund geregelt, ist aber unglücklich geregelt worden. Insofern auch dazu noch mal die Frage, inwieweit Sie hier noch einmal auf den Bund zugehen; denn die Rückmeldungen aus den Einrichtungen sind wirklich problematisch.

Das Stichwort "Long Covid" haben Sie angesprochen. Das ist ein ganz wichtiges Thema. Auch da die Frage, wie Sie das von der Versorgung her einschätzen.

Das Monitoringsystem haben Sie ebenfalls angesprochen. Dafür vielen Dank. Ich glaube, auch das ist eine ganz wichtige Entscheidung zur Strukturverbesserung.

Letzte Punkte: Medizinstudienplätze in Baden-Württemberg: Sind die aus Ihrer Sicht ausreichend?

Bürokratieabbau, insbesondere im Bereich "Gesundheit und Pflege": Welche konkreten Schritte planen Sie hier oder machen Sie in diesem Bereich?

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Abg. Haußmann. – Ich darf noch einmal darauf hinweisen, dass manche Fragen – wie z. B. die Isolationspflicht – auch sehr aktuellen Bezug haben. Daher bitte ich darum, dass man die Themenbreite der Fragen ein wenig eingrenzt. Ich hatte erwähnt, es gibt noch andere Ausschüsse, die das Aktuelle behandeln können. Sicherlich kann der Minister das beantworten. Trotz allem in dem Fall noch mal der Hinweis, dass wir doch schauen, dass wir vor allem langfristige Maßnahmen für uns identifizieren.

Zum Abschluss der ersten Fragerunde hat jetzt Herr Abg. Sänze für die AfD-Fraktion das Wort.

Abg. Emil Sänze AfD: Herr Lucha, Sie wurden ja mit Dank überschüttet. Deshalb schließe ich mich den Worten an. Sie sind es wahrscheinlich auch nicht jeden Tag gewohnt, dass man Ihrer Arbeit Dankbarkeit entgegenbringt. – Lassen Sie mich nun aber zu den wirklichen Zielsetzungen der Enquetekommission kommen.

Wir wollen uns ja anders aufstellen. Das bedingt einen Plan. Wir hatten auch in der Vergangenheit Pläne. Bedauerlicherweise wurden die ein bisschen vergessen, und manche Hinweise aus den Plänen haben ja auch zu dieser bedingten Krise geführt. Es war jedoch nicht alles schlecht.

Lassen Sie mich einen Punkt aufnehmen: Sie hatten sehr stark auf die Digitalisierung gesetzt. Jetzt wissen wir zum einen, dass Digitalisierung auch gewissen krisenhaften Szenarien unterworfen ist. Diese funktionieren vielleicht gerade dann nicht, wenn man sie braucht. Deshalb die Frage: Inwieweit haben wir dort eine Alternative in der Informationsweitergabe zur Bevölkerung und vor allem zu bestimmten Altersgruppen, die gegenüber dieser Digitalisierung nicht so aufgeschlossen sind? Das betrifft ja eine ganz beträchtliche Anzahl an Menschen.

Lassen Sie mich einen weiteren Punkt nennen, und zwar die Medikamentenversorgung in der Fläche. Wir alle wissen, dass wir ein starkes Netz von Apotheken haben, die bedingt in der Lage sind, Funktionen im Gesundheitsbereich wahrzunehmen, und sogar bedingt in der Lage sind, Medikamente herzustellen. Deshalb muss man schon auf die Marktveränderungen reagieren, denen die Apotheken unterworfen sind. Wie wollen wir zukünftig in einer krisenhaften Situation sicherstellen, dass die Medikamentenversorgung auch dann funktioniert?

Das Dritte sind die Krankenhäuser. Da haben wir ja eigentlich Gutes zu vermelden, weil Sie es mit Ihren Krankenhäusern geschafft haben, auch Patienten aus anderen Bundesländern und aus anderen Ländern zu versorgen. Das war also gar nicht so schlecht. Dennoch müssen wir uns überlegen, wie wir dem Trend der Ökonomisierung und der Abschaffung von manchen Geschäftsfeldern in den Krankenhäusern begegnen, und wie wir es schaffen, überall – vielleicht auch über die Alternative, die Sie angesprochen haben – die schnelle Nahversorgung der Patienten sicherzustellen.

Der letzte Punkt, auf den ich gern eine Antwort hätte oder den wir in unsere Gedanken mit aufnehmen sollten, betrifft die Pflegeberufe. Gerade die sind ja notwendig, um auch vulnerable Gruppen in den Alten- und Pflegeheimen zu versorgen. Da stellen wir auch fest, dass diese Bereiche für manche Menschen zum Teil mehr oder weniger unattraktiv werden, sodass es zu einem Personalnotstand kommt.

Das sind die Fragen struktureller Art.

Dann mein letzter Hinweis: Wie stellen wir sicher, dass in der Zukunft Doppelstrukturen abgebaut werden, damit es nicht zu redundanten Vorgängen und zu Verwirrungen in der Fläche kommt?

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Ich darf an dieser Stelle den Hinweis geben: Für die zweite Fragerunde habe ich schon die Wortmeldungen von

Frau Professorin Dr. Elsbernd, Herrn Abg. Dr. Preusch, Herrn Rack und Herrn Dr. Müller vorliegen.

Jetzt, Herr Minister Lucha, bitte ich Sie, auf die vielen Fragen querbeet durch das Thema "Lessons Learned" zu antworten. Wir sind darauf gespannt.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, herzlichen Dank für Ihre Hinweise. – Ich beginne mit den Fragen der Kollegin Krebs. Surveillance ist ein Fachbegriff – zu Deutsch: Überwachung. Wir nutzen auch den Begriff "Monitoring". Ja, das hat sich so eingeführt. Da "Überwachung" sprachpsychologisch nicht so sympathisch ist, nutzt man den Begriff "Surveillance". Aber wir müssen es erklären. Sie haben recht, dass wir einfach Faktoren, wie ich sie Ihnen aufgezählt habe, in den Blick nehmen.

Aber die Kommunikation im Ganzen – da gebe ich Ihnen recht – muss in einfacher Sprache erfolgen, muss vielfältig sein und muss sich an viele Zielgruppen richten. Das haben wir tatsächlich getan. Das korrespondiert ja ein bisschen mit dem, was Herr Sänze zum Thema Digital erklärt hat: ob Ältere das so nutzen. Ich bin schon erstaunt, wie viele sich - quer durch die Altersklassen - über unsere digitalen Möglichkeiten an unser Haus, an unsere Bürgerbeauftragten gewendet haben. Aber generell – das korrespondiert ein wenig auch mit dem, was Kollege Miller gesagt hat –: Vielstimmigkeit ist in der Krisenkommunikation nicht hilfreich, vor allem dann nicht, wenn es eine unterschiedliche Vielstimmigkeit ist. Aber wie wollen wir das abschaffen? Von den Kollegen – ich nenne beispielhaft die Herren Streeck und Stürmer und wie sie alle heißen - hat jeder ein Label. Jeder hat eine gewisse Art, fundiert an Sachverhalte heranzugehen, hat ein Sendungsbewusstsein. Auch die Ständige Impfkommission war nie frei von persönlichen Meinungen. Da einen Konsens hinzubekommen, dass wir uns da aufs Wesentliche konzentrieren, wird uns nie ganz gelingen, weil wir eine plurale Gesellschaft sind. Aber ich glaube schon, dass es in den wesentlichen Punkten doch zu 70 bis 80 % eine Conclusio gab.

Am Anfang war es leichter. Je länger eine Krise geht – das haben wir ja neulich schon einmal gesehen –, desto häufiger treten auch Ermüdungserscheinungen ein. Aber generell gilt: Die Kommunikation muss klar, muss eindeutig sein. Am besten sollten sich Meinungsführer – Opinion Leader – nicht zu sehr widersprechen.

Krisen taugen generell nicht für Politisierungen. In Krisen kann man im politischen Wettbewerb um die Gunst der Wählerinnen und Wähler vielleicht schnell einmal ein Zehntel gewinnen. Aber was doch das ganz Entscheidende ist – das ist für mich der Kernpunkt der Kommunikation –, ist, dass wir – meine Damen und Herren, dazu zählen wir alle – doch beweisen, dass wir handlungsfähig sind, dass wir verantwortlich handeln und dass wir die Interessen der Bürgerinnen und Bürger immer im Blick haben.

Darum erlauben Sie mir, Kollege Wahl, Vorwürfe wie "Chaos" zurückzuweisen. Es war kein Chaos. Wir hatten kein Chaos. Wir hatten enorme Herausforderungen, aber wir hatten zu keinem Zeitpunkt ein Chaos. Das weise ich in jeder Beziehung zurück. Wir hatten Herausforderungen, die uns an Belastungsgrenzen brachten. Chaos ist etwas Anderes. – Das habe ich jetzt nur eingeschoben, weil es gut gepasst hat.

Der zweite Punkt, den Kollegin Krebs genannt hat, ist "Health in All Policies". Das haben Sie ja dankenswerterweise auch in den Koalitionsvertrag geschrieben. Es war sehr wichtig, dass das Landesgesundheitsamt eine Abteilung des Ministeriums ist, weil wir jetzt genau diese Strategien auch mit unseren Partnerinnen und Partnern vor Ort verfolgen können. Herr von Komorowski ist so schön der "Kachler". Ich bin schon stolz, dass wir damals die Vereinbarung in den Koalitionsvertrag hineinbekommen haben – sie ist bis heute gültig –, die Gesundheitskonferenzen mit der ganz klaren Schnittstelle zum ÖGD zu etablieren, sie vom Land dauerhaft zu finanzieren – mit steuernder, organisierender, moderierender Funktion. Das ist ein ganz großer Fortschritt. Denn – das wissen Sie – Gesundheit ist ein demokratisches Recht.

Ich will euch jetzt nicht langweilen, aber die Ottawa-Charta, der Zugang zu Gesundheit, diese UN-Charta, ist eine der wichtigsten Chartas der UN, die es gibt. Die können wir alle mal wieder zugrunde legen. Das ist der Zugang zu Gesundheit. Es gab doch diese Charité-Serie im Fernsehen. Die war gerade zu Beginn extrem interessant. Dass man das Antibiotikum entdeckt hat, war super. Aber die wichtigsten Leistungen waren soziale Gerechtigkeit, Bildung, ordentliche Wohnverhältnisse, Zugang zu einer gescheiten Ernährung, Wissen darüber und, und, und.

Herr Dr. Roller, vielleicht darf ich Sie mal einsetzen, dass Sie uns einmal sagen, was unsere Bemühungen gemeinsam mit der kommunalen Familie zum personellen Aufbau der ausgewiesenen Stellen sind, wie wir die konzeptionell und substanziell einbauen. Ich habe das Gefühl, wir kommen da weiter. Ich selbst, Kollegin Krebs, gehe regelmäßig zu den Amtsleitersitzungen, gehe auch zu den Haupttagungen, habe auch eine gute, wirklich gute Einbindung in das Alltagsgeschäft und in das Strategiegeschäft. Das muss jetzt bei uns tatsächlich noch mehr in unseren Vordergrund geraten.

Herr Vorsitzender, wenn Sie einverstanden sind, würde ich Herrn Dr. Roller bitten, dass er hier noch ein paar Punkte erläutert.

Vorsitzender Alexander Salomon: Machen Sie das bitte, Herr Dr. Roller.

AbtP Dr. Roller (SM): Meine sehr geehrten Damen und Herren! Vielen Dank für die Möglichkeit, einmal kurz das größte Personalaufwuchsprogramm im öffentlichen Gesundheitsdienst seit dem Zweiten Weltkrieg – mit über 600 Stellen, die in den Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg in zwei Tranchen geschaffen werden – darzustellen. Wir haben explizit gesagt, dass es nicht nur für den Gesundheitsschutz, sondern für alle Bereiche ist, insbesondere für den Bereich "Public Health": Präventi-

on, Gesundheitsförderung, Weiterentwicklung. Das Ziel ist, den öffentlichen Gesundheitsdienst zukünftig proaktiver zu gestalten, das heißt, dass Herausforderungen im Gesundheitsbereich frühzeitig auch auf kommunaler Ebene aufgegriffen werden, an der gesundheitlichen Versorgung mitzuwirken.

Deshalb wollen wir auch die kommunalen Gesundheitskonferenzen weiterentwickeln. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen sind ja seit 2015 verpflichtend in allen Stadt- und Landkreisen. Wir haben insgesamt 39 in Baden-Württemberg. Das Ziel ist es, dass diese Konferenzen wirklich auch wirkungsfähige und wirkungsvolle Instrumentarien auf kommunaler Ebene werden – auch an der Schnittstelle zur medizinischen Versorgung. Schon heute gibt es viele kommunale Gesundheitskonferenzen, die nicht nur die Themenfelder Prävention und Gesundheitsförderung bearbeiten, sondern auch das Thema "Medizinische Versorgung". Entscheidend ist hier, dass wir methodisch einheitlich vorgehen. Ein Ziel, das wir auch mit den Gesundheitsämtern kommunizieren, ist, dass eine fundierte Datenbasis vorliegt. Das heißt, dass die Gesundheitsämter über den Kreis, in dem sie tätig sind, den kompletten Überblick über die Daten im Gesundheitsbereich haben. Ich glaube, auf dieser Basis gelingt es, den öffentlichen Gesundheitsdienst noch zukunftsorientierter in Richtung Public Health weiterzuentwickeln, sodass es am Ende ein Mehrwert für die Bürgerinnen und Bürger ist.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Frau Krebs, habe ich das so — Okay. Danke.

(Abg. Petra Krebs GRÜNE: Ein bisschen was geht immer, würde ich sagen! Ein bisschen mehr brauchen wir ja! Ich bin ja gar nicht dran!)

Vorsitzender Alexander Salomon: Sie haben die Möglichkeit, nachzufragen, wenn Sie möchten. Aber ich glaube, der Punkt ist geklärt.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Dann darf ich weitergehen zu den Fragen von Herrn Miller zur Verständlichkeit von Verordnungen. Ja – ich glaube, Sie sind Jurist und wissen ja, dass das die große Herausforderung ist –, es muss verstanden werden können, aber es muss gerichtsfest sein. Sie haben gesagt, am Anfang war es noch einfach. Aber die Dimension ist ja immer größer geworden, und die Auswirkungen auf immer mehr Lebensbereiche mussten abgebildet werden. Je differenzierter etwas wird, desto spezieller und auch desto herausfordernder werden Abstimmungsprozesse.

Wo wir ein tolles lernendes System hatten – da bedanke ich mich bei der juristischen Abteilung meines Hauses, aber auch bei den Juristinnen und Juristen, die uns von außen begleitet haben –, war bei den Erläuterungen zu den Verordnungen. Die haben wir dann auch noch einmal in einfacher Sprache formuliert. Das eine ist tatsächlich der gerichtsfeste "Juristen-Speech" – um es Neudeutsch zu sagen –, und das andere waren dann tatsächlich die Ausführungen und Erläuterungen, warum und wie

die Verordnungen zustande gekommen sind. Dabei haben wir wirklich immer wieder darauf geachtet, dass das allgemein verständlich bleibt.

Aber das nehmen wir auch gern mit, auch jetzt schon. Da warten wir gar nicht. Wir machen ja jetzt nicht mehr so viele. Sie wissen, wir werden Sie bis zum 30. November mit Verordnungen verschonen. Vielleicht brauchen wir gar keine mehr, wenn wir alle ein bisschen vernünftig sind. Aber generell gilt natürlich – das sehen Sie jetzt auch an den Auseinandersetzungen über das Infektionsschutzgesetz im Bund –, dass es halt gerichtsfest sein muss. Da bei uns alles beklagt wird, einfach alles – es wird alles beklagt –, muss alles abgewogen werden. Auch da könnte sich einmal die Frage nach Konsensen stellen, dass man einfach einmal fragt: Muss das jetzt wirklich sein? Denn das sind ja auch Beschäftigungen, bei denen wir uns manchmal denken: In der Zeit könnten wir etwas anderes tun.

Ich möchte noch einen Satz sagen. Es gibt zwei Kommunikationsstrukturen: eine äußere Kommunikation zur Bürgerschaft, zur Bevölkerung und eine innere, interne zu den Stakeholdern, zu den Betroffenenorganisationen. Ich meine, da waren wir sehr schnell, wenn ich an die Taskforce "Langzeitpflege", an die Behindertenhilfe denke. Das haben wir in der zweiten Woche aufgebaut. Auch da war natürlich das tatsächliche Problem: Homepage BZgA, Homepage RKI, Homepages irgendwelcher Fachverbände und der verschiedenen Landesregierungen. Das war nicht immer kongruent. Auch das ist eine deutliche "Lesson Learned", hat aber heute nichts mit uns zu tun.

Kollege Wahl, wir haben gemeinsam in den Koalitionsvertrag des Bundes hineinverhandelt, dass wir einerseits eine neue oberste Gesundheitsbehörde aus BZgA und RKI und andererseits einen eigenständigen wissenschaftlichen Teil des RKI brauchen, der unabhängig agieren kann. Das Kuddelmuddel, das wir da hatten, hat uns auch nicht weitergeholfen. Die haben halt bis zur Krise alle so ein bisschen vor sich hin gelebt. Da gab es zum Teil unterschiedliche, verwirrende Äußerungen. Da haben die Pflegeheimbetreiber bei uns angerufen und gefragt: "Was gilt jetzt: RKI-Richtlinie, STIKO-Empfehlung oder Gesetz?" Also, da müssen wir uns verständigen, auf welcher Grundlage wir agieren, damit nicht wieder gefragt wird: Gilt jetzt die Richtlinie, hat das Gesetzeskraft, ist das eine Empfehlung, eine STIKO-Empfehlung? Darauf werde ich nachher bei der Frage der Impfungen noch einmal zurückkommen, warum wir das bei Lehrerinnen und Lehrern anders gemacht haben.

Das sind genau die Punkte. Das, was wir in unserer Hand haben, nehmen wir mit. Aber da transportieren wir natürlich auch einiges an unsere Kollegenschaft im Bund, dass wir da einfach abgestimmter, klarer, einstimmiger agieren müssen.

Dann haben Sie die Frage nach Schutzausrüstungen gestellt und danach, wie wir hier aufgestellt sind. Das haben andere Kolleginnen und Kollegen von Ihnen auch schon gefragt. Dazu, Herr Vorsitzender, möchte ich den zuständigen Referatsleiter bitten, dass er Ihnen über den Stand bei der Bevorratung, der Auftragsvergabe, der Produktionskapazitäten und natürlich der Sicherstellung der Haltbarkeit für die Zukunft berichtet.

Vorsitzender Alexander Salomon: Bitte, kommen Sie nach vorn ans Redepult. Das ist eine einmalige Chance für Sie.

(Heiterkeit)

Vertreter des SM: Vielen Dank. – Das Sozialministerium hat – wie der Herr Minister eben gesagt hat – ein Konzept für eine angemessene Notfallreserve an persönlicher Schutzausrüstung erarbeitet. Ziel dieser Notfallreserve ist es, etwaigen Versorgungsengpässen in der aktuellen Coronapandemie sowie in künftigen Pandemien vorzubeugen. Der Herr Minister hat es gerade erwähnt: Wir haben einmal eine physische Notfallreserve aufgebaut. Das ist die sogenannte Säule 1. Säule 1 dient dazu, sehr kurzfristige Bedarfe von Versorgungsempfängern abzudecken. Des Weiteren haben wir die sogenannte Säule 2. Da haben wir begonnen und sind dabei, bei Herstellern über Rahmenvereinbarungen, die eine Laufzeit von vier Jahren haben, Produktionskapazitäten zu sichern, aus denen wir dann die laufenden Bedarfe abdecken können. Beispielsweise haben wir in diesem Jahr eine Rahmenvereinbarung mit mehreren FFP2-Masken-Herstellern abgeschlossen – mit deutschen Herstellern.

Durch diese physische Notfallreserve haben wir die Möglichkeit, kurzfristig den Bedarf abzudecken. Wir haben das im Konzept so vorgesehen, dass dann, wenn sich die Versorgungslage auf dem PSA-Markt verschlechtern sollte – zurzeit ist die sehr gut –, wir die Möglichkeit haben, die Kapazitäten im Lager wieder hochzufahren und eine größere Anzahl an PSA zu bevorraten.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Könnten Sie vielleicht noch ein paar Mengenangaben machen, was wir im Moment schon zur Verfügung hätten, wenn wir es bräuchten? Das interessiert immer, um sich das besser vorstellen zu können. Außerdem wäre es gut, wenn Sie noch etwas zur Haltbarkeit sagen könnten. Denn da haben wir ja auch ein tolles Konzept.

Vertreter des SM: In der Notfallreserve haben wir folgendes Konzept: In der physischen Notfallreserve wollen wir 8,4 Millionen OP-Masken vorhalten. Wir haben aktuell rund zehn Millionen auf Lager. Bei den FFP2-Masken haben wir im physischen Lagerbestand rund drei Millionen. Wir haben aber über Rahmenvereinbarungen Abrufmöglichkeiten für bis zu 200 Millionen Masken.

Dann haben wir noch die Schutzhandschuhe. Davon haben wir zurzeit ca. 13 Millionen auf Lager. An Schutzkitteln sind es ca. 500 000. Schutzbrillen und Gesichtsschilder sind zu vernachlässigen.

Zur Haltbarkeit: Die ist natürlich bei jedem Produkt anders. Bei Masken – es muss ja auch sicher sein, dass der Durchlass und der Atemwiderstand auch noch nach mehreren Jahren so gut ist wie zum Zeitpunkt der Anlieferung – haben wir ein Haltbarkeitsdatum von drei Jahren – dann verfallen sie –, und bei OP-Masken ist es ähnlich. Aber wir haben – das habe ich eben noch nicht erwähnt – eine Partnerschaft mit den Universitätskliniken begonnen. Die sollen ihre laufenden Bedarfe aus der Notreserve entnehmen und dann wieder mit neuer Ware befüllen, sodass wir eine Frischhaltung und ein rollierendes System haben, um dem Verfall der PSA bestmöglich vorzubeugen.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Ganz wichtig – das noch zum Schluss gesagt; dafür bedanke ich mich, Herr Kräusslich – ist, dass wir das rollierende System haben, dass wir also nicht irgendwo etwas hinlegen und es dort vergammelt, sondern dass es immer wieder herausgenommen wird, in den Bedarf geht, verwendet wird, der Vorrat aber wieder aufgefüllt wird, sodass die Reserve zahlenmäßig immer stabil bleibt. Das ist auch ein Ergebnis aus "Lessons Learned", dass man sich genau solcher Strukturen und Methoden bedient.

Kollege Wahl, das zum "Chaos" habe ich schon gesagt.

Zum Begriff "Überforderung": Es gab in ganz Deutschland kein Ministerium, keine Ministerien, keine Verwaltungen, die mit der Pandemie und dieser Krise beschäftigt waren, die irgendwie andere Herausforderungen und Belastungen gehabt hätten als die in Baden-Württemberg. Das hat sich nicht verändert.

Ja, wir waren in enger Abstimmung mit dem Innenministerium, den Krisenstäben. Aber der Teil der Gesundheitskrise, der Rechtssetzungskrise ist in unserem Haus gut bewältigt worden. Ich weiß, Sie haben damals Anträge gestellt. Das war aber zu keinem Zeitpunkt nötig. Wir haben die Aufgaben ja auch alle bewältigt.

Ich möchte Ihnen noch einen Hinweis geben: Baden-Württemberg ist bezüglich der Coronatodesfälle im Bundesländervergleich an achter Stelle, liegt also in der Mitte. Wir sind aber von allen Bundesländern das mit der signifikant ältesten Bevölkerung. Sie müssen die Zahlen also tatsächlich bereinigen. Zu dieser Altersstruktur habe ich vorher schon gesagt: Es ist eine Gnade, dass wir das Bundesland mit der ältesten Bevölkerung sind. Darauf bin ich sehr stolz. Denn das heißt auch: In Bezug auf die Lebensqualität, die Gesundheit und die soziale Sicherheit kann man in diesem Land am besten leben. Sie kennen ja meine Äußerungen, dass uns die Frauen noch um fünf Jahre übertreffen, weil die Männer zu große "Vorsorge-Schlamper" sind und so risikoreich leben. An dieser Stelle können die Männer von den Frauen noch lernen. Der baden-württembergische Mann ist der erste deutsche Mann, der im Schnitt 80 Jahre alt wird, und – wie gesagt – die Frauen übertreffen uns da noch um viereinhalb Jahre.

Ich möchte also einfach noch einmal sagen: Das ist keine statistische Abweichung. Ganz im Gegenteil. Ich glaube, dass wir uns da sehr, sehr gut geschlagen haben.

Jetzt möchte ich noch einmal generell etwas zum Impfen und zum Impfen in Pflegeheimen sagen. Wir standen mit der Infrastruktur parat. Die stand zeitgleich mit allen anderen. Gefehlt hat der ausreichende Impfstoff. Nach heutigem Wissen – das habe ich schon zehntausend Mal gesagt; ich sage es jetzt noch mal – würde ich mich nicht mehr an der 116 117 beteiligen. Wenn ich gewusst hätte, dass es eine Mangelverteilung gibt – Wir sind nie von einer Mangelverteilung ausgegangen. Der zuständige Minister hat uns dreimal wöchentlich gesagt: "Stellt euch vor, ich gebe euch den Impfstoff, und ihr kriegt ihn nicht verimpft." Dann hatten wir die Strukturen, hatten aber nichts zum Verimpfen. Das müssen Sie immer wieder rekapitulieren. Deswegen haben wir jetzt auch das eigene Tool eingerichtet.

Ich sage Ihnen noch mal, ich bin im Moment leider allein auf weiter Flur, wenn es um pandemisches Impfen im Sicherstellungsauftrag der Ärzteschaft geht. Da können Sie mich an anderer Stelle bundespolitisch unterstützen, auch bei den Körperschaften und Verbänden. Ich habe in der GMK schon mehrfach Anläufe dazu genommen. Da wurde mir signalisiert: "Lass uns mal wieder reden, im Moment passt es noch nicht. Aber wir werden das noch unterbringen."

Zum Impfen haben wir jetzt den Letter of Intent mit vielen Akteuren – mit der Apothekerschaft, mit der Zahnärzteschaft, mit einem großen Teil der niedergelassenen Ärzte. Es wird jede und jeder, die oder der notwendigerweise geimpft werden muss – aber auch die, die sich subjektiv über die STIKO-Empfehlung hinaus entscheiden, sich impfen zu lassen –, nach ärztlicher Beratung zeitnah ein Impfangebot erhalten.

Jetzt würde ich gern die Zuständige der Taskforce "Impfen" bitten – wir sind ja hier immer wieder kritisiert worden, wir hätten am Anfang die Zeitrahmen für das Impfen in den Pflegeeinrichtungen nicht angemessen und flächendeckend gesetzt –, dass sie uns noch einmal den Verlauf schildert, die Zahlen nennt und sagt, wie viele Teams und wie viele niedergelassene Ärzte im Einsatz waren.

Vorsitzender Alexander Salomon: Bitte, Sie kommen auch in den Genuss, von hier vorn aus zu sprechen.

Vertreterin des SM: Tatsächlich muss ich hier auch noch einmal mit der Situation, der wir ausgesetzt waren, beginnen. Wir sind quasi den Anweisungen des Bundes dahin gehend gefolgt, dass Impfstoffe zur Verfügung stehen werden. Wir haben die Impfinfrastruktur entsprechend geplant – auch nach den Plänen des Bundes. Wir haben mobile Impfteams eingerichtet. Das waren 145. Das waren wesentlich mehr als in einigen anderen Bundesländern, auch im Verhältnis mehr als in einigen anderen Bundesländern. Wir haben auch mehr Impfzentren eingerichtet.

Die Pflegeeinrichtungen sind Tag und Nacht von den mobilen Impfteams angefahren worden. Die mobilen Impfteams mussten Einsatzpläne auch ständig ändern, weil wir uns teilweise nach den Ausbruchsgeschehen in den Einrichtungen richten mussten. Es ging tatsächlich um Leben und Tod, und es ging darum, schnellstmöglich die größtmögliche Gruppe zu erreichen, die impffähig und zu impfen war.

Parallel hatten wir aber auch die Strukturen in den Impfzentren. Auch dort mussten wir Impfstoffe an den Mann bringen, weil wir nach den Vorgaben des Bundes geplant haben. Daher haben wir jede Priorisierungsstufe sorgfältigst geprüft: Wann kann sie denn geöffnet werden? Wir haben uns nach den Bundeskontingenten gerichtet, so, wie sie da kamen – teilweise auch über Nacht, teilweise auf mehrfache Anfrage, auf mehrfache Anforderung. Danach haben wir nach und nach die Priorisierungsstufen anhand unserer Kapazitäten geöffnet. Wenn dann Kapazitäten in den Impfzentren zur Verfügung standen, haben wir Priorisierungsstufen dahin gehend geöffnet. Das ist die Art, mit der wir vorgehen mussten. Wir hatten nur die vorhandenen Strukturen, die wir anhand der Vorgaben des Bundes errichtet haben.

Ich möchte aber noch mal betonen, dass das Impfen der vulnerabelsten Gruppen wirklich das Wichtigste war. Das war das, womit wir begonnen haben und worauf wir den Fokus gelegt haben. Darüber hinaus möchte ich betonen, dass wir Impfungen nicht für andere Priorisierungsstufen und andere Personengruppen geöffnet haben, wenn Kapazitäten da waren, die die vulnerabelsten Gruppen erreichen konnten. Also, es hat sich wirklich danach gerichtet: Wer hat die Impfung in dem Moment annehmen können, als der Impfstoff an dem Ort zur Verfügung stand?

Vorsitzender Alexander Salomon: Ich habe den Hinweis bekommen, Sie mögen bitte noch etwas lauter sprechen. Vielleicht gehen Sie einfach ein bisschen näher an das Mikrofon.

Vertreterin des SM: Noch lauter?

Vorsitzender Alexander Salomon: Ja, damit man Sie besser hört und versteht. Also, wenn Ihnen das möglich ist, machen Sie das bitte. Ansonsten bekommen wir das aber auch so hin.

Vertreterin des SM: Ich rede ein bisschen lauter, aber eigentlich war ich auch schon fertig mit meinen Ausführungen zum Handling des Impfens.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Eine Nachfrage noch: Wenn ich Herrn Wahl einmal "übersetzen" darf: Wir haben einfach zu lange gebraucht in den Pflegeeinrichtungen, und andere Bundesländer waren schneller durch – wenn man das einmal so salopp formuliert. Wir haben zu jedem Zeitpunkt den Impfstoff an die Menschen gebracht, den wir ihnen bringen konnten, ob schnell

oder langsam, war da nicht die Frage. Könnten Sie das noch einmal ein bisschen ausführen?

(Abg. Florian Wahl SPD: Februar 2021! Es geht um diese Absprache der Bundeskanzlerin mit den Ministerpräsidenten der Länder, dass man bis spätestens Mitte Februar abdeckt! Wir haben nachgeguckt, nahezu alle Bundesländer haben es geschafft, Baden-Württemberg nicht! Vielleicht könnten Sie dazu noch etwas sagen!)

Vorsitzender Alexander Salomon: Bitte nutzen Sie das nächste Mal das Mikrofon.

(Abg. Florian Wahl SPD: Entschuldigung! Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen: Februar 2021!)

Vertreterin des SM: Genau das zu erklären, hatte ich gerade versucht. Zuvorderst haben wir die Vulnerabelsten geimpft. Wir waren Tag und Nacht mit MITs im Einsatz. Es kann sein, dass das eine oder andere Heim nicht angefahren wurde, wenn es kurz vorher dort ein Ausbruchsgeschehen gab, einige haben sich auch frustriert gezeigt, einzelne Bewohnerinnen oder Bewohner wurden auch nicht angetroffen, weil sie gerade stationär im Krankenhaus waren oder sie das Heim gewechselt haben. Aber wir haben nichts anderes gemacht, als Tag und Nacht alle mobilen Impfteams, die wir hatten, in den Einsatz zu bringen.

Sie hatten ja auch nach Priorisierungen gefragt, die wir dann schon für andere Personengruppen geöffnet hatten. Dazu gesagt: Das hatte den Hintergrund, dass wir die Strukturen in den Impfzentren hatten und wir diese nicht in dem Moment, als uns der Impfstoff mal kurzfristig "geschenkt" wurde – so möchte ich es jetzt mal sagen –, quasi leer stehen lassen konnten. So ist das zustande gekommen, dass parallel schon andere Priorisierungsstufen geöffnet worden sind, aber gleichzeitig haben mobile Impfteams noch die Pflegeeinrichtungen abgefahren haben.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Ich will jetzt ausnahmsweise eine kurze Nachfrage des Herrn Abg. Wahl zulassen, damit Sie nicht noch einmal nach vorn kommen müssen. – Bitte, Herr Abg. Wahl.

Abg. Florian Wahl SPD: Also, dass Tag und Nacht geimpft wurde, das stellt niemand infrage. Wir sind aber der Meinung, dass es zu wenige mobile Impfteams gewesen sind.

Wir haben das Problem: Mitte Februar 2021. Da haben wir – wie gesagt – diese Vereinbarung, dass das gelingt. Das ist in Baden-Württemberg leider nicht so gelungen, wie wir alle es uns gewünscht hätten, dass es gelingt. So sind auf jeden Fall die Infos, die uns dazu vorliegen.

In der Zeit allerdings hat man kurz vor der Landtagswahl praktisch die Scheunen für die Lehrerinnen und Lehrer und den Schulbetrieb aufgemacht, wodurch es schon einen massiven Verdrängungswettbewerb gab. Es waren ja nicht nur Restkapazitäten, die man genutzt hat, sondern letztlich hat man die Scheunen aufgemacht. Das erschließt sich uns nicht ganz. Daher noch mal die Frage von mir.

Vorsitzender Alexander Salomon: Ich glaube, darauf möchte jetzt der Minister antworten.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Das war eine klare Entscheidung. Wir haben diese STIKO-Empfehlung, die Öffnung, das Angebot, zu diesem Zeitpunkt als zu kurz gegriffen empfunden. Das war ja damals ein Impfstoff, nämlich AstraZeneca, der für den Personenkreis in der Altenhilfe zu diesem Zeitpunkt gar nicht zur Anwendung kam. Wir haben ihn den Erzieherinnen und Erziehern, Pädagoginnen und Pädagogen zur Verfügung gestellt – nicht in Konkurrenz zu den vulnerablen Gruppen. Im Nachhinein waren wir auch sehr, sehr froh, dass wir die Öffnung hatten und dass wir eben nicht nur in der Primarstufe gedacht haben, sondern auch in der Durchlässigkeit. Das hat uns geholfen, damit Schulbetriebe besser stattfinden konnten. Das war strategisch eine der klügsten Entscheidungen, in der uns dann andere Bundesländer gefolgt sind. Aber es gab zu keinem Zeitpunkt eine Konkurrenz der Impfstoffe, weil es damals noch unterschiedliche Zulassungen für Impfstoffe gab.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Minister. – Ich darf noch einmal daran erinnern: Der Blick nach vorn, das ist unser Motto. Wir können uns natürlich mit der Vergangenheit noch einmal im Detail beschäftigen. Aber wir sollten aus dem Vergangenen Konsequenzen für die Zukunft ziehen. Das ist jetzt nicht auf den Einzelfall bezogen gesagt, ich wollte es nur noch einmal in Erinnerung rufen. – Bitte, Herr Minister, fahren Sie fort.

Zuvor darf ich aber noch die Rückmeldung geben, dass wir jetzt fast eine Stunde in der ersten Fragerunde unterwegs sind. Für weitere Fragen steht uns dann noch eine Stunde zur Verfügung. Zu wissen, wo wir uns bewegen, ist ja auch für diejenigen wichtig, die danach kommen.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Ich bemühe mich, Redundanzen zu vermeiden. Denn bisher – so glaube ich – haben wir ja alles schon mehrfach in uns bekannten Gremien besprochen.

Deswegen, Herr Haußmann, jetzt noch zwei Punkte. Der Blick nach vorn, ja. Die Krankenhausversorgung war das, was Herr Abg. Sänze angesprochen hatte.

Wir haben jetzt begonnen, die Krankenhausplanung durchzuführen mit dem ersten großen gemeinsamen Hearing mit den Klinikträgern, mit allen Vorsitzenden der Kör-

perschaften. Wir werden die Planung natürlich fachplanungsrelevant weitertreiben, Kompetenzen bündeln – so, wie ich es ja im Prinzip schon seit einer geraumen Zeit mache - Klinikstandorte weiter definieren, Schwerpunktbildungen gezielt in größeren Einheiten vorhalten, uns um eine deutlich verbesserte Zusammenarbeit, Vernetzung zwischen universitärer und anderer Versorgung bemühen. Ich glaube, da sind wir auf einem guten Weg. Im Moment stellt sich natürlich ein bisschen das Problem, dass die Investitionen aufgrund der Preisentwicklung unter Druck geraten. Wir haben gerade eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die sich damit beschäftigt, wie wir Bauförderprogramme umgestalten können. Unter Umständen werden wir - wir haben es auch mit den Krankenhausträgern besprochen - auch noch einmal zum Haushaltsgesetzgeber gehen, gehen müssen, um sicherzustellen, dass wir unsere ambitionierten Programme – die sind wichtig, damit wir die richtigen Kliniken zum richtigen Zeitpunkt haben – umsetzen können. Ich nenne hier nur als Schlagwörter Sigmaringen, Biberach, Öhringen. Das sind ja wirklich alles Kompetenzzentren. In Lörrach gibt es ein absolutes Vorzeigeklinikum - vier ehemalige Standorte plus Psychiatrie aus Emmendingen. Also, da sind wir, glaube ich, gut aufgestellt.

Bei den Medizinstudienplätzen ist es tatsächlich so: Mit Ihrer Unterstützung haben wir die Zahl der Plätze im Land insgesamt um 10 % erhöht und haben jetzt die Landarztquote eingeführt. Um diese Plätze bewerben sich ganz, ganz tolle Leute, die vorher schon Erfahrungen in Gesundheitsberufen hatten, die dafür brennen. Herr Dr. Roller, wir durften ja den ersten Kurs gemeinsam begrüßen. Aber Sie wissen, es dauert halt ein bisschen, bis die bei uns in der Versorgung ankommen.

Die Versorgung mit Paxlovid: Es gibt jetzt auch Paxlovid-Beauftragte, um die ausreichende Versorgung mit dem Medikament sicherzustellen. Hier würde ich mir einfach einen kleinen Rückgriff auf den Kollegen Preusch erlauben, der da an der Front ist, ihn insofern instrumentalisieren.

Generell haben Sie, Herr Haußmann, Fragen gestellt, die jetzt aktuell in unmittelbarer Auswirkung des Bundesinfektionsschutzgesetzes sind und nicht mehr einer Landesregelung unterliegen. Das betrifft im Wesentlichen das Testen und das Tragen von Masken, vor allem in den Gemeinschaftsräumen in der Altenhilfe. Wir haben vorzeitig darauf hingewiesen, dass uns alle Träger der Altenhilfe gesagt haben: Das ist nicht mehr lebensnah, das können sie so nicht administrieren. Derzeit sind wir der Meinung, dass das eine ganz schwierige Auslegung ist. Wir hoffen, dass es noch eine Nachsteuerung gibt. So, wie die Maßgabe im Moment ist, ist der Spielraum eher eng. Wir haben heute Morgen und ganz intensiv schon gestern Abend noch einmal den Zugang gesucht, ob wir da noch Spielräume haben. Wir haben diesbezüglich natürlich schon längst an den Bund geschrieben. Das haben wir aber schon vor 14 Tagen gemacht. Wir haben schon im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens darauf hingewiesen, und wir haben dem Bund noch mal geschrieben. Also, wir sind da wirklich hinterher.

Dann zur Frage nach der Isolationspflicht. Ich habe es Ihnen ja schon im Ausschuss gesagt: Es wäre super, wenn alle 16 Länder, inklusive dem Bund, dieselbe Message gäben. Ich habe auch Herrn Stürmer, Herrn Streeck und die anderen gehört. Vielleicht kann Ihnen ja Herr Kräusslich heute Nachmittag – er ist ja dankenswerterweise hier; er berät uns auch immer regelmäßig; er ist fest in unserem Stab dabei – dazu etwas sagen. Wir haben das jetzt einmal so in den Raum gestellt. Es gibt viele Gründe dafür, dass wir da aus Praktikabilitätserwägungen – kritische Infrastruktur; das alles habe ich Ihnen ja am Mittwoch gesagt – eine Lösung finden. Wir wollen bis zum 10. Oktober mit dem Bund gesprochen haben. Vorher werden wir als Land sicherlich nichts Eigenständiges machen. Das gebietet auch der gute Stil, nachdem wir in unserer Stellungnahme diesen Termin auch so genannt haben. Ich finde, das ist gute parlamentarische Kultur, wie man miteinander umgeht.

Herr Sänze, Sie haben noch einmal die Digitalisierung angesprochen. Wir haben auch Briefe geschrieben. Aber deren Aktualität, bis sie bei den Nutzerinnen und Nutzern des Impfportals in der Krisenzeit angekommen waren, war natürlich signifikant nicht mehr gewährleistet. Wir sind darauf tatsächlich nach wie vor angewiesen. Aber da muss man an dieser Stelle schon einmal sagen: Die Medien haben sehr, sehr informativ berichtet, haben auf ihren Homepages Sonderseiten eingerichtet und Grafiken aufbereitet. Wenn Sie z. B. die "Landesschau" gesehen haben, dann gab es dort jeden Tag aussagefähige, einfache Informationen. Es war wirklich keine geschönte Kommunikation, sondern eine beschreibende, darstellende und auch informierende Kommunikation. Ansonsten: Das Digitale birgt große Chancen. Jetzt wird vor allem die Digitalstruktur der freien Welt durch Cyberattacken der unfreien Welt unter Druck gesetzt. Wir erleben, wie das Putin-Regime, aber auch das chinesische Regime oder andere Regimes ganz gezielt die Infrastrukturen von uns schädigen. Da müssen wir noch sicherer werden.

Wir brauchen – da bin ich Ihnen sehr dankbar – z. B. die Digitalisierung zur Steuerung der Gesundheitsversorgung, wir brauchen – ähnlich, wie es die Dänen oder die baltischen Staaten haben – eine aussagefähige ePA-Gesundheitskarte, die jeder Institution anzeigt, wer bei ihr vernetzt ist, wann die letzte Behandlung war, auf welche Daten zurückgegriffen werden kann. Wir haben gar nicht mehr die Möglichkeiten, permanent doppelt und dreifach das Gleiche zu tun – erst ambulant, dann in der Klinik und dann vielleicht noch in einer rehabilitativen Unterstützung. Da brauchen wir eine klare digitale Navigation. Die jetzigen ePA-Nutzungen – das liegt auch daran, dass die Nutzerinnen und Nutzer darin noch nicht geübt sind – sind natürlich in keinster Weise befriedigend. Hier müssen wir einen deutlichen Schub bringen.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Minister, für die Beantwortung der Fragen in der ersten Runde. Sie haben gemerkt: Umfassende Fragen bedingen in der Folge umfangreiche Antworten.

Wir kommen jetzt zur zweiten Fragerunde. Auf der Liste der Wortmeldungen stehen bei mir Frau Professorin Dr. Elsbernd, Herr Abg. Dr. Preusch, Frau Professorin Dr. Noller, Herr Rack und Herr Dr. Müller.

Gibt es noch weitere Personen, die sich in der zweiten Runde melden möchten, vielleicht auch aus dem digitalen Raum? – Das scheint nicht direkt der Fall zu sein.

(Zuruf: Kann jede Fraktion die Wortmeldungen auch aufteilen?)

– Pro Fraktion jetzt noch mal eine Meldung. Wenn jetzt nämlich noch einmal in der gleichen Art und Weise gefragt wird, wie es in der ersten Runde der Fall war, können nicht viele Fragen beantwortet werden. Ich möchte auch nicht, dass wir die 15-Stunden-Befragung wiederholen, die letztens ein Minister in einem anderen Gremium des Landtags erlebte. Sie möchten ja nicht erst heute Nacht um 1 Uhr nach Hause gehen.

Bitte, Frau Professorin Dr. Elsbernd.

Dr. Astrid Elsbernd, externes Mitglied: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrter Herr Minister Lucha! Ich freue mich sehr, dass wir uns in dieser Enquetekommission die Frage stellen, wie wir die medizinische und pflegerische Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger in Krisenzeiten absichern können. Die Coronapandemie, die weltweit zweitgrößte Pandemie nach der Spanischen Grippe, hat tatsächlich in allen Ländern sehr gewütet und alle Gesundheitssysteme in einen Stresstest versetzt. Ich würde mich Ihrer Bewertung anschließen: Wir sind nicht im Chaos gelandet. Ich glaube auch, dass wir dringendst schauen müssen, was die Stärken des Systems waren, das wir weiter ausbauen müssen. Zugleich haben wir natürlich Schwächen im System entdeckt. Die können wir jetzt benennen, und das sollten wir auch tun. Meine Fragen gehen in drei Bereiche.

Das eine ist: Wir haben gesehen, dass, wenn es darauf ankommt, wenn es zählt, die Sektoren und die Berufsgruppen – insbesondere Medizin und Pflege – zusammenarbeiten müssen. Wir haben im Moment ein eher auf Konkurrenz – ich sage mal – basierendes Gesundheitssystem, in dem die intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit zwar immer thematisiert, aber eigentlich nicht mit Anreizen belegt wird. Jetzt haben wir aber in der Pandemie gesehen: Wenn es richtig hart auf hart kommt, müssen wir z. B. auch einmal Personal aus dem Krankenhaus in die Langzeitpflege entleihen oder müssen medizinische Leistungen auch einmal durch Pflegekräfte erbracht werden. Z. B. könnten auch Pflegekräfte impfen. Daher meine erste Frage: Wie stellen Sie sich das vor? Haben Sie Ideen, wie wir diese Sektoren und Berufsgruppen in Krisenzeiten zusammenbringen und das Ganze in Nichtkrisenzeiten vorbereiten können? Eine Unterfrage wäre: Könnte man die größte Berufsgruppe, nämlich die der Pflegenden, auch im ÖGD sicher verankern? Ich glaube, das wäre auch eine Frage, die man klären könnte.

Die zweite Frage bezieht sich auf die Bürgerschaft. Heute haben wir schon viel über die Informationen der Bürgerschaft gesprochen. Ich denke, das ist auch ein ganz wichtiger Hebel. Aus anderen Ländern wissen wir aber auch, dass es wichtig ist, die Bürgerschaft strukturell mit in die Entscheidungen einzubeziehen. Ich fand es sehr schön, dass Sie in Ihrer Rede gesagt haben, es gehe hier um ethische Güterabwägung. Wenn Krisen ganz scharfe Krisen werden, dann müssen wir tatsächlich Lebensgüter abwägen. Dann stellen sich für mich auch die Fragen, ob wir hier die Bürgerschaft aktiver in diese Güterabwägung mit einbeziehen können und ob wir dafür sorgen können, dass sie sich dann, wenn solche Güterabwägungen vorgenommen werden, sozusagen bereiterklären kann, dem zu folgen. Mit anderen Worten: Ich sehe hier nicht nur eine informative Politik. Vielmehr frage ich mich vor allem, wie wir die Bürgerschaft strukturell in die Entscheidungen mit einbeziehen können, und zwar insbesondere dann, wenn es um Leib und Leben geht.

Vielen Dank.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Frau Professorin Dr. Elsbernd. – Jetzt kommt Herr Abg. Dr. Preusch teilweise mit einem Erfahrungsbericht – wie ich gehört habe –, aber auch mit Fragen.

Abg. Dr. Michael Preusch CDU: Ich darf noch einmal bei einigen Punkten nachhaken, und zwar zum einen zum Thema Kommunikation. Wir haben besprochen, wie wir untereinander mit den einzelnen Ebenen kommunizieren. Aber die Frage ist natürlich auch, wie wir mit den Leistungserbringern kommunizieren. Herr Minister, ich darf Ihnen hinsichtlich des Kontakts mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärzteschaft ein Lob aussprechen. Das hat sehr gut geklappt. Aber wie schaffen wir es denn, Strukturen zu etablieren, die unabhängig von der Sozialkompetenz eines Ministers sind, um Informationen zügig z. B. an die Ärzteschaft weiterzugeben? Ich glaube, das ist ein wesentlicher Punkt der Kommunikation.

Der nächste Punkt betrifft den öffentlichen Gesundheitsdienst. Zu Coronapandemiezeiten haben wir gelernt, dass der Datenschutz ein Hindernis sein kann. Ich bin bis heute davon überzeugt, dass wir die Nachwirkungen ausbaden müssen. Da stellt sich für mich die Frage: Wie kann das Land hier künftig aktiv werden?

Sie hatten den Begriff "Surveillance" erwähnt. Ein guter Vergleich ist hier das Thema Affenpocken, sozusagen eine Replik zum Aufkommen von HIV. Es waren mal wieder die Dermatologen, die sich gewundert haben, warum sich die Hautveränderungen häufen.

Das ist ein Punkt, zu dem Herr Kräusslich vielleicht nachher noch etwas sagen kann, nämlich die Frage: Wie schaffen wir es denn außerhalb des geübten Auges der Ärzteschaft, über Surveillance-Möglichkeiten, frühzeitig Infektionskrankheiten zu erkennen? Ich erlaube mir zu sagen – das ist aber unabhängig vom Land Baden-Württemberg –, dass wir in Deutschland die zügige Diagnose der Affenpocken nicht

so geschafft hätten, wie es andere Länder getan haben. Da haben wir also auch noch einen Nachholbedarf.

Wer den öffentlichen Gesundheitsdienst ausbauen will, der muss natürlich auch prüfen, wie er für Nachwuchs sorgt. Wenn ich an meine Studienzeit denke, war der öffentliche Gesundheitsdienst kein Bereich, der mich initial besonders begeistert hätte. Es freut mich, dass einer meiner Studierenden bei Ihnen im Ministerium arbeitet. Jetzt kann man sagen: Er ist bei mir in der Kardiologie so schlecht betreut worden, dass er zum ÖGD gewechselt ist. Aber wichtig ist die Frage: Wie schaffen wir es, den ÖGD auch personell in der Ausbildung zu stärken? Das heißt: Brauchen wir vielleicht Pflichtfamulaturen, brauchen wir ein Pflicht-PJ, wie es die Allgemeinmedizin für ihren Bereich geschaffen hat, um entsprechend für Nachwuchs zu sorgen? Herr Kräusslich ist ja auch in Personalunion als Dekan hier. Insofern kann er vielleicht auch noch mal ein Wort dazu sagen, wie wir den Nachwuchs rekrutieren.

Erlauben Sie mir noch eine Frage zum Thema Medikamentenversorgung. Das wurde vom Kollegen Haußmann und von Herrn Sänze schon angesprochen. Sie haben dazu eine Anfrage von mir sehr gut beantwortet. Die Frage ist: Ist es nicht sinnvoll, dass wir bestimmte Medikamente, zumindest die Notfallmedikamente, in einem rollierenden System – auf die Idee kam ich, als Sie vorhin das mit den Masken erwähnt haben – an den großen Klinikapotheken oder den Apotheken der Universitätskliniken vorrätig halten?

Gerade eben – vor zwanzig Minuten – habe ich eine E-Mail bekommen, dass eines der Notfallmedikamente, nämlich Dobutamin, in einer bestimmten Dosierung wieder eine Mangelware ist. Das gehört zu den Medikamenten, die wir aus einem großen Gebinde auf entsprechende Dosierungen herunterverdünnen können. Wäre das eine Möglichkeit, hier mehr Sicherheit zu schaffen, und zwar nicht nur für uns? Denn zu Pandemiezeiten haben wir ja auch Frankreich mit Medikamenten versorgt. Das vielleicht als Anregung oder als Frage – das in Fortführung meiner Anfrage, die Sie beantwortet hatten –, ob wir da als Land nicht eine Initiative an den großen Universitätskliniken des Landes starten können.

Vielen Dank.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Herr Minister, bitte.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Heute Nachmittag kommt ja Herr Kräusslich zu Wort. Er kann dann vielleicht etwas zu den Erfahrungen mit Paxlovid sagen. Wir haben ja jetzt die Paxlovid-Beauftragten in den Pflegeeinrichtungen. Das war ja auch ein Teil der Frage von Herrn Haußmann –, wie sich das jetzt tatsächlich darstellt und welche medizinischen Erfolge bei rechtzeitigem therapeutischem Einsatz erzielt werden. Insofern: Darf ich die Beantwortung dieser Frage delegieren?

Vorsitzender Alexander Salomon: Das dürfen Sie, Herr Minister. Aber warten Sie noch kurz ab, es gibt noch Fragen. Dann haben Sie immer noch die Chance zu delegieren. – Jetzt gebe ich Frau Professorin Dr. Noller das Wort. Danach folgen Herr Rack und Herr Abg. Sänze. Das sind die Wortmeldungen in der zweiten Runde.

Für die dritte Runde, die wir hoffentlich noch durchführen können, habe ich Herrn Dr. Müller und Herrn Abg. Wahl auf der Rednerliste.

Bitte, Frau Professorin Dr. Noller.

Dr. Annette Noller, stellv. externes Mitglied: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrter Herr Minister! Zunächst einmal möchte ich danken, dass ich als Vertreterin der freien Wohlfahrtspflege hier als externes Mitglied mitarbeiten kann und jetzt auch die Möglichkeit habe, Fragen zu stellen, um Antworten beim Thema "Lessons Learned" und auf die Frage, wie wir uns zukünftig aufstellen wollen, zu finden.

Die freie Wohlfahrtspflege beteiligt sich an der Erbringung sozialer Dienstleistungen. Die Liga hat etwa 6 000 Einrichtungen und Dienste, die sehr breit aufgestellt sind, nicht nur im Bereich Pflege und Krankenhäuser, sondern auch im Bereich zahlreicher vulnerabler Gruppen.

Als Erstes möchte ich mich für die gute Zusammenarbeit in der Pandemie bedanken. Es gab Gelingendes, z. B. die Taskforce "Langzeitpflege und Eingliederungshilfe", die sehr rasch – Sie haben es erwähnt, Herr Lucha – aufgestellt wurde und in die dann auch sehr rasch das Wissen und die Expertise aus der freien Wohlfahrtspflege eingebracht werden konnten, auch wenn wir gelegentlich noch mal nachgearbeitet haben. Aber das war gut. Allerdings – das geht jetzt in Richtung Frage – ist die Vulnerabilität breiter als die Pflege. Die vulnerablen Gruppen waren zuerst im Blick. Das ist auch logisch. Das war auch gut so. Vielleicht auch noch mal ein Dankeschön an Politik und Gesellschaft, dass es tatsächlich keine Debatte darüber gab, ob man zunächst vulnerable Gruppen in den Blick nimmt und schützt. Ich finde, das ist ein guter Grundkonsens in unserem Gemeinwesen.

Allerdings war aus unserer Perspektive die Breite der Vulnerabilität – jetzt komme ich auf das zu sprechen, was wir vielleicht miteinander noch besser machen können – zunächst nicht vollständig im Blick. Wir hatten den Eindruck, dass bestimmte Gruppen – von Armut betroffene Familien, Soloselbstständige, die von einem Tag auf den anderen durch Lockdowns arbeitslos wurden, aber auch Menschen, die schon traditionell in unseren Tafel-Läden aufschlugen, Langzeitarbeitslose, die in den Sozialkaufhäusern nicht mehr arbeiten konnten, und auch andere Zielgruppen aus der Vulnerabilität – nicht sofort auf dem Schirm waren. Bei der ausreichenden Versorgung von Wohnungslosen mit Masken, Wohn- und Schlafplätzen gab es Schwierigkeiten. Wir hatten in der Diakonie tatsächlich Personen, die bei uns vor der Tür standen und mit Nahrungsmitteln und auch mit digitaler Ausrüstung versorgt werden mussten. Das wären jetzt mit Blick auf die Sicherstellung in einer zukünftigen Krise oder auch

in der gegenwärtigen Krise die Fragen: Wie können wir durch besser aufgestellte Kommunikation in diesem Bereich bessere, schnellere Abfragen bei uns und bei anderen Expertinnen und Experten sicherstellen? Wie können wir sicherstellen, Wissen über vulnerable Gruppen – ich nenne als Stichpunkte auch noch "Gewalt in den Familien" oder andere Phänomene, die bei einem Lockdown aufschlagen – durch Taskforces oder noch besser aufgestellte Kommunikationen noch schneller an Entscheidungsträger zu transportieren?

Zweiter Komplex: Gut gelungen war zum Teil die Absicherung unserer Pflegeheime in finanzieller Hinsicht durch einen Rettungsschirm. Allerdings haben wir aus der Sicht der freien Wohlfahrtspflege eine Verbesserungsmöglichkeit im Bereich – ich nenne es einmal so – Kommunalisierung von Diensten. Hier haben wir in der Eingliederungshilfe bis heute nicht überall Lösungen in der Finanzierung. Da wäre unsere Frage: Wie können wir sensible Infrastrukturen wie Sozialkaufhäuser, Frauenhäuser, Beratungsstellen, vielleicht auch das Land stärker in die Verantwortung nehmen, um in Krisen zentrale Finanzierungsmöglichkeiten zu schaffen, die dann nicht einzelne Nachverhandlungen erfordern oder ungesicherte Situationen herstellen? Beispiel: Wenn sich ein Behindertenheim in der Krise einerseits um die Bewohnerinnen und Bewohner sorgen muss, sich andererseits aber die Kostenerstattung über viele Monate hinzieht – die Verhandlungen laufen zum Teil bis heute –, dann ist das eine schwere Belastung. Daher die Frage: Was können wir da tun? Wie gesagt: Kommunalisierung, Regionalisierung ist hier ein Thema.

Drittens erleben wir mit dem Abklingen der Pandemie, dass die Pandemie bei einigen Zielgruppen unserer Arbeitsfelder Folgen hat. Wir erleben eine große Erschöpfung in der Pflege, wir erleben aber auch eine Zunahme von psychischen Erkrankungen, wir erleben eine Zunahme von Suchterkrankungen, wir erleben auch eine Zunahme von Armutsgruppen. Die Schlangen vor unseren Tafel-Läden werden immer länger. Das ist zum Teil auch eine Folge der Pandemie und – Sie haben es gesagt – längerer sozialpolitischer Entscheidungen. Für uns ist die Frage: Wie können wir hier gemeinsam Möglichkeiten eröffnen – z. B. Coronaaufholprogramme, Stabilisierung unterstützender Strukturen –, um die Menschen auch nach der Coronakrise zu begleiten?

Viertens und abschließend will ich zu etwas kommen, was mir ganz besonders am Herzen liegt. Es geht ja nicht immer nur um finanzielle Unterstützungen, sondern es geht auch um philosophisch-theologische Fragen: Was können wir gemeinsam und auch mit welchen Kommunikationsforen tun? Sie haben vorhin die Kinder erwähnt oder Personengruppen, die sich selbst äußern können. Es geht aber auch um die Fragen: Welchen Sinn können wir uns in diesen Krisen erschließen? Was sehen wir? Was haben wir gelernt? Welche Mindsets wollen wir in unserer öffentlichen Kommunikation miteinander verändern, um uns in dieser Welt neu zu verstehen und darin inspirierter, sozialer, stabiler und nachhaltiger leben zu lernen? Für mich besteht die Antwort auf die Frage nach der Krisenfestigkeit nicht nur darin, in einen alten Zustand zurückzukommen – möglichst stabil –, sondern auch darin, dass wir in einen

neuen Zustand kommen müssen. Da stellen sich auch Sinnfragen. Gesundheit ist ja umfassend zu verstehen.

Oliver Rack, stellv. externes Mitglied: Herr Minister, vielen Dank für Ihre Ausführungen und auch für die Würdigung der Medienarbeit. Das war in der Tat interessant, wie sich da dieses Zusammenspiel ergeben hat und wie sich letztlich auch eine Verhaltensorientierung entlang von Daten entwickelt hat. Das ist eine interessante Entwicklung.

Natürlich hatten die Medienschaffenden sehr viel Mühe mit den Behörden, was das Thema Statistikdaten angeht – in allen Bundesländern. Ich bekomme auch jetzt noch zurückgespiegelt, dass es so ist, dass in Baden-Württemberg Statistikdaten immer noch nicht automatisiert bezogen werden können. Das ist noch einmal ein wichtiger Aspekt. Wenn wir z. B. nicht die Arbeit der Johns-Hopkins-Universität gehabt hätten, wäre das ja schon am Anfang viel schwieriger gewesen, da gerade zu Beginn von Ereignissen eine schnelle Verfügbarkeit von Daten von großer Bedeutung ist. Der Generaldirektor der WHO hatte ja schon im April 2020 darum gefleht – sowohl Wissenschaft als auch die öffentliche Verwaltung, die Behörden –, Daten öffentlich bereitzustellen, um den Raum mit Informationen zu befüllen. Hier muss man einfach besser werden.

In Spanien hat es sich bewährt – das müssen wir uns noch einmal genauer anschauen; aber das fand ich interessant –, parallel zu der medizinischen Messung eine stichprobenartige Sentinelerhebung zu betreiben. Ich weiß nicht, wie das in Baden-Württemberg gesehen wird, aber das gibt als Referenzsystem natürlich noch mal eine andere statistische Sicherheit.

Noch mal zur Verständlichkeit von Verordnungen bzw. Verordnungen allgemein: Ich hatte verschiedene Landesvertreter schon einmal darauf hingewiesen, dass man Verordnungen auch maschinenlesbar machen kann. Man kann also maschinenlesbares Recht schaffen, damit es schnell in die Distribution kommt – in die Medien, an Anwendungen oder wo es gerade gebraucht wird. Es geht also darum, in der Krisenreaktionsgeschwindigkeit über Daten und Technologie besser zu werden.

Abg. Emil Sänze AfD: Ich muss zu meiner Frage etwas ausholen, denn ich habe mich vielleicht nicht so klar ausgedrückt. Mir geht es nicht darum, gegen die Digitalisierung zu sprechen, sondern ganz im Gegenteil. Auch das Problem mit den Älteren wird sich im Laufe der Zeit auswachsen und die werden mit der Zeit da hineinwachsen. Hier geht es aber darum, unsere Gesellschaft resilienter zu machen – auch in der Vorbereitung auf Krisen.

Meine Frage bezog sich auf den Ausfall des digitalen Netzes. Da müssen ja dann auch Melde- und Kommunikationsstrukturen vorgehalten werden. Die Frage war, ob Sie diese Überlegungen in Ihre Planungen mit einbezogen haben.

Dann habe ich noch mal eine Frage zu dieser Notfallreserve und zu den Zielen. Da wurde ja über kurz-, mittel- und langfristige Bedarfe gesprochen. Sie haben zu Säule 2 gesagt, es werden Rahmenverträge mit Herstellern geschlossen, um Produktionskapazitäten vorzuhalten. Da würde mich interessieren, wie Sie das monitoren und mit welchen Instrumenten das geschehen soll. Gibt es da ein Meldeverfahren? Wie soll das tatsächlich funktionieren?

Kollege Rack hat mehr oder weniger schon die Frage nach der Statistik gestellt. Das ist ja hoch interessant. Um planen zu können, brauche ich Werte über die Entwicklungen, aber auch über die Vergangenheit. Wir hatten in dieser Pandemie ein relatives Statistikwirrwarr mit vielen unterschiedlichen Zahlen, die jeder für sich interpretiert hat. Wie ist sichergestellt, dass die Zahlen für Planung und Vorhaltung bei Ihnen auch richtig ankommen?

Danke.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Bitte, Herr Minister, Sie haben das Wort.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Ich werde einmal beginnen, und nachher werde ich Herrn Dr. Roller bitten, alles, was die Themen ÖGD, Pflege, "Attraktivität ärztlicher Ausbildung" und ein paar weitere Punkte angeht, zu beantworten, sodass ich das dann quer durch Ihre Anmerkungen bündeln kann.

Ja, Frau Elsbernd, das ist richtig, was Sie gesagt haben. Ich kämpfe ein Berufsleben lang für Selbstbeauftragungsrechte der Pflege, für bessere Strukturen, für eine ärztliche und nicht ärztliche Zusammenarbeit. In der Pandemie war es so: Schauen Sie sich allein am Anfang einmal die Organisation der Fieberambulanzen und der Coronaschwerpunktpraxen an: Die haben multiprofessionell ambulant und stationär gearbeitet oder waren an Klinikstandorte angedockt. Die Leute haben wirklich schnell miteinander telefoniert. Wir hatten dann in Absprache mit der KV, mit der Ärztekammer einen Beauftragten vor Ort, der verantwortlich war. Jeder Arzt von denen war der Head in der Impfkampagne, in den lokalen Impfzentren und hat die Aufgaben gebündelt.

Ich nehme das von Ihnen Gesagte jetzt mehr als Plädoyer mit. Dabei ist die Pflege-kammer ganz wichtig – Selbstverständnis der Pflege –, dass sie in eigenen Angelegenheiten der Pflege stärker ist. Wir haben jetzt im Koalitionsvertrag des Bundes einen Aspekt mit drin, dass die Pflege eigenständig ist, nicht mehr delegativ, sondern substitutiv. Wir haben die Community Health Nurses. Das sind alles Projekte, bei denen wir Kapazitäten bündeln müssen.

Ja, ich sage noch mal – ich sage es auch zu den Kassen, ich sage es zu den Ordnungsbehörden –: Die Pflege braucht mehr Prokura, sie braucht mehr Eigenständigkeit und nicht nur Wertschätzung. Wir wissen aus vielerlei Betrachtungen, wo wir den geringsten Personalmangel haben: in unseren Hospizen. Die Kolleginnen und Kollegen, die dort arbeiten, sind zwar mit dem Thema Sterben konfrontiert, aber sie können in einem umfassenden zeitlich-räumlichen Konzept das anwenden, was sie gelernt haben: ihre empathische und fachliche Qualität. Wenn wir das jetzt als Beispiel dafür nehmen, wie wir in Best Practice ambulante Langzeitpflege organisieren, dann sind das meine Vorbilder. Da geht es um Geld, da geht es um Personal, da geht es um uns selbst, welche Vorschriften, Fachquote gegen Assistenzquote. Manchmal habe ich mich gefragt: Haben wir zu strenge Regeln? Wird es gut besetzt? Jetzt wissen wir: Personalmindestgrenzen haben dann keinen Wert, wenn wir das Personal nicht haben. Dann müssen wir in der Lage sein, zu sagen, wie wir trotzdem sicherstellen, dass gut gearbeitet wird, aber die Menschen auch kommen.

Entlohnung wird eine Rolle spielen – keine Frage –, steht aber immer an vierter Stelle. Das wissen Sie am Ende noch besser als ich. In den letzten Strukturgutachten, die ich mit Klinikträgern begleitet habe – das passt auch ein bisschen zu der Frage von Herrn Haußmann –, stand das immer an vierter Stelle. An erster Stelle stehen die Kolleginnen, die Kollegen. Die jungen Ärztinnen und Ärzte genauso wie die Pflegekräfte wollen das arbeiten, was sie gelernt haben und was sie können. Wir waren doch gemeinsam bei der tollen Messe "Junge Pflege". Ich war begeistert von den jungen Leuten, die dort waren. Aber die wollen das zeigen. Schluss. Die wollen nicht irgendwie wieder die Hälfte der Zeit etwas machen, was sie gar nicht können. Das ist unsere Aufgabe.

Ja, wir sind in einem reglementierten, in einem regulierten Bereich, auch was Gelder betrifft. Die SPV ist quasi pleite. Die privaten Pflegeversicherungen schwimmen im Geld und wissen nicht, wie sie es einsetzen können. Ich weiß nicht, ob wir uns diesen Systemfehler noch lange leisten können. Ich glaube, gerade bei der Pflegeversicherung wäre eine echte soziale Pflegeversicherung eine erste gesellschaftliche Klammer bei der GKV. Wir haben da noch ein paar Jahre. Wir sind ja noch jung. Aber das wären so Punkte, an denen wir ansetzen müssten.

Sie haben die Kommunalisierung angesprochen. Ich bin auch nicht zufrieden mit den Diskussionen. Aber ich kann Ihnen heute verkünden: Wir haben jetzt mit den kommunalen Spitzenverbänden für das BTHG eine Lösung gefunden. Denn es ist wirklich so: Wir haben in der Geschichte noch nie so viel Geld für die Umsetzung des BTHG bereitgestellt. Ja, es muss beim Klientel ankommen und nicht in der Verwaltung. Wir müssen das BEI noch geschmeidiger machen. Aber das sind Prozesse, die laufen. Da bin ich ja froh über Ihre Anregungen.

Ja, die marginalisierten Gruppen – die, die Sie auch angesprochen haben – habe ich explizit in meinem Aufschlag erwähnt. Die sind bei uns ganz klar im Fokus. Aber bei

den Maßnahmen für Obdachlose waren wir ganz schnell. Ja, das war unser erstes Sofortprogramm.

(Zuruf: Da haben nur die Masken zu lang gefehlt, und die Hygieneartikel und die Schlafräume!)

– Dass die nicht mehr zu kurz kommen dürfen, das wissen wir. Keine Frage.

Der Kollege Wahl hat ja hier diese Woche einen Antrag zur Bildung gestellt. Wenn Sie schon mal kursorisch in das Buch von Jens Spahn hineingeschaut haben, dann haben Sie gesehen, dass er geschrieben hat, dass wir damals die Schulen zu schnell zugemacht haben. Das täte er heute nicht mehr; denn mit dem heutigen Wissen hätten wir die Schulen länger geöffnet lassen müssen und würden uns wirklich viel, viel mehr auf die vulnerablen Gruppen konzentrieren. Aber wir sind am Anfang bei dem Virus vom Mobilitätsmodell ausgegangen und haben gesagt: Da, wo viel Mobilität ist, wird viel gestreut. Ich glaube, das ist heute überholt. – Frau Noller, ich nehme jetzt Ihre Ausführungen dazu als Hinweis mit. Denn sonst bin ich in der allgemeinen sozialpolitischen Agenda und komme heute nicht mehr weiter.

Frau Elsbernd, Sie haben Fragen zum ÖGD und auch zur Rolle der Pflege im ÖGD gestellt. Dazu wird Herr Dr. Roller etwas sagen.

Herr Preusch, Ihre Frage zur Ausbildung der Ärzteschaft für den ÖGD übernimmt ebenfalls Herr Dr. Roller. Ansonsten kann ich nur das unterstreichen, was Sie gesagt haben. Oder habe ich jetzt irgendwas nicht notiert?

(Abg. Dr. Michael Preusch CDU: Bisher bin ich glücklich! Keine Sorge!)

Vorsitzender Alexander Salomon: Mehr Lob bekommen Sie heute nicht, Herr Minister.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Herr Rack, zu den Datenfragen wird zum Teil auch Herr Dr. Roller Stellung nehmen. Datenschutz war immer ein Thema. Ich kann Ihnen einige nächtelange Sitzungen mit unserem Datenschutzbeauftragten nennen, in denen wir darüber gesprochen haben, welche Daten wir bieten.

Worauf ich sehr stolz bin, ist, wie schnell wir unser "Resource Board" entwickelt haben. Das war für uns der ganz entscheidende Schlüssel zur Steuerung unserer Krankenhausleistungen in den Clusterkliniken. Dazu vielleicht jetzt einen kleinen Nachtrag zur ersten Fragerunde: richtige Krankenhäuser. Ja, Sie haben erkannt: Wir haben in Baden-Württemberg eigentlich nur zweimal Patienten nach außerhalb des Landes geschickt, haben aber wesentlich mehr aufnehmen können. Unser Nachbar-

land Bayern z. B. hatte mit Abstand – sogar noch mehr als östliche Länder – die meisten Verlegungen in andere Länder, weil die dortige kleinteilige Krankenhausstruktur nicht in der Lage war – das passt auch zu dem, was Frau Elsbernd gesagt hat –, innerhalb von Kliniken, zwischen Rehakliniken, Akutkrankenhaus, Normalstationen und Intensivstationen, Intermediate Care und anderen Möglichkeiten – Ich war ja in vielen Kliniken. Gerade zum Höhepunkt der Delta-Variante haben die tatsächlich die Kliniken umstrukturiert. Viele Normalstationen hatten die Qualität von Intensivstationen, hatten Beatmungsgeräte. Nur wenn man die richtige Strukturgröße hat, ist es möglich, dass die Kliniken auch in diesem Charakter umstrukturieren können.

Bei Datensicherheit und Datenweitergabe, -bearbeitung müssen wir besser, schneller werden, auch hinsichtlich der Vernetzung zum RKI. Wir gehen ja jetzt mit DEMIS auf den Markt. Wir hatten – die kommunale Familie weiß das – die interoperable Datenvernetzung SORMAS. Die ist jetzt quasi ein Auslaufmodell. Da sind wir schlecht. Also, was Daten betrifft, sind wir in Deutschland schon vor der Krise sehr, sehr schlecht gewesen. Hier müssen wir noch deutlich besser werden. Da haben wir noch nicht die ausreichenden Schnittmengen, sichere Schnittstellen – vor allem im interoperablen Bereich.

Herr Sänze, jetzt habe ich Ihre Frage zum Digitalen verstanden. Dazu darf ich den Vertreter des Innenministeriums um Beantwortung bitten. Für den Fall, dass das Digitale nicht mehr geht – wie kommunizieren und arbeiten wir dann? –, ist das Innenministerium federführend zuständig. Ich würde bitten, das nach den Antworten von Herrn Dr. Roller noch einmal aufzugreifen.

AbtP Dr. Roller (SM): Zunächst hatte Frau Elsbernd die Frage nach der Pflege im öffentlichen Gesundheitsdienst gestellt. Das ist auch ein ganz wichtiges Thema. Letzte Woche, am 21. September, hat der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe eine große Tagung veranstaltet. Da ging es um die Themen "Community Health Nurse", Einsatzmöglichkeiten, Praxisprofile. Ich durfte dort einen Vortrag zum Thema "CHN und ÖGD" halten. Ich habe mich klar positioniert, dass aus Sicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes ein Einsatz möglich ist und dass es viele Felder gibt. Ich Stichwörter "Kommunale Gesundheitskonferenz", die nenne nur on/Gesundheits-förderung" und natürlich "Gesundheit auf kommunaler Ebene", Primärversorgungszentren, Gesundheitszentren, aber auch andere Bereiche des ÖGD, z. B. Schulgesundheitspflege usw. Dazu gibt es auch einen Bericht, an dem ich mitgewirkt habe, in dem auch klar erkennbar ist, dass sich der öffentliche Gesundheitsdienst für andere Professionen öffnet, gerade auch für das Thema Pflege, und dass der öffentliche Gesundheitsdienst zukünftig multiprofessioneller aufgestellt ist. Also auch ein klares Plädoyer für das Thema "Multiprofessionalität im öffentlichen Gesundheitsdienst", insbesondere was die Pflege angeht.

Dann hatte Herr Preusch die Themen Ausbildung und Medizinstudium angesprochen. Ich bin das beste Beispiel. Ich bin im zweiten Staatsexamen in öffentlicher Ge-

sundheitspflege geprüft worden. Sie können sich vorstellen, wie das für einen Medizinstudierenden ist, der sich mit viel beschäftigt, aber im Studium nicht mit dem ÖGD, wenn er plötzlich in diesem Fach mündlich geprüft wird. Das war für mich der Auslöser, später einmal in einem Gesundheitsamt zu hospitieren. So bin ich dann auch nach meiner Facharztausbildung im öffentlichen Gesundheitsdienst gelandet. Deshalb weiß ich, wie wichtig das Thema Ausbildung ist.

Wir erarbeiten derzeit eine Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzeption aus einem Guss. Da ist das Thema Ausbildung ein großer Schwerpunkt. Wir wollen in Baden-Württemberg sogenannte Lehr- und Forschungsgesundheitsämter etablieren, in denen die Studierenden dann auch frühzeitig im universitären Bereich – später aber auch in anderen Studienfächern – begleitet werden, sodass nicht nur Famulaturen ermöglicht werden, sondern auch das Praktische Jahr ermöglicht wird. Das ist ja der letzte Abschnitt des Medizinstudiums. Seit dem 1. Mai gibt es auch die Möglichkeit, das Praktische Jahr im öffentlichen Gesundheitsdienst zu absolvieren. An dieser Stelle geht auch der Dank an die ehemalige Bundeskanzlerin, die das im Rahmen einer Anhörung mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst aufgegriffen hat. Das wurde dann auch bei der Änderung der Approbationsordnung berücksichtigt.

Wir sind hier im engen Austausch mit den Studiendekaninnen und -dekanen. Mit dem Wissenschaftsministerium haben wir eine entsprechende Arbeitsgruppe gebildet. Unser Ziel ist, bis Anfang nächsten Jahres ein Curriculum und ein Logbuch zu erarbeiten, damit landesweit das PJ im öffentlichen Gesundheitsdienst operational umgesetzt wird. Wir wollen keine Insellösung, sondern wir wollen landesweit einen Rahmen vorgeben. Das wurde auch sehr positiv aufgegriffen. Wir wollen sozusagen das Thema Ausbildung im universitären Bereich verstärken, aber auch die Lehre im universitären Bereich implementieren. Dort kommt der öffentliche Gesundheitsdienst ja nur isoliert vor. Ich habe z. B. seit 17 Jahren einen Lehrauftrag an der Universität Tübingen. Aber es gibt viele universitäre Bereiche, in denen der öffentliche Gesundheitsdienst keine Rolle spielt. Da wollen wir eine klare Struktur implementieren. Insofern glaube ich, dass wir hier gut unterwegs sind. Denn wir sind das erste Bundesland, das das auch so strukturiert angeht. Wir sind da auf Länderebene auch in einem engen Austausch.

Dann wurden die Themen Daten, Datenfluss angesprochen. Der Minister ist hierauf eigentlich schon eingegangen. Da sind natürlich die Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes beschränkt. Wir haben eigentlich einen guten Datenfluss, weil wir eine klare Meldeschiene haben. Nach dem Infektionsschutzgesetz ist nämlich klar vorgegeben, wann was von wem zu melden ist. Natürlich ist es so, dass die Daten zunächst einmal im Gesundheitsamt eingehen und dann von dort aus an die Landesstelle, das Landesgesundheitsamt weitergeleitet werden. Natürlich haben die Kommunen immer die ersten Daten. Insgesamt glaube ich aber, was das Thema Meldewesen angeht, hat es ganz gut funktioniert.

Wo wir unser System weiterentwickeln, ist die Anschlussfähigkeit an andere Daten. Das hat der Minister vorher ja auch gesagt. Das ist wahrscheinlich auch das, was Sie letztlich meinen. Herr Rack hat es auch angesprochen. Wir haben das Referat "Digitalisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes" neu in der Abteilung Landesgesundheitsamt des Ministeriums angesiedelt. Da gehen wir dieses Thema auch an. Denn es geht nicht nur um die Digitalisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sondern auch um die Anschlussfähigkeit insgesamt an das Gesundheitswesen. Das ist aber ein dickes Brett, das kann ich Ihnen sagen. Hier gibt es nämlich auch den Beirat "Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst", der die Mittelumsetzung bundesweit begleitet, in dem wir auch vertreten sind. Da gibt es wiederum zwei Arbeitsgruppen: Risikokommunikation und Digitalisierung. Da wird dieses Thema ebenfalls bearbeitet.

Die letzte Frage betraf das Thema Sentinelpraxen – also "Wächter"-Praxen – in Baden-Württemberg. Das hängt ja mit dem Thema Surveillance zusammen. Da sind wir natürlich in das RKI-System eingebunden. Das RKI-System hat ja im ambulanten Bereich ein Sentinel- und Surveillance-System aufgebaut, wonach in über 600 Praxen bundesweit regelmäßig die respiratorischen Erkrankungen erfasst werden, aber auch entsprechend Proben entnommen werden. Daran sind aus Baden-Württemberg schätzungsweise 60 bis 70 Praxen beteiligt. Wir machen jetzt zusätzlich im ambulanten Bereich eine virologische Surveillance-Überwachung. Das bedeutet, dass diese Praxen bzw. ein Teil dieser Praxen dem Landesgesundheitsamt die Proben zukommen lassen, die wir auf 16 unterschiedliche Erreger untersuchen, um auf diesem Weg ein Frühwarnsystem zu haben.

Dann gibt es natürlich auch im stationären Bereich die Surveillance- und Sentinel- überwachung. Der Minister hat es erwähnt: Das ist beispielsweise das "Resource Board" oder das Thema "Abwasser-Surveillances", wo wir bundesweit mit die Ersten waren, die an dem EU-Programm ESI-CorA teilnehmen, das seit einem halben Jahr läuft und an dem bundesweit 20 Abwasserstandorte beteiligt sind. In Baden-Württemberg sind es zwei, nämlich Tübingen und Stuttgart. Wir hatten im Landesgesundheitsamt bereits im letzten Jahr die "Abwasser-Surveillance" etabliert. Es sind also immerhin 10 % der Orte, die an diesem bundesweiten Programm beteiligt sind.

Abschließend natürlich das Thema "Molekulare Surveillance", wo wir zusätzlich über den Bund hinaus noch einmal die Vollgenomsequenzierung fördern. Herr Kräusslich wird dazu heute Nachmittag sicherlich noch etwas sagen. Das ist ja auch mit ein Kind von ihm. Also, da geht Baden-Württemberg auch über den Bund hinaus, sodass aus unserer Sicht das Thema "Surveillance/Sentinel" in Baden-Württemberg sehr gut abgebildet ist und wir uns für künftige Krisen noch mehr verbessern können.

Ich glaube, damit habe ich alle Fragen beantwortet.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Dr. Roller. – Jetzt übergebe ich das Wort an den Vertreter des Innenministeriums.

Vertreter des IM: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich antworte gern kurz auf die Frage: Was machen wir denn, wenn die Digitalisierung nicht zur Verfügung steht? Zunächst setzen wir natürlich alles daran, dass unsere digitalen Wege zur Verfügung stehen. Das ist die Aufgabe des Innenministeriums. Sie kennen unsere Bestrebungen zur Cybersicherheitsagentur, zu unseren entsprechenden Vorbereitungen, da gut aufgestellt zu sein. Wenn diese Wege nicht zur Verfügung stehen – das ist ein Ansatz des Krisenmanagements –, braucht es Redundanzkommunikation. Die müssen wir vorplanen, und am Ende des Tages landen wir auch mal wieder bei dem viel belächelten Faxgerät. Das darf man gerade nicht aus den entsprechenden Strukturen verbannen und sagen: "Das ist anachronistisch, das hat heute keine Zeit mehr." Ganz im Gegenteil: Man braucht eben auch heute noch Redundanzkommunikation, man braucht am Ende des Tages Stift und Zettel. Man muss sich – ich sage es mal sehr einfach – immer noch zu helfen wissen. Dann wird im Zweifel das Fax geschickt oder es werden – wenn gar nichts anderes mehr geht – Meldungen auch mal über Botengänge weitergeleitet.

Wir haben dazwischen noch eine ganze Menge anderer Möglichkeiten. Wir haben Funkkommunikationsmöglichkeiten, wir haben Verbindungen, die zu den Regierungspräsidien stehen und von den Regierungspräsidien in der Kaskade wieder herunter zu den Stadt- und Landkreisen, sodass wir auch diese Möglichkeiten nutzen können, auch wenn das öffentliche Telefonnetz ausfallen sollte.

Zusammengefasst: Mit Blick auf eine Krisenresilienz – das ist ja auch ein sehr großes Thema Ihrer Enquetekommission – sollte man natürlich immer das modernste, das bestmögliche Kommunikationsmittel wählen, aber nie vergessen, dass wir auch immer Redundanzkommunikationsmittel brauchen.

(Abg. Emil Sänze AfD: Darf ich eine Frage stellen oder einen Hinweis geben? Faxgeräte funktionieren auch über Voice over IP!)

 Ganz klar. Deswegen habe ich Ihnen weitere Möglichkeiten aufgezählt. Wenn jetzt das Faxgerät auch nicht funktioniert – –

(Zuruf des Abg. Emil Sänze AfD)

Genau.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Herr Minister, haben Sie noch Hinweise, die Sie geben wollen? Ansonsten würde ich die dritte Fragerunde einleiten.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Lucha: Ich will nur noch mal sagen: Ich nehme heute schon einen Effekt mit. Wir haben vorher das rollierende System bei PSA und bei Medikamenten, die knapp werden können, erläutert. Sie

kennen unsere Propofol-Krise, die wir hatten. Propofol wird in Varese produziert. Die hatten die stärkste Krise. Genau solche Medikamente werden wir in Zusammenarbeit mit unseren großen Kliniken lagern und dann schauen, dass wir darauf schnell zurückgreifen können.

Das ist jetzt schon mal etwas ganz Konkretes, was wir gleich in Auftrag geben.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Minister. – Die dritte Fragerunde beginnt mit Herrn Dr. Müller. Es folgen dann Frau Dr. Harsch und Herr Albiez. – Herr Dr. Müller, bitte.

Dr. Christoph Müller, externes Mitglied: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, vielen Dank. – Sehr geehrter Herr Minister, Sie haben in Ihrer Rede das Thema Handlungsorientierung sehr stark betont und Umstände beschrieben, die es erfordern, schnell aktiv zu handeln, um vor die Welle zu kommen. Ich glaube, das ist eine allgemeine Lebenserfahrung, die haben wir alle: Wer viel handelt, wer schnell handeln muss, der macht einfach auch Fehler. Ich muss sagen: Ich komme aus einem Unternehmen. Wenn wir im Unternehmen Nachbetrachtungen durchführen, dann werden die Umstände der Entscheidungen und der Zeitdruck der Entscheidungen sehr stark berücksichtigt. Manchmal beneide ich Sie da nicht. Also, Sie haben hier einen deutlich schwereren Stand. Da sind die Diskussionen in der Nachbetrachtung von Unternehmen manchmal angenehmer, weil Umstände und Zeitdruck berücksichtigt werden.

Sie haben weiter sehr stark die Kommunikation und die sektorenübergreifende Aufstellung im Hinblick auf das Gesundheitssystem betont. Wenn ich, der ich nun auch für ein KRITIS-Unternehmen Verantwortung getragen habe, an die Zeit der Krise zurückdenke, würde ich sagen: Das endet nicht im Gesundheitssystem, weil jede Kollegin, jeder Kollege in einem KRITIS-Unternehmen oder in einem anderen Unternehmen im Zweifel ja auch Patientin oder Patient ist.

In einem KRITIS-Unternehmen – das habe ich so auch ein bisschen bei Frau Professorin Noller herausgehört; das ist dieses Thema, mit berechtigten Anliegen durchzudringen – durchzudringen, wenn man tatsächlich Punkte hat, wo man sagt, das ist jetzt mal wirklich wichtig, das habe ich teilweise als sehr schwer wahrgenommen. Jetzt arbeiten wir ja durchaus politiknah – ich denke, auch die Diakonie ist ein politiknahes Feld –, das heißt, wir kommen nicht mit jeder Kleinigkeit. Vielmehr kommen wir, wenn wir wirklich ein Thema haben. Ich hatte oft das Gefühl, dass man sehr stark kämpfen muss, um sich Gehör zu verschaffen.

Insofern ist meine erste Frage ganz einfach umgekehrt: Wie haben Sie das wahrgenommen? Wie gehen Sie mit der Flexibilität in der Kommunikation, in der Flexibilität von Anfragen um? Mit Blick nach vorn wird das, glaube ich, wichtiger. Ich erhalte jede Menge Anfragen von Unternehmen, die mir jetzt aus der Energieversorgung heraus erklären, dass sie zwar nur Wellpappe herstellen, aber KRITIS sind, weil dann, wenn die Pappe nicht kommt, nichts verpackt wird. Dann bricht alles zusammen. Auf Problematiken, die sich in der Krise auftun, flexibel zu reagieren, beginnt mit der Kommunikation. Daher würde ich vielleicht mehr nach vorn schauen – darum geht es ja – und mir vielleicht ein bisschen Reflexion wünschen.

Die zweite Frage betrifft auch das Thema Kommunikation. Kommunikation ist ja auch Führung. Ich glaube, die Themen "Aktive Kommunikation" und "Über Kommunikation führen" müssen wir nach vorn blickend auch reflektieren. Für mich war es z. B. ein Erlebnis, dass viele Entscheidungen im Gesundheitsumfeld auch von Kommunen, von den kommunalen Gesundheitsämtern getroffen werden. Die Beantwortung der Frage, wie mit einer Quarantäne umgegangen wird, liegt ja beim kommunalen Gesundheitsamt, bei der Kommune. Meine Wahrnehmung war, dass sich viele Kommunen über Leitfäden, Unterstützungen über klarstellende, hilfestellende Kommunikation in dem Sinne, wie man das entscheiden kann, gefreut hätten.

In der Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion GRÜNE und der CDU-Fraktion – in dieser umfangreichen Antwort, die Sie ja schon erwähnt haben – betonen Sie sehr stark, dass die Entscheidungswege nicht geändert werden sollen. Ja, ich glaube, das ist auch richtig. Wenn man in der Krise noch Entscheidungen ummodelliert, wird es ganz chaotisch. Aber Sie betonen ja auch die Stäbe. Ich glaube, es wären alle dankbar, wenn man über Stäbe tatsächlich auch Handreichungen für Entscheidungen, die 1 200 mal im Land getroffen werden müssen, gibt, sodass man mal ein paar Kriterien genannt bekommt. Das wäre vielleicht auch etwas, wo man nach vorn blickend als Land eine aktivere Rolle einnehmen könnte. Das würde auch alles besser machen. Auch da würde mich – ich schaue ja immer nur von außen auf die Politik – Ihre Reflexion oder spontane Antwort interessieren.

Dr. Daniela Harsch, externes Mitglied: Dann passt es, dass jetzt die Kommunalpolitik folgt. Als Bürgermeisterin stellt sich für mich vor allem die Frage, wie gut wir vorbereitet sind, wenn so etwas noch mal passiert. Der Fall, dass es genauso eintritt, ist unwahrscheinlich, aber wer weiß, was noch auf uns zukommt. Deswegen jetzt von der Flughöhe her ganz andere Fragen.

Wie sieht es denn inzwischen mit digitalen Kontaktnachverfolgungssystemen in unseren Gesundheitsämtern aus? Wie gut sind wir da aufgestellt, auch über die einzelnen Kreise hinweg, sodass hier ein Austausch auch wirklich sinnvoll passieren kann? Was ist datenschutzrechtlich möglich, und wie sind wir hier jetzt aufgestellt?

Sollte der unwahrscheinliche Fall eintreten, dass wir wieder Impfzentren brauchen: Würden Sie an der Struktur der KIZ und der ZIZ festhalten, oder müssen wir doch feststellen, dass es hier Doppelstrukturen gab, die wir in der Zukunft verhindern sollten? War das so sinnvoll, und würden Sie das so wiederholen?

Dann die Fragen: Hätten wir ausreichend Laborkapazitäten in Baden-Württemberg, sollte solch ein Fall wieder eintreten, und vor allem, haben wir auch ausreichende

Laborkapazitäten an den Wochenenden? Denn die Frage nach Quarantäne usw. lag auch vielfach daran, dass wir extrem verzögerte Reaktionszeiten hatten. Sind wir da jetzt besser aufgestellt?

Wir waren in Teilen natürlich extrem frustriert aufgrund der sehr kurzfristig erlassenen Verordnungen. Ich verstehe, wie so etwas kommen kann. Aber das, was bei uns vor allem frustrierend war, war, dass wir das Gefühl hatten, dass es ein Regieren per Pressemitteilungen war, ohne dass wir die Verordnungen hatten. Das hat zu extremen Verwirrungen geführt. Daher vielleicht die Suggestivfragen: Wie würden Sie solche Frustrationen in Zukunft verhindern, und haben Sie auch das Empfinden, dass ein Regieren per Pressemitteilung durchaus frustrierend für die Kommunen sein kann?

Wir haben in dieser Krise erlebt, dass die Abstimmungen zwischen den Ministerien, insbesondere zwischen Ihrem Haus und dem Kultusministerium, sehr schwierig waren und teilweise konträre Positionen nach außen vertreten wurden, die uns das Handeln extrem erschwert haben. Ist sichergestellt, dass auch bei einer Veränderung der Farbe der Häuser und der handelnden Personen so etwas zukünftig eher verhindert wird, oder müssen wir damit rechnen, dass so etwas in Zukunft eben auch passieren kann, weil es schlichtweg politisches Handeln ist?

Letzte Frage: Sie haben vorhin die Bedeutung der Influenzaimpfung angesprochen. Wird es hier vonseiten des Landes eine Kampagne geben?

Thomas Albiez, externes Mitglied: Herr Minister, von mir als einem Vertreter einer Industrie- und Handelskammer in Baden-Württemberg sind meine Fragen originär eher Richtung Wirtschaftsministerium orientiert, aber sie zielen auch darauf ab, ein Stück weit diese Interdisziplinarität zwischen den Ministerien herzustellen, die, glaube ich, bei der Bewältigung von Krisen eine ganz besondere Rolle spielt.

Wenn ich Ihnen vielleicht einmal zwei, drei Erfahrungen aus der Arbeit der Kammern während der Pandemie mitteilen darf. Wir waren ja auch für die Anträge auf Coronasoforthilfen zuständig. Das hat auch sehr gut funktioniert.

Das Erste ist: Wenn wir heute Bilanz ziehen, sind – so möchte ich sagen – die größten Verlierer der Pandemie – neben anderen Gruppen – die Jugendlichen und der Ausbildungsmarkt. Sie wissen sicherlich, dass der Ausbildungsmarkt – also die nicht akademische Ausbildung – dramatisch eingebrochen ist. Noch frappierender ist, dass nicht in gleichem Maß die Zahl der Studierenden an den Hochschulen zugenommen hat. Also, wir wissen nicht, wo die Jugendlichen sind. Aber der Markt ist zusammengebrochen und stabilisiert sich auf niedrigem Niveau. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass es wirklich keinerlei Kommunikation zwischen Schulen, Betrieben und Jugendlichen im Sinne der Berufsorientierung und Berufsvorbereitung gab. An dieser wichtigen Übergangsstelle, Schnittstelle zwischen Schule und Beruf, wenn Jugendliche größtenteils in einem sehr schwierigen Alter zwischen 14 und 17 Jahren

sind, ziehen wir heute die Bilanz, dass wir diese Gruppe sehr stark außer Acht gelassen haben und dass sie eine wesentlich stärkere Beobachtung und Betreuung durch uns erfahren muss.

Sie hatten das vorher angesprochen, indem Sie gefragt haben, ob man heute Schulen noch einmal so rigoros schließen dürfe. Das mag ich bezweifeln, aber ich mache mir doch große Sorgen, zumal die Kommunikation mit den Jugendlichen auch jetzt nach der Pandemie immer noch nicht auf dem ursprünglichen Niveau angekommen ist. Da scheint schon nachhaltig etwas zusammengebrochen zu sein. Das betrifft eben nicht nur den Bereich Wirtschaft, sondern uns alle als gesellschaftliche Gruppe.

Der zweite Erfahrungswert ist sicherlich der, dass die große gesellschaftliche Gruppe der Betriebe eine hervorragende Arbeit in der Pandemiebekämpfung geleistet hat. Die Umsetzung der Verordnungen, wenn auch teilweise kurzfristig und etwas widersprüchlich, hat gemeinsam mit den Kammern in Abstimmung mit den Ministerien eigentlich sehr, sehr gut geklappt – auch am Wochenende. Auch mein Dank zurück an die Ministerien, wie gut das geklappt hat. Gleichwohl ist es so: Immer dann, wenn Diskussionen auftreten, dass Betriebe sozusagen Aufgaben im Sinne eines verlängerten Armes der Verwaltung oder der Exekutive übernehmen – beispielsweise war ja mal die Überprüfung der Impfpflicht und dergleichen mehr in der Diskussion –, dann kommt man doch an Grenzen, wo man sich überlegen muss: Wie weit kann man Gruppen in die Umsetzung von Verwaltungshandeln involvieren, die dafür nicht originär zuständig sind?

Für Sie auch als Erfahrungswert: Die Diskussionen innerhalb der Betriebe zwischen Impfgegnern und Impfbefürwortern waren teilweise natürlich schon abenteuerlich. Das können wir in den Betrieben nicht brauchen. Die Betriebe brauchen stabile Rahmenbedingungen. Die haben ohnehin schon genug um die Ohren. Das heißt, wir brauchen – da knüpfe ich an meine Vorrednerinnen und Vorredner an – eine blitzsaubere Kommunikation, aber auch ein klares Erkennen, bis wohin wir Nichtverwaltungseinheiten wirklich in die Umsetzung integrieren können. Das ist meines Erachtens teilweise ein Schritt zu viel gewesen. Der Mittelstand wehrt sich nicht, der setzt treu und brav um. Aber als Interessenvertretung müssen wir das sicherlich noch einmal ansprechen.

Für mich wäre die Interdisziplinarität sehr wichtig, dass wir diese Erfahrungswerte wirklich als "Lessons Learned" austauschen, dass wir die Möglichkeit haben, in den Bereichen Kultus, Wirtschaft, Soziales und Gesundheit diese Querverbindungen zu diskutieren. Denn nur dann kann ich wirklich "Lessons Learned" etablieren.

Was die Wirtschaft betrifft, würde mich Ihre Meinung dazu interessieren, wie Sie deren zukünftige Rolle sehen.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Albiez. Sie werden höchstwahrscheinlich auch noch einmal die Möglichkeit haben, die "Lessons Learned" für Sie im Bereich Gesundheit in einer Aussprache mit den Fraktionen zu bestimmen.

Wenn es keine wirklich dringende Frage mehr aus Ihrer Runde gibt, würde ich jetzt wieder an den Minister abgeben. Überlegen Sie es sich gut. – Das scheint nicht der Fall zu sein. Auch aus dem digitalen Raum sehe ich jetzt keine Hand nach oben schnellen. – Doch noch eine Wortmeldung. Herr Abg. Wahl, bitte.

Abg. Florian Wahl SPD: Ganz kurze Infofrage, weil vorhin bezüglich des ÖGD angesprochen worden ist – das ist ja auch wirklich wichtig; ich glaube, da sind wir uns einig –, dass er eine zentrale Säule in der Krisenbewältigung auch für die Zukunft ist. Wir haben momentan beim ÖGD im höheren Dienst 241 unbesetzte Stellen, im gehobenen Dienst 101 unbesetzte Stellen und im mittleren Dienst – so glaube ich – auch noch einmal über 200 unbesetzte Stellen. Welche Strategien gibt es, wie man dieser massiven Unbesetzung entgegenwirken will? Vom Bund kam ja eine ganze Menge. Aber die besten Stellen helfen nichts, wenn sie nicht besetzt sind. Was wird da vom Land getan, damit sich das ändert?

Vorsitzender Alexander Salomon: Gut. Frage verstanden. – Dann gebe ich Ihnen, Herr Minister, wieder das Wort.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Herr Vorsitzender, ich möchte die Zuständige meines Hauses bitten, jetzt genau diese Frage zu beantworten. Dann kann ich die weiteren Hinweise in einem Schlussplädoyer zusammenfassen.

Vorsitzender Alexander Salomon: Dann machen wir das so. – Bitte, Sie haben auch die Möglichkeit, uns von hier vorn zu informieren.

Vertreterin des SM: Meine Damen und Herren! Bei den genannten Zahlen stellen sich Fragen. In der Tat wurden viele neue Stellen geschaffen. Wir haben über den Pakt – das wurde schon erwähnt – für den Bereich Gesundheitsämter in der ersten Tranche über 200 Stellen geschaffen, in der zweite Tranche 414 Stellen. Die Abfrage erfolgte zu bestimmten Stichtagen. Zum Stichtag 1. Januar 2021 sind die Stellen aus der ersten Tranche dabei, und zum Stichtag 1. Januar 2022 sind die Stellen aus der zweiten Tranche dabei. Das gibt natürlich auf einmal einen Riesensatz an unbesetzten zusätzlichen Stellen, die jetzt im Laufe der Jahre besetzt werden.

Bei der ersten Tranche ist es uns weitgehend gut gelungen, die Stellen zu besetzen. Was Sie in der Abfrage und Zahlenerhebung sehen, sind nicht ausschließlich die Stellen des Paktes, sondern ist die Gesamtzahl an Stellen. Wir haben natürlich auch eine erhebliche Fluktuation auf den Altstellen.

Im Bereich der Ärzteschaft – es ist schon angesprochen worden – haben wir besondere Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung. Es gibt aber auch andere Fachberufe – z. B. Hygienekontrolleure –, bei denen sich die Thematik auch nicht so ganz einfach darstellt.

Wie wir vorgehen wollen, um insbesondere im Bereich der Ärzte künftig mehr Nachwuchs zu rekrutieren, hat Herr Dr. Roller schon ausgeführt: Studierende mehr einbinden. Wir prüfen momentan auch, ob wir – ähnlich wie bei der Landarztquote – eine ÖGD-Quote einrichten. Dabei ist klar: Das wirkt nicht sofort. Das sind Prozesse. Das dauert ein ganzes Studium, bis die dann hinterher fertig sind. Aber das sind alles Dinge, die in die Wege geleitet werden. Bund und Länder verständigen sich momentan auch über eine Imagekampagne, um deutlich zu machen, welche hoch interessanten und zukunftsträchtigen Aufgabenfelder der ÖGD bearbeitet und noch bearbeiten wird – das gilt nicht nur für den höheren Dienst, sondern für das gesamte Team, das da arbeitet –, sodass wir zuversichtlich sind, diese Stellen auch nach und nach besetzen zu können. Im Moment ist es zugegebenermaßen eine große Zahl. Herr Dr. Roller sagte, es sei der stärkste Personalaufwuchs seit dem Zweiten Weltkrieg – klar, eindeutig. Aber das verschafft sich einfach nicht so schnell.

Wäre die Frage damit beantwortet?

(Abg. Florian Wahl SPD: Ja, bis jetzt! Bis dahin!)

Danke.

Vorsitzender Alexander Salomon: Bitte, Herr Minister.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Ich glaube, wir sind nicht die einzige Branche, die versucht, Stellen zu besetzen. Aber ich glaube, es ist deutlich geworden, wir haben einen Nettoaufwuchs, wie wir ihn noch nie hatten, und wir werden das andere auch noch schaffen.

Herr Vorsitzender, jetzt darf ich die weiteren Punkte einfach zusammenfassen.

Herr Dr. Müller, ja, in der Tat. Wir haben mit vielen Leitfäden gearbeitet, selbst welche herausgegeben. Und ja, das RKI hatte andere Leitfäden. Wir müssen in Zukunft mehr darauf achten, dass das einheitlicher ist. Ich glaube auch, dass, wenn wir so etwas ahnen würden — Das ist das, was Sie gesagt haben: frühzeitig darauf hinweisen, klare Kommunikationsstrukturen, Einbindungsstrukturen. Die waren nicht permanent institutionalisiert. Institutionalisiert war innerhalb der Landesregierung der Lenkungskreis durch den Leiter der Staatskanzlei, auch dankenswerterweise mit permanenter Vertretung der kommunalen Familie. Die war mit ihren Hauptgeschäftsführern und natürlich auch in die Abstimmungsprozesse immer involviert.

Wenn wir am Sonntagabend eine Abstimmung hatten, haben wir ihnen das zwar digital zugeschickt und verteilt. Allerdings ist es in Zeiten der schnellen Medienlandschaft so, dass, wenn die Presse solche Informationen aus digitalen Mitteilungen über Social Networks erfahren hat, Sie die Informationen über die öffentliche Information erhalten, bevor Sie vielleicht im Büro waren. Ich glaube aber, eine Lernkurve haben Sie uns schon angemerkt: Die Zahl der ganz kurzfristigen Verordnungen ist kleiner geworden. Das war natürlich auch ein Ausdruck in der schwierigsten Belastungszeit.

Sie haben die Kommunikation zwischen dem Kultusministerium und dem Sozialministerium angesprochen. Die Kollegen von der CDU hören jetzt einfach einmal kurz weg. Die damalige Spitzenkandidatin und Kultusministerin dachte, sie müsse vielleicht ein bisschen Wahlkampf machen und mit mir immer eine Zuständigkeitsdebatte führen. Wir haben das oft auf Arbeitsebene sehr kollegial gemacht, wenn wir einfach die ganzen Hinweise auf Hygienemaßnahmen an den Schulen, "Schnupfnasen"-Anhörung und, und, und sehen. Da waren wir auf der praktischen Ebene sehr gut.

Das ist das, was ich vorher gesagt habe: Krise eignet sich nicht zur politischen Auseinandersetzung. Aber wir haben derzeit in den Abstimmungsprozessen – unabhängig von den Farben der Häuser – exzellente Abstimmungen und eine exzellente Zusammenarbeit.

Im Übrigen – das geht in Richtung Netzwerke, IHK –: Wenn ich nicht mit ihnen – – Es gab permanente – auch verbindliche – Aktionen mit und ohne WM. Das darf ich an dieser Stelle auch sagen. Es gab eine Phase, in der ich mit Herrn Porth, Personalvorstand von Daimler – um den 15. März, als es um Fragen der Grenzschließung, um den Transfer der elsässischen Mitarbeitenden zu den Werken in Gaggenau und Umgebung ging –, grandiose Abstimmungen hatte. Wir haben uns gegenseitig beraten, wie man es administrieren kann, auf was man achten muss. Das ging dann weiter mit der Unterstützung bei Schutzausrüstungen. Das wäre ohne Sie von der IHK, ohne die Unternehmen gar nicht gegangen. Das betrifft auch Spenden, die uns gemacht wurden, weil die Großbetriebe schneller waren, als wir es hätten sein können, und ging bis dahin, dass wir Betriebe beauftragt haben, für uns in der Beschaffung tätig zu werden.

Ein ganz tolles Beispiel waren – das haben wir ja sogar an Sie delegiert – die Impfaktionen in KRITIS-Betrieben. Da haben Sie uns die Vorschläge der Betriebe gemacht. Ich selbst konnte einige besuchen. Das waren ja richtig gute Aktionen.

Das heißt, wir müssen das kultivieren. Ich glaube auch, es war auch gut, dass wir den interministeriellen Leitungsstab hatten. Als Ergebnis aus den Beratungen heute ziehe ich auch: Wir brauchen auch den bürgerschaftlichen Teil. Die Kommunen waren zu jedem Zeitpunkt durch ihre Vertretungen der Spitzenverbände vertreten. Bei 1 101 Gemeinden mit 44 Stadt- und Landkreisen weiß ich, dass Kommunikationsstrukturen Zeit brauchen. Aber wenn ich daran denke, dass wir die UAG "Notfallver-

sorgung", die Taskforce "Langzeitpflege", die Behindertenpflege, die ganzen labortechnischen Sachen hatten, dann haben wir permanent getagt. Ich gebe Ihnen in einem recht – das ist ein gutes Ergebnis Ihrer heutigen Hinweise –: Zum einen brauchen wir jetzt wirklich einmal Ordnungsmuster um zu erfassen, was alles passiert ist, wo die Player waren, wo diese miteinander verbunden gewesen sind und wo sie nebeneinander hergelaufen und erst spät zueinander gekommen sind. Das muss man systematisieren.

Ich habe vorhin etwas vergessen: die Bürgerbeteiligung. Frau Staatsrätin Erler hatte Bürgerforen zum Thema Corona durchgeführt. Die Ergebnisse dieser waren sehr hilfreich. Aus diesen gab es auch gute Hinweise. Frau Noller, ich glaube, das ist auch wichtig: Ich kann mich an einige Sitzungen gerade zum Thema Testen erinnern, in denen wir strengere Regelung durchgesetzt haben. Aber wir haben es gemacht. Wir haben so lange zusammen getagt, bis wir ein Ergebnis hatten. Ich glaube, das hat uns immer ausgezeichnet: Wir sind nie aus Besprechungen, die wir hatten, hinausgegangen, über die wir gesagt hätten: Jetzt haben wir kein Ergebnis. Aber es zu systematisieren, zu strukturieren, ist – da gebe ich Ihnen recht – wichtig.

Die Fragen, vor allem zur Kontaktpersonennachverfolgung, kann Ihnen Herr Dr. Roller noch beantworten.

Schlusssatz zu den Laboren: Die Laborkapazitäten sind phasenweise enorm hochgefahren worden. Das hängt natürlich auch in gewissem Maß mit der Marktwirtschaft – Angebot und Nachfrage – zusammen. Sie wissen, auf einmal gab es keine Testkits mehr, dann gab es eine Zeit, in der es keine Lösungen mehr gab. Auch hier brauchen wir natürlich resiliente Beschaffungen, damit wir diese chemischen und technischen Mittel zur Verfügung stellen können.

Herr Dr. Roller, ich bitte Sie, noch einmal auf die Kontaktpersonennachverfolgung einzugehen.

AbtP Dr. Roller (SM): Frau Harsch, Thema Kontaktpersonennachverfolgung: Dafür hatten wir ja SORMAS. Das war mit dem Wunsch von SORMAS verbunden. Wir haben das in Baden-Württemberg relativ zügig nach dem Beschluss der Bundeskanzlerin und der Länderchefinnen und -chefs im Januar 2021 im engen Schulterschluss mit den kommunalen Spitzenverbänden in den Gesundheitsämtern ausgerollt. Wir hatten es dann flächendeckend. Aber wir hatten das Problem – das muss man auch ganz klar in Richtung Bund adressieren; das wurde auch adressiert –, dass uns die bidirektionalen Schnittstellen nicht zur Verfügung gestellt wurden. Das betrifft auch die Automatisierungsmechanismen. Wir haben wesentliche IT-Tools trotz mehrfacher Zusagen nicht bekommen. Letztlich wurde SORMAS deshalb auch wieder zurückgezogen, obwohl hiermit sehr viel Hoffnung verbunden gewesen war.

Ich kann mich gut erinnern: Zu Beginn war ich im Landkreis Reutlingen und habe als einer der Ersten SORMAS eingeführt. Das war nicht ganz einfach. Der Wunsch war,

mit Nachbarlandkreisen zu kommunizieren. Wir sind jetzt aber derzeit dabei, auch im Rahmen der Digitalisierungsmittel des Bundes projekthaft neue Wege zu gehen, da wir natürlich das Thema "Digitale Kontaktpersonennachverfolgung" im Auge haben. Gerade für zukünftige Pandemien ist es aus unserer Sicht unerlässlich, dass man schnell ein digitales Tool hat. Da hätten wir uns aber vonseiten des Bundes die entsprechende Infrastruktur gewünscht, da so etwas eigentlich bundeseinheitlich aufgestellt sein muss. Wir haben jetzt miterlebt, dass es zum Teil Insellösungen auf kommunaler Ebene gab, die sehr gut funktioniert haben. – Das ist das eine.

Ich würde gern noch einen Punkt zu Herrn Müller sagen. Sie hatten das Thema "Empfehlungen und Gesundheitsämter" angesprochen. Da ist die Vorgabe eigentlich relativ klar: Es gibt die RKI-Empfehlungen, die werden in der Regel auch 1:1 umgesetzt, auch in den Gesundheitsämtern. Das ist überhaupt gar keine Frage. Aber es gibt natürlich in Einzelbereichen auch einen Ermessensspielraum. Diesen kann Landkreis A oder Landkreis B auch nutzen. Ich habe das selbst auch gemacht. Ich habe Labormediziner, die infiziert waren, mit einem klaren Rahmen arbeiten lassen: Diese Person durfte dann nur zu seiner Arbeitsstätte und dort ausschließlich allein im Raum sein usw. Da hatten wir das auch klar definiert. Da kommt es natürlich manchmal auch zu dem Eindruck: Kreis A handhabt das anders als Kreis B. Aber dem Grunde nach sind die Richtlinien und die Vorschriften für alle Kreise gleich.

Wie gelangen die Vorschriften an die Kreise? Ich erinnere nur daran: Als die Risikogebiete im März 2020 ausgewiesen wurden, hätten wir uns vom Robert Koch-Institut gewünscht, dass diese Information auch direkt an die Basis fließt, anstelle es immer online auf der Homepage des RKI abrufen zu müssen. Wir hatten Mitarbeitende, die immer geschaut haben, wann das RKI seine Homepage aktualisiert. Da wäre der Wunsch gewesen, dass die Gesundheitsämter noch vor der Öffentlichkeit darüber informiert werden, welche neuen Risikogebiete ausgewiesen werden. Aber auch das ist Gegenstand der Beratungen des Beirats "Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst". In diesem werden die genannten Themen aufgearbeitet.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Dr. Roller und Herr Minister Lucha. Sie möchten nichts weiter ergänzen?

Dann hätte ich noch eine kleine Frage zum Schluss. Wir befassen uns höchstwahrscheinlich in den nächsten Sitzung mit den Themen "Forschung, Gesundheit, Medizin und Pflege" sowie Gesundheitswirtschaft. Vielleicht können Sie uns hierzu noch ein paar Hinweise geben, worauf wir aus Ihrer Sicht besonderen Augenmerk legen sollten, vor allem hinsichtlich der zukünftigen Aufgaben.

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Manfred Lucha: Ich teile Ihnen das gern noch mit.

Vorsitzender Alexander Salomon: Wunderbar, vielen Dank. – Gibt es weitere Fragen hier im Raum? – Das sehe ich nicht.

Dann danke ich Ihnen vielmals, Herr Minister Lucha. Ich danke Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Sie mitgebracht haben und die uns zum Teil heute auch Auskunft gegeben haben. Ich darf mich im Namen des Gremiums auch dem Dank von Ihnen, den Sie vorhin in Ihrer Ansprache an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Landes aus dem Gesundheitsbereich ausgesprochen haben, vollumfänglich anschließen; namentlich Herr Abg. Dr. Preusch in diesem Fall. Nehmen Sie das einmal mit, damit Sie das auch weitergeben im Namen dieses Gremiums, da es uns besonders wichtig, gerade das Thema Gesundheit weiter zu stärken. Vielen Dank an Sie.

Um 14:00 Uhr setzen wir die Sitzung fort, und zwar mit Herrn Dr. Philipp. Sie sind jetzt in die Mittagspause entlassen. Ich wünsche Ihnen eine gute Mittagszeit.

(Unterbrechung der Sitzung von 12:38 Uhr bis 14:03 Uhr)

Vorsitzender Alexander Salomon: Ich darf Sie alle nach der Mittagspause wieder recht herzlich begrüßen.

In unserem Ablaufplan steht als nächster Redner Herr Dr. Wolfgang Philipp, Kommissarischer Direktor der Behörde für Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen (HERA) der Europäischen Kommission. Herr Dr. Philipp, wir begrüßen Sie heute hier sehr gern.

Vorab darf ich noch einen Hinweis geben: Von der Regie kam die dringende Bitte, dass wir doch ein bissen näher an die Mikrofone gehen sollen, damit man unsere Beiträge auch im Livestream hört. Ansonsten wären wir sehr leise. Es wäre schade, wenn Leute, die von außen zuschauen, gar nicht mitbekommen, welche kluge Fragen wir stellen und welche noch klügeren Antworten wir bekommen. Deshalb wäre es notwendig, dass Sie ganz nah ans Mikrofon gehen.

Jetzt darf ich an Sie abgeben, Herr Dr. Philipp. Sie haben jetzt 20 Minuten lang die Möglichkeit, von hier vorne Stellung zu nehmen. – Bitte, legen Sie los.

Sv. Herr Dr. Philipp: Grüß Gott, alle zusammen! Vielen Dank für die Einladung. Ich freue mich sehr, hier zu sein. Sie sind eines von mehreren nationalen Gremien, die sich mit den Lehren aus der Covidpandemie beschäftigen. Ich bin stellvertretender Leiter der neu geschaffenen EU-Organisation HERA. Wir beschäftigen uns mit der Sicherstellung des Zugangs zu Medizinprodukten im Fall von Gesundheitskrisen.

Ein Thema, das bei derartigen Besprechungen immer wieder kommt, lautet: Wir hatten in den letzten 20 Jahren SARS, MERS, pandemische Influenza, Ebola, Zika usw. usf. Alle zwei, drei Jahre kommt irgendetwas auf. Alle zwei, drei Jahre sitzen wir zusammen, machen "Lessons Learned" und schauen uns an, was funktioniert und was nicht funktioniert hat. Am Ende des Tages werden Pandemiepläne erstellt, überarbei-

tet und weitergeführt. Dennoch war es am Anfang der Covidpandemie relativ deutlich, dass die Vorbereitung nicht so installiert war, wie es hätte sein sollen.

Wir haben die Coronakrise als maximal globale Pandemie wahrgenommen. Im Grunde genommen gibt es dabei wie bei anderen Krisen oder in anderen Sektoren das Problem, dass es mit Kosten verbunden ist, sich darauf vorzubereiten. Im Gesundheitswesen ist es nicht anders als in anderen Bereichen, wie Finanzen oder Energie, die wir uns im Moment anschauen müssen.

Von der Krisenprävention kann man sagen, dass sie nicht nur auf europäischer Ebene, sondern auch auf nationaler Ebene stark vernachlässigt worden ist. In den einzelnen Ländern gab es ganz unterschiedliche Konnotationen. Dennoch haben wir gesehen, dass wir mit dem Fehlen einer rechtzeitigen Meldung des ersten Covidfalles konfrontiert waren. Es hat Wochen gedauert, bis das klar war. Zweitens gab es kostspielige Verzögerungen bei der Anerkennung der entscheidenden Expositionswege von SARS-CoV-2 und dann bei der nationalen Durchführung von Maßnahmen zur Eindämmung des Ausbruchs. Zum Teil fehlen immer noch zeitnahe und systematisch genaue Daten über Infektionen, Todesfälle, Varianten und natürlich auch über die angepassten Reaktionen der verschiedenen europäischen oder auch nationalen Gesundheitssysteme. Omikron ist das letzte Beispiel, bei dem wir wieder gesehen haben, wie lange es dauert, bis Informationen vorhanden sind, damit man weiß, auf welche Art und Weise man am besten mit einer solchen Variante umgeht.

Auf europäischer Ebene gab es eine mangelnde Koordinierung zwischen Staaten und nationalen Entscheidungsebenen in Bezug auf die Strategien der Krisenbewältigung. In verschiedenen Ländern hat man gesehen, dass Evidence-based policymaking, also evidenzbasierte Entscheidungsmaßnahmen – ich weiß nicht, wie man es genau übersetzen soll –, vernachlässigt worden ist. Es gab einen Mangel an Finanzmitteln für "Länder mit mittleren und niedrigen Einkommen", um die Krisenbewältigung voranzubringen. Versäumnisse gab es auch bei der zeitnahen angemessenen Versorgung und gerechten Verteilung der wichtigsten Güter, einschließlich Schutzausrüstung, Impfstoffen, Diagnostika, Arzneimittel, medizinischen Geräten usw. Noch immer gibt es keine entscheidende Strategie, um mit der Bekämpfung systematischer Desinformation umzugehen.

In der EU konnten wir dank der gemeinsamen Anstrengungen mit den Mitgliedsstaaten den Binnenmarkt zusammenhalten und funktionsfähig halten. Wir konnten daran arbeiten, dass Produktionskapazitäten für wichtige Produkte, vor allem in den Bereichen, in denen Lieferketten unterbrochen oder bedroht waren, mobilisiert werden konnten. Reisebeschränkungen konnten auf ein Minimum reduziert werden. Eine Reihe von weiteren Maßnahmen haben dazu beigetragen, dass die wirtschaftlichen, sozialen und vor allem gesundheitlichen Belastungen begrenzt werden konnten. Dennoch sank das BIP der EU 2020 im Vergleich zu 2019 um 6 %.

Erfreulicherweise hat sich mittlerweile die Ausgangslage für den Umgang mit der Pandemie verbessert. Wir haben in den meisten EU-Ländern einen besseren Immunisierungsgrad in der Bevölkerung, auch dank der engen Zusammenarbeit, die ich gerade illustriert habe, und einer gemeinsamen Impfstoffstrategie. Das gilt nicht nur für die Beschaffung, sondern auch für die gerechte und gleichzeitige Verteilung, die dazu beigetragen haben, die Pandemie einigermaßen in den Griff zu bekommen. Das ist einer der Punkte, die heute illustriert werden. Vieles ist schiefgelaufen, vieles ist gut gelaufen. Man sollte sich aber anschauen, welche Lehren man daraus ziehen kann, um sich besser auf die nächste Gesundheitskrise, die unweigerlich kommen wird. vorzubereiten.

Das ist zwar auch nur eine Plattitüde, aber man muss sich besser darauf vorbereiten, um eine bessere und schnellere Reaktion zu haben und vor allem eine bessere Koordinierung zu gestalten. Das kann auf EU-, auf nationaler, auf regionaler oder auch auf Länderebene geschehen. Generell muss man bessere Strukturen schaffen. Das ist auch eine Allgemeinheit, aber wir brauchen vor allem Strukturen, die globalen Krisen gewachsen sind, um das Gesundheitswesen und weitere Sektoren des öffentlichen Lebens darauf einzustellen, dass Covid noch nicht vorbei ist und vermutlich auch in absehbarer Zeit nicht vorbei sein wird und dass vor allem auch andere Atemwegsinfektionen zunehmen werden. Koordinierung ist sehr wichtig, um auf künftige Pandemien gut vorbereitet zu sein. Das muss, wie gesagt, auf allen Ebenen geschehen.

Wie kann aber den Herausforderungen auf nationaler und auf europäischer Ebene am besten begegnet werden? Ich werde dazu ein paar Punkte vorstellen, die zum Teil bekannt sind. Dennoch ist es ein erster Ansatz, ganz kurz zu beschreiben, auf welche Art und Weise wir auf EU-Ebene damit umgegangen sind.

Zum einen ist es wichtig – wir haben vorhin darüber gesprochen –, dass man die jetzt immer noch vorherrschende Krise und die Aufmerksamkeit nutzt, um Institutionen und Strukturen zu schaffen – keine Bürokratie, sondern Einheiten, die langfristig Krisenvorsorge betreiben und auch mit einem Budget ausgestattet sind. Auf der EU-Ebene ist das durch die Schaffung einer Behörde – das ist eine Generaldirektion innerhalb der Kommission, die sich trotzdem Behörde nennt – für Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen, HERA, geschehen. Deren Aufgabe ist es, Notfälle im Gesundheitsbereich idealerweise zu verhindern, zu ermitteln und rasch darauf zu reagieren. Bei Eintreten einer Notlage wird die HERA die Entwicklung, Herstellung und Verteilung von Arzneimitteln, Impfstoffen und anderen Medizinprodukten sicherstellen oder versuchen, sie sicherzustellen, damit man besser darauf vorbereitet ist, besser reagieren kann, als es in der ersten Phase der Covidpandemie der Fall war.

Ein zweiter Punkt ist, dass wir eine enge Vernetzung solcher Institutionen oder Einheiten von der lokalen bis zur globalen Ebene brauchen. HERA steht in diesem Zusammenhang schon in Diskussionen mit anderen nationalen Einheiten, auch hier in

Deutschland, aber auch auf globaler Ebene. Der große Vorteil der HERA ist, dass wir eine kollaborative Struktur haben. Wir haben eine Governance, in der die Mitgliedsstaaten vertreten sind. Das ist keine normale Generaldirektion der Kommission, die ihre Aufgaben erledigt, die Politik entwickelt und umsetzt, sondern wir versuchen, mit den Mitgliedsstaaten in Bezug darauf, was auf nationaler und auf europäischer Ebene passiert, zusammenzuarbeiten und Komplementarität zu schaffen. Damit wollen wir eine Fragmentierung vermeiden – das ist auch ein Punkt, der hierbei nicht vergessen werden sollte –, Komplementarität erreichen und Doppelarbeit verhindern.

Ein wesentlicher Bestandteil unserer Arbeit auf europäischer Ebene ist die Etablierung resilienter Lieferketten für eine sehr spezifische strategische Ausrüstung, für Medikamente, aber auch für einfache Dinge, wie Schutzausrüstung durch die Sicherstellung und Überwachung von Versorgungsketten kritischer Einsatzstoffe und einzelner Komponenten für Impfstoffe, Medikamente oder Schutzausrüstung. Wir unterstützen den Ausbau von EU-Produktionskapazitäten. Wir haben das bei der Impfstoffstrategie gesehen. Ein De-risking, eine Vorauszahlung an die Unternehmen hat uns geholfen, eine industrielle Kapazitätssteigerung bei der Impfstoffproduktion zu erreichen und Engpässe zu vermeiden, wenn es darum ging, genügend Impfstoff für alle Länder zur Verfügung zu haben, um die Impfstrategien umzusetzen. Die Fortsetzung dieser Arbeit auf allen Ebenen – nicht nur die Beschaffung von Impfstoffen, sondern auch aller anderen strategisch wichtigen Elementen – ist von entscheidender Bedeutung. Wie erwähnt, wir arbeiten global zusammen, um Engpässe bei globalen Lieferketten zu minimieren, die Produktion auszuweiten und zu verstärken.

Wir haben innerhalb der HERA nicht nur die Governance mit den Mitgliedsstaaten, sondern wir arbeiten auch mit der Industrie zusammen. Dafür haben wir ein spezielles Forum: das Joint Industrial Cooperation Forum. Diese setzt sich aus Vertretern der Mitgliedsstaaten – die Mitgliedsstaaten sind in allen Gruppen vertreten –, aber auch aus Vertretern strategisch wichtiger Industrieeinheiten zusammen, um Lieferketten zu sichern, um zu wissen, was entwickelt wird, damit die Industrie darauf reagieren kann, was entwickelt werden soll. Sehr oft gibt es in diesem Bereich Produkte, die für die öffentliche Gesundheitsversorgung von keiner weiteren Bedeutung sind – so sage ich es einmal zynisch.

Ein dritter Punkt ist die bessere Nutzung der fragmentierten nationalen, europäischen und globalen Überwachungssysteme für die gemeinsame Nutzung von Daten. Z. B. gibt es einen Mangel an Ressourcen für die Sammlung und Analyse von Daten auf nationaler oder auf regionaler Ebene. Es gibt eine mangelhafte Datenqualität, fehlende Kontextinformationen, das Fehlen gemeinsamer Grundsätze von Standards und Praktiken. Das muss überwunden werden. Lokale Institutionen müssen Daten und Signale liefern, damit die übergeordnete Institution auch entsprechend handeln kann. Hier schauen wir auf die Mitgliedsstaaten und die regionalen Strukturen der Mitgliedsstaaten, damit eine Inventur dessen, was für den Katastrophenschutz und

für die Gesundheitsinfrastruktur vorhanden ist, gemacht wird, um sich in Zukunft mit globalen Herausforderungen auseinandersetzen zu können.

Wir, die HERA, entwickeln ein neues IT-System für die Sammlung von Informationen, aber nicht nur dafür, um die Informationen zu sammeln, sondern auch dafür, die Informationen für die Entscheidungsfindung in Bezug auf medizinische Gegenmaßnahmen zu filtern und auszuwerten. Hierfür werden über das Gesundheitsprogramm der EU Mittel zur Verfügung gestellt, um dies voranzutreiben.

Ein vierter Punkt ist die Bereitstellung effektiver medizinischer Gegenmaßnahmen. Dazu müssen die Forschungs- und Entwicklungsstandorte durch Finanzierungsinstrumente verbessert werden, die das eingangs erwähnte Problem kurzfristig verhindern. Öffentliche Investoren sind notwendig, um Risiken bei der Entwicklung neuer Impfstoffe, Medikamente und anderer Medizinprodukte zu verhindern. Deutschland ist ein sehr forschungsstarker Standort, aber mit wenigen globalen Champions. Einer der Gründe, der dafür von den Experten immer wieder angeführt wird, ist das sogenannte Valley of Death: Es gibt zwar eine gute Grundlagenforschung, die bis zu einem bestimmten Punkt geht, aber am Ende nicht zur Vermarktung oder Marktreife der Produkte führt. Ein Problem dabei sind auch die öffentlichen Finanzen. Gute Beispiele aus den USA zeigen, wie man damit umgehen kann.

Ein fünfter Punkt ist die Möglichkeit, dass die Länder in Deutschland auch existierende EU-Töpfe nutzen können. Hierzu investiert die Europäische Investitionsbank 1,3 Milliarden € für die "Social Infrastructure" im "Public Sector", das auch die Unterstützung der Gesundheitsstrukturen umfasst. Dabei geht es nicht nur um Strukturen, sondern auch um qualifizierte Arbeitskräfte und Kapazitäten, die man aktivieren kann, wenn man die Kräfte braucht. Ein anderes Element ist die Next Generation EU, die Kredite an die Mitgliedsstaaten vergibt. Im "Resilience and Recovery"-Plan für Deutschland sind Investitionen in die öffentliche Verwaltung zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitssystems vorgesehen, und zwar ca. 3 Milliarden € für die Digitalisierung von Krankenhäusern sowie etwa 800 Millionen € für die Modernisierung der Gesundheitsämter – Stichwort: Faxgerät. Auch private Unternehmen werden von der EU unterstützt. Dafür gibt es verschiedene Elemente, z. B. die Europäische Investitionsbank, das European Innovation Council und andere. Die IAW hat in Baden-Württemberg Atriva Therapeutics mit 24 Millionen € für die Entwicklung von Covid-19-Medikamenten unterstützt.

Ein sechster Punkt ist die Regulierung, um die Effektivität und die Sicherheit von Maßnahmen zu garantieren. Deshalb sind die regulatorische Innovation und Effizienz auch immer zu hinterfragen. Jegliche Starrheit bei der Entwicklung und Zulassung von Medikamenten, Impfstoffen und anderen Medizinprodukten, die im Krisenfall eventuell existenziell werden könnten, wird in Zukunft eine große Hürde sein.

Um das Ganze abzuschließen: Es gibt eine gewisse konstitutionelle Asymmetrie. Das hört sich ein bisschen verschroben an, heißt aber ganz einfach, dass die Her-

ausforderungen in den ersten Jahren der Pandemie durch diese Asymmetrie – die Rollenverteilung und die Kompetenzverteilung zwischen der EU und der nationalen Ebene – noch verstärkt worden sind. Daraus müssen wir lernen und idealerweise sehen, dass die EU eine zentralere Rolle bei der Bewältigung grenzüberschreitender Gesundheitsbedrohungen übernehmen kann und soll, dies aber immer in Zusammenarbeit mit den Mitgliedsstaaten. Auch wenn dies in der Vergangenheit unter den Mitgliedsstaaten vielleicht umstritten gewesen ist, ist der Wunsch nach einer europäischen Strategie, Koordinierung und Solidarität bei grenzüberschreitenden Notfallmaßnahmen deutlich geworden, als wir z. B. eine öffentliche Konzentration gemacht haben, bevor die HERA als solche gegründet worden ist.

Insgesamt brauchen wir eine gute Vernetzung von nationalen und internationalen Strukturen und eine funktionierende Koordinierung – nicht nur auf dem Papier, sondern auch in der Realität. Das ist jetzt nur ein ganz kleiner Ausblick auf sehr komplexe Herausforderungen, die auf uns zukommen, mit denen wir uns in den zukünftigen Jahren unweigerlich weiter befassen müssen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Dr. Philipp. Das haben wir auch selten: Sie haben eigentlich noch verbleibende Redezeit, aber wir müssen die Redezeit auch nicht ausreizen.

Herr Professor Dr. Kräusslich, Sie dürfen direkt anschließen und hätten zwei Minuten mehr Redezeit.

(Eine Präsentation [Anlage 1] wird begleitend zum Vortrag eingeblendet.)

Sv. Herr Dr. Kräusslich: Sehr geehrte Abgeordnete, meine Damen und Herren! Ich freue mich sehr, hier zu sein. Manche von Ihnen kennen mich, weil ich in verschiedenen Funktionen schon irgendwo aufgetreten bin. Mein Name ist Hans-Georg Kräusslich. Ich bin Sprecher des Zentrums für Infektiologie, habe noch das Nebenamt des Dekans der medizinischen Fakultät und war auch noch ein bisschen in der Bekämpfung der Coronapandemie tätig, sodass alles, was ich gemacht habe, zeitlich etwas eng wurde. Dementsprechend kann ich heute nur versuchen, Ihnen ein paar persönliche Bilder in einem etwas umfangreicheren und größeren Rahmen darzustellen statt spezifisch auf die aktuelle Pandemie einzugehen. In 20 Minuten alles zu sagen, was man vielleicht sagen möchte, ist schwierig und wird auch nicht gelingen. Deshalb verzeihen Sie mir, dass ich Ihnen nur das sage, was mir wichtig erscheint. Ich habe eine Präsentation vorbereitet, die ich Ihnen gern als PDF zur Verfügung stelle, wenn Sie es wollen, sodass Sie keine Fotos davon machen müssen.

Ich gehe zunächst aber noch ganz kurz auf ein paar Punkte von heute Vormittag ein, weil mein Name so oft genannt wurde. Ich kann gar nicht auf alles eingehen, was dort angesprochen worden ist. Bei der Vielzahl der Meinungen werden wir keine andere Situation bekommen. Wir sind in einem Land, in dem es Meinungsfreiheit gibt. Jeder wird das Recht haben und auch behalten, seine Meinung sagen zu dürfen. Das gilt auch für Virologen, Immunologen und Notfallmediziner. In einer freien Demokratie ist es nicht möglich, irgendetwas anders zu machen. Deshalb werden damit leben müssen.

Die Frage wird sein: Wie bekommen wir eine gewichtige Meinung, die auch von der Bevölkerung akzeptiert und angenommen wird? Mit dieser Frage werden wir uns beschäftigen müssen. Mein Gefühl und auch meine Erfahrungen, die ich in der Rhein-Neckar-Region gemacht habe, für die ich mich auch verantwortlich gefühlt habe, sind, dass es am wichtigsten ist, sich nicht von den täglichen Trends und Situationen beeinflussen zu lassen. Irgendwann gab es die Forderung, eine Person zu benennen, die deutschlandweit für Fragen um Corona zuständig ist und auch in der Meinungsbildung eine zentrale Rolle hat. Schweden hatte so etwas, und da hat es gar nicht gut funktioniert. Israel hatte so etwas, und da hat es ziemlich gut funktioniert. Ich habe das Gefühl, dass das sehr gut funktionieren kann, wenn die betreffende Person sehr qualifiziert ist, akzeptiert wird und gut handeln kann. Es kann aber auch fürchterlich schiefgehen, wenn das nicht der Fall ist. Deshalb bin ich persönlich – das kann man aber auch anders sehen - der Auffassung, dass ein etwas breiteres Spektrum von Meinungen, die sich in einem Prozess der Diskussion zusammenfinden, etwas resilienter ist als ein System, in dem man die Meinungsbildung einer Person überträgt. Aber man kann sich durchaus die Frage stellen: Will man für eine solche Aufgabe eine Person haben, die dafür zuständig ist?

Für uns in der Rhein-Neckar-Region – Herr Preusch kann das bestätigen, weil er von Anfang an dabei war – war die wichtigste Erfahrung, wie gut Kooperation in der Krise funktionieren kann, die vorher nicht funktionierte. Ob sie nachher funktioniert, werden wir erst noch sehen. Wir haben im Februar 2020 in der Taskforce Vertreter vom Gesundheitsamt, die Gesundheitsdezernentin des Kreises, den OB, den Landrat, die Universitätsmedizin, die lokalen Krankenhäuser sowie die niedergelassenen Ärzte zusammen in einem Raum Diskussionen führen lassen, und wir haben uns auf Maßnahmen geeinigt, die vorher nicht möglich gewesen wären, etwa die Verteilung von Patienten, die Verteilung von Ressourcen und ähnliche Maßnahmen, die in dieser Phase funktioniert haben. Die Fragen werden sein: Kann man das auch über Regionen, wo es gut funktioniert – es ist nicht überall gleich gut, das ist einfach so; es gibt auch menschliche Aspekte –, gut weiterführen, kann man es über die Pandemie hinaus retten, und wie kann man es über die Pandemie hinaus retten? Damit wird man sich beschäftigen müssen.

Ich möchte Ihnen jetzt kurz etwas darüber erzählen, was wir gelernt haben und wo wir heute stehen. Damit bin ich nicht alleine. Dazu gibt es ein ganzes Magazin von "Science" aus dem letzten Jahr. Bill Gates hat dazu das Buch "How to prevent the

next pandemic" geschrieben. Darin steht viel Vernünftiges. Ich kann zwar nicht alles teilen, aber es ist durchaus lesenswert. Ich will versuchen, Ihnen ein paar Sätze dazu zu sagen, was wir schon vorher wussten, wie wir in der Wissenschaft darauf reagiert haben – ich bin Wissenschaftler und spreche für die Wissenschaft –, ob wir jetzt besser vorbereitet sind und was wir noch brauchen.

Was wussten wir vorher? Es ist schon mehrfach angesprochen worden. Wir wussten, dass es epidemische und pandemische Ausbrüche gibt. Wir wussten, dass die primären Kandidaten RNA-Viren – Influenza, Corona und ein paar andere Gruppen – sind. Das ist nicht neu, das ist seit Jahrzehnten bekannt. Wir wussten, dass alle diese Viren vom Tier auf den Menschen übertragen werden. Alle diese Infektionen sind Zoonosen und kommen von der Fledermaus, der Maus oder von welchen Tieren auch immer. Es sind immer Viren, die im Tierreich vorhanden sind und auf den Menschen überspringen. Sie kommen nicht neu in die Welt. Sie waren meistens sehr schnell kontrolliert. SARS ist im Winter 2002/2003 aufgetreten und war im Mai 2003 beendet. Es hatte keine hohe Pathogenität beim Menschen. Sie erinnern sich an die Schweinegrippe mit dem großen Drama und den Vorwürfen hinterher, dass man viel zu viel Medikamente gekauft habe, was sinnlos gewesen sei. Oder wir hatten, wie z. B. bei der Vogelgrippe, eine geringe Mensch-zu-Mensch-Übertragung. Wir wussten also, dass es wieder Epidemien und Pandemien geben wird. Wir wussten nur nicht, wann was wo auftreten wird und wie pathogen es sein wird. Das habe ich seit zehn Jahren in meinen Vorlesungen immer wieder gesagt. Jeder hat es wahrgenommen, aber logischerweise nicht mit besonderem Interesse.

Das Robert Koch-Institut hat schon 2013 – viele wissen es vielleicht – ein Planspiel gemacht, die Risikoanalyse "Pandemie durch Virus Modi-SARS", bei der exakt das Szenario der SARS-CoV-2-Pandemie durchgespielt wurde – das alles kann man nachlesen –, aus der aber keine unmittelbaren Konsequenzen gezogen wurden.

Die Folie "New and spreading emerging infections" möchte ich Ihnen nicht im Detail erläutern. Sie zeigt alle neuen und sich neu ausbreitenden Infektionen der letzten 25 Jahre.

Alle diese Infektionen sind vom Tier auf den Menschen übertragen worden. Manche haben sich weit ausgebreitet, andere nicht. Wir müssen aber alle überwachen.

Wir wissen auch, warum es diese Infektionen gibt. Sie werden durch Reisen, Handel oder Migration verbreitet. In dem Film werden Flugbewegungen weltweit gezeigt. Wir sehen die Situation in der Ukraine und anderen Regionen, und wir sehen die Umwelt- und Klimaveränderungen, die massiv zu den Infektionen beitragen. Das wird zunehmen, das sagt jeder, da sage ich Ihnen nichts Neues.

Wie hat die Wissenschaft darauf reagiert? Im Grunde sehr schnell und gut. Die Wissenschaft funktioniert in der westlichen Welt. Wir – nicht wir – haben den Erreger extrem schnell identifiziert. Wir haben Nachweisverfahren, den Nachweis der Herkunft

und der Verbreitungswege schnell etabliert. Wir haben Risikofaktoren und Risikogruppen rasch identifiziert. Wir haben über die Pathogenese und die klinischen Verlaufsparameter aufgeklärt. All das geschah in den ersten drei Monaten. Wir haben die nicht pharmazeutischen Interventionen validiert. Auch wenn Menschen behaupten, es sei nicht gezeigt worden, dass Masken funktionieren: Das ist gezeigt worden. Wir haben dafür gute Beweise. Wir hatten die Charakterisierung der humoralen und zellulären Immunantwort und eine vorher nie dagewesene extrem schnelle Entwicklung hoch wirksamer neuer Impfstoffe. Relevante Varianten wurden schnell erkannt. Südafrika ist zwar immer in die Pfanne gehauen worden, dabei hat man dort die Variante schnell erkannt und die Welt informiert. Daraufhin sind sie dafür beschimpft worden, dass sie so böse sind, neue Varianten in die Welt zu setzen. Das ist die falsche Reaktion.

Was hat uns denn fehlgeleitet, wenn wir so viel wussten? Die generelle Wahrnehmung – das ist normal, das geht mir auch so – ist von dem, was wir kennen, beeinflusst. SARS 2003, das erste SARS, ist in Südchina aufgetreten. Weltweit gab es insgesamt 8 000 Fälle. 10 % der Infizierten sind verstorben. Das ist eine extrem hohe Todesrate, die viel höher ist, als wir sie bei vielen anderen Erregern haben. Eine hohe Manifestation und Infektiosität erst in späteren klinischen Stadien – das heißt, die Patienten sind erst dann infektiös geworden, wenn sie bereits schwer krank waren, und nicht, wenn sie noch gesund waren – erlaubten eine relativ schnelle Eindämmung. Wer hat sich daher angesteckt? Pflegepersonal, Ärzte, Familienangehörige, aber nicht die breite Bevölkerung. Die Infektion hat sich nach vier Monaten, nachdem man es intensiv versucht hat, komplett eindämmen lassen. Was haben wir jetzt? Die Patienten sind schon Tage bevor sie überhaupt Symptome haben, infektiös oder können infektiös sein. Das ist eine völlig andere Situation.

Ein zweites Beispiel ist die Schweinegrippe aus dem Jahr 2009. Sie hat sich im Vergleich zu anderen Infektionen am schnellsten über die ganze Welt verbreitet, aber die allermeisten Leute sind nicht ernsthaft krank geworden. Das Virus war nicht hochpathogen. Was war die Konsequenz in der Wahrnehmung der Wissenschaft, der Medizin, der Politik, der Gesellschaft? Ich will da niemanden ausnehmen, ich will mich selbst auch nicht ausnehmen. Wir haben "Emerging Infections", also neu auftretende Infektionen, weitgehend im Griff – ein Ereignis wie die Spanische Grippe wird es nicht mehr geben, weil wir davon ausgegangen sind, dass wir die nächsten Erreger wieder schnell erkennen und isolieren können, oder weil sie nicht so schlimm sind und wir Wirkstoffe und Medikamente haben und damit umgehen können. Da liegt der Irrtum.

Was ist jetzt besser? In der Wissenschaft wissen wir sehr viel mehr über Erreger im Tierreich. Es gibt riesige Studien, um alle Viren in bestimmten Fledermausarten zu charakterisieren und zu schauen, welche Viren so aufgebaut sind, dass sie auch menschliche Zellen infizieren können, und welcher der nächste Erreger sein könnte. Das ist nur ein Beispiel, an dem man arbeiten kann.

Die funktionelle Charakterisierung solcher Erreger läuft und sollte weiterlaufen. Wir haben etablierte Netzwerke zur Charakterisierung der Erreger. Auch diese Forschung ist wichtig, und die brauchen wir jetzt in dieser Phase. Ich sage nicht, wir brauchen noch zig Millionen Euro mehr für die Forschung, aber wir müssen diese Art von Forschung weiterführen und dürfen nicht sagen: Jetzt haben wir es durch, jetzt haben wir alles gelernt, jetzt können wir damit aufhören. Die deutschen Zentren für Gesundheitsforschung, die von Bund und Ländern, auch vom Land Baden-Württemberg, finanziert werden, sind wichtig und zentral, weil sie gerade in diesem Valley of Death, das eben angesprochen worden ist, von der Grundlagenforschung bis zur Anwendung tätig sind und dort ihre Beiträge leisten können.

Ich selbst bin im Deutschen Zentrum für Infektionsforschung tätig, welches sich diesem Thema widmet, und will Ihnen nur ein Beispiel nennen: Wir haben neun Partnereinrichtungen an sieben Standorten, die sich damit beschäftigen, Wirkstoffe gegen ganz unterschiedliche Erreger zu finden. Die Idee dahinter ist, idealerweise einen Wirkstoff zu finden, der gegen alle Coronaviren wirkt. Das wäre doch schön. Wenn wir den hätten und ein neues Coronavirus kommt, hätten wir schon den Wirkstoff dagegen. Die Idee wäre: Wenn es einen Erreger gibt, der gegen die sieben menschlichen Coronaviren eine gewisse Wirksamkeit hat, dann ist die Chance, dass er gegen weitere Viren wirkt, sehr hoch. Daran arbeiten wir.

Da liegt aber auch ein Teil des Problems. Ich war mit der NIH im Gespräch, weil wir mit ihr partnerschaftlich zusammenarbeiten wollen. In den USA wurden innerhalb von ein paar Monaten 600 Millionen von der US-Regierung für ein vergleichbares antivirales Programm bereitgestellt. Es wurde gesagt: "Das ist jetzt nur der Anfang. Wir erhalten vom Kongress zweieinhalb Billionen. Die brauchen wir nicht." Wir reden seit eineinhalb Jahren mit der Bundesregierung darüber, etwas Derartiges zu machen. Sie findet das zwar richtig, aber es passiert nichts. Wir reden mit allen möglichen Einrichtungen, die sagen: "Es wäre doch schön, wenn in Deutschland so etwas passieren und auf den Weg kommen würde, wir würden gern mit euch zusammenarbeiten, aber es müsste irgendwie laufen."

Mit Verlaub, die EU ist dabei nicht besonders hilfreich, weil die EU-Forschungsprogramme in mancher Hinsicht bürokratische Monster sind, die sich nur schwer bewegen können. Bei unserem Gespräch mit dem NIH haben wir gesagt, wir könnten auch mit der EU etwas zusammen machen, worauf die Amerikaner gesagt haben: "Wir machen gern etwas mit euch, aber die EU wollen wir nicht dabeihaben, mit der wollen wir nicht arbeiten." Das ist die internationale Wahrnehmung. Das hat nichts mit den Punkten, die Sie angesprochen haben, zu tun. Das möchte ich ausdrücklich sagen. Das ist ein anderer Komplex. Die Forschungsförderung der EU hilft uns nicht weiter. Wir müssen im Land selbst tätig werden.

Sind wir jetzt besser vorbereitet? Wir haben einiges erreicht. Wir haben etablierte Strukturen und Partnerschaften. Die Entwicklung der Impfstoffe ist weitaus besser. Auch in der Frage der Vorratshaltung – heute Vormittag war die Schutzausrüstung

ein Thema –, wie wir in einer neuen Situation, in der wir gar nicht wissen, wogegen wir einen Impfstoff brauchen, dahin kommen, dass er auch schnell produziert werden kann, ist deutschlandweit etwas Vernünftiges eingerichtet worden, nämlich das ZEPAI, das Zentrum für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika am Paul-Ehrlich-Institut. Dessen zwei Hauptaufgaben sind die Impfstofflogistik, also wie die Impfstoffe von den Fabriken auf die Transportpalletten kommen, und vor allem die Impfstoffproduktionsvorhaltung. Wir haben dort auch so ähnlich, wie wir es zuvor für die Schutzausrüstung gehört haben, bei großen Lohnherstellern von Impfstoffen Kontingente gekauft, die in einem gewissen Zeitraum aktiviert werden können, wenn sie gebraucht werden. Dabei fließen einige Milliarden Euro in etwas hinein, von dem man nicht weiß, was man braucht. Das ist aber genau das Konzept, das wir brauchen.

Wir müssen in einer Situation sein, in der wir sagen können: Wir haben einen breit wirksamen Wirkstoff bis zur ersten klinischen Phase entwickelt. Weiter kann ich gar nicht gehen, weil ich nicht weiß, welchen Erreger ich habe. Jetzt kann ich aber schnell durchgehen und muss nicht jahrelang warten, bis die Grundlagenforschung endlich ein Produkt hat. Jetzt habe ich einen Impfstoff und kann 80 bis 160 Millionen Dosen für Deutschland oder 800 Millionen Dosen für Europa oder was auch immer in kurzer Zeit produzieren. Diese Vorratshaltung kann man nicht regional oder länderweit, sondern nur national, EU-weit oder global machen.

Was brauchen wir noch? Das ist eigentlich mein Kernsatz: Vorbereitet sein heißt, möglichst viele Werkzeuge etabliert, validiert und vollständig einsatzfähig zu haben, ohne zu wissen, ob, wofür und wann man sie braucht. Der Gedanke, etwas zu machen, von dem man nicht weiß, wofür man es braucht und ob man es überhaupt braucht, ist im täglichen gesellschaftlichen, wissenschaftlichen und politischen Leben nicht stark verankert. Trotzdem muss uns dieser Gedanke leiten.

Zweitens müssen wir uns fragen, was wir uns unbedingt leisten müssen, was wir uns leisten können – wir werden nicht alles finanzieren können – und was wir uns leisten wollen. Die Frage, was wir uns leisten wollen, ist eine gesellschaftliche Frage. Was will sich die Gesellschaft leisten, oder sagt sie, das ist mir zu teuer?

Ein paar Punkte zum Schluss: Können wir die notwendigen sektorenübergreifenden Infrastrukturen und Netzwerke auch über die aktuell pandemiebedingt hohe Aufmerksamkeit und wahrgenommene Relevanz hinaus langfristig entwickeln? Beispiele sind Impfstoffe oder Plattformtechnologien, die auch weitergeführt werden müssen, mit denen wir die Impfstoffentwicklung voranbringen müssen. Beispiele sind auch die Kontingente, von denen ich eben sprach. Wir müssen die Impfstoffe jährlich anpassen, um auf etwas schnell reagieren zu können. Dafür brauchen wir in der Forschung und Entwicklung und auch in der Produktion und Auslieferung diese Plattformen. Wir brauchen eine vorbereitende Entwicklung breit wirksamer Impfstoffe gegen Erregergruppen und dürfen nicht sagen, der Markt für Impfstoffe gegen Corona ist jetzt durch. Ja, für SARS-CoV-2 ist der Markt durch, aber für ein neues Coronavirus ist er es vielleicht nicht. Wenn wir breiter wirksame Impfstoffe und breiter wirksame Medi-

kamente entwickeln würden, dann wären wir schlicht und einfach besser vorbereitet. – Die Wirkstoffe hatte ich angesprochen.

Kann die pandemische Erfahrung dazu führen, dass fehlende oder dysfunktionale Strukturen neu bewertet und an die Erfordernisse angepasst werden können? Ein paar Beispiele: Den Datenschutz hat Herr Preusch heute Morgen angesprochen. Wir brauchen eine datenschutzkompatible und institutionenübergreifende Datenerhebung und -auswertung. Wir müssen vom Datenschutz zu einer sinnvollen und persönlichkeitskompatiblen Datennutzung kommen. Ich zitiere eine Studie, die gerade am NCT Heidelberg durchgeführt worden ist. Etwa 1 000 Krebspatienten sind gefragt worden, ob sie ihre Daten weitergeben wollen. Ich glaube, 95 % haben gesagt, sie geben ihre Daten gern weiter. Etwa zwei Drittel haben gesagt, sie geben ihre Daten ohne Einschränkungen weiter. Die Patienten sind bereit. Der Datenschutz verhindert die Weitergabe der Daten in unnötiger Weise und in einer Form, die in anderen europäischen Ländern nicht existiert. Es ist kein Zufall, dass in den internationalen Datenbanken fast keine oder nur sehr wenige SARS-Genomsequenzen sind. Ich selbst hatte zusammen mit den Tübinger Kollegen in Baden-Württemberg im März letzten Jahres initiiert, eine Datenbank aufzustellen, in der alle Genomseguenzen einzusehen sind. Im August dieses Jahres wurde mir erklärt, man habe sich mit dem Datenschutz darauf verständigt, dass die Datenbank online gehen könne. Wir haben eineinviertel Jahre gebraucht, um das hinzubekommen. So kann es nicht weitergehen. Es tut mir leid, so kann es nicht funktionieren.

Wir brauchen vereinfachte Genehmigungsverfahren. Wir müssen dahin kommen, dass wir klinische Studien im internationalen Vergleich länderübergreifend schneller genehmigen lassen. Ethikvoten müssen nicht an jedem Standort neu abgegeben werden. Wenn ich in Freiburg ein Ethikvotum habe, muss ich in Heidelberg nicht nochmals ein neues einholen. Das ist doch Quatsch.

Wir brauchen eine regionale und überregionale Vernetzung mit dem öffentlichen Gesundheitswesen. Ich glaube, es ist noch nicht so gut, wie es Herr Roller heute Morgen dargestellt hat, den ich übrigens sehr schätze und der enorm viel im LGA bewirkt hat. Das ist keine Kritik an ihm. Die Vernetzung mit den universitären Ausbildungsstätten könnte viel besser sein. Es reicht nicht, wenn die Studierenden ins PJ kommen. Der ÖGD muss im Studium präsent sein. In den Wahlfachtracks gibt es alles Mögliche, z. B. die Kardiologie, aber den öffentlichen Gesundheitsdienst gibt es nicht. In der Forschung und im Austausch brauchen wir gemeinsame Projekte, die die Strukturen zusammendenken. Da könnte viel, viel mehr passieren. Der Druck auf diesen Bereich ist sinnvoll und sollte auch weitergehen.

Wir müssen eine schnell umsetzbare und rechtssichere Zusammenarbeit unterschiedlicher Einrichtungen ermöglichen. Bis wir im internationalen Vergleich mit drei Industriepartnern in Holland und zwei Industriepartnern in Deutschland die verschiedenen Rechtsnormen ausgearbeitet haben, ist die Pandemie vorbei. Wir brauchen ewig, um das zu machen. Wie gelingt es uns, die starke Grundlagenforschung weiterzuführen, und wie kann der unbedingt notwendige und vorurteilsfreie Diskurs weitergeführt werden?

Damit komme ich zum Ende. Die Erhaltung und Stärkung bestehender Strukturen und die verstärkte und institutionalisierte Zusammenarbeit des ÖGD mit der universitären Medizin habe ich schon angesprochen. Das brauche ich nicht zu wiederholen.

Die Pandemie ist noch nicht vorbei und wir müssen vorbereitet bleiben und – das scheint mir wichtig zu sein, weil wir nicht mehr in eine so kritische Phase wie in den letzten Jahren kommen werden – gleichzeitig über die aktuelle Pandemie hinaus denken und handeln. Das erfordert eine schwierige Balance zwischen unberechtigtem und schädlichem Alarmismus und notwendigem Nachdruck angesichts realer Risiken. Im unberechtigten und schädlichen Alarmismus würde ich momentan auch unseren Bundesgesundheitsminister verorten, den ich im Prinzip sehr schätze. Das ständige Schüren von Besorgnis ist angesichts realer Risiken aber keine hilfreiche politische Meinungsäußerung. Die Pandemie ist noch nicht vorbei, aber wir können normal leben. Dieses Gefühl müssen wir stärker entwickeln. Daran müssen wir gemeinsam arbeiten.

Ich danke für die Aufmerksamkeit. Ich habe zwei Minuten überzogen.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Nein, haben Sie nicht. Herr Professor Dr. Kräusslich, bei mir steht, Sie hätten noch 28 Sekunden Redezeit.

Sv. Herr Dr. Kräusslich: 28 Sekunden, so viel? Kann ich noch etwas sagen? Vielen Dank.

Vorsitzender Alexander Salomon: Das können Sie sofort; denn wir kommen jetzt zur Fragerunde. Frau Kollegin Krebs von der Fraktion GRÜNE beginnt.

Abg. Petra Krebs GRÜNE: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Vielen Dank, Herr Dr. Philipp und Herr Professor Dr. Kräusslich. – Ich möchte in umgekehrter Reihenfolge mit meinen Fragen beginnen. Witzigerweise haben Sie gerade in Ihrem Schlussplädoyer das gesagt, was ich mir als Frage ausgedacht habe. Mir geht es tatsächlich um die Verantwortung der Wissenschaft dafür, zukünftige Pandemien zu erklären: Wie kann man die Bevölkerung über vielleicht zu erwartende Pandemien aufklären, ohne sie in Angst und Schrecken zu versetzen? Wie groß ist dafür Ihrer Meinung nach die Verantwortung der Wissenschaft? Welche Verantwortung hat die Wissenschaft für die Kommunikation mit der Bevölkerung und die Compliance derer, die dabei mitmachen? Letztendlich geht es nicht nur um das Wissen, sondern um die Mitarbeit bei all den wunderbaren Maßnahmen, die Sie gerade erläutert haben.

Dann haben Sie mit Ihrem Kernsatz "Wir müssen vorbereitet sein" auch noch eine ethische Frage gestellt. Was wir uns leisten müssen, ist eine ethische Frage. Welche Therapiemöglichkeiten können wir anbieten, wer ist dafür verantwortlich und wer wird dafür herangezogen, diese Therapien durchzuführen? Wenn wir uns vorstellen, dass wir eine Pandemie hätten, die genauso infektiös wie Corona und genauso pathogen wie Ebola wäre, dann hätten wir in kürzester Zeit eine sehr bedauerliche Situation. Wen könnten wir dann verpflichten, sich unter ethischen Aspekten mit den Menschen zu beschäftigen? Diese Fragen wollte ich an Sie, Herr Professor Dr. Kräusslich, stellen.

Herr Dr. Philipp, Sie sprechen uns sicherlich aus dem Herzen, wenn Sie sagen, dass es eine europäische Verantwortung gibt. Deshalb ist es auch gut, dass es Ihre Institution gibt. Ich möchte Sie jetzt gern nach der globalen Verantwortung für die größte Gesundheitsgefahr, auf die wir zusteuern, nämlich die Klimakrise, fragen. Die Weltgesundheitsorganisation benennt es mittlerweile ganz offen, dass die Klimakrise, also die Klimaerhitzung, die größte Gesundheitskrise der Menschheit ist. Für unser weltweites Agieren tragen nicht nur Europa und Deutschland, sondern auch Baden-Württemberg eine große Verantwortung.

So viel von mir. Andere Fragen kommen dann noch.

Abg. Dr. Matthias Miller CDU: Vielen Dank für die beiden sehr kurzweiligen Vorträge. – Zunächst ein paar Fragen an Herrn Dr. Philipp. Zunächst eine ganz allgemeine Frage, weil Sie für die EU hier sind und uns Ihre Einschätzung geben könnten. Sie haben kurz die Reisebeschränkungen angesprochen, die zwischen den EU-Ländern untereinander ausgesprochen worden sind. Wie ist Ihr Resümee aus diesen Beschränkungen? Wir haben zeitweise auch im Land darüber diskutiert, ob man bei einer solchen Pandemie auch zwischen Bundesländern Grenzen aufziehen soll. Soweit ist es dann aber nicht gekommen. Dazu, wie man diese Reisebeschränkungen sieht, würde mich Ihre Bilanz interessieren.

Ein ganz wichtiger Punkt, den Sie, aber auch Herr Dr. Kräusslich, angesprochen haben, sind die Finanzen, das Valley of Death. Das Problem, das wir in Deutschland schon seit Jahrzehnten beobachten, ist, dass wir in allen möglichen Bereichen herausragende Grundlagenforscher haben, dass wir es aber nicht schaffen, die Forschungsergebnisse zu kommerzialisieren. Das funktioniert in den USA, mittlerweile auch in China und anderen asiatischen Ländern besser als bei uns. Sie hatten dazu gesagt, dass es in den USA die besseren Programme gibt. Vielleicht können Sie das etwas konkretisieren, da Sie nur gesagt haben, dass es in den USA gute Beispiele dafür gibt, wie die das machen. Was können wir, vielleicht auch das Land Baden-Württemberg, daraus lernen?

In diesem Zusammenhang eine Frage an Herrn Professor Kräusslich: Haben Sie eine konkrete Handlungsempfehlung an uns? Sie haben sehr eindrücklich geschildert, wie das Förderprogramm der EU funktioniert, dass man besser die Finger davon las-

sen sollte, weil es sehr bürokratisch sei. Jetzt sind wir aber in Baden-Württemberg. Wie können wir, das Land Baden-Württemberg, auf den Bund einwirken und an den Stellschrauben drehen, damit wir in der Forschungsförderung besser werden? Woran liegt das aus Ihrer Sicht? Sie hatten schon angedeutet, dass die Forschungsförderung zwar eine gute Idee ist, aber nicht richtig umgesetzt wird, sodass das Geld nicht fließt. Vielleicht haben Sie dazu eine konkrete Empfehlung, wie wir das machen können.

Dann noch eine Frage an Sie, Herr Dr. Philipp. – Jetzt springe ich ein bisschen hin und her, weil es gerade gepasst hat. – Können Sie uns, dem Land Baden-Württemberg, aus Ihrer europäischen Sicht Empfehlungen geben, wie wir uns in Fragen der Datenbereitstellung usw. aufstellen müssen? Dazu kann eine Region wie Baden-Württemberg einen guten Beitrag leisten, wenn man bestimmte Punkte beachtet. Wir können nicht Daten für ganz Europa sammeln. Vielleicht könnten wir, das Bundesland Baden-Württemberg, aber bestimmte Maßnahmen in Bezug auf den Austausch von Daten für Themen, die Sie in der EU beschäftigen, durchführen.

Dann habe ich noch eine abschließende Frage an Herrn Professor Dr. Kräusslich: Könnten Sie mir das mit dieser einen Person noch erklären? Sie hatten gesagt, in Schweden hat es nicht geklappt, in Israel hat es geklappt. Ich fand das ganz interessant. Ich habe mir darüber noch nie Gedanken gemacht. Vielleicht können Sie mir mit ein, zwei oder drei Sätzen erklären, warum in Israel etwas geklappt hat, was in Schweden nicht geklappt hat und wie das System insgesamt aussieht, wenn man eine solche Person benennt.

Danke.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Herr Dr. Philipp, ganz herzlichen Dank. Sie hatten u. a. auch die Überlegungen zur europäischen Vorratsbeschaffung von Schutzausrüstung angesprochen. Heute Morgen hatten wir in der Runde mit dem Minister ganz konkret gehört, was das Land Baden-Württemberg an Schutzausrüstung, Masken, Schutzkitteln und weiterer Ausstattung schon beschafft hat. Angesprochen wurde auch die Überlegung, eine Vorratsbeschaffung von Medikamenten zu machen. Mir hat sich dabei die Frage gestellt, wie das organisiert wird. Wenn jeder selbst die Vorratsbeschaffung macht, braucht die EU nichts mehr zu machen. Gibt es dann Hamsterbestellungen? Wie könnte man das strukturieren? Wenn jedes Land oder sogar jedes Bundesland selbst Beschaffungen macht, ist eine wichtige Abstimmung notwendig, damit die EU nicht noch einen eigenen Bestand beschafft, obwohl schon die einzelnen Länder ihre Bestände beschafft haben. Welche Überlegungen werden dazu angestellt?

Das zweite Stichwort ist die Bürokratie. Wir haben erlebt, dass in dieser Krise plötzlich bürokratische Regelungen ausgesetzt werden, weil man es nicht anders schafft, sodass man dann aber reflektieren muss, ob man diese Regelungen sinnvoll anwenden kann. Wenn man sie in der Krise nicht anwenden kann, müsste man generell

über diese Regelungen nachdenken. Ich will als Beispiel nur die EU-Medizinprodukterichtlinie nennen. Wir haben gewisse Cluster – Herr Albiez weiß es – z. B. in Tuttlingen oder im Zollernalbkreis. Wir haben sehr viele innovative Unternehmen, die schon vor Corona mit der bürokratisch strukturierten Regelung der EU-Medizinprodukterichtlinie extreme Probleme hatten. Während Corona wurde diese Richtlinie ausgesetzt. Deshalb wäre meine Frage, wie sich die EU damit beschäftigt, aus den Erfahrungen mit ausgesetzten Regelungen zu lernen und zu sagen, das hat nicht funktioniert, das muss umgestellt werden, wenn die Krise wieder vorbei ist. Das wäre wichtig, weil es den Menschen schwer zu erklären ist, dass eine bürokratisch strukturierte Regelung, die eigentlich gelten sollte, genau in einer Krise ausgesetzt werden soll. Wenn wir eine solche Regelung aufheben, fehlt auch das Verständnis dafür, dass wir diese Regelung überhaupt haben müssen.

Herr Professor Dr. Kräusslich, die Wissenschaft hat auch gezeigt, dass sie sich sehr intensiv mit der Entwicklung beschäftigt hat. Die Politik hat jetzt die Aufgabe, diese Erkenntnisse in Verordnungen zu gießen. Der Expertenrat hat aufgezeigt, dass es schwierig ist, zu sagen, was die Verordnungen überhaupt gebracht haben und welche Lehren man aus ihnen ziehen kann. In den 68 Verordnungen und über 200 Einzelverordnungen hat sich gezeigt, dass es für die Bevölkerung schwierig war, diese Regelungen überhaupt nachzuvollziehen, zumal wir jetzt von den Experten wissen, dass sie vielfach nicht den erwünschten Effekt hatten. Muss sich die Politik deshalb vielleicht noch stärker mit der Wissenschaft, insbesondere auch über die Kohärenz der Verordnungen, austauschen?

Ich will es an einem konkreten Beispiel erläutern. Wenn ich nachher mit der S-Bahn nach Bad Cannstatt fahren würde, um auf das Volksfest zu gehen, müsste ich in der S-Bahn die Maske tragen, während ich auf dem Volksfest ohne Maske die Sau rauslassen könnte. Deshalb wird uns in der Politik rückgespiegelt: Was macht ihr da für Regelungen? Für die Akzeptanz ist es wichtig, dass wir, die Politik, Regelungen erlassen, die besser erklärbar sind. Wie kann uns die Wissenschaft dabei helfen, dass wir Verordnungen erlassen, die für die Menschen besser nachvollziehbar sind und damit besser akzeptiert werden? Den Datenschutz haben Sie angesprochen und gut erläutert. Das will ich nicht mehr ergänzen. Der Transfer von der Wissenschaft in die Politik beim Erlass von Verordnung wäre wichtig, damit diese dann nachvollziehbar sind.

Danke.

Abg. Emil Sänze AfD: Vielen Dank an Herrn Dr. Philipp und Herrn Professor Dr. Kräusslich. – Zunächst einmal habe ich mit Freude dem Vortrag des Vertreters der EU zugehört, denn wenn ich es richtig verstanden habe, ist von der EU ein sanfter Protektionismus angestrebt, nämlich eine relative Unabhängigkeit von Weltmärkten beim Bedarf an Schutzausrüstung. Vielleicht habe ich es auch falsch verstanden, aber Sie kennen die grundsätzliche Kritik der AfD an diesem Bürokratiemonster, die uns übrigens anscheinend mit amerikanischen Wissenschaftlern eint.

An Sie ganz speziell, Herr Professor Dr. Kräusslich: Sie haben die ZEPAl-Impfstofflogistik angesprochen, die nur wegen der mRNA-Impfstoffe so eklatant in den Vordergrund getreten ist. Diese reduziert sich aber wahrscheinlich nicht auf diese Impfstoffe, sondern kann auch andere Beschaffungen umfassen. Deshalb die Frage: Ist dieser Auftrag erweitert, und wie können Gefahrenquellen rechtzeitig antizipiert werden, damit sie in der Öffentlichkeit bekannt werden, sodass die Bereitschaft, sowohl auf staatlicher als auch auf öffentlicher Seite in Zusammenarbeit mit der Wissenschaft an der Entwicklung mitzuwirken, vorhanden ist?

Danke.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. Dann darf ich zunächst an Sie, Herr Dr. Philipp, abgeben und bitte darum, sich schon einmal für eine zweite Runde zu melden, wenn man noch etwas fragen möchte.

Sv. Herr Dr. Philipp: Die erste Frage bezog sich auf die Klimakrise. Ich bin gestern mit einer größeren Gruppe norwegischer Abgeordneter zusammengesessen, und da kam diese Frage auch auf. Deshalb kann ich Ihnen nur die gleiche Antwort geben. Wir, die HERA, beschäftigen uns wirklich mit "Emerging Threats", also mit Gefahren, die in der Zukunft aufkommen können. Dazu gehören auch Gesundheitsgefahren. Professor Dr. Kräusslich hat sie erwähnt, die Zoonosen und verschiedene andere Krankheiten, die von Insekten übertragen werden können, die momentan noch in anderen Regionen der Welt existieren, die aber aufgrund der Erwärmung auch bei uns in Europa auftauchen können. Mit Dengue, Chikungunya und anderen Krankheiten werden wir uns beschäftigen müssen. Das ist die direkte Antwort darauf.

Dass wir uns jetzt politisch mit der Klimakrise beschäftigen, ist nicht der Fall. Das wird auf europäischer Ebene im Rahmen anderer Politikfelder gemacht. Für uns ist wichtig, dass wir frühzeitig Gefahren erkennen; und dafür brauchen wir vernünftige Intelligence-Systeme, die besser arbeiten als das, was wir jetzt haben – das ist unsere Meinung –, um diese Gefahren erkennen, darauf Antworten finden und schnell reagieren zu können.

Auf die Frage nach Reisebeschränkungen – ich denke, bei dem Thema sind wir uns alle einig – gebe ich Ihnen eine institutionalisierte Antwort. Es war natürlich eine Katastrophe, als die Grenzen unilateral geschlossen wurden. Aus epidemiologischer Sicht sind Grenzschließungen kein optimales Mittel. In ganz extremen Situationen ist es aber ein Mittel, das in Betracht gezogen werden muss. Natürlich müssen die Folgen davon immer abgewogen werden. Insgesamt war das, was im März 2020 passiert ist, eine größere Katastrophe. Es gibt Grundrechte, die man auch in einer schwierigen Situation wie den ersten drei bis fünf Monaten der Coronapandemie aufrechterhalten muss. Am Ende des Tages war es, denke ich, eine gute Entscheidung, auf europäischer Ebene Grundlagen dafür zu finden, wie man Reisen kontrollieren kann, um eine weitere Ausbreitung der Pandemie zu kontrollieren. Das hat funktio-

niert. Solange so etwas in Koordination zwischen den Staaten funktioniert, ist es eine richtige Lösung.

Zur Forschung: Ich gebe Ihnen nicht darin recht, dass die EU-Forschungsförderung ein bürokratisches Monster ist. Sie müssen sehen, dass für die Forschung enorme Summen vernünftig ausgegeben werden müssen und nicht mit der Gießkanne verteilt werden dürfen. Sie sollten dort eingesetzt werden, wo die Forschung Ergebnisse erzielt, aber nicht nur für Forschung, die auf angewandte Produkte ausgerichtet ist. Es gibt auch viel Grundlagenforschung, die extrem notwendig ist, auch wenn sie am Ende des Tages nicht durch dieses Valley of Death oder zu Produkten führt. Ich habe mir zwei Beispiele aufgeschrieben: Das eine ist 50 Jahre alt, der National Cancer Act in den USA, und das andere ist das Human Genome Project. Über diese Projekte wurde massiv in die Erforschung der Ursachen und der Entwicklung von Krebs investiert. Dabei sind im Laufe verschiedener Forschergenerationen extrem viele Produkte herausgekommen. Man müsste versuchen – das versucht auch HERA –, auf europäischer Ebene bei Investitionen in die Erforschung von Infektionskrankheiten, vor allem von Infektionskrankheiten mit pandemischem Potenzial, eine Konsolidierung zu erreichen. Das sind in der Regel Infektionskrankheiten, die vielleicht in anderen Regionen der Welt einen größeren Einfluss haben als in Europa. In den USA gibt es eine andere, eine schlankere Struktur und auch eine bessere Vernetzung der verschiedenen nationalen Organisationen, die zusammenarbeiten, um die Prioritäten zu setzen, und sich dann auch um die Umsetzung kümmern. Das funktioniert dort ganz gut.

Wir, die HERA, haben ein Budget von insgesamt 6,1 Milliarden € für sechs Jahre. Das hört sich viel an und ist auch extrem viel Geld. Wenn man aber sieht, was damit passieren soll, kann es auch sein, dass es nicht genügend Geld ist. Das werden wir noch sehen. Zumindest haben wir einen Plan dafür, wie das Geld ausgegeben werden soll. Ein Teil davon – es ist eine Querfinanzierung – kommt aus Instrumenten, die schon existierten, als die HERA gegründet wurde: aus dem europäischen Forschungsprogramm Horizon Europe und 2,7 Milliarden € aus dem rescEU, dem Zivilschutzfinanzierungsprogramm zum Betreiben von Vorratshaltung, Stockpiling. Daran sind wir gerade. In den ersten zwei Jahren gibt es in dem Bereich ein Budget von 1,3 Milliarden €, das in die strategische Vorratshaltung investiert werden soll. Es geht nicht darum, dass die EU eine Shoppingmall wird, sondern darum, dass strategische Mittel bevorratet werden. Das müssen keine Endprodukte sein, das können auch Vorstufen sein, wie z. B. Stoffe, die bis Phase 1 entwickelt worden sind, wie sie Herr Professor Kräusslich erwähnt hat.

Für die Forschung geben wir auch jedes Jahr Hunderte Millionen Euro aus. Das alles passiert im Rahmen des normalen Programms. Das heißt, wir besetzen bestimmte Themen im Bereich der Infektionskrankheitsforschung, der der Impfstoffentwicklung, der Diagnostikentwicklung, der Therapeutikaentwicklung, der Entwicklung von Breitband-Antiviralen usw. Das ist jetzt alles im Gange, aber es passiert im Rahmen des normalen Prozesses. Ich weiß, das ist langsam, aber es ist ein komplexer Prozess,

und es gibt 27 Mitgliedsstaaten inklusive der ganzen Forschungseinrichtungen, die an dem Forschungstopf teilhaben wollen und gute Projekte einreichen.

Zur Datenbereitstellung in Baden-Württemberg: Wir versuchen, ein besseres Datenaustauschsystem zwischen den Mitgliedsstaaten aufzubauen. Das Ganze passiert
auch auf nationaler Ebene in Deutschland. Wenn es die Möglichkeit gibt, mit einem
System kompatibel zu sein, statt einen Flickenteppich mit unterschiedlichen Datenquellen zu haben, deren Qualität unterschiedlich bewertet werden und bei denen die
Herkunft der Daten unterschiedlich ist, wären wir schon sehr weit. Wenn BadenWürttemberg darin investiert und sich aktiv darum kümmert, dass ein solcher Austausch auf nationaler Ebene innerhalb der Bundesländer erfolgt und eine Verknüpfung mit europäischen Datenbanken erfolgt, wäre es hervorragend. Das ist ein wichtiger Punkt. Wir haben zu verschiedenen Zeitpunkten während der Pandemie unter
schlechten oder nicht vorhandenen Daten gelitten, weil wir keine politischen Entscheidungen treffen konnten.

Dann zur Frage nach der Vorratshaltung von Schutzausrüstung. Leider war ich heute Morgen nicht hier. Wir machen das auf der strategischen Ebene. Wir haben keine Abdeckung für 450 Millionen. Wichtig ist – wie bei den Daten –, dass aus den Mitgliedsstaaten Rückmeldungen kommen, was an Bevorratung vorhanden ist. Das erfordert einen Austausch innerhalb der Länder und der einzelnen Strukturen wie dem Katastrophenschutz und dem Gesundheitssektor. Es geht nicht darum, die letzte Maske zu erfassen, sondern darum, zu sehen, was auf europäischer Ebene unter strategischen Gesichtspunkten und was in den einzelnen Strukturen besser bevorratet ist, um die Verfügbarkeit der Schutzausrüstung oder anderer wichtiger Stoffe zu sehen. Dafür müssen wir die Rückmeldungen aus den Mitgliedsstaaten bekommen.

Wir investieren in diesem Jahr z. B. 580 Millionen € über das rescEU-Programm für Medizinprodukte und Schutzausrüstung, um sich mit chemisch-biologischen und nuklearen Gefahren auseinandersetzen zu können, wenn es so weit ist. Das ist eine sehr mühsame Angelegenheit. Obwohl die Stoffe von der EU bezahlt werden, ist es schwierig, Mitgliedsstaaten zu finden, die auch bereit sind, diese Stocks anzulegen. Das ist wirklich kein Selbstläufer. Am Ende des Tages ist das aber nicht das Wichtigste. Wichtig ist ein guter Austausch, damit wir sehen, was vorhanden ist, und nicht so dastehen wie Anfang 2020. Ich erinnere mich noch an die erste Sitzung des gemeinsamen Gesundheitsausschusses am 15. Januar 2020, als wir alle Mitgliedsstaaten abgefragt hatten, ob es mit der Schutzausrüstung irgendwelche Probleme gibt. Vier Länder haben damals gesagt, sie müssten erst nachschauen. Der Rest hat gesagt, es passt. Das war am 15. Januar, und Mitte Februar brach die Hölle aus. Das war einer der Gründe dafür, dass wir eine Vorratshaltung an bestimmten Produkten gefordert haben, so z. B. an Masken für den medizinischen Sektor, um die Leute schützen zu können, die einen direkten Kontakt zu den Patienten haben. Das ist die Lehre, die wir daraus gezogen haben.

Auf die Frage nach der EU-Medizinprodukterichtlinie kann ich Ihnen leider keine klare Antwort geben. Ich werde mich genauer erkundigen, damit ich Ihnen keinen Unsinn erzähle. Ich werde noch einmal darauf zurückkommen.

Die Frage nach der sanften Unabhängigkeit von Weltmärkten habe ich nicht ganz verstanden. Wir alle operieren in globalen Zusammenhängen. Das heißt, bestimmte Produkte oder Vorstufen für den Medizinbereich werden vor allem in Indien oder China produziert. Hier stellt die EU auch bestimmte Programme auf, um eine strategische Autonomie herzustellen. Das ist kein neues Schlagwort, das ist seit Ende der Fünfzigerjahre möglich, aber es ist immer ausschließlich im Verteidigungsbereich genutzt worden. Jetzt gibt es das Programm IPCEI, Important Projects of Common European Interest, das die französische Präsidentschaft angestoßen hat. Die Franzosen investieren darin allein 1,5 Milliarden €. Mit diesem Programm sollen bestimmte Marktungerechtigkeiten ausgeglichen werden. Das ist ein Eingriff in den Markt und daher als ein spezielles Programm genehmigungspflichtig. Ende Oktober, Anfang November erwarten wir die ersten Vorschläge von Firmen im Bereich der biomedizinischen Forschung und Entwicklung. Ich hoffe, dass darunter auch einige gute Vorschläge sind.

Wir müssen uns auch einfach mit der Tatsache auseinandersetzen, dass Märkte global strukturiert sind. Dennoch schauen wir, die HERA, uns alle strategisch wichtigen Stoffe und Vorstufen, also Elemente, die in bestimmten Supply-Chains wichtig sind, daraufhin an, was wirklich kritisch ist und was innerhalb der EU verfügbar und zugänglich sein sollte. Das ist eine der Arbeiten, die wir machen. Das ist relativ komplex, und dafür gibt es auch Mittel, um eine Vorratshaltung zu installieren.

Vielen Dank.

Sv. Herr Dr. Kräusslich: Frau Krebs, zur Beantwortung Ihrer Frage nach der Verantwortung der Wissenschaft in der Kommunikation: Wir haben eine hohe Verantwortung in der Kommunikation, sind dafür aber schlecht ausgebildet. Es gibt Personen, die das gut können, und Personen, die das nicht gut können. Damit muss man im Moment leben. Wir können sicherlich die Schulung verbessern, damit Wissenschaftler gerade in exponierten Positionen stärker verstehen und lernen, dass ihre Aufgabe in der Information und der Kommunikation in die Öffentlichkeit besteht. Ich vertrete immer und überall das Credo: Wir sind eine Landesuniversität, wir sind für das Land Baden-Württemberg da, und wenn dort eine Frage gestellt wird, dann ist es unsere Aufgabe – nicht nur unser Vergnügen oder etwas, was wir so nebenbei machen –, die entsprechende Rolle zu übernehmen. Die Kollegen, mit denen ich zu tun hatte, waren alle bereit dazu. Das kann ich für mich auch sagen. Wenn ich angefragt worden bin, habe ich das gemacht und mich darum bemüht.

In den Runden des Expertenrats habe ich es immer geschätzt, wenn der Ministerpräsident gesagt hat: "Ich will Ihren Rat hören, entscheiden tun wir." Das ist in der öffentlichen Wahrnehmung teilweise falsch angekommen. Ich erinnere mich noch, als die "Bild"-Zeitung kommunizierte: "Diese Menschen geben die Regeln für Deutschland." Das darf nicht das Verständnis sein. Die Aufgabe der Politik muss es sein, die Entscheidungen zu treffen und zu verantworten. Gute Politik wird dann funktionieren, wenn sie sich mit dissonanten Wissenschaftsmeinungen auseinandersetzt, sie aufnimmt und dann idealerweise kompetente Berater hat. Persönlich bin ich der Auffassung, dass es einem Parlament oder einer Regierung gut anstehen könnte, einen wissenschaftlichen Beirat zu verschiedenen Disziplinen zu haben, der Standing ist, der nicht nur für eine aktuelle Krise geholt wird, sondern der dauerhaft solche Funktionen ausüben könnte. Ich bewerbe mich nicht um diesen Job, verstehen Sie mich bitte nicht falsch. Generell ist das aber mein Bild des Ganzen. Ich nehme für uns an den Universitäten mit, dass Kommunikationsaufgaben im Studium auch zu dem gehört, was wir lehren sollten. Daran müssen wir arbeiten. Das gilt nicht nur für die Pandemie, sondern auch für viele andere Fälle.

Sie hatten gefragt, was wir leisten müssen, was wir leisten können. Am Ende ist es eine gesellschaftliche Frage, über die man insgesamt diskutieren muss. Die Wissenschaft kann sagen: Wenn wir das machen und folgende Voraussetzungen erfüllen, werden wir es ermöglichen. Ich will an ein oder zwei Beispielen verdeutlichen, was ich damit meine, ohne Ihnen eine konkrete Antwort geben zu können.

Die molekulare Überwachung, die heute Morgen auch von Herrn Roller angesprochen wurde, war in Deutschland de facto nicht existent. In Großbritannien und in Dänemark läuft sie hervorragend. Man schaut einfach, wie sich Erreger verändern. Das gilt nicht nur für Viren. Wir haben auch die schleichende Pandemie der Antibiotikaresistenzen, an die wir parallel denken müssen, die wir in unseren Gedanken nicht einfach ausklammern können. Wir müssen wissen, was wir haben und was es bei uns gibt. Wir sind immer noch in einem vorsintflutlichen Stadium gewesen. Ich will jetzt nicht angeben, aber die Tatsache, dass wir in Baden-Württemberg über die Bundesverordnung hinaus sequenzieren – darüber sind alle sehr glücklich –, beruht darauf, dass ich den Chef der Staatskanzlei im Februar letzten Jahres angerufen und gesagt habe: "Mit der englischen" – später Alpha genannten – "Variante kommt eine neue Variante auf uns zu, über die wir mehr wissen müssen. Könnt ihr dafür ein Programm auflegen?" Das ist dann von Ihnen beschlossen worden und hat uns viele Erkenntnisse gebracht.

Wir könnten uns überlegen, ob wir ein flächendeckendes und breiteres Abwassermonitoring durchführen, wie es in manchen Ländern existiert. Israel macht es, die USA machen es in verschiedenen Regionen. Sie finden im Abwasser alle möglichen Dinge. Sie wissen nicht, wer es hat, aber sie wissen, was in der Bevölkerung schon existiert. Das ist sporadisch auch bei uns durchgeführt worden. Die eine Uni hat gesagt: Wir machen das mit unserem lokalen Klärwerk und schauen uns das einfach an. Andere haben gesagt, wir machen es nicht. Warum machen wir so etwas nicht, wenn Sie fragen, wie wir uns vorbereiten? Zur Frage nach den Handlungsempfehlungen, wie wir aus dem Valley of Death herauskommen. Wenn ich das genau wüsste, würden wir es alle machen. Wir haben zu wenig Einbindung der Wirtschaft in dem Bereich. Auf europäischer Ebene funktioniert das mit der EFPIA sehr gut. Auf nationaler Ebene krankt es daran, dass wir in Deutschland keine Pharmaindustrie mehr haben, sodass wir nur international agieren können. Wir können in Deutschland nichts Vernünftiges machen, weil die Pharmaindustrie durch gesetzliche und andere Regelungen, aber auch aus anderen Gründen faktisch aus Deutschland verschwunden ist. Es gibt kleine Biotech-Firmen, es gibt Start-ups, es gibt BioNTech, aber es gibt keine klassische Pharmaindustrie mehr. Ohne die ist das Problem nicht lösbar. Die öffentliche Hand wird das nicht stemmen können, sondern es geht nur in Verbindung mit der Pharmaindustrie. Deshalb ist die Partnerschaft, die BioNTech mit Pfizer frühzeitig eingegangen ist, sinnvoll. Sie brauchen große Pharmakonzerne. Ob man die mag oder nicht, ist komplett irrelevant. Es geht nicht ohne sie. Wir müssen sie mit im Boot haben. Sie gehen auch gern mit ins Boot.

Erlauben Sie mir einen kleinen Seitenhieb an meinen Nachbarn von der EU. Es gibt tolle EU-Programme im Bereich der Forschung. ERC ist toll. Es gibt aber auch extrem schwer laufende bürokratische Programme. In den USA hat man innerhalb eines halben Jahres sieben Centers for Excellence for Antiviral Development errichtet. Die sind auch evaluiert, die sind auch kompetitiv, die sind auch hoch qualifiziert. Es stimmt einfach nicht, dass man die ganze Bürokratie braucht, um die besten zu evaluieren. Es geht auch anders. Dabei bleibe ich.

Zu Schweden und Israel: Schweden hatte den Staatsepidemiologen Anders Tegnell, der eine ganz klare Strategie hatte: Schweden geht einen Sonderweg, und das ist der richtige. Schweden hatte am Ende dann doch die höchste Todesrate im gesamten westlichen Raum. Ich glaube, niemand im Epidemiologie- und Forschungsbereich zweifelt daran, dass der Weg nicht gut war, aber man ist dieser einen Person gefolgt. Israel hatte dagegen jemanden, der extrem gut organisieren konnte, der die Programme sehr gut auf den Weg gebracht hat und frühzeitig reagiert hatte. Damit wollte ich sagen, dass es auf die Person ankommt, wenn man sich auf eine Person konzentriert. Deshalb glaube ich, dass Apparate resilienter sind, die aus mehr als einer Person bestehen und in denen eine Personengruppe agiert.

Verordnungen von Freitagnacht um 23 Uhr sollten nicht regeln, was ab Montagmorgen um 7 Uhr gilt. Mein Rektor kann Ihnen ganz viel darüber erzählen, wie er am Montag den Hörsaal organisieren sollte, wenn er die Verordnung am Samstag bekommen hat. Am Anfang der Notlage kann man sehr viel Verständnis für diese Situation haben. Dafür, dass es 2021 an vielen Stellen immer noch so lief, ist unser Verständnis begrenzt. Die Frage, wie ich Verordnungen so hinbekomme, dass sie frühzeitig vorliegen und dann angewandt werden können, kann die Wissenschaft nicht beantworten.

Die Expertenkommission war in kurzer Zeit mit einer unlösbaren Aufgabe beschäftigt. Ihr Bericht gibt das wieder. Deswegen bin ich ein bisschen vorsichtig. Wir wissen schon, welche Maßnahmen viel, welche wenig und welche gar nichts gebracht haben. Wir wissen es nicht im Detail und auch nicht für jede Maßnahme, aber eine klare Vorstellung davon kann man gewinnen, die, glaube ich, auch zu Handlungsempfehlung leiten kann. Ich glaube nicht, dass die reine Kommunikation zwischen Wissenschaft und Politik das Problem, das Sie angesprochen haben, lösen wird, denn die Frage ist, welche Wissenschaft angesprochen wird.

Sie haben heute Morgen die Diskussion mit verschiedenen Kolleginnen und Kollegen, die sehr unterschiedliche Ansichten haben, gehört. So gibt es die Fraktion, die "Zero Covid" vertritt und sagt, wir sollten es so machen wie China: Jeder sollte für drei Wochen weggesperrt werden. Dann gibt es Leute – wie in Schweden –, die sagen, man sollte alles offen lassen. Sie werden diese breite und auch kontroverse Diskussion haben, und – das habe ich am Anfang gesagt – wir werden sie aushalten müssen. Es gibt nicht die Lösung, dass wir sagen, die Wissenschaft sollte sich einmal einigen und mit einer Antwort kommen, weil das nicht das Prinzip der Wissenschaft ist. Das Prinzip der Wissenschaft ist es, alles infrage zu stellen und nach Neuem zu suchen. Das ist vielleicht eine unbefriedigende Antwort, aber sie ist die ehrlichste, die ich Ihnen geben kann. Ich glaube, sie ist auch korrekt für die Art, wie wir Wissenschaft verstehen.

Herr Sänze, Sie hatten gefragt, ob die Impfstofflogistik nur für die mRNA-Impfstoffe oder für alle gilt. Sie gilt für alle. Mit unterschiedlichen Firmen, die unterschiedliche Arten von Produkten, Kompetenz und Kapazität bereitstellen, sind Verträge geschlossen worden, also mit Firmen, die mRNA-Impfstoffe herstellen, mit Firmen, die vektorbasierte Impfstoffe herstellen, und mit Firmen, die proteinbasierte Impfstoffe herstellen. Explizit wird alles, was wir momentan an Impfstoffen verwenden, kontingentiert und in der Vorratshaltung vorgesehen. So ist ZEPAI aufgestellt. Die Frage kann man klar beantworten.

Zur frühzeitigen Risikokommunikation als Vorbereitung: Das Problem ist, dass wir nicht wissen, was auf uns zukommt. Wenn wir es wissen, ist es oft zu spät. Diese Frage beschäftigt mich sehr: Wie schaffe ich eine differenzierte Risikokommunikation in einer sehr auf Extreme gepolten Welt? Eine differenzierte Risikokommunikation besagt, es könnte im Winter – diese Diskussion führen wir im Moment – möglicherweise eine neue Variante auftreten, und das könnte ein Problem sein. Aber es ist nicht extrem, es ist auch überhaupt nicht wahrscheinlich, und wahrscheinlich wird sie auch nicht kommen. Nach meiner persönlichen Einschätzung sollten wir den Leuten sagen, wir können das nicht ausschließen, lasst uns in der momentanen Situation vernünftig weiterleben, und dann sehen wir schon, wann etwas kommt. Sie werden aber unterschiedliche Meinungen hören, und Sie haben in den letzten Tagen einen meiner Kollegen gehört, der große Sorgen vor dem, was im Winter sein wird, verbreitet. Den kann ich auch nicht daran hindern.

Wie soll ich das lösen? Wie wollen Sie das lösen? Das kann niemand lösen. Das müssen wir in einer breiten und möglichst gut funktionierenden Gesamtkommunikation angehen. Wir können nicht dem Einzelnen den Mund verbieten, weil er vielleicht eine andere Meinung hat, die am Ende auch richtig sein könnte. Anders geht es nicht.

Schauen Sie: In China haben wir die umgekehrte Situation. China hatte Anfang September in Chengdu 150 Fälle und daraufhin eine 25-Millionen-Stadt abgeriegelt. Damit bekommen sie es in kürzester Zeit in den Griff. Wollen wir das? Nein.

(Abg. Emil Sänze AfD: Ich empfehle trotzdem mehr Gelassenheit!)

 Absolut! Ich empfehle auch mehr Gelassenheit. Der Überzeugung bin ich. Diese ganze Aufgeregtheitskultur ist eine Katastrophe.

Vorsitzender Alexander Salomon: Das kann man so oder so sehen.

Sv. Herr Dr. Kräusslich: Das kann man unterschiedlich sehen, ja.

Vorsitzender Alexander Salomon: Genau. – In der zweiten Fragerunde habe ich noch Frau Professorin Dr. Elsbernd, Herrn Abg. Dr. Preusch, Herrn Professor Dr. Busemeyer und Herrn Dr. Müller. Ich habe vier Wortmeldungen.

(Sv. Herr Dr. Kräusslich: Jetzt müssen wir kürzer antworten!)

 Oder kürzer fragen. Beides wäre ganz gut. Wir wollen aber keine Informationen verlieren. – Deswegen gebe ich jetzt das Wort Frau Professorin Dr. Elsbernd.

Dr. Astrid Elsbernd, externes Mitglied: Erst einmal ganz herzlichen Dank für die sehr interessanten Vorträge. – Herr Dr. Philipp, ich hätte an Sie eine Frage, die ich aber erst einmal richtig formulieren muss. In dieser Enquetekommission beschäftigen wir uns damit, wie wir uns auf zukünftige Krisen vorbereiten können, und speziell in dieser Sitzung damit, was es bedeutet, wenn gesundheitliche Notlagen in der Bevölkerung auftreten. Ich finde es ganz toll, dass HERA aufgebaut worden ist. Ich glaube, sie schafft auch Verhältnisse, die wir brauchen. Sie sind für viele Länder zuständig, die wahrscheinlich auch ganz verschiedene Kulturen und Bürgerschaften haben. Am Beispiel der Coronakrise merkt man auch, dass die Gesellschaften sehr unterschiedlich damit umgegangen sind. Wer gereist ist, hat gesehen, dass irgendwie alles möglich war.

Sie sagten, wir brauchen Daten, und auch die Länder sollen Daten erheben. Welche Daten brauchen wir möglicherweise von den Bürgerschaften? Wir haben hier in Baden-Württemberg, aber auch national festgestellt, dass wir von den pflegebedürftigen

Menschen im ambulanten Setting weder Zahlen haben noch sonst etwas wissen. Auch die Daten der Kassen können wir kaum heranziehen.

Die zweite Frage in diesem Kontext: Sie sagten, wir bevorraten Schutzmasken, Handschuhe, wir geben Empfehlungen. Die ganzen Schutzmaßnahmen und -artikel sind das eine. Das andere ist, wie man damit umgeht. Das heißt, wir brauchen bestimmte Gesundheitskompetenzen, um all das vernünftig nutzen zu können. Mich interessiert, ob sie in dem Bereich auch Forschung unterstützen oder Impulse geben, damit nicht nur Verhältnisse geschaffen werden, sondern damit auch das Verhalten der Bürgerschaften durch Bildung und nicht nur durch Kommunikation beeinflusst wird. Ich glaube, neben Kommunikation brauchen wir auch Bildung.

Mein zweiter Fragenblock richtet sich an Sie, Herr Professor Dr. Kräusslich. Ich habe mit Freude gehört, dass Sie gesagt haben: Wir wussten, dass eine Pandemie kommt. So ist es jetzt auch. Wir wissen, dass uns weitere Krisen ereilen, und wir wissen auch, dass das Gesundheitswesen ein Sektor ist, der besonders gefährdet ist, weil dort Menschen sind, die sich nicht selbst versorgen können, für die wir eine besondere Verantwortung haben. Meine Frage geht in die Richtung der Frage von Frau Krebs. Mich interessiert die Verantwortung der Wissenschaft, und zwar nicht nur in Bezug auf die Impfstoffe, die wir möglicherweise als Nächstes brauchen. Die Impfstoffe sind nur das eine, was wir dagegensetzen können. Wir haben noch jede Menge anderer Maßnahmen, die wir entwickeln und dagegensetzen können. Wie kann Forschung auf diesem Gebiet auch breiter aufgestellt werden? Ich meine damit auch die Erforschung anderer Maßnahmen. Bis heute kann niemand die Frage beantworten, ob in Gemeinschaftsräumen von Pflegeheimen Lüfter aufgestellt und damit die Masken ersetzt werden können.

Wie können wir die Compliance der Bürger durch bessere Gesundheitsinformationen verbessern und unterstützen, und wie kann die Forschung uns dabei helfen?

Vielen Dank.

Abg. Dr. Michael Preusch CDU: Ich möchte auf die Fragen eingehen, warum wir keine Pharmaindustrie mehr haben, warum es so schwierig ist, Versuche durchzusetzen, und warum BioNTech in Mainz und nicht in Freiburg, Tübingen, Ulm oder Heidelberg gelandet ist. Wir haben uns heute Morgen schon einmal über das Thema Surveillance unterhalten. Wir sehen, dass es ganz unterschiedliche Substrate – vom Abwasser bis zur Schleimhaut – gibt, die ich als Frühwarnsystem nutzen kann. Das wäre eine Frage an Sie, Herr Philipp: Wäre es eine Option, dass Sie in Ihrem Einzugsbereich solche Stellen einrichten, damit wir ein europaweites Frühwarnsystem haben?

Ich sage es einmal ganz vorsichtig – Herr Dr. Kräusslich ist auf diesem Gebiet Spezialist –: Bei den Affenpocken sind wir mit einem blauen Auge davongekommen. Die Frage ist, ob es die Möglichkeit einer Art Früherkennung von viralen oder bakteriellen

Erregern, die uns Schwierigkeiten machen, gibt, um möglichst frühzeitig zu erkennen, was los ist. Wir wissen, wir haben den Werkzeugkoffer, der dann nur noch bedient werden kann. Ich glaube aber, das A und O ist eine Früherkennung. Die beginnt bei den Legionellen im Großmarkt in Konstanz und endet bei den Affenpocken in Marseille. Ich glaube, wir brauchen ein Frühwarnsystem bei allen Möglichkeiten der Substrate, die wir mittlerweile haben. Wäre es eine Option, mit den finanziellen Mitteln in den Mitgliedsstaaten ein entsprechendes Frühwarnsystem aufzubauen?

Dr. Marius R. Busemeyer, externes Mitglied: Ich habe eine Frage an Herrn Philipp. Es ist schon einiges angesprochen worden. Wir hatten in der Pandemie immer wieder das Spannungsverhältnis zwischen EU-weiten Zielen bei der Beschaffung von Impfstoffen und der EU-weiten Solidarität, also der Unterstützung der Mitgliedsstaaten, die temporär ein bisschen schlechter dastehen, durch die Mitgliedsstaaten, die ein bisschen besser dastehen. Wir haben an der Uni Konstanz zu diesem Thema Forschung gemacht, die gezeigt hat, dass die Menschen zur Erreichung medizinischer Ziele durchaus zu einem höheren Maß an Solidarität innerhalb der EU bereit sind als bei Themen wie Arbeitslosigkeit oder Wirtschaftskrisen, bei denen man häufig den südlichen Mitgliedsländern die Schuld daran selbst zuweist. Um daraus eine Frage zu formulieren: Wie realistisch halten Sie es – ganz nüchtern betrachtet –, dass es gelingen kann, in Zukunft das Prinzip der EU-weiten Solidarität durch die HERA besser durchzusetzen als zuvor?

Die Anschlussfrage daran: Was ist mit den Ländern außerhalb der EU? Ich denke dabei vor allem an Großbritannien, aber auch an die USA, die eine klare "Great Britain"-First- bzw. America-First-Politik betrieben haben. Wie kann sich die EU mittelfristig besser aufstellen und globale Vernetzungen fördern, damit so etwas auf globaler Ebene nicht noch einmal passiert?

Dr. Christoph Müller, externes Mitglied: Herr Dr. Philipp, Sie sind in Ihrem Vortrag sehr stark auf der EU-Ebene und der deutschen Ebene geblieben. Wir sind die Enquetekommission des Landtags von Baden-Württemberg. Am Ende müssen wir hier zu Handlungsempfehlungen für ganz konkrete Themen kommen. Deshalb die Frage an Sie: Welche drei Themen würden Sie dem Land Baden-Württemberg empfehlen zu bearbeiten? Oder umgekehrt formuliert: Welche drei Themen würden Sie sich vom Land Baden-Württemberg wünschen, dass sie bearbeitet werden?

Herr Professor Dr. Kräusslich, bei Ihnen habe ich einige konkrete Handlungsempfehlungen zur Wissenschaft, zum Datenschutz, zu Genehmigungsverfahren, zur Vernetzung und zur internationalen Kooperation erkannt. Vernetzung war auch heute Morgen das Thema. Insofern bin ich auf der Suche nach konkreten Ansatzpunkten. Welche drei Punkte können Sie uns nennen, wie man die Vernetzung ins konkrete Leben überführen kann?

Vorsitzender Alexander Salomon: Dann gebe ich das Wort an die beiden Sachverständigen. Entscheiden Sie, wer beginnen soll.

(Sv. Herr Dr. Kräusslich: Herr Dr. Philipp sollte beginnen, ihm wurden viel mehr Fragen gestellt!)

– Das bedeutet aber nicht, dass man auch länger reden muss. Vielleicht sollten Sie die Antworten pointiert abgeben, denn der Hinweis von Herrn Dr. Müller war völlig richtig. Ich habe es heute Morgen auch im Rahmen der Fragerunde bei Herrn Minister Lucha gesagt: Wir wollen Handlungsempfehlungen erarbeiten, die auf Landesebene umsetzbar sind. Der Bund freut sich sicherlich auch über Empfehlungen von unserer Seite. Das sollte man aber nicht überstrapazieren. – Herr Dr. Philipp, bitte sehr.

Sv. Herr Dr. Philipp: Ich werde mich kurzfassen. Wenn es weiterer Erläuterungen bedarf, bin ich immer erreichbar.

Daten aus der Bürgerschaft oder direkt aus Institutionen wie Altenheimen usw. usf. sind absolut notwendig. Dafür muss in Digitalisierung und Programme investiert werden. Die Dänen – Sie haben es erwähnt – haben es hervorragend gemacht. Die hatten eine granulare Übersicht darüber, was passiert, wer infiziert ist, wie die einzelnen Ketten aussehen, welche weiteren Erkrankungen die Bürger haben usw. usf. Das hat nichts mit einer Überwachung zu tun, sondern damit, dass man besser abschätzen kann, wo man schneller und vor allem mit welchen Mitteln aktiv werden sollte. Die Leute, die sich in unserem Haus mit Datenschutz beschäftigen, werden mich wieder kreuzigen. Das ist aber wichtig, und dafür muss man Lösungen finden. Das ist machbar, und es ist auch eine Frage des politischen Willens.

HERA organisiert auch Trainings, z. B. Training of the trainer, wenn es zum Einsatz von Schutzmitteln und Schutzmaßnahmen kommt. Sie organisiert auch die Ausbildung von Reservekapazitäten, die z. B. bei Impfungen zum Einsatz kommen. Das alles ist in Planung. Wir sind mittlerweile eine kleine Gruppe von ca. 80 Leuten. Wir haben vor einem Jahr mit acht Leuten angefangen. Da stehen wir jetzt. Das ist im Plan. Ich habe nicht alles erwähnt.

Surveillance und Early Warning ist absolut wichtig. Es existiert schon, liegt aber eher – etwas zynisch ausgedrückt – auf der Ebene eines elektronischen Faxgeräts. Wir haben während der Pandemie schon 120 bis 130 Millionen € insgesamt investiert, die wir über das ECDC an die Mitgliedsstaaten verteilt haben. Wir haben das Programm aufgelegt, um Abwassermonitoring zu betreiben – das passiert, Mittel stehen dafür zur Verfügung – und um die Rate der Sequenzierung zu erhöhen. Das ist in vielen Mitgliedsstaaten massiv eingesetzt worden. Ich habe jetzt keine genaue Übersicht darüber, wer das Geld abgerufen hat. Ein europäisches System zum Abwassermonitoring ist natürlich wünschenswert. Das sind Datenquellen, die man nutzen kann und nutzen sollte, um relativ schnell zu wissen, was wo passiert. Das Geld dafür ist geflossen, und es werden von unserer Seite auch noch weitere Mittel zur Verfügung gestellt. Die Zahlen kann ich Ihnen noch mitteilen. Das läuft alles über das Gesundheitsprogramm der EU.

Zur EU-Solidarität: Bei der Impfstoffbeschaffung und -verteilung gab es ein sehr großes Maß an Solidarität, die sich etabliert hat und die wir auch noch immer haben. Die Impfstoffverträge laufen noch. Die Impfstoffe werden noch weiter verteilt. Mittlerweile sind wir in dem Modus, dass wir nicht einfach die Bestelllisten für die Firmen abarbeiten, sondern dass wir versuchen, die Impfstoffe dahin zu bringen, wo sie gebraucht werden, und die Lieferungen zeitlich zu verzögern, wenn die Impfstoffe nicht benötigt werden. Die Mitgliedsstaaten arbeiten dabei extrem gut zusammen.

Die Solidarität in anderen Bereichen, in denen wir bestimmte Antivirale gemeinsam beschafft und organisiert haben, war nicht so toll. Daran muss weiter gearbeitet werden. Das geschieht aber nur dann, wenn dabei auch die politische Führung mitarbeitet. So ist HERA ausgelegt.

Sollte in der Zukunft wieder eine "Pandemic Health Emergency"-Situation in der EU auftreten, muss das erklärt werden. Dafür wird es jetzt eine gesetzliche Grundlage geben. In dem Fall kann HERA das sogenannte Krisenboard etablieren. Dieses kümmert sich dann um genau das, was in puncto Solidarität passieren soll. Es soll von der jeweiligen Kommissionspräsidentin oder dem jeweiligen Kommissionspräsidenten geleitet werden. Auch alle Mitgliedsstaaten werden in diesem Krisenboard durch die politische Entscheidungsebene vertreten sein. Wer das ist, ist die Frage eines jeden einzelnen Landes. Es soll auf jeden Fall hoch angesetzt werden, damit Entscheidungen getroffen werden, wann, wo und wie welche Gegenstände beschafft und wie sie verteilt und eingesetzt werden. Dieser Mechanismus trägt in gewisser Weise dazu bei, dass man vielleicht auch schneller ein gutes Level an Solidarität erreicht als es während der Pandemie zum Teil der Fall war. Ich möchte an die ersten Monate erinnern. Auch die Beschaffung und Verteilung der Masken haben einige Länder noch nicht vergessen. Das ist ein extrem wichtiger Punkt; denn nur so funktioniert es. Das ist ganz klar.

Jetzt die drei Empfehlungen für Baden-Württemberg – ich weiß nicht, ob Sie mitschreiben sollten, ob ich jetzt wirklich etwas richtig Gutes nenne –: Ein Punkt ist die Digitalisierung in allen Bereichen. Das betrifft nicht nur Baden-Württemberg, sondern alle Länder. Im Gesundheitsbereich ist die Digitalisierung die absolute Krux. Die mangelhafte Digitalisierung hat zu vielen Problemen geführt, nicht nur bei der Pandemienachverfolgung und -erkennung, sondern auch bei der Maßnahmensteuerung. Das kann man einfach nicht brauchen.

Der zweite Punkt sind Investitionen in starke Gesundheitssysteme. Das hört sich ein bisschen platt an, ist aber relativ einfach. Man braucht Kapazitäten, um mit gewissen Gesundheitsgefahren umgehen zu können. Das kostet Geld. Man muss Gegenstände vorhalten, die man nicht jeden Tag braucht, und dazu braucht es schlaue und starke Gesundheitssysteme. Nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern bluten die Gesundheitssysteme zum Teil aus, sodass es während der Pandemie in anderen Bereichen zu einer Unterversorgung gekommen ist. Diese Investitionen müsste man sich in diesem Jahrtausend in Europa leisten können.

Ein dritter Punkt ist das schnelle, differenzierte und informierte Treffen von Entscheidungen. Das muss auf politischer Ebene geschehen. Diese Möglichkeit besteht, sie muss nur umgesetzt werden. Das heißt nicht, dass nur eine Meinung zählt oder dass nur einer sprechen darf. Das heißt aber auch, dass die Meinungen zusammengetragen und Entscheidungen getroffen werden sollten, die dann klar für die Bürger kommuniziert werden können. Das gilt nicht nur für die Pandemie, sondern auch für die Zeit davor. Die Bildung ist in dem Bereich wichtig, um eine gewisse Sensibilisierung oder vielleicht auch Desensibilisierung der Bürger zu erreichen. Ich kann Ihnen noch ein paar andere Punkte nennen, aber das machen wir vielleicht hinterher beim Kaffee.

(Sv. Herr Dr. Kräusslich: Es durften ja nur drei sein! Insofern ist jetzt Schluss!)

- Genau.

Vorsitzender Alexander Salomon: Trotzdem wäre es gut, wenn Sie sie uns allen mitteilen könnten, weil wir es in unsere Arbeit einfließen lassen müssen. Sie dürfen bei einer Tasse Kaffee alles sagen, aber Sie sollten es uns allen sagen. – Bitte, Herr Professor Dr. Kräusslich.

Sv. Herr Dr. Kräusslich: Was kann und muss die Forschung sonst noch leisten? Wir dürfen uns natürlich nicht auf pharmakologische Interventionen beschränken. Der Rest gehört auch dazu. Ich hatte das Vergnügen, in einer Taskforce des Landes zum Thema "Aerosole und Übertragungswege" und den Stellungnahmen dazu mitzuarbeiten. Dort sind ganz tolle Menschen, die sich mit Strömungsdynamik und Partikelfiltern befassen und Kenntnisse dazu hatten, zusammengekommen. Eine solche Initiativkraft sollte man nicht verlieren. Sie haben dazu sehr interessante Ergebnisse erzielt.

Ich kann Ihnen ein zweites Beispiel nennen. Im Rahmen der Medizininformatikinitiative gibt es ein Projekt, das sich damit beschäftigt, wie die Ausbreitungswege von architektonischen und lüftungstechnischen Wegen, von Laufwegen oder Essenswagenwegen und anderen Wegen abhängen. Diese Wege werden modelliert und digitalisiert, um zu versuchen, daraus neue Wege zu machen. Das ist ganz interessant. SARS hat sich ursprünglich im Metropolhotel in Hongkong ausgebreitet, wo ein Infizierter in einem Zimmer eingecheckt hat und sich die Gäste in den sieben Zimmern um dieses Zimmer herum infiziert hatten, woraufhin sich die Infektion über die ganze Welt ausgebreitet hat. Das war in einem Hotel. Über die Lüftungswege kann man genau nachvollziehen, wie das Virus in die verschiedenen Zimmer gekommen ist, welche Zimmer auf der einen Seite des Flures betroffen waren und welche Zimmer auf der anderen Seite des Flures betroffen wurden. Alle diese Forschungsschritte sind wichtig, damit wir diese Erkenntnisse in Pflegeheimen, Kliniken usw. noch stärker berücksichtigen, damit wir aber auch strukturierte Abläufe haben, indem wir

sagen, es ist besser, dies oder jenes zu tun, oder wir brauchen dazwischen noch eine Türe oder eben keine Türe. Daraus kann man noch viel lernen.

Man muss aber immer daran denken, dass die Grundfinanzierung der Forschung keine solchen zusätzlichen Projekte in größerem Umfang erlaubt. Ein Anfang kann dadurch erzielt werden. Wenn man das aber will, müssen wir uns entscheiden, was genau wir wollen. Ich komme wieder auf meine Frage, was müssen, was wollen und was können wir uns leisten, zurück. Was wollen wir investieren, und warum wollen wir es im Land investieren? Sie haben beschlossen, in erheblichem Umfang in die Long-Covid-Forschung zu investieren, in eine Studie über eine längere Zeit, weil wir darüber zu wenig wissen. Das ist gut so. So könnte man sich auch überlegen, ob wir etwas wegen der Ausbreitungsgeschwindigkeit von Atemwegserkrankungserregern machen. Wenn man das machen will, muss man es auch in der Form machen.

Im Covidteil gibt es dann ein paar Personen, die sich darum kümmern, dass die Programme auf den Weg gebracht werden. Das sollten möglichst Personen – das ist Ihre Aufgabe, darüber zu entscheiden – sein, die nicht primär dafür sorgen, das Geld selbst zu bekommen, sondern die dafür sorgen, das Geld sinnvoll einzusetzen. Das kann man erreichen.

Die Compliance der Bürger erreichen Sie am besten dadurch, dass sie Bescheid wissen und dass sie befragt werden. Ich habe es Ihnen vorher erzählt. Alle reden darüber, dass die Leute ihre Daten nicht hergeben wollen. Dann hat man die Patienten befragt, und 95 % haben gesagt, dass sie die Daten hergeben wollen. Es sind nicht die Menschen, die das nicht mitmachen wollen. Wenn sie es verstehen, wenn sie es wissen und wenn sie gefragt werden, ist die Bereitschaft mitzumachen, sehr viel höher. Dafür brauchen Sie keinen Wissenschaftler. Das kann man auf allen Ebenen machen. Natürlich können wir es aber begleiten.

Dann komme ich zu Herrn Müllers drei Punkten, zu den drei Vernetzungsebenen: Vernetzung von Wissenschaft und ÖGD, regionale Vernetzung und Vernetzung von Wissenschaft und Politik. Das wären meine drei Punkte. Ich hatte es vorhin schon angesprochen.

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist ein Silo, der separat von allen anderen lebt und handelt. Er ist zunächst einmal in sich selbst aktiv. In der Pandemie ist es aufgebrochen worden. Es gibt dort eine ganze Reihe sehr engagierter Kolleginnen und Kollegen, die viel machen, die nicht nur reden, sondern auch handeln. Wir brauchen dabei aber eine höhere Durchlässigkeit und bessere Verbindungen. Wir müssen solche Forschungsprojekte wie die eben angesprochenen zwischen universitären Einrichtungen, Hochschulen und außeruniversitären Forschungseinrichtungen auch der Industrie zusammen mit dem ÖGD durchführen, damit auch dort Mitarbeiter in diesen Bereich und wieder zurückgehen und in diesem Umfeld unmittelbar tätig sind.

Wir haben die Allgemeinmedizin stark ausgebaut. Die Allgemeinmedizin hat eine erhebliche Überlappung mit dem öffentlichen Gesundheitswesen. Das sind nicht zwei völlig getrennte Bereiche. Welche Patienten kommen zum Hausarzt? Die wollen doch dort beraten werden. Wenn wir schon diese gesamte Situation haben, könnten wir den öffentlichen Gesundheitsdienst stärker in die Ausbildung und Weiterbildung der Allgemeinmedizin einbeziehen. Wir müssen ihn aus dem Silo herausholen und ihn stärker mit dem, was sonst geschieht, verbinden. Und wir werden die vielen neuen Stellen nicht besetzen können, wenn die Studierenden nicht frühzeitig sehen, dass es total interessant sein kann, was man dort tut, dass es nicht öde Aktenarbeit ist, sondern dass man dort durchaus interessante Arbeiten machen kann. Dann wären auch die von Herrn Preusch erwähnten abbrechenden Kardiologen für den öffentlichen Gesundheitsdienst ganz toll.

Zu den regionalen Vernetzungen: Der Wissenschaftsrat hat empfohlen, regionale Strukturen mit zentralen Steuerungselementen zu verbinden. Das kann die Universitätsmedizin sein, das kann aber auch ein großes Institut wie das Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart sein. Das kann man sich unterschiedlich vorstellen. Dann müssten auch alle zusammenarbeiten. Da müssten sowohl die niedergelassenen Ärzte als auch die öffentlichen und privaten Kliniken und der ÖGD eingebunden sein.

Zur Politik hatte ich vorhin schon gesagt, dass, glaube ich, eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wichtig ist. Die wird idealerweise nicht zu erreichen sein, wenn man immer nur ad hoc zu einem bestimmten Thema – damit ist nicht dieses Gremium gemeint – jemand hinzuholt, der etwas erzählt und dann wieder geht. Sie müssen die Leute aus der Wissenschaft, die es können und auch wollen, in die Verantwortung und die Politik mit einbinden. Die müssen keine Politiker werden, die müssen nicht wie Herr Dr. Preusch als Ärzte in den Landtag gewählt werden. Das können Personen sein, die für diese Arbeit einfach zur Verfügung stehen, die dafür dann aber auch Verantwortung übernehmen. Sie dürfen dann nicht sagen, ich habe jetzt keine Zeit, ich muss noch meinen Antrag XY schreiben oder auf eine Kongressreise gehen. Sie müssen sagen, diese Arbeit hat jetzt Priorität, weil ich diese Verantwortung übernommen habe. Ich verstehe das nicht als Selbstbewerbung. Aber ich glaube, wir brauchen Personen, die schon in einer vertrauensvollen Zusammenarbeit stehen. Man weiß, dass man sich auf sie verlassen kann. Man hat nicht immer eine bestimmte Beziehung, sondern man kann sie auch immer wieder einmal auswechseln, damit keine reine Body-Mentalität entsteht und es dann keine kritischen Fragen mehr gibt. Für eine gewisse Zeit könnte man sie einbeziehen, und dann wieder neue heranziehen. Das wären meine drei Vorschläge. War es konkret genug, Herr Müller?

Vorsitzender Alexander Salomon: Ich glaube, es war konkret genug. Gibt es noch Fragen aus der Runde? – Das scheint nicht der Fall zu sein.

Dann vielen Dank an Sie beide, Herr Dr. Philipp und Herr Professor Dr. Kräusslich, für die Auskünfte und alles Gute für ihr Leben, einmal in der EU und einmal am Uniklinikum Heidelberg. Für Sie beide stehen große Herausforderungen an, und dafür

drücken wir Ihnen die Daumen. Wir freuen uns immer, wenn Sie weitere Ratschläge und Hinweise für dieses Gremium haben. Das steht Ihnen immer frei. Wir sind auch nicht aus der Welt. Wir freuen uns immer, wenn wir von Ihnen etwas hören. Vielen Dank an Sie. Sie können gern hier bleiben, wenn Sie noch die beiden anderen Sachverständigen hören wollen.

Dann leite ich jetzt über zu Herrn Professor Dr. Augurzky und Herrn Dr. Gerhäusser, die beide anwesend sind. Sie haben jetzt jeweils eine Viertelstunde Zeit für ihren Vortrag. Herr Professor Dr. Augurzky, kommen Sie bitte hier vorn ans Redepult. – Bitte sehr.

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

Sv. Herr Dr. Augurzky: Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Abgeordnete! Ich darf Ihnen ein bisschen aus meiner und unserer Arbeit berichten. Corona ist natürlich der Aufhänger, aber den Titel der Enquetekommission – "Krisenfeste Gesellschaft" – verstehe ich umfassender, da wir viele Krisen haben. Die Frage ist, was man aus der Coronakrise für die Krisen, in denen wir uns schon befinden und die noch kommen werden, Iernen kann. Deshalb hat mein Vortrag einen breiteren Aufhänger als nur das Thema Corona.

Was habe ich gemacht, seitdem Corona begonnen hat? Ich habe beobachtet, was in den Krankenhäusern während Corona passiert ist. Dazu will ich Ihnen unsere Analysen zeigen.

Auf meiner Folie 2 sehen Sie links die Leistungsmengen, wie viel Arbeit die Krankenhäuser geleistet haben, wie hoch die Patientenzahlen, die Fallzahlen und das Casemixvolumen waren. Sie sehen, dass es im Jahr 2020 einen massiven Einbruch der Casemixzahlen, also der Fallzahlen, gewichtet nach Schwere der Erkrankungen, gegeben hat. Es waren ca. 8 % weniger. Wenn Sie es auf Fallzahlen beziehen, wären es sogar etwa 14 % weniger. Das ist auch immer noch so. 2021 und 2022 haben wir auch noch ein sehr niedriges Niveau, soweit ich es verfolgen kann. Das ist aus Sicht der Krankenhäuser eine Erlösminderung um etwa 8 %. Gleichzeitig sind aber Personal- und Sachkosten etwa gleich geblieben. Sie sind nicht in gleichem Maß reduziert worden, sondern haben sogar noch zugenommen. Im Jahr 2020 hat man diese Differenz durch Freihaltepauschalen ausgeglichen. Das Krankenhaus hatte zwar weniger Erlöse, hatte aber Ausgleichszahlungen aus Steuermitteln bekommen, die bundesweit 10 Milliarden € betrugen. Das war auf die Länder bezogen ähnlich.

Rechts habe ich Ihnen die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser dargestellt, und zwar anhand der Jahresabschlüsse der Krankenhäuser. Etwa die Hälfte aller Krankenhäuser in Deutschland und auch die Hälfte in Baden-Württemberg sind darin enthalten. Wer macht Gewinne, wer macht Verluste? Die, die Gewinne machen, sind dunkelblau gekennzeichnet, und die, die Verluste machen, sind hellblau gekenn-

zeichnet. Daran sehen Sie, dass wir vor Corona eine eher schlechte wirtschaftliche Lage hatten. 2019 arbeiteten 34 % der Krankenhäuser mit Verlusten. Da hatten wir schon bessere Zeiten. Sie sehen, dass sich die Krankenhäuser verschlechtert haben. Im ersten Coronajahr hatten wir eine Verbesserung der Lage, weil diese Ausgleichszahlungen in Höhe von 10 Milliarden € mehr waren als die Erlösminderungen. Die Ausgleichszahlungen sind jetzt aber weggefallen. Aktuell, im September 2022, gibt es sie nicht mehr. Deshalb erwarten wir auch eine deutliche Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser hier im Bundesland, aber auch bundesweit.

Hinzu kommen jetzt noch die hohen Energiekosten. Das ist eine Prognose, aber auf der Basis von bekannten Entwicklungen. Das ist keine Totalprognose, bei der man noch nicht weiß, was im Jahr 2030 sein wird. So viel zu den Krankenhäusern und zu dem, was Sie aus der Region mitbekommen haben.

Das, was wir, die Gesundheitsökonomen, mitgenommen haben, möchte ich Ihnen auf der Folie "Lessons Learned" zeigen, ohne alles herzuleiten. Gelernt haben wir, dass eine Vernetzung und gute Abstimmung in der Region sehr wichtig sind, also eine Abstimmung der Gesundheitsanbieter untereinander und eine regionale Steuerung. Ich glaube, in Baden-Württemberg gab es sechs Regionen, und dort hat es, soweit ich erfahren habe, gut funktioniert. Der Fokus muss dabei auf die eigenen Stärken gerichtet werden. Nicht alle müssen in der Krise alles machen. Man muss sich schon überlegen, wer die Intensivversorgung und wer die einfachen Fälle übernimmt und wie man die Fälle am besten auf die Krankenhäuser verteilen kann. Das gilt aus meiner Sicht auch für alle anderen Krisen, die wir haben. Man muss sich auf Stärken konzentrieren und Schwerpunkte bilden.

Gelernt haben wir auch die Ambulantisierung. Was kann ich statt stationär in einem Krankenhausbett auch ambulant machen? Dazu ein Hinweis: Am Anfang habe ich gesagt, dass das Casemixvolumen um ca. 8 % und die Fallzahlen um etwa 14 % gesunken sind. Das heißt, die leichten Fälle mit einem geringen Schweregrad sind nicht unbedingt im Krankenhaus behandelt worden. Im Krankenhaus sind die schweren komplexen Fälle behandelt worden – das ist in der Krise auch richtig, weil ich priorisieren muss. Die leichteren Fälle wurden außerhalb der Krankenhäuser, vielleicht auch ambulant behandelt – wo, das wissen wir noch nicht so genau. Dazu brauchen wir Daten. Das ist durchaus wichtig, und das sollten wir vielleicht auch beibehalten oder sogar noch intensivieren. Das ist auch eine Lehre.

Ich muss es nicht wiederholen: Wir brauchen Daten, sonst können wir nichts sagen. Ich hatte gerade am Anfang das Gefühl, dass wir immer im Dunkeln herumstochern. Irgendwie blieb es auch immer ein bisschen dunkel. Stellen Sie sich vor, was wir wüssten und wie wir die vulnerablen Gruppen identifizieren könnten, wenn wir eine elektronische Patientenakte wie in Dänemark, Estland oder anderen Ländern hätten. Das ist nur ein Traum und noch Zukunftsmusik. Aber es ist auch eine Lehre, und darauf sollten wir unbedingt hinarbeiten.

Wichtig ist mir auch – auch daraus folgt einiges –, dass man in einer solchen Krise priorisieren muss. Am Anfang hatte ich eine Unterauslastung. Wenn dann aber eine Welle an Fällen oder Patienten kommt, wenn ich eine Übernachfrage habe, wenn ich mehr Nachfrage als z. B. Angebot an Pflegekräften habe, dann muss ich priorisieren. Oder ich muss mir überlegen, ob ich die Regeln einhalte oder Leben rette. Entweder komme ich mit einem Fuß ins Gefängnis oder auch mit dem anderen. Man muss in einem solchen Fall alle fünf gerade sein lassen und sagen: Jetzt gehen wir voran. In einer Nichtkrisenwelt muss man die Regeln einhalten. Ich würde aber dafür plädieren, den Akteuren auf regionaler Ebene mehr Gestaltungsfreiheit zu ermöglichen und mehr auf die Ergebnisse, die hinten herauskommen, zu schauen, statt vorne auf Bundesebene alles bis ins Kleinste vorzugeben.

Zu guter Letzt zum Thema Vorhaltung: Oft wird das Krankenhaus mit der Feuerwehr verglichen. Die Feuerwehr bezahle ich. Wenn es brennt, hat sie einen Einsatz, aber sie wird nicht nach Bränden bezahlt. Dass viele Brände zu vielen Erlösen führen, sodass man sich über jeden Brand freut, ist bei der Feuerwehr nicht der Fall. Das Krankenhaus ist zwar nicht die Feuerwehr, aber es gibt im Krankenhaus viele Bereiche, in denen es ähnlich ist, z. B. in der Notfallversorgung. Deshalb plädiere ich dafür, sich zu überlegen, ob ich alles nach DRG und Fallpauschalen bezahlen muss oder ob ich einen Teil auch über Vorhaltung bezahlen kann. Darauf komme ich noch zu sprechen.

Wir sind schon wieder inmitten mehrerer Krisen. Wir haben nicht nur die Ukrainekrise, wir haben viele Krisen, mit denen wir umgehen müssen und mit denen auch das Gesundheitswesen umgehen muss. Allen voran steht die demografische Veränderung an. Das ist für mich die größte schon beginnende Krise, die uns in ein paar Jahren richtig ereilen wird. Die neue Weltordnung muss ich jetzt nicht vertiefen. Inflation und Energieknappheit werden zu einem Problem. Auch die Krankenhäuser haben einen hohen Energiebedarf. Der Klimawandel ist ein wichtiges Thema. Die Krankenhäuser müssen investieren, damit sie klimaneutral werden. Damit stehen viele Aufgaben vor uns. Wir haben grundsätzlich eine veraltete Infrastruktur. Das gilt nicht nur für die Bahn oder sonstige Infrastruktur in Deutschland, sondern auch für die Krankenhäuser. Und wir haben Infektionskrankheiten, die uns in anderer Form immer wieder ereilen, also nicht nur das Coronavirus.

Die aus meiner Sicht wichtigste Krise ist die demografische Veränderung. Das ist überhaupt nichts Neues, aber der Tsunami, der durch die Generationen läuft und 1958 angefangen hat, ist bald im Jahr 2023 angekommen. Dann sind diese ersten berühmten Babyboomer 65 Jahre alt. Dann baut sich diese Welle auf. Die kommt auf uns zu. Die Pflegekräfte sowie die Ärztinnen und Ärzte können dann nicht mehr so viel versorgen, aber umgekehrt werden wir mehr Nachfrage haben. Das merken wir jetzt schon. Wir merken überall die Knappheit an Personal in den Krankenhäusern. Betten werden abgemeldet. Gerade in Baden-Württemberg bekomme ich mit, wie Krankenhäuser nicht deshalb Schwerpunkte setzen, weil sie ein Defizit haben und der Landkreis es nicht mehr bezahlen will, sondern deshalb, weil sie die Personal-

stellen an den Standorten nicht mehr besetzen können. Das ist erst der Anfang. Damit werden wir noch einiges zu tun haben. Dafür brauchen wir eine Lösung. Wir haben ein hohes Kassendefizit. Auch das ist bekannt. 17 Milliarden € werden es nächstes Jahr sein. Und das ist erst der Anfang. Die nächsten fünf Jahre werden nicht lustig.

Jetzt können Sie sagen, ich habe nur schlechte Nachrichten. Wir wissen manchmal auch gar nicht mehr, wo wir vor lauter Problemen anfangen sollen. Vielleicht kennen Sie es auch. Die To-do-Liste ist so lang, dass man nicht mehr weiß, womit man zuerst anfangen soll, wie man priorisieren soll, weil man nicht alles auf einmal machen kann. Es gibt aber viel, was man machen könnte, und das ist die gute Nachricht.

Zum Glück hat das Gesundheitswesen viele seiner Potenziale noch nicht gehoben. Wir können jetzt loslegen. Die Potenziale sind noch da. Dieses Sparschwein können wir jetzt schlachten. Diese Potenziale will ich jetzt nur stichwortartig nennen: neue Technologien, Digitalisierung, Prävention – wenn wir nicht krank werden, brauchen wir auch weniger Leistungserbringer –, sektorenübergreifende Versorgung – also die Vernetzung über Sektoren hinweg –, mehr ambulante Behandlungen, Zentralisierung, Schwerpunktbildung, um die knappen Ressourcen dort anzusiedeln, wo man sie gut einsetzen kann, einen besseren Abgleich zwischen Angebot und Nachfrage – das können wir nachher in der Fragerunde vertiefen –, effektiver Einsatz des Personals. Wie setzen wir das Personal ein? Was machen die Ärztinnen und Ärzte? Was machen die Pflegekräfte? Wie können wir da die Aufgaben besser zuordnen?

Ich gehe nur auf einige wenige Themen ein. Die Schwerpunktbildung kann ich noch vorantreiben, und das ergibt aus Sicht von Corona auch Sinn. Ich brauche in der Pandemie nicht an jeder Ecke ein Bett, sondern ich brauche die richtigen Betten für die Krise, die eintritt. Da ist manchmal weniger, manchmal auch mehr. Mit Krankenhäusern mit unter 150 Betten steht Baden-Württemberg an vierthöchster Stelle. 49 % der Krankenhäuser haben weniger als 150 Betten. Das sind jedoch Zahlen aus 2017. Wir machen jetzt ein Update, denn es ist ein bisschen weniger geworden. Bayern hat allerdings noch mehr kleine Krankenhäuser. Bei der Anzahl der Krankenhäuser bezogen auf die Fläche – ich muss schließlich die Fläche mit Krankenhäusern versorgen – liegt Baden-Württemberg leicht über dem Mittelfeld, während Nordrhein-Westfalen dabei den Spitzenplatz einnimmt, weil es eine höhere Bevölkerungsdichte hat. Mecklenburg-Vorpommern hat mit 17 Standorten je 10 000 km² deutlich weniger Krankenhäuser auf die Fläche bezogen. Dort hat man ganz andere Probleme, als wir sie hier haben. Hier ist zwar auch einiges ländlich geprägt, aber die Dörfer liegen dicht beieinander. Das ist in Bayern etwas weiter ausgeprägt.

Die optimale Krankenhausgröße liegt rein wirtschaftlich betrachtet bei 600 bis 900 Betten. Auch medizinisch merkt man, dass größere Einheiten besser sind, denn wenn ich eine Sache häufiger mache, erreiche ich auch bessere Qualität. Medizinisch und wirtschaftlich sind größere Einheiten besser, die Erreichbarkeit ist jedoch

schlechter, weil die Anfahrtswege größer sind. Hier steckt aber noch viel Potenzial im Land.

Ein zweites wichtiges Thema ist das Ambulantisierungspotenzial. Wir haben in Deutschland die höchste Zahl an Krankenhausfällen bezogen auf die Einwohnerzahl; Österreich auch. Das sind Zahlen vor der Coronazeit. Die sind etwas höher als im Moment. Im Vergleich zu Dänemark mit 13,1 Krankenhausfällen je 100 Einwohnern haben wir doch deutlich mehr. Warum ist das so? Weil wir nicht die ambulante Option haben. In Dänemark überlegt man sich, was man fachärztlich, stationär oder ambulant behandeln kann. Wenn etwas ambulant behandelt werden kann, behandelt man es erst gar nicht im Bett. Ich will nicht sagen, dass das Potenzial 40 % beträgt. Ich glaube, es ist geringer. Wenn man 20 % ansetzt, liegt man ganz gut, und das sollten wir, glaube ich, realisieren.

Der Schlüssel des Ganzen ist das Vergütungssystem. Das haben Sie im Land nicht so sehr in der Hand. Sie haben aber auch gewisse Möglichkeiten, etwas zu bewirken. Worüber ganz intensiv diskutiert wird und worauf ich noch ganz kurz eingehen werde, ist die Vorhaltefinanzierung. Vorhaltung ist auch eine Lehre aus der Pandemie. Sie ist aber auch aus anderen Gründen sinnvoll. Sie sehen auf dem Diagramm die Menge an Leistungen, die ein Krankenhaus erbringt. Für jeden Fall mehr bekommt es eine Vergütung mehr. Das sind etwa 3 500 bis 4 000 € pro Fall. Das heißt, null Menge ergibt null Erlös, viel Menge ergibt viel Erlös. Damit hat das Krankenhaus Lust, in die Menge zu gehen. Das ergibt auch Sinn, denn sonst geht es pleite.

Die Idee der Vorhaltung ist, dass das Krankenhaus unabhängig von der Menge eine Basisfinanzierung bekommt, weil es einen Versorgungsauftrag z. B. für Endoprothetik, für Geburtshilfe oder was auch immer hat. Die Basisfinanzierung bekommt das Krankenhaus dafür, dass es existiert und Strukturen vorhält. Wenn es mehr Leistungen etwa in der Geburtshilfe oder der Endoprothetik erbringt, bekommt es auch mehr Erlöse, allerdings weniger als bisher. Diese Fallpauschale beträgt dann nicht mehr 3 500 €, sondern nur zwei Drittel davon. Das dritte Drittel wird natürlich nicht weggenommen, sondern kommt über das Vorhaltebudget wieder rein. Damit kann man einiges erreichen.

Der AOK-Bundesverband hat dazu neulich ein Positionspapier herausgebracht, in dem schon einige Ideen stehen. In der Regierungskommission "Krankenhaus" wird das auch behandelt. Das ist für mich die zentrale Reform, die man anzustreben versuchen sollte. Wichtig ist, dass man das Vorhaltebudget für die Bevölkerung hat. Nicht das Krankenhaus bekommt das Vorhaltebudget, weil es einfach da ist, sondern die Region. Wenn Sie in der Region drei Einrichtungen haben, die eine bestimmte Leistung erbringen, müssen die sich das Vorhaltebudget teilen. Wenn sie sich darauf einigen, dass nur zwei diese Leistung erbringen, bekommen die zwei das Gleiche, aber jeder einzelne etwas mehr. Damit hat man vielleicht auch Lust zusammenzugehen. Das kann auch für die Krankenhausplanung in Baden-Württemberg spannend sein. Plötzlich kann ich sagen: Wenn ich eine Planung wirklich ernsthaft durchführe

und gewisse Versorgungsaufträge definiere, andere dagegen nicht oder sie gegeneinander austausche, dann ist das auch mit einer Vergütung verbunden. Solche Themen kann man durchaus behandeln.

Zentralisierung ist kein Selbstzweck. Wir müssen Schwerpunkte bilden. Wir müssen immer die Fläche mitversorgen. Dafür brauche ich auch eine gute ambulante Basisversorgung. Ich würde die Krankenhäuser nicht schließen, sondern sie in ambulante Versorgungszentren mit Überwachungsbetten und Angeboten telemedizinischer Art umwandeln, sodass man immer die Spitzenmedizin in die Fläche bringen kann. Dafür gibt es schöne Angebote, z. B. von den regionalen Kliniken das Care-Center. Darüber können wir reden, wenn Sie wollen. Auch andere bieten das an, aber die kenne ich jetzt. Ich will dafür aber keine Werbung machen.

Wir brauchen aber auch Patientenunterstützung. Das dänische Modell funktioniert auch deshalb sehr gut, weil man sich im Notfall vorher meldet. Man hat eine Hotline, bei der eine qualifizierte Fachkraft schon ein bisschen aussortiert oder auch am Telefon abklärt. Vielleicht wartet sie auch, bis man morgen noch einmal anruft und einen Termin bei der KV-Arztpraxis ausmacht. Oder sie macht direkt in der Notfallambulanz des Krankenhauses einen Termin aus. Dafür bekommt man einen QR-Code. Wenn ich dann in die Ambulanz komme, wissen die dort Bescheid und ich werde gleich drangenommen und muss nicht sechs Stunden lang warten. Solche Dinge brauchen wir, um die Krise, in die wir immer mehr hineinwandern – zu wenig Personal für zu viel Nachfrage –, wuppen zu können. Damit will ich es belassen.

Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Augurzky. – Es folgt Herr Dr. Gerhäusser, der ebenfalls eine Viertelstunde Redezeit zur Verfügung hat.

Sv. Herr Dr. Gerhäusser: Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender. Ich gebe mein Bestes. – Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Herzlichen Dank, dass ich noch einmal sozusagen ein kommunales Steinchen in Ihre Diskussion hineinwerfen darf. Ich möchte mich in den mir gewährten 15 Minuten auf fünf Kernbotschaften beschränken.

Ich habe in den letzten Monaten natürlich sehr viel mit den Leiterinnen und Leitern unserer Gesundheitsämter telefoniert, und ich kann mich sehr gut an ein Gespräch erinnern, das ziemlich am Anfang der Pandemie stattgefunden hat, nämlich im Frühjahr 2020. Als ich die Leiterin eines Gesundheitsamts gefragt habe: "Haben Sie sich denn so etwas mal vorgestellt?", kam als Antwort darauf: "Nein, das habe ich mir nicht so vorgestellt. Ich habe mir eigentlich zwei Szenarien vorgestellt" – so die Kol-

legin –: "Erwartet hat man entweder eine Influenzawelle mit leichter Übertragbarkeit und überwiegend leichten Verläufen oder aber den lokalen Ausbruch einer schweren Erkrankung bei schlechter Übertragbarkeit." Das war also genau so, wie Herr Kräusslich dies eben auch dargestellt hat; so war unser Denken damals in diesem Bereich.

Was möchte ich Ihnen damit nahebringen? Wir haben aus den letzten Monaten gelernt, dass wir uns viele Krisen und Szenarien vorstellen können und uns auf viele Krisen und Szenarien vorbereiten können, aber die Krisen, die uns in der Zukunft treffen, immer ein bisschen anders sein werden als das, worauf wir uns vorbereitet haben. Es sind nicht unbedingt die "Schwarzen Schwäne", aber es ist immer ein bisschen anders als das, was wir gedacht haben, worauf wir uns vorbereiten müssen.

Wir haben uns in der Vergangenheit im Katastrophenschutz auf Blaulichtszenarien vorbereitet, auf den Terroranschlag – LÜKEX –, auf den Massenanfall von Verletzten, den ManV. All das ist natürlich komplett richtig und war auch wichtig. Wir müssen aber unseren Blick weiten und erkennen, dass wir aus Sicht der Verwaltung in einer Dauerkrise stecken. Das ist zum einen die Fluchtkrise – die Frau Bürgermeisterin hat schon einiges dazu erzählen können, welche Schwierigkeiten die kommunale Seite bei der Unterbringung und bei der Gewinnung von Wohnraum gerade hat –, es ist die Herausforderung der Klimakrise – Frau Krebs, Sie hatten es vorhin angesprochen; ich hatte bei mir noch "Klimawandel" stehen, habe aber, als Sie von "Krise" sprachen, gedacht, Sie haben vollkommen recht; es muss eigentlich Klimakrise heißen –; wir haben die Energiekrise, von der auch Herr Professor Augurzky vorhin sprach, oder eben die Coronapandemie. Das sind keine Ereignisse, die nach spätestens zwei Tagen in geordneten Krisenbahnen stecken; diese belasten unsere Verwaltung dauerhaft.

Was ist meine Erkenntnis daraus? Wir müssen unsere Verwaltungsstrukturen betrachten. Wir müssen beispielsweise unseren Bevölkerungsschutz zu bereichsübergreifenden Krisenämtern in den Stadt- und Landkreisen weiterentwickeln. Denn in diesen Bereichen sitzen einfach die Fachleute, die sich aufgrund ihrer Ausbildung schnell auf solche neuen, krisenhaften Szenarien einstellen können.

Ein kleiner Exkurs: Ich glaube, wir können uns in Baden-Württemberg sehr glücklich schätzen, dass wir eine Verwaltungsstrukturreform hatten und die Gesundheitsämter in die Landratsämter und in die Stadtkreise eingegliedert haben. Ohne diese Eingliederung wären die Kolleginnen und Kollegen in den Gesundheitsämtern in kürzester Zeit an ihrer absoluten Belastungsgrenze gewesen und hätten nicht weiterarbeiten können, weil nämlich in der Krise schon von Anfang an Personal aus anderen Bereichen, aus anderen Ämtern des Landratsamts in die Gesundheitsämter zu deren Unterstützung eingeführt worden ist. – Ende dieses Exkurses.

Was lernen wir weiter? Wir müssen unsere gesamte Verwaltung resilienter machen und dabei das besondere Augenmerk auf die kommunale Verwaltung legen. Warum? Die kommunale Verwaltung ist – Neudeutsch – der "First Point of Contact" der Bürgerinnen und Bürger mit ihrem Staat. Wir müssen, um Vertrauen zu bilden, den Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger entsprechen. Enttäuschtes Vertrauen unterminiert unsere Gesellschaft im Gesamten. Sie können sich sicherlich – dies als kleines Beispiel – an die vielen Spalten mit Leserbriefen erinnern, die kamen, als die Gesundheitsämter telefonisch vorübergehend nicht erreichbar waren, weil einfach die Masse an Anrufen zu viel war; Sie wissen, welche Kritik das hervorgerufen hat und welcher Zweifel plötzlich an unserem geordneten Staatswesen ausgebrochen ist. Deswegen ist meine erste Kernaussage: Corona hat uns gelehrt, dass wir unsere Verwaltungsstrukturen stärken müssen, um das Vertrauen der Bürger in den Staat zu sichern.

Mein zweiter Gedanke: In Baden-Württemberg wurde zu Recht kein Katastrophenfall während der Pandemie ausgerufen. Das hätte keine Vorteile bei der Krisenbekämpfung gebracht. Beim Blick in die juristische Kommentarliteratur wird auch deutlich, dass dieses Mittel des Katastrophenfalls auf andere Szenarien zugeschnitten ist. Da lese ich von Orkanen, Waldbränden, Springfluten, vom Unfall eines Gefahrguttransporters. Das sind dort die Standardfälle für unseren Katastrophenfall. Die Landkreise haben aber die Erfahrung gemacht, dass unterhalb des klassischen Katastrophenfalls Abstufungen notwendig sind. Man hat zu Beginn der Pandemie äußerste Schwierigkeiten gehabt bei der Einbindung der Ärzteschaft, beispielsweise in die Coronaabstrichstellen, und es war oftmals dem großen Engagement einzelner Medizinerinnen und Mediziner vor Ort, gemeinsam mit ihren Landkreisen und ihren Kommunen, den Städten und Gemeinden geschuldet, dass wir da überhaupt einen Drall hineinbekommen haben und die Sache ins Rollen gebracht haben.

Die Landkreise haben bei der Errichtung und stellenweise dann auch beim Betrieb der Abstrichstellen das Geschäft der niedergelassenen Ärzteschaft besorgt. Man handelte im Rechtskonstrukt der öffentlich-rechtlichen Geschäftsführung ohne Auftrag bei der Versorgung von symptomatischen Patienten. Es wurde dann nach langen und zähen Verhandlungen von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und den Krankenkassen anerkannt. Die Abrechnungen für die damaligen Leistungen sind aber über zwei Jahre nach dem Anfall der Kosten stellenweise immer noch nicht abgeschlossen, und es gibt immer noch bürokratische Diskussionen.

Auch im stationären Bereich zeigen sich solche Hemmnisse und Herausforderungen. Als die kommunalen Krankenhäuser auf den Wunsch des Herrn Ministers hin bereits das elektive planbare Programm längst eingestellt hatten, Bettenkapazitäten freigehalten hatten und auf die politischen Versprechungen aus Berlin vertrauten, dass keine Kliniken durch die Freihaltung von Betten finanzielle Nachteile erleiden müssen, gab es andere Krankenhäuser, die sich nicht an diesen Wunsch gehalten haben.

Meine Damen und Herren, effektive, schnelle und angemessene Versorgungsstrukturen sehen aus meiner Sicht anders aus. Da lohnt sich ein Blick über die Landesgrenzen hinaus: Der Landesgesetzgeber in NRW hat diese Lücke im Katastrophenschutzrecht erkannt. Er hat mittels einer "epidemischen Lage von landesweiter Tragweite" reagiert. Diese wird unter engen tatbestandlichen Voraussetzungen durch das Landesparlament festgestellt, für einen vordefinierten Zeitraum, und sie erlaubt den Landesministerien, mit Verordnungen zu agieren und nicht mit Wünschen und Bitten, wie wir es damals machen mussten.

Die Krankenhäuser können angewiesen werden, Kapazitäten auszubauen und freizuhalten, elektive Operationen einzustellen. Der Versorgungsauftrag der Häuser kann geändert werden, und das von uns aufgebrachte und vom Land Baden-Württemberg vorgebrachte Schalenmodell kann also ordentlich durchgesetzt und exerziert werden.

Ebenfalls besteht die Möglichkeit des Durchgriffs mittels Rechtsverordnung auf den ambulanten Bereich. Das zuständige Ministerium kann vorgeben, welche Untersuchungseinrichtungen – etwa Abstrichstellen – oder Versorgungseinrichtungen – etwa Coronaambulanzen – vorgehalten werden müssen, und dies alles – nach meinem Dafürhalten ein sehr großer Vorteil – unter einer starken parlamentarischen Kontrolle. Das ist auch etwas anderes als die – richtigerweise eingeführte – Außergewöhnliche Einsatzlage im baden-württembergischen Landeskatastrophenschutzrecht. Diese ermöglicht einen Aufwandsersatz für die ehrenamtlichen Helfer, bietet aber eben keine Möglichkeit, kein Recht, Vorgaben zu machen.

Meine zweite Erkenntnis: Wir brauchen Abstufungen im Landeskatastrophenschutzrecht, die unter parlamentarischer Kontrolle Vorgaben auch für den medizinischen Bereich ermöglichen.

Mein dritter Gedanke ist – das ist, glaube ich, nach der heutigen Diskussion eigentlich schon Allgemeinwissen, ein Allgemeinplatz –, dass wir Lücken bei der Versorgung mit der persönlichen Schutzausrüstung, mit PSA, hatten. Landkreise haben an dieser Stelle in Zusammenarbeit mit Unternehmen vor Ort reagiert, haben aber auch Eigenbeschaffungen vorgenommen – die dann nicht immer so suffizient waren; wir haben es heute Morgen schon gehört. In so eine Situation dürfen wir nicht wieder hineinlaufen; das ist vollkommen richtig. Wir benötigen einen Mindeststock an Schutzausrüstungen. Ich war deswegen sehr froh, als ich heute Morgen gehört habe, dass das Land Baden-Württemberg in diesem Bereich vorangeschritten ist. Ich fand es gut, dass in diesem Kontext auch das Thema "Haltbarkeit der Schutzausrüstung" angesprochen wurde. Das war ein Punkt, der bis dato nicht in der Diskussion mit eingeführt war, sondern es bestand aus unserer Sicht die Gefahr, dass da ein zentrales Lager irgendwo hingestellt wird, die Materialen drei Jahre haltbar sind, und am Ende können wir die Sachen dann wieder herauskarren und neues Material beschaffen.

Wir dürfen bei dieser persönlichen Schutzausrüstung aber nicht stehen bleiben; wir müssen mit dem Bevölkerungsschutz Güter definieren, die wir in zukünftigen Krisen benötigen, und diese dann auch dezentral lagern, damit sie schnell vor Ort sind. Ich denke dabei an Feldbetten, Schlafsäcke, Sandsäcke, Notstromaggregate; die Liste können Sie fortsetzen. Wir müssen uns also Gedanken darüber machen, welche Krisen kommen werden und was wir da benötigen. – Die dritte Lehre also aus Sicht der Landkreise: Wir brauchen einen Vorrat.

Vierter Gedanke: Ich darf jetzt dieses "harte" Thema Material verlassen und auf eine Thematik hinweisen, die mir mit Blick in die Zukunft besonders wichtig ist: Wir müssen uns überlegen, wie wir unsere Gesellschaft zu mehr Eigenverantwortung bewegen können. Die Landkreise nehmen wahr, dass in der Krise der letzten Jahre, auch in der Coronapandemie, immer wieder auf den Staat geschaut wurde. "Er muss liefern, er muss mich absichern, er muss mir helfen" – auch wenn ich mir in gewisser Weise selbst helfen könnte. Na gut, ich könnte jetzt natürlich pathetisch weitermachen mit John F. Kennedy; den Spruch kennen Sie aus jeder Sonntagsrede. Ich fange an, und Sie machen ihn fertig: "Frage nicht, was dein Land für dich tun kann, sondern ... " - genau. Es geht eigentlich auch eine Nummer kleiner: "Schau nach, ob du genügend Vorrat im Keller hast." Wir haben heute darüber diskutiert, ob es sich lohnen würde, vielleicht doch das eine oder andere EPA der Bundeswehr in den Keller zu legen, um in der Not dann die Möglichkeit einer Verpflegung zu haben. Man kann über funktionsfähige Taschenlampen nachdenken, die vielleicht nicht mit Batterien betrieben werden; Professor Kräusslich hatte ja vorher erwähnt, er habe eine Taschenlampe, die man kurbeln kann und die auf diese Weise Licht gibt. Oder ich verweise auf ein Radio mit Batterie.

Wie kann das erreicht werden? Die Broschüren des BBK, des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, zum Thema "Wie kochen ohne Strom?" sind sicherlich wichtig, und ich hätte nicht gedacht — Ich habe vorhin von Frau Pfau-Weller gehört, sie habe eine solche Broschüre und habe diese auch gelesen und die Empfehlungen bereits umgesetzt.

(Zurufe – Heiterkeit)

Ich muss, was mich betrifft, sagen: Ich habe es gesehen, gelesen und habe es dann abgelegt und gedacht: Kochen ohne Strom, das mögen die Kinder sicherlich nicht. Aber als diese Broschüre im letzten Jahr, 2021, veröffentlicht wurde, dürfte dies tatsächlich nur eine begrenzte Anzahl von Menschen erreicht haben.

Wir müssen also schauen, in welchen Settings wir viele Menschen erreichen können. Wenn man hierüber nachdenkt, wird man schnell auf Kindergärten und Schulen kommen, in denen solche rudimentären Verhaltensweisen des Eigenschutzes gelehrt werden könnten.

Und wir werden – dies als letzten Gedanken – im Rahmen der bürgerschaftlichen Hilfe auch sehr schnell auf die Quartiere kommen, die wir heute Morgen ja auch schon angesprochen hatten und die in unseren Kommunen stattfinden. Wer hat denn die Lebensmittel an die Tür gestellt, als man in der Absonderung war? Es waren eben die Nachbarn, die Freunde und die Familie. Das Quartier hilft in diesem Kontext; wir müssen den Blick darauf werfen.

Die vierte Erkenntnis ist daher: Wir müssen die Eigenverantwortung stärken und müssen in der Krise auch das Quartier in den Blick nehmen.

Ein weiterer Punkt: Die Landesverfassung tut gut daran, den kommunalen Landesverbänden bei der Normgebung ein Anhörungsrecht einzuräumen. Die kommunalen Landesverbände sind nach unserer Landesverfassung rechtzeitig zu hören. Die Verwaltungsvorschrift "Regelungen der Ministerien" spricht im Regelfall von einer Frist von sechs Wochen für die Anhörung. Jetzt bin ich natürlich nicht mit dem Klammerbeutel gepudert und fordere in Zeiten einer Pandemie sechswöchige Anhörungsfristen. Die kommunalen Landesverbände wurden angehört, sie waren in der Pandemiebewältigung über die Lenkungsgruppe unter Leitung von Herrn Staatsminister Dr. Stegmann eingebunden, und das war gut so. Warum? Weil die Kommunen die Vorgaben des Landes umzusetzen haben, weil sie darlegen können, ob Regelungen überhaupt umsetzbar sind, die vorgegeben werden.

Die kommunalen Landesverbände sammeln diese Schwarmintelligenz der Ebene, der Städte, der Kommunen, der Landkreise, ein und bringen sie in diesen Prozess ein. Das hat an manchen Stellen gut funktioniert, an anderen Stellen auch wieder nicht. Ich darf sagen: Vier Stunden Zeit für eine solch umfangreiche Maßnahme, das ist im Ergebnis doch relativ knapp; es ist eine sehr ambitionierte Vorgabe.

Auf der anderen Seite sind die Kommunen und die dortigen Verantwortlichen auch die Seismografen für Veränderungen. Die Leiterinnen und Leiter der Gesundheitsämter haben schon weit vor der Wissenschaft und auch vor der Politik die Wahrnehmung gehabt, dass es eine Veränderung in der Pandemiebekämpfung geben muss. Sie haben im Austausch mit den örtlichen Medizinern wahrgenommen, dass die Krankheitsverläufe milder sind. In den Jugendämtern sind die Auswirkungen der Schulschließungen viel frühzeitiger bemerkt worden. Die Verantwortlichen in den Kreisimpfzentren haben frühzeitig die Wahrnehmung über nachlassende Impfbereitschaft und die dabei angeführten Argumente gehört.

Ein Ergebnis dieser Rückspiegelungen von der Basis waren etwa das Papier zu einem Umschwenken in der Pandemiebekämpfung, welches im Frühjahr durch die kommunalen Gesundheitsämter verfasst wurde und von Herrn Minister Lucha aufgenommen wurde, oder aber auch die neuen Leitlinien für die Kontaktpersonennachverfolgung in Schulen und Kitas, ohne die eigentlich ein normaler Betrieb in diesen Einrichtungen in den letzten Monaten gar nicht möglich gewesen wäre.

Im Zusammenhang mit der einrichtungsbezogenen Impfpflicht scheint mir zwischenzeitlich auch ein größeres Maß an Einsicht in diesem Bereich aufgekommen zu sein, ebenso wie bezüglich des Impfens in den Regelstrukturen; davon haben wir ja heute Morgen auch schon hören dürfen.

Meine letzte Erkenntnis, die Erkenntnis der letzten Monate: Es ist wichtig, den Kommunen bei der Normgebung Gehör zu schenken, und es ist wichtig, die Erfahrungen vor Ort zur Ausrichtung und zum Nachsteuern bei der Krisenbewältigung aufzunehmen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf die Nachfragen.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Dr. Gerhäusser. – Wir kommen nun zur Fragerunde. – Zunächst Frau Abg. Krebs, bitte.

Abg. Petra Krebs GRÜNE: Vielen Dank, Herr Vorsitzender, und vielen Dank, Herr Professor Augurzky und Herr Dr. Gerhäusser, für die wirklich spannenden Vorträge gegen Ende dieses Tages.

Herr Dr. Augurzky, Sie hatten – das war spannend – Ihren Vortrag mit der Botschaft begonnen: "Mehr Gestaltungsfreiheit den regionalen Akteuren!" Das könnte man jetzt direkt an Ihren Nebensitzer weiterspielen; er ist ja ein regionaler Akteur. Darum möchte ich direkt mit der folgenden Frage an Herrn Dr. Gerhäusser einsteigen: Wenn Sie jetzt tatsächlich mehr Gestaltungsfreiheit bekommen würden, wie würden Sie damit umgehen? Was, glauben Sie, wäre dabei das Zielführende für das Land Baden-Württemberg?

Ich möchte Sie insgesamt noch einmal auf die Themen "Public Health" oder ÖGD bringen, weil ich glaube, dass es ohne das nicht gehen wird. Hierfür sind Sie ja zumindest mitverantwortlich durch die vor Ort bei Ihnen angesiedelten Gesundheitsämter. Da möchte ich den Begriff HiAP – Health in All Policies – einbringen und fragen, ob Sie es sich vorstellen können, diese Verantwortung für die regionalen Gebiete auszuleben und dort das Thema Gesundheit in alle Politikfelder überzusiedeln. Sie haben eben gerade ja selbst von mehreren Politik- oder Lebensbereichen gesprochen.

Bei Ihnen angesiedelt sind auch die Gesundheitskonferenzen in den Landkreisen. Wie, denken Sie, könnten wir es schaffen, die Bürgerinnen und Bürger mehr zu empowern und sie dazu zu motivieren, für ihre eigene Gesundheit stärker die Verantwortung zu übernehmen? Es geht also um das Thema "Gesundheitskompetenz vor Ort". Sie haben sich auch schon dazu geäußert, aber es geht uns ja darum, Handlungsempfehlungen zu entwerfen. Für mich ist natürlich ganz klar, dass es keine Ge-

sundheitskompetenz ist, wenn ich mit 37,5 Grad Fieber meine Hausärztin aufsuche. Da hilft eigentlich auch ein Tee. Aber wie bekommen wir das an die Leute heran? Wahrscheinlich fängt das schon sehr früh an. Wir erleben jedenfalls in den letzten Jahren zunehmend, dass es eine Verantwortungslosigkeit gibt, ein Abwälzen, wenn Gesundheitsstörungen auftreten.

Herr Professor Augurzky, Sie sprechen mir wirklich aus der Seele, wenn Sie sagen, dass wir unser Gesundheitssystem, die Versorgungslandschaft insgesamt, noch stärker reformieren müssen. Ich glaube, wir sind das in Baden-Württemberg in den letzten Jahren angegangen und sind auf einem guten Weg. Wir müssen da aber noch besser werden. Darum würde mich interessieren – vielleicht können Sie das noch etwas kompakter sagen –: Wie sieht für Sie die Versorgungslandschaft der Zukunft aus? Dies meine ich vor allem mit Blick auf ein Flächenland wie Baden-Württemberg.

Ich selbst komme aus dem Allgäu; da erleben wir gerade einen ganz schmerzhaften Prozess von Klinikumstrukturierungen. Ich bin überzeugt, dass es richtig ist, das so zu machen, 90 % der Bevölkerung sind aber dagegen. Auch da geht es wieder um das Thema, das wir heute schon ganz oft behandelt haben, nämlich die Kommunikation. Wie kann man es schaffen, Bürgerinnen und Bürger mitzunehmen? Da geht es auch um Gesundheitskompetenz; dies ist für uns eben die große Frage. – Das ist das eine.

Zur Gesundheits- und Versorgungslandschaft gehört natürlich nicht nur der Arzt, die Ärztin, sondern gehören auch viele andere Gesundheitsberufe. Was können Sie uns als Tipp mit auf den Weg geben, wie man andere Gesundheitsprofessionen, egal ob akademisiert oder nicht akademisiert, mehr in die Verantwortung nehmen kann?

Herzlichen Dank.

Abg. Dr. Michael Preusch CDU: Herr Augurzky, vielen Dank. Das war ein sehr wichtiger Punkt, den Sie noch einmal klargemacht haben: Wenn man politisch unterwegs ist, und es geht um das Thema Krankenhäuser, dann heißt es immer: Wir brauchen Geld. Aber wir brauchen nicht nur Geld, sondern es muss auch die Frage gestellt werden: Wie werden Strukturen geändert, um das Geld sinnvoll einzusetzen? Das haben Sie ganz plastisch dargestellt; das finde ich wichtig, insbesondere, wenn man sagt: Qualität vor Erreichbarkeit. Das ist der schwierige Punkt; da geht es wieder um Kommunikation.

Aber es ist schon verwunderlich — Ich kann das nur bestätigen; ich behaupte, wir sind, was die medizinische Versorgung, die stationäre Versorgung angeht, ein Land, das sich weltweit an der Spitze präsentieren darf. Wir haben aber festgestellt, dass in der Innovation, bei neuen Therapien, die Qualität doch noch nicht so ist, wie wir sie uns wünschen. Bestes Beispiel: Zur Coronazeit wurden diese Lungenersatzverfahren, die ECMO-Therapie, angeboten. Im internationalen Vergleich haben wir dabei

nicht gut abgeschnitten, und zwar in der Konsequenz wohl deshalb, weil wir diese speziellen Verfahren in vielen Kliniken angeboten haben, die dafür gar nicht geeignet waren. – Das ist ein Punkt.

Sie sagen, Intensivstation sei nicht gleich Intensivstation, sondern wir brauchen die unterschiedlichen Versorgungsebenen. Ich glaube, das muss auch klar herausgestellt werden. Ich habe natürlich die entsprechende Klinik nicht direkt vor der Haustür, wenn ich die Hüfte von Qualität haben will. Deshalb widerspricht die Forderung nach Zahlen – das betrifft die Hüfte genauso wie das Lungenersatzverfahren – nicht der Qualität, sondern ist mittlerweile eigentlich auch Voraussetzung für Qualität.

Sie haben ein Schlagwort erwähnt: Ambulantisierung. Ich verstehe darunter im Grunde, dass der stationäre Bereich ambulante Leistungen anbieten kann. Vielleicht können Sie das noch einmal ein bisschen erläutern. Die Kliniken haben hohe Vorhaltekosten, weil sie sich an der Notfallversorgung beteiligen, die radiologische Praxis – ich sage das mal in aller Vorsicht – nicht. Ich könnte mir gut vorstellen: Wir haben in England nicht dieses zweigliedrige Facharztsystem, dass ich gewisse Leistungen eben an der Klinik anbiete, um erlösträchtig eine Kofinanzierung dieser Vorhaltung zu ermöglichen. – Das wäre meine Interpretation, die auch so in diese Richtung geht. Aber vielleicht verstehen Sie unter Ambulantisierung etwas anderes.

Noch ein Punkt würde mich interessieren – Sie hatten es angesprochen –: Vielleicht können Sie noch einmal auf das Thema "Nutzung der Patientenakte" eingehen. Ich glaube, es gibt kein anderes Land, in dem Krankenkassendaten so von der Wiege bis zur Bahre vorliegen, und ich kann bis heute nicht verstehen – Wenn die Kritiker kommen und die Impfung anzweifeln, dann wäre eine geeignete Reaktion eigentlich kein Problem, ich müsste mir nur die Daten der gesetzlich Versicherten anschauen und könnte viele Aussagen damit beantworten. Wie kann ich diese Systeme im Sinne des Gesundheitsschutzes nutzen?

An Herrn Gerhäusser gerichtet möchte ich sagen: Ich fand das einen ganz interessanten Ansatz mit dem Katastrophenschutzunterricht. Ich selbst habe dies im Kindergarten und auch in der vorschulischen Ausbildung noch mitgemacht. Wir sehen das in anderen Bereichen, beispielsweise bei der Ersten Hilfe. In den skandinavischen Ländern ist es Grundvoraussetzung im Kindergarten und in der Schule, Erste Hilfe zu lernen. Die schneiden bei der Laien-Reanimation deutlich besser ab als wir in Deutschland. Vielleicht ist das ein wesentlicher Ansatz. Die Frage ist dann immer: Wie vermittelt man es, ohne – dazu haben wir vorhin auch schon etwas gehört – eine Panik zu erzeugen?

Und wo sehen Sie die Rolle der Kommunen in der Vermittlung eines solchen Unterrichts? Ob das umsetzbar ist, weiß ich nicht bei allem, was an Forderungen kommt. Was die Mittelstufe betrifft, so weiß ich zurzeit nicht, ob die Schüler nicht eigentlich mehr Mathe lernen müssen, wenn ich mir die Ergebnisse so anschaue. In der Vorklinik – erlauben Sie mir, dies ketzerisch zu sagen – weiß ich nicht – Da müssen die

Kinder sich erst mal überlegen, welches Buch von Winnetou sie lesen, und zwischendurch den Namen tanzen. Ich weiß nicht, ob da noch Platz ist, sich auf Katastrophenschutz vorzubereiten. Aber wo ist die Rolle der Kommunen, wo setze ich das an, und wie können die Kommunen dieses Konzept unterstützen?

Abg. Florian Wahl SPD: Auch von unserer Seite herzlichen Dank für die beiden Vorträge, die wirklich sehr kompakt und sehr klar dargelegt haben, was für den klinischen Bereich notwendig ist und wie die Sicht der Landkreise auf die Situation ist. Was wir total spannend fanden, ist der ganze Bereich der Vorhaltepauschale. Ich glaube, das muss man sich noch weiter anschauen; möglicherweise können wir an anderer Stelle noch mehr dazu hören, wie man das genau gestaltet. Denn das ist wirklich interessant.

Meine Frage geht in die Richtung, wie die Kliniklandschaft vielleicht noch anders aufzustellen ist, gerade auch in Baden-Württemberg. Für wie wichtig halten Sie eine verbindliche landesweite und nachvollziehbare Landeskrankenhausplanung? In Nordrhein-Westfalen ist vor nicht allzu langer Zeit etwas relativ Umfangreiches vorgelegt worden; Baden-Württemberg hat nun seit etwa einem Jahrzehnt eine eher rudimentäre Situation, abgesehen von einigen bestimmten Spezialbereichen. Wie schätzen Sie dies ein?

Vorhin haben Sie – darauf bezieht sich eine weitere Frage – von der Ambulantisierung gesprochen. Sehen Sie dies eher in den Facharztpraxen, oder sehen Sie eine solche Ambulantisierung aus der Klinik heraus? Das ist ein ganz großer Unterschied. Denn wenn wir sagen – Stichworte Landeskrankenhausplanung, Klinikversorgung –: "Wir wollen den ambulanten Bereich stärken", und wir gehen jetzt von der Abdeckung über die KV – Sicherstellungsauftrag durch die KV – aus, dann haben wir neben den Kliniken – zumindest an vielen Orten in Baden-Württemberg, wo überlegt werden muss, ob man Kliniken weiterbetreibt und, wenn ja, in welcher Form, etwa als Primärversorgungszentrum – das analoge Problem auch im ambulanten Bereich. Das heißt, auch da haben wir eine Versorgung, die oftmals nicht auskömmlich ist.

Es ist also nicht so leicht, dies strukturell auszugleichen. Da ist die Frage, wie man eigentlich das eine getrennt vom anderen betrachten kann. Wenn wir die Finanzierung für den Krankenhausbereich eventuell ändern möchten, indem wir bestimmte Anreize setzen, dann müsste man analog dazu eigentlich auch eine Finanzierung für den ambulanten Bereich vorsehen. Das sind ja kommunizierende Röhren. Vielleicht könnten Sie darauf noch mal eingehen.

An Sie, Herr Dr. Gerhäusser, noch eine Frage in Bezug auf den Gestaltungsspielraum der Kommunen bzw. der Landkreise. Wir haben vor mittlerweile sechs, sieben oder acht Jahren ein Landesgesundheitsgesetz verabschiedet, in dem wir praktisch auch für die Gesundheitskonferenzen eine gesetzliche Grundlage geschaffen haben. Es war immer ein Wunsch, auch seitens des Landes, dass die stärker gestalterisch wirken können, also, dass die nicht allein über das gesunde Schulbrot sprechen –

was total wichtig und toll und auch richtig ist –, sondern da einfach auch gestalterisch eine größere Rolle übernehmen. Wie ist denn da nach all den Jahren Ihre Bewertung dazu, ob dies gelungen ist? Dies gilt auch für die Zeit der Pandemie; gerade da gab es ja eine große Gesundheitskrise.

Und was sagen Sie zu Folgendem: Wenn wir mehr Kompetenzen vor Ort, in die kommunale Ebene, in die Landkreisebene, die regionale Ebene legen wollen, wenn wir mehr Kompetenzen verlagern wollen, dann muss ja die nötige Kompetenz auch dort vorhanden sein.

Eine Erfahrung, auch durch meine berufliche Tätigkeit in der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens, ist, dass es auf der kommunalen Ebene, zumindest was den ambulanten Bereich betrifft, de facto "zero" Kompetenzen gibt, dass diese also in den Rathäusern häufig praktisch nicht vorhanden ist. In den Landkreisen ist das oftmals ausgegliedert, weil das halt Kliniken in Form einer GmbH sind. Wenn, dann finden wir Kompetenzen für den Krankenhausbereich, weil da der Sicherstellungsauftrag ist. Insofern ist es natürlich relativ schwierig, mehr Verantwortung für die Kommunen oder für die kommunale Ebene zu verlangen, wenn das Know-how oder der verbindliche Sicherstellungsauftrag eben nicht da sind. Wie schätzen Sie dieses Spannungsfeld ein?

Herzlichen Dank.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Herr Professor Augurzky, von meiner Seite folgende Fragen: Sie haben auch darauf hingewiesen, dass die Fallzahlen und der Case Mix zurückgegangen sind. Wie ist Ihre Einschätzung, auch für die nächsten Jahre? Denn wir hatten ja doch über viele Jahre kontinuierlich die Steigerungen. Ist das jetzt sozusagen ein coronabedingter Knick, oder gehen Sie davon aus, dass es tatsächlich zu weiteren Abnahmen kommt, auch im Hinblick auf die Demografie?

Stichwort Vernetzung der Kliniken: Wir hatten jetzt gerade in der Coronapandemie, in dieser Krise, eben doch einen starken Austausch der Kliniken in Baden-Württemberg mit anderen Bundesländern, aber auch ins Ausland. Das scheint mir jetzt wieder auf ein sozusagen normales Niveau herunterzugehen. In der Landeskrankenhausplanung sind wir aktuell schon froh, wenn man über die Landkreise hinausblickt, weil man meistens ja erst dann aktiv wird, wenn ein Landkreis eine neue Krankenhausstruktur möchte.

Wie schätzen Sie das ein in der Landeskrankenhausplanung? Wie wichtig ist das, auch im Sinne der Schwerpunktbildungen, nicht nur über Landkreisgrenzen hinaus, sondern auch über Bundesländer? Denn die Bevölkerung wohnt ja nun innerhalb von Ländergrenzen, und da hilft es nichts, wenn man sagt: "Ihr wohnt jetzt halt in Baden-Württemberg", wenn in Bayern ein entsprechender Standort in der Planung ist. Es geht also um das Stichwort Vernetzung, so, wie wir es in der Coronapandemie erlebt

haben, und um die Frage, wie wichtig das für Sie im Rahmen der Landeskrankenhausplanung ist – bis hin zu dem Blick ins Ausland, wenn es Krisen gibt.

Herr Dr. Gerhäusser, ohne die Kommunen, ohne die Kreise hätten wir die Pandemie so mit Sicherheit nicht bewältigen können. Daher großer Respekt vor den Kommunen und Kreisen, die die Maßnahmen vor Ort umgesetzt haben. Aber das bringt mich nun zu dem Stichwort – Professor Kräusslich hat das auch bereits erläutert – Coronaverordnungen. Da ist die Frage: Wäre es nicht besser, auch den Kommunen und den Kreisen mehr Freiräume zu geben in der Bewertung? Ohnehin musste man oft interpretieren. Wenn man dann also sagt: "Wir haben kompetente Kreise, die das verantwortlich umsetzen", dann wäre möglicherweise die Konsequenz, dort auch mehr Freiräume zuzulassen und dadurch die Kommunen noch stärker in die Verantwortung einzubeziehen.

Eine weitere Frage: Wenn wir jetzt die Energiekrise anschauen, dann stellen wir fest, dass es Punkte gibt, wo die Landkreise oder die Kommunen in der Zuständigkeit sind, beispielsweise im Bereich der Pflegeheime. Da ist es zunächst mal Aufgabe der Landkreise, nach Lösungen zu suchen; trotzdem wird nach Rettungsschirmen des Landes oder des Bundes gerufen. Auch da ist die Frage: Ich habe so den Eindruck, da will kein Landkreis vorangehen; denn sonst müssten die anderen nachziehen. Besteht da also Bedarf, mehr zu bündeln, sodass bei den Landkreisen nicht einer allein entscheiden muss, sondern eine bessere Abstimmung erfolgt? Das gilt im Augenblick ganz konkret bei Pflegeeinrichtungen, bei Nachverhandlungen, dort, wo es für einen einzelnen Landkreis sicherlich wirklich schwierig ist. Deswegen diese Fragen.

Mein letzter Punkt bezieht sich auf die Demografie. Es ist eine Herausforderung auch für unsere Verwaltung, bezüglich der Fachkräfte die Schlagkraft aufrechtzuerhalten. Müssen sich also auch die Kommunen noch stärker vernetzen, um vielleicht die Problematik im Hinblick auf die Demografie zumindest ein Stück weit bewältigen zu können?

Vielen Dank.

Abg. Emil Sänze AfD: Vielen Dank, auch für die Präsentationen. Gerade in Bezug auf die ambulanten Zentren hätte ich die Frage: Wer soll denn der Risikoträger in diesen Bereichen sein? Wir wissen, wir finden wenig Bereitschaft von manchen Ärzten, in die Fläche zu gehen. Bezogen auf die Landkreise stellen wir fest: In den 1990er-Jahren hat die Ökonomisierung des Krankenhaussystems angefangen, gefolgt von Konzentrationsprozessen und Spezialisierungen. Das heißt, in der Fläche sind die Nah- und Erstversorgung und die entsprechenden Fähigkeiten eigentlich zurückgegangen. Da würde ich gern seitens des Landkreistags wissen, wie man den berechtigten Interessen der Bevölkerung nachkommt und der Entwicklung entgegenwirken will.

Danke.

Vorsitzender Alexander Salomon: Zunächst Herr Professor Dr. Augurzky, bitte.

Sv. Herr Dr. Augurzky: Vielen Dank für die Fragen; da geht es vielfach um die Ausgestaltung. Ich fange mal mit den Fragen von Ihnen, Frau Krebs, an. Wie sieht die Versorgung der Zukunft optimalerweise aus? Wie könnte man sich so ein Zielbild vorstellen? Aus meiner Sicht – um es etwas vereinfacht auszudrücken – ist innerhalb einer Region Zusammenarbeit und Abstimmung angezeigt – wer macht was? –, und zwar bis ins Ambulante, und dann gibt es auch so Kümmererfunktionen – Sie haben es ein bisschen angedeutet. Zwischen Regionen hingegen muss Wettbewerb herrschen. Denn ich muss die Regionen ein bisschen "anheizen". Ich muss den Menschen die Möglichkeit lassen: Wenn eine Region keine tollen Ergebnisse, keine gute Gesundheitsversorgung liefert, dann dürfen die Menschen jederzeit woanders hin, und dann habe ich da ein bisschen ein Korrektiv. Und Korrektive brauche ich immer.

Wie sieht es innerhalb einer Region aus? Das könnte ein Landkreis sein; das ist nicht immer der Fall, aber wenn ein solcher Landkreis vielleicht 250 000 Einwohner hat und noch eine kreisfreie Stadt mit hinzukommt, die man dann mit hineinpackt, dann kann man da schön was daraus machen. Das Schöne in Baden-Württemberg ist, dass man häufiger den Fall hat, dass innerhalb eines Kreises nur ein Träger da ist, also etwa ein kommunales Krankenhaus – jetzt nicht in Stuttgart, sondern eher in den Landkreisen. Und man könnte dort tatsächlich dann die Verantwortung bündeln.

Das ist z. B. in Mecklenburg-Vorpommern, wo es auch einen riesigen Bedarf gibt, anders – da gab es auch mal eine gute Enquetekommission. Auch da ist die Frage: "Wie gestalte ich? Wie mache ich da ein Zielbild?" Aber da gibt es dann immer gleich drei verschiedene Träger, und das macht es kompliziert. Man könnte darüber dann vielleicht sogar einen weiteren Schritt gehen und sagen: Dann bekommt ihr für diesen Kreis ein Versorgungsbudget und könnt das frei einsetzen, aber natürlich mit der Prämisse: Die Versorgung muss gut sein. Ihr könnt Prävention machen und Risiken vermeiden, und ihr habt auch etwas davon.

Ich bin auch der Meinung, dass — Wir werden ohnehin darauf zulaufen; das ist das Schöne bei Krisen: Wir müssen handeln, wir können die Dinge nicht aussitzen. Wir werden wahrscheinlich auf eine Welt zulaufen, die so aussieht, dass man vielleicht auch mal eine Praxis zulässt, die von einer Pflegekraft geleitet wird. Die kann chronisch kranke Menschen behandeln, die kann vielleicht sogar ein Rezept ausstellen. Das wäre eine Option, wenn es auf dem Land keine entsprechenden Alternativen gibt. In Kanada macht man das. Die haben natürlich auch sehr große Entfernungen; das können Sie sich vorstellen.

Es geht darum, solche Dinge einfach mal zu denken. Das habe ich auch vorhin gemeint, als ich sagte, bei solchen Dingen sollte man vielleicht einfach auch mal ein bisschen fünf gerade sein lassen. Natürlich muss ich dann die Regeln anpassen,

sodass die Fünf letztlich ungerade bleibt. Aber trotz allem müssen ganz neue Möglichkeiten überlegt werden. Denn sonst werden wir diese Menge an Menschen, die auf uns zukommen, mit dem, was wir an Personal haben, nicht versorgen können. Dann haben wir Rationierung, und das gilt es auf jeden Fall zu vermeiden.

Sie sagten es bereits: Da gibt es eine Menge Veränderungen. Das kam mehrfach vor, auch, wenn es hieß: Krankenhausstrukturen optimieren. In der Regel ist die Bevölkerung vor Ort – nicht im ganzen Landkreis, aber in der Stadt, wo die Veränderung stattfindet – immer dagegen. Gerade in Baden-Württemberg ist wirklich viel passiert in den letzten zehn Jahren, und rückblickend sieht man immer Folgendes: Es gab natürlich die ganzen Widerstände. Wenn man das dann aber realisiert hat, wenn man sein Konzept umgesetzt hat, und zwei Jahre später noch mal nachschaut, dann sind die Menschen vor Ort durchaus auch zufrieden mit dem, was da gekommen ist.

Also, das ist eine Phase, die ich gut managen muss, aber es ist nicht so, dass die Menschen da automatisch immer etwas verlieren. Aus meiner Sicht gewinnen die vor Ort auch. Ein Beispiel: Im Kreis Heilbronn wurden in der Peripherie des Landkreises zwei Krankenhäuser geschlossen. Im Zentrum wurde dann aber auch entsprechend aufgebaut. Es gab riesige Widerstände, natürlich immer von den Städten vor Ort, also nicht vom ganzen Landkreis. Und dann wurde jetzt ein neues Gesundheitszentrum eingeweiht, sogar mit ambulantem Operieren, es wird ein bisschen Reha gemacht, es gibt niedergelassene Versorgung. Und das ist jetzt ein tolles neues Gebäude und ist eine Anlaufstelle. Dort, wo zuvor das Krankenhaus war, ist in der Nähe jetzt eine andere Gesundheitsanlaufstelle. Das ist mir ganz wichtig; es ist auch wichtig, um die Fläche zu versorgen. Das ist nicht nur in Heilbronn so, das ist in Ludwigsburg so gewesen, in Marbach, in Vaihingen; das ist jetzt in Reutlingen, es ist in Göppingen. Wir sind im Ostalbkreis unterwegs. – Also, da ist überall Aktivität.

Ich glaube, man bekommt das hin, aber man muss beispielsweise als Landrat oder Landrätin dann auch dafür einstehen. Und vielleicht sollten auch Sie als Vertreter des Landes, also auf Landesebene, das aktiv unterstützen. Da brauchen die vor Ort Rückendeckung; da geht es nämlich zur Sache.

Aber – und das ist die zweite Frage von Ihnen –: Wir brauchen natürlich auch Geld, um solche Strukturen herzustellen, also Investitionen. Ich muss z. B. ein Zentralklinikum bauen, ich muss ein Krankenhaus, das umgewidmet wird, reduzieren, und dann kommt etwas Neues, ein Gesundheitszentrum. Das braucht Geld, das braucht Investitionsmittel. Da gibt es einen Strukturfonds, aber es gibt auch Landesmittel. Ich würde auch die Landesinvestitionsmittel, die man hier ja hat – und die man gerne noch aufstocken dürfte –, auch dafür nutzen, ein Zielbild, das ich vielleicht erreichen möchte, durch Fördermittel zu unterstützen, vielleicht auch landkreisgrenzenübergreifend. Sonst gibt es halt nichts.

Und wenn das im Moment nicht geht, weil es sonst Wettbewerbsverzerrungen gibt, dann muss man vielleicht überlegen: Kann ich das gesetzlich so hinbekommen, dass es trotzdem geht? Denn es müssen ja alle gleich gefördert werden.

Da werden wir aber – auch das muss man dazusagen – erst mal eine Menge investieren müssen. Nur ein Beispiel: In Dänemark hat man jetzt wirklich massiv Strukturoptimierung betrieben. Das müssen wir nicht machen; ich finde, es ist auch kein Selbstzweck. Es geht nur in diese Richtung. Wenn wir das kopieren wollten, bräuchten wir wahrscheinlich 100 Milliarden € für Deutschland, und dann können Sie für Baden-Württemberg entsprechend herunterbrechen: Bei 1 000 € pro Einwohner würde das einer Summe von bis zu 12 Milliarden € entsprechen. Das wäre ein Investitionsvolumen; es würde eine Art Zeitenwende bedeuten. Aber dafür haben Sie hinterher auch etwas, was sich dann trägt.

Ich habe gestern Abend mit einem Vorstand aus Heilbronn zusammengesessen, und der hat mir gesagt, die hätten jetzt ein Plus. Die haben das ja umgesetzt, und jetzt haben sie sogar wirtschaftlich ein Plus – abseits von der Medizin, die da nun vielleicht qualitativ möglicherweise besser ist. Und das wäre auch mein Wunsch beispielsweise für den Ostalbkreis.

Wir arbeiten – auch das ist eine Frage gewesen – bezüglich der Zahl der Krankenhausfälle – Wir haben bei uns immer so das Motto: Viel hilft viel. Viel machen, und dann auch viel abrechnen, und dann sind alle glücklich. Wir müssen das insgesamt etwas herunterfahren, ohne dann aber auch die Erlöse im gleichen Maß herunterzufahren. Und dann würde das vorhandene Personal auf weniger zu versorgende Menschen verteilt werden können, und das Verhältnis wäre besser – so, wie das in anderen Ländern durchaus der Fall ist.

Da gibt es durchaus Potenzial; auch indem ich Standorte verlagere, kann ich das Personal besser einsetzen. Ich könnte jetzt ein paar Studienergebnisse und Beispiele anführen. Wir nutzen die Krankenkassendaten – das war ja auch eine Frage – von der Barmer, und da haben wir mal Verlagerungen durchsimuliert: Was kann man denn, wie viel kann man denn verlagern, ohne die Erreichbarkeit zu gefährden? Da gibt es viel Potenzial. In NRW ist das Potenzial am größten, in Mecklenburg-Vorpommern hingegen fast null. In Baden-Württemberg ist aber auch eine Menge Potenzial vorhanden; da gibt es die Landesauswertung.

Wichtig war die Frage nach der Ambulantisierung. Wie würde man sich das vorstellen? Zunächst einmal ist für mich – auch mit den Folien, die das zeigten – die Idee: Wir haben eine hohe Zahl an Krankenhausfällen, und die möchte ich gern reduzieren. Also komme ich erst mal vom Krankenhaus aus und sage: Was kann, was vorher stationär gemacht wurde, jetzt ambulant erbracht werden? Wer das dann ambulant erbringt, ob das ein Krankenhaus oder der KV-Bereich macht, ist erst einmal zweitrangig. Allerdings muss ich aus Krankenhaussicht eine gewisse Übergangszeit ermöglichen. Denn wenn Sie jetzt bis zu 20 % herausnehmen – Sie sehen es jetzt

bei diesen coronabedingten Dellen mit dem Casemixvolumen –, dann gehen die halt pleite. Dann sind die weg. Es ist ja schön, wenn vonseiten der KV gesagt wird: "Wir unterstützen das und möchten das eigentlich auch bei uns machen" – gerne, wer kann, der soll dann später auch dürfen. Das ist für mich auch eine Möglichkeit, die Krankenhäuser zu stabilisieren und gleichzeitig etwas Sinnvolles zu tun. Also sollte man jetzt diese Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen auch mit den Krankenhäusern, am oder im Krankenhaus, durchführen.

Das sind aus meiner Sicht auch etwas komplexere ambulante Fälle; sonst hätte man sie ja schon in der Praxis behandelt. Es kann sein, dass eine Praxis sagt: "Das ist mir jetzt zu komplex und auch nicht über den EBM, also diesen Vergütungsmaßstab, abbildbar." Dann soll es lieber das Krankenhaus machen. Das macht es heute als stationäre DRG, es könnte es aber auch ambulant machen. Und das ist so ein bisschen die Gemengelage.

Unser Modell wäre, auch mit Hybrid-DRG: Es gibt strukturelle Voraussetzungen. Wenn es komplexere ambulante Leistungen sind, dann muss vielleicht noch ein Bett da sein, falls etwas passiert, falls Komplikationen auftreten, oder wenn der Eingriff länger dauert, wenn Patienten höhere Morbiditäten haben. Es muss für alle Fälle gesorgt sein – Personalbesetzung. Wenn jetzt da ein größeres MVZ, mit KV-Arztsitzen belegt, das erbringen kann – von mir aus. Wichtig ist, dass die Voraussetzungen da sind.

Nutzung der elektronischen Patientenakten oder generell von Krankenversicherungsdaten: Als Wissenschaftler ist es für mich natürlich klar: Das ist das Elixier, aus dem man Forschungsergebnisse produziert und worüber wir dann auch wissen: Was ist sinnvoll, und was ist nicht sinnvoll? Das ist aus meiner Sicht ein Muss. Wir haben Kooperationen mit der Barmer und auch mit dem BKK-Dachverband, wo wir in deren Auftrag auch Versorgungsforschung betreiben. Da kommen immer wieder interessante Ergebnisse heraus. Aber man könnte da durchaus mehr machen, und auch die Krankenkassen selbst könnten mehr machen, wenn sie vielleicht auch dürften.

In Israel – Herr Lauterbach hat jetzt Israel besucht – gibt es Clalit, die größte Krankenversicherung, die auch eigene Krankenhäuser betreibt. Und die schauen sich ihre Versichertendaten an, und wenn sie dann feststellen: "Mensch, da könnte eine Person bald gewisse Krankheiten entwickeln", dann melden sie sich mal präventiv und versuchen, dem entgegenzuwirken, damit es nicht zu einem solchen Akutfall kommt. Das dürfen wir hier nicht so richtig – das ist ein Thema der Daten, des Datenschutzes. Datenschutz ist wichtig; ich möchte auch nicht, dass alle Firmen, wenn ich im Internet unterwegs bin, meine Daten abgreifen. Aber wenn wir die Menschen fragen, ob es bezüglich der Gesundheit okay ist – das kam auch gerade von einem Vorredner –, dann sind sie eher bereit, ihre Daten für einen solchen Zweck bereitzustellen. Und in einer Sozialversicherung, wo vielleicht die Sozialgemeinschaft dafür zahlt, kann man der ja auch etwas zurückgeben – und vielleicht sind das dann Daten. Es geht nicht darum, solche Daten Google oder Facebook zu geben, und das noch kos-

tenlos, sondern sie sollten vielleicht der Versicherungsgemeinschaft gegeben werden.

Wir brauchen dafür ein Datennutzungsgesetz. Das ist wichtig; es steht im Koalitionsvertrag des Bundes drin, man muss es aber auch realisieren.

Wie verbindlich sollte die Krankenhausplanung sein? Ja, diese sollte verbindlich sein. Aber das ist vielleicht genau die Idee: Wenn wir über Vorhaltefinanzierung, Vorhaltebudgets kommen, wenn wir Vorhaltebudgets für gewisse Leistungen definieren, dann würde die Krankenhausplanung ein schärferes Schwert an die Hand bekommen. Denn da hängt dann nicht nur irgendein Bescheid daran – man darf, oder man darf nicht, und man hält sich irgendwie daran –, sondern da hängt dann die Finanzierung dran. Und dann wird man schon als Krankenhaus auf freiwilliger Basis sagen: Wenn ich dafür keinen Versorgungsauftrag habe, mit Basisfinanzierung, dann kann ich das nicht mehr anbieten, weil ich nicht wettbewerbsfähig bin. Da gehe ich dann finanziell in die Unterdeckung.

Deshalb muss man, glaube ich, von der Bundesebene aus mit gewissen Modellen helfen, dass man das schärfer durchführen kann. Es ist auch im Koalitionsvertrag des Bundes so drin, Leistungsgruppen NRW, Krankenhausstufen. Ich kann Ihnen also nur sagen: Daran wird intensiv gearbeitet, und man wird dann irgendwie schauen, ob man sich austauscht.

Vielleicht habe ich Ihre Frage nach der Ambulantisierung schon in Teilen beantwortet und Ihnen, Herr Gerhäusser, etwas vorweggenommen. Ich würde mir vorstellen: Wer kann, der darf dann. Aber ich würde doch ein bisschen schauen; denn es geht aus meiner Sicht immer darum, weniger im Krankenhaus zu machen. Und da muss ich dem Krankenhaus eine Perspektive geben. Vor allem ist für mich wichtig, wenn ich über Strukturoptimierungen nachdenke: Ich muss kleinen Krankenhäusern mit vielleicht 100, 150 Betten eine Alternative bieten. Ich muss den Menschen vor Ort, die das wirklich für sich sehr ernst nehmen – deswegen sind ja auch 90 % vor Ort dagegen –, sagen: Da gibt es dann aber ein Gesundheitszentrum. Da gibt es etwas, wo man die Basisversorgung hat, wo man telemedizinisch vernetzt ist, mit Spitzenmedizin, und da kannst du hingehen, und da wird dir auch weitergeholfen, wenn du dann doch mal woanders hin musst. Es ist ja bei Herzinfarkt und Schlaganfall ohnehin schon so, dass man ins Zentrum geht. Denn sonst wäre das gefährlich.

Herr Haußmann: "Case Mix runter, bleibt das so?" Das ist die große, spannende Frage, die sich alle stellen. Es gibt viele, die sagen: Das bleibt so. Ich bin da noch skeptisch, denn wir haben eigentlich nichts am System verändert. Warum sollte das dann so bleiben? Weil die Menschen sich daran gewöhnt haben, nicht ins Krankenhaus zu gehen? Na ja, gut, wenn ich jetzt ein Abo für ein Fitnessstudio habe und mich daran gewöhne, wegen der Pandemie lieber joggen zu gehen, statt mich dort noch anzustecken, dann kann es sein, dass das bleibt. Aber ich bin nicht ein Patient, der sozusagen ein Abo hat, einmal im Jahr eine Hüfte gemacht zu bekommen – und

jetzt habe ich mich daran gewöhnt, und die Hüfte mache ich jetzt immer ambulant. Das sind ja immer neue Leute.

Das heißt, in zwei Jahren kommen dann neuartige Krankheiten, die man noch nicht hatte, und dann geht man vielleicht wieder ins Krankenhaus, weil das Vergütungssystem so ist, wie es ist. Deshalb würde ich das jetzt unbedingt flankieren durch eine Ambulantisierungsvergütung. Trotzdem glaube ich, dass es niedrig bleibt – aber nicht wegen Corona und dem entsprechenden Gewöhnungseffekt. Was wir im Moment tatsächlich erleben, ist, dass wir nicht das Personal haben, um überhaupt die existierende Nachfrage zu bedienen. Ich höre von Krankenhäusern, sie könnten eigentlich wieder voll arbeiten, so wie vor der Pandemie, aber sie haben nicht das Personal, entweder weil es momentan krankgeschrieben ist oder weil es anderweitig verlorengegangen ist. Sie haben also nicht genügend Personal, um die entsprechenden Leistungen zu erbringen. Wenn sie das Personal aber hätten, würde es vielleicht passieren.

Aber genau das ist meine Prognose: Wir werden schrittweise immer stärker in diesen Fachkräftemangel gehen; auch wenn die Leute jetzt nicht mehr wegen Corona krankgeschrieben sind, wird der Tiefstand bleiben. Diese Entwicklung hat auch schon vor der Pandemie begonnen; bereits ab etwa 2007 haben wir gesehen, dass da kein Wachstum mehr stattfand. Deshalb glaube ich, wir werden durchaus auf diesem Niveau bleiben – aber nicht unbedingt als Folge der Pandemie, sondern als Folge des Personalengpasses. Und da muss man eben auch priorisieren.

Vernetzung von Kliniken auch über Landkreisgrenzen: Wenn wir Analysen machen, dann gibt es dabei keine Grenzen, nicht einmal Bundeslandgrenzen. Wir schauen Einzugsgebiete an: Wo kommen die Leute her? Und dann muss man überlegen: Wie mache ich das Angebot? Wie zentralisiere ich vielleicht? Im Ostalbkreis, wo wir gerade unterwegs sind, tut es mir immer mal weh, wenn man die Nachbarkreise nicht so direkt mit einbeziehen kann, um eine optimale Struktur zu schaffen. Da ist auch noch Bayern; da gelten wiederum andere Gesetze. Das macht es dann wirklich schwierig.

Aber innerhalb eines Bundeslands sollte man wirklich viel tun, um kreisübergreifend zusammenzuarbeiten. Das ist bei einer kommunalen Krankenhausstruktur aber wirklich schwierig. Da haben die anderen Trägerschaften, die kirchlichen und die privaten, Vorteile, denn die denken natürlich nicht, dass der Nachbarlandkreis einer ist, dem man nicht helfen möchte. Aber als Bundesland sollte man durchaus überlegen, da ein bisschen Druck, auch über Investitionsmittel, zu machen.

Was die Bundeslandgrenzen betrifft: Wir sehen es gerade in Bremen, wo man versucht, Schwerpunkte zu bilden: Das geht gar nicht ohne Niedersachsen. Einen solchen Sonderfall haben Sie hier nun nicht, aber nehmen Sie etwa den Raum Mannheim; da haben Sie dann drei Bundesländer. Da muss man also miteinander reden, und das sollte man auf Landesebene auch tun.

Die populationsbezogenen Vorhaltebudgets sollten aus meiner Sicht auch unabhängig von Kreisgrenzen definiert werden. Aber das ist jetzt ein Vorschlag, eine Forderung, von der ich nicht weiß, ob man das dann auch so realisiert.

Sv. Herr Dr. Gerhäusser: Frau Krebs, Public Health, wie kriegen wir das zum Fliegen? Unter diese Überschrift würde ich Ihre Frage stellen. Ja, wir haben die kommunalen Gesundheitskonferenzen, und ja, die sind ein gutes Medium. Die stoßen aber leider immer wieder an ihre Grenzen. Sie stoßen insofern an die Grenzen, als sie irgendwann mal gute Konzepte gemacht haben, gute Ideen aufgestellt haben, und sich dann für die Umsetzung um Fördermittel bewerben. Dann geht man zu den Krankenkassen, und wenn man Glück hat, ist gerade in dem Gebiet ein Förderaufruf unterwegs. Man kann vielleicht priorisieren mit dem, was man als Landkreis oder Stadtkreis in diesem Bereich entwickelt und sich ausgedacht hat. Aber irgendwann geht die Förderung auch wieder herunter, und dann haben wir ein Problem. Und dann wird es relativ schwierig, bei den auch auf kommunaler Seite nicht gerade üppig gefüllten Kassen die Mehrheiten in den Gremien zu finden, um so ein Thema weiterzutreiben. Das ist die Herausforderung dabei.

Was könnte man dagegen tun? Die Kassen haben viel an der Hand. Man könnte über regionale Budgets nachdenken, die den kommunalen Gesundheitskonferenzen durch die Krankenkassen zugewiesen werden. Das könnte auch das Land tun; ich halte die Krankenkassen in dem Bereich für etwas sachnäher. Aber wie sieht es bei den Krankenkassen aus? Ich habe das Glück und darf für den Deutschen Landkreistag in der Nationalen Präventionskonferenz sitzen. Die Nationale Präventionskonferenz hat jetzt ein wunderbares Papier auf den Weg gebracht zum Thema "Klimakrise, Klimawandel, wie muss sich unsere Gesellschaft darauf vorbereiten?". Diejenigen, die es geschrieben haben, kamen vornehmlich von Kassenseite, und da wurden viele Aufgaben in den kommunalen Bereich hineingeschoben, viele Themen der Daseinsvorsorge zugeschrieben. Das kann man so machen. Aber als dann die Frage kam, welche Mittel denn von den Kassen – die ja in unserem wohlgeordneten staatlichen System für diese Aufgaben originär zuständig sind – den Kommunalen gegeben werden sollen, war da relativ viel freier Raum in diesem Papier. Ich glaube, das ist ein Punkt, an den man noch einmal herangehen muss; hier muss man sich noch Gedanken machen.

Herr Dr. Preusch, wir kommen zwar, glaube ich, aus derselben Gegend, aber Katastrophenschutzunterricht im Kindergarten oder in der Grundschule habe ich nicht erlebt. Ich glaube auch nicht, dass das ein Thema ist, das primär in kommunale Verantwortung gehört. Sie haben mir den Auftrag gegeben, Ideen und Themen zur Krisenbewältigung zu finden und zu sagen, was wir aus den Erfahrungen mit der Coronapandemie heraus besser machen können. Wir haben das als Landkreis identifiziert, sehen uns aber jetzt als Landkreise und komplett als kommunale Seite nicht in der Pflicht oder zumindest nicht an erster Front. Ich glaube, dafür sind die zuständigen Ministerien, die dann auch die entsprechenden Fachleute haben, um solche

pädagogischen Aspekte zu berücksichtigen, viel besser geeignet, genauso wie die Kolleginnen und Kollegen aus dem Bevölkerungsschutz.

Herr Wahl, ja, kommunale Gesundheitskonferenz – das haben wir schon angesprochen. Ich möchte nicht an der Wichtigkeit dieser kommunalen Gesundheitskonferenzen zweifeln. Die sind wichtig, und man ist auch heute noch dankbar, dass das Thema in die kommunale Seite hineingegeben wurde. Was haben die uns in der Coronapandemie gebracht? Sie waren wirklich gute Ebenen für den Austausch. Ich habe aus Landkreisen zurückgespiegelt bekommen, die kommunale Gesundheitskonferenzen bereits gut aufgestellt haben, dass die damit einfach schon ein Vehikel hatten, um einen guten Austausch mit der Medizinerschaft und den sonstigen Playern vor Ort zu haben. Das war auf jeden Fall ein sehr großer Vorteil, und daraus hat man auch viel gelernt. Das ist eine Lehre, die viele Landkreise aus der ganzen Zeit ziehen konnten, dass das Thema auch weiterhin betrachtet werden muss. Man muss also darauf schauen.

Sie sprachen aus Ihrer eigenen Tätigkeit heraus auch das Thema "Kommunale Zuständigkeiten bei Planungen im ambulanten Versorgungsbereich" an. Bitte verstehen Sie mich nicht falsch: Ich glaube nicht, dass wir eine originär kommunale Zuständigkeit für die Versorgungsplanung brauchen. Was wir brauchen, ist eine Prise kommunale Verantwortung, kommunales Wissen in diese Planungsstrukturen hinein. Denn vieles in diesen Bereichen der Planung der Kassenärztlichen Vereinigung ist eine Blackbox für die Kommunen.

Wenn man über solche Dinge nachdenkt, wie sie Herr Augurzky gerade angesprochen hat – Nachfolgekonstrukte für geschlossene Klinikstandorte –, dann fühlen sich natürlich die ehemaligen Krankenhausträger und damit die Landkreise in der Pflicht, in diesem Bereich ihren Bürgerinnen und Bürgern – dies in Richtung von Herrn Sänze – etwas zu bieten. Da muss etwas Neues kommen; da muss die Angst genommen werden, dass die Versorgungsstruktur zusammenbricht. Und um das umsetzen zu können, brauche ich einfach einen Blick in diese Zirkel der Selbstverwaltung hinein – keine Verantwortung, aber einen besseren Blick. Ich glaube, daran müssen wir arbeiten; da gibt es einige interessante Ideen, die man in diesem Bereich bringen kann – plakativ: die kommunale Selbstverwaltung in diesem Bereich.

Herr Haußmann, vielen Dank für den Respekt, den Sie den Landkreisen gezollt haben, was die Bekämpfung der Coronapandemie betrifft. Das sehe ich natürlich genauso. Herzlichen Dank; ich trage das gern weiter an die Kolleginnen und Kollegen vor Ort. Das ist natürlich ein bisschen ein vergiftetes Geschenk gewesen; Sie sprachen die Sache sicherlich auch mit dem Tenor an: Wenn ihr das schon so gut gemacht habt, dann könnt ihr doch auch noch mehr machen.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Jetzt bin ich von meiner Grundhaltung her ein großer Freund des Subsidiaritätsprinzips. Ich glaube, dass Probleme dort gelöst werden müssen, wo sie entstehen, und dass sie dort auch gelöst werden können. Bei einem landesweiten Infektionsgeschehen ist es schwierig, auf kommunaler Ebene unterschiedliche Maßnahmen zu treffen. Wir haben das eine Zeit lang gesehen, als wir die Ausgangsbeschränkungen hatten, die dann teilweise an Landkreisinzidenzen festgemacht waren. Ich muss für mich selbst gestehen, ich wusste manchmal selbst nicht mehr: Darf ich in diesem Kreis jetzt unterwegs sein oder nicht? Da war ich froh, dass ich im Handschuhfach meines Fahrzeugs einen Brief von meinem Hauptgeschäftsführer hatte, der mir eine Carte blanche gegeben hat für die Reisen, die ich in dieser Zeit auch machen musste. Aber man muss sich die Problematik mal vor Augen führen.

Ich glaube, für die Bürgerinnen und Bürger war es immer sehr schwer nachzuvollziehen, wenn wir an Landkreisgrenzen irgendwelche Festlegungen gemacht haben. Deswegen glaube ich, dass, rekurrierend auf die Subsidiarität, die Probleme auf Landesebene gelöst werden und auch hätten gelöst werden müssen.

Zu den Themen Energiekrise, Pflegeheime muss ich leider passen. Ich sage Ihnen nur etwas zu Themen, von denen ich Ahnung habe, und das ist eben nicht mein Bereich; es tut mir furchtbar leid. Falls Bedarf ist, können wir natürlich gern hinterher noch in einen Austausch treten, und ich kann mich zuvor entsprechend kundig machen.

Dann haben Sie das Thema "Fachkräfte und demografischer Wandel" angesprochen. Ich glaube, die Thematik bezüglich der Vernetzungen hat Herr Augurzky gerade umfangreich vorgebracht. In Baden-Württemberg haben wir sicherlich auch nicht mehr diese Landkreisgrenzen, wenn es um unsere Krankenhausversorgung geht. Ich sehe da große Abstimmungszirkel zwischen den Landkreisen. Sie sprachen zuvor mal die regionale Klinik-Holding an, die, glaube ich, über mehrere Landkreise und in der Trägerschaft von mehreren Landkreisen unterwegs ist.

Wenn wir über Demografie reden, dann müssen wir auch ein weiteres Thema verstärkt in den Blick nehmen, nämlich die Standards, die wir uns selbst definiert haben. Ein weiterer, sehr brisanter Bereich, den die Kolleginnen und Kollegen aus dem Städte- und Gemeindetag immer wieder ansprechen und der von der Landesregierung ansatzweise auch aufgenommen wurde, ist dabei die Ausstattung der Kindergärten. Da muss man sich wahrscheinlich Gedanken machen; das heißt, wir müssen uns überlegen, wo Standards mithilfe des demografischen Wandels vielleicht auch neu überdacht werden müssen. Ich glaube, da können wir gemeinsam noch viel unternehmen.

Herr Sänze, ich sprach das Thema vorher schon ein wenig an: Sie haben vollkommen recht; wenn ein Klinikstandort geschlossen wird oder wenn es Umstrukturierungen im Gesundheitsversorgungsbereich gibt, dann bestehen natürlich Ängste und Sorgen bei der Bevölkerung. Aber ich glaube, Herr Augurzky hat sehr gut dargelegt,

dass danach nicht immer etwas Schlechteres kommen muss, sondern dass viele Beispiele das Gegenteil gezeigt haben. Lörrach ist jetzt gerade im Bau; da kann man noch keine Ergebnisse bringen, Heilbronn haben Sie uns dargestellt. Ich glaube, im Ergebnis können wir da eine bessere Versorgung für die Bürgerinnen und Bürger sicherstellen, und das muss eben kommuniziert werden. – Das war jetzt mein Versuch, die aufgeworfenen Fragen zu beantworten. Herzlichen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Augurzky und Herr Dr. Gerhäusser. – Gibt es aus den Reihen der Abgeordneten noch Fragen? – Frau Abg. Staab, bitte.

Abg. Christiane Staab CDU: Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Gerhäusser; die hat sich aber relativiert. Ich hatte ihn vorher so verstanden, dass er dafür plädiert hat, Verantwortlichkeiten nach unten zu geben. Das ist aber jetzt doch wieder etwas dadurch relativiert worden, dass er gesagt hat: Es ist schwierig, wenn unterschiedliche Kreise oder gar Gemeinden in einer Krise Dinge unterschiedlich handhaben, weil das für den Bürger dann schwer nachvollziehbar ist. Genau das hatten wir ja erlebt: Wenn in Heidelberg die Klubs geschlossen waren und bei uns geöffnet, dann sind die alle in den anderen Landkreis gekommen, um da die Klubs zu fluten. Also, da ist es wichtig, dass man eine gewisse Einheitlichkeit auf Landesebene hat.

Das Thema Katastrophenschutz – da ist es schade, dass Sie das jetzt in Richtung Innenministerium geschoben haben. Denn ich glaube, das ist schon – – Wir sind hier in der Enquete "Krisenfeste Gesellschaft". Wir sehen in der Bevölkerung einen erklecklichen Teil von Menschen, denen, glaube ich, nicht bewusst ist, dass Katastrophenschutz in weiten Teilen Deutschlands und insbesondere in Baden-Württemberg tatsächlich eine ehrenamtliche Angelegenheit ist. Insofern ist es aus meiner Sicht sehr wichtig, dass der Katastrophenschutz in die Bildung mit aufgenommen wird. Wer das am Ende dann macht, ist mir im Moment egal.

Aber ich möchte da dem Kollegen Dr. Preusch schon zur Seite springen: Der Katastrophenschutz ist wieder viel stärker im Bewusstsein der Menschen zu verankern, und zwar dergestalt, dass sie sich auch zu einem Bestandteil des Katastrophenschutzes machen müssen. Wir brauchen beim THW Leute; das DRK hat heute einen Aufruf gestartet, wie auch schon gestern in einer großen Pressemitteilung, und gesagt, dass sie nicht mehr genügend Kräfte haben. Da braut sich gerade etwas zusammen, was mich mit ganz großer Sorge erfüllt.

An Herrn Professor Augurzky die Frage: Sie hatten vorhin einen Chart zur demografischen Entwicklung gezeigt, und Sie haben davon gesprochen, dass das Thema schon seit Jahrzehnten virulent ist. Ich frage mich gerade, ob das die nächste große Krise ist, vor der wir die Augen verschließen, weil wir das immer sehr segmentieren. Wir sprechen von Fachkräftemangel in der Pflege, Fachkräftemangel bei den Leh-

rern, Fachkräftemangel im Handwerk, bei Ingenieuren, bei Technikern. Das wird immer sektoral betrachtet, anstatt zu sagen: Wir haben gesellschaftlich einen riesengroßen Mangel.

Dieses Thema müssen wir angehen. Es kommt mir aber so vor – so, wie das bei Krisen häufig ist –: Man macht zu lange die Augen zu und wird dann überrollt. Droht uns das jetzt auch mit Blick auf die demografische Entwicklung?

Sv. Herr Dr. Gerhäusser: Was die erste Frage betrifft, so haben Sie sich die Antwort ja selbst gegeben. Was die zweite Frage betrifft: Verstehen Sie mich bitte nicht falsch; ich will da nicht etwas in Richtung des Innenministeriums schieben. Sie haben natürlich vollkommen recht; krisenfeste Gesellschaft ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Darüber muss man gar nicht groß nachdenken. Sehen Sie es einem ehemaligen Beamten der Innenverwaltung des Landes Baden-Württemberg nach, dass er in diesem Bereich eben als Erstes an das Innenministerium gedacht hat – bei dem natürlich auch die guten Kontakte in Richtung der Hilfsorganisationen besteht.

Sv. Herr Dr. Augurzky: Zum Thema Demografiekrise: Ja, klar, da ist es so ähnlich wie bei der Klimakrise: Man weiß seit 30 Jahren, dass das kommt, und das ist jetzt auch unmittelbar; es ist nicht mehr großartig zu verhindern. Zum Glück gibt es bei der Klimakrise eine etwas vorausschauendere Haltung; das will ich zumindest hoffen. Mit der Demografiekrise, die damit vergleichbar ist, bin ich nun schon seit fast 20 Jahren unterwegs und spreche es auch immer in meinen Vorträgen an. Aber politisch ist es sehr schwierig. Sie hätten bereits im letzten Jahrzehnt entsprechende Maßnahmen ergreifen müssen. Jetzt müssen wir schauen, dass wir da irgendwie durchkommen. Sie sagen völlig zu Recht, dass das nicht spezifisch das Gesundheitswesen betrifft.

Wir werden überall, an allen Ecken und Enden – Sie kennen die Thematik ja in Bezug auf Handwerker, wenn Brücken gebaut werden sollen, wenn die Bahn ausgebaut werden soll. Wir hatten einen Vorschlag dazu gemacht, wie man Krankenhäuser klimaneutral macht, und gesagt, wie viel Milliarden Euro das kostet. Selbst wenn man diese Milliardenbeträge bereitstellen würde, könnten wir es gar nicht umsetzen, weil wir die Leute dafür nicht haben. Das ist gerade wirklich das große Problem.

Jetzt habe ich gestern oder vorgestern gelesen: In Deutschland gibt es 84 Millionen Menschen; es kommen ja auch die Flüchtlinge aus der Ukraine hinzu. Man weiß nicht, was das mit sich bringt; das ist wie beim Thema Corona: Bleiben die Zahlen niedrig, oder steigen die Zahlen? Dann hätte man vielleicht auch viele junge Leute darunter. Aber vielleicht braucht die Ukraine diese Menschen hinterher für den Wiederaufbau. Wir wissen alle nicht, was noch so kommen wird.

Aber wie auch immer, ich glaube, wir müssen mit der Prognose leben. Das heißt, dass wir am Ende auch priorisieren müssen: Wo setzen wir die knappen Kräfte ein? Darum wird es in den nächsten zehn Jahren gehen. Meine Sorge ist, dass es gerade

bei der Altenpflege schwierig wird; die Krankenhäuser kommen gleich danach. Entsprechendes gilt aber auch für alle anderen wichtigen Infrastrukturbereiche in Deutschland.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Augurzky und Herr Dr. Gerhäusser, dass Sie uns Rede und Antwort gestanden haben. Wir wünschen Ihnen alles Gute für Ihren Weg und freuen uns natürlich auch, wenn Sie im weiteren Fortgang noch Hinweise für die Enquetekommission haben zu Bereichen, auf die wir noch einmal draufschauen sollten – handlungsleitende Empfehlungen, die aus Ihrer Sicht wichtig sind. All das können wir in unsere Arbeit einfließen lassen. Das gilt auch für weitere Handlungsfelder, die wir zukünftig vielleicht noch in den Blick nehmen sollten.

Nochmals herzlichen Dank an Sie, kommen Sie gut nach Hause. Wir wünschen Ihnen alles Gute.

Wir sind damit am Ende der Tagesordnung angelangt. Ich darf noch kurz den Hinweis geben, dass die nächste Sitzung der Enquetekommission am Freitag, 14. Oktober 2022 um 9:30 Uhr stattfinden wird. Ich schließe die Sitzung.

(Schluss des öffentlichen Teils: 17:09 Uhr)





Wie gut ist die Wissenschaft auf die nächste Pandemie vorbereitet?



Hans-Georg Kräusslich

Zentrum für Infektiologie, Virologie Universitätsklinikum Heidelberg







Science, 375 (6585), 2022 • DOI: 10.1126/science.abo7976

Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg



- Was wussten wir schon vorher?
- Wie hat die Wissenschaft reagiert?
- Sind wir jetzt besser vorbereitet?
- Was brauchen wir noch?

Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg

30. September 2022



Was wussten wir schon vorher?

- In den letzten Jahrzehnten gab es wiederholt epidemische (und pandemische) Ausbrüche neuer oder sich neu ausbreitender Erreger
- Primäre Kandidaten: RNA Viren (Corona-, Flavi-, Influenza-, Paramyxoviren)
- Ursprung: Zoonosen (Fledermaus, Nager, Geflügel)
- Meist relativ schnell kontrolliert (Sars 2003)
 bzw. keine hohe Pathogenität beim Menschen
 (H1N1, Zika) oder geringe Mensch-zu-Mensch
 Ausbreitung (H5N1, MERS)

Es war klar und allgemein bekannt, dass es wieder Ausbrüche und Pandemien geben wird!

Wann? - Was? - Wo? - Wie pathogen?

Virus	Jahr des ersten Ausbruchs	Fallzahl	Todeszahl	Anzahl betroffener Länder
H1N1 (Spanische Grippe)	1918	500.000.000	> 20.000.000	Weltweit
Ebola	1976	33.577	13.562	10

2.3 Risikoanalyse "Pandemie durch Virus Modi-SARS"

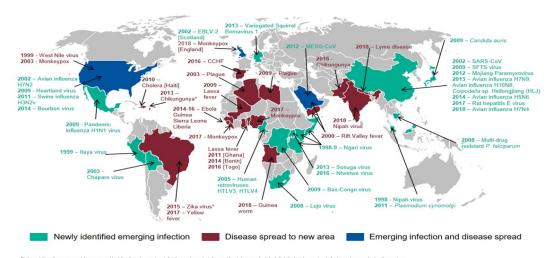
Die Risikoanalyse "Pandemie durch Virus Modi-SARS" wurde unter fachlicher Federführung des Robert Koch-Instituts und Mitwirkung weiterer Bundesbehörden¹³ durchgeführt.

Robert-Koch-Institut 2013

Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg



New and spreading emerging infections



ricture: nttps://www.gov.uk/govemment/publications/emerging-intections-charactenstics-epidemiology-and-global-distribution/emerging-intections-now-and-wny-tney-ans-

Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg

30. September 2022



Neue Viruskrankheiten sind meist Zoonosen



HIV



Influenza



SARS-CoV Nipah, Hendra Ebola



HIV, Vogelgrippe, Ebola, COVID 19 und was dann?

Virus-Ausbreitung profitiert von.....

Reisen, Handel, Migration





Bevölkerungswachstum, Megacities, Armut, Krieg



Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg

30. September 2022



Wie hat die Wissenschaft reagiert?

- · Schnelle Identifikation des Erregers
- Schnelle Etablierung spezifischer Nachweisverfahren und breite Verfügbarkeit
- Frühzeitiger Nachweis der Virusherkunft und Verbreitung
- Unmittelbarer Nachweis der Infektions- und Ausbreitungswege
- Rasche Identifizierung von Risikofaktoren und Risikogruppen
- Teilweise Aufklärung der Pathogenese und klinischer Verlaufsparameter
- Validierung nicht pharmazeutischer Interventionen
- Molekularbiologische und strukturbiologische Charakterisierung
- Charakterisierung der humoralen und zellulären Immunantwort
- Extrem schnelle Entwicklung hoch wirksamer (neuer) Impfstoffe
- Unmittelbare Entdeckung relevanter Varianten und deren Ausbreitung
- Entwicklung therapeutischer Maßnahmen (antiviral, antiinflammatorisch, intensivmedizinisch)





Was hat uns "fehlgeleitet"?

Generelle Erwartung und Wahrnehmung wird stark von bekannten Ereignissen insbesondere der jüngeren Vergangenheit geprägt.

Ca. 25 Ebola Ausbrüche seit 1976: Im Durchschnitt ~100 Infektionen mit hoher Letalität.

Sehr hohe Manifestation und Pathogenität erlaubten relativ schnelle Eindämmung

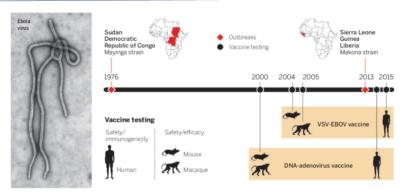
2014/15: Ausbruch in Westafrika mit >25.000 Fällen und >11.000 Todesfällen

Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg

30. September 2022



Time line of Ebola virus vaccine development



- For ~10 years, it had been known that the adenovirus- and VSV-based Ebola virus vaccines are safe and efficacious in rodents and nonhuman primates, but further development and human trials were not continued.
- Immediate human studies toward the end of the West African epidemic led to rapid confirmation of safety and efficacy and fully licensed vaccines by 2019.

Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg



Was hat uns "fehlgeleitet"?

Generelle Erwartung und Wahrnehmung wird stark von bekannten Ereignissen insbesondere der jüngeren Vergangenheit geprägt.

SARS 2003: >8.000 Fälle mit ~10% Letalität.

Hohe Manifestation und Infektiosität erst in späteren (stark symptomatischen) klinischen Stadien erlaubten relativ schnelle Eindämmung

2019ff: SARS-CoV-2 kann auch von präsymptomatischen und asymptomatischen Personen übertragen werden

Influenza-Pandemie 2009 (Schweinegrippe H1N1) mit sehr hohen Infektionsraten, aber relativ geringer Pathogenität; Vogelgrippe (H5N1) mit hoher Pathogenität, aber keiner Ausbreitung von Mensch zu Mensch

Wir haben "emerging infections" weitgehend im Griff – ein Ereignis wie die spanische Grippe wird es nicht wieder geben.

Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg

30. September 2022

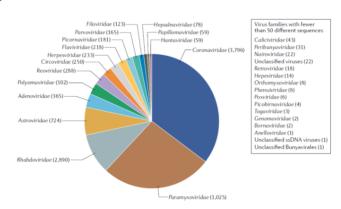


Sind wir jetzt besser vorbereitet?

Identifizierung und Charakterisierung potentiell zoonotischer Erreger in relevanten Reservoirs in unterschiedlichen geographischen Regionen

- Fledermaus
- Haus- und Nutztiere
- Domestizierte Wildtiere
- Nager

Das relevante Virom



Letko et al., Nature Reviews | Microbiology 2020

Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg



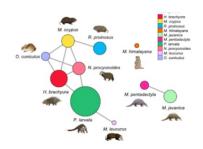
Sind wir jetzt besser vorbereitet?

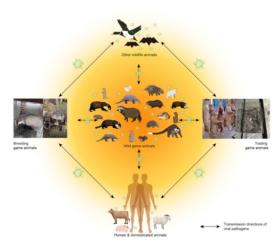
Cell

CellPress

Articlo

Virome characterization of game animals in China reveals a spectrum of emerging pathogens





He et al., 2022, Cell 185, 1117-1129

Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg

30. September 2022



Sind wir jetzt besser vorbereitet?

Identifizierung und Charakterisierung potentiell zoonotischer Erreger in relevanten Reservoirs in unterschiedlichen geographischen Regionen

- Virom-Identifizierung und Sequenzierung
- Funktionelle Charakterisierung potentiell relevanter Erreger

Etablierte Netzwerke zur Charakterisierung der Erreger in Systemen unterschiedlicher Komplexität (Zellkultur – Organoid – Tiermodell), der Wirtsantwort (Tiermodell – human) sowie zur Testung potentiell antiviral wirksamer Substanzen (ACTP) – Deutsches Zentrum für Infektionsforschung



Antiviral Compound Testing Platform (ACTP)



- 9 Partner an 7 DZIF Standorten
- koordiniert via Heidelberg Molekular Virologie (Ralf Bartenschlager)



Potentiell antivirale Substanz

In vitro Evaluation in verschiedenen Zelllinien

> 60 Testsysteme für 32 Viren:

HCV, DENV, ZIKV, YFV, CVB3, HAV, EV71, SARS-CoV, MERS-CoV, HCoV, Influenza, NCDV, Ebola, Marburg, Lassa, SINV, CHIKV, HTNV, RVFV, UUKV, LACV, CCHF, ANDV, HBV/HDV, HEV, Norovirus



In vivo Testsysteme

14 Tiermodelle für 12 Viren:

ZIKV, SARS-CoV, MERS-CoV, Influenza, Ebola, Lassa, CHIKV, CCHF, HBV/HDV



Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg

In vitro Test in Primärzellen/Organoiden

13 Testsysteme für 12 Viren:

HCV, DENV, ZIKV, SARS-CoV, MERS-CoV, HCoV, Influenza,

CHIKV, HTNV, HBV/HDV

30. September 2022



Sind wir jetzt besser vorbereitet?

Identifizierung und Charakterisierung potentiell zoonotischer Erreger in relevanten Reservoirs in unterschiedlichen geographischen Regionen

- Virom-Identifizierung und Sequenzierung
- Funktionelle Charakterisierung potentiell relevanter Erreger

Etablierte Netzwerke zur Charakterisierung der Erreger in Systemen unterschiedlicher Komplexität (Zellkultur – Organoid – Tiermodell), der Wirtsantwort (Tiermodell – human) sowie zur Testung potentiell antiviral wirksamer Substanzen (ACTP) – Deutsches Zentrum für Infektionsforschung

Etablierte Strukturen und Partnerschaften (Industrie/Academia und international) zur **Entwicklung und raschen Testung potentieller Impfstoffe** auf der Basis unterschiedlicher Technologien sowie Vorhalten erforderlicher Entwicklungs- und Produktionskapazitäten

ZEPAI

Zentrum für Pandemie-Impfstoffe und –Therapeutika am Paul-Ehrlich-Institut Logistik der Impfstoffproduktion und Bereitstellung – Vorhaltung relevanter Produktionskapazitäten

Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg



ZEPAI

Zentrum für Pandemie-Impfstoffe und –Therapeutika am Paul-Ehrlich-Institut

Logistik der Impfstoffproduktion und Bereitstellung – Vorhaltung relevanter Produktionskapazitäten



Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg

30. September 2022



Was brauchen wir noch?

Vorbereitet sein bedeutet, möglichst viele Werkzeuge etabliert, validiert und vollständig einsatzfähig zu haben, ohne zu wissen, ob und wann man sie brauchen wird!

Was **müssen**, was **können** und was **wollen** wir uns leisten und wie stellt sich Deutschland im internationalen Kontext auf?

Können wir die notwendigen sektorübergreifenden Infrastrukturen und Netzwerke auch über die aktuell pandemiebedingt hohe Aufmerksamkeit und wahrgenommene Relevanz hinaus langfristig entwickeln und funktionell halten?

Beispiele

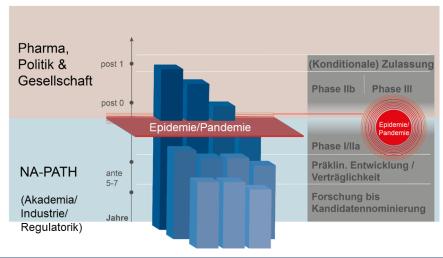
- Etablierte und validierte Plattformtechnologien (z.B. MVA, Adenovirus, VSV, Masernvirus, mRNA) für schnelle Anpassung und Zulassung neuer Impfstoffe (siehe jährliche Grippeimpfung)
- Vorbereitende Entwicklung breit gegen Erregergruppen wirksamer Impfstoffe
- Zentren- und Sektor-übergreifende Entwicklung und Testung breit wirksamer Wirkstoffe

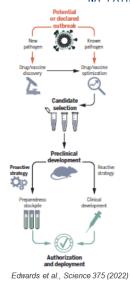


Die Vorentwicklung beschleunigt den Prozess









Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg

30. September 2022



Was brauchen wir noch?

Vorbereitet sein bedeutet, möglichst viele Werkzeuge etabliert, validiert und vollständig einsatzfähig zu haben, ohne zu wissen, ob und wann man sie brauchen wird!

Was **müssen**, was **können** und was **wollen** wir uns leisten und wie stellt sich Deutschland im internationalen Kontext auf?

Können wir die notwendigen sektorübergreifenden Infrastrukturen und Netzwerke auch über die aktuell pandemiebedingt hohe Aufmerksamkeit und wahrgenommene Relevanz hinaus langfristig entwickeln und funktionell halten?

Kann die pandemische Erfahrung dazu führen, dass fehlende oder dysfunktionale Strukturen oder Regularien neu bewertet und an die Erfordernisse angepasst werden können?



Was brauchen wir noch?

Kann die pandemische Erfahrung dazu führen, dass fehlende oder dysfunktionale Strukturen oder Regularien neu bewertet und an die Erfordernisse angepasst werden können?

Beispiele:

- Datenschutz-kompatible und Intitutionen-übergreifende Datenerhebung und -auswertung (Klinik, Labor, Sequenzierung, etc) – wiss. Nutzung von Genomsequenzierungen, Impfregister.....
- Vereinfachte Genehmigungsverfahren für experimentelle und klinische Studien ohne Beeinträchtigung der Sicherheit (siehe rolling review bei Impfstoffen) – gemeinsame Entwicklung von Standard-Templates mit den zuständigen Behörden (länderübergreifend)
- Regionale und überregionale Vernetzung mit dem öffentlichen Gesundheitswesen und ambulanten Bereich sowie den lokalen/regionalen Entscheidungsträgern – Steuerungsfunktion durch die Universitätsmedizin als Versorgunsaufgabe (siehe WR 2022)
- Ermöglichung einer schnell umsetzbaren UND rechtssicheren Zusammenarbeit unterschiedlicher Einrichtungen im öffentlichen und privaten Sektor – national und international

Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg

30. September 2022



Was brauchen wir noch?

Vorbereitet sein bedeutet, möglichst viele Werkzeuge etabliert, validiert und vollständig einsatzfähig zu haben, ohne zu wissen, ob und wann man sie brauchen wird!

Was **müssen**, was **können** und was **wollen** wir uns leisten und wie stellt sich Deutschland im internationalen Kontext auf?

Können wir die notwendigen sektorübergreifenden Infrastrukturen und Netzwerke auch über die aktuell pandemiebedingt hohe Aufmerksamkeit und wahrgenommene Relevanz hinaus langfristig entwickeln und funktionell halten?

Kann die pandemische Erfahrung dazu führen, dass fehlende oder dysfunktionale Strukturen oder Regularien neu bewertet und an die Erfordernisse angepasst werden können?

Gelingt es uns, die starke Grundlagenforschung auch zu momentan weniger im Fokus stehenden Themen weiter zu entwickeln und mit translationaler und klinischer Forschung über institutionelle Grenzen zu verknüpfen?

Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg

Und dazu ein paar Überlegungen....



- Erhaltung und Stärkung bestehender Strukturen zur translationalen und klinischen Forschung (DZG, NUM)
- Verstärkte und institutionalisierte Zusammenarbeit des ÖGD mit universitärer Medizin
- Starke deutsche Beteiligung in und Abstimmung mit internationalen Netzwerken
- Entwicklung des Datenschutzes zu inhaltlich sinnvoller und ethisch angemessener Datennutzung
- Fortführung und Institutionalisierung des konstruktiven Dialogs mit Politik und Öffentlichkeit auch jenseits der akuten Krisensituation

Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg

30. September 2022



Die Pandemie ist noch nicht vorbei und wir müssen vorbereitet bleiben, gleichzeitig über die aktuelle Pandemie hinaus denken und handeln – dies erfordert eine schwierige Balance zwischen unberechtigtem und schädlichem Alarmismus ("Killerviren stehen uns bevor, die nächste Pandemie wird noch viel schlimmer") und notwendigem Nachdruck angesichts realer Risiken







ILLUSTRATION: ROBERT NEUBECKER

Enquetekommission Landtag Baden-Württemberg

Öffentliche Anhörung der Enquetekommission "Krisenfeste Gesellschaft" zur Frage der Lessons Learned" in Bezug auf die Bekämpfung der COVID-19-Pandemie





Krisenfeste Gesundheitsversorgung

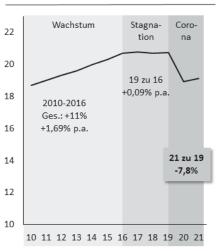
Öffentliche Anhörung im Landtag Baden-Württemberg, 30. September 2022

Prof. Dr. Boris Augurzky

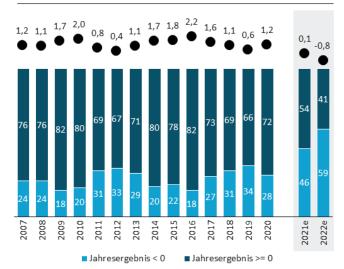
Mit der COVID-19-Pandemie folgte ein Einbruch der Leistungszahlen der Kliniken mit Folgen für deren wirtschaftliche Lage Energieknappheit verschärft Lage 2022 und 2023 zusätzlich



Leistungszahlen = Casemixvolumen(1)



Jahresergebnis⁽²⁾ (als Anteil an Erlösen)



- (1) Casemix vor Umstellung im Zuge der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (2) EAT, Earnings after taxes
- Anmerkung: Die jährliche Stich probengröße schwankt zwischen 810 und 987 Einrichtungen. Que IIe: Krankenhaus Rating Report 2022

Crwi hcb

Lessons learned

Vernetzung und Abstimmung der Akteure der Gesundheitsversorgung untereinander (Regionale Steuerung)

Fokus auf die eigenen Stärken, nicht alle machen alles (Beispiel Intensivversorgung)

Ambulantisierung

Daten, Transparenz, elektronische Patientenakte

Flexibles, der Situation entsprechendes Handeln, Pragmatismus, Improvisation, "fünf gerade sein lassen"

> Vorhaltung, Vorrat, nicht nur auf eine Karte setzen

Viele Krisen bestimmen jedoch inzwischen unseren Alltag

Wir müssen uns rückblickend mit der COVID-19-Pandemie befassen, aber sollten dabei auch alle anderen gegenwärtige Krisen nicht aus den Augen verlieren



Beschleunigung des demografischen Wandels

- → Wachsende Gesundheitsbedarfe
- → Enormer Fachkräftemangel und sinkende Belastbarkeit
- → **Defizite** der Sozialversicherungen



Neue Weltordnung

Krieg in Europa, Deglobalisierung, Energieknappheit

- → Reduktion weltweiter Arbeitsteilung
- → Verteuerung von Produkten, Inflation
- → Großinvestitionen in Verteidigung



Euro-Krise

Aufgeblähte EZB-Bilanz

- → Instabile Staaten innerhalb der EU
- → Verschleppung von Reformen
- → Inflation



Klimawandel

- → Großinvestitionen zur Schaffung von Klimaneutralität
- → Verteuerung von Produkten, Inflation



Infektionskrankheiten

- → Hygieneanforderungen
- → **Diversifikation** von Lieferketten
- → Ausbremsen der wirtschaftlichen Aktivität



Veraltete Infrastruktur

- → Ausbremsen der wirtschaftlichen Aktivität
- → Großinvestitionen in Infrastruktur

Quelle: RWI / hcb

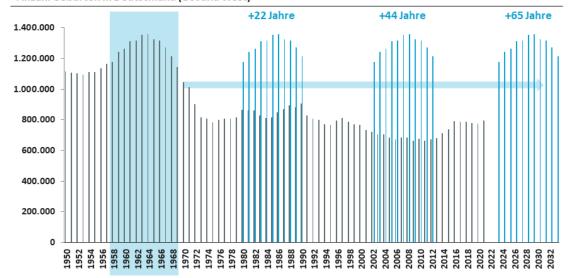
senfeste Gesundheitsversorgun



Die Beschleunigung des demografischen Wandels ist die unmittelbar herausforderndste Krise für das Gesundheitswesen

Eine Tsunami-Welle läuft durch die Zeit und trifft etwa 2023 auf

Anzahl Geburten in Deutschland (Ost und West)



Quelle: Destatis

Crwi hcb

6



 $Quelle: \underline{Finanz defizit\ der\ Krankenkassen\ w\"{a}chst\ weiter\ (aerzteblatt.de)}; SPIEGEL\ vom\ 21.05.2022, Interview\ mit\ Jens\ Baas,\ Techniker\ Krankenkassen\ wachst\ weiter\ (aerzteblatt.de)}; SPIEGEL\ vom\ 21.05.2022, Interview\ mit\ Jens\ Baas,\ Techniker\ Krankenkassen\ wachst\ weiter\ (aerzteblatt.de)}; SPIEGEL\ vom\ 21.05.2022, Interview\ mit\ Jens\ Baas,\ Techniker\ Krankenkassen\ wachst\ weiter\ (aerzteblatt.de)}; SPIEGEL\ vom\ 21.05.2022, Interview\ mit\ Jens\ Baas,\ Techniker\ Krankenkassen\ wachst\ weiter\ (aerzteblatt.de)}; SPIEGEL\ vom\ 21.05.2022, Interview\ mit\ Jens\ Baas,\ Techniker\ Krankenkassen\ wachst\ weiter\ (aerzteblatt.de)}; SPIEGEL\ vom\ 21.05.2022, Interview\ mit\ Jens\ Baas,\ Techniker\ Krankenkassen\ wachst\ weiter\ (aerzteblatt.de)}; SPIEGEL\ vom\ 21.05.2022, Interview\ mit\ Jens\ Baas,\ Techniker\ Wachst\ weiter\ (aerzteblatt.de)}; SPIEGEL\ vom\ 21.05.2022, Interview\ mit\ Jens\ Baas,\ Techniker\ Wachst\ weiter\ (aerzteblatt.de)}; SPIEGEL\ vom\ 21.05.2022, Interview\ mit\ Jens\ Baas,\ Techniker\ Wachst\ weiter\ weiter\ wachst\ weiter\ weiter\ wachst\ wachst\ weiter\ wachst\ wachst\ weiter\ wachst\ wach$

CITWI hob.

-

Krisenfeste Gesundheitsversorgung

Verzagen? Denkblockade? Nichts geht mehr?



2 CAN I

Das Gesundheitswesen hat sich seine Potenziale aufgespart





Quelle: hcb

enfeste Gesundheitsversorgung

Orwi hcb -

Das Gesundheitswesen hat sich seine Potenziale aufgespart





personalisierte Medizin

Sektorenübergreifende Versorgung und Ambulantisierung Komplexe ambulante Leistungen Besserer Abgleich von Angebot und Nachfrage Notfallbehandlung, Steuerung im System

Effiziente Allokation von Personal und Kapital

Interprofessionelle Zusammenarbeit, mehr Verantwortung für die Pflege

Zentralisierung und Schwerpunktbildung

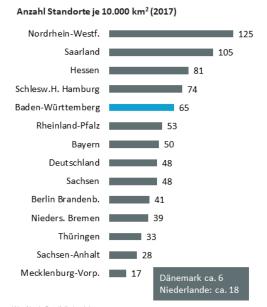
Sowohl in der stationären als auch ambulanten Versorgung, Berücksichtigung von Erreichbarkeit

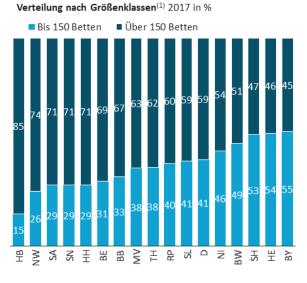
Quelle: hcb

Crwi hcb

Schwerpunktbildung

Hohe Krankenhausdichte in den meisten Bundesländern bietet Potenzial zur Schwerpunktbildung





(1) Nach Qualitätsberichten Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018 und 2019; OECD (2019); Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2017

Orwi hcb

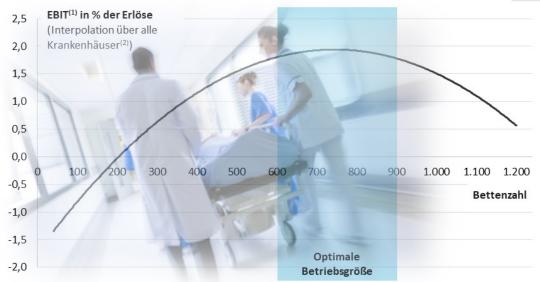
1

Schwerpunktbildung

Backup

Optimale Betriebsgröße zwischen 600 und 900 Betten (Ohne Fachkliniken)





(1) EBIT = Earnings before interest and tax

(2) R-Quadrat aus der multivariaten Regression liegt bei rund 10% Anmerkung: Daten von Krankenhausstandorten, nicht von Ketten; keine Fachkrankenhäuse

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021



Ambulantisierung mit großem Potenzial in Deutschland

Krankenhausfälle je 100 Einwohner (vor "Corona")



"Bottom-up-Schätzungen" rechnen mit ambulantem Potenzial von 20%(1)

(1) Sundmacher et al. 2015 und verschiedene Abschätzung auf Basisdes IGES-Gutachtens 2022 Que IIe: Krankenhaus Rating Report 2018; OECD (2019)

Crwi hcb -

13

Krisenfeste Gesundheitsversorgung

Wie kann das Vergütungssystem helfen, die Potenziale zu realisieren?

Komplex-ambulante DRG

DRG für komplex-ambulante Leistungen: weitere <u>Ausdifferenzierung des DRG-Systems für</u>

<u>ambulant-sensitive Kranken-</u> <u>hausfälle</u> ("Stufenmodell")

Vorschlag in f&w 2/2022

Patienteneigenschaften und

Strukturvoraussetzungen definieren "DRG-Stufe" (nur wenn Voraussetzungen stimmen, kann höhere Stufe abgerechnet werden)

Ambulant am Krankenhaus ermöglichen

Regionale Gesundheitsbudgets

Für einzelne Regionen weitgehend mengenunabhängiges Gesundheitsbudget <u>mindestens</u> <u>für ambulante und stationäre Leistungen</u> mit freier Mittelverwendung,

Zielvorgaben und Wettbewerb der Regionen nötig

Forderungen in f&w 1/2022

Vorhaltefinanzierung

Ausgliederung eines Teils der DRG-Erlöse zur Finanzierung von <u>Vorhaltebudgets</u> für Versorgungsregionen (Rückwirkung auf Krankenhausplanung)

Kombinierbar mit amb. Grundversorgung und Notfallversorgung

Vergütung der Pflege

Pflegebudget hat schwerwiegende Nachteile: es finanziert Kosten statt Ergebnisse und ist ungedeckelt → unbegrenzte Kosten

Stattdessen Pflegeleistungen (z.B. Pflegeminuten) vergüten innerhalb eines bedarfsorientierten Korridors

Gutachten aus Okt. 2021

Investitionsfinanzierung

Derzeit keine nachhaltige Lösung in Sicht

Verschiedene Investitionsfonds mit Bundesbeteiligung: Strukturen, Digitales, Klima

Investitionsbarometer NRW 2021

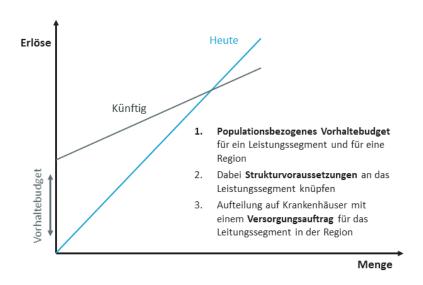
Ouelle: RWI / hcb

Orwi hcb-

Vorhaltefinanzierung

Vorhaltebudget für Leistungssegmente mit Versorgungsauftrag kombiniert mit leistungsabhängiger Vergütung der DRG

Schematische Darstellung für ein Leistungssegment





Quelle: Eigene Darstellung

- Orwi hcb

45

Organisation

Und was noch sinnvoll wäre ...

Hotline für Notfälle zur Patientenunterstützung wie dies z.B. in Dänemark der Fall ist

- Beim Notfall Anruf und Einschätzung durch eine qualifizierte Fachkraft
- Entscheidung, wie es weiter geht, zum Beispiel:
 - 1. Klärung direkt am Telefon
 - 2. Warten, beobachten und wieder am nächsten Tag melden
 - 3. Termin bei KV-Arztpraxis
 - Terminslot in der Zentralen Notaufnahme des passenden Krankenhauses, QR-Code und Wahrnehmung des Slots in dem Krankenhaus
- Maßgabe: Wer die Hotline nutzt, verringert Wartezeit vor Ort

Neue Versorgungsformen, z.B. ambulante Großklinik statt kleiner Grundversorger

Schwerpunkte bilden einerseits sowie andererseits Know-how in die Fläche bringen und Angebote vernetzen

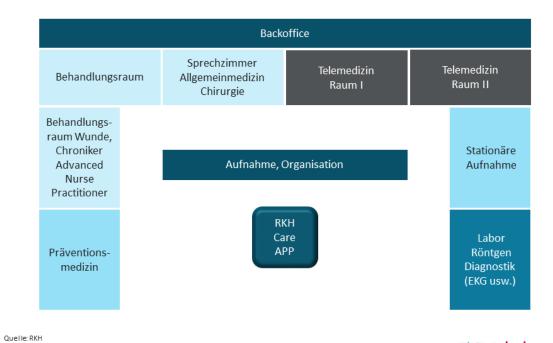
- Angebote bündeln zur Steigerung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit sowie zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen
- Solide medizinische und pflegerische Grundversorgung in der Fläche u.a. über telemedizinische Vernetzung
- Beispiele aus Baden-Württemberg: RKH Care Center, intensivmedizinische Netzwerke

Quelle: hcb/RWI

- Orwi hcb -

Organisation

Beispiel: Das RKH Care Center zur Stärkung der dezentralen Versorgung



Crwi hcb