

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

Öffentlicher Teil

7. Sitzung

Freitag, 11. November 2022, 9:30 Uhr

Stuttgart, Haus des Landtags

Plenarsaal
Videokonferenz

Beginn: 9:34 Uhr (Mittagspause: 13:43 bis 14:32 Uhr) Schluss: 18:24 Uhr

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

Teil I – nicht öffentlich

Beschlussfassung über eine in der heutigen Sitzung
anzuhörende Sachverständige als Ersatz für eine verhinderte
Sachverständige.....(gesondertes Protokoll)

Teil II – öffentlich

Öffentliche Anhörung

zu den Themen Health in All Policies – Pflege – Forschung
in Gesundheit, Medizin und Pflege – Gesundheitswirtschaft..... S. 3

Teil III – nicht öffentlich.....(gesondertes Protokoll)

1. Benennung von acht Verbänden zur öffentlichen Anhörung in der Sitzung der Enquetekommission am Freitag, 9. Dezember 2022
2. Festlegung des in der Sitzung der Enquetekommission am Freitag, 20. Januar 2023, zu behandelnden Themas
3. Beschluss über 20 Verbände, die in Bezug auf das zweite Handlungsfeld der Enquetekommission zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme aufgefordert werden sollen
4. Verschiedenes

**Öffentliche Anhörung
der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ zu den Themen**

**Health in All Policies
Pflege
Forschung in Gesundheit, Medizin und Pflege
Gesundheitswirtschaft**

**am Freitag, 11. November 2022, 09:30 Uhr
Plenarsaal (Haus des Landtags)**

Ablaufplan

(Stand 10.11.2022)

Uhrzeit	Sachverständige / Funktion	Thema
09:30 Uhr	Alexander Salomon MdL , Vorsitzender der Enquetekommission	
09:35 Uhr	Dr. Katharina Böhm , Geschäftsführerin der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE)	HiAP
09:55 Uhr	Dr. Brigitte Joggerst , Vorsitzende des Ärzteverbands öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg e.V., Amtsleiterin des Gesundheitsamts Pforzheim	HiAP
10:15 Uhr	40minütige Fragerunde	
10:55 Uhr	Gabriele Hönes , Leiterin der Abteilung Gesundheit, Alter, Pflege des Diakonischen Werks Württemberg e.V., Stuttgart	Pflege
11:15 Uhr	Prof. Dr. Frank Weidner , Professor für Pflegewissenschaft, Vorstandsvorsitzender des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln	Pflege & Forschung
11:35 Uhr	Prof. Dr. Astrid Elsbernd , Professorin für Pflegewissenschaften, Leiterin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Hochschule Esslingen	Pflege & Forschung
11:55 Uhr	60minütige Fragerunde	
~ 12:55 Uhr	Mittagspause	
14:15 Uhr	Prof. Dr. Hanns-Peter Knaebel , Professor der Medizin, Vorsitzender des Universitätsrats der Universität Heidelberg	Forschung
14:35 Uhr	Prof. Dr. Hajo Grundmann , Professor für Epidemiologie, Leiter des Instituts für Infektionsprävention und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Freiburg	Forschung
14:55 Uhr	40minütige Fragerunde	
15:35 Uhr	Kaffeepause	
15:55 Uhr	Julia Steckeler , Geschäftsführerin der MedicalMountains GmbH, Tuttlingen	Gesundheitswirtschaft
16:15 Uhr	Prof. Dr. Ralf Kindervater , Honorarprofessor für Chemieingenieurwesen und Verfahrenstechnik am Karlsruher Institut für Technologie (KIT), Geschäftsführer der BIOPRO Baden-Württemberg GmbH, Stuttgart	Gesundheitswirtschaft

Uhrzeit	Sachverständige / Funktion	Thema
16:35 Uhr	Prof. Dr. Axel Olaf Kern , Professur der Gesundheitsökonomie, Dekan des Studiengangs Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Hochschule Ravensburg-Weingarten	Gesundheitswirtschaft
16:55 Uhr	60minütige Fragerunde	
~ 17:55 Uhr	Ende der öffentlichen Anhörung	

Teil II – öffentlich (Beginn: 9:36 Uhr)

**Öffentliche Anhörung
zu den Themen Health in All Policies – Pflege – Forschung
in Gesundheit, Medizin und Pflege – Gesundheitswirtschaft**

Vorsitzender Alexander Salomon: Ich darf Sie alle recht herzlich zum öffentlichen Teil unserer 7. Sitzung der Enquetekommission am 11. November 2022 begrüßen.

Die Tagesordnung ist Ihnen zugegangen.

Wir haben eine kleine Änderung zu verkünden: Für Frau Professorin Dr. Ilona Kickbusch wird Frau Dr. Katharina Böhm, Geschäftsführerin der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., einspringen.

Frau Dr. Böhm ist die erste Person, die wir als Sachverständige hören. Sie ist uns digital zugeschaltet. Guten Morgen! Ich würde Ihnen dann sofort das Wort übergeben. Sie haben 20 Minuten Zeit, um uns ins Thema „Health in All Policies“ einzuführen. Danach kommt noch Frau Dr. Brigitte Joggerst, und dann haben wir eine Frageunde. – Frau Dr. Böhm, Sie haben das Wort.

(Die Einblendung der Präsentation [*Anlage 1*] nimmt aufgrund technischer Schwierigkeiten einige Zeit in Anspruch.)

Sv. Frau Dr. Böhm: Vielen herzlichen Dank für die Einladung. Es freut mich, dass Sie dem Thema „Health in All Policies“ in Ihrer Enquetekommission einen so großen Raum einräumen. Nicht überall bekommt das Thema, insbesondere in Deutschland, so viel Aufmerksamkeit. In anderen Ländern ist es anders.

Ich würde kurz etwas zu meinem Hintergrund sagen, damit Sie es auch einordnen können. Ich bin Politikwissenschaftlerin – das werden Sie im heutigen Vortrag merken – und beschäftige mich schon sehr lange mit dem Thema „Health in All Policies“. Ich habe früher auch klassische Gesundheitsversorgungspolitik gemacht, habe mich dann aber eher auf die Bereiche kommunale Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung, Prävention und Health in All Policies fokussiert.

Ich hatte bis 2020 eine Juniorprofessur für Gesundheitspolitik an der Ruhr-Universität Bochum. Absichtlich habe ich die Wissenschaft verlassen, um in die Praxis zu gehen und konkret an der Umsetzung von Health in All Policies zu arbeiten. Das tue ich als Geschäftsführerin einer Landesvereinigung für Gesundheitsförderung. Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung gibt es mit Ausnahme von Baden-Württemberg und NRW in jedem Bundesland. Wir sind sozusagen die Landesinstitutionen, die sich um das Thema Gesundheitsförderung kümmern.

Sie werden von mir deswegen heute neben dem wissenschaftlichen Blick auch einen praktischen Blick bekommen. Sie hatten mich ja gebeten, insbesondere auf die Umsetzung von Health in All Policies einzugehen. Das werde ich auch tun. Sie sehen hier meine Agenda. Die ist relativ knapp gehalten, weil ich mich heute auf die Umsetzung fokussieren werde.

Ich will dennoch starten mit einem ganz kurzen Einblick, was Health in All Policies eigentlich ist, weil es für die Umsetzung relevant ist. Es ist ein Konzept, das mit spezifischen Kernprinzipien verbunden ist, und die müssten in der Umsetzung berücksichtigt werden. Health in All Policies besteht aus meiner Perspektive aus zwei Bereichen. Es ist ein Governance-Ansatz, und es ist ein normatives Konzept. Ich werde erst kurz etwas zum Governance-Ansatz und dann zu dem normativen Konzept sagen.

Health in All Policies ist ein Ansatz der Politikgestaltung, der der Komplexität der Entstehung von Gesundheit Rechnung trägt. Es hat seine Wurzeln in der New Public Governance – darauf werde ich später noch eingehen. So haben Sie es auch in Ihrem Auftrag formuliert bekommen: dass sich Politik nicht als ein Top-down-Prozess versteht, sondern als ein Prozess, an dem alle relevanten gesellschaftlichen Akteure, angefangen von der Formulierung bis hin zur Umsetzung, mitarbeiten müssen.

Genau diesen Blick nimmt Health in All Policies ein. Es verfolgt dabei zwei Kernprinzipien, die unterschiedlich stark – das werden Sie später sehen – verwirklicht sind, und zwar zum einen den „Whole of Government“-Ansatz und zum anderen den „Whole of Society“-Ansatz. „Whole of Government“ bedeutet, alle Regierungsebenen – in einem föderalistischen Staat, wie es ihn bei uns gibt, ist das extrem wichtig – oder politischen Ebenen und alle Politikfelder einzubeziehen. „Whole of Society“ bedeutet, alle gesellschaftlichen Akteure einzubeziehen. Beide Ansätze müssen bei Health in All Policies miteinander verschränkt sein.

Ich habe gesagt, es ist ein normativer Ansatz. Das liegt daran, dass Health in All Policies ein Konzept der Gesundheitsförderung ist. Gesundheitsförderung hat grundlegende Prinzipien, und die gelten auch für Health in All Policies. Das ist zum einen dieses mehrdimensionale positive Gesundheitsverständnis – so, wie Sie es auch in Ihrem Gesundheitsleitbild in Baden-Württemberg aufgeschrieben haben. Das bildet die Grundlage für ein gemeinsames Verständnis. Das hat eine salutogenetische Perspektive, das heißt, wir schauen uns nicht an, wie Krankheiten entstehen, sondern wir schauen uns an: Wie bleiben Menschen gesund? Es ist normativ; denn es geht nicht allein darum, die Bevölkerung gesünder zu machen, sondern es geht auch darum, gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern.

Ein zentrales Element – darauf werde ich später noch eingehen – ist die Partizipation der von der Politik Betroffenen. Insofern: Health in All Policies ist nicht einfach nur die Berücksichtigung von Gesundheit in anderen Politikfeldern. Ich habe in unserem Buch mal einen Rundumschlag gemacht und geschaut: In welchen Bereichen kommt

Gesundheit vor, und wie kommt Gesundheit in den Politikfeldern vor? Was wir sehen: Es gibt schon oft einen Bezug, aber dann ist der Bezug oft mit einem negativen Gesundheitsbegriff verknüpft, dann geht es um Gesundheitsschutz. Health in All Policies will mehr. Es steht nicht nur dafür, die Gesundheit vor schädlichen Einflüssen zu schützen.

Insofern ist es aber unterspezifiziert, weil es ein Konzept oder ein Sammelsurium von Prinzipien ist. Es sagt nicht: So geht ihr jetzt in der Umsetzung vor. Das ist ein Vorteil, denn so lässt es sich in unterschiedlichen Zusammenhängen umsetzen. Inzwischen haben wir ja ausreichend Erfahrungen aus anderen Ländern, aber auch aus Deutschland und auch aus Baden-Württemberg, wie es denn gelingen kann, Health in All Policies umzusetzen.

Warum ist Health in All Policies notwendig, wenn es sich um eine krisenfeste Gesellschaft – das ist ja Ihr Thema – handelt? Warum braucht es da Health in All Policies? Sie kennen das Regenbogenmodell. Das hat Nico Dragano Ihnen in der letzten Sitzung schon mit einer etwas anderen Grafik gezeigt. Das sagt nichts anderes aus, als dass die Einflussfaktoren auf Gesundheit weitgehend außerhalb des Gesundheitssystems liegen.

Wenn wir eine Gesundheitspolitik machen wollen – also keine Krankenversorgungspolitik, sondern eine Gesundheitspolitik –, dann müssen alle gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren, die in den Ressorts Verkehr, Bildung, Arbeit, Wirtschaft usw. liegen, Gesundheit als Ziel und die Gesundheitsförderung als Aufgabe definieren. Es reicht nicht aus, wenn sich der Gesundheitssektor darum kümmert.

Dass Gesundheit ein Thema aller Politikfelder ist, wurde in der Pandemie sehr deutlich. Die Pandemie hat uns aber im Hinblick auf Health in All Policies noch einiges mehr gezeigt. Sie hat uns zum einen gezeigt, dass die gesunde Bevölkerung auch weniger anfällig ist. Wenn man sich angeschaut hat, was im Alter der Risikofaktor für einen schweren Verlauf war, dann waren das chronische Krankheiten. Hätten wir weniger chronische Krankheiten – so zumindest die Theorie –, hätte es auch weniger schwere Verläufe gegeben. Das ist ein Punkt.

Der andere Punkt – das hat uns die Pandemie auch gezeigt –: Gesundheit ist einfach ungleich in dieser Gesellschaft verteilt. So hat sich die Pandemie, sowohl was die Infektionen als auch die Folgen der Pandemiebewältigung angeht, ebenfalls ungleich auf die Bevölkerung verteilt. Nico Dragano hat in der letzten Sitzung dazu ausführlich gesprochen. Deswegen vertiefe ich das jetzt nicht. Aber im Hinblick auf soziale und gesundheitliche Ungleichheit ist Health in All Policies essenziell. Da kommen wir nur einen Schritt weiter, wenn wir Health in All Policies umsetzen, nicht, wenn wir klassische Krankheitsversorgungspolitik machen.

Dann komme ich tatsächlich zu dem Thema, auf das ich heute den Fokus legen sollte: auf die Umsetzung von Health in All Policies. Ich habe es vorhin angedeutet, es

gibt ganz viele Beispiele in anderen Ländern. Ich will Sie nicht mit Beispielen langweilen, die für uns keine Relevanz haben. Vielmehr habe ich explizit Beispiele ausgewählt, von denen ich mir vorstellen kann, dass Elemente davon auch in Baden-Württemberg umsetzbar sind.

Das erste Beispiel, das Sie sehen, steht nur da, weil es die „Mutter“ von Health in All Policies ist – so wird es oft genannt –: das Nordkarelien-Projekt 1972 in Finnland. Finnland spielt eine besondere Rolle, weil es zum einen den Begriff „Health in All Policies“ während der EU-Ratspräsidentschaft geprägt hat. Darauf gehe ich jetzt nicht weiter ein.

Sie sehen auf der Folie auch Südaustralien. Da hätten Sie heute sicherlich sehr viel mehr gehört, wenn Ilona Kickbusch den Vortrag gehalten hätte, weil sie das südaustralische Modell mit entworfen hat. Sie war damals „Thinkerin in Residence“ und hat gemeinsam mit der Regierung in Südaustralien das Konzept entwickelt. Das Konzept in Südaustralien verfolgt mehrere Strategien. Es ist ein ziemlich zentralistisches Konzept, das innerhalb der Governance-Strukturen ansetzt. Und es hat einen zweiten Fokus, nämlich diese „Health Lens Analysis“, die ich Ihnen später im Verlauf noch ausführlich vorstellen werde.

Wales – da fehlt jetzt die schöne bunte Folie – geht einen ganz anderen Weg. Wales hat 2015 den „Well-being of Future Generations Act“ verabschiedet, also ein Gesetz für das Wohlergehen künftiger Generationen. Es schreibt für die Regierung, für die Kommunen, für alle öffentlichen Akteure, für das Gesundheitssystem sieben gemeinsame Ziele fest. Nur eines dieser Ziele ist ein „gesünderes Wales“. Alle anderen dieser sieben Ziele haben natürlich auch einen Gesundheitsbezug, auch wenn es um sozialen Zusammenhalt, Nachhaltigkeit, um mehr Gleichheit etc. geht. Es gab einen internationalen Trend, solche „Well-being Economies“ oder Well-being als zentrales Staatsziel zu verankern.

Wales geht noch einen Schritt weiter. Sie haben einen ganz breiten Beteiligungsprozess gemacht, sodass Partizipation auch gewährleistet war. Was sie haben: Sie haben Indikatoren entwickelt, um den Fortschritt in den sieben Bereichen auch messen zu können, und sie haben – es nennt sich „The Five Ways of Working“ – verpflichtend für alle Behörden und öffentlichen Einrichtungen Prinzipien formuliert, wie sie arbeiten sollen. Dazu zählen u. a. langfristiges Denken, die Verzahnung von Zielen und Angeboten, die Beteiligung und vorausschauend präventives Handeln.

Auf der Folie sehen Sie auch den Weg eines unserer direkten Nachbarländer: den Niederlanden. Die gehen einen anderen Weg. Dort wurde 2014 im Zuge des Präventionsplans bzw. des nationalen Präventionsprogramms das Projekt „Alles is Gezondheid“ entwickelt. Anders als in Australien, die den Fokus auf „Whole of Government“ legen, legen die Niederlande den Schwerpunkt auf „Whole of Society“. Da machen inzwischen, zumindest laut der Angaben, 3 000 Partnerinnen aus allen Bereichen, also Privatwirtschaft, NGOs, Kommunen, Vereine usw., mit. Sie können gesund-

heitsbezogen sogenannte Pledges, also Versprechen, abgeben. Das kann ein großer Lebensmittelkonzern sein, der sagt, innerhalb der nächsten fünf Jahre reduzieren wir den Zuckergehalt unserer Produkte um soundso viel Prozent. Es kann aber auch eine Kommune sein, die verspricht, innerhalb der nächsten fünf Jahre die Gesundheit unserer Bevölkerung in den und den Bereichen zu verbessern.

Also, es ist ganz vielfältig. Es gibt 18 regionale Netzwerke, in denen diese Akteure zusammenarbeiten, und fünf größere Allianzen, beispielsweise zur Kinderarmut oder zu Gender und Gesundheit. Wie gesagt, der Fokus liegt hier eher auf dem „Whole of Society Approach“.

Ganz kurz noch zu Österreich. Die haben noch einen anderen Weg gewählt. Die haben sehr umfassende Gesundheitsziele verabschiedet und machen jetzt nach und nach in vielen Bereichen auch Gesundheitsfolgenabschätzungen. Zu denen werde ich im Laufe heute noch kommen.

Vorsitzender Alexander Salomon: Frau Dr. Böhm, Sie haben – nur als kleiner Hinweis – noch ein bisschen über fünf Minuten Redezeit, aber anscheinend noch einige Folien vor sich – nur, damit Sie es einschätzen können. Ich weiß, im digitalen Raum ist es immer ein bisschen schwierig, das zu überblicken.

Sv. Frau Dr. Böhm: Das liegt auch daran, dass wir am Anfang so viele technische Probleme hatten.

Ich lasse die Beispiele aus Baden-Württemberg aus, weil Sie diese ja kennen. Das Landesgesundheitsgesetz ist ein sehr gutes Beispiel für die Umsetzung. Gleiches gilt für die Strategie „Quartier 2030“.

Der Fokus von Health in All Policies liegt auf einer strategischen Umsetzung. Und zu einer strategischen Umsetzung gehören die Orientierung an Zielen und Zielformulierungen. Was dabei relevant ist, ist, dass es eine gemeinsame Zielformulierung gibt.

Ich rate in der Regel auch davon ab, den Terminus „Gesundheit“ zu verwenden. Denn meine Erfahrung ist: Wenn Sie mit anderen Ressorts zusammenarbeiten – Gesundheit ist einfach besetzt und hat eine Verbindung zu dem Ressort Gesundheit –, dann führt es oftmals zu Abwehrhaltungen. Es ist besser, zu schauen, sich gemeinsame Ziele und auch gemeinsame Begriffe zu suchen, die breiter sind, beispielsweise Wohlergehen oder Nachhaltigkeit. Je nach Politikfeld kann das im Kinder- und Jugendbereich „gelingendes Aufwachsen“ sein. In Ihrer Strategie „Quartier 2030“ haben Sie auch Begriffe gewählt. Es kann auch Bewegungsförderung sein, wenn Sie mit dem Sport zusammenarbeiten.

Die zentrale Umsetzung von Health in All Policies erfolgt oft in intersektoralen Netzwerken. Es ist eine Herausforderung. Also, ein Netzwerk entsteht nicht einfach so; es

ist extrem voraussetzungsvoll. Das sollten die Folien alle zeigen. Was die Pandemie aber auch gezeigt hat: Dort, wo wir Netzwerke hatten, haben die in der Pandemie getragen. Da sind Einzelakteure ausgefallen – gerade Gesundheitsämter hatten etwas anderes zu tun –, aber dann konnten die anderen Akteure arbeiten. Wir haben sehr häufig über die Netzwerke überhaupt den Zugang zu den vulnerablen Bevölkerungsgruppen aufrechterhalten.

Das Problem mit den Netzwerken ist, die Nachhaltigkeit zu gewährleisten, wenn diese auf die operative Ebene beschränkt sind. Wie koordiniert man diese Netzwerke mit den vielen Akteuren, also diesen „Whole of Society“- mit dem „Whole of Government“-Ansatz? Wie bindet man die anderen Akteure mit ein?

Wenn man den Fokus jetzt auf die Strukturen legt, also innerhalb der Ministerien, der Regierung, dann ist es, glaube ich, ein zentraler Baustein und eine zentrale Schraube. Sie alle kennen die klassischen Instrumente, wie die Zusammenarbeit innerhalb der Ministerialstrukturen geregelt ist. Ich stelle infrage, ob das ausreicht und ob es ausreicht, in der Zukunft all diese komplexen Probleme – Gesundheit ist eben nur ein Problem – zu bearbeiten.

Das hat Südaustralien gemacht. Dort wurde z. B. eine zentrale strategische Einheit geschaffen, die sie innerhalb des Ministeriumssystems implementiert haben. Zusammen mit den Einheiten wurde geschaut, wo Gesundheit ist und wo es eine Priorität gibt. Die Fachexpertise wurde den anderen Ressorts zur Verfügung gestellt, und gemeinsam mit diesen hat man Lösungen erarbeitet.

Da gibt es noch ganz viele andere Konzepte. Aber ich habe in Ihrem Plan gesehen, dass Sie sich insbesondere noch mit folgenden Fragen beschäftigen werden: Wie muss man Ministerien zuschneiden? Ist eine Matrixorganisation hilfreich? Welche Elemente in einer agilen Verwaltung braucht es, um diese sektorenübergreifende Zusammenarbeit auch in der Verwaltung zu realisieren?

Eine andere Umsetzung ist die gesetzliche Verankerung. Die braucht es trotzdem, weil es der Handlungsrahmen für alle Akteure ist. Da ist die große Frage: Wie kommt Gesundheit in den Handlungsrahmen der anderen Ressorts? Es geht nur, wenn wir das dort als Ziel definieren und wenn wir Gesundheitsförderung auch als Aufgabe definieren.

Nur als Beispiel: das Schulgesetz. Wenn wir das Schulgesetz durchschauen: Wo steht da Gesundheit? Was für ein Gesundheitsbegriff ist da verwendet? Was können wir bei den Gesundheitsbegriffen ändern, um einen breiten Fokus auf Gesundheit hineinzubekommen? Genauso kann man sich jedes für die anderen Ressorts relevante Gesetz vornehmen und schauen: Was ist der Gesundheitsbezug? Wo bekommen wir ihn besser mit hinein?

Woran es auch oft hapert, ist eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit. Funktioniert Zusammenarbeit, weil sich Personen kennen, weil sie eine persönliche Beziehung haben? Ist ein Krisenstab hilfreich? Mit wem habe ich im Krisenstab gearbeitet? Es waren mal ganz andere Personen, die ich aber jetzt leichter anrufen kann. Wie bekomme ich die verpflichtende Zusammenarbeit über die Ressorts mit hinein?

Worauf ich jetzt nicht weiter eingehen werde – Sie dürfen aber gern Rückfragen dazu stellen –, ist das Health Impact Assessment, ein technisches Instrument zur Gesundheitsfolgenabschätzung. Da sind wir in Deutschland – warum auch immer – mal wieder ziemlich außen vor. Andere Länder sind da sehr weit und haben umfassende Konzepte entwickelt, wie man Maßnahmen – diese können den Straßenbau betreffen, es kann sich aber auch um die Einführung irgendwelcher Veränderungen des Steuersystems handeln – im Hinblick auf ihre Gesundheitswirkung analysiert. In Deutschland haben wir kaum Experten, die das machen können. Das ist das große Problem, wenn wir eine Gesundheitsfolgenabschätzung einführen wollen: Dann müssen wir erst einmal das Know-how entwickeln und Menschen finden, die das in Deutschland machen.

Vorsitzender Alexander Salomon: Frau Dr. Böhm, ich muss Sie trotz der anfänglichen technischen Schwierigkeiten auf die Redezeit hinweisen. Die Schwierigkeiten hatte ich schon beachtet. Aber ganz langsam müssen wir auf die Zielgerade einbiegen. Sie bekommen sicherlich noch Nachfragen. Da dürfen Sie sicher sein.

Sv. Frau Dr. Böhm: Alles gut. Ich bin auch schon ziemlich am Ende. – Ich habe auch gesagt, dass ich die Instrumente nicht im Einzelnen vorstellen muss. Ich kann darauf eingehen. Das sind sozusagen Instrumente, derer man sich bedienen kann, wenn man Health in All Policies umsetzen will. Die Voraussetzungen können Sie auch überfliegen.

Ich komme zu der letzten Folie, den Empfehlungen. Diese sind vielleicht weniger konkret, als sie sie gern hätten. Aber ich möchte mit etwas enden, was für unsere Gesundheitsförderer klassisch ist: mit einem ressourcenorientierten Blick. Sie haben sehr gute Strukturen in Baden-Württemberg, und Sie haben breite Erfahrungen, die Sie nutzen sollten, wenn Sie Health in All Policies umsetzen wollen. Ich habe es Ihnen aufgezeigt: Es gibt nicht den einen Weg, und es gibt nicht die Blaupause, wie man Health in All Policies umsetzt, sondern es braucht viele kleine Stellschrauben. Im Idealfall werden die in einer Strategie deutlich.

Es kann auch helfen, in der Fülle der Krisenthemen, die gleichzeitig zu bearbeiten sind, zu schauen: Wie verknüpfen wir die Problembearbeitung? Klima z. B. ist natürlich eines der größten Gesundheitsgefahren für die Zukunft. Auch Armut hat große Gesundheitsauswirkungen.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit, und ich freue mich auf die Diskussionen und die Nachfragen.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Frau Dr. Böhm. Entschuldigen Sie den Druck. Aber wenn wir am Anfang die Zeit verlieren, können wir das am Schluss nicht wieder hereinholen. Aber Sie bekommen sicherlich Nachfragen.

(Sv. Frau Dr. Böhm: Alles gut!)

Noch einen Applaus für Sie, Frau Dr. Böhm.

(Beifall)

Jetzt kommt Frau Dr. Joggerst, und sie hat uns meines Wissens auch eine Präsentation mitgebracht.

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

Sv. Frau Dr. Joggerst: Vielen Dank. – Vielen Dank für die Einladung. – Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren! Ich freue mich, dass ich hier den öffentlichen Gesundheitsdienst als Vorsitzende des Verbands für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst vertreten kann und Ihnen unsere Erfahrungen aus der Pandemie und unsere Schlussfolgerungen für weitere Krisen vortragen darf.

Sie haben in diesem Rahmen schon Frau Dr. Walter-Frank gehört, die einiges zu den Aufgaben des Gesundheitsamts, des öffentlichen Gesundheitsdienstes erzählt hat. Ich halte mich diesbezüglich kurz und gehe vielmehr auf die Themen ein, die Sie mir auch als Fragen gestellt hatten: Verwirklichung des Public-Health-Gedankens – das ist auch ein Stück weit der rote Faden meines Vortrags –, die Aufstellung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Krisenvorsorge und -reaktion bei Pandemien und bisher unbekanntem Krankheiten und Erkrankungen, sowie konkrete Empfehlungen zu Maßnahmen zu einer Stärkung der Resilienz.

Frau Dr. Böhm hat schon einiges zum Public-Health-Gedanken gesagt. Das, was Sie auf dieser Folie lesen können, ist keine offizielle Definition, sondern das habe ich quasi aus den Erfahrungen, die wir im Amt gemacht haben, zusammengestellt. Da fehlt die Partizipation – das ist mir aufgefallen –, die mit dazugehört. Der Unterschied vom „Health in All Policies“- oder Public-Health-Gedanken im Vergleich zur Individualmedizin ist, dass wir den Ansatz und den Fokus auf alle Bevölkerungsgruppen richten. Daher ist es ein etwas anderes Denken, braucht auch ein bisschen anderes Wissen, aber braucht auch ärztliches medizinisches Wissen.

Körperliche und psychosoziale Gesundheit sind auf das Engste miteinander verbunden und tauchen in allen möglichen Situationen des Lebens auf, in allen Lebensbereichen: im privaten Leben, im öffentlichen Leben, in Wirtschaft, Schulen, Kitas – al-

les, wo man sich aufhält, wo man ist. An allen diesen Orten kann Gesundheit geprägt, gestaltet werden bzw. können Rahmenbedingungen dafür gesetzt werden, dass ein gesundes Leben entstehen oder bleiben kann.

Wir haben – auch das hatte Frau Böhm schon gesagt – in der Coronapandemie gesehen, wie diese Gesundheitskrise tatsächlich alle Bereiche betroffen hat – das hat sich erst im Laufe der Pandemie so richtig herauskristallisiert – und wie wir zwischen verschiedenen Gesundheitsbereichen letztendlich einen Zielkonflikt hatten. Wir haben auf der einen Seite den Infektionsschutz, den Schutz davor, dass Menschen sich anstecken, und auf der anderen Seite die gesundheitlichen psychosozialen Bedarfe, die dadurch ins Hintertreffen gerutscht sind.

Sie brauchen in einem Pflegeheim auf der einen Seite den Schutz vor Ansteckung. Der größte Risikofaktor ist das Alter. Wir waren beruhigt, dass chronische Erkrankungen nicht ganz so schwierig waren. Das Alter ist der größte Risikofaktor für einen schweren Verlauf. Sie haben auf der anderen Seite in einem Pflegeheim, in dem sie einen Lockdown haben, keine Möglichkeit mehr, Sturzprophylaxe zu machen. Das schränkt alte Menschen natürlich gesundheitlich auch ein. Sie haben keine oder nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten, Kontakt aufzunehmen. Das ist für die Gesundheit, auch für die körperliche Gesundheit von allen Menschen – nicht nur von alten Menschen – relevant.

Ich habe ein Beispiel herausgesucht, wo man, wie ich finde, diesen Konflikt einmal ganz gut sieht. Wenn Sie über autofreie Städte diskutieren, haben Sie ganz klar gesundheitsfördernde Effekte – weniger Lärm, weniger Emissionen, weniger Abrieb, weniger Feinstaub, weniger Wärme, weniger Unfälle, mehr Bewegung aller Teilnehmer, mehr muskuläre und kardiovaskuläre Fitness –, aber Sie haben natürlich dadurch möglicherweise Einschränkungen in der Industrie – weniger Arbeitsplätze, weniger Reichtum, weniger soziale Sicherheit, weniger Steuereinnahmen, weniger Bequemlichkeit, weniger Schnelligkeit –, die sich auch direkt oder indirekt auf Gesundheit einwirken. Das ist für mich so ein klassischer Zielkonflikt von Public Health: Ich muss schauen: Was gewichte ich wie? Da sind natürlich immer gesellschaftliche und politische Ideen relevant. Daher ist Public Health immer gesellschaftlich und politisch.

Ich spreche jetzt weniger zu der Theorie und mehr zur Aufstellung des öffentlichen Gesundheitsdienstes – da bin ich näher dran. Dafür hebe ich drei Punkte heraus: die Digitalisierung – ich glaube, dazu haben Sie auch schon etwas gehört; ich spreche von der Basis, von unseren Erfahrungen –, die Personalressourcen, die ich als kritisch ansehe, und die Krisenresilienz.

Zur Digitalisierung: Wir haben viel Schelte dafür bekommen, dass wir Faxe nutzen. Ich muss Ihnen hier sagen: Wir nutzen die Faxe nicht für die Kommunikation innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sondern für die Kommunikation nach außen. Sie finden kaum eine Arztpraxis, die in der Lage ist, ohne ein Fax zu melden.

Sie finden keinen Kindergarten, keine Schule und kein Pflegeheim, die ohne Fax melden können. Bei der Frage der Digitalisierung lag der Fokus auf dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Aber auch das ist eine „breitere“ Frage. Auch hier reicht es nicht, einfach nur dieses eine Gebiet herauszuholen, sondern Sie müssen eigentlich alles anschauen.

Wir haben einen riesigen Föderalismus bzw. ein zerfleddertes Gebiet auch in diesem Bereich. Sie haben die Diskussion um SORMAS mitbekommen. Wir hatten zu Beginn keine Software, mit der wir arbeiten konnten. Die meisten von uns haben irgendetwas entwickelt. Dann kam SORMAS, ist durchgesetzt worden – zumindest auf politischer Ebene, an der Basis nicht unbedingt – und wird jetzt zurückgezogen. Das ist so ein klassisches „Scheiterprojekt“. Ich kann Ihnen nicht alle Gründe dafür nennen, aber es hat unglaublich viel Frustration gebracht. Ich bin echt froh, dass das Digitalisierungsreferat im Landesgesundheitsamt, das nun im Sozialministerium angesiedelt ist, in der Lage ist, uns jetzt auf einen guten Weg zu bringen. Die haben da viel wieder aufgefangen.

Wir brauchen hier langfristig finanzierte Strukturen. Ich bekomme von Kollegen aus dem Bereich, die mit Flüchtlingen zu tun haben, mit, dass es 2015/2016 so einen Boost gab. Man hat gesagt: Auch da hat die Digitalisierung nicht funktioniert, die Registrierung hat nicht funktioniert, und die Zusammenarbeit hat auch nicht funktioniert. Die haben einen Boost bekommen, haben angefangen, es weiterzuentwickeln; das ist abgeschlafft. Das Projekt ist kaum weiter als 2015/2016. Die Kollegen haben weiterhin Schwierigkeiten. Das darf uns nicht passieren.

Wir haben jetzt Mittel, wir haben jetzt die Möglichkeit, und wir müssen da unbedingt dranbleiben. Wir brauchen da eine Sicherheit. Wir brauchen langfristige Strukturen. Wir können nicht einfach nur sagen: Für die nächsten zwei, drei Jahre können wir euch das finanzieren, liebe Softwarehersteller oder auch liebes RKI oder wer auch immer das dann macht. Das ist zweitrangig. Wir brauchen klare Strukturen, und wir brauchen Zusagen dafür, dass es finanziert wird, dass es durchgezogen wird. Das muss nachhaltig bleiben.

Die Daten müssen vergleichbar, verfügbar und verknüpfbar werden. Auch das, finde ich, ist ganz wichtig. Ich fand es in vielen Situationen der Pandemie sehr schwierig, Maßnahmen durchzusetzen, die, obwohl wir inzwischen Daten und dezentral viel Erfahrung hatten, nicht so weit zusammengeführt werden konnten, dass wir ausreichend Evidenz generieren konnten, um zu sagen: „Ja, die helfen“, oder: „Nein, die helfen nicht.“ Das ist sicherlich auch nicht immer einfach, zu entscheiden. Das ist mir schon klar. Aber diese Daten, die wir haben, nutzen wir zu wenig. Wir müssen hier mehr interagieren, auch mehr mit den Unis zusammenarbeiten. Wir müssen ganz schnell in solchen Situationen die Daten verfügbar machen, die Daten mit Kassendaten verknüpfen, die Daten mit Daten aus den Krankenhäusern verknüpfen, um zu sehen: Was bringt etwas, und was bringt nichts?

Wir müssen auch Forschungsfragen beantworten. Es gab einige Ansinnen, die Daten für Fragen zu Long Covid oder auch andere Fragen – Was sind schwere Verläufe? Was sind denn wirklich Risikofaktoren? – nutzbar zu machen. Es ist jetzt auch nicht völlig misslungen gewesen. Das muss man auch sagen. Da gab es effektive Ansätze. Aber auch das kann noch verbessert werden.

Besonders gefrustet hat es mich bei den Impfnebenwirkungen. Da gibt es eigentlich die Meldestruktur, dass diese an die Gesundheitsämter und dann weiter an das Paul-Ehrlich-Institut gemeldet werden. Das funktioniert nur sehr eingeschränkt. Hier brauchen wir verpflichtendere Meldungen, hier brauchen wir mehr Klarheit.

Diese Schwierigkeiten, die bei der Durchsetzung des Impfgedankens entstanden sind, sind meiner Meinung nach auch darauf zurückzuführen, dass wir aus Deutschland heraus keine klaren Aussagen zu Nebenwirkungen machen können. Im Vergleich dazu: International haben wir eine gute Datenlage. Die Daten, die wir z. B. aus Israel, aus Schweden oder aus Norwegen bekommen, gelten hier genauso. Die können wir nutzen; das funktioniert. Wir können es nicht, und ich finde es schon frustrierend, dass das nicht geht.

Ganz am Rande: Wir hatten im öffentlichen Gesundheitsdienst die Möglichkeit, Sektionen, Obduktionen von Verstorbenen im Rahmen von Infektionskrankheiten anzulegen, zu machen – einfach aus einem höheren Interesse heraus. Das geht nicht bei Impfschäden. Erstens müssen wir es erfahren, zweitens müssen wir Angehörige ganz lange davon überzeugen, dass es sinnvoll ist, und dann müssen wir eine Uni finden, die es macht. Da hat sich inzwischen auch auf Landesebene ein Förderprogramm durchgesetzt, in dem das geht, aber die Strukturen sind schwierig, sind umständlich zu bedienen. Das ist schade. Denn da geht uns viel verloren, auch viel an Glaubwürdigkeit und viel von dem, was wir den Menschen schulden, die diese Impfungen bekommen. Ich will ganz klar sagen: Diese Impfungen wirken, die internationale Datenlage ist klar. Dass die Datenlage in Deutschland so schlecht ist, ist schade.

Dann kommen wir zum letzten Punkt. Der Datenschutz steht im Konflikt mit der nutzbaren Datenlage. Wir müssen unbedingt daran arbeiten, dass Daten in einem vernünftigen Umfang nutzbar gemacht werden. Sie wissen es alle: Die meisten Gesundheitsdaten sind nicht in der Hand von öffentlichen Strukturen, sondern in der Hand von privaten Strukturen und sind damit sehr viel schwerer regulierbar. Das ist etwas, das so nicht weiter geschehen darf.

Zu den Personalressourcen: Ich denke, wir müssen den ÖGD konsequent interprofessionell ausbauen. Wir haben das jetzt in der Pandemie gemerkt. Wir haben zahlreiche Unterstützungskräfte bekommen und haben gesehen, dass da viele Professionen sehr hilfreich sind. Wir hatten Health in All Policies. Wir haben gesehen, wie viele Politikbereiche betroffen sind. Da tut es uns im öffentlichen Gesundheitsdienst auch einfach gut, diese verschiedenen Ressourcen bei uns zu haben. Ich finde das

hilfreich. Wir brauchen medizinisches Wissen. Das ist ganz klar. Ein ÖGD ohne Ärzte, ohne Fachpersonal aus anderen medizinischen Berufen ist aus meiner Sicht nicht denkbar, er muss durch andere Berufsgruppen ergänzt, unterstützt werden.

Wir brauchen sowohl für Ärzte als auch für Nichtärzte sowohl auf akademischer als auch auf nicht akademischer Ebene bessere Karrierechancen, bessere Karrierepfade im öffentlichen Gesundheitsdienst. Wir brauchen auch eine bessere Bezahlung. Das betrifft, glaube ich, alle Verwaltungsgruppen. Wir sind im Streit – ich sage jetzt nicht: Konflikt – um die besten Köpfe mit der Wirtschaft. Draußen wird so viel mehr bezahlt. Also, Sie brauchen eigentlich immer eine Portion Idealismus, um im öffentlichen Gesundheitsdienst zu arbeiten. Es ist keine schlechte Voraussetzung, es ist auch schön, aber es reicht langfristig nicht als alleinige Motivation.

Wir brauchen Mehrsprachigkeit, wir brauchen diese personellen Ressourcen – Frau Böhm hat es sehr schön gesagt –, auch um diese verschiedenen Bevölkerungsgruppen, die wir haben, zu erreichen. Und die dürfen wir nicht erst in der Krise erreichen. Hier müssen zuverlässige Strukturen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz, Gesundheitskompetenz aufgebaut werden, die dann bestehen und die in einer Krise genutzt werden können. Da, wo Vertrauen da war, konnte man Menschen erreichen.

Bei aller Digitalisierung haben wir die Erfahrung gemacht, dass in dieser Krise, im Krisenfall Menschen gefordert waren. Wir haben viel positives Feedback für unsere Beratungen der Bevölkerung, insbesondere in den ersten zwei Wellen, bekommen, als wir präsent waren, als wir ansprechbar waren – alles innerhalb der Grenzen, die wir hatten, auch personell bedingt –, als wir Fragen beantwortet haben.

Viele primär vorgetragene Fragen waren auf unserer Homepage oder auf der Homepage vom Land oder vom RKI super aufbereitet dargestellt. Aber darum ging es nicht. Es ging darum, Ängste zu nehmen, noch mal zu versichern, wie die Situation ist, klarzumachen, dass es auch in dem individuellen Fall gilt, und darum, das Menschliche, das Sich-umeinander-kümmern, darzustellen. Das ist sehr personalintensiv, und das wird in jeder Krise immer wieder neu notwendig sein.

Zur Krisenresilienz des öffentlichen Gesundheitsdienstes: Ich denke, hier ist es wichtig, einen krisenbezogenen Gesundheitsschutz stärker zu etablieren. Wir brauchen die verschiedenen Ressorts – auch das ist im Vortrag von Frau Dr. Böhm angeklungen –, wir brauchen den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, wir brauchen den Gesundheitsschutz, wir brauchen den Infektionsschutz, wir brauchen den Umweltgesundheitsdienst in den Gesundheitsämtern, wir brauchen die Verwaltung und die Verwaltungsstrukturen, wir brauchen die Selbsthilfe, wir brauchen die Gesundheitsberichterstattung. All diese müssen zusammenarbeiten, um den krisenbezogenen Gesundheitsschutz darzustellen.

Das hat in der Krise funktioniert. Das lässt jetzt wieder nach, weil die anderen Aufgaben wieder hinzukommen und weil am Ende dann halt doch die Ressourcen fehlen. Sowohl das – auch das hat Frau Dr. Böhm schon angesprochen – als auch die Vernetzungsstrukturen zu etablieren und zu pflegen, ist extrem aufwendig. Ich muss Ihnen sagen: Ich habe auch noch kein gutes Modell. Diese Sachen funktionieren immer dann, wenn ein Thema da ist. Wenn das Thema weg ist, werden sie „aufgefressen“.

Wichtig ist: Der krisenbezogene Gesundheitsschutz muss im LGA verstärkt werden. Der war dort über lange Zeit nicht gut, ist jetzt auch wieder angewachsen. Aber auch das muss bleiben, muss gestärkt werden. Wir werden gesundheitliche Krisen haben, und wir dürfen in den fünf oder zehn Jahren, die zwischen zwei Krisen liegen, nicht wieder das gesamte Personal und das gesamte Wissen abbauen.

Ein Vorschlag hier wäre eine Einrichtung einer AG „Krisenbezogener Gesundheitsschutz“ auf Landesebene mit Beteiligung aller Ebenen und Ressorts – Sozialministerium, Innenministerium, Regierungspräsidien, gegebenenfalls MLR, Umweltministerium, Gesundheitsämter, Landkreistag, Städtetag. Es gibt vermutlich noch mehr Akteure, die man beteiligen kann. Es sollte aber innerhalb aller relevanter Verwaltungsstränge zumindest ein Forum da sein, in dem diese Themen nachhaltig diskutiert, besprochen und vorgeplant werden können.

Auf einen Teil der Krisen kann ich mich vorbereiten, auf den anderen Teil kann ich mich nicht vorbereiten. Ich kann Strukturen denken, ich kann über Personalaufwuchs, über Kommunikation, über Digitalisierung nachdenken – es gibt natürlich auch einen unbekannteren Teil –, ich kann darüber nachdenken, ob ein hochpathogener Erreger für eine terroristische Attacke eingesetzt wird – das hatten wir eine Weile lang als Gefahrenszenario – oder dass wir einen Stromausfall in ganz Deutschland haben. Das ist natürlich alles ganz unterschiedlich. Trotzdem gibt es Strukturen, die für beides gelten, und die muss ich vorbereiten, an denen muss ich dranbleiben.

Was da auch ganz wichtig ist, ist Kenntnis und Verständnis füreinander. Gerade zu Beginn der Pandemie hatten wir den Eindruck, dass viele gesellschaftlichen Bereiche den ÖGD nicht wirklich kannten. Das ist vielleicht auch ganz gut. Man muss nicht immer und überall bekannt sein. Das zeigt, dass wir Dinge einfach so machen können, die vielleicht gut laufen und gar nicht erst zu Krisen werden. Doch es war dann z. B. so, dass viele Ärzte alle Patienten ins Gesundheitsamt geschickt und gesagt haben: „Ihr habt Corona; da müsst ihr ins Gesundheitsamt.“ Das ist natürlich völlig daneben, und das brauchte eine Menge Arbeit, bis wir das geklärt hatten. Dieses gegenseitige Verständnis füreinander und das Wissen um die Aufgaben, die Zuständigkeiten und auch die Grenzen sind extrem wichtig und müssen in den Zwischenkrisenzeiten gehalten werden. Das ist auf allen Ebenen personalintensiv. Die Idee der KV, einen Pandemiebeauftragten zu benennen, war Gold wert. Das hat sehr viel geholfen. Wir müssen diese Dinge auch üben. Wir müssen regelmäßige Übungen zu verschiedensten Krisen machen.

Krisenvorsorge und -reaktion bei Pandemien und bisher unbekanntem Krankheiten: Wir brauchen flexible Zuständigkeiten, Kooperationen. Wir haben das beim Aufbau von Fieberambulanzen und Teststationen gesehen. Das ist eigentlich ganz gut gelaufen. Es ist in unterschiedlichen Landkreisen unterschiedlich gelaufen. Klammer auf: Die Teststrukturen sollte man ganz schnell wieder abbauen – Klammer zu. Aber das ist, glaube ich, hier auf Landesebene auch ein Ansinnen an die Bundesebene. Ich denke, da profitieren wir von unserer dezentralen Struktur, von den verschiedenen Akteuren, die das dann problemlos machen können.

Wir haben aber weiterhin einzelne Ärzte, die Fieberambulanzen hochgezogen haben, bevor die KV die Regelungen herausgegeben hat und nicht ganz so waren, wie es die Regelungen vorsahen, so dass sie jetzt nicht alles bezahlt bekommen. Das ist etwas, was ich ganz schwer nachvollziehen kann. Ich denke, da müssen wir auch flexibler werden.

Wir brauchen eine stabile ambulante und eine stabile stationäre Versorgung. Das ist das, was mir im Augenblick das meiste Bauchweh bereitet: Wir haben keine gute ambulante Versorgung. Wir können – ich spreche jetzt für meine Gebietskörperschaft Pforzheim-Enzkreis – das Masernschutzgesetz deshalb nicht umsetzen, weil es keine Kinderärzte gibt, die gegen Masern impfen – einfach mal so. Dort gibt es viele Kinder, die keinen Kindergartenplatz bekommen, weil die Masernschutzimpfung nicht nachgewiesen werden kann. Das liegt aber auch daran, weil es zu wenige Kindergartenplätze gibt – das ist das zweite Problem. Da fehlt uns die Basisversorgung. Wir haben über viele Jahre den Leistungskatalog immer weiter ausgeweitet. Wir haben eine fantastische, sehr gut aufgestellte individualmedizinische Versorgung mit allen möglichen Spezialisierungen, aber wir sind jetzt in einem Bereich, in dem wir das personell nicht mehr komplett unterfüttern können. Wir haben zu wenige Ärzte, wir haben zu wenige Pflegekräfte, wir haben auch zu wenige Pflegekräfte im Altenpflegebereich. Wir können das nicht immer weitermachen. Das muss man ansprechen.

Dann kommen wir zu meinem vierten Punkt: die Triage. Das sind Dinge, die im Augenblick laufen. Jetzt im Augenblick können in deutschen, baden-württembergischen Krankenhäusern nicht alle Leute versorgt werden, weil die Mitarbeitenden ausgepresst sind wie Zitronen. Die stehen ganz knapp vor dem Ende. Es gibt nachhaltig 20 % bis 30 % weniger Pflegekräfte als vor der Pandemie, und die, die es noch gibt, sind im Augenblick nicht in der Lage, die Versorgung zu gewährleisten. Wenn dann noch eine Influenzawelle dazukommt – und mit der müssen wir rechnen –, haben wir ein Problem.

Daran müssen wir ganz dringend arbeiten. Wir müssen neue Strukturen schaffen, und wir müssen, daran denke ich auch, am Aufgabenkatalog arbeiten. Wir haben sektorenübergreifende Primärversorgungsverbände, Gesundheitszentren, Gesundheitskioske, viele Ideen. Ich denke, das muss sehr schnell angegangen werden.

Die Resilienz können wir über die Etablierung dauerhafter Strukturen, um alle Bevölkerungsgruppen zu erreichen, stärken. Das ist zwar personalintensiv, kann aber über Gesundheitsförderung, Prävention, über Schulgesundheitspflege, über verschiedene Aktionen oder Strukturen laufen, die ich dann auch in der Krise nutzen kann. Da fehlt uns noch ein bisschen. Wir brauchen eine offene, einheitliche und einfache Kommunikation. Wir dürfen nicht 20 Maßnahmen nennen, sondern wir müssen nach drei Maßnahmen aufhören – mehr kann man sich auf Dauer einfach nicht merken. Die drei wichtigsten Maßnahmen herauszusuchen und diese immer wieder und gleichlautend zu bespielen, halte ich für ganz zentral. Wir brauchen eine strikte Ausrichtung der Gesundheitspolitik an wissenschaftlichen Prinzipien. Wir haben lange Zeit verschiedenste medizinische Strömungen als gleichwertig, ebenbürtig oder alternativ möglich betrachtet. Da gibt es Dinge, die wissenschaftlich etabliert sind, und Dinge, die nicht wissenschaftlich etabliert sind. Aber solange wir da nicht klarmachen, was Wissenschaft ist, was sie kann und wo sie ihre Grenzen hat, werden wir immer wieder Menschen haben, die das anzweifeln, die in starren Denksystemen bleiben – gerade in Krisen – und die sich nicht auf neue Entwicklungen einlassen. Das halte ich für einen wichtigen Punkt. Die Integration neuer Erkenntnisse in starre Denksysteme funktioniert nicht, und diese starren Denksysteme sind damit auch nicht weiterentwicklungsfähig.

Letzter Punkt: Was ich auch für ganz wichtig halte, ist eine gemeinsame solidarische Aufarbeitung der Krise. Gerade habe ich den Eindruck, es handelt sich ein bisschen um eine Hierarchie: Uns hat es am stärksten getroffen, uns hat es am stärksten getroffen, die Kinder haben am meisten gelitten, die Alten haben am meisten gelitten. Das finde ich schwierig. Ich denke, es hat alle Bereiche betroffen. Es gab sicherlich – da hat Frau Dr. Böhm völlig recht – eine Verschärfung von sozialen Notlagen, auch in der Krise wieder. Ich glaube, hier jetzt die Gesellschaft zu spalten, ist ganz gefährlich.

Fazit: AG „Krisenbezogener Gesundheitsschutz“ einrichten mit Ressourcen auf allen Ebenen, mit verschiedenen Fachrichtungen und auf den Ebenen, die wir in Baden-Württemberg haben; bei der Digitalisierung dranbleiben, nicht nachlassen; Personal sichern, attraktive Karrierepfade aufmachen, flexibel sein; personalintensive Kooperationen zwischen unseren sehr spezialisierten, sehr zersiedelten Systemen ermöglichen. Das betrifft nicht nur die Medizin, das betrifft auch andere Bereiche. Es wird immer schwieriger, zu wissen, was überall los ist, weil es so viele Angebote gibt, und doch ist diese Kooperation etwas ganz Zentrales. Wissenschaft stärken, sowohl in der Kommunikation als auch in der Zusammenarbeit zwischen ÖGD und Wissenschaftsinstitutionen; und den Datenschutz zeitgemäß machen, nicht absolut sein.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Frau Dr. Joggerst, für Ihren Vortrag. – Damit kommen wir jetzt zur ersten Fragerunde. Für die Fraktion GRÜNE beginnt Frau Kollegin Krebs.

Abg. Petra Krebs GRÜNE: Lieber Herr Vorsitzender, geehrte Kolleginnen und Kollegen! Schön, dass wir uns heute noch mal mit diesem wichtigen Thema beschäftigen können. Vielen Dank für Ihre Vorträge, Frau Dr. Böhm und Frau Dr. Joggerst.

Frau Dr. Joggerst, Sie haben mit Erkenntnissen geendet, die schon in der Enquete-Kommission „Pflege“ deutlich besprochen wurden. Darum möchte ich dazu auch nichts fragen, weil ich denke, dass uns allen bewusst ist, dass man da etwas tun muss.

Mir geht es ganz deutlich um das Thema „Health in All Policies“. Daher möchte ich Sie beide fragen: Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Zusammenarbeit zwischen Regierung und Verwaltung, sprich in den Gesundheitsämtern, so zu verbessern, dass es mehr wird? Es geht mir jetzt nicht nur um ein gemischtes Berufsbild in den Gesundheitsämtern; vielmehr sehe ich das Thema HiAP schon eher so, dass Gesundheit in allen Politikfeldern ankommt, allerdings nicht nur in Politikfeldern, sondern auch in der Bürgerschaft. Daher meine Frage nach einer Empfehlung, die Sie abgeben würden: Wie kann man denn Bürgerinnen und Bürger als Expertinnen und Experten für ihre eigene Lebenswelt – denn die sind die größten Experten für sich selbst – so mitnehmen, dass sie auch verstehen, um was es geht? Uns geht es auch um Kommunikation und darum, sich dann besser, vertrauensvoller vom Gesundheitsamt beraten zu lassen, bzw. darum, dass man den Vorschlägen des Gesundheitsamts oder der Regierung besser folgen kann.

Weiter frage ich: Inwiefern sehen Sie bei Gesundheitsgefahren durch den Klimawandel oder durch die Klimaerhitzung – das ist eine große Gefahr; das haben wir hier schon häufiger gehört – die Gesundheitsämter aufgestellt? Was würden sie uns empfehlen, wie man sie vonseiten der Politik unterstützen kann, in diesem Bereich besser zu werden?

Die anderen Fragen richten sich eher an Frau Dr. Böhm. Da wäre mir die wichtigste Frage: Wie kann dieser HiAP-Ansatz zur Krisenbewältigung, -situation, -vorbereitung und -bewältigung beitragen? Denn wir benötigen hier Empfehlungen. Wie kann sich explizit das HiAP-Prinzip zur Krisenbewältigung eignen, insbesondere, für den Fall, Bevölkerungsgruppen zu erreichen, also nicht nur die Gruppe, von der wir hier leider viel zu oft sprechen: den weißen Menschen mit gutem Bildungsabschluss? Welche Rolle spielt dabei der HiAP-Prozess? Health in All Policies ist ja unser Thema. Muss man das nicht auch auf Planetary Health angrenzen und mehr mit ins Boot nehmen?

Das wären meine Fragen.

Vielen Dank.

Abg. Dr. Michael Preusch CDU: Vielen Dank für die Vorträge und vor allem Frau Dr. Joggerst für die konkreten Empfehlungen, die es dann auch waren. Denn ich glaube, es ist jetzt nicht mehr die Zeit für Philosophie, sondern die Zeit für Biologie: dass wir langsam Maßnahmen umsetzen, über die wir uns unterhalten.

Sie hatten einige Punkte erwähnt, u. a. das Thema „Core Facility“ – so will ich es mal bezeichnen –, eine Schnittstelle, wo wir diverse Daten aus dem Gesundheitswesen sammeln und verarbeiten können. Wir wissen, dass die GKV viele Daten sammelt – Sie hatten es angesprochen –, z. B. wichtige Informationen zu Impfnebenwirkungen oder Todesursachen nach Covid. Diese werden uns heute nicht mehr die Sektionsergebnisse zeigen. Da gibt es auch erhebliche Unterschiede in der Qualität – von Superqualität in Tübingen bis hin zu anderen Qualitätsstufen an anderen Standorten in Baden-Württemberg.

Ich glaube, dass wir diese Daten besser nutzen müssen. Es gibt kaum ein System, welches sozusagen von der Wiege bis zur Bahre Gesundheitsdaten sammelt. Wenn ich heute nach Impfnebenwirkungen frage, interessieren mich weniger die Sektionsergebnisse, sondern ich würde einfach mal die GKV-Daten auswerten. Die Frage wäre, ob nicht der ÖGD eine zentrale Einrichtung wäre, wo man eine Core Facility zur Nutzung und Auswertung dieser Daten verwenden könnte.

Die zweite Frage, die sich stellt: Wir kommen jetzt natürlich mit sehr vielen Aufgaben an, für die wir den ÖGD gern nutzen würden. Das fängt an bei der Kindergesundheit, geht über die Zahngesundheit schlussendlich bis zur Infektionsprophylaxe. Wenn Sie jetzt mal Ihren Bereich und Ihren Verband überblicken: Wie viel Prozent Personalaufwuchs brauchten Sie, um diese Aufgaben umzusetzen, die Sie uns heute erzählt haben?

Vor allem: Jeder denkt immer, wir brauchten Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst. Das wird ohnehin schwierig sein – ich kann mich noch an meine Zeit erinnern: dass es nicht das beliebteste Fach war, mit dem man sich beschäftigt hat. Aber die Frage ist: Was brauchen wir noch? Brauchen wir Laborassistenten? Welche Berufsgruppen brauchen wir? Brauchen wir Pflegekräfte? Wie setzen sich diese Berufsgruppen zusammen, die wir im ÖGD einsetzen können? Da haben wir nur begrenzt Einfluss. Es geht auch um das Thema Weiterbildungsordnung. Wir müssen noch mal in der Ärztekammer Dampf machen, dass es den Seiteneinstieg für die Weiterbildung gibt. Ich glaube, im Moment ist das öffentliche Gesundheitswesen noch ziemlich komplex. Daher auch die Frage an Sie: Müssen wir an der Weiterbildungsordnung arbeiten, um vielleicht auch den ÖGD „light“ in der ärztlichen Weiterbildung zu schaffen, um zügig an Personal zu kommen?

Ich darf vielleicht noch sagen, dass Sie auch einen Bereich vertreten, in dem man auch mit viel Erfahrung arbeiten muss. Es gibt gerade im ärztlichen Bereich und auch

in der Pflege einige Arbeitskräfte, die aufgrund des Alters, der Gebrechlichkeit oder sonstige Gründe den Job nicht mehr machen können. Wären das nicht vielleicht die Menschen, denen wir einen Seiteneinstieg gewährleisten sollten? Ich stelle mir vor: Jemand, der vielleicht 30 Jahre lang in der inneren Medizin gearbeitet hat, ist vielleicht auch für Sie ein guter Fang. Die Person kann aber den Nachtdienst in der Klinik nicht mehr machen. Sollten wir Seiteneinstiege mehr ermöglichen, insbesondere im ÖGD?

Thema Sicherstellungsauftrag: Sie erwähnten die Masernschutzimpfung. Müssen wir, wenn die Umsetzungen dieser Ideen nicht klappen, einen Sicherstellungsauftrag formulieren? Wer hat was zu tun? Ich will das jetzt niemandem aufdrücken, wenn Kapazitätsgrenzen bestehen. Müssen wir vielleicht sagen, dass, wenn wir die Masernimpfungen wollen und die Strukturen im Moment noch nicht haben, es dann eben einen Sicherstellungsauftrag gibt, der unter Umständen auch über die Kliniken mit abgedeckt werden muss? Das heißt, gibt es Bereiche im ÖGD, von denen Sie sagen: „Da kooperieren wir, die können wir beim niedergelassenen Arzt abdecken, die können wir an die Kliniken delegieren, um den vielfältigen Aufgaben gerecht zu werden.“?

Letzter Punkt – Sie hatten es erwähnt –: Es sind viele Aufgaben übernommen worden, die eigentlich Aufgaben der KV sind, und diese sind dann nicht refinanziert worden. Vor dieser Diskussion steht man immer noch. Es ist eigentlich geregelt, dass, wenn eine andere Einrichtung Leistungen der KV übernimmt, diese auch erstattet werden müssen. Ich glaube, es gibt eine rechtliche Regelung, man muss es nur noch mal deutlicher formulieren. Damit verbinde ich die Fragen: Gibt es Leistungen, von denen Sie sagen – beispielsweise die Masernimpfung –, das sei eine klassische KV-Leistung im niedergelassenen Bereich? Könnten Sie sich vorstellen, dass wir diese in andere Bereiche delegieren, um schlagkräftiger zu werden?

Abg. Dr. Dorothea Kliche-Behnke SPD: Auch von unserer Seite herzlichen Dank für die Vorträge. – Viele meiner Fragen decken sich eigentlich mit denen, die Herr Dr. Preusch gerade schon gestellt hat. Zuallererst aber eine Rückfrage an Frau Dr. Böhm. Zum einen war es für mich jetzt sehr interessant und neu, zu hören, dass es eine solche Arbeitsgemeinschaft respektive ein solches Institut überall außer in NRW und Baden-Württemberg gibt. Das ist sehr spannend. Die Bedeutung solcher Netzwerke ist ganz offenkundig, allerdings entstehen solche Netzwerke nicht von allein. Daher würde mich interessieren: Wie viele Impulse braucht es aus Ihrer Sicht aus der Zivilgesellschaft? Was muss und kann der Staat an dieser Stelle steuern? Dazu würde mich Ihre Einschätzung sehr interessieren.

Dann ein paar Nachfragen an Frau Dr. Joggerst. Sie haben diese Zielkonflikte angesprochen, und diese scheinen mir sehr bedeutsam zu sein. Es ist völlig klar, dass das nicht etwas ist, was man mit einem Vortrag völlig „erschlagen“ kann. Haben Sie in irgendeiner Form Parameter, mit denen wir diese Zielkonflikte angehen können? Aktuell ist es so, dass die Probleme in der Regel dort, wo es sehr deutliche Zielkon-

flikte gibt, nachträglich vor Gerichten gelöst werden. Letztlich müssten wir es sozusagen gesellschaftlich und politisch erreichen, dass wir irgendein Muster, irgendeinen handhabbaren Weg haben, wie wir vielleicht gesellschaftlichen Konsens finden oder das austarieren. Muss es dann allein und stärker vielleicht die Politik lösen?

Ich hätte eine konkrete Nachfrage auch mit Blick auf diese Zielkonflikte bzw. die gesellschaftlichen Veränderungen. Wir, die SPD, beschäftigen uns derzeit sehr viel mehr als bislang mit der Thematik der Einsamkeit, die jetzt immer wieder stärker reflektiert wird. Uns erscheint es doch notwendig, dass wir, auch mit Blick auf den öffentlichen Gesundheitsdienst oder auf politische konzeptionelle Planungen, stärker von einer Einsamkeitsstrategie ausgehen. Dazu würde mich Ihre Einschätzung interessieren.

Dann haben wir noch eine konkrete Rückfrage zum Thema Masernimpfungen, weil es sehr interessant ist, was Sie zur aktuellen Situation berichtet haben. Wir wollen auch an den Sicherstellungsauftrag erinnern. Deswegen frage ich Sie, ob ich Sie richtig verstanden habe, dass wir einfach nicht genügend Ärztinnen und Ärzte haben, die die ambulante Versorgung übernehmen können. Und ist es so, dass es vielleicht weltanschauliche Gründe von Ärztinnen und Ärzten gibt, die sich weigern, sich impfen zu lassen? Vielleicht könnten Sie das noch konkreter ausführen.

Zum Schluss – das ähnelt jetzt den Ausführungen von Herrn Dr. Preusch –: Es gibt jetzt hier die Möglichkeit und die Chance, konkrete Wünsche zu benennen, auch wenn vielleicht manches schon in der Enquete „Pflege“ auf dem Tisch war, aber bis jetzt nicht umgesetzt ist. Was sind die Wünsche? Was brauchen wir, um den ÖGD so zu stärken, sodass er gut aufgestellt ist, wie Sie es ja auch als klare Zielformulierung erklärt haben?

Danke sehr.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Dann würde ich gleich an dem Punkt anschließen, an dem die Kollegin Kliche-Behnke aufgehört hat.

Frau Dr. Joggerst, es gab ja ein 5-Milliarden-€-Programm des Bundes. Es gab Stellenenerweiterungen des Landes für den ÖGD. Deswegen die Frage: Was muss noch getan werden, um den ÖGD tatsächlich so aufzustellen, dass wir – bei allen Herausforderungen der Personalsuche – schlagkräftig werden? Jetzt wissen wir, wie schwierig das ist, aber man hat da ja relativ viele Mittel bereitgestellt. Insofern bin ich davon ausgegangen, dass man, zumindest hinsichtlich der Mittelbereitstellung für Personal, da in einer gewissen auskömmlichen Situation ist und dass die Herausforderung vielmehr darin besteht, dass man vielleicht das Personal nicht findet.

Sie hatten schon auf die Versorgungssituationen hingewiesen. Wäre es Ihre Einschätzung, dass wir aus unserer Sicht vielmehr an regionalere Strukturen denken

müssen? Denn vielleicht sehen die Prioritäten im Pforzheim-Enzkreis anders aus als z. B. im Landkreis Konstanz.

Frau Dr. Böhm, Sie hatten auf die Konzepte in anderen Ländern hingewiesen – seien es die Niederlande, sei es Österreich. Wenn Sie das mal auf Baden-Württemberg beziehen: Welchen Blick würden Sie uns empfehlen, dass wir da nochmals genauer nachschauen? In welchen Ländern gibt es Konzepte, die aus Ihrer Sicht auch für Baden-Württemberg ganz gut passen könnten?

Sie hatten in Ihrer Präsentation das Thema „Neuzuschnitt von Ministerien“. Dazu möchte ich im Hinblick auf das Thema Gesundheitsförderung nachfragen: Bezieht es sich auf die Situation, dass die Zuständigkeit rund um das Thema Gesundheit bei uns in verschiedenen Ministerien liegt – im Sozialministerium, der Teilbereich der Universitätskliniken im Wissenschaftsministerium, die Rettungsdienste im Innenministerium? Ist aus Ihrer Sicht der Zuschnitt ein Thema, das in den Blick genommen werden muss, damit Gesundheit stärker in den Fokus gerät? Das würde ich gern nachfragen.

Abg. Carola Wolle AfD: Ich möchte zunächst einige Fragen ergänzend an Sie, Frau Jogerst, richten. Sie haben gesagt, die strikte Ausrichtung der Gesundheitspolitik sollte an wissenschaftlichen Prinzipien erfolgen. Ich denke, das ist durchaus richtig und wichtig. Die Frage ist: Was ist die Wissenschaft? Sollte man da nicht mehr Meinungsvielfalt zulassen, z. B. eine Diskussion zum Thema „Coronaimpfung – Für und Wider“, um sich hier einfach auch ehrlich zu machen?

Denn wir, die Politiker, können das letztendlich nicht entscheiden, sondern das müssen Fachleute entscheiden. Man kann sich als Politiker vielleicht auf die eine oder andere Seite schlagen. Aber ob das sinnvoll ist, ob das richtig ist, wissen wir nicht. Vor allem geht es ein Stück weit auch um Akzeptanz, wenn ich Wissenschaftler ausschliesse, die nicht meiner politischen Meinung sind. Das führt dann nicht gerade zu einer krisenfesten Gesellschaft, die an dieser Stelle zusammenhält.

Dann haben Sie angesprochen, dass der Datenschutz ein Problem darstellt, wenn man z. B. Studien durchführen bzw. einfach auch gewisse Entwicklungen sehen möchte. Sind Sie der Meinung, dass dafür der Datenschutz „geschliffen“ werden muss? Oder sehen Sie nicht vielmehr die Möglichkeit, dass hier einfach Möglichkeiten geschaffen werden sollen und müssen, damit quasi auf persönliche Daten zugegriffen werden kann, um eine Entwicklung nachvollziehen zu können, aber ohne dass ich auf die konkrete Person zurückgreifen kann? Das wäre an der Stelle auch eine Möglichkeit.

Frau Dr. Böhm, Sie hatten angesprochen, dass alle Politikfelder berücksichtigt werden müssen. Das sehe ich genauso. Sport ist für die Gesundheit von Kindern, Erwachsenen und älteren Menschen natürlich genauso wichtig wie Ernährung. Aber wenn man mitbekommt, wie der Streit um eine genaue und gute Bezeichnung – ich

nenne es mal: „Ernährungsampel“ – bezüglich der Fertiggerichte aussieht – darum streitet man heute noch –: Ist das, was da ist, richtig? Sagt das wirklich auch das aus, sodass die Menschen das beurteilen können? Spielt da nicht das Thema Lobbyismus eine große Rolle? Genau da müsste es auch wissenschaftlich so beschrieben werden, dass die Verbraucher das besser einschätzen können.

Danke schön.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Dann würde ich das Wort zuerst Frau Dr. Böhm und dann Frau Dr. Joggerst geben.

Sv. Frau Dr. Böhm: Ich fange von hinten an und beantworte zunächst die letzte Frage von Frau Wolle, weil sich diese ganz einfach beantworten lässt. Das Wissen darüber, was bei der Lebensmittelkennzeichnung funktioniert, ist relativ eindeutig. Das Problem – Sie haben es angesprochen – ist das Lobbying der großen Nahrungsmittelhersteller. Andere Länder sind da einen ganzen Schritt weiter, weil sie einfach – –

Vorsitzender Alexander Salomon: Frau Dr. Böhm, ich muss Sie ganz kurz unterbrechen. Wir verstehen Sie kaum. Ein paar Bruchstücke haben wir verstanden. Aber es wäre schade, wenn Sie jetzt weiterreden und wir davon eigentlich nichts mitbekommen. Wir müssen mal schauen, ob es an uns liegt oder ob Sie mal näher ans Mikrofon gehen sollten.

Sv. Frau Dr. Böhm: Ich versuche, näher ans Mikro zu gehen.

Vorsitzender Alexander Salomon: Das hört sich deutlich besser an.

Sv. Frau Dr. Böhm: Okay. – Es geht schnell zu beantworten. Bei der Ernährung wissen wir ziemlich gut, was funktioniert. Andere Länder haben es ja gezeigt und haben ja entsprechende Maßnahmen auf den Verpackungen. Das ist ein Umsetzungsproblem, kein Wissensproblem.

Zur Frage nach dem Neuzuschnitt von Ministerien. Das ist die Kunst: Wie schafft man es, dass ein Thema zum Thema aller Politikfelder wird durch die Anordnung der Verwaltungsstrukturen? Beispiel Corona: Wenn man ein „Superministerium“ gründet, das dafür zuständig ist, dann sehe ich das Problem, dass sich alle anderen dann herausreden und sagen: Wir haben ja das „Superministerium“. Die Dezentralisierung des Themas scheint mir da – orientiert daran, dass es in jedem Ministerium eine gewisse Expertise und Zuständigkeit für das Thema Gesundheit gibt – ein besserer Weg.

Sie haben auch danach gefragt, welches dieser internationalen Beispiele ich empfehlen würde. Es ist immer schwierig, das zu übertragen. Die Gesundheitsfolgenab-

schätzungen sind erprobt, die kann man im Vergleich zu vielen anderen Beispielen relativ einfach umsetzen. Diese „Health Lens Analysis“ kann man relativ einfach umsetzen, und man braucht für die Übertragung keine großen Voraussetzungen. Ich glaube, „Alles is Gezondheid“, mit dem Versprechen der Akteure, ist eher weniger umzusetzen. Ich habe es vorhin erwähnt, es gibt international eine breite Entwicklung hin zu diesen Well-being-Ansätzen, also dahin, mehrere Aspekte unter einem Dach zusammenzubringen – manche nennen es auch Nachhaltigkeit oder wie auch immer –, ein großes gemeinsames Dach zu finden, da strategisch Ziele auszuwählen.

Sie haben es gerade in der Diskussion oder in den Fragen angesprochen: Wir müssen priorisieren. Das betrifft auch die Frage nach einer Einsamkeitsstrategie. Wir können doch nicht jedes Problem einzeln behandeln, sondern wir müssen schauen: Wie fassen wir es zusammen? Wie können wir die Probleme zusammen bearbeiten? Sie haben ja die Strategie „Quartier 2030“. Da wäre eher die Frage – ich glaube, Sie wissen, dass es da zum Teil schon mitbearbeitet wird –: Wie können wir das Problem Einsamkeit erst mal innerhalb dieser Strategie mitbearbeiten?

Die nächste Frage war: Welche Impulse braucht es aus der Zivilgesellschaft? Was kann der Staat steuern? Sie von der Landesebene setzen den Rahmen für das Handeln auf der Ebene der Lebensverhältnisse – in den Unis, in den Quartieren. Sie setzen den Rahmen. Sie können nicht direkt steuern. Das funktioniert in der Regel sehr schlecht. Aber Sie können den Rahmen setzen. Auch hier ist vielleicht „Quartier 2030“ wieder ein gutes Beispiel. Es braucht Beratung, Qualifizierung, Förderung, damit die Akteure vor Ort für die Probleme vor Ort Lösungen finden. Die sind sehr divers, weil die Bedingungen in den Kommunen und in den Quartieren sehr divers sind. Den Raum müssen Sie lassen, aber sozusagen die Akteure ermächtigen, handeln zu können.

Vorsitzender Alexander Salomon: Frau Dr. Böhm, ich würde vorschlagen – der Stenografische Dienst wird eine Spitzenleistung darlegen, sodass wir im Nachhinein noch vieles von dem, was Sie gerade ausgeführt haben, mitbekommen, aber es wäre schade, wenn wir es jetzt nicht mitbekommen –: Wir machen es so, dass Sie sich kurz per Telefon oder Handy einwählen, denn das funktioniert in aller Regel ganz gut, und wir zunächst Frau Dr. Joggerst hören. Ist das okay für Sie?

Sv. Frau Dr. Böhm: Ja.

Vorsitzender Alexander Salomon: Es ist auch sehr schwierig, vor allem wenn Ihnen noch weitere Fragen gestellt würden. Es wäre mir sehr unrecht, wenn wir Ihre Ausführungen nicht mitbekommen können.

Dann springt Frau Dr. Joggerst jetzt kurz ein. In der Zeit können Sie sich einwählen. Ein Headset oder Ähnliches ist meistens auch förderlich.

Sv. Frau Dr. Joggerst: Ich hoffe, ich habe alle Fragen aufgeschrieben. Wenn nicht, haken Sie nach.

Verbesserung der Kommunikation: Es gibt zwei Punkte bei der Kommunikation mit der Bevölkerung, die ich hervorheben möchte. Das eine ist – ich hatte es vorher schon gesagt –: Sich in der Bevölkerung vorab bekannt machen, mit den Bevölkerungsgruppen in Kontakt sein mit anderen Themen – sei es Gesundheitsförderung, sei es Prävention, sei es Selbsthilfe –, hilft dabei, im Krisenfall einen raschen Draht zu haben und auch als vertrauenswürdig wahrgenommen zu werden. Das ist der eine Punkt. Das ist personalintensiv. Da muss ich halt schauen: Wie weit gehe ich hinein?

Wir hatten extreme Schwierigkeiten mit einzelnen Glaubensgemeinschaften. Um in diese hineinzukommen, schätze ich den Personalaufwand als extrem hoch ein. Wenn ich das aber auf einem einigermaßen vernünftigen Maß halte, dann, denke ich, ist das mit den Themen, die wir schon haben, mit einem gewissen Personalaufwuchs machbar. Ohne Themen in eine Bevölkerung zu gehen – da spreche ich die nicht an.

Wir sehen übrigens aktuell, dass die Resonanz in der Bevölkerung auf unsere Themen Gesundheitsförderung und Prävention, die wir auch partizipativ ausgestaltet haben, gering ist. Wir haben große Schwierigkeiten, die Gruppen zu erreichen.

Frau Dr. Böhm hat es auch schon gesagt, „Quartier 2030“ ist eine gute Struktur. Wir sind dabei, das mit den Gesundheitskonferenzen, mit den Strukturen, die wir im öffentlichen Gesundheitsdienst haben, stärker zu vernetzen. Ich denke, da kann man einiges nutzen.

Der zweite Punkt ist: die Kommunikation gut gestalten. Das ist das, was ich mit „offen“ meinte; man muss auch Wissensdefizite ansprechen, klare Botschaften auf allen Ebenen machen. Es darf nicht so sein, dass man auf Landesebene etwas anderes sagt als auf kommunaler Ebene oder auf Bundesebene. Das, denke ich, ist schwierig. Man muss die Botschaften auch begrenzen und sollte nicht zu viele Botschaften bringen. Ich glaube, das ist etwas, was Vertrauen erwecken kann.

Wir haben auch Partizipationsformate, die zum Teil funktionieren, zum Teil aber – – Es ist so ein bisschen wie bei der Gesundheitsförderung, es sind immer die gleichen Akteure, die da sind. Es ist kein repräsentativer Querschnitt der Bevölkerung, den ich erreiche.

Der nächste Punkt war: Klimawandel und Gesundheit. Das ist ein Punkt, den wir schon früher hätten angehen müssen. Die Pandemie hat dies aber verlangsamt. Wir denken, dass das, was wir aus dem ÖGD heraus geben können, eine medizinische Expertise ist, dass aber sehr viele weitere Akteure betroffen sind. Das ist – Frau Dr.

Böhm hatte das auch schon gesagt – auch ein Beispiel von Health in All Policies. Wir haben ganz viele Bereiche, die das betrifft: Bauen, Städteentwicklung, Verkehr, Umwelt, MLR, Landwirtschaft – also, eigentlich ist es alles –, und es ist nicht die Aufgabe des ÖGD, das alles zu vernetzen. Das muss sicherlich irgendeine Struktur haben, die übergeordnet ist, die dann vom ÖGD auf kommunaler Ebene, auf Landesebene und auf Bundesebene beraten wird.

Da sind Konzepte im Entstehen. Für Städte klappt das schon einigermaßen. Da gibt es einige Blaupausen. Da ist das Landesgesundheitsamt sehr aktiv. Für Gemeinden, für dezentrale Einrichtungen ist es etwas schwieriger. Da fehlt noch ein bisschen was, aber da werden wir auch besser werden. Wir sehen: Die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels sind extrem relevant. Das ist völlig klar. Wir können einiges dazu sagen und beraten, wir können aber nicht den ganzen Prozess steuern. Das sehe ich nicht im ÖGD.

Dann ging es um die Daten im Gesundheitswesen, den Datenschutz, die Datennutzung. Wir haben dieses Primat der Datensparsamkeit: Daten dürfen nur erhoben werden, wenn sie wirklich notwendig sind, und nur für den Zweck, für den sie primär erhoben worden sind. Daran scheitert es oft: dass ich im Nachhinein sage: „Die Daten, die ich jetzt habe, die könnte ich aber wirklich gut nutzen.“ Die sind dann anonymisiert oder pseudonymisiert. Es geht nicht darum, dem Internet aufzuschreiben, wer welche Krankheit hat. Das schon. Aber da steht uns diese Datensparsamkeit im Weg. Ich darf die nicht mehr verknüpfen, ich darf die nicht mehr oder nur noch eingeschränkt für andere Zwecke nutzen, für die ich sie aber gut gebrauchen könnte. Ich denke nicht, dass z. B. Schweden oder Norwegen einen schlechten Datenschutz haben. Sie schaffen es aber, diese Verknüpfungen unter Berücksichtigung des Datenschutzes hinzubekommen.

Ein Daten-Hub im ÖGD ist reizvoll, eine spannende Sache. Aber ich glaube, dafür haben wir nicht die Strukturen. Wir, der ÖGD, erheben auch einiges an Daten, zum Teil auch flächendeckend. Wir sind sicherlich die einzige Institution, die mit allen Coronaerkrankten Kontakt hatte, die jemals einen Test hatten, andere hatten nur mit den stationären oder ambulanten Einrichtungen oder überhaupt keinen Kontakt zu ihnen. Aber ich denke, es ist sinnvoll, wenn wir Daten verknüpfen können und wenn wir einen Teil der Daten von anderen nutzen können. Es ist auch sinnvoll, wenn wir die Daten zur Verfügung stellen können, die wir erhoben haben. Wo man den ansiedelt, muss man schauen. Es ist sicherlich sinnvoll, ihn außerhalb von kommerziellen Interessen anzusiedeln.

Dann ging es um den ÖGD-Facharzt. Das ist ein Punkt, den ich schwierig finde. Sie haben die Reputation des öffentlichen Gesundheitsdienstes, auch unter der Ärzteschaft, angesprochen. Diese ist jetzt etwas gestiegen, einfach auch aufgrund dessen, dass wir präsenter geworden sind. Da ist es natürlich nicht sinnvoll, einen „Facharzt light“ einzuführen. Der Facharzt ist ein Standard, den wir haben. Wir sehen jedoch auch den Bedarf. Wir haben eigentlich nur Quereinsteiger. Es gab eine Weile

lang ein Programm, dass Medizinstudenten eine Zulassung bekommen haben, wenn sie sich verpflichtet haben, beim ÖGD anzufangen. Das sind diese Quoten, die man jetzt in der Allgemeinmedizin auch wieder hat. Aus dieser Zeit stammen Einzelne, im Weitesten im Ruhestand, die das gemacht haben. Ich bin Internistin. Wir haben auch Anästhesisten, wir haben Kinderärzte, also alles Mögliche. Wir haben den Quereinstieg nicht nur bei Ärzten, wir haben ihn auch in anderen Gruppen. Wir haben viele Pflegefachkräfte, die sich in Richtung Hygienekontrolleur weiterentwickeln. Diesen Quereinstieg haben wir einfach, und wir haben die Weiterbildung im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Wir haben gekämpft. Ich habe mich für eine Reduktion der Zeiten für den Facharzt im Bereich Psychiatrie eingesetzt, weil die auch extern laufen. Das ist etwas, was sehr kompliziert ist. Wir konnten das durchsetzen. In Baden-Württemberg reichen jetzt drei Monate aus. Es ist ein Zielkonflikt, und ich gehe gern in die Diskussion. Dazu könnte man jetzt sehr viel sagen. Ich glaube, die Bewerberlage zwingt uns dazu, darüber nachzudenken. Aber es sind Kröten, die wir da schlucken müssten, also Schwierigkeiten, die ich sehe.

Was ich jetzt bezüglich des Personals sagen kann: Wir sind besser ausgestattet, kamen aber von einem echt niedrigen Niveau. Über den „Pakt für den ÖGD“ sind Bundesmittel für fünf Jahre zur Verfügung gestellt worden, die jetzt über das Land bzw. über das FAG, auch über die Kreise genutzt werden, um Personal einzustellen. Es gibt die Finanzierungszusicherung vom Bund für fünf Jahre, und wir haben große Sorge, zumal diese Diskussionen auch für uns hörbar jetzt schon anfangen: Was passiert in fünf Jahren? Die Leute werden unbefristet eingestellt, die werden dann nicht rausgeworfen, aber wir haben Sorge, dass es dann wieder zu Streichungen kommt im Sinne von: Stellen werden nicht mehr nachbesetzt.

Das ist immer eine Gefahr. Ich denke, das ist in jeder Krise so. Sie können die Krisenstrukturen nicht alle vorhalten, Sie müssen auch da Kompromisse eingehen. Aber wenn es heißt, wir sollen Health in All Policies durchsetzen, wir sollen verschiedene Politikbereiche mit der entsprechenden Fachexpertise beraten, die wir uns dafür aneignen müssen, wir sollen in vielen Bevölkerungsgruppen präsent sein – es hilft, präsent zu sein; dafür gibt es gute Evidenz –, dann brauchen wir Personal, dann brauchen wir Ressourcen. Wir sehen zwei städtische Ämter in Baden-Württemberg, die deutlich mehr Ressourcen haben, die das deutlich effektiver umsetzen können. Wenn Sie jetzt eine genaue Zahl haben wollen, muss ich noch mal nachrechnen. Um das alles komplett umzusetzen, würden aktuell vermutlich auch die Stellen aus dem „Pakt für den ÖGD“ nicht ausreichen.

Zur Masernschutzimpfung: Der Sicherstellungsauftrag liegt im Prinzip bei der KV. Es ist so, dass mir jetzt auch kaum Ärzte bekannt sind, die sagen, sie impften nicht. Es gibt in seltenen Fällen Ärzte, die sagen, sie impften Menschen erst ab dem zweiten Lebensjahr oder älter. Aber das ist nicht das Problem. Daran liegt es nicht. Es liegt einfach daran, dass wir in der Gebietskörperschaft, die ich vertrete, aber bekannter-

maßen auch in anderen Gebietskörperschaften, zu wenige Kinderärzte haben. Wir brauchen da neue Konzepte. Ich wüsste nicht, woher wir die bekommen. Einige befinden sich in der Weiterbildung. Es gibt viele Ursachen dafür. Auch das müsste man länger diskutieren. Daran arbeitet die KV schon. Aber da noch offensiver heranzugehen und auch stärker zu interagieren, auch die Ideen des ÖGD mehr mitzunehmen – der ÖGD hat ja jetzt diese Aufgabe mit dem ÖGD-Gesetz, Versorgungslücken zu finden und Akteure an einen Tisch zu bringen –, zusammen Konzepte zu entwickeln, das halte ich für sehr sinnvoll und zielführend.

Speziell für die Impfungen gab es eine lange Zeit, in der der ÖGD sie gemacht hat. Aus verschiedensten Gründen sind die in die niedergelassene Ärzteschaft abgewandert und sind dort verankert. Wir denken, in manchen Situationen wäre es hilfreich, wir hätten mehr Optionen im ÖGD, impfen zu können, hätten die Option, diesen Impfstoff abzurechnen. Das ist im Augenblick die Schwierigkeit mit den Kassen. Ich weiß aber, dass das Sozialministerium bereits darüber nachdenkt. Da gibt es Überlegungen. Das zu befördern, wäre sicherlich hilfreich.

Parameter für Zielkonflikte – zwei Punkte dazu –: Es gibt von der WHO das Konzept DALYs – „disability-adjusted life years“ –, über das versucht wird, verschiedene Krankheiten oder verschiedene Belastungen zu operationalisieren und zu vereinheitlichen. Wie viel sind zehn blinde Jahre wert? Oder: Wie viel ist es wert, die zu verhindern, versus 20 Jahre mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Man versucht, das zusammenzubringen. Demzufolge sind weltweit die höchsten Krankheitslasten bei psychischen Erkrankungen. Dann kommen die Infektionskrankheiten. Das ist eine Möglichkeit, diese Zielkonflikte aufzulösen. Da sollte man nicht nur mit der Meinung „Ich finde dieses wichtiger, ich finde jenes wichtiger!“ hingehen, sondern man sollte Maßzahlen haben, mit denen eine eingeschränkte Vergleichbarkeit erreicht werden kann. Es ist aber so, dass ich sagen muss: In der Pandemie hätten wir das nicht nach der ersten Welle sagen können. Vielmehr sind das Themen, die sich erst im Verlauf herausgestellt haben.

Wir dachten am Anfang: Super, dass wir so wenige Grippekranke haben. Wir haben gesehen, was das mit den RS-Viren bei den Kindern gemacht hat, wie da die Zahlen angestiegen sind und wie dadurch die Kliniken belastet worden sind. Und wir haben gehörig Respekt vor der nächsten Grippewelle. Es kann sein, dass wir den Respekt umsonst haben – dann sind wir froh. Aber die Tatsache, dass wir zwei Jahre lang wenige Infektionen in den verschiedenen Bereichen hatten, muss nicht unbedingt etwas Positives bedeuten. Das sind aber Dinge, die sich oft im Nachhinein erst herausstellen. Das kann ich nicht früher beantworten.

Einsamkeit: Da schließe ich mich Frau Dr. Böhm an. Sie hat es schon gesagt. Wir müssen nicht für jeden Bereich etwas Einzelnes machen, sondern, ich denke, das passt gut in die Quartiersstruktur, passt gut in die Gesundheitsstrukturen, die wir aufgebaut haben. Für mich stellen sich bei diesen ganzen Themen so ein bisschen die Fragen: Wo entsteht das denn? Wo sind die Rahmenbedingungen? Wir laufen ja

hinterher. Wir kümmern uns dann um einsame Menschen. Aber wo schaue ich, dass diese Einsamkeit gar nicht erst entsteht. Das ist mir noch nicht ganz klar. Das gilt auch für die Fragen: Wie viel Verantwortung liegt bei der Politik und wie viel beim einzelnen Menschen? Wie muss ich Menschen auch wieder dazu bekommen, es selbst in die Hand zu nehmen? Menschen sind sozial, sie sind nicht gern einsam. Die gesundheitliche Bedeutung von Einsamkeit ist unzweifelhaft; das ist schlecht, das ist körperlich, geistig und seelisch schlecht.

Versorgung regionaler Strukturen: Da bin ich mir nicht ganz sicher. Es gibt sicherlich Ballungszentren. Um die Unis herum haben wir deutlich mehr Ärzte als in ländlichen Bereichen. Ich glaube, die ländlichen Bereiche haben – von dem, was ich mitbekomme – alle ähnliche Probleme, also Mangel an Kinderärzten und Hausärzten.

Auch da ist es wieder so: Wir haben ein unglaublich großes Angebot. Müssen wir nicht darangehen, das ein bisschen zu reduzieren? Muss ich eine akute Erkrankung erstversorgen, oder kann ich weiter Vorsorge machen? Kann ich da vielleicht je nach Lage, je nach Situation ein Ranking hineinbringen, um zumindest die akute Versorgung sicherzustellen?

Zur Wissenschaftlichkeit: Eine Wissenschaftlichkeit ist jetzt nicht sosehr eine Frage der politischen Richtung. Es gibt Kriterien dafür, wie wissenschaftliche Erkenntnis generiert wird, wie man sie widerlegt, was man dabei beachten muss. Das gilt eigentlich unabhängig von der politischen Färbung. Daher muss ich eher fragen: Wo wird eine Wissenschaftlichkeit vorgegaukelt bzw. behauptet, die nicht da ist? Wo halten Kritikpunkte den wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht stand? Wie bekomme ich das gut kommuniziert?

Es gibt fantastische Wissenschaftsjournalisten. MaiLab – ich weiß nicht, ob Sie das kennen – bringt es unglaublich gut rüber, allerdings eher für junge Menschen. Da müsste man vielleicht noch andere Formate finden. Aber wir haben die gleiche Diskussion, die wir beim Impfen haben, mit Sicherheit wieder beim Klimawandel, oder haben sie schon jetzt. Das ist eine Problematik, die immer wieder aktuell ist, an diese müssen wir immer wieder dran.

Vorsitzender Alexander Salomon: Frau Dr. Joggerst, vielen Dank. – Jetzt probieren wir, ob es diesmal mit Frau Dr. Böhm technisch besser klappt.

Sv. Frau Dr. Böhm: Zu den Fragen: Welche Impulse braucht es aus der Zivilgesellschaft, und was und wie kann der Staat das überhaupt steuern? Ich sehe das auch ein bisschen kritisch. Die Lebensbedingungen beeinflussen die Gesundheit der Menschen. Die Lebensbedingungen finden wir im alltäglichen Lebensumfeld, das heißt, vor Ort. Sie sind in den Quartieren, sie sind auf der Arbeit, sie sind in den Sport- und Freizeiteinrichtungen. Deswegen sollte bei Health in All Policies der Fokus insbesondere auf der kommunalen Ebene liegen.

Aber: Sie als Land geben den Rahmen dafür vor, wie Akteure auf der kommunalen Ebene handeln können. Auch da ist „Quartier 2030“ wieder ein gutes Beispiel. Es braucht einen Rahmen, es braucht eine Beratung, eine Qualifizierung, eine Förderung, um für die Akteure vor Ort auch Anreize zu setzen.

Ja, wir haben, in Baden-Württemberg im Besonderen, eine starke Zivilgesellschaft. Es gibt unglaublich viele Maßnahmen und Angebote, aber die existieren oft nebeneinander, die sind nicht miteinander verzahnt, die folgen eben nicht einem, zwei oder drei Zielen. Da verlieren wir ganz viele Ressourcen, weil vor Ort keine Koordinierung stattfindet.

So ist es im Land auch; da machen sie fünf unterschiedliche einzelne Strategien. Es wäre aus meiner Perspektive sinnvoller, zu fokussieren und zu schauen, wie diese Themen miteinander verschränkt werden können. In der einen Frage wurde es auch angesprochen: die Rolle von Planetary Health. Ich bin nicht speziell darauf eingegangen, weil Sie für dieses Thema extra schon Referentinnen gehört hatten. Natürlich ist das einer der zentralen Punkte für die Gesundheit in der Zukunft. Wir können nicht die menschliche Gesundheit allein denken, sondern wir müssen sie mit ihren Verschränkungen, der planetaren Gesundheit und der Umwelt zusammendenken. Da macht es vielleicht Sinn, eine übergeordnete Strategie in Bezug auf das Thema zu machen. Ich kann nicht sagen: Nehmen Sie dieses Thema, oder nehmen Sie jenes Thema. Denn normative Entscheidungen sind politische Entscheidungen. Worauf wollen wir unseren Schwerpunkt legen?

Gesundheit ist in vielen Handlungsfeldern enthalten. Aus einer „Health in All Policies“-Perspektive wäre es wichtig, in dem jeweiligen Handlungsfeld zu schauen: Was sind die Gesundheitsauswirkungen? Dafür braucht es Verantwortlichkeiten, und die müssen klar definiert werden. Und das können Sie als Landesregierung machen. Sie können sowohl innerhalb ihrer Landesstruktur Verantwortungen definieren, aber Sie können sie auch für andere Akteure, auf die Sie Zugriff haben, definieren. Es geht darum, Zuständigkeiten klarzumachen; denn wir haben ganz oft ein Verantwortungsvakuum. Man sagt immer: Es ist nicht unseres; es gibt doch ein Gesundheitsministerium, und es gibt doch die und die Akteure. Nein, Gesundheit ist die Aufgabe von jedem Einzelnen, genauso wie Nachhaltigkeit eine Aufgabe von jedem einzelnen Akteur sein muss, wenn wir längerfristig auf diesem Planeten leben wollen.

Mein letzter Punkt: Es gibt nicht diese eine alles lösende Strategie, sondern wir müssen auf ganz viele Stellschrauben schauen. Wenn wir da immer wieder die „Gesundheitsbrille“ aufsetzen, sind wir einen ganz großen Schritt weiter.

Ich glaube, das ist ein gutes Schlusswort. Wir sind ja jetzt auch ziemlich weit in der Zeit vorangeschritten.

Vorsitzender Alexander Salomon: Frau Dr. Böhm, das ist in diesem Fall eine gute Überleitung für mich. Wenn es spannende Themen sind, kann man sich darin durchaus vertiefen.

Jetzt gibt es noch Nachfragen aus der Runde. Ich darf darauf hinweisen, dass man sich in der Frage vielleicht etwas begrenzt. Dann können wir uns insgesamt in der Zeit etwas begrenzen. Doch ich möchte natürlich keine Nachfragen unterbinden. – Wir haben jetzt in der zweiten Runde noch Nachfragen von Herrn Abg. Köhler, Frau Abg. Staab, Herrn Dr. Müller, Herrn Albiez und Herrn Abg. Karrais. – Bitte, Herr Abg. Köhler.

Abg. Erwin Köhler GRÜNE: Herr Vorsitzender, ich fasse mich wirklich kurz. Ich gehe auf beide Beantwortungen zum Thema „Gesundheit und Kommunales“ in gewisser Weise ein. Wir sind uns der Verantwortung bewusst, dass wir als Land die Steuerungs- und auch die Strukturfunktion haben. Deswegen möchte ich noch nachfragen.

Beispielhaft: Mit dem neuen Klimaschutzgesetz ist ein Klimavorbehalt bei Förderprogrammen geplant. Förderungen – wie „Quartier 2030“ – sind Anreizförderungen, aber auch restriktiv gedacht. Es muss beides dabei sein. Das Wachstum von Städten ist begrenzt. Von Frau Dr. Böhm und von Frau Dr. Joggerst würde ich gern eine Einschätzung haben: Wie stehen Sie zu einem möglichen Gesundheitsvorbehalt bei Förderprogrammen? Es geht um innerstädtisches Klima. Sie haben das Ressortübergreifende betont, das muss ich nicht wiederholen. Sehen Sie so etwas als Steuerungsfunktion vom Land? Wir würden uns vielleicht mehr Gedanken aufbürden, aber gleichzeitig den Kommunen in ihrer Selbstverwaltung nicht noch mehr Entscheidungen abnehmen. Vielmehr schafften wir dadurch Anreize und wären gleichzeitig restriktiv.

Danke schön.

Abg. Christiane Staab CDU: Es geht in die ähnliche Richtung, wie es der Kollege gerade angesprochen hat. Ich mache es aber an einem konkreten Punkt fest. Wie messen denn die Länder, von denen wir vorhin gehört haben und die Maßnahmen im Rahmen von Health in All Policies einsetzen, die Effekte dieser eingesetzten Mittel?

Ich bin ein großer Freund von „Effekte-Studien“. In Deutschland gibt es kaum „Effekte-Studien“. Das ist ein riesiges Problem. Wir forschen nicht, wir begleiten viel zu wenig, wir setzen Unsummen von Geldern in Projekten ein, ohne die Effekte zu messen. Wenn wir nicht anfangen, Effekte zu messen, dann verpulvern wir einfach von Jahr zu Jahr noch mehr Geld. Deswegen meine Fragen: Wie messen die anderen Länder ihre Effekte, und wie vergleichen sie die auch international? Ich möchte gern wissen, wie viel besser z. B. die Finnen oder die Australier gegenüber Deutschland beim Thema Gesundheit dastehen, bevor wir uns in Projekte aufmachen, deren Effekte vielleicht gar nicht erzielt werden.

Dr. Christoph Müller, externes Mitglied: Frau Dr. Joggerst, mir hat Ihr Vortrag gut gefallen, vor allem durch den Praxisbezug. Insofern hätte ich eine Frage an Ihre praktische Erfahrung, gerade aus dem letzten Jahr in der Krise. Sie haben sehr viel aufgezeigt, was notwendig ist, woran man arbeiten muss, wo man etwas aufbauen muss. Daher eine ganz freche Frage in die andere Richtung: Haben Sie aus Ihrer Krise auch Erfahrungen gemacht, was man weglassen könnte? Denn wenn wir Ressourcen brauchen, wäre es ja das Einfachste. Insofern die Frage einmal kurz in die andere Richtung geschaut: Was könnten wir denn nach Ihren Erfahrungen weglassen?

Thomas Albiez, externes Mitglied: Ich habe zwei Fragen an Frau Dr. Joggerst. Die erste Frage lautet: Welche Rolle spielen Betriebsärzte und Betriebe in Ihren Überlegungen beim Aufbau von Strukturen?

Die zweite Frage betrifft das Thema „Etablierung dauerhafter Strukturen“. Haben wir die Strukturen nicht schon, aber einfach zu wenige Ressourcen? Wenn wir neue Strukturen aufbauen, würde ich das vorherige Plädoyer unterstützen. Wie evaluieren wir z. B., ob ein Gesundheitskiosk tatsächlich die Bevölkerungsgruppen erreicht, die sich bislang der Kommunikation entzogen haben?

Abg. Daniel Karrais FDP/DVP: Meine Frage richtet sich ebenfalls an Frau Dr. Joggerst, und zwar bezüglich des Datenschutzes, der schon angesprochen wurde. Denn die DS-GVO erlaubt grundsätzlich die Datenweiterverarbeitung, insbesondere für Forschungszwecke, wenn die Daten anonymisiert werden.

Ich sehe aber weniger das Problem darin, dass es da ein Datenschutzproblem gibt, sondern es gibt das Problem, ob es überhaupt Daten gibt, die wir verarbeiten können, weil die zum Großteil gar nicht digital vorliegen, und wenn sie vorliegen, dann liegen sie nicht in einer Form vor, in der sie in ausreichender Menge so zusammengestückt werden könnten, dass sie eine ausreichende Grundlage für eine Entscheidung bildeten. Was kann man aus Ihrer Sicht tun, um diese Datengrundlage zu verbessern?

Vorsitzender Alexander Salomon: Frau Dr. Joggerst, Sie können in die Antwortrunde einsteigen.

Sv. Frau Dr. Joggerst: Die erste Frage befasste sich mit dem Gesundheitsvorbehalt bei Förderprogrammen. Spontan habe ich zwei Ideen: Ja und Nein. Es ist sicherlich gut, wenn man es immer mitdenkt. Auf der anderen Seite: Es geht ein bisschen in die Richtung Projekte. Auch Förderprogramme sind schon ziemlich aufwendig. Wir überlegen uns inzwischen – selbst, wenn wir denken, es würde bei uns Sinn machen –, ob wir diesen Overhead, der damit einhergeht und sicherlich auch notwendigerweise einhergeht, mitmachen.

Ich glaube, wir haben ein Problem damit, gute Projekte zu verstetigen. Wir könnten aus vielen Projekten langsam aussteigen und sagen: Da gibt es etwas, was sich etabliert hat; das setzen wir jetzt mal flächendeckend um. Ich denke an das Präventionsnetzwerk des Ortenaukreises, das unglaublich viele Preise bekommen hat. Wir können das nicht umsetzen, weil wir die Fördermittel und die Finanzierungsmittel nicht zusammenbekommen. Wir müssten uns jetzt für ein neues Projekt bewerben. Da gibt es eine Menge Dinge, von denen ich denke: Das macht so keinen Sinn. Wir haben ein Leuchtturmprojekt neben dem anderen. Das geht ein bisschen in die Richtung, dass es dann schwierig wird.

Die Gesundheit mitdenken ist gut, wobei ich sagen muss: Zum Teil sind es unterschiedliche gesundheitliche Aspekte, die ich habe, und die muss ich auch noch abwägen. Die Evaluierung von Strukturen ist extrem schwierig. Was ich tun kann, ist: Ich kann schauen, ob die Zielgruppe erreicht wurde. Aber herauszufinden, ob die Maßnahme, die ich in der Zielgruppe hatte, dann auch den Effekt hatte, den ich wollte, das ist schwierig. Wir sehen es jetzt schon bei den Pandemiemaßnahmen, wo wir denken: Es ist relativ klar, es waren alle Zielgruppen. Die Effekte da zu sehen, ist wirklich eine Herausforderung.

Was können wir weglassen? Ich denke, wir können die anlasslosen Testungen weglassen, wir können die Testzentren weglassen. Wir sind gerade dabei – es gibt einen solchen Auftrag –, tatsächlich in allen Bereichen zu schauen, welche Dinge weglassen werden können. Wir versuchen gerade, es zu erarbeiten. Es ist bei all diesen Dingen auch immer wieder ein Zielkonflikt. Fast alles, was irgendwann mal eingeführt wurde – sei es beim Trinkwasser, sei es im Infektionsschutz –, hat irgendeinen Grund und bringt einen kleinen Grenznutzen. Und je weiter wir verfeinern, desto geringer wird der Grenznutzen bei immer noch großem Aufwand. Letztendlich ist es irgendwann eine politische Entscheidung, zu sagen: Der Grenznutzen ist uns den Aufwand nicht mehr wert. Das muss man halt schauen. Da sind die Ressourcen knapp. Wir versuchen, das vorzubereiten. Das kann ich aber jetzt nicht so einfach aus dem Ärmel schütteln. Da ist aber eine Initiative im Gange, in deren Rahmen genau darüber nachgedacht wird. Das ist berechtigt, Sie haben völlig recht. Ich weiß auch, dass es schwerfällt, lieb gewordene Projekte zu beenden, auch wenn man nicht sicher sagen kann, wie viel sie bringen. Aber da müssen wir dran. Es tut weg, aber es ist richtig so.

Betriebsärzte sind bisher zu wenig eingebunden. Da müssen wir mehr tun. Ich denke, das macht Sinn, weil auch die in den Settings unterwegs sind. Es ist nicht immer ganz einfach. Wir hatten über die Pandemie einiges mit den Betriebsärzten zu tun. Sie sind in gewinnorientierten Unternehmen unterwegs und haben zum Teil einen enormen Druck. Wir bekommen schon mit, dass das, was sie an Prävention gern anbieten würden, mit den Mitteln, die sie zur Verfügung gestellt bekommen, kaum umsetzbar ist. Aber es ist definitiv eine Gruppe, mit der man große Bevölkerungsschichten erreichen kann und die sehr wichtig ist.

Dauerhafte Strukturen: Ich denke an Kommunikationsstrukturen. Es ist ein bisschen frustrierend für mich, wie häufig an mich herangetragen wird, wir müssten uns besser vernetzen. Das lasse ich jetzt einfach mal so stehen.

Ich glaube, das war es im Wesentlichen.

Danke schön.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Frau Dr. Joggerst. – Jetzt gebe ich das Wort Frau Dr. Böhm.

Sv. Frau Dr. Böhm: Ich fange mit den Gesundheitsvorbehalten an. Da geht meine Antwort in die Richtung von Frau Dr. Joggerst. Ich bin so ein bisschen ambivalent. Allem, was, Frau Dr. Joggerst gesagt hat, stimme ich voll und ganz zu. Wir haben eine „Projektitis“ durch diese zeitlich befristeten Fördervorhaben. Nichtsdestotrotz bieten die aber gleichzeitig die Möglichkeit, Impulse auf der kommunalen Ebene zu setzen. Es kommt darauf an, wie ein Gesundheitsvorbehalt ausgestaltet ist. Ich würde eher die Regel sehen: Ja, Gesundheit muss in den Anträgen mitberücksichtigt werden. Damit es aber nicht nur pro forma eine Berücksichtigung findet, braucht es immer auch eine Qualifizierung der Akteure. Also, wenn vor Ort etwas stattfinden soll, dann müssen die Akteure vor Ort – insofern muss das Programm das beinhalten – lernen, die „Gesundheitsbrille“ aufzusetzen.

Zu den Messungen von Effekten: Das ist ein ganz schwieriges Thema, weil wir uns nicht auf der Individualebene, sondern auf einer Bevölkerungsebene befinden und die Kausalitäten extrem kompliziert sind. Wenn Sie dieses Regenbogenmodell mit den Einflussfaktoren auf Gesundheit nehmen: Alle diese Faktoren – es sind Tausende – nehmen Einfluss auf die Gesundheit von Menschen. Wenn Sie eine Variable verändern, haben Sie trotzdem noch 999 andere Variablen, die eine gegenläufige Wirkung entfalten können. Es gibt im Bereich Public Health komplexe Modelle, die versuchen, Interventionen trotz dieser komplizierten Mengenlage zu evaluieren. Da sind wir auf einem guten Weg.

Was machen die anderen Länder? Wales z. B. hat ganz konkret etwa 50 Indikatoren festgelegt, anhand derer sie verfolgen: Führt unser Weg zu dem Ziel, das wir uns gesetzt haben? Aber sie machen eben nicht nur eine oder zwei Maßnahmen, sondern sie stellen nahezu ihr gesamtes Handeln auf diese Ziele um. Die haben dann natürlich viele Veränderungen und können auf einer Bevölkerungsebene messen: Hat es uns etwas gebracht, oder hat es uns nichts gebracht?

Über den Vergleich von Gesundheitszuständen der Bevölkerung gibt es viel Literatur. Es gibt auch große Diskussionen darüber, ob es im Detail liegt. Aber man kann schon zeigen, dass die nordeuropäischen Länder im Vergleich zu vielen anderen Ländern in der Regel eine bessere Gesundheit aufweisen. Es ist immer der große

Streit: Woran liegt es? Liegt es an der Sozialpolitik, liegt es am dortigen Klima, oder was sind die zugrundeliegenden Faktoren?

Das war die Beantwortung der beiden Fragen, die an mich gerichtet waren.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Frau Dr. Böhm und Frau Dr. Jogerst, für Ihre beiden Vorträge. Die haben uns für die Arbeit hier in der Enquetekommission sehr geholfen.

Noch mal einen großen Dank an Sie und einen kleinen Applaus.

(Beifall)

Wir werden Ihre Beiträge sicherlich in die Handlungsempfehlungen der Enquetekommission einfließen lassen. Da wird es sicherlich einen großen Teil auch zu diesem Feld geben.

Vielen Dank an Sie. Sie dürfen gern dabei bleiben, wenn Sie noch Zeit haben.

Wir fahren in der Tagesordnung fort mit Frau Gabriele Hönes, der Leiterin der Abteilung „Gesundheit, Alter, Pflege“ des Diakonischen Werks Württemberg e. V. in Stuttgart. Sie hat eine Präsentation mitgebracht. – Sie haben 20 Minuten Zeit. Bitte sehr.

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

Sv. Frau Hönes: Vielen Dank. – Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Mein Name ist Gabriele Hönes, ich bin Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin, arbeite im Diakonischen Werk Württemberg und verantworte dort die Abteilung „Gesundheit, Alter, Pflege“. Die Diakonie Württemberg ist mit ca. 50 000 Mitarbeitenden einer der größten Wohlfahrtsverbände in Baden-Württemberg. Von diesen arbeiten allein 24 000 Mitarbeitende in Vollzeit im Bereich Pflege.

Als Mitgliedseinrichtungen gehören 260 vollstationäre Einrichtungen, 115 Tagespflegen, 74 Hospizdienste sowie 230 Diakonie- und Sozialstationen zu unserem Verband. Hierzu zählen die ganz großen Träger wie die Evangelische Heimstiftung, die Samariterstiftung, die BruderhausDiakonie, aber auch der kleine Krankenpflegeverein im ländlichen Raum – also, die ganze Bandbreite der Pflege ist bei uns abgebildet.

In der Vorbereitung für heute habe ich mich mit unseren Mitgliedern und den Kolleginnen und Kollegen aus den Liga-Verbänden der freien Wohlfahrtspflege abgestimmt und berichte gern über die Herausforderungen in Krisenzeiten in der Pflege direkt aus den Einrichtungen und Diensten aus meinem Verantwortungsbereich.

Ich habe verschiedene Themenfelder ausgewählt. Das ist nicht allumfassend; es fehlen ein paar, aber 20 Minuten sind sonst einfach zu voll.

Zunächst: sektorenübergreifende Betrachtung. Was gilt für alle Bereiche? Dann: stationäre Langzeitpflege, die ambulante Langzeitpflege, die Familienpflege, das Thema Gesundheit im Kontext der Pflege – Pflege ist ohne Gesundheit auch nicht zu denken – und zum Schluss die Frage: „Was können wir tun?“

Alle Bereiche gemeinsam haben die großen Sorgen um das Personal. Die Belastung des Personals insgesamt hat massiv zugenommen. Viele Menschen in den stationären Einrichtungen sind schwer an Corona erkrankt oder infolge verstorben. Der Umgang mit Sterben und Tod hat mit Corona eine ganz neue Dimension entwickelt. Die Mitarbeitenden waren nicht zuletzt durch Quarantäneregelungen alleingelassen. Seelsorgerliche Begleitung war nur erschwert möglich. Begleitung durch Angehörige war durch Zutrittsverbote kaum möglich. Zudem gab es die Angst vor einer eigenen Infektion oder die Angst der Mitarbeitenden, Infektionen in die Einrichtungen hineinzutragen bzw. – im ambulanten Dienst – zu den Klientinnen und Klienten nach Hause zu bringen.

Das ist nun vorbei. Darüber sind wir alle sehr froh. Aber es sind nicht wenige Mitarbeitende, die das Erlebte nicht verarbeitet oder aufgearbeitet haben. Wir haben in den Diensten und Einrichtungen viele von all dem Erlebten traumatisierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Doch wohin mit diesem Trauma? Die Verantwortlichen der Einrichtungen können hier meist nicht aktiv werden, da sie selbst betroffen und in der Verantwortung sind. Individuelle Therapien stehen oftmals aus Kapazitätsgründen nicht zur Verfügung.

Ein enormer Mehraufwand ergab und ergibt sich weiter, insbesondere für die verantwortlichen Leitungskräfte. Testmanagement, Impfmanagement, Management zum Infektionsschutz, Materialbeschaffung, der unglaubliche Mehraufwand durch Dokumentationen – all das muss teilweise heute noch im normalen Arbeitsumfang untergebracht werden. Hier hätte sicherlich manches besser gelöst werden können. Allein die Meldepflicht zum Impfstatus über das ELSTER-Portal ist nur ein Beispiel. Eine Einbindung der Leistungserbringer in diesen organisatorischen Ablauf hätte viel Ärger und viel Aufwand erspart.

Was uns wirklich zu schaffen macht, ist die öffentliche Wahrnehmung der Berufsbilder in den Bereichen Pflege bzw. Altenpflege. Während unsere Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern noch über ein etwas besseres Image verfügen, haben wir in der Altenpflege ein echtes Problem. Auch für diese Mitarbeitenden wurde zunächst geklatscht – bis zu den ersten Ausbruchsgeschehen. Dann waren die Mitarbeitenden schuld. In den Medien wurde das ausgeschlachtet. Sie alle kennen die Berichterstattung.

Ich habe mit vielen Verantwortlichen und Mitarbeitenden gesprochen, die einen Ausbruch in einer Einrichtung erlebt haben. Da war alles dabei – von massiven Schuldzuweisungen, über Vorwürfe der Heimaufsichten und der Gesundheitsämter bis hin zur Anfeindung der Pflegemitarbeitenden beim Bäcker um die Ecke. Und nur wenige Politikerinnen und Politiker aus Stadt, Landkreis oder Land haben sich schützend vor uns gestellt. Stattdessen gab es neue Regelungen verbunden mit der Hoffnung, Ausbruchsgeschehen zu verhindern, gern begleitet von medialer Präsenz, die wiederum die Öffentlichkeit in ihren Annahmen bestärkt, dass die Mitarbeitenden der Dienste und Einrichtungen die Verursacherinnen und Verursacher der Ausbrüche sind.

Seit Jahren werden Einrichtungen der Altenhilfe – ambulant oder stationär, Tagespflegen oder Hospize – ohne große Lagerflächen gebaut. Jederzeit sind alle medizinischen Güter innerhalb weniger Stunden zu bekommen. Eine Lagerhaltung ist also gar nicht notwendig – bis Corona kam. Auf einmal gab es keine Schutzrüstungen. Das konnte niemand vorhersehen. Da ist niemandem ein Vorwurf zu machen. Alle waren sehr bemüht, Notwendiges herzustellen und zu beschaffen – unabhängig vom Preis, aber leider oftmals auch unabhängig von der Qualität. Hier ist Normalität eingeleitet, und es erfolgt ein routinierter Umgang.

Aber es gibt ja schon die nächste Krise. Und hier sehen wir uns nicht gut vorbereitet. Privathaushalten wird ein Trinkwasser- und Lebensmittelvorrat empfohlen. Kaufen Sie Kerzen und warme Decken, wird gesagt. Unsere Lagermöglichkeiten sind begrenzt, ebenso die finanziellen Mittel, um all diese Dinge einzukaufen.

Wo soll der Benzinvorrat für den ambulanten Dienst gelagert werden? Ist ein Fahrrad die Alternative? Aber was machen wir dann im Dezember auf der Schwäbischen Alb? Wie erreiche ich als ambulanter Dienst die Menschen ohne Auto? Wie können die Menschen in unseren Einrichtungen mit Mahlzeiten versorgt werden? Woher kommen die Medikamente?

Apotheken und Pflegeheime, Hospize und Pflegedienste verfügen über keine Notstromversorgung. Wie bleibt Insulin in der Kühlkette, wie können Schmerzmedikamente ausgeliefert werden, und woher kommt der Sauerstoff für den lungenkranken Menschen? Wie wird geheizt, und wie kann es notwendiges fließendes Wasser geben?

Im Juli 2022 ist eine im Qualitätsausschuss „Pflege“ beschlossene Aktualisierung zu den gemeinsamen Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, den sogenannten MuGs, für stationäre Pflegeeinrichtungen in Kraft getreten. Pflegeeinrichtungen müssen Konzepte und Maßnahmen zur Bewältigung unterschiedlicher Krisen vorhalten. Hier brauchen wir unbedingt die Unterstützung der Kommunen vor Ort, sonst schlittern wir in dasselbe Dilemma wie in der Coronapandemie: Im Ernstfall ist nichts vorhanden, außer einem hübsch geschriebenen Maßnahmenplan. Das ist deutlich zu

wenig. Und Katastrophen der Klimakrise wie Überhitzung und Hochwasser sind hier noch nicht einmal mitgedacht.

Im Folgenden möchte ich näher auf die einzelnen Versorgungsgebiete meines Verantwortungsbereichs eingehen. Die stationäre Langzeitpflege war in der Coronapandemie neben den Kliniken deutlich im Fokus, da hier eine hohe Mortalitätsrate zu verzeichnen war.

Ich möchte auf zwei wesentliche Dinge hinweisen: Einrichtungen und Dienste der freien Wohlfahrtspflege hatten während der Pandemie erhebliche Mehraufwendungen und Mindereinnahmen zu tragen, wobei die Auslöser unterschiedlich waren. Angebotsformen wurden geschlossen oder mussten wegen Hygieneauflagen und Abstandsregeln mit geringerer Auslastung betrieben werden. Zusätzliche Schutzausrüstung musste beschafft werden. Aus Krankheits- oder Quarantänegründen musste zusätzlich externes Personal teuer eingekauft werden.

Gerade solitäre Organisationen hatten dafür keine Rücklagen. Die Altenhilfe ist mit einem blauen Auge davongekommen, allerdings sind stationäre und besonders teilstationäre Einrichtungen der Tagespflege auf erheblichen Defiziten im Bereich der Investitionskosten sitzengeblieben. Ein entsprechendes Hilfsprogramm auf der dafür zuständigen Landesebene gab es in Baden-Württemberg nicht – anders als in anderen Bundesländern.

Auch in der derzeitigen Energiekrise sind alle betroffenen Einrichtungen und Dienste bislang wieder auf sich alleingestellt. Energiekrise und Inflation führen zu einer drastischen Verschlechterung der Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen und Dienste der Pflege. In gesellschaftlichen Krisenzeiten ist eine gute soziale Absicherung mit einer guten Gesundheitsversorgung und sozialer Infrastruktur unabdingbar. Diese Strukturen müssen krisenfest durch Bund und Länder ausgestattet werden.

Selbstbestimmung, Partizipation und soziale Teilhabe für ältere Menschen trotz der Coronapandemie oder anderer zu erwartender Krisen zu gewährleisten, muss unser aller Ziel sein. Restriktive Maßnahmen der sozialen Isolation sind gerade für die ältere Bevölkerung nicht nur schützend, sondern bergen erhebliche schädigende Gefahren. Insbesondere wird sich die Situation älterer Menschen, die bereits vor der Coronapandemie von Einsamkeit oder Gebrechlichkeit betroffen waren, verschärfen, wenn nicht gezielte Unterstützungs- und Begleitmaßnahmen ergriffen werden. Hier haben wir alle Fehler gemacht. Wir haben keine tragenden Systeme der Partizipation in den Pflegeheimen. Sicherlich gibt es überall den vorgeschriebenen Heimbeirat, aber das ist zu wenig.

Pflegebedürftige Menschen brauchen Fürsprecherinnen und Fürsprecher, und zwar dort, wo sie selbst ihre Interessen nicht vertreten können. Es braucht eine gute Einbindung der An- und Zugehörigen. Es braucht Zeit des Pflegepersonals, um diese Personengruppe mehr in den Blick zu nehmen. Der Gesetzgeber muss hierzu die

Finanzierung sicherstellen. Interessens- und Betroffenenverbände müssen mehr in die Entscheidung der Politik eingebunden werden. Es braucht auch an der Stelle echte Teilhabe.

Im Bereich der ambulanten Versorgung gilt analog das eben Gesagte zum Thema Finanzen. Wir haben allerdings hier die Besonderheit vieler kleiner Dienste, das heißt, Dienste, Nachbarschaftshilfen, Krankenpflegevereine mit weniger als zehn Vollzeitstellen. Finanzielle Ressourcen sind hier nicht vorhanden. Gleichzeitig ist die Antragstellung für den Rettungsschirm für diese Dienste kaum ausführbar.

Wir haben hier teilweise auch im Management ehrenamtliche Vorstände, ehrenamtliche Strukturen, die Mehraufwände nicht bewältigen können. Hier gab es auch Dienste, die beispielsweise die Antragstellung für den Pflegebonus gescheut haben, der ebenfalls mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden war. Das ist nicht gut – das sehe ich schon auch kritisch –, in der Fülle der Anforderungen aber auch ein Stück weit nachvollziehbar.

Im Fokus aller Verantwortlichkeiten steht meist eine Person im ambulanten Dienst: die Pflegedienstleitung. Sie ist Dreh- und Angelpunkt und am Ende des Tages für alles zuständig. Dieser Personenkreis macht uns zunehmend Sorgen. Wir verzeichnen hier eine vermehrte Kündigungswelle, die sicherlich der immensen Dauerbelastung geschuldet ist. Eine Nachbesetzung ist kaum möglich.

Auch fehlt es – an dieser Stelle muss ich nichts zum demografischen Wandel sagen – insgesamt an Personal in der ambulanten Pflege für die große Menge zu versorgender pflegebedürftiger Menschen. Erste Dienste stellen in einzelnen Gebieten ihren Betrieb ganz ein oder schließen erste Zweigstellen. Bisher haben wir das vor allem im Bereich der privaten ambulanten Dienste beobachtet. Aber nun sind wir auch bei den Diakonie- und Sozialstationen, den Wohlfahrtsverbänden, auch bei uns in der Diakonie angekommen.

Die Versorgungssicherheit der Bevölkerung ist gefährdet. Wer von Ihnen schon mal für einen Angehörigen einen Pflegedienst gebraucht hat, weiß, wovon ich spreche. Eine dauerhafte Versorgung durch Angehörige kann nur erfolgen, wenn es Entlastungsangebote gibt. Diese waren in der Pandemie von Schließungen betroffen. Es gab weder Tagespflegeangebote noch Betreuungsgruppen. Entlastung von Zu- und Angehörigen muss ganz oben auf unserer aller To-do-Liste stehen. Wenn diese Gruppe wegbricht, haben wir ein noch viel größeres Problem.

Manch eine bzw. einer von Ihnen wird sich nun fragen, ob die Familienpflegedienste nicht eigentlich in den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe gehören. Traditionell sind diese Dienste an die ambulanten Dienste angegliedert. Es handelt sich im Rahmen der Leistungserbringung überwiegend um Einsätze, die nach SGB V vergütet werden, aber auch Jugendhilfeeinsätze sind möglich. Einsätze erfolgen beispielsweise in

Familien, wenn ein Elternteil schwer erkrankt, verunfallt oder verstirbt oder bei Mehrlingsgeburten bei Überforderung der erziehenden Personen.

Für die Familienpflegedienste aber stellt sich durch die Coronapandemie die finanzielle Lage nochmals prekärer dar. Einsätze werden in der Regel nur genehmigt, wenn ein anderer Elternteil die Erziehung nicht übernehmen kann, also zu Hause nicht präsent sein kann. In Zeiten von Homeoffice wird dies aber immer weniger anerkannt, obwohl der Elternteil im Homeoffice ja auch arbeiten muss und nicht noch nebenher die drei Kinder versorgen kann.

Der Dienst der Familienpflege wird keinen Bestand haben. Immer mehr ambulante Dienste verabschieden sich davon und geben diesen Bereich auf. Eine auskömmliche Finanzierung mit den Kassen zu vereinbaren, gelingt nicht. Viele Familien haben während Corona den absoluten Ausnahmezustand erlebt und sind weit über ihre Grenzen gekommen. Die psychischen Folgen bei Kindern und Eltern sind immens. Dienste wie die Familienpflegedienste können hier als wichtiger Baustein dazu beitragen, Normalität wiederherzustellen. Wir müssen als Gesellschaft entscheiden, was uns Familie wert ist.

Pflege denken geht nicht ohne den Aspekt der Gesundheit. Dass wir im Bereich des Gesundheitsmanagements, der Gesundheitsedukation erheblichen Nachholbedarf haben, zeigt sich nicht erst seit der Coronapandemie. Wir müssen Bedingungen schaffen, die gesundheitsförderliches Verhalten begünstigen. Damit meine ich nicht den Nutri-Score auf den Lebensmitteln. Es braucht echte Befähigung und Autonomisierung der Menschen im Umgang mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Es braucht gesundheitliche Chancengleichheit, auch im Falle der Pflegebedürftigkeit. Menschen brauchen Empowerment, um kompetent mit ihrer Erkrankung und den damit verbundenen Herausforderungen umzugehen. Menschen sollen ihre Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit selbst managen lernen. Dazu braucht es Maßnahmen der Edukation als maßgeblichen Teil der Gesundheitsförderung.

Ziel ist es, Menschen in ihrem Lebensalltag zu befähigen, mit krankheitsbedingten Beschränkungen zurechtzukommen. Es geht um Stärkung der Autonomie, Gesundheit und Lebensqualität durch informierte und partizipative Entscheidungen in gesundheitsrelevanten Fragen. Das ist letztlich auch mit dem Ziel verbunden, Langzeitfolgen, chronische Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, um die Zahl der Pflegebedürftigen nicht weiter wachsen zu lassen. Hier braucht es ein eindeutiges Signal der politischen Entscheiderinnen und Entscheider sowie eine Umsetzungsbereitschaft der leistungserbringenden Verbände. Denn das wird neben allen anderen Krisen eine der ganz großen Krisen sein. Wir werden die große Anzahl an pflegebedürftigen Menschen nicht adäquat versorgen können.

Es stellt sich nun die Frage: Was können wir tun? Einige Anregungen habe ich bereits benannt. Ein paar Punkte möchte ich noch aufgreifen.

Personal – ein wesentlicher Bestandteil in der Versorgung der pflegebedürftigen Menschen. Alles, was es langfristig zu tun gibt, können wir in unzähligen Studien nachlesen. Was es aber kurzfristig in den Einrichtungen und Diensten braucht, ist Zeit zum Luftholen, Zeit zum Durchatmen. Die Mitarbeitenden brauchen Beratungs- und Therapieangebote. Wir haben einen hohen Stau an Fortbildungen, Schulungen, Unterweisungen und Weiterbildungen. Die Mitarbeitenden sind am Ende ihrer Kräfte, kaum noch belastbar. Führungskräfte sind ausgebrannt.

Am 1. Juli 2023 soll die Personalbemessung nach § 113c in den stationären Einrichtungen umgesetzt werden. Dies bedeutet einen Paradigmenwechsel in den Einrichtungen. Die Einführung der Personalbemessung wird die Pflegelandschaft tiefgreifend verändern. Organisationsentwicklungsprozesse und die Umverteilung von Aufgaben werden unabdingbar. Viele Einrichtungen haben sich hier bereits auf den Weg gemacht. Eine Aussetzung und Verschiebung des Startzeitpunkts ist aber dringend notwendig. Das schaffen die Einrichtungen nicht auch noch zusätzlich.

Wenn die Personalbemessung umgesetzt wird, darf es keine Absenkung bestehender Personalschlüssel in Baden-Württemberg geben. Aber genau das ist zu befürchten.

Fachkräfte aus dem Ausland müssen zügige und niederschwellige Anerkennungsverfahren vorfinden. Wir haben bei uns im Land Azubis aus Drittstaaten, die nach ihrem Ausbildungsende bei uns das Land verlassen müssen, da die Aufenthaltsgenehmigung nur für die Ausbildungszeit gilt und die Urkunde des Ausbildungsabschlusses zur notwendigen Verlängerung des Aufenthaltsstatus noch nicht vorliegt. Das darf nicht sein.

Mitarbeitendengewinnung aus dem Ausland sollte aber nicht unsere dauerhafte Lösung sein. Wir generieren dadurch einfach auch Missstände in den Herkunftsländern.

Mindestens 300 000 Vollzeitpflegekräfte stünden in Deutschland durch Rückkehr in den Beruf oder Aufstockung der Arbeitszeit zusätzlich zur Verfügung, sofern sich die Arbeitsbedingungen in der Pflege deutlich verbessern. Das ergibt die neue Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“. Ich möchte Ihnen diese Studie ans Herz legen. Sie zeigt einmal mehr auf, an was es in unserem System krankt. Ein Verweis auf die Studie findet sich auch in der Präsentation.

Dies zeigen auch die Zahlen aus der Ausbildung. Die hohe Unzufriedenheit und die hohen Abbrecherinnen- und Abbrecherquoten bei den Auszubildenden sind ein Alarmsignal, das wir nicht ignorieren dürfen. Wir haben steigende Azubizahlen bei einer steigenden Zahl an Ausbildungsabbrüchen. Dem müssen wir zwingend entgegenwirken. Das Land muss mehr Schulplätze für die Ausbildung der Pflegefachpersonen und Pflegeassistenz sowie entsprechendes Lehrpersonal sicherstellen.

Bei der Neuausrichtung der Helferinnen- und Helferausbildung sowie der Assistenz- ausbildung wurde leider die Chance verpasst, eine einheitliche Regelung der Länder zu erwirken. Jetzt gibt es viele unterschiedliche Lösungen. Baden-Württemberg erar- beitet aktuell einen Rahmen für die einjährige Ausbildung. Allerdings wird das gefor- derte Qualifikationsniveau 3 der Personalbemessung mit der einjährigen Ausbildung schwerlich erreicht werden. Hierzu gibt es bereits erste Untersuchungen. Eine Über- forderung und damit einhergehende Abbrüche sind vorprogrammiert.

Wir wissen, Ausbildung ist auch in der Pflege der wichtigste Schlüssel und Garant für die Gewinnung künftiger Fachkräfte und der Pflegeassistenz und somit auch der ent- scheidende Hebel für die Gestaltung und Sicherung von Sorgearbeit.

Die Digitalisierung für alle im Gesundheitswesen Tätigen hat in Baden-Württemberg höchste Priorität. Baden-Württemberg hat mit der Einsetzung eines Landeskompe- tenzzentrums „Pflege und Digitalisierung“ einen Schritt in die richtige Richtung ge- macht. Wir müssen aber alle dabei sein. Die Telematikinfrastuktur muss zwingend von allen Beteiligten umgesetzt werden. Es bringt doch gar nichts, wenn der ambu- lante Dienst angeschlossen ist, aber Medikamentenanforderungen weiter an die Ärz- tin oder den Arzt gefaxt werden und das Rezept dann mit dem Auto abgeholt wird, um es in der Apotheke einzulösen. Allerdings sind Einrichtungen und Dienste oftmals nicht ausreichend mit Breitbandanschlüssen und WLAN ausgestattet. Diesem grund- legenden Missstand muss sowohl durch gezielt eingesetzte Landesfördermittel für Breitbandanschlüsse und flächendeckendes WLAN als auch durch eine konsequente Unterstützung der Pflegeanbieter bei der Umsetzung der Telematikinfrastuktur ab- geholfen werden.

Um echte sorgende Gemeinschaften zu entwickeln, brauchen wir die Förderung und Verstetigung von innovativen Versorgungskonzepten und den Mut der Kommunen, gemeinsam diesen Weg zu gehen. Es gibt hier bereits tolle Beispiele. Eine Stärkung der Nachbarschaftssysteme und Ansätze der Gesundheitsedukation sind hier sicher- lich zielführend.

Was wir weiter tun können: Es muss vom Land sichergestellt werden, dass Minder- einnahmen und Mehraufwendungen, die mit der Coronapandemie oder auch der ak- tuellen Energiepreiskrise zusammenhängen, über die sozialrechtlichen Leistungs- vergütungssysteme refinanziert werden. Ebenso muss die Finanzierung der Bevorra- tung und Ausstattung mit Wasser, Wärme, Strom für den Fall von Systemausfällen finanziell und strukturell durch Land und Kommunen sichergestellt werden.

In der kommenden Pflegereform, die für 2023 angekündigt ist, muss der Gesetzge- ber dafür sorgen, dass eine Reform des Leistungsrechts mit regelhafter Dynamisie- rung der Leistungen abgebildet ist, dass die Übernahme der medizinischen Behand- lungspflege in stationären Einrichtungen durch die Krankenkassen auf den Weg ge- bracht wird und dass für die Begrenzung der Eigenanteile die Übernahme der Inves- titionskosten durch die Länder geregelt wird.

Um krisenfest aufgestellt zu sein, braucht es einen echten Bürokratieabbau. Die Dienste und Einrichtungen brauchen keine Überregulierung der Pflege, der Pflegeheime sowie der ausführenden Organe wie Heimaufsicht und Gesundheitsämter durch den Gesetzgeber. Wir brauchen einheitliche, verlässliche Vorgehensweisen – einheitlich geregelt im Land.

Als Dienste, Einrichtungen und Verbände fordern wir Beteiligung. Die Taskforce „Langzeitpflege“ ist ein wirklich gutes Gremium, um Beteiligung ernst zu nehmen. Interessengruppen wie den Landesseniorenrat, Trägerverbände, Kostenträger, Kommunen, einfach alle, an einen Tisch zu nehmen, ist mühsam. Es muss miteinander gerungen werden. In der Taskforce ist das gelungen. Beteiligung, Verantwortung und Mitsprache fördern doch unsere Demokratie. Lassen Sie uns viel häufiger diese Art der Partizipation wählen.

Es gilt, dicke Bretter zu bohren, sonst kommen wir wirklich nicht weiter. Ich bin mir sicher: Es lohnt sich für eine gute Pflege, für eine krisenfeste Gesellschaft, für die Menschen in unserem Land.

Danke, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Frau Hönes. – Wir machen direkt weiter mit Herrn Professor Dr. Frank Weidner, Professor für Pflegewissenschaft und Vorstandsvorsitzender des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. in Köln. Er ist uns digital zugeschaltet.

Sv. Herr Dr. Weidner: Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Damen und Herren Landtagsabgeordneten! Ich danke für die Einladung, hier eine Stellungnahme abzugeben. Das knüpft sicherlich sehr gut an den vorangegangenen Impuls von Frau Hönes an.

Wer würde das nicht unterschreiben wollen, was ich Ihnen als Kurzpapier zur Verfügung gestellt habe? Ich habe auf eine Präsentation verzichtet. Ich habe meine Stellungnahme mit dem Titel überschrieben: „Mit einer starken Pflege in Zukunft Krisen verhindern und bewältigen“. Wer wollte das nicht?

Qualifikation – das haben wir heute schon gehört – ist dabei ein wichtiges Thema. Ich werde etwas stärker auf die Themen Forschung, Innovationen sowie „Zusätzliche Kompetenzen“ abheben. Ich will das entlang von zwei Kernfragestellungen entwickeln, wobei die erste an das anknüpft, was Frau Hönes ausgeführt hat, und möchte dann sieben konkrete Empfehlungen aussprechen.

Grundsätzlich: Im Lichte der Coronapandemie ist ja deutlich geworden – das haben wir heute auch schon gehört –, dass wir im Kern zwei ganz wesentliche Auswirkungen in der Pflege hatten: auf der einen Seite unverzichtbare Beiträge in der ambulanten wie stationären Akut- wie Langzeitversorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen und andererseits die eigene Betroffenheit der Pflege. Das haben wir gerade sehr ausführlich gehört.

Deswegen die erste zentrale Frage, die ich mir gestellt habe und auch ein Stück weit beantworten möchte: Welche Rollen und Funktionen hat denn die berufliche Pflege allgemein und insbesondere im Kontext der Coronapandemie eingenommen, und welche besonderen Entwicklungen sind nun im Hinblick auf eine zukünftige krisen-feste Gesellschaft sichtbar geworden?

Wir wissen, dass der demografische und gesellschaftliche Wandel sowie andere Entwicklungen dazu beitragen werden, dass der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen ansteigen wird, und zwar weiter ansteigen wird. Das ist seit Jahren so, und das wird auch in Zukunft so weitergehen. Zugleich wächst aber das, was ich hier Pflegekapazität nennen möchte, nicht adäquat mit. Was ist das? Das ist die Anzahl des Pflegepersonals sozusagen im Umfang der jeweiligen Beschäftigung. Es kommen noch andere Faktoren hinzu, aber das sind für mich zwei ganz wichtige Faktoren.

Noch nie waren so viele Menschen wie heute in der Pflege beschäftigt. Es ist eine Mär, dass es aufgrund von Corona gewissermaßen einen „Pflexit“ gibt. Das ist immer das Überraschende, was diese Pflege, die schon so lange mit dem Rücken an der Wand steht, alles erträgt. Aber es gibt einen anderen Faktor, der die Pflegekapazität schmälert: die Teilzeitquote. Die nimmt seit Jahren immer weiter zu.

Wir sind im Krankenhausbereich in Baden-Württemberg bei 45 % Vollzeitbeschäftigung und in der Pflege bei unter 40 %. Die Teilzeitquote frisst das weg, was in gewisser Weise an Personalbemühungen hinzugekommen ist. Das muss uns klar werden. Das ist sozusagen eine Entscheidung mit den Füßen und mit den Möglichkeiten, die man hat, in der Pflege beschäftigt zu sein. Wie viel hältst du aus von dem, was an Arbeitsbedingungen da ist? Deswegen müssen wir das überdenken. Dazu werde ich gleich auch noch einmal kommen.

Wir sehen also, dass das im Kern jetzt schon eine Problematik ist, und wir stehen vor einem dramatischen demografischen Wandel innerhalb der Berufsgruppe. Die Babyboomer steigen jetzt bis 2030 aus – wie überall –, aber sie stellen in der Pflege eben eine große Gruppe dar. Das wird zu einer weiteren Arbeitsverdichtung und auch zu weiteren höheren Krankenständen führen. Die Pflegeberufsgruppe hat höhere Krankenstände als andere sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Das wird übrigens auch noch mal die Teilzeitquote antreiben.

In diese Situation hinein, die wir gerade noch viel plastischer geschildert bekommen haben, hat die Coronapandemie eben nicht nur die vielfältigen Belastungen, sondern auch die Fähigkeiten, Kompetenzen und spezifischen Beiträge der Pflege wie durch ein Brennglas sichtbar gemacht. So sind während der Pandemie die Pflegenden zwar immer wieder an neue Grenzen geführt worden – das haben wir gerade auch gehört –, haben zugleich aber auch diese unverzichtbaren und herausragenden Leistungen nicht nur in der Versorgung von schwersterkrankten Menschen auf Intensivstationen, sondern – ich bin froh, dass das vorhin schon öfter angesprochen wurde – auch in der Betreuung vereinsamter Menschen in der Langzeitversorgung erbracht.

Hier ist schon ausgiebig über die Gratwanderung zwischen Infektionsschutz und Einsamkeitsschutz diskutiert worden. Das haben wir mit sehr großem Erschrecken in der Forschung wahrgenommen: dass all das, was in den letzten 20 Jahren in Sachen Teilhabeentwicklung in den stationären Altenhilfeeinrichtungen positiv geschehen ist, im Nullkommanichts über Bord geworfen wurde mit dem guten Grund Infektionsschutz. Das hat großen Schaden angerichtet. Das darf nicht wieder passieren.

Zugleich waren Tausende von Pflegenden selbst von Covid betroffen und sind es noch. Pflegende haben ein Wechselbad der Gefühle mit Blick auf Maßnahmen der Entlastung, auf berufsgruppenbezogene oder einrichtungsbezogene Impfpflicht oder auf Boni – wer kriegt sie, wer kriegt sie nicht? – durchlebt. All das ist meines Erachtens der Hintergrund, vor dem es das Gebot der Stunde ist, Vorkehrungen zu treffen, um den zukünftigen Zusammenhalt der Gesellschaft zu garantieren und damit die Pflege per se zu stärken – nicht nur im Blick auf Krisen, ausdrücklich darauf auch, sondern insgesamt.

Die zweite Frage lautet deswegen auch: Was muss für die berufliche Pflege in Baden-Württemberg geschehen, dass sie zukünftig mehr wirksame Beiträge – ähnlich, aber vielleicht tatsächlich auch mehr – zur Verhinderung, Bewältigung und Überwindung von gesellschaftlichen Krisen leisten kann und zugleich selbst weniger in Mitleidenschaft gerät?

Die grundlegende Antwort auf beide Fragen ist eine Kombination aus innerer Stärkung der Pflege bei gleichzeitiger Ausweitung von Kompetenzen und Zuständigkeiten gerade im Hinblick auf Prävention und Beratung zu potenziellen und bestehenden Gesundheitsrisiken und möglichen Krisen.

Die innere Stärkung der beruflichen Pflege muss auf einer neuen Strategie fußen. Das sagen wir übrigens nicht erst jetzt, das sagen wir im Kern schon seit 20 Jahren in der Forschung, in der Wissenschaft. Aber wir erleben es immer wieder, dass die bisherigen Ansätze sehr stark auf den Zugewinn von möglichst vielen helfenden Händen in der Pflege setzen, um dadurch die fachlich verantwortliche Pflege zu entlasten. Das ist nicht falsch – da sollten Sie mich nicht falsch verstehen; das ist also durchaus richtig –, aber dieser Lösungsansatz ist zu einseitig und hat seit Dekaden nicht zu einer Lösung des grundsätzlichen Problems beigetragen.

Zugleich birgt er das Risiko der Entwertung der Pflege – das Bild, pflegen kann jeder, kennen Sie – durch Absenkung von Bildungsstandards. Das haben wir in den letzten 20 Jahren mehrfach erlebt – gerade in Deutschland. Während in Europa die Bildungsstandards mit den Aufgaben weiterentwickelt werden, neigt man in Deutschland – entlang dieses Paradigmas, möglichst viele Menschen in der Pflege zu beschäftigen, es möglichst einfach zu machen, dort hineinzukommen – eher zu Absenkungen von Bildungsstandards. Das führt zur Entwertung.

Zukünftig muss verstärkt auf erweiterte Qualifikationsmixe in Pflorgeteams gesetzt werden, die von der Pflegeassistenz – wie wir es gerade gehört haben: die möglichst adäquat qualifiziert sind – über die berufliche Fachpflege bis hin zu gezielt eingesetzten, akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen in der direkten Patientenversorgung gehen.

Wie erfolgreich dies gelingen kann, hat die Robert Bosch Stiftung in dem bundesweiten Projekt „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“ – ich habe Ihnen den Link in meiner Zusammenfassung aufgeschrieben – gezeigt. Wir haben das Projekt begleiten dürfen und die Ergebnisse gesehen. Der Ansatz ermöglicht nicht nur dringend benötigte, zukunftsweisende Versorgungskonzepte, sondern steigert zugleich auch die Qualität. Warum? Weil die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die noch nicht so weit entwickelt sind, wie wir es uns wünschen – immerhin haben wir allerhand Erkenntnisse –, tatsächlich direkt in die Patientenversorgung und in die Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen kommen. Dadurch werden sowohl Qualität und Attraktivität der Pflege gesteigert als auch neue Karrierewege insbesondere in dem Berufsfeld eröffnet, in dem sehr viele Frauen beschäftigt sind. Stellen Sie sich einfach vor, Sie hätten in allen Krankenhäusern, auf allen Stationen, in allen Pflegeeinrichtungen zumindest ein, zwei akademisch qualifizierte Pflegenden. Damit würden wir die Empfehlungen des Wissenschaftsrats aus dem Jahr 2012 vielleicht in den nächsten 20 Jahren erfüllen können, wenn wir uns heute auf den Weg machten. Ich werde dazu gleich eine Empfehlung aussprechen.

Die Ausweitung von Kompetenzen – das ist der zweite strategische Ansatz, den ich anrate – und Zuständigkeiten im Heilberuf Pflege muss im Hinblick auf eine krisen-feste Gesellschaft verstärkt auf die Förderung von Gesundheit und Prävention von Gesundheitsrisiken und damit insbesondere auf die Befähigung vulnerabler Gruppen zur Stärkung der eigenen Gesundheitskompetenz abzielen. Sie alle kennen – wir haben es heute schon zwei-, dreimal gehört – die Frage: Wie geht man mit einer solchen neuen Herausforderung wie Corona um? Wir wissen, da haben sich bei Menschen, die vor dieser Herausforderung stehen, doch eine ganze Reihe von Verschwörungsmythen gebildet, und unseriöse Quellen haben sehr schnell verbreitet: Das ist eine Maßnahme, oder das ist ein Ansatz. Da müssen wir viel früher mit Gesundheitsberatung hinein.

Diese international inzwischen üblichen pflegerischen Einsatzfelder sind bislang in Deutschland sträflich vernachlässigt worden, bergen aber doch ein ungeheures Po-

tenzial. So geht es hier z. B. um den Einsatz von „Gemeindeschwester^{plus}“ – das ist ein Projekt aus Rheinland-Pfalz, das wir mitentwickelt haben – und Community Health Nurses – eine Initiative, die wir ja im Koalitionsvertrag auf Bundesebene vorfinden – in der kommunalen Daseinsvorsorge, auch im ÖGD – da sehe ich Chancen im Zusammenwirken – und in der Primärversorgung, insbesondere mit Blick auf Gesundheitsförderung, Prävention, Stärkung der Resilienz betroffener Communitys. Das sind nicht nur ältere Menschen, sondern das sind auch junge Familien, das sind Menschen mit Migrationshintergrund sowie weitere Gruppen. Einsatzfelder können kommunale Beratungsstellen, Gesundheits- und Quartierszentren oder auch Schulen sein, von denen Bildungsangebote oder auch zugehende Beratungsangebote und Vernetzungsinitiativen ausgelöst und umgesetzt werden. Da gibt es verschiedene Projekte. In Baden-Württemberg haben wir u. a. das Projekt „PräSenZ“ mit präventiven Hausbesuchen durchgeführt. Das ist übrigens eine dringende Empfehlung, die ich ausspreche: Wenn man Menschen erreichen möchte, die bislang außerhalb stehen, dann muss man auf sie zugehen. Das macht man u. a. mit präventiven Hausbesuchen.

Die Chancen bestehen natürlich darin, diese professionellen Ansätze mit den gesellschaftlichen Ressourcen, die wir im bürgerschaftlichen Engagement, in der nachbarschaftlichen Hilfe und in familiären Potenzialen sowie Netzwerken haben, zu verknüpfen. Das müssen wir viel besser organisieren. Denn wir bekommen es nicht mit mehr Personal hin, sondern müssen neue Konzepte entwickeln.

Insofern möchte ich Ihnen sieben Empfehlungen mit auf den Weg geben, die nicht den Anspruch auf Vollständigkeit haben, die an dieser Stelle aber vielleicht hilfreich sind.

Die erste Empfehlung ist: Pflegebildung unterstützen und stärken. Ich habe hier insbesondere die Lernortkooperationen herausgegriffen. Sicherlich sind die Ausbildungsabbrüche, von denen wir gerade gehört haben, ebenfalls ein wichtiger Punkt. Aber ich setze auf Lernortkooperation. Warum? Die generalistische Pflegeausbildung hat das Feld verbreitert. Es muss innerhalb der Ausbildung viel mehr kooperiert werden. Das bekommen Schulen und Praxisstätten nicht unbedingt allein hin. Hier kann das Land intensiv mit zentralen und regionalen Angeboten zur Vernetzung von Lernorten unterstützen, damit Pflegeausbildung unter den höheren Anforderungen schlichtweg besser gelingen kann.

Zweite Empfehlung: Versorgungsqualität weiterentwickeln – Förderung des erweiterten Qualifikationsmixes. In Baden-Württemberg soll die Versorgungsqualität durch Modellprojekte – vielleicht noch besser: durch Rahmenbedingungen zur Umsetzung des erweiterten Qualifikationsmixes; wir brauchen da nicht wieder ein Modellprojekt, denn im Kern liegen Erkenntnisse vor – unter Einbezug von akademisch qualifiziertem Pflegepersonal in Krankenhäusern sowie Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege gemäß der Empfehlungen des Projekts der Robert Bosch

Stiftung weiterentwickelt werden. Es gibt auch andere Quellen, die man dazu nutzen kann.

Da schließt sich die dritte Empfehlung an, die ich dringend ausspreche – nicht nur in Baden-Württemberg; ich habe das in den letzten Wochen auch in anderen Bundesländern getan –: Die Teilakademisierung der Pflege wirklich vorantreiben. Wir haben 2012 die Empfehlung des Wissenschaftsrats zur Kenntnis genommen – alle kennen sie –, 10 % bis 20 % eines Ausbildungsjahrgangs akademisch zu qualifizieren. Meine Damen und Herren, die Hebammen stehen bei über 50 %, die Physiotherapeuten bei 35 %. Die Pflege dümpelt zwischen 1 % – vielleicht sogar darunter – bis 3 % – je nachdem, wie man es schönrechnet. Das ist indiskutabel angesichts des internationalen Wettbewerbs um Fachkräfte und natürlich insbesondere im Hinblick auf den Qualifikationsmix.

Wir haben in dem Projekt „360°“ berechnet, was passieren muss, wenn man bundesweit tatsächlich in allen Krankenhäusern, in allen Pflegeeinrichtungen nach Möglichkeit in der Versorgung wissenschaftliche Grundlagen stärker zum Tragen bringen will. Für Baden-Württemberg lautet das Ergebnis: 1 350 Pflegestudierende ab 2027 neu aufzunehmen und insgesamt 4 000 Bachelorstudienplätze in den Folgejahren einzurichten. Dann sind Sie 2045 bei etwa 15 bis 20 %. Das ist der Zielkorridor.

Momentan haben wir bundesweit 500 primär qualifizierende Studierende. Wenn Sie mich direkt fragten, würde ich sagen: Bei der Zahl kann man es auch gleich bleiben lassen. Gerade hier muss man nachlegen. In diesem Zusammenhang spreche ich ausdrücklich auch die Finanzierung der Studienplätze an. Man muss die Hochschulen, die praktischen Ausbildungsträger, aber auch die Studierenden in die Lage versetzen, ein primärqualifizierendes Studium, wie es im Gesetz geregelt ist, auch wirklich zu ermöglichen bzw. zu absolvieren. Momentan ist das nahezu unmöglich.

Vierte Empfehlung: Innovative Versorgungskonzepte entwickeln. Selbstverständlich; so, wie wir es in allen anderen Bereichen sehen – Mobilität, Industrie, Klimawandel, Frieden in der Welt –, ist Forschung bei allen komplexen Fragestellungen unverzichtbar. Das gilt natürlich auch für die Pflege. Pflegeforschung muss viel stärker gefördert werden. Ich spreche aus den Erfahrungen eines Instituts, das ausschließlich mit Drittmitteln arbeitet. Das ist eigentlich ein Unding.

Insofern müssten zukünftige Pflegebedarfe zur Abwehr kommender Krisen entsprechend mit Investitionen beantwortet werden. Es sollten bereits jetzt die Pflegewissenschaft, die Pflegeforschung ausgebaut sowie ein zentrales Institut eingerichtet und die Hochschulen weiter ausgebaut werden. Baden-Württemberg hat sich ja auf den Weg begeben. Da kann noch eine Schippe nachgelegt werden.

Die Ziele sollten insbesondere innovative Konzepte sein, und zwar in der Vernetzung von professionellen Angeboten in Verbindung mit regionalen – bürgerschaftlichen, nachbarschaftlichen, familiären usw. – Netzwerken. Da liegen Potenziale – bitte,

glauben Sie mir das –, und die müssen wir heben. Das ist ein Paradigmenwechsel, den wir jetzt wirklich angehen müssen.

Die fünfte Empfehlung bezieht sich auf neue Technologien und Digitalisierung. Dazu habe ich jetzt nicht viel ausgeführt, aber das ist jedem klar, dass darin Potenziale liegen. In der Pflege gibt es durchaus auch Vorbehalte gegen Digitalisierung. Aber es gibt auch erste gute Entwicklungen in dem Bereich. Wenn wir uns die Situation während der Coronapandemie anschauen, dann sehen wir, dass über digitale Medien Interaktion, Kommunikation und/oder Begegnungen wenigstens im virtuellen Raum sichergestellt werden konnten, und dann erahnt man, dass hier Potenziale für die Langzeitpflege und andere Themen mehr liegen. Deshalb würde ich dringend empfehlen, hier ein Ausbauprogramm anzustoßen, sodass die Einrichtungen wirklich auf den Stand der Dinge gebracht und auch befähigt werden, digitale Lösungen für ihre Bewohnerinnen und Bewohner sowie für die Angehörigen einzusetzen.

Die sechste Empfehlung bezieht sich darauf, die Gesundheitskompetenz und die Resilienz zu stärken, Prävention und Beratung zu fördern. Ich empfehle wirklich dringend, dass wir viel stärker in diesen Bereich hineingehen. Wir haben heute schon gehört, dass der ÖGD sicherlich eine wesentliche Basis ist. Wir haben sehr viele und sehr gute Erfahrungen mit der kommunalen Daseinsvorsorge, mit den Kommunen, in die der ÖGD eingebunden ist, gemacht. Hier sollten wir insbesondere in personelle Strukturen, aber auch in institutionelle Strukturen investieren, sowie vor allem zugehende Beratungsbesuche machen. Gehen Sie aber nicht davon aus, dass genau die Menschen, die es dringend nötig haben, sich mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen, die sozusagen Prävention brauchen, weil sie Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind, als Erste ins Gesundheitswesen kommen. Da müssen Sie die Hand ausstrecken. Präventive Hausbesuche sind in Dänemark längst ein Grundrecht der Menschen. Das sollte hier auch der Fall sein. Wir haben dazu im Kern eigentlich ganz gute Ergebnisse, wenn auch nicht belastbare, große Evaluationsstudien. Da ist es genauso, wie wir es vorhin schon gehört haben: Die Forschung hinkt hinterher. Aber die Ergebnisse sind sehr ermutigend. Machen Sie das! Schieben Sie das an! Das ist eine große Chance.

Ich komme zu meiner letzten Empfehlung, die da lautet: Überblick gewinnen und behalten – regelhaftes Pflegemonitoring einführen. Wir haben gerade schon über Daten gesprochen. Ich würde grundsätzlich sagen: Selbstverständlich geht es nicht nur um Pflegedaten, sondern es geht auch um Gesundheitsdaten. Aber wenn ich mir die Landschaft der Pflegedaten anschau, dann muss ich einfach sagen: Da gibt es deutschlandweit – Baden-Württemberg macht sich gerade auf den Weg – noch sehr viel zu tun. Wir steuern hier in gewisser Weise relativ blind durch eine sehr komplexe Landschaft. Wenn wir die einfachen Fragen zu den Strukturen nicht beantworten können – wer wo mit welcher Qualifizierung arbeitet und wo welche Strukturen vorhanden sind –, dann werden wir die großen Probleme und die großen Herausforderungen nicht bewältigen können.

Baden-Württemberg hat in diesem Jahr das „Monitoring Pflegepersonal Baden-Württemberg“ auf den Weg gebracht. Wir setzen das mit der AGP in Freiburg gemeinsam um und werden es Ende des Jahres veröffentlichen. Das Ziel sollte ein regelmäßiges Pflegemonitoring sein. Hierbei sollten die Ergebnisse unbedingt dialogisch mit den Akteuren vor Ort diskutiert sowie die Teilhabe und der Austausch mit den Akteuren systematisch gepflegt und entwickelt werden. Das ist das, was wir heute auch schon mehrfach gehört haben. Das würden wir in diesem Zusammenhang empfehlen.

Wir gehen davon aus, dass man, wenn man diese und weitere Maßnahmen auf den Weg bringt und bündelt, tatsächlich eine starke Pflege schaffen kann, die Krisenbewältigung mit unterstützen und eine Antwort auf Krisen sein kann.

Ich danke für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Weidner. – Wir fahren dann fort mit Frau Professorin Dr. Elsbernd, Professorin für Pflegewissenschaften, Leiterin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Hochschule Esslingen sowie Mitglied dieser Enquetekommission. – Frau Professorin Dr. Elsbernd, Sie haben das Wort.

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

Sv. Frau Dr. Elsbernd: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich freue mich sehr, dass ich heute als Sachverständige einen kleinen Impuls zum Thema Pflege beitragen kann. Ich freue mich auch, dass wir einen Slot „Pflege“ haben. Das halte ich für sehr wichtig.

Als Pflegewissenschaftlerin beschäftige ich mich ebenso wie meine Kolleginnen und Kollegen vor Ort täglich mit Krisen; denn Pflegebedürftigkeit und Krankheit sind Lebenskrisen existentieller Natur, die sich tiefgreifend ins Leben eingraben, die dazu führen, dass man Lebenspläne ändern muss, die dazu führen, dass man z. B. von Schmerzmitteln, von Hilfsmitteln, von Berufsgruppen wie den Ärzten und den Pflegenden abhängig ist oder dass man in seiner Lebenssituation stets auf andere angewiesen ist.

Krisen sind erschütternd. Das wissen aber nicht alle in gleicher Weise, weil nicht alle in gleicher Weise Erfahrungen damit gemacht haben. Wir, die beruflich Pflegenden, sind sozusagen krisenerprobt, und wir wissen, dass in Krisen handeln, davor aber auch planen wichtig sind.

So bin ich dankbar, dass die Coronapandemie ein Ausgangspunkt dieser Enquete-kommission ist; denn wir haben in der Coronapandemie sehr viele Erfahrungen sammeln dürfen, was passiert, wenn die Gesellschaft von einer tiefgreifenden Krise ergriffen wird. Ich glaube, wir müssen uns jetzt daranmachen und tatsächlich versuchen, diese Ergebnisse zu sichern und nutzbar zu machen. Das erwartet die Gesellschaft von uns.

Ich möchte daran erinnern, dass die Coronapandemie angekündigt war. Viele Jahre vor dem Eintreten der Coronapandemie war das Thema in Fachkreisen diskutiert worden. Die Gesellschaft hätte schon sehr viel mehr darüber wissen können. Die Enquetekommission weiß auch, dass andere Krisen auf uns warten. Einige sind benannt worden, z. B. Stromausfälle, Internetausfälle, Klima- und Umweltkatastrophen – ich nenne hier exemplarisch die Zunahme von Hitzetagen oder Flutkatastrophen –, oder natürlich auch bekannte Krisen wie z. B. Chemieunfälle oder Stadtteilbrände. Die Bevölkerung erwartet, dass sie vor vehementen Ereignissen, vor vehementen Folgen geschützt wird, und die Berufsgruppe der Pflegenden als die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen erwartet auch, dass man sozusagen für sie antizipiert, was man bedenken muss, um durch solche Krisen zu kommen.

Ich erinnere daran, dass sich die Menschen, um die wir uns im Bereich Pflege kümmern, in aller Regel nicht mehr selbst versorgen können, also darauf angewiesen sind, dass wir uns vorab Ideen und Pläne machen, wie wir in Krisenzeiten diese Versorgung sicherstellen können, und zwar in einer krisenhaften Situation, in der sich alle Teile der Bevölkerung um sich selbst kümmern müssen und das wahrscheinlich auch tun werden.

Ich habe mir erlaubt, Ihnen sehr konkrete Empfehlungen mitzugeben, sehr viel konkreter, als Sie es vielleicht erwarten. Aber als gelernte Krankenschwester bin ich es gewohnt, auch ganz konkret zu überlegen, was man tun kann.

Ich komme zu meiner ersten Empfehlung. Wir haben hier schon sehr viel über Notfallpläne gehört. Ich meine, dass wir unbedingt realisieren müssen, dass wir spezifische Notfallpläne für spezifische Krisenereignisse brauchen – die sind sehr unterschiedlich in ihren Auswirkungen – und dass wir dabei die Perspektive von pflegebedürftigen Menschen und ihren Familien antizipieren müssen. Diese Krisenpläne sind eine staatliche Aufgabe. Das ist für mich völlig klar. Gleichzeitig ist für mich auch völlig klar, dass wir in diese Planungen, Notfallplanungen Experten hinzuziehen müssen, die uns Hinweise geben, wie man solche Krisen und Krisenszenarien auch mehrere Wochen überstehen kann.

In Krisenzeiten muss natürlich bekannt sein, wo die Menschen sind, um die wir uns kümmern müssen. Ich möchte hier auf ein Phänomen aufmerksam machen, das Ihnen wahrscheinlich bekannt ist, aber das wir uns oft nicht so bewusst machen. Über 300 000 pflegebedürftige Menschen und ihre Familien in Deutschland haben keinen institutionellen Anschluss, werden also nicht von ambulanten Pflegediensten

oder in Pflegeheimen bzw. in der Akutpflege betreut. Wir haben lediglich Daten über die Menschen, die institutionell angebunden sind.

Wir haben – das haben wir heute auch schon gehört – auch keine Daten darüber, wie viel ausgebildete Pflegende wir eigentlich im Land haben. Wir wissen nur, wer wann im Moment aktuell wo arbeitet. Wir brauchen aber ein Berufsregister, das uns ganz deutlich sagt, wie viel Potenzial wir denn haben, wenn wir in eine Krise hineingeraten. Wir haben aber auch vom ehrenamtlichen oder bürgerschaftlichen Engagement keinerlei verlässliche Zahlen. Aber in der Krise und in Notfallplänen ist es sehr wichtig, diesen Bereich mitzudenken. Denn auch die können in diesen Bereichen sehr gut helfen – das sah man ja z. B. im Zuge der Flutkatastrophe.

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser sollten meines Erachtens über die Notfallpläne motiviert werden, enger zusammenzuarbeiten. Zurzeit ist unser Gesundheitswesen auf Konkurrenz ausgerichtet. Die Sektoren sind in ihren Leistungen und Finanzierungen strikt getrennt. Es gibt wenig Impulse zur Zusammenarbeit und auch wenig Erfahrung. Das hat die Coronapandemie sehr deutlich gezeigt: Mindestens in Notfallplänen sollten wir anfangen, diese Sektoren in Kooperation zu bringen und zu verbinden.

Notfallpläne müssen allen wichtigen Akteuren bekannt sein und müssen sie mit einbinden. Das erfordert eigentlich auch eine gemeinsame Entwicklung. Das heißt, wir brauchen hier eine partizipative Entwicklung von Notfallplänen.

Ich möchte an dieser Stelle auch sagen: Als Pflegewissenschaftlerin fordere ich, dass in allen Entscheidungsgremien Pflege vertreten ist. Die größte Berufsgruppe der Gesundheitsfachberufe fehlt in diesen fast immer.

Ich komme zu meiner zweiten Empfehlung. Selbstverständlich müssen sich auch die Pflege- und Gesundheitsorganisationen spezifisch auf unterschiedliche Krisen vorbereiten. Es gab Pandemiepläne, ja, aber sie waren sehr breit auf alle möglichen Ereignisse ausgerichtet. Die Einrichtungen, die überhaupt über Krisenpläne verfügt haben, waren im Vorteil. Das kann man ganz klar sagen.

Die Pflege- und Gesundheitseinrichtungen müssen auch hier von Experten unterstützt werden und müssen sich systematisch darauf vorbereiten, dass sie Zeiten überbrücken müssen, indem sie z. B. Ausstattungen besitzen – Sauerstoff, andere Schutzmaterialien, Medikamente und dergleichen.

Zudem müssen die Notfallpläne den Akteuren bekannt sein – das ist selbstverständlich – und müssen auch eingeübt werden. Da würde ich den Empfehlungen folgen.

Ein Dreh- und Angelpunkt bei der Vorbereitung ist das Thema Bildung. Hier möchte ich den Blick zunächst auf den größten Pflegedienst Deutschlands wenden, nämlich

auf die Familien. Die Familien müssen in der Lage sein, sich mit pflegebedürftigen Menschen in einer Krise zu verhalten, und müssen wissen, wer die Ansprechpartner sind, wo man Hilfe bekommen kann, wohin man sich wenden kann und von wo dann womöglich auch jemand kommt. Hier wäre aus meiner Sicht die gezielte Anbindung an ambulante Pflegedienste ein möglicher sinnvoller Ansatz. Mindestens müssten aber diese Familien überhaupt institutionell angeschlossen werden.

Beruflich Pflegende müssen ebenfalls gebildet und auf Krisen spezifisch vorbereitet werden. Denn in Krisenzeiten müssen sie rasch erkennen, was wollen und müssen wir für pflegebedürftige Menschen tun, und sie müssen auch in die Lage versetzt werden, mitunter autonom zu handeln.

Ich möchte an die wiederkehrenden Hitzetage erinnern. Da haben wir schon einige Erfahrungen gemacht. Hitze setzt pflegebedürftigen Menschen enorm zu, und innerhalb kurzer Zeit kann es zu lebensbedrohlichen Situationen kommen. Pflegende müssen hier so gut ausgebildet sein, dass sie die Gefahren früh erkennen und sofort Gegenmaßnahmen einleiten können. Zudem ist auch hier das Familiensystem mit einzubeziehen.

Ich möchte auch daran erinnern, dass man natürlich im Vorhinein die finanziellen Aspekte klären muss: Wer kommt denn für solche Sachen auf? Ich möchte auch gern, dass die Kranken- und Pflegekassen hier mit an die Tische kommen, damit man Finanzierungsfragen im Vorfeld klärt.

Die Zusammenarbeit der Berufsgruppen Pflege und Medizin ist schon sehr häufig thematisiert worden – vielleicht auch deshalb, weil sie einfach nicht so ist, wie sie sein müsste. International ist sie bei Weitem viel, viel besser. Ich glaube, dass wir hier mindestens durch Notfallpläne lernen müssen, die Zusammenarbeit zu stärken.

Ich möchte daran erinnern, dass Medizinerinnen und Mediziner sowie Pflegende in Krisensituationen immer auch in ethische Entscheidungskonstellationen kommen. Unlängst hat der Deutsche Ethikrat das Thema „Stille Triage“ bzw. „Graue Triage“ aufgegriffen. Hier möchte ich auch darauf hinweisen: Wir haben in der Coronapandemie erlebt – zumindest in der zweiten Welle –, dass es zur stillen Triage gekommen ist. Man weiß heute nicht genau oder kann nicht ganz genau aufarbeiten, warum bestimmte an Corona erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen geblieben sind. 70 % der Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen sind ja demenziell und haben das sicherlich nicht selbst entschieden. Ich möchte daran erinnern, dass die Pflegeeinrichtungen nicht über Sauerstoffgeräte verfügen, dass dort kein Arzt vorhanden ist und dass es dort keine 24-Stunden-Bereitschaft gibt. Die beiden Berufsgruppen müssen auf ethische Entscheidungen vorbereitet werden. Das heißt für mich auch, dass sie lernen müssen, sich hier gemeinsam durch Modelle eine fundierte Entscheidung zu erarbeiten. Das muss eingeübt werden, und zwar gemeinsam. Einige Einrichtungen sind da auf dem Weg, viele andere nicht.

Ich möchte nur ein paar Worte zur Digitalisierung sagen. Ich glaube, wir sind uns völlig einig darüber, dass die Digitalisierung im Bereich der Pflege weiter ausgebaut werden muss. Ich möchte aber auch vorsichtig darauf hinweisen, dass Digitalisierung voraussetzungsvoll und auch sehr krisenanfällig ist. Wir müssen uns aus meiner Sicht bei all der Digitalisierung auch einen Plan B überlegen. Das bahnt sich im Moment auch an: Wir brauchen analoge Sicherheitssysteme ganz besonders für die Menschen, die über sich selbst keine Auskunft geben können. Da sind analoge Daten wirklich wichtig, auch wenn die Digitalisierung einmal da ist, aber es weder Internet noch Strom gibt.

Jetzt komme ich zu ein paar vorsichtigen Empfehlungen für den Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Wir haben schon sehr viel über den ÖGD als wichtiges Bindeglied in die Bürgerschaft hinein und über seine sehr wichtigen Aufgaben gesprochen. Erstens wünsche ich mir, dass die Pflege sehr viel deutlicher im ÖGD vertreten ist und dass hier pflegerische Perspektive deutlich aufgebaut wird. Damit zusammenhängend möchte ich auch empfehlen, dass sich die Aufgaben und Rollen des ÖGD erweitern. Wir haben in der Coronapandemie gesehen, dass viele Pflegeeinrichtungen Beratung in Hülle und Fülle gebraucht hätten, wie sie solche Infektionsschutzmaßnahmen eigentlich genau umsetzen können, um auch soziale Teilhabe zu ermöglichen. Hier wäre es gut gewesen, wenn viel mehr Pflegenden im ÖGD gewesen wären, die hier geholfen hätten. Das nur als ein exemplarisches Beispiel.

Ich möchte auch darauf hinweisen, dass dann, wenn die Pflegenden ein erweitertes eigenes Berufsbild hätten, sie im ÖGD natürlich auch viel mehr in der Sekundärprävention mitwirken könnten. An dieser Stelle möchte ich auch erwähnen: Weltweit impfen Pflegenden. Ich glaube, Deutschland ist das einzige Land, in dem Pflegenden nicht impfen. Das ist mir völlig unverständlich. Denn wir hätten natürlich sehr viel schneller die in der Gesellschaft lebenden und pflegebedürftigen Menschen erreichen können, wenn sie das hätten tun können.

Ich komme zu Empfehlung 4. Es wird Sie nicht wundern, dass wir alle drei aus dem Bereich der Pflege Ihnen ganz Ähnliches mitgeben. Die Enquetekommission „Pflege“ ist einige Jahre – ich meine, so sechs, sieben Jahre – her. Es ist ein unheimlich umfangreicher Abschlussbericht mit unheimlich vielen und guten Hinweisen darauf, was man tun kann, entstanden.

Als Pflegewissenschaftlerin bin ich persönlich sehr betroffen, dass national eigentlich wenig in der Umsetzung der Fragestellungen passiert ist: Wie können wir das Pflegepersonal weiter auf- und ausbauen, und was können wir tun, damit das Pflegepersonal im Beruf bleibt? Beides müssen wir tun.

Die Arbeitsagentur hat unlängst noch mal dargestellt, dass es keine Berufsgruppe gibt, die einen höheren Fachkräftemangel hat. Gleichzeitig haben wir einen Betreuungsschlüssel bei den Pflegekräften zu den Patienten bzw. Bewohnern, der weit unter dem europäischen Schnitt liegt. Man kann diese Befundlage nicht oft genug wie-

derholen: Wenn wir in Krisenzeiten geraten, haben wir zu wenig Pflegekräfte, um diese Krisen aufzufangen. Genau genommen – das hat Frau Hönes schon sehr, sehr gut und drastisch verdeutlicht – sind wir ja schon jetzt in einer Pflegekrise. Rund 20 % der Bürgerinnen und Bürger, die heute ambulant Pflege in Anspruch nehmen wollen, bekommen sie nicht. Das sind Schätzzahlen. Verlässliche Zahlen haben wir nicht.

Jetzt stellen Sie sich vor, an dieser Stelle tritt eine Krise auf – das haben wir dann auch in der Coronapandemie gesehen: Die Familien mit pflegebedürftigen Menschen sind dann auf sich angewiesen. Wozu das führt, das wissen wir.

Ich wünsche mir sehr, dass wir aus dieser Misere herauskommen.

Ich habe für Sie gute Nachrichten. Die eine gute Nachricht ist: Man kann Pflegekräfte unheimlich schnell ausbilden. In drei Jahren haben Sie Pflegekräfte. Das heißt, wir müssen jetzt eine Ausbildungsoffensive starten, und wir müssen den Beruf durch geeignete Arbeitsbedingungen attraktiver machen. Das müssen wir jetzt machen. Das ist eine ganz klare Krisenvorbereitung. Wenn wir das jetzt machen, können wir mit diesen Pflegenden in Krisen rechnen.

Ich möchte an dieser Stelle Ähnliches sagen wie meine Vorrednerin: Wir brauchen ein hohes Bildungsniveau. Stellen Sie sich vor, international ist das Bildungsniveau auf Bachelorebene. Wir sind weltweit wahrscheinlich das einzige Land, das das ganz anders aussteuert. Die Quittung dafür haben wir doch längst bekommen. Das heißt, wir brauchen hier auch eine Akademisierungswelle, und wir brauchen hier auch den Mut, mal einige bürokratische, hochschulische Hürden wegzuräumen und wirklich auszubilden. Wir brauchen die Akademisierung nicht, weil es für die Berufsgruppe schick wäre, mehr Akademiker zu haben, sondern weil wir Anschluss an das internationale Pflegewissen brauchen. Wir können sehr viel für die Bürgerinnen und Bürger tun, insbesondere dann, wenn sie in Krisen geraten und man mehr und flexibleres Handeln benötigt, als man das üblicherweise in guten Zeiten braucht.

Lassen Sie mich noch ein letztes Wort zum Thema Aufgaben sagen. Ich habe gerade schon das Impfen angesprochen. Die Pflegenden in Deutschland wirken in der Primärversorgung nicht ausreichend mit. Wir sind in unserem Berufsbild in den letzten Jahren nahezu isoliert worden und weit entfernt von dem Berufsbild, das international das übliche Berufsbild ist.

Wenn wir dann versuchen, die Hülle und Fülle der Aufgaben zu meistern, die uns das Gesundheitswesen bei der Betreuung der kranken und pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger als Aufgabe gibt, dann können wir meines Erachtens nicht weiter zusehen, dass wir die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen so wenig qualifiziert aufstellen. Es ist aus meiner Sicht drastisch, wenn wir jetzt noch anfangen, Fachkraftquoten weiter abzusenken. Ich glaube, wenn Sie dieses Projekt in der Langzeitpflege ernsthaft fortsetzen, dann müssen Sie sich gefallen lassen, dass wir

Sie in wenigen Jahren fragen: Wie konnten Sie das angesichts der Krisen, die uns erwarten, machen? Die Krisen werden kommen. Wir haben sie vor der Haustür. Es wird darüber geredet, und die Krisen sind zum Teil längst eingetreten. Die Coronapandemie sollte uns eine große Mahnung sein. Wir sollten die Lehren daraus ernsthaft mitnehmen und uns dann auch ernsthaft krisensicher machen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Frau Professorin Dr. Elsbernd. – Jetzt kommen wir zu den Fragen der Fraktionen. – Frau Kollegin Krebs für die Fraktion GRÜNE, bitte.

Abg. Petra Krebs GRÜNE: Vielen Dank. – Und vielen Dank dafür, dass wir jetzt doch so viel Zeit hatten, uns mit Pflege zu beschäftigen. Ich möchte auch jetzt schon gleich einmal dafür plädieren, eine zweite Fragerunde zuzulassen, weil ich glaube, dass das Thema wichtig genug hierfür ist.

Wir haben drei wirklich spannende Vorträge gehört, mit sehr vielen konkreten Vorschlägen für künftige Handlungsoptionen. Daher möchte ich mich jetzt kurz halten.

Das Thema, das mich immer beschäftigt, wenn ich mich mit Pflege auseinandersetze, ist nicht „Qualifiziertes Personal“, sondern Familien, die in Deutschland und in Baden-Württemberg den größten Pflegedienst darstellen. Aber – das geht vielleicht auch so ein bisschen in Richtung der Frage, was sich Familien leisten können – es gibt noch einen anderen Pflege- bzw. Betreuungsdienst, und zwar die sogenannten 24-Stunden-Live-In-Kräfte, die da sind, die aber immer tabuisiert werden. Mich würde Ihre Meinung dazu interessieren, wie diese mit einzubinden sind. Was geben Sie uns da als Empfehlung? Mittlerweile gibt es ja auch eine DIN-Norm für deren anständige und faire Beschäftigung. Das geht also ein bisschen in die Richtung Qualifikationsmix in der Folge – von akademisiert über herkömmlich ausgebildet bis hin zu Hilfskräften, Familien und Betreuungskräften. Vielleicht können Sie das noch einmal ein bisschen verdeutlichen.

Die Frage, die Frau Elsbernd zum Schluss aufgeworfen hat: „Wie wird die Fachkraftquote in Zukunft zusammengesetzt?“, würde ich gern speziell an Sie, Frau Hönes, richten. Wie beurteilen Sie es, wenn jetzt die Personalbemessung nach § 113c kommt? Was bedeutet das konkret für die Einrichtungen und vor allem für die Versorgungslage der Menschen, die dort in der Einrichtung leben? Letztlich muss es ja um sie und darum gehen, wie sie in Zukunft versorgt sind.

Frau Elsbernd, Sie haben jetzt schon etwas zur Digitalisierung gesagt, und ich weiß – das haben wir Ihren Fragen auch schon in anderen Sitzungen entnommen –, dass

Sie da durchaus kritisch sind. Aber ich glaube, dass wir ohne Digitalisierung nicht vorankommen. Deshalb frage ich Sie: Wo sehen Sie da die Chancen, aber auch die Gefahren? Vielleicht können Sie das noch mal aufgreifen.

So viel erst einmal von mir. Danke.

Abg. Dr. Matthias Miller CDU: Vielen Dank für die drei sehr wunderbaren Vorträge. Ich habe noch ein paar Nachfragen.

Frau Hönes, Sie hatten gesagt, das Ansehen in der Öffentlichkeit werde häufig thematisiert. Jetzt haben wir von Herrn Professor Weidner gehört, dass sehr viele Personen beschäftigt sind – so viele wie noch nie – und dass es ein Problem sei, dass viele in Teilzeit arbeiteten. Daher die Fragen: Gibt es darüber Statistiken, welches die Gründe für Teilzeit sind? Wir können uns ja alle vorstellen, welche Gründe für eine Teilzeitbeschäftigung vorhanden sein können. Wird es erfasst, weshalb viele Pflegekräfte in Teilzeit arbeiten? Kann das auch mit dem Ansehen zusammenhängen oder mit anderen Themen? Die Frage richte ich gleichzeitig auch an Herrn Professor Weidner.

Dann haben wir jetzt ganz viel über ein hohes Bildungsniveau gehört. Dazu hätte ich die Frage: Bringen akademisierte Pflegekräfte oder ein Akademisierungsschub gleichzeitig auch eine höhere Qualität, oder wäre es nicht sinnvoller, an der Ausbildung anzusetzen, weil wir ja auch immer den Praxisbezug brauchen?

Ich schätze Ihre Vorträge sehr. Man merkt, dass Sie aus ausgebildete Krankenschwester sind. Das bringt auch einen gewissen Pragmatismus in die Diskussion hinein. Wäre dieser nicht auch in der Pflege erforderlich, um eher dadurch die Qualität zu steigern als über eine Akademisierung? Ich glaube, das Studium an sich ist jetzt noch kein Beleg dafür, dass dann die Pflege besser wird. Aber vielleicht haben Sie da eine andere Wahrnehmung oder vielleicht auch gute Argumente.

Frau Professorin Elsbernd, Sie haben zu den spezifischen Notfallplänen gesprochen. Das fand ich sehr spannend. Wir haben ja viele Szenarien vorhergesehen, auch das SARS-CoV-2. Dazu gab es ja im Jahr 2012 eine Risikoanalyse vom Bund, in der sehr spezifisch dargelegt wurde, wie es dann kam. Das Szenario war spezifisch. Vielleicht könnten Sie noch mal spezifischere Aussagen zu den Folgen tätigen bzw. ausführen, an wen sich Handlungsempfehlungen richten müssten. Ich habe mir diejenigen, die vom Bund kamen, noch mal angeschaut. Diese waren sehr allgemein gehalten; es waren Empfehlungen an Institutionen, Kommunen. Meinten Sie, dass durch diese dann die Vernetzung mit den Ländern, mit den Kommunen, mit den Verbänden, mit den Institutionen deutlich enger sei, sodass man auch weiß, was zu tun wäre? Vielleicht könnten Sie das noch mal erläutern, weil ich das für einen sehr guten Punkt erachte.

Abg. Florian Wahl SPD: Für die drei Vorträge sage ich ganz, ganz herzlichen Dank. Ich fand, das war eine ganz tolle Mischung aus unterschiedlichen Perspektiven – von der Praxis bis zur Wissenschaft.

Ich habe einige Nachfragen. Die erste richtet sich an Frau Hönes. Sie haben das Thema Bevorratung angesprochen. Das leuchtet mir total ein. Ich möchte nur fragen: Welche Schlussfolgerungen muss die Politik daraus ziehen? Ist das die Aufforderung, dass wir noch mehr gesetzliche baurechtliche Vorgaben machen sollen – das frage ich jetzt einmal ein bisschen ketzerisch in den Raum; denn es wird ja letztlich von den Trägern, auch den Trägern der Diakonie, gebaut; das ist ja eine Planung –, oder ist es eher die Aufforderung, dass solche Dinge in einer zukünftigen Investitionsförderung für den Bereich Pflege berücksichtigt werden? Vielleicht können Sie sagen, in welche Richtung es gehen muss. Wenn Sie sagen, es ist absolut notwendig, dann müssen wir sehen, inwiefern wir die Rahmenbedingungen schaffen bzw. wie man es macht. Denn es gibt ja bis heute auch die Möglichkeit der Träger, das über ihren Rahmen hinaus auszubauen.

Von verschiedenen Stellen ist der Qualifikationsmix angesprochen worden. Auch wir im Landtag haben uns in der Vergangenheit damit schon ein bisschen auseinandergesetzt. Ich hoffe, das tun wir auch noch in Zukunft. Daher betrifft die andere Nachfrage das Thema Assistenz Ausbildung. Frau Hönes, Sie haben ganz explizit angesprochen, dass es mit einer einjährigen Ausbildung wohl nicht gelingen wird, das Niveau QN3, das Qualitätsniveau 3, zu erreichen. Was bräuchte es denn aus Ihrer Sicht, und was ist das Problem daran?

Mich würde auch interessieren, wie die andere Expertin und der andere Experte es einschätzten, dass wir beim Thema Assistenz Ausbildung eine Anschlussfähigkeit – das war ja übrigens auch immer eine große Stärke von Baden-Württemberg – wiedererlangen könnten. Was würden Sie uns da empfehlen? Dazu gibt es ja verschiedene Beratungen, und auch von der Landesregierung soll da noch etwas kommen.

Die nächste Frage betrifft das Thema Partizipation. Diese finde ich ganz wichtig. Sie haben gesagt, wir hätten die Heimbeiräte, aber Partizipation finde eigentlich nicht umfassend statt, wie es eigentlich sein müsste. Während der Pandemie haben wir das noch mal erlebt. Daher würde ich gern von allen drei Vortragenden noch einmal hören, wie wir das in Zukunft ausgestalten sollten. Sollte es da noch mal mehr einheitliche Standards geben – auch von politischer Seite –, was gemacht wird, um eine gewisse Vergleichbarkeit zu haben? Was wären da Ansätze aus Ihrer Sicht?

Jetzt habe ich noch zwei Fragen – den Rest spare ich mir für die zweite Runde auf –, und zwar zunächst zur Zusammenarbeit von Medizin und Pflege. Was muss in Deutschland ganz konkret verändert werden? Wir hören das immer wieder, wir hören das an verschiedenen Stellen. Aber woran können wir das ganz genau festmachen?

Die andere Frage betrifft das Thema Pflege. Vorhin wurde die Rolle der Familie angesprochen. Wie sehen Sie das für die Zukunft? Das von Ihrer Seite zu hören, würde mich total interessieren. Wie sehen Sie die Rolle der Familie bei der Pflege in der Zukunft? Bis jetzt haben wir ja eine Privilegierung der Familie, wenn keine professionelle Pflege in Anspruch genommen wird. Seitdem wir die Pflegeversicherung unter Federführung von Norbert Blüm eingeführt haben, haben wir ja bis heute ein Anreizsystem, keine professionelle Pflege in Anspruch zu nehmen. Wie sehen Sie das? Sollte man daran festhalten, oder sollten wir eventuell eher den Weg gehen, dass die Familie für das zuständig ist, wofür sie wahrscheinlich am besten geeignet ist, und zwar Zuwendung, da sein, emotionale Betreuung? Brauchen wir hier eventuell noch mal ein Umdenken, und zwar dahin gehend, dass es mehr Professionalisierung in der körperlichen Pflege bedarf?

Danke.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Ganz herzlichen Dank. Sie haben sich ja alle noch sehr freundlich zurückgehalten, wenn man sich anschaut, wie sich die Situation der Pflege in den letzten Jahren – auch schon vor Corona – darstellt. Sie haben das ja noch sehr freundlich formuliert. Wir hatten am 26. Oktober im Sozialausschuss die Liga zu Gast. Da wurde schon weniger Zurückhaltung geübt, weil der Druck natürlich enorm ist.

Wir selbst haben dazu auch ein umfangreiches Positionspapier gemacht, in dem wir die ganzen Themen noch einmal zusammengefasst haben. Der Druck ist natürlich schon gewaltig. Das haben Sie ja auch noch mal dargestellt. Die Versorgung in Baden-Württemberg ist da für die nächste Zeit natürlich alles andere als gesichert, sondern sie ist sehr schwierig, wenn ich allein die Kostenentwicklung sehe. Die wurde auch noch einmal sehr eindrücklich dargestellt. Deswegen will ich darauf jetzt gar nicht so eingehen. Denn das wurde von der Liga sehr detailliert und auch sehr eindrücklich dargestellt. Ich glaube, so langsam kommt das auch hier im Land in der Politik an.

Mich würden bezüglich der Coronapandemie – wir hatten das auch schon in vorangegangenen Sitzungen thematisiert – noch einmal die Verordnungsstrukturen interessieren, die über die Einrichtungen und auch über die Pflege „hereingebrochen“ sind. Inwieweit würden Sie es befürworten, mehr Zuständigkeit vor Ort zu belassen, also Rahmenbedingungen zu setzen, aber dann die Umsetzung vor Ort zu machen, sodass man beispielsweise den Einrichtungen die Regelungen zur Masken- oder Testpflicht überlässt. Dazu würde mich Ihre Einschätzung interessieren.

An Sie, Herr Professor Weidner, die Frage der Digitalisierung. Sie haben das dargestellt. Wenn wir beispielsweise auf Pflegemessen – wie jetzt hier in Stuttgart – die Innovationskraft, die wir auch in Baden-Württemberg haben, sehen, dann stellt sich die Frage: Was müssen wir tun – bis hin zur Finanzierung –, damit die Dinge tatsächlich in der Pflege ankommen? Denn wir haben unheimlich viele gute Möglichkeiten,

über die wir die Pflege unterstützen könnten. Deswegen auch noch mal die Frage: Wo sehen Sie da die Impulse, das entsprechend umsetzen zu können?

Abschließend eine Frage an Frau Professorin Elsbernd. Sie hatten die Thematik der Notfallpläne bzw. der Krisenpläne angesprochen. Halten Sie es für eine gute Strategie, an den Pandemieplan – wir haben ja einen Pandemieplan in Baden-Württemberg – die Krisenpläne mit anzudocken, die Sie für die Pflege angesprochen haben?

Abg. Carola Wolle AfD: Das waren wirklich sehr spannende Vorträge. Auch ich möchte mich dafür bedanken.

Ich habe erst einmal eine Frage an Frau Hönes. Sie haben von sehr vielen Ehrenämtlern im Pflegebereich gesprochen. Wie war die Motivation während der Krise? Und kann man sich, wenn es jetzt noch härter kommt, auf die Ehrenämtler verlassen? Denn die sind ja dann logischerweise auch mit ihren eigenen Problemen beschäftigt. Wie kann man dann damit umgehen, dass die zu pflegenden Menschen weiterhin gepflegt werden können?

Sie haben auch den Brain-Drain angesprochen: dass wir dem Herkunftsland die Pflegekräfte wegnehmen. Das ist, so denke ich, eine realistische Einschätzung. Dieses Problem gibt es ja auch in anderen Bereichen. Wie kann man dem vorbeugen, und wie kann man damit umgehen?

Auf das Thema Bevorratung, das Sie angesprochen haben, möchte ich ebenfalls ganz kurz zurückkommen, und zwar aus einer anderen Richtung. Wahrscheinlich geht es nicht nur um die Fläche, sondern auch um das Thema Finanzierung. Denn das muss ja auch finanziert werden. Die Fläche ist das eine, aber ich glaube, das kann der jeweilige Bereich selbst einplanen. Ich glaube nicht, dass man hier von staatlicher Seite etwas tun muss.

70 % der pflegebedürftigen Menschen werden in Familien gepflegt. Wie kann man die in Krisen unterstützen? Denn ich kann mir vorstellen: Selbst dann, wenn die einen Pflegedienst haben, kann das sehr schwierig sein.

Das Thema Teilzeit, das Herr Professor Weidner angesprochen hat, ist sehr interessant. Liegt das daran, dass der Pflegebereich uninteressanter, stressiger wird oder dass auch die psychische Situation einfach zu belastend ist? Ich höre von Pflegern immer wieder, dass es einfach belastend ist, wenn sie nur von Mensch zu Mensch rennen – quasi nur noch kurz den Dienst tun können –, der menschlichen Zuwendung aber nicht mehr nachgekommen werden kann, die ja auch zur Pflege gehört.

Dann komme ich noch zum Thema Akademisierung. Die Pflege findet ja an und für sich am Menschen statt. Dass eine gewisse Forschung und Akademisierung stattfin-

den muss, ist logisch. Aber in welchem Maß und Ziel ist es wirklich sinnvoll? Denn gepflegt wird am Bett, sage ich immer.

Danke schön.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Dann gehen wir jetzt in die Antwortrunde. – Frau Hönes, beginnen Sie bitte.

Sv. Frau Hönes: Ich starte einmal mit dem Thema „Bevorratung in Pflegeheimen“. Es war keine Aufforderung zu mehr Vorgaben – definitiv nicht.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Natürlich ist es so, dass die Träger der stationären Altenpflege immer selbstständig entscheiden können, wie sie bauen. Aber wir haben dort wirklich einen beschränkten finanziellen Rahmen, in dem wir bauen können. Da muss immer alles wirtschaftlich sein, es muss entsprechend abgebildet sein. Diese Vorgaben müssen wir einhalten, und zwar insbesondere dann, wenn wir für die Bauten eine Förderung erhalten. Dann dürfen bestimmte Größenordnungen einfach nicht überschritten werden.

Wir müssen in die kommunalen Strukturen, auch hinsichtlich der Bevorratung von Gütern – Wasser, Lebensmitteln, allem, was dazugehört –, mit eingebunden werden. Es gibt schon einzelne Kommunen, die da mit uns gut unterwegs sind. Aber die Mehrheit der Kommunen ist nicht mit uns unterwegs, da haben wir das Gefühl, dass die uns echt vergessen haben. Kindergärten – die befinden sich oft in der Trägerschaft der Kommunen – und vielleicht noch die kommunalen Pflegeheime werden mitbedacht, aber der Rest fällt irgendwie hinten herunter. Vor allem hat kaum jemand die ganzen Pflegedienste so richtig auf dem Schirm. Wir haben Krankenpflegevereine – das sind wirklich kleine, oftmals ehrenamtlich gestützte Vereine –, die einen hohen Anteil der Versorgung übernehmen, auch der hauswirtschaftlichen Versorgung. Die werden gar nicht mitgedacht. Da braucht es Strukturen in der Kommune, die uns da mitdenken und die das mit uns gemeinsam machen.

Sie erarbeiten hier Handlungsempfehlungen. Ich habe vorhin im Vortrag gesagt, es gibt diese sogenannten MuGs, durch die das jetzt gesetzlich geregelt ist, dass die stationären Einrichtungen für Krisen eine Handlungsempfehlung bzw. einen Handlungsleitfaden brauchen. Aber es reicht eben nicht aus, wenn dieser hübsch ist, aber uns sonst niemand unterstützt. Das geht so nicht.

Auf jeden Fall braucht es natürlich eine Finanzierung – egal, ob uns die Kommune dort quasi die Güter bereitstellt oder ob wir sie selbst irgendwo bevorraten. Wir haben alte Bauten, in denen es unterirdische Katakomben gibt. Dort kann man alles Mögliche bunkern – das ist gar kein Problem –, aber wir haben eben auch neuere Einrichtungen, die nur einen kleinen Lagerraum haben. Aber die Finanzierung der

Güter selbst muss gesichert sein – sonst macht das ja auch niemand. Und dann haben wir wirklich dieses Problem.

Das große Problem, das ich sehe, betrifft nicht Lebensmittel oder Energie, sondern das Thema „Medikamentöse Versorgung“. Ich habe es im Vortrag kurz angesprochen: Wir haben keine Kühlaggregate, die Apotheken vor Ort haben keine Notstromversorgung. Das ist echt ein Riesenproblem. Ich wohne in Tübingen, und wir haben dort natürlich eine Notstromversorgung im Uniklinikum und in der BG ein bisschen was. Aber ansonsten gibt es da nichts. Ich weiß nicht, wie das gehen soll. Nach 24 Stunden ist Insulin einfach weichgekocht. Da geht nichts mehr. Keine Ahnung, wie das gehen soll. Da müssen wir uns alle zusammen an einen Tisch setzen.

Zum Thema Assistenzausbildung: Bei der Assistenzausbildung ist das angestrebte Qualifikationsniveau das Qualifikationsniveau 3 nach dem europäischen Qualifikationsstandard. Wir brauchen jetzt dieses Qualifikationsniveau auch zur Umsetzung der Personalbemessung nach § 113c in den stationären Einrichtungen. Es gibt verschiedene Untersuchungen, dass dieses Qualifikationsniveau, das nicht dem Qualifikationsniveau der jetzigen Pflegehelferausbildung entspricht, eben nicht in einer einjährigen Ausbildung erreicht werden kann. Baden-Württemberg hat sich für diese einjährige Ausbildung entschieden. Ich bin in der Arbeitsgruppe des Sozialministeriums und des Kultusministeriums. Wir haben da hart gerungen. Ein paar von Ihnen schmunzeln schon. Sie wissen, wie hart wir gerungen haben. Jetzt ist es so, jetzt müssen wir irgendwie damit umgehen.

Meine große Sorge dabei ist: Wenn wir diese Personen in einem Jahr ausbilden, dann sind die nicht für das Qualifikationsniveau 3 vorbereitet. Die Personalbemessung – das betrifft jetzt auch eine andere Frage, die gestellt wurde – wird bewirken, dass die Fachkraftquote abgesenkt wird. Man erwartet eine Absenkung auf ungefähr 40 %. Das kann man vertreten, das ist okay. Ich denke, diese ganze Personalbemessung ist okay. Dazu gibt es Studien. Das ist wirklich ein guter Weg, um uns zukunftsfähig aufzustellen. Aber wenn wir es dann an eine schlechte Ausbildung auf dem Qualifikationsniveau 3 binden, dann haben wir da ein Riesenproblem. Dann werden noch mehr Leute aus der Pflege herausgehen, die machen dann vielleicht die Ausbildung, aber werden dann aufhören. Wir erreichen da einfach keinen Erfolg. Das ist schade.

Was wir für eine gute Assistenzausbildung, insgesamt für eine gute Ausbildung bräuchten, ist die Durchlässigkeit der Ausbildungsgänge. Wir bräuchten ein modulares System, in dem Menschen nach unterschiedlichen Niveaus aufhören könnten, z. B. wenn sie die Ausbildung auf Qualifikationsniveau 1 abgeschlossen haben oder auf den Niveaus 2, 3 oder 4. Zudem brauchen wir Studiengänge an Hochschulen.

Dann sage ich im Ansatz auch noch etwas zur Hochschulqualifikation. Aber dazu werden Herr Professor Weidner und Frau Professorin Elsbernd sicherlich auch noch etwas sagen. Ja, wir brauchen an Hochschulen qualifizierte Pflegekräfte am Bett. Wir

brauchen sie, um eine evidenzbasierte Pflege sicherstellen zu können. Evidenzbasierte Pflege heißt: Pflege auf einem anderen Niveau als es durch die generalistische Ausbildung erworben werden kann. Wir brauchen das nicht in großen Mengen, aber wir brauchen die Begleitung durch die Pflegefachkräfte auf einem anderen Niveau, nämlich auf dem Hochschulniveau. Es müssen neue Mitarbeitende angelernt werden, vor allem auch in der generalistischen Ausbildung, die noch mal einen anderen Anspruch als die bisherige Altenpflegeausbildung hat. In den Kliniken ist das sicherlich anders. Aber in der Altenpflege ist das Niveau durch die generalistische Ausbildung deutlich angestiegen. Die müssen angeleitet werden. Wenn wir die Menschen nicht gut anleiten, dann brechen sie ab. Wir haben hohe Abbrecherinnen- und Abbrecherquoten – ich habe es berichtet – in der Ausbildung. Wir haben mehr Azubis, die starten, denn je. Also, wir haben nicht das Problem, dass die nicht anfangen. Die kommen, die fangen das erste Jahr an, und dann finden sie diese prekären Arbeitsbedingungen vor und hören auf. Die haben ja mittlerweile alle Möglichkeiten. Die müssen nicht in der Pflege arbeiten.

Partizipation: Wie muss sie ausgestaltet werden? Was braucht es? Ich bin auch im Vorstand vom Landesseniorenrat. Wir sind an diesem Thema dran. Das ist ein ganz schwieriges Thema, weil wir natürlich in den Pflegeheimen ganz viele Menschen haben, die sich nicht mehr beteiligen können. Auch die Angehörigen sind zum Teil hochaltrig. Die Beteiligung ist dort schwierig. Ich glaube, wenn wir Partizipation und echte Teilhabe durch das ganze Leben einüben, dann wird Partizipation auch im Pflegeheim und im Alter einfach normaler. Ich glaube, da spielt uns die Zeit ein bisschen in die Karten. Denn alle die, die jetzt so in meinem Alter sind und die in 20 Jahren im Pflegeheim sein werden, werden die Partizipation einfordern – definitiv. 20 Jahre sind zwar noch eine lange Zeit, aber da findet gerade ein Generationenwechsel statt. Man erduldet nicht mehr alles, und das ist auch gut so.

Zusammenarbeit Medizin und Pflege: Vielleicht kann das jemand anders beantworten.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Rolle der Familie in der Pflege, Pflegegeld: Ich glaube, es ist gut, dass wir das Pflegegeld haben. Ich glaube, wenn wir kein Pflegegeld hätten, wäre es noch mal schwieriger, überhaupt an die Menschen heranzukommen. Durch das Pflegegeld gibt es eine Verpflichtung der pflegenden Angehörigen, dass sie einen sogenannten Beratungsbesuch durch unsere ambulanten Dienste, die Diakonie oder die Sozialstationen in Anspruch nehmen. Das ist eine sogenannte Sicherung der Pflege. Es findet nur einmal im Vierteljahr oder im halben Jahr statt. Es ist jetzt keine hohe Frequenz. Aber zumindest kommen wir in die Familien und sehen, was vor Ort passiert, können Angebote anbieten, sofern wir es überhaupt noch leisten können. Wir können z. B. nicht mehr anbieten, dass wir dann ab morgen kommen und die Pflege übernehmen. Das funktioniert nicht mehr. Aber man hat zumindest noch mal einen Blick darauf. Oftmals sind wir die Einzigen, die überhaupt in einen Pflegehaushalt kommen.

24-Stunden-Kräfte: Wie können wir die anständig beschäftigen, wie können wir da schauen, dass es keine prekären Situationen gibt? Ich halte 24-Stunden-Pflege nicht für den richtigen Weg in der Pflege. Wir bekommen es selbst nicht gebackten, dass wir bessere Arbeitsbedingungen schaffen. Wir bekommen es selbst nicht auf die Reihe, die 24-Stunden-Pflege sicherzustellen, weshalb wir Menschen aus dem Ausland zu uns holen. Das ist nicht richtig. Das ist für mich einfach nicht der richtige Weg. Es gibt Modelle. Wir haben z. B. bei der Diakonie den sogenannten VIJ. Das ist ein Verein, der eine 24-Stunden-Versorgung sicherstellt. Das ist natürlich ein deutlich kostenintensiveres Modell als die „herkömmliche 24-Stunden-Kraft“, die über irgendeine Agentur kommt. Aber wenn uns Pflege etwas wert sein soll, dann muss man es eben auch bezahlen. Bei der 24-Stunden-Pflege werden alle gesetzlichen Regelungen außer Kraft gesetzt. Es gibt keine Höchst Arbeitszeit – weder in der Woche noch am Tag –, und alle schauen zu, weil es halt die billigere Lösung ist. Das geht aus meiner Sicht gar nicht.

Qualifikationsmix: Qualifikationsmix heißt, wir haben von allen Qualifikationsstufen Menschen in der Versorgung, in der direkten Pflege. Diese kann man sowohl in der ambulanten Pflege als auch in der Tagespflege und auch in der stationären Pflege einsetzen. Wir haben im Moment die Situation, dass vor allem in der stationären Pflege alle alles machen. Das heißt, die Pflegefachkraft räumt auch mal die Spülmaschine aus. Da geht es nicht um die Wertigkeit der Tätigkeiten – überhaupt nicht. Ab und zu auch mal die Spülmaschine auszuräumen, entlastet ja auch von der direkten Pflege. Das geht schon. Darum geht es nicht. Aber im Hinblick darauf, dass wir immer weniger Pflegefachkräfte in der Versorgung haben werden, darf das so eben nicht sein. Deswegen brauchen wir einen entsprechenden Qualifikationsmix, der jeden dazu bringt, dass er das macht, wofür er qualifiziert ist.

Zum Thema „Fachkraftquote absenken“ habe ich gerade schon etwas gesagt. Wir erwarten eine Absenkung der Fachkraftquote um 40 %. Jetzt haben wir 50 %. Wenn wir diesen Qualifikationsmix mit gut qualifizierten Pflegeassistenten des Qualifikationsniveaus 3 entsprechend einsetzen, dann werden wir mit 40 % zurechtkommen. Was nicht passieren darf, ist, dass die Anzahl des Gesamtpersonals abgesenkt wird. Wir warten immer noch auf die Handlungsempfehlungen des Bundes zu § 113c zur Personalbemessung. Diese sollten eigentlich seit Juli vorliegen. Es war ein einjähriges Modellvorhaben geplant gewesen. Das können wir alles nicht mehr aufrechterhalten. Dieser Termin muss verschoben werden. Wir haben jetzt einfach zu wenig Zeit, um diese Handlungsempfehlungen auch in der Pflegeselbstverwaltung, in den Pflegesatzkommissionen zu verhandeln. Das wird nicht funktionieren. Wir haben in den Pflegesatzkommissionen mit Leistungserbringern sowie Leistungskostenträgern gerade andere Probleme, als uns darum noch mal intensiv zu kümmern.

Darf ich weitermachen?

Vorsitzender Alexander Salomon: Ja, Frau Hönes, Ihnen wurden auch viele Fragen gestellt. Sie dürfen weitermachen. Ich muss zwar ein bisschen auf die Zeit achten, aber Sie beantworten die Fragen relativ kurz und prägnant – das passt also.

Sv. Frau Hönes: Okay. – Ehrenamt war auch eine Frage. Wie war die Motivation während der Krise? In den stationären Einrichtungen sind uns die ehrenamtlichen Unterstützerinnen und Unterstützer, Begleiterinnen und Begleiter alle komplett weggebrochen, weil es Zutrittsverbote gab. Wir haben beim Ehrenamt auch eine relativ hohe Altersstruktur. Dort sind sehr viele ältere Menschen ehrenamtlich unterwegs. Die sind nicht zurückgekehrt. Dieses Problem haben ganz viele; das gibt es nicht nur in der Pflege. Das Ehrenamt ist weggebrochen. Da braucht es sicherlich neue Wege und neue Überlegungen, wie wir das wieder gut aufsetzen können. Ein Grund dafür ist sicherlich auch die Angst vor einer Ansteckung. Ich habe vorhin die Stichpunkte angesprochen: Stigmatisierung von Pflegeheimen usw.

Große Sorgen bereitet uns vor allem der Bereich der Nachbarschaftshilfe, die ein Stück weit eine strukturelle Anbindung an den ambulanten Pflegedienst hat. Da ist es beispielsweise schwierig, ehrenamtliche Fahrer für Essensauslieferungen zu generieren. Da braucht es sicherlich einen großen Plan.

Es gab dann noch die Frage danach, warum es einen so hohen Anteil an Teilzeitkräften gibt. Sie haben selbst gefragt, ob es vielleicht die Arbeitsbedingungen sind. Ja, es sind die Arbeitsbedingungen. Bei ganz vielen – egal, ob das Krankenhäuser, Pflegedienste oder stationäre Pflege sind – sind es die psychischen Belastungen, die als Grund genannt werden. Dann ist es ein „klassischer Frauenberuf“. Auch das ist sicherlich ein Grund für Teilzeitarbeit. Aber ich glaube, wir müssen schauen, dass es in der Pflege möglich ist, 100 % zu arbeiten. Ich habe vorher kurz diese Studie erwähnt „Ich pflege wieder, wenn ...“. Schauen Sie dort wirklich einmal hinein. Es lohnt sich echt. Darin werden die Gründe genannt. Mehr muss ich dazu eigentlich nicht sagen.

Vorsitzender Alexander Salomon: Frau Hönes, jetzt dürfen Sie erst einmal durchschnaufen. Aber in der zweiten Runde werden sicherlich noch ein paar Fragen an Sie gestellt. Jetzt ist erst einmal Herr Professor Dr. Weidner an der Reihe. Frau Professorin Dr. Elsbernd wird ihm dann folgen. – Herr Professor Dr. Weidner, bitte.

Sv. Herr Dr. Weidner: Herzlichen Dank. – Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Vielen Dank für die Fragen. Diese zeigen auch das breite Interesse, und daran wird noch mal deutlich, wie breit das Thema eigentlich angelegt ist. Ich glaube, es muss nicht jeder zu allem etwas sagen. Ich picke insbesondere die Punkte heraus, die an mich gerichtet waren.

Thema Teilzeit: Wir beobachten tatsächlich seit geraumer Zeit, dass die Teilzeitbeschäftigung kontinuierlich zunimmt und die Vollzeitbeschäftigung abnimmt. In Schweden haben wir in der Krankenpflege eine Vollzeitbeschäftigung von 70 %. Wenn wir die hier hätten, hätten wir momentan keine Probleme, was das Personal im

Krankenhausbereich anbelangt. Also, es muss einen Unterschied geben, warum Menschen in Deutschland in der Pflege eine Teilzeitbeschäftigung derart häufig in Anspruch nehmen. Übrigens, Teilzeit ist ja nicht nur schlecht, wenn wir mal bedenken, dass wir Beschäftigte in der Pflege brauchen, sondern es ist auch ein Gut, es ist ein Wettbewerbsvorteil, gerade auch für Familien und für Beschäftigte, die Wert darauf legen, in Teilzeit zu arbeiten.

Tatsächlich gibt es ein ganzes Bündel an Gründen. Wir haben in Nordrhein-Westfalen ganz aktuell eine große Verbleibestudie gemacht, in deren Rahmen wir 4 000 Pflegepersonen befragt haben. In dieser wird auch noch mal sehr deutlich, dass das breit gemischt ist und dass es mit der Stimmung am Arbeitsplatz zusammenhängt. Die Rolle des Arbeitgebers ist ganz zentral. Welche Atmosphäre herrscht dort vor Ort?

Vielleicht einen Wermutstropfen obendrauf: Die Menschen, die in der Pflege beschäftigt sind, haben uns gesagt: „Wenn es eine Vergütungserhöhung gibt, dann kann es sehr gut sein, dass wir unsere Teilzeit noch etwas verstärken. Denn wenn ich das selbe Geld für weniger Arbeit in der Pflege bekomme, dann mache ich das erst mal.“ Das ist zunächst einmal eine schlechte Nachricht, wenn man davon überzeugt ist, dass eine höhere Vergütung in der Pflege notwendig ist. Aber gehen Sie bitte davon aus, dass das System momentan so unter Druck ist – Sie haben es gehört –, dass mitunter genau das Gegenteil von dem passiert, was Sie politisch vorhaben. Das betrifft auch das Thema Teilzeit. Mit anderen Worten: Wir brauchen eine konzertierte Aktion, die über das hinausgeht, was auf Bundesebene angeschoben wurde. Wir müssen das halt im Zusammenhang sehen.

Dazu gehört auch ausdrücklich das Thema Akademisierung. Ich diskutiere das jetzt schon sehr lange, und ich höre immer wieder die Skepsis nach dem Motto: „Ja, muss man denn studiert haben, um am Bett und mit den Menschen zu arbeiten?“. Ja, aber weltweit ist das so. Auch derjenige, der im Bereich der sozialen Arbeit arbeitet, studiert, der Psychologe studiert, und der Mediziner studiert. Wir nennen die Teilakademisierung als wesentliches Argument. Die starke Säule der Berufsgruppe bleibt. Die berufliche Ausbildung muss auch gut und besser werden. Deswegen haben wir ein neues Gesetz. Aber die Akademisierung ist unumgänglich. Bitte lesen Sie den Bericht aus dem Projekt der Robert Bosch Stiftung. Dann sehen Sie, wie wichtig es ist – übrigens auch für andere Berufsgruppen –, dass ein wissenschaftsfundiertes Wissen gerade bei komplexen Versorgungssituationen vorhanden ist. Es müssen nicht überall auf den Stationen Menschen mit der Qualifikation eines Masterstudiums sein. Wir haben in den Krankenhäusern vier, fünf, sechs Leute mit der Qualifikation eines Masterstudiums, mit Expertise. Die werden von den Teams, den Pflegeteams konsiliarisch angefragt zu spezifischen Herausforderungen wie Demenz, Delir im Krankenhaus, komplexen Wohnsituationen, aber auch psychischen Erkrankungen. Sie können nehmen, was Sie wollen. Dafür ist diese Expertise dringend notwendig.

Dann noch der Hinweis: Die Teams profitieren davon. Das heißt, wenn da jemand ist, der neues Wissen, auch fundiertes Wissen, in die praktische Arbeit hineinspielt, dann profitieren die Teams davon. Die klären ihre Rollen untereinander. Das meint „erweiterter Qualifikationsmix“. Es geht nicht um einige, die mit einer Sänfte hineingetragen werden und dann ihr Urteil über das fällen, was zu tun ist, sondern es geht um echte Teamentwicklung, und zwar nicht nur im Kontext von Assistenzkräften, sondern ausdrücklich auch mit akademisch qualifiziertem Personal.

In diesem Zusammenhang komme ich auch auf das Zusammenspiel von Pflege und Medizin zu sprechen. Ich gebe Ihnen einfach mal einen Hinweis, der momentan weithin übersehen wird. Im neuen Pflegeberufegesetz steht, dass der Pflegeprozess Vorbehaltsaufgabe der Pflege ist. Das ist im Krankenhaus überhaupt noch nicht angekommen. Im ambulanten Bereich haben wir gerade die Überarbeitung der Richtlinie der häuslichen Krankenpflege. Das ist auch richtig. Das heißt nämlich, dass Ärzte oder auch andere Berufsgruppen zukünftig grundsätzlich die Pflege einbeziehen müssen, wenn es um Themen der pflegerischen Versorgung – auch nach der medizinischen Versorgung – geht, also um Pflegeprozesszusammenhänge. Das ist eine riesige Chance, um die Berufsgruppen zusammenzubringen. Das bedeutet nicht, dass jetzt niemand außer der Pflege mehr etwas machen darf, sondern das ist im Kern eine Chance der Kooperation auf Augenhöhe. Aber, wie gesagt, meines Wissens – ich bin da viel unterwegs – ist das überhaupt noch nicht entsprechend angekommen.

Das Thema Digitalisierung ist ein riesiges Thema, das sicherlich einer eigenen Diskussion bedarf. Wir haben dazu auch einiges an Studien gemacht und wissen dazu einiges. Gerade mit Blick auf die Pflege werden auf Bundesebene sehr viele Mittel für die Forschung bereitgestellt. In diesem Bereich gibt es sehr viele Projekte und Entwicklungen. Eine Studie beschäftigt sich sogar mit der Frage, was in der Praxis ankommt. Sie können nachlesen, warum es in gewisser Weise nicht ankommt. Ein wesentlicher Grund ist, dass diese Entwicklungen zumeist technikgetrieben sind. Das heißt, es werden technische Möglichkeiten entwickelt, die aber häufig in der Praxis so nicht verstanden werden, nicht angewandt werden können oder auch nicht gebraucht werden. Deswegen geht die Tendenz dahin, Projekte und Entwicklungen, die in diese Richtung gehen, in Augenschein zu nehmen.

Aber es gibt auch gute Beispiele, gerade auch in Baden-Württemberg. Sie haben da ja die Möglichkeiten der Entwicklung gezeigt. Wichtig ist z. B., einen Überblick zu gewinnen. Die Einrichtungen, die sich auf den Weg machen wollen, wissen überhaupt nicht, was es denn eigentlich gibt und wie gut das ist. Also, das wäre eine Aufgabe des Landes, an dieser Stelle einen Überblick anzubieten, einen Überblick darüber, was denn vorhanden ist, und zwar sowohl in der Versorgungssituation als auch bei Unterstützungsleistungen – beispielsweise durch Apps, gerade bei der Dokumentation, bei der Logistik – das funktioniert ja am besten –, durch Assistenzmöglichkeiten, z. B. hinsichtlich der körperlichen Unterstützung, durch Robotik oder durch künstliche Intelligenz. Wir setzen gerade mit dem BMBF ein Projekt zur Anwendung

von künstlicher Intelligenz in der stationären Altenhilfe um und versuchen, die Begründungskompetenz im Kontext der Pflegeprozessgestaltung zu unterstützen. Also, da gibt es vieles, aber man braucht einen Überblick.

Dasselbe gilt auch für die Ausbildung. Die Ausbildung hat jetzt unter Corona einen massiven Schub – wir reden sogar von einem gewissen „Digitalisierungsbooster“ – erlebt. Die Lehrenden mussten auf digitale Formate umsteigen und haben es so gemacht, wie sie es konnten – übrigens auch die Schulen und die Auszubildenden. Schauen Sie da bitte genau hin, was in Baden-Württemberg gelaufen ist oder was da noch geht. Da können Sie meines Erachtens als Land noch einen wesentlichen Schub leisten, um hier voranzukommen. Es hängt auch damit zusammen, dass es Sinn ergibt, wenn Lehrende, die einem Auszubildenden etwas zum Thema „Digitale Anwendung in der Versorgung“ beibringen wollen, auch wissen, was in der Versorgung denn eigentlich läuft und was dieser Auszubildende an seinen Praxisorten an Digitalisierung erlebt. Das spricht sehr für Digitalisierung im Kontext von Lernortkooperationen. Insofern glaube ich auch, dass das auch ein spannendes Thema ist.

Jetzt zu dem Thema „Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland“: Dahinter verbirgt sich eine ähnlich große Hoffnung wie bei der Digitalisierung. Da können wir jetzt im Kern wesentliche Entwicklungen erwarten. Deutschland ist – das kann man sagen – in der Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland, gerade aus Drittstaaten, besser geworden. Aber im internationalen Wettbewerb spielen wir in gewisser Weise im Kern keine große Rolle. Darum muss man einfach sagen, dass wir in Deutschland so viele Nachteile aufgebaut haben, mit denen wir immer noch kämpfen müssen. Es ist zwar – das muss man herausstellen – ob der Bemühungen besser geworden, aber es ist noch sehr viel Luft nach oben. Da machen uns Länder wie Großbritannien, auch die skandinavischen Länder, selbst die arabischen Länder, erheblich mehr Konkurrenz, als uns das an dieser Stelle vielleicht lieb ist. Dies gilt gerade auch für die Anwerbung von Fachkräften aus Ländern, die tatsächlich über Bedarf ausbilden.

Die Gründe dafür sind u. a. die fehlende Anerkennung der Ausbildung, gerade auf Bachelorebene. Da merken wir, dass wir eigentlich ein Problem haben, dass wir im Kern noch keine Kultur und keine Grundbasis haben, akademisch zu qualifizieren. Jeder, der mit einer Bachelorausbildung nach Großbritannien geht, wird anerkannt, kann dort sofort anfangen zu arbeiten. Hier wird aufwendig geprüft, ob das denn wohl der Altenpflegeausbildung von was weiß ich wann entspricht. Das geht so nicht. Diese Bürokratisierung, diese sehr eigenen Bildungswege und vor allem die Sprache stellen ein Problem dar. Dann kommen natürlich noch die Fragen von gelingender Integration und Willkommenskultur hinzu. Das heißt, die Menschen, die wir gewinnen, werden dann womöglich auch wieder abgeschreckt. Da müssen wir noch erheblich besser werden. Trotzdem ist das aus meiner Sicht keine wesentliche Säule, unsere Probleme zu lösen, sondern nur ein Beispiel für die weitere Entwicklung.

24-Stunden-Pflege und Rolle der Familie: Das ist ein zwiespältiges und sehr großes Thema für sich. Denn das, was wir darin sehen, ist eigentlich im Kern Ausdruck feh-

lender Angebote aus dem Leistungssystem, aus dem gesellschaftlichen System. Die 24-Stunden-Pflege ist schon vom Begriff her falsch. Sie ist lange Zeit unterhalb aller Regelungssysteme eher in einem Bereich gelaufen, der illegal war. Wir haben es die „illegale Beschäftigung von Zigtausenden osteuropäischen Haushaltshilfen“ genannt. Das waren zum Teil gut ausgebildete Frauen, die selbst Opfer gebracht haben. Eigentlich ist das Ganze Ausdruck eines wirklich fehlenden Angebots auf dieser Ebene. Genau deswegen geht es darum, entsprechende kommunale, regional getragene Systeme und Versorgungskonzepte zu entwickeln, indem wir professionelle Leistungen verbunden mit gesellschaftlichen Strukturen und erheblich mehr Geld – entweder mit oder ohne 24-Stunden-Pflege – ins System bringen. Skandinavische Länder haben einen viel stärker dienstleistungsorientierten Ansatz und einen viel geringeren familienorientierten Ansatz, zahlen aber in der Regel auch das Dreifache in das Pflegesystem ein. Das müssen wir an dieser Stelle wissen. Einer der „größten anzunehmenden Unfälle“ im Pflegewesen in Schweden oder in Dänemark ist, wenn eine Pflegefachperson nicht mehr zur Arbeit gehen kann, weil sie ihren pflegebedürftigen Vater pflegen muss. Das versucht man schon lange systematisch zu verhindern.

Ich denke, ich lasse es dabei. Die Kollegin Elsbernd wird ja auch noch einige Fragen beantworten.

Danke soweit.

Sv. Frau Dr. Elsbernd: Ich beginne einmal beim Thema „Zusammenarbeit von Medizin und Pflege“. Wir haben ja in Deutschland ein weltweit ganz eigenartiges System entwickelt, nämlich ein arztzentriertes Gesundheitswesen. Alles wird und muss durch das Nadelöhr von Ärztinnen und Ärzten gezogen werden. Darin sind wir weltweit einfach führend. Wir sehen aber auch, wohin das führt. Es ist nicht besonders klug, es so zu machen. Die Ärztinnen und Ärzte sind für Diagnostik und Therapie von Erkrankungen zuständig; die können das und machen das sehr gut. Pflegekräfte sind für die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen rund um Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarfe zuständig. Dann gibt es aber natürlich auch noch das Thema, dass wir bei bestimmten Gruppen eng zusammenarbeiten, ganz besonders bei Menschen, die chronifiziert erkrankt sind. Da steigen dann auch die Pflegebedarfe.

Man sieht aktuell an dem Thema „Übertragung von heilkundlichen Aufgaben“, wo wir da stehen. Da werden der Pflege Aufgaben übertragen, die sie de facto seit 30, 40 Jahren wahrnimmt. Anstatt an der Stelle das System in Augenschein zu nehmen, fangen wir an, weiter daran herumzudoktern. Ich stelle mir eine ganz andere kollegiale Zusammenarbeit vor. Diese Zusammenarbeit wird umso besser, je mehr Ärztinnen und Ärzte sich auch darauf verlassen können, dass Pflegende Anschluss ans internationale Wissen haben. Wir haben unglaublich viel Pflegewissen. Ich mache das einmal an zwei Volkserkrankungen deutlich. Schlaganfall und Parkinson sind chronische Erkrankungen im Alter. Sie schränken massiv ein. Sie haben sehr viele Folgeerkrankungen, die zu präventieren sind. Hier arbeiten Pflegende und Ärzte eigentlich Hand in Hand. In Deutschland ist das nicht so. Selbst wenn die Hausärzte es nicht

wollten, müssten sie immer noch Pflegehilfsmittel verschreiben, weil die Pflegenden es gar nicht selbst dürfen. Das heißt, es ist jetzt an Ihnen, zu sagen: Wir müssen dieses System verbessern, damit sich die Berufsgruppen hier auch wieder anders begegnen können. Denn wir können das untereinander gar nicht lösen. Aber ich glaube, die Berufsgruppen sind sich darin einig, dass man es besser lösen kann.

Akademisierung ist dabei ein Baustein. Wenn die Pflegenden nicht an das akademische Wissen, an die Studienlage angeschlossen sind: Wie sollen sie dann auf Augenhöhe arbeiten? Vielen ist das gar nicht bewusst, aber international haben wir ganz viel Wissen. Ich nenne z. B.: Wie kann man präventieren, dass ein Schlaganfallpatient nicht noch immobiler wird? Was kann man alles für ihn tun? Sie würden sich wundern, wie viel wir tun können, wenn wir Pflegekräfte haben, die akademisch gebildet sind, die die Studienlage kennen und dieses Wissen auch auf ihre Aufgabenerfüllung übertragen können. Die Bürgerinnen und Bürger würden sich zum Teil sicherlich auch wundern, denn aktuell bekommen sie oftmals diese Hilfe nicht – weder ambulant noch stationär. Also, Sie sehen, das ist ein starkes Plädoyer, die Dinge zusammenzudenken: die Akademisierung und die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.

Ich baue mal den vollen Kontrast auf, nämlich zu der Frage: Wie läuft es dann in den Familien und bei den 24-Stunden-Haushaltshilfen, die es ja in aller Regel sind? Das ist ja Ausdruck dessen, dass die Familien es gar nicht allein schaffen können. Ganz besonders nachts erhalten sie überhaupt keine Betreuungsunterstützung. Daher rührt dieses System ja überhaupt. Ich persönlich habe dem ja gerade schon in den Empfehlungen Ausdruck gegeben. Ich finde, wir sollten die Familien nicht länger alleinlassen, sondern sie institutionell anbinden. Ich bin da ein bisschen leidenschaftslos in der Frage, wo. Ich glaube, die ambulanten Pflegedienste hätten eine Struktur, die sich lohnen würde, und zwar ganz besonders deswegen, weil die Karrieren von pflegebedürftigen Menschen meist über Haushaltshilfe, Essensversorgung, Einkaufsversorgung in die Pflege hineingehen. Genau das organisieren die Pflegedienste auch. Sie brauchen darüber hinaus Beratung. Sobald Pflegedienste Beratung anbieten, werden sie ja überrollt, weil die Familien gar nicht wissen, wie sie das aktuell überhaupt organisieren sollen, und weil sie bei steigenden Pflegebedarfen gar nicht wissen, wie sie damit umgehen sollen, um eine halbwegs sichere Pflege zu gewährleisten.

Die Zukunft wird sein: Die meisten pflegebedürftigen Menschen werden in ihrer Häuslichkeit betreut werden. Ich wage sogar zu prognostizieren, dass sich nur noch reiche Menschen dauerhaft einen Pflegeheimplatz werden leisten können. Deshalb ist mir das ein großes Anliegen, dass wir hier die ambulante und familiäre Pflege zusammenführen und dass wir hier auch institutionell stark unter die Arme greifen, damit Pflegebedürftige wirklich eine Chance haben, die Pflege zu bekommen, die wir ihnen fachlich tatsächlich anbieten können.

Ich möchte jetzt gern etwas zu den Pandemieplänen sagen und freue mich über die Nachfrage. Ich habe mich tatsächlich in Vorbereitung zu diesem Vortrag noch einmal sehr genau gefragt: Welche Pläne brauchen wir? Für mich ist ganz wichtig, dass wir erkennen: Wir brauchen Pläne, die spezifisch die Auswirkungen in den Blick nehmen. Es ist ein Riesenunterschied, ob wir z. B. evakuieren müssen, weil etwas brennt, und hier an pflegebedürftige Menschen denken, oder ob Stromausfälle oder Internetausfälle eintreten. Diese Unterschiede müssen den Akteuren verdeutlicht werden. Die Pandemiepläne könnten ein Anlass sein. Aber eigentlich brauchen wir verschiedene Krisenpläne, die auf verschiedene Krisen eine Antwort geben und tatsächlich vorstrukturieren, und natürlich müssen sie den Akteuren auch bekannt sein. Meine Erfahrungen mit diesen Pandemieplänen sind, dass sie im Grunde genommen die Gruppe der pflegebedürftigen Menschen nicht genau in den Blick nehmen, die sich in dieser Krisenzeit ganz anders verhalten als weite Teile der Bevölkerung. Ich würde gern vermeiden, dass pflegebedürftige Menschen die ersten Verlierer in einer Krise sind.

Bei der Digitalisierung haben Sie gerade die Richtige gefragt. Ich mache ja auch einige Projekte zum Thema Digitalisierung. Ich finde es bemerkenswert, dass wir im Gesundheitswesen unterdigitalisiert sind, nämlich wenn wir uns Arbeitsprozesse und Digitalisierung, die so etwas unterstützt, anschauen. Wenn Sie sich in Krankenhäusern die Logistik und Digitalisierung anschauen, werden Sie sich wundern, wie weit entfernt wir hier z. B. von modernen Flughäfen oder anderen Fertigungsbereichen sind. Wir sind im Grunde genommen unterdigitalisiert. Digitalisierung fände ich ganz toll, und zwar dann, wenn sie uns Zeit für die Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen verschafft. Das ist für mich immer der Gradmesser. Wir brauchen Digitalisierung als Unterstützung. Natürlich gibt es auch digitalisierte Angebote, die uns in der Pflege unterstützen. Die sind allerdings sehr viel weniger vorhanden. Für mich wäre es jetzt in erster Linie wichtig, dass wir die Arbeitsprozesse vernünftig digitalisieren.

Deutschland ist im Gesundheitswesen nicht nur einmalig mit der Arztzentrierung, sondern auch einmalig in der Behandlung der Patienten- und Verbraucherschutzfrage. In den meisten europäischen Ländern ist eine ganz andere Partizipation vorhanden, nämlich eine politische Partizipation der Betroffenen. In Deutschland ist man da andere Wege gegangen. Man hat eigentlich versucht, durch die Betroffenenverbände Partizipation herzustellen, und hat sich dann gewundert, warum die sich so schwer tun, in politischen Prozessen mitzuwirken. In anderen Ländern hat man einen Verbraucherschutz aufgebaut und in diesen systematisch einen Patientenschutz eingebaut. So gibt es in den Niederlanden kein Gesetz, das nicht auch auf den Verbraucher- und Patientenschutz schaut. Allein daran, dass wir hier in der Enquetekommission diese Thematik noch nicht aufgenommen haben, zeigt sich, dass wir in Deutschland diese systematische Partizipation nicht haben. Ich würde mir sehr wünschen, dass wir das hier auch konsequent in die Hand nehmen und möglicherweise auch noch mal in der Enquetekommission überlegen, wie wir das einbeziehen können.

Habe ich Ihnen genug zur Akademisierung in der Pflege gesagt? Ich glaube, ja. Dazu sage ich jetzt nichts mehr.

Abschließend möchte ich vielleicht nur noch eines sagen, weil ich glaube, dass wir drei uns gut ergänzt haben und da wirklich einer Meinung sind. Das ist ja bei Experten meist selten der Fall. Die Belastung der Pflegenden ist gigantisch hoch. Die Pflegenden haben Angst vor Krisen. Die Pflegenden sehen nämlich diese Krisen. Sie können sich vielleicht gar nicht vorstellen, dass diese Krisen, die ich z. B. heute genannt habe, längst im beruflichen Alltag der Pflegenden angekommen sind. Die unterhalten sich im Alltag darüber, wie es bewältigt werden soll, wenn z. B. ein länger anhaltender Stromausfall in ambulanten Bereichen eintritt. Das haben Sie gerade bereits dargestellt. Die Pflegenden müssen die Chance haben, sich darauf vorzubereiten. Deshalb möchte ich Sie wirklich bitten, dass Sie uns da unter die Arme greifen und dafür sorgen, dass sich Pflege stabilisiert und die Arbeitsbedingungen so sind, dass man 35 Jahre lang in Vollzeit in diesem Berufsfeld arbeiten kann.

Sie fragen nach Teilzeitkräften. Die Studienlage ist eindeutig. Die Leute schaffen es nicht. Sie schaffen es nicht mehr, diesen Beruf in Vollzeit auszuüben. Das ist ein wesentlicher Grund für Teilzeit. Ich finde, das müssen wir dringendst umkehren. Wir brauchen Arbeitsbedingungen, die es ermöglichen, als Frau oder Mann 35 Jahre Vollzeit in diesem Beruf zu arbeiten. Das wäre für mich eine ganz, ganz wichtige Krisenvorsorge.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Jetzt gibt es wieder einige Fragen. Zunächst die von Herrn Krüger.

Marco Krüger, externes Mitglied: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Vielen herzlichen Dank für die drei Vorträge. – Ich habe drei kurze Fragen, die aber vermutlich nicht ganz so kurz und trivial zu beantworten sind.

Erste Frage: Wir reden ja ganz oft über Pflege und ganz wenig mit Pflege. Ein Punkt dabei ist ja auch die mangelnde Institutionalisierung des Pflegesektors im Vergleich zu anderen Sektoren im Gesundheitsbereich. Welches sind aus Ihrer Sicht geeignete Maßnahmen, um dem zu begegnen? Wir haben die Institution Kammer, es gibt Verbände, es gibt unterschiedliche Optionen. Für welche würden Sie votieren?

Der zweite Punkt betrifft die Digitalisierung. Wir haben ja momentan eine Klientel in den Heimen, die noch gemischt digital affin ist, aber zunehmend digital affin wird. Was kann denn Politik in Sachen Richtlinien, Fördermöglichkeiten tun, um hier einen Beitrag zu leisten, die Digitalisierung voranzutreiben?

Der dritte Punkt thematisiert – weil Sie das gerade angesprochen haben, Frau Professorin Elsbernd – die Arbeitsbedingungen. Welchen Beitrag kann denn zukünftig Robotik leisten, und zwar nicht in Bezug drauf, Pflegekräfte zu ersetzen, sondern ihnen den Arbeitsalltag zu erleichtern, ein machbareres Arbeitspensum zu ermöglichen und einfach auch den Arbeitsschutz zu erhöhen?

Abg. Christiane Staab CDU: Ich habe eine konkrete Frage an Frau Hönes, die das Stichwort Partizipation so stark hervorgehoben hat, also die Mitbestimmung in den Heimen durch die Bewohner. Da gebe ich Ihnen ein Stück weit recht. Das ist sicherlich gut, richtig und wichtig. Ich frage mich aber, wie wir das in der Coronakrise hätten machen sollen. Ich war damals noch Bürgermeisterin einer Kommune, die Trägerin eines Pflegeheimes ist. Ich sage Ihnen das ganz offen: Als da die ersten Heimbewohner gestorben sind, kamen sofort die Fragen auf: Warum? Wer hat da nicht aufgepasst? Wie konnten die sich infizieren?

Das heißt, das Thema Partizipation ist schon wichtig, aber das funktioniert natürlich nur, wenn wir einen Konsens dahin gehend haben – das ist vorhin bereits gesagt worden –, dass der Infektionsschutz nie wieder über der Teilhabe stehen darf. Dann müssen wir natürlich auch konsentieren, dass es dann so sein wird und sein soll. Dann darf aber natürlich nicht die Frage gestellt werden: Wie konnte sich denn mein Angehöriger anstecken?

Ich möchte hier einfach nur noch mal aufzeigen, in welchem Spagat sich ein Träger konkret befindet, wenn die Heimaufsicht kommt und fragt: Habt ihr alles getan, um hier den Infektionsschutz wirklich sicherzustellen? Dann zu sagen „Nein, uns war die Teilhabe wichtiger“, könnte man zwar machen, aber ich frage mich halt, was die Konsequenz davon gewesen wäre. Also, ich möchte einfach auch noch einmal aufzeigen: Das sind eben Situationen, die es sehr schnell erfordert haben, Entscheidungen zu treffen, die aber gleichzeitig zu lang anhaltenden Konsequenzen geführt haben.

Dann noch zum Thema „Qualifizierung des Personals“ – ja, unbedingt, ganz arg wichtig. Aber wir sind derzeit bei einem Eigenanteil von 2 700 €. Ich bin schon ein bisschen erstaunt, wie hier alle Themen bespielt und für wichtig erklärt worden sind, dass aber kein Einziger von uns auch mal die Frage der Kosten gestellt hat. Die 24-Stunden-Hilfe ist tatsächlich für viele Familien eine Lösung, die sie mitgehen. Ich möchte das aber nicht nur unter dem finanziellen Aspekt betrachten, sondern es ist oftmals auch ein unmittelbarer Wunsch vieler alter Menschen, ins Heim nur zu gehen, um dann dort zu sterben. Das ist ja auch eine Feststellung, die wir treffen. Die Heimaufenthalte verkürzen sich in den letzten Jahren tatsächlich dadurch, dass viele nur zum Sterben ins Heim gehen möchten. Insofern ist für mich das Thema „Aktivierung des alten Menschen daheim“, gerade auch bei demenziell erkrankten Menschen, ein ganz wichtiger Aspekt – da kennen sie sich aus, da haben sie ihr Umfeld, da muss ich sie nicht neu eingewöhnen. Damit im Zusammenhang stehend stellt sich für mich die Frage nach der Professionalisierung der 24-Stunden-Hilfe. Denn daheim

zu bleiben ist für ganz viele Menschen elementar und existenziell wichtig bis zu ihrem Tod.

Abg. Dr. Michael Preusch CDU: Ich hatte initial gedacht, ich hätte einen Widerspruch zwischen Herrn Weidner und Frau Elsbernd beim Thema Akademisierung bzw. „Grad der Akademisierung“ vernommen. Deshalb noch mal meine Frage: Wo findet die statt? Denn wir haben ja einzelne Einrichtungen, die sehr gute Weiterbildungsoptionen bieten. Zudem belebt Konkurrenz ja auch das Geschäft. Wir haben insbesondere in der Krankenpflege Weiterbildungen für die Unterstützungssysteme, die Neudeutsch als Heart Nurse oder als VAD bezeichnet werden, also sehr spezielle Weiterbildungen. Aber wenn es um Akademisierung geht, ist natürlich auch immer die Frage, wo das dann stattfindet.

Ich glaube, in der Diskussion muss die Frage gestellt werden: Kann das nicht auf kleinerer Ebene oder breit in der Fläche verfügbar sein? Denn teilweise haben sich die Anforderungen in der Medizin so spezialisiert, dass ich selbst dann, wenn ich die Akademisierung anstrebe, diese in der Breite gar nicht mehr anbieten kann, sondern tatsächlich eine Spezialisierung habe, die ich dann nur an bestimmten Orten vorhalte. Deshalb die Frage: Muss Akademisierung an der Hochschule, an der Fachhochschule stattfinden, oder habe ich die Möglichkeit, auch in sogenannten klinikassoziierten Pflegeakademien eine Option anzubieten?

Dann – die Frage ist vorhin kurz angeklungen; Frau Elsbernd, Sie hatten das noch mal erwähnt; das ist tatsächlich auch im Rahmen der Pandemievorsorge eine Diskussion, ein Problem gewesen –: Wir haben kein Register, in dem die Pflegekräfte erfasst sind. Das heißt, wenn ich heute kurzfristig Pflegekräfte akquirieren müsste – über welche Wege auch immer –, wüsste ich gar nicht, wen ich anschreibe. Von den Befürwortern der Pflegekammer wird damit häufig in Verbindung gebracht, dass da die Pflegekammer ein Weg wäre. Sie hatten vielleicht absichtlich dieses Wort ausgeklammert. Ich bin der Meinung, wir brauchen für diese Fragestellung nicht die Pflegekammer an sich. Das ist ja schon eine heiße Diskussion. Ver.di lehnt das ja strikt ab – als Gewerkschafter darf ich sagen: Wenn ich „ver.di-Mann“ wäre, dann würde ich es auch ablehnen –, aber aus Gründen, die man nicht immer nachvollziehen muss. Daher die Frage: Wie stehen Sie zur Pflegekammer? Ist das ein Tool? Oder bekommen wir ein Register auch ohne den Weg über die Pflegekammer hin? Denn ich glaube, wir brauchen diesen Weg.

Dann gestatten Sie mir bitte eine letzte Bemerkung – Sie haben es erwähnt –: Die Kosten der stationären Altenpflege werden deutlich steigen. Daran führt auch kein Weg vorbei. Das wird der Weg einer qualitativen Pflege sein, aber auch vieler, vieler anderer Dinge, die damit zusammenhängen. Ich glaube, man muss auch dafür werben, dass man sich schon früh Gedanken darüber machen muss, was einem die Pflege im Alter wert ist und wie diese aussehen soll: Ist sie stationär, teilstationär? Es gibt natürlich immer Dinge, die vorher nicht geplant werden können. Aber ich glaube, das ist so nach dem Motto: Mein Leben lang fahre ich dreimal im Jahr in den Urlaub,

und zum Schluss will ich nichts für meine Altersversorgung bezahlen. Das ist auch ein Weg, der nicht mehr geht. Und Sie hatten es erwähnt: Skandinavische Länder machen das anders. Ich glaube, das muss auch eine Maßeinheit zum Schluss sein. Wem seine Altersversorgung wichtig ist und der dementsprechend Vorsorge schafft, der muss halt auch Zugriff auf die Möglichkeiten haben, die ihm stehen. Ich glaube, das ist auch eine Frage der Gerechtigkeit.

Ich sage mal so: Barmherzig können die Kirche, die Caritas und viele andere sein, aber ein Staat muss gerecht sein. Der, der früh in seine Altersvorsorge investiert – wie auch immer –, der kann auch erwarten, dass er nachher etwas herausbekommt. Der, der wenig investiert, hat sozusagen einen anderen Anspruch. Aber ich glaube, es ist eine Frage der Gerechtigkeit, die auch mal ganz fair diskutiert werden muss: Kann es sein, dass jemand, der in diesem Land lange und aktiv mitgearbeitet, sich früh Gedanken über seine Altersversorgung gemacht hat und heute als Sozialfall im Pflegeheim ist, seine Versorgung nicht mehr bezahlen kann?

Abg. Florian Wahl SPD: Jetzt sind wir fast in einer Diskussion. Aber lassen Sie mich kurz noch etwas zu drei Themen sagen. Das eine ist die 24-Stunden-Betreuung. Ich möchte von „Betreuung“ und nicht von „Pflege“ reden. Das ist nämlich der große Unterschied dabei – –

(Zuruf der Abg. Petra Krebs GRÜNE)

– Nein, nein. Ich habe gar nicht auf dich Bezug genommen. – Wenn vorhin gesagt wurde, dass das auch eine Frage der Kosten sei, dann muss man sagen: Ja, es ist eine Frage der Kosten, aber das ist nicht alles. Wenn es nämlich auf Kosten von Arbeitsschutz, Menschenrechten, Umgang mit Leuten geht, dann werden auf der Strecke so viele Sachen gebrochen und von Qualität überhaupt nicht gesprochen. Also, fänden diese Arbeitsschutz-, Arbeitszeitmissbräuche in anderen Bereichen der Gesellschaft statt, z. B. in der Gastronomie, dann müsste beispielsweise die Kneipe schließen, und zwar zu Recht – das muss man einfach so konstatieren. Themen wie Mindestlohn brauchen wir dann gar nicht anzusprechen. Das Ganze basiert auf Ausbeutung. Also, ich wollte das jetzt nicht so unwidersprochen stehen lassen und es auch noch mal so deutlich artikulieren.

Die Diakonie Württemberg hat – ich glaube, vor sieben, acht, neun Jahren – das Modellprojekt FairCare durchgeführt. Vielleicht könnten Sie dazu noch mal zwei Sätze sagen, vor allem dahin gehend, wie man es eventuell auch anders machen kann als nach diesem wirklich unethischen Prinzip – bei allem Verständnis für die Nöte, die in den Familien herrscht. Aber das ist ja auch die Frage des inneren und des gesellschaftlichen Kompasses, wie weit man da geht.

Mich würde noch – Herr Kollege Dr. Preusch hat es mir gerade vorweggenommen – Ihre Positionierung zum Thema Pflegekammer interessieren bzw. zu der Frage, wie weit die Pflegekammer auch gehen soll. Das ist ja dann die nächste Frage bei dem

Register: Sind wir da bei den Assistenzberufen dabei, sind wir da nicht dabei? Was würden Sie für sinnvoll erachten? Denn wenn wir jetzt immer von einem hohen Qualifikationsmix innerhalb der Pflege sprechen, aber dann praktisch erst bei der examinierten Pflegefachkraft anfangen, dann stellt sich – zumal vor dem Hintergrund einer Fachkraftquote vor Ort von eventuell 40 % – die Frage, inwiefern wir das Ganze noch abbilden, und wie Sie das einschätzen.

Auf das Thema „Altersvorsorge/Pflege“ will ich jetzt gar nicht groß eingehen. Wir haben uns irgendwann einmal für ein Teilkaskosystem entschieden, und wir werden irgendwann überlegen müssen, wie wir da als Gesamtgesellschaft agieren. Aber ich glaube, wir müssen aufpassen, dass wir den Menschen keine Angst machen, dass eine stationäre Pflege nicht mehr bezahlbar sei. Das ist eine gesellschaftliche Frage und ein Aushandlungsprozess, wie man als Allgemeinheit bereit ist, darin zu investieren, oder nicht. Was klar ist, ist, dass dieses jetzige System so, wie es jetzt läuft, massiv an seine Grenzen geraten ist. Aber da – das muss man sagen – ist auf Bundesebene unter Minister Spahn und unter der jetzigen Bundesregierung auch schon einiges passiert, wie man der Entwicklung entgegensteuern kann.

Thomas Albiez, externes Mitglied: Ich habe auch noch mal eine Nachfrage zu der Neuordnung der Berufsbilder und der Akademisierung. Ich bin kein Experte auf dem Gebiet, aber kann das sehr gut nachvollziehen, was Sie gesagt haben. Ich würde das auch befürworten. Ich habe aber noch eine praktische Frage: Haben Sie Vergleiche nicht nur international durchgeführt, sondern auch innerhalb anderer Branchen in Deutschland, beispielsweise im Handwerk oder in der Industrie?

Warum frage ich das? Weil wir beispielsweise wissen, dass die Akademisierung von Berufsbildern das Fachkräfteproblem in manchen Branchen weiter verschärft hat, statt es zu lösen. Die Jugendlichen haben eine ganz andere Wahrnehmung von Hierarchien innerhalb von bestimmten Berufsbildern. Wenn sie dann nicht die höchste Stufe erreichen können, suchen sie sich dann doch wieder einen anderen Arbeitsplatz. Das heißt, man erzielt dort Effekte, die man vorher so nicht erwartet hat. Deswegen würde mich interessieren: Haben Sie da mal ins Handwerk, in die technischen Industriebetriebe, in die Gastronomie hineingeschaut? Da wurde auch immer probiert, mit dem Bachelor doch noch die Attraktivität zu erhöhen. Aber es ist nur durchschnittlich gelungen.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Es gibt keine weiteren Fragen oder Wortmeldungen aus der Reihe der Mitglieder der Enquetekommission. Dann gehen wir jetzt wieder in die Antwortrunde. – Frau Hönes, Sie haben es wunderbar gemacht. Sie fangen bitte an und schauen dann, wie weit Sie kommen.

Sv. Frau Hönes: Gut. – Ich starte einmal mit der Frage: Was kann Politik tun, um Digitalisierung voranzubringen? Ich hatte es in meinem Vortrag schon gesagt und benannt: Das Land Baden-Württemberg hat das Landeskompetenzzentrum Pflege & Digitalisierung gegründet. Das ist sicherlich ein erster und guter Weg, um dort auch

alle Professionen mit an den Tisch zu nehmen. Ich glaube, was wir brauchen, ist in diesem Bereich eine gewisse Abkehr von der Freiwilligkeit. Beispielsweise verfügen viele ambulante Dienste über mobile Datenerfassung. Die komplette Datenerfassung geht digital. Die Leistungserfassung geht digital. Dann geht man ins Büro, druckt den Leistungsnachweis aus, weil die Krankenkassen keine digitale Unterschrift anerkennen. Diesen Leistungsnachweis faxt man dann zur Krankenkasse. Sie merken, das ist ein Irrsinn an sich. Genauso ist es mit der Telematikinfrastruktur. Wenn sich die Ärztinnen und Ärzte, die Krankenhäuser nicht vollumfänglich an diese Telematikinfrastruktur anbinden, dann haben wir als Pflegedienst keine Chance, die Digitalisierung richtig zu nutzen. Da ist es für mich wichtig, dass da diese Freiwilligkeit ein Stück weit ein Ende hat und eine Verpflichtung mit dabei ist. Ich glaube, die öffentlichen Gesundheitsdienste sind froh, wenn wirklich alle an eine funktionierende Telematikinfrastruktur angebunden sind.

Das Thema Partizipation – Mitbestimmung in den Heimen durch Bewohner – war noch mal Inhalt einer Nachfrage. Ja, Sie haben recht, Partizipation funktioniert nur, wenn man es einübt. Aus Sicht einer Bürgermeisterin haben Sie auch mit der Aussage recht: Wenn Sie Maßnahmen in einem Pflegeheim umsetzen müssen – beispielsweise Maskenpflicht oder Quarantäne –, dann geht es nicht um Partizipation. Partizipation heißt für mich auch nicht, Maßnahmen wie Quarantäne oder Maskenpflicht auszusetzen. Partizipation knüpft an einen ganz anderen Punkt an. Partizipation knüpft daran an, dass wir es einüben müssen, dass wir es kontinuierlich implementieren müssen und auch Strukturen aufbauen müssen, um sie auch in Krisensituationen sicherzustellen.

Qualifizierung des Personals: Dazu gab es die Nachfrage, wer das denn eigentlich noch bezahlen soll. Die Pflegeheime werden immer teurer, die pflegebedürftigen Menschen, die Angehörigen können es nicht mehr bezahlen. Ja, Sie haben recht, da wird es durch die Bezahlung der Eigenanteile einfach auch noch mal mehr Sozialhilfeempfänger geben. Wir brauchen eine Umkehr in der Pflegeversicherung. Ich habe irgendwie das Gefühl, dieses Thema ist jetzt nicht ganz neu. Man hat es hier schon besprochen, man hat es im Bundestag schon besprochen. Immer wieder ist dieses Thema auf der Agenda, aber es passiert nichts. Wir brauchen eine Umkehr in der Finanzierung der Pflegeversicherung – sonst läuft uns das aus dem Ruder, und zwar richtig.

Dann zum Stichwort „Ins Heim zum Sterben“: Ja, viele Menschen sehen das wirklich so, dass sie nur im äußersten Notfall in ein Pflegeheim gehen. Das weiß ich sehr wohl. Dabei steht aber immer auch die Glorifizierung der Häuslichkeit im Hintergrund. Wenn Sie mit den ambulanten Diensten unterwegs sind und sehen, in welchen prekären Situationen Menschen in ihrer Häuslichkeit leben, weil sie so große Angst vor dem Pflegeheim haben, dann ist das einfach fernab jeglicher Realität. Es ist nicht nur verdreckt und vermüllt oder sonst irgendetwas, sondern es gibt z. B. auch Gewalt in der Pflege durch pflegende Angehörige und, und, und. Also, da gibt es wirklich die

ganze Bandbreite. Ich glaube, da ist das nötig, was ich in meinem Vortrag benannt habe: Man muss das Bild der Pflege und der Pflegeheime gemeinsam verbessern.

Wir machen jetzt eine große Aktion, eine Imagekampagne für die Pflegeheime, und zwar nicht aus dem Grund, Pflegende zu generieren – also als Werbeblock –, sondern als Imagekampagne, weil wir wissen, welches Image wir in der stationären Pflege haben.

Die 24-Stunden-Pflege ist da oft ein Mittel der Wahl für Haushalte, die sich das eben auch leisten können. Denn auch das ist keine günstige Versorgung. Das kennen Sie alle. Ich glaube, dass wir uns in Zukunft eine 1:1-Versorgung – also ein Pflegebedürftiger und eine Pflegehilfskraft oder Haushaltshilfe im Haushalt – nicht mehr leisten können. So viele Haushaltshilfen können wir gar nicht holen, wie es das System dann benötigt.

Herr Wahl, Sie haben es angesprochen: Die 24-Stunden-Pflege über das Programm FairCare, die wir, die Diakonie, immer noch anbieten, wird zwar abgerufen, aber nicht in dem Umfang genutzt, wie man es eigentlich nutzen könnte, weil es einfach ein sehr viel teureres Programm ist als andere 24-Stunden-Pflegen. Da arbeitet niemand mehr als zehn Stunden. Da gibt es einen Wechsel. Oft ist ja das Problem, dass genau dieser Wechsel innerhalb eines Tages nicht gewünscht wird. Vielmehr soll diese Bezugspflege über sechs Wochen oder länger vor Ort bleiben.

Sv. Herr Dr. Weidner: Zum Thema „Institutionalisierung der Pflege“: Ich lehre in Rheinland-Pfalz und forsche und lebe in Nordrhein-Westfalen, also bin ich in den beiden Bundesländern „aktiv“, die eine Pflegekammer haben oder kurz davor sind, eine solche Kammer aufzubauen. Ich gehöre zu denjenigen, die sagen – das sehen wir auch an Beispielen aus dem Ausland –, dass die Pflege ein Heilberuf ist und dass dazu auch grundsätzliche Kriterien der Professionalisierung gehören. Das ist hierzulande im Kontext des Kammerwesens geregelt. Man kann generell die Kammern bei den Ärzten infrage stellen und fragen, was da besser gehen kann. Aber das sollte man nicht grundsätzlich bei der Pflege machen.

In Rheinland-Pfalz funktioniert es gut. Wir haben da sehr gute Beispiele, und zwar einerseits hinsichtlich der Übersicht und auch den Kontakten zu Pflegenden, um etwa zu wissen, was wirklich unter den Pflegenden passiert. Da hat die Kammer einen maßgeblichen Vorteil und befragt ja auch regelmäßig ihre Mitglieder. Bei der Weiterbildungsordnung und allen anderen politischen Initiativen, die auf Landesebene stattfinden, ist die Kammer immer vorn dabei. Das kann ich einfach bestätigen. Daher ist es eine Stimme der Pflege, aber sicherlich nicht die einzige und nicht die einzige, die denkbar ist. Aber ich glaube, grundsätzlich gehört das dazu. Genauso gut ist die Überlegung, zu grundsätzlichen Fragen – auf Bundesebene erfolgt das über den G-BA bei grundsätzlichen Entscheidungen der Pflege –, Leute einzuladen, und zwar institutionell, systematisch und nicht zufällig oder per „Schulterschlag“ in „verkulter Manier“.

Natürlich ist klar, dass auch das Thema „Institutionalisierung der Pflegewissenschaft“ nach meiner Auffassung dazugehört. Wir sehen das etwa in einer Vergleichsstudie zwischen Australien und Deutschland. Australien hat eine langjährige akademische Tradition in der Ausbildung, hat eine Kammer, hat ein anderes Verhältnissystem, was die Pflegenden und die Patienten anbelangt, hat kein Personalbemessungsverfahren, weil das viel zu bürokratisch, viel zu komplex ist und viel zu sehr hinter den Anforderungen herhinkt usw. Da sehen wir tatsächlich ein anderes, auch professionelles Verständnis in der Pflege, und trotzdem arbeiten die mit den Menschen am Bett. Die sind nicht vergeistigt, die sind nicht theoretisch und hängen dauernd in der Bibliothek, sondern die sind wirklich vor Ort und haben ein anderes Standing. Die mischen sich ein und tragen in gewisser Weise auch zu einer entsprechenden interdisziplinären Arbeit bei. Also, ich glaube, wenn, dann so. Über Einzelheiten wie Aufgaben oder Qualifikationsgrad der Fachlichkeit sollte man diskutieren. Das kann man sicherlich auch variieren.

Das Thema „Digitalisierung und Robotik“ haben wir jetzt schon mehrfach angesprochen. Wir machen selbst auch ein Projekt in der Robotik. Ich bin da sehr skeptisch, was da in den nächsten Jahren an großartiger Entwicklung kommt, weil wir aus den Kontexten einfach wissen, dass die Arbeit in der Pflege schwierig planbar und auch schwierig standardisierbar ist. In den Bereichen Dokumentation, Logistik oder auch Kommunikation – das haben wir heute gehört – können wir digitalisieren. Aber in der ganz konkreten Pflegearbeit haben wir quasi jeden Tag andere Situationen. Insofern sind „Paro“ und „Pepper“ zwei Beispiele für den Einstieg in die Robotik, aber auch dafür, dass sie nur ganz punktuell eingesetzt werden, aber wiederum auch ethische Fragen aufwerfen. Dazu gehört also einfach die Erkenntnis, dass sich die Pflege für die Disruption mit der Digitalisierung, den neuen Technologien nicht besonders eignet. Das ist auch eine gute Nachricht. Aber wir müssen uns weiter damit auseinandersetzen, denn damit geht auch die Unterstützungsmöglichkeit der neuen Technologien verloren.

Das generelle Thema „Familien und 24-Stunden-Betreuung bzw. -pflege“ haben wir jetzt schon mehrfach angesprochen. Ich kann dazu nur sagen: Wenn man das wirklich konsequent in den Mittelpunkt einer Politik stellt, auch einer kommunalen, einer kleinräumigen Politik, den Menschen zu ermöglichen, solange wie möglich und auch solange wie erträglich in den eigenen vier Wänden zu bleiben – ich finde das ganz wichtig, was Frau Hönes gesagt hat; das ist auch unser Eindruck; denn es geht nicht per se darum, solange es irgendwie geht, in den eigenen vier Wänden zu bleiben –, dann kann man das nicht dem Zufall überlassen, das muss man organisieren. Da muss man investieren. Wenn man das angeht, wenn man beispielsweise kommunal oder über den ÖGD in der Region anbietet, dass es Nachtpflege oder andere Möglichkeiten gibt, nachts punktuell auch Unterstützung zu leisten, und wenn man Tagespflegeangebote viel breiter aufstellt, als wir das derzeit machen, dann ist das möglich, dann geht das. Das sehen wir in anderen Ländern. Dann haben wir da eine etwas andere Aufstellung.

Das Thema Akademisierung interessiert die Beteiligten hier im Landtag weiterhin brennend. Das freut mich. Auf die Fragen, ob man das nicht punktueller oder an klinischen Bildungszentren machen kann, antworte ich: Ja, das kann man machen. Alle Studien, alle Hinweise, alle Projekte, die wir machen, sprechen dafür, dass, wenn man das sinnvoll und fundiert macht, eine breite Akademisierungswelle dann auch wirklich etwas für die Pflege und auch für die Patienten bringt. Wir haben das Pflegeberufegesetz. Es ermöglicht eine akademische Primärqualifizierung, und es schafft übrigens die dualen Studiengänge ab. Deswegen sprechen wir im Wissenschaftsrat auch gar nicht mehr von dualen Studiengängen. Das muss man jetzt auch konsequent nutzen. Ich finde, das ist nur konsequent. Teilakademisierung bedeutet eben 10, 15, 20 %. Schauen Sie sich das Projekt „360°“ an. Das kommt an. Das führt zu Karrierewegen in der Pflege. Das ist transparent für die Leute. Wir haben zwei Einrichtungen – das Robert-Bosch-Krankenhaus ist die eine, ein Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen ist die andere –, die eine höhere Nachfrage nach Arbeitsplätzen gespürt haben, weil die direkt im Nachgang des Projekts 20 Stellen für Pflegefachpersonen mit der Qualifikation eines Bachelorstudiums auf den Stationen geschaffen haben. Also, das ist auch ein Argument gegen die Sorge, dass wir jetzt vielleicht mit der Akademisierung auch noch die Zahl der Fachkräfte verringern. Ich muss ganz ehrlich sagen: Das überzeugt mich gar nicht, zumal ein Vergleich mit dem gewerblichen Bereich oder der Industrie sehr hinkt.

Wir hören uns ja oft an, dass die Ergebnisse von internationalen Studien nicht auf Deutschland übertragbar seien. Wir haben es hier mit einer Profession zu tun, wir haben es hier mit einer sozialen Dienstleistung zu tun. Daher denke ich, dass wir uns die Studien und Ergebnisse, die wir haben, anschauen sollten. Schauen Sie sich das Projekt „360°“ an. Das ist wirklich ein sehr praktisches Beispiel dafür, wie es gelingen kann. Wir plädieren wirklich dafür, diesen Weg jetzt auch zu gehen.

Danke sehr.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Weidner. – Dann stelle ich Frau Professorin Dr. Elsbernd vor eine kleine Herausforderung: Schaffen Sie es, die Fragen in fünf Minuten zu beantworten?

Sv. Frau Dr. Elsbernd: Locker. Das mache ich für Ihre Mittagspause gern.

Vorsitzender Alexander Salomon: Sehr gut. – Bitte sehr.

Sv. Frau Dr. Elsbernd: Ich fange mit den Pflegekammern an. Für mich ist das alternativlos. Warum? Wir haben jetzt seit 50 oder 60 Jahren Pflegeverbände. Wir haben uns da abgemüht, wir haben den Deutschen Pflegerat gegründet, wir haben uns zusammengerauft. Wir haben versucht, irgendwie überall hineinzukommen. Wo sind wir hineingekommen? Wir sind nicht mal in den G-BA hineingekommen. Stellen Sie sich vor: Der Gemeinsame Bundesausschuss – komplett ohne Pflege. Das muss man sich einmal vorstellen. Das heißt, ich habe keine Hoffnung mehr in die verband-

lichen Strukturen, dass sie da noch mal anderes schaffen werden, auch wenn wir uns weiter engagieren werden und alle unisono im Ehrenamt unterwegs sind. Denn „Verkammerung“ heißt auch, uns aus dem Ehrenamt herauszuholen. Ich selbst mache rund ein Drittel meiner beruflichen Tätigkeit ehrenamtlich. Das kann so nicht weitergehen. Also, für mich ist völlig klar: Man kann über Kammern diskutieren, aber dann muss man über alle Kammern diskutieren. Solange wir aber auf „Verkammerung“ setzen, sollten wir auch diesen Beruf „verkammern“. Ja, ich glaube, man muss dann die Assistenzberufe mit hineinnehmen, damit man sie einfach auch unter dem „Qualitätsauge“ hat, sonst machen die sich ja womöglich noch selbstständig. Natürlich muss die Berufsgruppe auch selbst sagen, wie unsere Assistenz qualifiziert sein muss. Das erwarte ich übrigens von den Ärztinnen und Ärzten auch: dass sie selbst sagen, wie ihre Assistenz qualifiziert sein soll. Da können wir ja gar nicht mitreden.

Zu Robotik habe ich eine ganz einfache Meinung: Ja, aber. Ich finde es total schade. Da geht so viel Geld hinein, während für die einfache Hilfsmittelforschung in der Pflege überhaupt kein Geld bereitgestellt wird. Wir stellen Anträge ohne Ende. Hilfsmittelforschung in der Pflege wird nicht finanziert, Robotik ja. Die Bürger würden von Hilfsmitteln sehr profitieren. Aber einfachste Hilfsmittel wie z. B. Rollatoren oder auch Dusch- bzw. Toilettenstühle werden in der Weiterentwicklung nicht finanziert und befinden sich auf einem Entwicklungsstand der frühen Sechzigerjahre.

Für mich ist völlig klar, dass das Rückgrat unserer Bildung die Berufsfachschulen in der Pflege sind, in denen dauerhaft über 80 % der Pflegenden qualifiziert werden. Das wird sich ja nicht ändern. Sie müssen aber daran denken: Wir haben es in den letzten 40 Jahren nicht geschafft, diese Berufsfachschulen ins duale Berufsbildungssystem zu bekommen. Das ist uns nicht gelungen. Damit sind sie auch nicht qualitätsgesichert wie alle anderen Berufe. Das nur mal an dieser Stelle. Das ist wirklich auch für sich eine Problematik.

Wenn wir jetzt Studiengänge eröffnen – ich finde, mein Kollege Frank Weidner hat das sehr treffend gesagt –, dann können wir nur hoffen, dass wir wenigstens in den nächsten zehn Jahren auf einen Akademisierungsgrad von vielleicht 20 % – realistisch wahrscheinlich nur 10 % – kommen. Wir können nur hoffen, dass wir junge Menschen finden, die sich akademisieren lassen.

Wir haben in unserem primärqualifizierenden Studiengang am Campus Tübingen-Esslingen einen gemeinsamen Studiengang und dabei die Erfahrung gemacht, dass wir ganz neue Gruppen erschließen. Die Studierenden bei uns, die jetzt seit 2018 primärqualifizierend studieren, hätten alle die Berufsausbildung nicht angefangen. Das sind unsere Erfahrungen, die natürlich noch nicht so groß sind. Das wird die Zukunft zeigen. Aber ich denke, es gibt viele junge Menschen, die zwar nicht Medizin studieren, die aber sehr wohl im Gesundheitswesen arbeiten wollen, z. B. in so einem attraktiven Beruf wie der Pflege.

Abschließend vielleicht noch: Dass das Thema 24-Stunden-Pflege hier so diskutiert wird, ist für mich auch ein Indiz dafür, dass wir uns damit weiter beschäftigen müssen. Ich möchte mir zum Schluss aber erlauben, eine Rückführung zum Thema zu machen. Wir müssen vor allem überlegen, wie wir in krisenhaften Geschehen die Familien abstützen können. Das wird eine Herausforderung. Ich würde mir sehr wünschen, dass wir, die Enquetekommission, hier auch wirklich einen Blick darauf richten und versuchen, die Familien zu unterstützen, dass sie, wenn sie schon pflegebedürftige Menschen betreuen – das ist eine große Herausforderung –, im Krisenfall wirklich auf verlässliche Hilfen bauen können.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Wunderbar. Fünf Minuten eingehalten. – Einen großen Dank an Sie, Frau Hönes, Herr Professor Dr. Weidner, Frau Professorin Dr. Elsbernd, für Ihre Vorträge. Sie haben ja auch schon das Lob von den Fraktionen erhalten. Das kann man nur noch einmal unterstreichen.

Ihre Beiträge werden auch wesentlich in unsere Handlungsempfehlungen eingehen. Sie dürfen auch gern weiterhin der Sitzung beiwohnen, auch wenn wir jetzt eine Mittagspause machen.

Ich möchte Herrn Professor Dr. Knaebel und Herrn Professor Dr. Grundmann, die ja anwesend sind – einer in Präsenz, der andere über Videokonferenz –, fragen, ob wir um 14:25 Uhr mit der Sitzung fortfahren können. Das sind immerhin 45 Minuten Mittagspause. Ist das in Ordnung aus Ihrer Sicht, dass wir Ihre Vorträge jeweils einfach um zehn Minuten nach hinten schieben? Damit würden Sie uns einen sehr großen Gefallen tun. – Ich sehe zwei Daumen nach oben. Dann danke ich Ihnen vielmals.

Wir treffen uns dann um 14:25 Uhr wieder hier im Plenarsaal. Eine gute Mittagspause!

(Unterbrechung der Sitzung von 13:43 Uhr bis 14:32 Uhr)

Vorsitzender Alexander Salomon: Wir setzen unsere Sitzung fort. Wir beginnen den Nachmittagsteil unserer Sitzung mit dem Vortrag von Herrn Professor Dr. Knaebel. Herr Professor Dr. Knaebel, Sie haben uns eine Präsentation mitgebracht. Sie sind Professor für Medizin und Vorsitzender des Universitätsrats der Universität Heidelberg. Sie haben 20 Minuten Zeit.

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

Sv. Herr Dr. Knaebel: Herr Vorsitzender, verehrte Damen und Herren Abgeordnete! Ich freue mich sehr, dass ich heute hier sein darf. Ich freue mich auch über die An-

kündigung als Professor für Medizin. Ich muss das ein bisschen relativieren, weil der gemeine Internist sofort sagen würde, das sei nicht zutreffend, da ich eigentlich Chirurg bin,

(Vereinzelt Heiterkeit)

also eng aus dem Handwerk der Medizin komme. Deshalb bitte ich Sie, dies zu berücksichtigen.

Das Zweite ist: Ich bin auch für den Themenbereich Forschung hier. Sie werden merken, ich werde trotz meiner Provenienz als Vorsitzender des Universitätsrats ein bisschen die Brücke in die Industrie schlagen. Denn ich habe zwar relativ lange an der chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg gedient, nämlich fast 13 Jahre, bin aber seit 16 Jahren in der Industrie. Dafür haben Sie aber trotzdem mit der Agenda alles richtig gemacht, denn Sie haben nach mir mit Hajo Grundmann einen echten Forscher eingeladen, einen herausragenden Forscher. Dementsprechend können wir uns, glaube ich, ganz gut ergänzen.

Ich möchte auch noch mal ganz kurz zusammenfassen, wie meine persönliche Expertise in diesem Bereich ist. Ich hatte Ihnen gesagt, ich habe Medizin studiert und lange als Chirurg gearbeitet. Übrigens habe ich gerade in dieser Woche bei einem Treffen ebenfalls hier im Landtag gelernt, dass man sich in Stuttgart Sympathien erwirbt, indem man sagt, dass man auch einen Koffer in Stuttgart hat. Tatsächlich habe ich in Stuttgart das Licht der Welt erblickt. Ich habe in Esslingen Abitur gemacht, in Ulm studiert und promoviert sowie in Tübingen das Examen abgelegt. In Freiburg saß ich einige Jahre im Aufsichtsrat des Universitätsklinikums. Ich habe lange in Heidelberg gearbeitet. Ich bin dann sozusagen auf die dunkle Seite der Macht gewechselt und habe in Tuttlingen und auch in Mannheim die Verantwortung für Unternehmen getragen. Seit 16 Jahren lebe ich in Konstanz.

Jetzt will ich Ihnen klarmachen, dass ich das Land Baden-Württemberg in seiner Größe, Breite, Länge, Tiefe im Herzen trage und dementsprechend nicht speziell für irgendeine Region pro domo spreche.

Mir ist also in diesem Thema sehr wichtig, dass wir uns über Forschung verständigen – aus meiner Perspektive etwas mehr auf das Thema „Translation und Transfer“ gerichtet. Um es einmal ganz kurz zu rekapitulieren: Die Translation ist häufig die schnelle Anwendung von Wissenschaft in der klinischen Tätigkeit. Das ist dann eben unmittelbar auch sehr häufig die Gesundheit. Der Transfer ist der Dialog mit anderen Spielern, mit Unternehmen, die Produkte in den Markt hineintragen.

Natürlich werde ich ein paar Worte zu dem Thema Regulatorik sagen. Das kann man sich in Zeiten der Medical Device Regulation nicht verkneifen. Ich werde aber versuchen, trotzdem die Brücke von der Forschung in die Industrie und damit auch die

Produktion zu schlagen, und ich hoffe, Ihnen das auch einigermaßen logisch darstellen zu können. Natürlich werde ich Ihnen auch etwas zum Thema „Internationaler Wettbewerb und Leitindustrie“ sagen.

Die erste wichtige Nachricht aus der Universität Heidelberg ist, dass das Thema Transfer, das heißt, die Leistung der Wissenschaft in die Anwendung zu bringen, tatsächlich eine feste Säule neben Forschung und Lehre ist. Das haben wir dann zwar etwas hochtrabend als „Third Mission“ formuliert, aber das ist das Entscheidende: dass wir heute die Wissenschaft, auch die Grundlagenwissenschaft, in einer Spitzeninstitution wie in Heidelberg eben nicht als allein selig machende Aktivität verstehen, sondern dass wir wissen, dass das, was erforscht wird, und dass die Erkenntnisse, die erlangt werden, in die Anwendung kommen müssen, damit der Transfer als dritte Säule – als „Third Mission“ – der Universität fest verankert ist.

Ein Gradmesser, wie Wissenschaft tatsächlich industriell wirksam wird, könnte sein, dass man die Patentanmeldungen noch mal separat betrachtet. Jetzt muss man aber wissen, dass dem ein Konflikt innewohnt. Der Konflikt ist immer, dass in dem Zeitpunkt, in dem Sie öffentlich über Ihre Erkenntnisse gesprochen haben, sie natürlich nicht mehr patentierbar sind – denn dann ist es öffentliches Wissen –, und dass im gleichen Zug der Wissenschaftler durch die Publikation und die damit verbundenen Impactpunkte incentiviert ist. Das muss man wissen, wenn man die Patentausgründungen aus Universitäten beurteilt. Sie sehen hier anhand dieser Kurven, dass das noch kein einheitlich positives Bild ist, aber dass es zumindest in den letzten ein bis zwei Jahren – nach dem „Coronadip“ 2020 – ein Trend in die richtige Richtung ist. Da geht es um erteilte und laufende Patentfamilien und die Erfindungsmeldungen, die meist deutlich dynamischer sind als die echten Patentanmeldungen. Deswegen fällt der zeitliche Versatz zwischen der Erstanmeldung und einer möglichen wissenschaftlichen Publikation nicht so ins Gewicht und ist daher gut geeignet.

Also, Sie sehen: Wir müssen diesen Widerspruch auflösen. Ich plädiere aber im gleichen Zug dafür, dass wir – das kam heute Vormittag bereits zur Sprache – neue Messparameter über die Leistungsfähigkeit von wissenschaftlichen Institutionen ins Feld führen. Es ist eben nicht nur die wissenschaftliche Publikation oder der viel zitierte Impactfaktor, sondern es betrifft auch die Themen Patent oder Erfindungsmeldung.

Ein weitere Frage, über die immer diskutiert wird, lautet: Wollen wir nicht noch mehr Leistungsfähigkeit zum Thema Start-ups generieren? Sie sehen auf dieser Folie für diesen Bereich eine positive Entwicklung. Trotzdem würde ich Ihnen noch mal den Gedanken mitgeben, dass allein eine Start-up-Kultur, wie sie beispielsweise im viel zitierten und oft besuchten Silicon Valley anzutreffen ist, noch kein Garant dafür ist, dass wir das ohne Weiteres in unseren Kulturkreis transferieren können. Das möchte ich Ihnen auf jeden Fall mitgeben. Denn unsere Kultur, insbesondere die in Baden-Württemberg, ist mittelstandsgetrieben. Das bedeutet, wir sollten nicht nur bemessen, wie viele Start-ups aus einer Universität geleistet werden könnten, wie viele Be-

ratungen dort entstehen, sondern auch bemessen, wie viel Transferleistung in den Mittelstand passiert. Dort ist nämlich ein wesentlicher Treiber unserer Innovation. Deswegen habe ich Ihnen zwar einerseits diese Folie zu den Start-up-Beratungen mitgebracht, die einen positiven Trend aufzeigen und die auch wichtig sind, aber andererseits möchte ich auch sagen: Lassen Sie uns nicht vergessen, wie unsere Industrie hier in Baden-Württemberg ganz besonders geprägt ist – sie ist mittelständisch geprägt. Also: Transferleistungen auch in den Mittelstand.

Somit möchte ich für diese Rubrik ganz kurz zusammenfassen, was wir brauchen. Wir brauchen – das ist ganz entscheidend; ich habe das vorhin bewusst schon gesagt – rechtliche Experimentierräume. Das ist ein ganz zentraler Punkt: dass diese Begegnung auch auf wissenschaftlicher Ebene in einem manchmal etwas rechtlich geschützten Rahmen stattfindet – wir wollen hier keinen Unfug machen; verstehen Sie mich nicht falsch –, aber nicht sofort rechtlich reglementiert ist.

Wir brauchen – das muss hier kommen; die Diskussion war heute früh dazu auch schon in diesem Plenum – einen gestaltenden und keinen verhindernden Datenschutz. Ich glaube, hier gibt es noch Spielräume, in denen Sie in der Politik Leistungsfähigkeit entfalten können, indem Sie die Handlungsanleitungen immer wieder neu definieren und wir nicht nur versuchen, noch strenger als die Buchstaben des Gesetzes die Themen auszulegen.

Bei diesen Resonanzräumen – ich habe auf der Folie bewusst das Wort „Virtuelle“ vorangesetzt – geht es um Räume der Begegnung. Man muss wissen, dass die Sprache der Wissenschaft nicht mit der Sprache der Industrie identisch ist. Man muss lernen, miteinander zu kommunizieren. Es braucht aber diese Resonanzräume, um Themen miteinander von links nach rechts zu bewegen, um gemeinsam zu verstehen, wo es Anknüpfungs- und Berührungspunkte gibt und wie man sie gemeinsam zum Wohle einer Anwendung – allgemein gesprochen – und hier ganz besonders zum Wohle der Patientenversorgung benutzen kann.

Wir brauchen auch – ich hatte gerade versucht, es Ihnen zu erklären; ich möchte es noch mal herausarbeiten – die Einsicht, dass die Start-up-Kultur des Silicon Valleys aus Kalifornien hier sicherlich Impulse geben kann, aber unser Technologietreiber in vielen Fällen der Mittelstand ist. Das sollten wir uns auch immer wieder vor Augen halten. Ja, wir wollen Start-up-Förderung – dafür plädiere ich aus der Perspektive meiner Rolle an der Universität Heidelberg, aber auch als Vertreter der dunklen Seite der Macht sehr –, aber wir brauchen auch den Mittelstand und die Technologieförderung für den Mittelstand. Das sollten wir durchaus beachten.

Zweiter Teil: Regulatorik. Auch das kennen Sie. Wir wissen, dass wir heute – allerdings nicht erst seit heute, sondern seit vielen Jahren – einen systematischen Ansatz brauchen, um gewisse Prozesse in einen rechtskonformen Rahmen zu bringen.

Ich möchte aber an dieser Stelle trotzdem noch einmal rekapitulieren, wie wir zu der Medical Device Regulation gekommen sind. Das will ich Ihnen nicht vorwurfsvoll entgegenhalten, sondern ich möchte, dass wir uns einfach noch einmal vergegenwärtigen, wie manche Prozesse entstanden sind. Sie sind durch die kriminelle Aktivität eines französischen Unternehmers entstanden, der bei den regelmäßig stattfindenden Audits medizinisch geprüfetes Silikon für Brustimplantate verwendet hat. Aber kaum war der Auditor wieder aus dem Haus, hat er sich das Industriesilikon genommen und die Implantate gefertigt. Diese kriminelle Energie kann keine Regulatorik einfangen. Zu dem, was passiert ist, haben unsere Kollegen in Frankreich sofort gesagt: „Das ist weder ein französisches Problem noch ein Problem des Unternehmens. Das ist ein Regulationsproblem auf europäischer Ebene.“

Ich erzähle diese Anekdote nur deshalb, damit wir uns vergegenwärtigen, wie die Medical Device Regulation entstanden ist. Das auch mit dem Blick nach vorn, dass wir uns nicht immer an solchen Themen entsprechend orientieren. Was wird nämlich heute passieren? Wir haben – dank Corona um zwei Jahre verschoben – ab 2024 die scharf geschaltete Regulatorik über die Medical Device Regulation. Die Zahlen auf dieser Folie sind einfach einmal eine Näherungsgröße. Sie könnten in der Literatur fast alles finden. Aber mit einer Bereinigungsquote von etwa einem Drittel beim Produktportfolio fahren wir näherungsweise, glaube ich, ganz gut. Das ist ungefähr das, was wir zu erwarten haben. Ich gehe sogar noch weiter: Ich glaube, es werden wahrscheinlich ca. 30 % der Unternehmen zugunsten der multinationalen Konzerne, die vielfach nicht in Deutschland sitzen, vom Markt verschwinden. Das bedeutet, der Mittelstand in Deutschland, von dem ich gerade als Technologietreiber gesprochen habe, wird erheblich leiden. Ein weiterer Aspekt: Der finanzielle Aufwand, der getrieben werden muss, liegt für die aktuelle Regulation ungefähr – je nach Unternehmensgröße – bei ca. 30 % zusätzlich. Der positive Effekt auf die Patientensicherheit ist aktuell nicht zu beziffern. Ich bezweifle auch, dass es ihn tatsächlich gibt.

Eines muss man noch wissen: In unserer hoch transparenten Wirtschaftswelt besteht ja immer die Sorge, dass Produkte auf dem Markt sind, die Patienten gefährden. Ich sage Ihnen einfach: Völlig ausgeschlossen. Wenn Sie heute Produkte haben, die im Markt versagen – ob das Hüftprothesen sind, die brechen, oder Ähnliches –, ist das in so kurzer Zeit transparent, dass dieses Produkt praktisch nicht mehr vermarktbar ist. Die Einzigen, die es für eine gewisse Zeit wirklich wegatmen können – aber auch nur noch für eine gewisse Zeit –, sind wirklich große, häufig angloamerikanische Konzerne. In aller Regel bleiben patientengefährdende Produkte nicht auf dem Markt – völlig chancenlos. Das heißt, hier muss man schon konstatieren, dass wir wahrscheinlich etwas überreguliert haben. Können wir das Thema zurücknehmen? Das ist überhaupt nicht mein Plädoyer. Denn dieser Schuss ist aus dem Rohr.

Dementsprechend: Wir leben mit der Medical Device Regulation. Wir müssen mit ihr leben. Aber im gleichen Zug möchte ich sagen – das ist mein Appell an Sie –: Wir können mit Handlungsempfehlungen der Politik über die Regierungspräsidien, über die benannten Stellen unglaublich viel erreichen, indem wir wiederum diesen Stellen,

die das ausführen müssen, helfen, zu verstehen, wie wir es als Politik – ich spreche jetzt mal als „wir“, obwohl ich nicht dazugehöre – gern zum Wohle der Patientensicherheit verstanden wissen möchten. Das ist eine Möglichkeit, die ich heute noch sehe. Das Rad zurückzudrehen ist völlig ausgeschlossen. Dafür will ich gar nicht plädieren. Aber hier ist die Möglichkeit, dass Sie uns entsprechend unterstützen.

Ich gehe einen Schritt weiter, und zwar zum Thema Produktion. Ich erkläre Ihnen auch gleich, warum ich Ihnen die Wertschöpfungskette von der Forschung in die Produktion in dieser Art aufzeige. Sie wissen natürlich, dass wir gewisse Herausforderungen haben. Das sind sozusagen die Teuerungskosten in der Produktion. Da tauchen altbekannte Länder wie Großbritannien und Deutschland auf. Da taucht aber auch Rumänien auf. Das wird Sie überraschen. Im gleichen Zug ist es nicht so dramatisch. Denn wenn Sie die Grafik auf dieser Folie sehen, dann sehen Sie, dass Rumänien ganz am Ende der Produktionskostenauflistung steht.

Das, was ich Ihnen damit vermitteln will, ist: Wir sind hier in Deutschland hinsichtlich der Produktionskosten in einer etwas schwierigen Situation. Dennoch bin ich zuversichtlich, dass wir in Deutschland weiterhin ordentlich produzieren können. Aber es braucht die entsprechenden Grundlagen. Die Grundlagen sind eben – wir kommen zurück zur Forschung – Technologie und Innovation. Wenn diese Innovation in Deutschland entsteht – hier möchte ich noch mal kurz darauf verweisen: Es geht mir nicht um die Erfindungen, sondern es geht mir um Innovation im Sinne von Joseph Schumpeter, der Markt nehme das Produkt an bzw. der Kunde entscheide über die Innovation –, entsteht hier auch weiterhin die Möglichkeit, Fertigung zu halten und anzusiedeln.

Der zweite große Faktor – meist erschrecken die Leute, wenn man das sagt – ist das Thema Automatisierung. Der hohe Personalkostenanteil an den Lohnkosten eines klassischen manuellen Arbeitsplatzes ist nur dann zu kompensieren, wenn Sie konsequent Automatisierung – das hat wiederum mit Technologie zu tun – leisten.

Der dritte Faktor ist eine stabile, sichere Lieferkette. Das ist der Grund, warum ich diesen Exkurs hier überhaupt mache: Wir reden ja auch über das Thema „Krisenfeste Gesellschaft“. Wir haben vor zwei Jahren vielfach darüber diskutiert, wie wir stabile Lieferketten in der Coronakrise hinbekommen, als teilweise verlässliche Lieferanten und auch günstige Lieferanten ausgefallen sind. Ich muss mir also überlegen, wie mir, wenn ich diese stabile, sichere Lieferkette haben will, Technologie dabei helfen kann. Dann ist das für uns hier in Deutschland natürlich gut möglich.

Letztlich aber muss man wissen: Wenn Sie Unternehmen befragen – je nach Größe; je größer das Unternehmen, desto höher der Prozentsatz –, ob sie Produktionsverlagerungen ins Ausland planen, dann sind es ca. 30 %, 40 % aller Unternehmen, die heute darüber nachdenken. Bei der Gegenfrage, wer Fertigung nach Deutschland zurückholt, sind es nur noch 0 bis 10 %. Also, auch diese Konstellation muss man kennen und berücksichtigen.

Warum habe ich diesen Exkurs so gemacht? Wenn Sie Forschung an Universitäten, an Forschungseinrichtungen wie den Max-Planck-Instituten in Deutschland haben, und zwar in hoher Qualität, dann sorgt das dafür, dass die Technologie und die Umsetzung der Technologie in Produkte am Standort der Entwicklung sind: hier in Deutschland.

Erste wichtige Aussage: Forschung hat einen absolut direkt wirkenden Effekt auf Fertigungsstandorte.

Die zweite wichtige Aussage dazu ist: Wenn wir diese Fertigung hier im Land haben, werden wir nicht umhinkommen, sie heute so professionell – das heißt, so automatisiert wie möglich – abzubilden, um sie auch in Deutschland zu halten.

Das führt mich zu meinem dritten Argument. Wenn Sie die Fertigung einmal nicht mehr in Deutschland haben, dann wandert die Entwicklung inhaltlich hinterher. Wenn die Entwicklung und die Fertigung im Ausland sind, holen Sie das nie wieder zurück. Dessen müssen wir uns bewusst sein: dass wir hier für das, was wir haben, eher ein schützendes Manöver machen müssen, als eines, das auf das Zurückholen gerichtet ist. Der Rückholeffekt wird nicht gelingen.

Zum Schluss noch mal zu einem Punkt, den wir in dieser Woche hier in diesem Haus – unten im Bürger- und Medienzentrum – schon einmal diskutieren durften. Dabei spreche ich natürlich etwas für Heidelberg und für Mannheim. Die neu gegründete „Health & Life Science Alliance“ – verbunden mit einer Diskussion über einen Zusammenschluss der beiden Universitätskliniken Heidelberg und Mannheim – ist letztlich kein regionales Projekt. Es ist ein Landesprojekt für das gesamte Land Baden-Württemberg. Es bringt eine medizinische Verbundinstitution – ich sage bewusst „Verbund“, da noch eine ganze Reihe anderer Partner mitwirken – auf Augenhöhe mit internationalen Wettbewerbern, wohin wir auch kommen müssen.

Warum sage ich das, und warum plädiere ich dafür, dass es sinnvoll ist? Weil wir im Wettbewerb stehen. Wenn wir die Pfizers, die Medtronic oder die Johnson & Johnsons dieser Welt hier in Baden-Württemberg als Kooperationspartner haben wollen, dann müssen wir wissen, dass solche Unternehmen ihre Standortentscheidungen nicht aus der Emotionalität heraus treffen, weil sie z. B. einer Region verbunden wären oder gern dort wären, sondern sie fällen die Standortentscheidung ausschließlich aus den Gründen: Wo finde ich die Exzellenz, die für uns auf einem internationalen wettbewerbsfähigen Niveau verfügbar ist? Wenn wir es schaffen, diesen Weg zu gehen, dann glaube ich tatsächlich, dass wir hier etwas kreieren, was in Europa nahezu einzigartig ist. Lassen Sie mich deshalb in diesem Hause in Stuttgart sagen: Die Charité kommt gegen diesen Verbund nicht an. Das wäre in Deutschland wirklich absolute Spitzenklasse, wenn wir hier dieses Konzept fortschreiben könnten.

Es ist auch aus dem Grund wichtig, weil wir vor einer tiefgreifenden Transformation stehen, und zwar vor allem – aber nicht nur – in Baden-Württemberg. Sie wissen si-

cherlich, dass insbesondere im Automotive-Sektor durch die Transformation Zehntausende Arbeitsplätze auf der Kippe stehen. Die Transformation ist notwendig, sie ist erforderlich, aber es ist eben eine tiefgreifende Transformation.

Lassen Sie mich ganz kurz zusammenfassen: Ich wollte Ihnen vermitteln – der richtige Wissenschaftler kommt gleich mit Herrn Grundmann –, Forschung kann Transfer – auch in Baden-Württemberg. Wir müssen diesen Transfer leisten. Dazu braucht es aber wissenschaftliche Exzellenz und die Fähigkeit, den Transfer zu leisten. Wir brauchen für diese Forschungen Raum, und zwar nicht nur physisch, sondern auch rechtlich und virtuell. Ich wollte ihnen vermitteln, dass Regulation immer einengt, aber nicht immer auch nützt. Ich weiß, ohne Regulation geht es natürlich nicht. Aber dieses pointierte Statement kann ich Ihnen nicht ersparen. Ich versuchte, Ihnen zu vermitteln, dass abgewanderte Produktion nicht mehr zurückkommt. Also, die Chancen, dass das noch mal hier angesiedelt wird, sind einfach minimal gering. Sie können vielleicht ein paar leuchtende Beispiele bringen, aber grundsätzlich stimmt diese Aussage. Am Ende des Tages brauchen wir globale Champions in den Aktivitäten und nicht nur lokale Champions.

In diesem Sinn danke ich Ihnen sehr herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Knaebel. – Die Erwartungen an den Vortrag von Herrn Professor Dr. Grundmann sind jetzt natürlich gestiegen. Aber das nimmt er wahrscheinlich gern auf. – Herr Professor Dr. Grundmann, der uns per Videokonferenz zugeschaltet ist, hat auch eine Präsentation für uns. – Bitte sehr, Herr Professor Dr. Grundmann.

Sv. Herr Dr. Grundmann: Bevor ich Ihnen die Präsentation einspiele, möchte ich Ihnen, Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete und Damen und Herren der Enquetekommission, die mich eingeladen haben, ein paar einleitende Worte sagen. Ich freue mich, Ihnen ganz kurzfristig zur Verfügung stehen zu dürfen. Ich bin gestern um 11:55 Uhr von Frau Richterin Otto eingeladen worden und habe mir die Mühe gemacht, ein paar Folien zusammenzusammeln, um dem Anlass dieses Vortrags gerecht zu werden.

Ich habe mir die Aufgabe gestellt, noch einmal auf die Pandemie einzugehen und im Gegensatz zu dem, was wir heute Morgen gehört haben, nicht die Folgen der Pandemie direkt in der Pflege, in der Altenpflege, die Katastrophe oder die Besorgnisse, die man heute Vormittag zu Recht geteilt hat, weiter zu beleuchten, also nicht die distalen Folgen zu betrachten, sondern sie einmal proximal zu betrachten. Ich habe mir die Fragen gestellt: Kann man solche Krisen, eine solche Pandemie nicht im Vorfeld verhindern, kann man sie nicht beeinflussen, und kann man nicht frühzeitig steuernd auf diese Dynamik, die fast regelhaft oder zumindest schicksalhaft zu sein scheint, Einfluss nehmen? So habe ich mich gefragt, was eigentlich solch eine Pan-

demie ausmacht. Denn am Anfang ist das ja ein sehr kleines Ereignis. Wenn man das an dem Punkt sozusagen schon ausbremsen könnte, hätte man wahrscheinlich auch keine Pandemie.

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

Sie sehen jetzt meine Folie, auf die ich gern noch mal zurückkomme. Meine Aufgabe besteht darin, Ihnen die Pandemie von Covid-19, die seit 2019 läuft und in der wir uns immer noch befinden – wir lernen auch immer noch dazu –, aus der Sichtweise eines Maximalversorgers, wie es die Uniklinik Freiburg ist, an der ich Gelegenheit habe, zu arbeiten und ein Institut zu leiten, die Lessons Learned vorzustellen.

Mein Vortrag gliedert sich in vier Punkte. Ich möchte die Gelegenheit nutzen, Sie noch mal in die Zeit zurückzuholen, als die Pandemie noch klein war, als sich das noch in Wuhan auf irgendeinem Markt abspielte, und Ihnen wirklich noch mal die Geschichte der Covidverbreitung darzustellen, wie sie nach Deutschland kam und wie wir dann darauf reagieren mussten oder konnten.

Ich möchte Ihnen noch kurz mitteilen: Ich habe meine Folien in Englisch beschriftet. Ich rede in der Tonspur aber natürlich auf Deutsch. Es hat Vorteile, die Folien auf Englisch zu haben. Sie können es sich vorstellen: Als Wissenschaftler kann man die dann auch mal recyceln.

Der zweite Punkt wird sein, dass wir uns darüber Gedanken machen werden, wie man eine solche Pandemie vorhersagen kann und wie man mit solchen Vorhersagen im Rahmen der Gesundheitsversorgung steuernd Einfluss nehmen kann. Das heißt, die Steuerung läuft vor allem über Vorhersagen. Die basieren auf mathematischen Modellen. Aber ich werde Ihnen hier heute natürlich die Mathematik vorenthalten, weil ich Sie auch nicht langweilen möchte. Schließlich und endlich werde ich auf genomische Surveillance, genomische Erreger-Surveillance, eingehen, als ein Mittel der Wahl, um die Verbreitung von Erregern – das trifft jetzt nicht nur auf Covid zu, sondern das können auch multiresistente bakterielle Krankheitserreger sein – über Zeit und Raum abzubilden. Das ist so ähnlich, wie wir uns das bei Wetterkarten vorstellen: dass wir im Prinzip Vorhersagen machen können, wohin sich eine Wolke bewegen wird. Das ist das, was ich versuche, Ihnen heute in 20 Minuten vorzustellen.

Ich fange sozusagen mit der Mutter der Ereignisse an, wie wir sie momentan – Stand November 2022 – verstehen. Im Dezember 2019 beginnt diese Pandemie tatsächlich auf dem Großmarkt in Wuhan, im Zentrum von Wuhan, nördlich des Flusses Jangtse. Das ist ein Großmarkt, den nicht nur weiterverkaufende Betriebe benutzen, sondern der auch der Öffentlichkeit zur Verfügung steht. Hier sehen Sie die Abteilung für Rindfleisch – da steht oben „Niúròu“ –, aber in diesem Markt, in diesem vollkommen überdachten Markt verborgen gibt es auch einen „Live Market“, auf dem lebende

Säugetiere verkauft werden, zum Konsum feilgeboten werden. Die Frage, die man sich ja immer gestellt hat, ist, ob das das Epizentrum dieser Pandemie ist.

Dazu möchte ich Ihnen zum Stand der Wissenschaft heute folgende Folien nicht vorhalten:

Auf dieser Folie sehen Sie einen Stadtplan von Wuhan. Der Jangtse ist ein großer Fluss, der die Stadt in zwei Teile teilt. Ursprünglich waren das drei Städte, die in den Fünfzigerjahren unter dem Namen Wuhan zusammengewachsen sind. Nördlich des Jangtse befindet sich der Huanan-Markt. Sie sehen auch die ersten 155 Fälle eingezeichnet, von denen Adressen bekannt waren und die man geolokalisieren konnte. Das heißt, das sind die Wohnorte der ersten 155 Fälle. Die orange gekennzeichneten Kreise sind Fälle, die eine klare Assoziation zum Huanan-Markt hatten. Bei den anderen handelt es sich um nicht assoziierte Fälle. Was Sie aber sicherlich über die Dichteverteilung der Punkte auch schon erkennen können, ist, dass sie sich tatsächlich irgendwie um diesen Markt zu scharen scheinen. Dazu haben meine Kollegen in Großbritannien und in Australien Mathematik geliefert, die sozusagen die Risikoverteilung als Dichtegradient abbildet. Im Zentroid dieser Risikoverteilung von all diesen Fällen liegt tatsächlich der Huanan-Markt. Damit sind alternative Erklärungen, wo dieses Virus seinen Anfang nahm, eher unwahrscheinlich. Es scheint tatsächlich so zu sein, dass der Huanan-Markt der Ausgangspunkt der Pandemie war.

Auf der nächsten Folie sehen Sie vergrößert, dass der Markt aus zwei Seiten besteht, nämlich aus dem östlichen Teil und dem westlichen Teil. Man kann sogar, wenn man ganz genau hineingeht und die Daten, die generiert worden sind, die Isolate, genau analysiert, Zusammenhänge erkennen. Es handelt sich um Isolate aus der Umgebung, vom Fußboden und von Schuhen von Mitarbeitern, aber auch um Isolate von Patienten, die erkrankten. Daraus kann man einen Dichtegradienten für die Risiken errechnen. Das Risiko war im westlichen Teil dieses Marktes am höchsten, und zwar im Besonderen dort, wo Lebewesen zum Verkauf feilgeboten wurden.

Wir können mittlerweile fast davon ausgehen, dass die Epidemie von diesen vier Ständen ausgegangen ist, in denen lebende Marderhunde feilgeboten, zum Verkauf angeboten wurden. Wir wissen auch, dass Marderhunde hervorragende Zwischenwirte für Coronaviren sind, ob die nun ursprünglich von Fledermäusen stammen, oder auch nicht. Marderhunde sind tatsächlich ein idealer Zwischenwirt. Die wurden hier eben auch gehalten.

Das ist der Stand der Dinge seit August. Sie können sich diese Folien selbst gern noch mal anschauen. Ich habe die Quelle genannt. Es handelt sich um einen Artikel aus der „Science“ vom August dieses Jahres.

Wie spielte sich das dann alles ab? Es wurden dann natürlich Fälle mit Pneumonie unklarer Genese in den Krankenhäusern aufgenommen. Von einem dieser Patienten wurde am 24. Dezember eine Bronchoalveoläre Lavage – das ist eine Spülung aus

dem tiefen Luftweg – an einen privaten Anbieter – an ein Industrieunternehmen namens Vision Medicals in der Stadt Guangzhou im Süden Chinas – eingeschickt. Die hatten bereits am 27. Dezember 2019 die erste vollständige Genomsequenz – zwar noch als Draft; aber die Sequenz war bekannt – durchgeführt, und es deutete alles darauf hin, dass es sich dabei um ein neues Coronavirus handelt, dass sich auch von dem Coronavirus unterschied, das 2002/2003 als SARS-CoV-1 um die Welt gegangen ist.

Am 30. Dezember ist die Nachricht eigentlich erst richtig herausgekommen, als dieser Kollege – das ist ein Ophthalmologe aus dem Central Hospital of Wuhan – eine Information über WeChat geleakt hat – das ist ein Pendant zu Whatsapp, das in China benutzt wird –, über die sozialen Medien die Botschaft verkündet hat, dass die Krankenhäuser in Wuhan vor einer Pneumonie, vor einer Lungenentzündung unklarer Genese gewarnt worden sind. Erst hierüber ist beispielsweise das Center for Disease Control in Peking überhaupt darauf aufmerksam geworden, was in Wuhan unterwegs ist.

Am 31. Dezember – einen Tag später – haben dann natürlich die Municipal Health Authorities von Wuhan reagieren müssen und haben den Report über eine neue Pneumonie mit der Nachricht veröffentlicht, sie sei nicht übertragungsfähig zwischen Menschen und sie werde eindämmbar sein. Das ist der Report. Ich kann mir vorstellen, dass Sie den jetzt nicht lesen können. Aber was man hier entnehmen kann, ist, dass das am 31. Dezember um 13:38 Uhr war. Das war die erste wirklich international verfügbare Message über die Tatsache, dass irgendetwas in Wuhan anfängt zu gären. Das hat die Weltgesundheitsorganisation aufgenommen und hat am 5. Januar publiziert, dass am 31. Dezember aus China folgende Nachricht gekommen ist: Pneumonie unklarer Genese. Das ist der Anfang.

Am 2. Januar hat das Wuhan Institute of Virology die Genomsequenz vollständig und auch mit hoher Qualität abbilden können. China CDC meldet zu diesem Zeitpunkt 44 Fälle.

Am 6. Januar, einen Tag nachdem die WHO den Circular herausgebracht hat, meldet die WHO Beschwerden an, weil man weiß, dass in China die Sequenz vorhanden ist, aber die Sequenz noch nicht geteilt worden ist. Das klagt die WHO an, aber ist natürlich sehr vorsichtig, um aus politischen Gründen China jetzt nicht vom rechten Weg abzubringen.

Das Problem, wenn man diese Sequenz eben nicht hat, zeigt sich am 8. Januar: An der Mahidol University in Bangkok wird eine Patientin aufgenommen, die Passagierin auf einem Flug von Wuhan nach Bangkok war und mit Symptomen erkrankt wurde. Im Krankenhaus wurde dann ein Isolat eines neuen Coronavirus sequenziert. Aber diese Sequenz war mit nichts vergleichbar, weil die Sequenzen aus China noch nicht vorlagen.

Am 10. Januar erklärt eine Expertenkommission – entsandt von ganz hoch oben: aus Peking nach Wuhan –, dass das Virus nicht zwischen Menschen übertragbar ist und dass die Verbreitung immer eindämmbar ist. Das war also eine beruhigende Nachricht.

Am 11. Januar – genau einen Tag später –, hat Professor Zhang Yongzhen auf Drängen meines Freundes und Kollegen Edward Holmes hin – er arbeitet mittlerweile in Sydney, stammt aber aus Oxford –, die gesamte Genomsequenz, die bereits vom 5. Januar stammt, auf der Plattform „www.virological.org“ international zur Verfügung gestellt, obwohl er hierzu nicht autorisiert war. Erst dann war es natürlich möglich, diagnostische Methoden zu entwickeln.

Am 15. Januar ist in Shenzhen – einer Großstadt im Norden, an der Grenze zwischen Hongkong und der Volksrepublik – nachgewiesen worden, dass es Mensch-zu-Mensch-Übertragungen gibt. Das war allerdings schon wesentlich früher bekannt, nämlich schon am 24. Dezember. Zu diesem Zeitpunkt waren in Wuhan ganz klare „Family Cluster“ unter den Patienten, die dort in den Krankenhäusern behandelt wurden. Aber das ist eben nicht an die Öffentlichkeit gedrungen.

Am 20. Januar – wir kommen jetzt nach Deutschland; nur noch eine Nachricht aus China – wird schließlich auch im chinesischen Fernsehen erwähnt, dass es sich hierbei tatsächlich um eine Infektionskrankheit handelt, die auch zwischen Menschen übertragen werden kann. Deswegen gab es dann doch die Beunruhigung, dass sich das Virus verbreitet.

Am selben Tag – für die Bundesrepublik Deutschland jetzt interessant – kam unser „Patient Zero“, ein Handelsreisender – Sie werden sich erinnern – nach seinem Flug aus Schanghai in Starnberg mit den Mitarbeitern des Industrieunternehmens in Kontakt und sorgte für den Ausbruch eines Clusters mit 16 Patienten, von denen die Mehrzahl Familienangehörige der Mitarbeiter dieses Unternehmens waren.

Am 24. Januar – eigentlich vier Wochen zu spät, muss man fast sagen; denn die erste Sequenz war ihm ja schon am 24. Dezember eingesandt worden – hat Herr Drost aufgrund der Vorgaben und der Sequenzdaten – er war dazu an der Charité in Berlin in der Lage – eine PCR-Methode publiziert, die dann am 28. Januar auch bei uns an der Uniklinik in Freiburg implementiert wurde und zur Verfügung stand. Das sind dann doch extrem schnelle Reaktionszeiten, dass man dann eine PCR-Methode hat, die dann auch weltweit zur Bestätigung und zum Nachweis dieser neuen Infektion Verbreitung fand.

Am 2. Februar – wieder in der Bundesrepublik – erfolgt dann die Repatriierung von deutschen Staatsangehörigen mit einem Bundeswehrflug aus Wuhan nach Bonn. Unter denen wurden zwei Patienten entdeckt, die sich auch tatsächlich in Wuhan angesteckt hatten. Das war dann die zweite Gruppe von Patienten in Deutschland.

Am selben Tag verstirbt der Ophthalmologe Li Wenliang, der sich auch angesteckt hat, im Krankenhaus in Wuhan.

Am 15. Februar – daran werden Sie sich alle erinnern – ist in Gangelt ein Karnevalsereignis – eine örtliche Veranstaltung mit wenig Raumluft, aber mit vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern –, das zum ersten Superspreading-Event in der Bundesrepublik führt.

Zwischen dem 17. und 21. Februar – das ist auch speziell aus der Sicht der Universitätsklinik Freiburg ganz wichtig – findet ein großes religiöses Ereignis in Mulhouse auf der französischen Seite – 15 km von der deutschen Grenze entfernt, auf der westlichen Rheinseite – mit 2 200 Teilnehmern statt, eine Woche des Gebetes und des Fastens. Dort haben sich die Teilnehmer alle geschart. Es werden weder Abstände eingehalten, noch Masken getragen. Das war das nächste Superspreading-Event, unter dem vor allem die Region Grand Est sehr stark gelitten hat. Der Region haben wir, die Uniklinik Freiburg, auch Hilfe angeboten und geleistet.

Am 22. Februar gibt es den ersten Patienten, der in Italien positiv auf das „Novel Coronavirus“ getestet wird, und zwar in der Provinz Lodi, in dem Dorf Codogno am Po in der Region Lombardei.

Den 24. Februar – Rosenmontag – sollte man aus Sicht der deutschen Feierlaune nicht verschweigen.

Am 5. März – das ist die letzte Meldung auf meiner selbst erstellten Zeitachse; das muss man sich mal auf der Zunge zergehen lassen – kommen die Gesundheitsbehörden Islands zu dem Schluss, dass Ischgl in Tirol ein Hotspot der Übertragung ist. Das wird in Island wahrgenommen. Warum wird das in Island wahrgenommen? Weil in Island alle Isolate sequenziert wurden und man feststellen konnte, dass sich diese Isolate von allen anderen unterscheiden, aber alle aus Ischgl gleich sind. Deswegen: Es war ein Superspreading-Event in Tirol.

Das war die Situation, in der sich die Uniklinik Freiburg und alle Kliniken Baden-Württembergs befunden hatten. Unser Leitender Ärztlicher Direktor ist zu mir gekommen und hat gesagt: „Herr Grundmann, Sie sind doch Infektionsepidemiologe. Was kommt denn da auf uns zu?“ Damit war bereits Ende Februar, Anfang März der Auftrag gegeben, sich Gedanken darüber zu machen, wie groß die Welle wird und wann die Welle auf ihrem Höhepunkt ist.

Wir haben uns diesen Fragen genähert, und ich möchte Ihnen kurz darstellen, auf welche Art und Weise wir zu einer Lösung gekommen sind.

Vorsitzender Alexander Salomon: Herr Professor Dr. Grundmann, ich unterbreche Sie nur ungern.

Sv. Herr Dr. Grundmann: Das ist jetzt der Stand am 16. März 2020. An dem Tag hatten wir zwölf Patienten.

Vorsitzender Alexander Salomon: Ich unterbreche Sie nur ungern, aber ich möchte Ihnen sagen, dass uns langsam die Zeit davonläuft. Vielleicht schaffen Sie es, das, was Sie uns noch sagen wollen, ein bisschen kompakter zu fassen. Dabei haben wir natürlich auch die Botschaft für den heutigen Tag, den 11. November, mit ihrem Verweis auf Fasching wahrgenommen.

Sv. Herr Dr. Grundmann: Danke schön. – Ich kann auch in meinen Folien springen.

Was konnten wir machen? Wir haben hier einmal die vom Zivilschutz gemeldeten Fallzahlen aus Italien – darauf komme ich nachher auch gern noch einmal zurück –, die digital zur Verfügung standen – von Anfang an eine ganz hervorragende, maschinenlesbare Tabelle –, genommen, um die Fallzahlenentwicklung auf logarithmischer Basis abzubilden. Das heißt, alles, was hier linear erscheint, ist exponentielles Wachstum. Da sieht man jetzt drei „Take-Home-Messages“: Egal, wo man hinschaut – ob nach Lodi, in die Lombardei, auf Italien als Gesamtes oder nach Deutschland –, sieht man, dass die Verbreitungsgeschwindigkeit, sozusagen die „Flugrichtung“, bei allen parallel verläuft, nur auf unterschiedlicher Flughöhe. Das heißt, Deutschland ist noch hintendran und noch nicht so weit. Das Dritte, was man sieht, ist, dass in Lodi, also im Epizentrum in Italien, der exponentielle Zuwachs schon abbricht, also die exponentielle Dynamik aufgehört hat und wahrscheinlich schon am Peak angekommen ist.

Das, was wir dann gemacht haben, ist – ganz einfach –, diese Kurve so zu normalisieren, sie sozusagen zu überlagern, sodass wir sagen können: Okay, wir sind in Deutschland mittlerweile hier, und bis dahin müssen wir noch kommen, um an den Höhepunkt zu kommen. Daraus ergibt sich dann folgende Timeline. Wir sehen den Peak am 9. März in Lodi. Wir erwarten dann den Peak am 22. März in der Lombardei, sechs Tage später in Italien. Da Deutschland noch mal neun Tage hinter Italien herhinkte, erwarteten wir den Höhepunkt der Epidemie am 6. April. Für Freiburg haben wir uns da vertan. Das lag wahrscheinlich an diesem Massenergebnis. In Freiburg war der Peak tatsächlich am 3. April. Da haben wir uns also um drei Tage vertan.

Das Nächste, das wir gemacht haben, war: Wir haben uns überlegt, wie viele von den Infizierten – das werde ich mal ganz kurz erklären – denn ins Krankenhaus gehen. Wir gingen damals davon aus, es sind 25 %. Wenn sie dann im Krankenhaus ein Bett bekommen, haben wir uns gefragt: Wie viele davon werden auf Intensivstationen behandelt, wie viele werden schnell oder langsam versterben, und wie viele werden wieder genesen?

Um diese Zahlen, dieses Modell zu bevölkern, haben wir am Anfang Expertenbefragungen durchgeführt. Das sind einfach Expertendaten, Expertenschätzungen. Diese

Zahlen haben uns dabei geholfen, zu sagen: Okay, dann erwarten wir auf Intensivstationen – auf der Folie in Rot dargestellt – zum Zeitpunkt des Höhepunkts diese Zahl von Aufnahmen und auf den Normalstationen – auf der Folie in Blau dargestellt – diese Zahlen von Aufnahmen. Das sind dann die Aufnahmen pro Tag. Aber die führen natürlich zu einer Bettenbelegung, die weit höher ist, weil die aufgenommenen Patienten einige Tage im Krankenhaus verweilen. Das sind dann diese Erwartungshorizonte, die wir hier mit einer Simulation eines stochastischen Modells abbilden. Wenn man das tausendmal simuliert, bekommt man es glattgezogen. Dann sah das so aus – das war unsere erste Vorhersage am 16. März –: Wir brauchen 52 Beatmungsbetten und 150 Betten auf Normalstationen.

Das hat dazu geführt, dass unser Leitender Ärztlicher Direktor gesagt hat: „Da packen wir noch was drauf. Wir bereiten 80 Beatmungsplätze vor.“ Die Uniklinik hat damit sozusagen ihr ganzes OP-Programm herunterfahren müssen, um diese Beatmungskapazitäten freizuhalten. Aber wir haben das geschafft, und – Gott sei Dank – handelte es sich um eine Überschätzung. Ich werde Ihnen ganz kurz sagen, warum. Weil wir natürlich von Tag zu Tag lernten. Jedes Mal, wenn wir dazugelernt haben, haben wir das Modell angepasst, verändert, sodass wir schließlich auf dieses Modell kamen. Glattgezogen sieht dieses Modell so aus – das war die Vorhersage am 8. April –: Sie sehen, die tatsächliche Bettenbelegung auf der Intensivstation deckt sich mit unseren Vorhersagen, zumindest mit dem Konfidenzintervall. Damit waren unsere Vorhersagen eigentlich relativ robust und wurden auch immer robuster. Gott sei Dank lagen wir am Ende der ersten Welle mit unserer Vorhersage der Beatmungskapazität richtig. Allerdings lagen wir mit unserer Prognose der Belegung der Betten auf den Normalstationen nicht richtig. Die hatten wir überschätzt. Aber das macht in einem Großkrankenhaus auch nicht so viel Arbeit.

Jetzt komme ich fast schon zum Ende. Eine wichtige Frage ist: Wofür kann man solche Daten benutzen? Da geht es jetzt auch um die Lieferketten und um die Vorhaltung von bestimmten wichtigen Utensilien. Wenn wir eine Zunahme an Patienten haben, die besonders geschützt behandelt werden müssen und bei deren Behandlung auch der Arbeiterschutz im Vordergrund steht, dann brauchen wir Atemschutzmasken, Schutzausrüstungen. Wir haben unsere Daten benutzt, um die Simulation für unsere Verbräuche umzusetzen: Verbrauch von Atemschutzmasken, in dem Szenario, dass wir keine weitere Lieferung mehr erwarten, dann in dem Szenario, dass nur 50 % unserer Lieferungen eingehalten werden – Sie erinnern sich, es gab ja eigentlich gar nichts mehr; der Markt war leergefegt –, und dann in dem Szenario, dass 100 % unserer Bestellungen tatsächlich geliefert werden. Was ist passiert? Wir verbrauchen jeden Tag eine durchschnittliche Anzahl, und wenn sich der Verbrauch, der bei den Patienten dazukommt, hier trifft, dann ist das der Punkt, an dem wir keine Atemschutzmasken mehr haben. Das haben wir für alle Szenarien durchgespielt.

Jetzt zeige ich Ihnen die täglichen Daten, die wir gebraucht haben, um steuernd einzugreifen. Wir wussten, dass wir bereits in der zweiten Hälfte der Epidemie keine Atemschutzmasken, also FFP2-Masken, mehr haben würden, sollten wir keine Liefe-

rungen mehr bekommen. Deswegen haben wir uns dafür entschieden, die FFP2-Masken durch Dampfsterilisation wiederaufzubereiten. Es gab eine Rückhaltekapazität im Institut, um die Wirksamkeit der Atemschutzmasken für die Mitarbeitenden zu testen, bevor wir sie wieder freigegeben haben. Das sind Dinge, die man dann tun kann, um steuernd einzugreifen.

Ich zeige Ihnen jetzt zwei Folien zur pathogenen Surveillance. Das sind phylogenetische Bäumchen. Ich verdeutliche es Ihnen anhand des ersten Ausbruchs mit der englischen Variante, die hinterher „Alpha“ genannt wurde. Bei uns in Freiburg war das ein Ausbruch in einer Kita. Sie sehen: Wenn die alle auf derselben Linie sind, dann sind diese Isolate nicht zu unterscheiden. Das ist auch ein ganz klarer Hinweis auf eine engmaschige Übertragung, auf einen Ausbruch. Wenn man das auf die Gesamtzahl von Isolaten aus der Klinik in einem Monat überträgt, dann erhält man ein solches Bäumchen, und dann sehen Sie, dass es auch bei uns in der Klinik Ausbrüche gab, bei denen Personal Patienten angesteckt hat oder Patienten Personal angesteckt haben. Die Reihenfolge oder die Richtung kann man da nicht entnehmen, aber wir haben immer wieder Cluster und natürlich auch Übertragungen, die im Krankenhaus vorgekommen sind.

Um Ihnen noch mal das schmackhaft zu machen, was wir aufgebaut haben, ist für Sie vielleicht diese URL interessant. Wenn Sie sie in ein Fenster Ihres Browsers eingeben, werden Sie auf eine interaktive Webseite geleitet, die auf jedes geografische Niveau heruntergebrochen werden kann, also auf Landkreisebene für jeden der 425 Landkreise der Bundesrepublik Deutschland. Sie können es sich aber auch auf Landesebene anschauen. Sie können mit diesem Modell Vorhersagen über die Fälle in den nächsten 90 Tagen machen und damit steuernd auf die Verfügbarkeit der Betten Einfluss nehmen.

Das war in der Delta-Welle sehr wichtig, als es dann nicht nur nach der Kleeblattstruktur, sondern auch über das „Resource Board“ in Baden-Württemberg zu einer gemeinsamen, konzertierten Verlegung, z. B. per Hubschrauber, von Patienten zwischen den großen Intensivstationen kam, um die Regionen Baden-Württembergs zu entlasten, die an Überlast in die Knie gegangen sind.

Jetzt komme ich zu meiner letzten Folie: meine Empfehlungen. Das ist ganz einfach. Es bleiben vier Punkte übrig.

Erstens: Digitalisierung von Meldekettten – das haben Sie heute Morgen bereits so oft gehört, dass ich dazu gar nicht mehr viel sagen muss. Sie wissen, am Anfang waren wir auf Faxe angewiesen. Das hat sich ja alles verbessert. Die DEMIS-Methode, die vom RKI entwickelt worden ist, ist schon ein enormer Schritt in die richtige Richtung. Sie hat noch Kinderkrankheiten, aber es wird besser. Wichtig ist: Am Anfang hatten wir Daten, die sehr heterogen oder nur im PDF-Format verfügbar waren. Das ist überhaupt nicht maschinenlesbar. Meine Mitarbeiter mussten diese Daten täglich

händisch eingeben, während beispielsweise in Italien der Zivilschutz da schon weit voraus ist. Dahin kommen wir jetzt auch.

Wichtig wäre, das nicht nur national, sondern auch international zu haben. Es ist auch für uns, für unsere Versorgung nicht uninteressant, zu wissen, dass in 15 km oder eigentlich 30, 40 km von hier ein Großereignis stattfindet. Das hat natürlich auch für uns ganz besondere Bedeutung gehabt. Aber die Kommunikation international war hier eigentlich noch nicht richtig entwickelt.

Wofür brauchen wir diese maschinenlesbaren Daten? Das Modell, das ich Ihnen gerade gezeigt habe, das Sie über die URL öffnen können, greift zweistündlich auf alle Daten zurück – sowohl auf die DIVI-Daten als auch auf die Belegungsdaten der Krankenhäuser oder die RKI-Daten – und teilt diese ganzen Informationen im Cache-Memory, sodass man historisch zurückgehen und dieses Modell auch immer wieder validieren kann, um Vorhersagen auch im Rückgriff auf die Vergangenheit machen zu können, sodass man sehen kann, wie gut dieses Modell tatsächlich funktioniert.

Wichtig ist es, Sequenzierkapazitäten vorzuhalten, um eine genomische Erreger-Surveillance flexibel zu gestalten. Die braucht man vielleicht nicht dauernd, vielleicht braucht man nur ein paar wenige Erreger, die man sich da anschaut – beispielsweise lebensmittelassoziierte Infektionskrankheiten –, aber diese Surveillancekapazität muss einfach vorgehalten werden. Da ist noch viel Luft nach oben.

Problematisch ist auch der Datenschutz – Herr Knaebel hat das angesprochen –, gestaltender Datenschutz. Wir haben in Tübingen eine Datenbank namens CoGDat eingerichtet, die aber nur dann funktioniert, wenn wir nicht nur die Sequenzdaten abbilden, sondern wenn wir wissen, woher diese Sequenzdaten geografisch kommen und wann die Isolate gewonnen wurden. Da hat sich gerade der baden-württembergische Datenschutzbeauftragte nicht notwendigerweise mit Ruhm bekleckert. Denn seit einem Jahr sind wir dabei und versuchen, das auf die Bahn zu bringen. Zuletzt habe ich gehört, dass es jetzt wahrscheinlich auch ganz gut läuft. Da sollte Datenschutz nicht hinderlich sein.

Die letzte Empfehlung ist die Metagenomik bei der Erreger-Discovery. Das ist ganz einfach. Wir machen das hier bei unserer Intensivstation für Neugeborene. Das Ziel besteht darin, dass man einen Abstrich entnimmt, diesen ins Labor schickt und nach 45 Minuten das Mikrobiom mit allen Bakterien und Viren abbildet – also die lateinischen Namen dafür abzubilden und sogar – das ist das, woran wir arbeiten – vorher-sagen zu können, welche Antibiotika-Resistenzgene es gibt, damit wir dann auch gleichzeitig wissen, womit das behandelt werden kann. Das kann man auch für Erreger verwenden, die weltweit noch nicht gesehen worden sind. Das ist im Sinne der Erreger-Discovery eine der wissenschaftlichen Methoden, um solche Ereignisse sicherlich noch schneller eingrenzen zu können.

Ich belasse es jetzt einfach mal dabei.

Auf meinen letzten Folien habe ich die Menschen aufgeführt, denen man danken muss, dass ich überhaupt solch einen Vortrag hier bei Ihnen halten konnte.

Nun gebe ich das Wort an den Vorsitzenden zurück. Für Ihre Fragen stehe ich natürlich zur Verfügung.

Danke schön.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Grundmann. Es war jetzt leicht länger, aber es hat uns interessiert, am Schluss ihre Empfehlungen mitzubekommen. – Jetzt möchte ich zur Fragerunde überleiten. Frau Abg. Dr. Aschhoff hat sich für die Fraktion GRÜNE gemeldet.

Abg. Dr. Susanne Aschhoff GRÜNE: Vielen Dank für die spannenden und sehr breit gefächerten Inputs, die wir hören konnten. – Ich habe eine konkrete Frage an Herrn Professor Knaebel, und zwar wie wir gewisse Täler oder Spannungsgebiete überwinden können. Herr Professor Kräusslich hat es „Valley of Death“ genannt. Sie haben von der dunklen Seite der Macht gesprochen. Was konkret kann die Politik gestalten, damit man aus der Forschung schnell zu marktfähigen Produkten kommt? Das haben Sie zum Teil schon beschrieben. Wie können wir aber auch umgekehrt sicherstellen, dass nicht nur der globale Wirtschaftlichkeitsfaktor diese Produkte an die Patienten bringt, sondern dass auch eine Versorgungssicherheit für seltene Erkrankungen oder auch wirtschaftlich nicht so interessante Medikamente gegeben ist? Fiebersaft ist so ein Beispiel.

Sie hatten auch das Spannungsfeld zur Globalisierung angesprochen und erwähnt, dass es ein aufstrebender Wirtschaftsfaktor gerade auch für Baden-Württemberg sein kann. Wie müssen die Bedingungen sein, damit wir möglichst nicht nur im Sinne der Patientenversorgung, sondern auch wirtschaftlich im Hinblick auf Arbeitsplätze und Standortvorteile von diesem Wirtschaftsbereich profitieren können? Wie kann man umgekehrt aber auch auf die Verantwortung einwirken, die solche Unternehmen auch haben? Die Lieferketten oder die wirtschaftlich nicht so relevanten Produkte sind dabei wesentliche Punkte. Inwieweit kann man die Industrie in eine ethische Verantwortung nehmen? So würde ich etwas zugespitzt fragen. Wir wollen schließlich resilient und krisenfest für die Zukunft werden. Das ist nicht unbedingt ein Aspekt, den globale Pharmaunternehmen oder andere Unternehmen haben.

Herrn Professor Grundmann frage ich – Sie haben ja beschrieben, wie komplex die Kommunikation und die Lehren aus dieser sehr schnell voranschreitenden Pandemie waren –: Was wäre die Lehre daraus? Sie haben den Datenschutz angesprochen. Es geht auch um Strukturen. Wissenschaftler haben einen natürlichen Wissensaustausch. Dafür gibt es auch gewisse Strukturen. Forschungsdatenbanken und Publi-

kationen sind in diesem Fall aber zu langsam gewesen. Sie sind auch nur mit einer gewissen Lücke in Regierungsaktivitäten umzusetzen gewesen – auf lokaler Ebene schon eher. Welcher Anspruch sollte verfolgt werden, damit man das international bei der nächsten Pandemie, von der man leider ausgehen muss, schnell und geschickt in gutes Handeln umsetzen könnte?

Danke.

Abg. Dr. Michael Preusch CDU: Auch von unserer Seite noch mal vielen Dank für die spannenden Vorträge und vor allem für die Kleingliedrigkeit, mit der Sie, Herr Professor Grundmann, initial gezeigt haben, wie man dem Erreger auf der Spur ist. Da bleibt für mich nur die Frage: Wem gehörte denn der Marderhund? Konnte das Ihre Evaluation auch ausfindig machen? Spaß beiseite.

Sie haben die Infection Surveillance erwähnt. Das ist ein wichtiger Parameter, um möglichst frühzeitig den Ausbruch von Infektionskrankheiten zu erkennen. Das betrifft natürlich auch Infektionen, die vor Ort auftreten, z. B. Legionellen in einem Bad oder Salmonellen im Großhandel. Das betrifft aber auch HIV bei Geflüchteten, insbesondere aus der Ukraine mit einer hohen Prävalenz. Wenn wir so eine Infection Surveillance aufbauen würden: Hat es Sinn, dies auf Landesebene zu machen, oder sollten wir sie dann auf Bundesebene oder europäischer Ebene aufbauen? Ergibt es Sinn, eine Zentrale zu schaffen, die es uns ermöglicht – sofern uns der Datenschutz auch die Möglichkeit dazu bietet –, frühzeitig zu erkennen, wo ich Ausbrüche habe und in welcher Groß- oder Kleingliedrigkeit diese auftreten?

Herr Knaebel, zum Thema Medikamentenlieferschwierigkeiten: Wir haben nicht nur bei pädiatrischen Medikamenten wie Ibuprofen, Fiebersaft, Paracetamol, sondern mittlerweile auch bei Notfallmedikamenten – Stichwort: Lysetherapie, Boehringer Ingelheim – einen Engpass, für die es Studien zufolge keinen adäquaten Ersatz gibt. Da kann man sich natürlich fragen, woher das kommt. Ein Teil der Medikamente wird aus vielerlei Gründen nicht mehr im Land produziert. Ich frage mich auch, warum der Impfstoff des Unternehmens BioNTech nicht aus Baden-Württemberg kommt – dafür gibt es gute Gründe – und warum die Hochschule Heilbronn mit der TU München und nicht mit einer Hochschule im Land kooperiert. Es wäre müßig, sich darüber zu unterhalten, aber ich habe dazu meine eigene Philosophie.

Bei den Medikamenten als einem Beispiel beginnt es schon bei den Rohstoffen, die zum großen Teil aus Indien geliefert werden. Wenn wir eine Notfallinfrastruktur aufrechterhalten wollen: Wo beginnen wir dann? Beginnen wir bei der Produktion? Sagen wir, wir brauchen die Produktionsstätten: Wie gehen wir dann aber mit dem Rohstoff um, den wir für die Medikamente auch brauchen? Wo beginnt unsere Rescue-Kette, um eine Versorgung sicherzustellen?

Der zweite Punkt, zu dem ich von Ihnen gern noch eine Aussage hören möchte: Ist es denn wichtig, „from bench to bedside“ zwingend vor Ort in Baden-Württemberg zu

haben? Oder kann ich die Grundlagen, die ich in der Erforschung und der weiteren Entwicklung von Medikamenten und Behandlungsstrategien brauche, auch außerhalb des Landes haben?

Abg. Florian Wahl SPD: Herzlichen Dank Ihnen beiden für die beiden doch sehr spannenden Vorträge. – Wir hatten diese Woche schon einmal am frühen Morgen miteinander das Vergnügen. Deswegen zunächst einmal eine Frage an Herrn Professor Grundmann. Herzlichen Dank für den interessanten Einblick in die Forschungsarbeit zu Beginn der Pandemie. Können Sie vielleicht noch einmal darlegen, ob die dargelegten Modelle auch in anderen Szenarien herangezogen werden können, bzw. haben Sie aus der Erfahrung mit Corona neue Erkenntnisse über Vorhersagen von Pandemien gewonnen, die Sie in dieser Form vorher vielleicht noch nicht hatten? Interessieren würde uns des Weiteren, ob man den Pandemieverlauf schon zu einem Zeitpunkt hätte vorhersagen können, an dem er zwar nicht zu stoppen, aber eventuell anders einzustufen gewesen wäre, wenn man die Daten schon gehabt hätte. Wie hat sich Ihre Betrachtung durch die Erfahrungen mit der Pandemie verändert?

Des Weiteren haben Sie an einer Stelle von „gestaltendem Datenschutz“ gesprochen. Können Sie dafür vielleicht Beispiele nennen? Das würde uns ganz konkret sehr interessieren.

Herzlichen Dank.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Herr Professor Knaebel, wir wollen mit der Enquetekommission ein bisschen nach vorn schauen. Ich weiß aus Ihrer guten Präsentation von vorgestern, dass man auch sehr zeitnah vom Land aus etwas tun kann, indem man der Region Heidelberg/Mannheim einen Impuls gibt, als Standort für Forschung und Medizin. Insofern hoffe ich, dass der Impuls auch im Land angekommen ist. Dafür danke ich Ihnen herzlich.

Ich habe zwei Nachfragen. Sie hatten auf einer Folie von den rechtlichen Experimentierräumen und von den Resonanzräumen für Vernetzung gesprochen. Vielleicht könnten Sie noch einmal konkretisieren, wie wir uns das vorzustellen haben bzw. was wir tun können, um der Forschung zu helfen. Die Regulatorik haben Sie gut dargestellt. Die Folgen hatten wir schon vor Jahren, insbesondere bei unseren Clustern in Baden-Württemberg, befürchtet. Jetzt kommt es mit der MDR-Richtlinie. Es ist bemerkenswert, dass man in einer Pandemie solche Regelungen aussetzt. Dann stellt sich auch die Frage: Wenn es sich in Krisenzeiten nicht bewährt, warum brauchen wir es sonst? Sie haben es ja auch noch mal ausgeführt.

Herr Professor Grundmann, meine Frage an Sie schließt sich an die Frage des Kollegen Wahl an. Sie haben noch einmal sehr eindrucksvoll dargestellt, wie es sich in Wuhan entwickelt hat. Welche Konsequenzen sind denn daraus international entstanden? Welche Erkenntnisse könnte man daraus auch gewinnen, damit wir eine

solche Pandemie schneller erwarten und nicht erst viele Wochen Zeit verlieren? Nach dieser sehr guten Analyse wäre das die Konsequenz, nachzufragen.

Dann hatten Sie angegeben, es sollten Sequenzierkapazitäten vorgehalten werden. Sind wir da im Augenblick gut aufgestellt, oder gäbe es für diese Kapazitäten noch weiteren Bedarf?

Die dritte Frage: Wir sind im Verlauf der Pandemie mit vielen Themen der Gesundheitspolitik konfrontiert worden. Ein Thema, das von vielen aufgeworfen wurde, betraf die Prävention für unsere Bevölkerung, um sich gegen Pandemien zumindest zu stabilisieren, vielleicht auch bis hin zu irgendwelchen Vorstellungen oder Ideen mit Vitamin D. Kann man die Vorbeugung einer Pandemie vielleicht durch Gesunderhaltung der Bevölkerung verbessern? Wie schätzen Sie die Prävention in diesem Zusammenhang ein?

Danke schön.

Abg. Carola Wolle AfD: Herzlichen Dank für Ihre sehr interessanten Vorträge. – Herr Professor Knaebel, ich habe nur eine Frage: Sie haben sehr für den Zusammenschluss der medizinischen Fakultäten der Universitäten Heidelberg und Mannheim geworben. Ich habe in Mannheim studiert und 20 Jahre lang in dem Raum gelebt. Ich war in beiden Universitätskliniken. Die beiden Universitätskliniken sind eng vernetzt und arbeiten bereits sehr eng zusammen. Für mich erschließt es sich nicht, was besser sein soll, wenn sie dann unter einer oder zwei Hoheiten sind; denn seit 20, 30, 40 Jahren läuft es sehr gut. Wo ist der Mehrwert, wenn man die beiden Universitätskliniken zusammenschließt?

Herr Professor Grundmann, ich fand es sehr interessant, wie Sie die Entwicklung der Pandemie dargestellt haben. Für mich stellt sich folgende Frage: Entwickeln Sie jetzt daraus für zukünftige Pandemien ein Handbuch?

Danke schön.

Vorsitzender Alexander Salomon: Für die erste Fragerunde sehe ich keine weiteren Wortmeldungen. – Dann übergebe ich das Wort zur Beantwortung Herrn Professor Dr. Knaebel.

Sv. Herr Dr. Knaebel: Ich versuche, die Fragen relativ knapp zu beantworten. – Das Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Industrie – ich nenne es manchmal so ein bisschen pointiert – ist das „MP3-Trauma“. Das MP3-Format ist von Fraunhofer entwickelt worden, und in Amerika wird damit das Geld verdient. Ich will es relativ einfach herunterbrechen. Ich glaube, es gibt sehr gute finanzielle Regeln, mit denen man eine Zusammenarbeit zwischen Industrie und Forschung regeln kann. Man kann das mit Lizenzgebühren oder Ähnlichem gut regeln. In diesem Sinn glaube ich,

dass das handhabbare Themen sind. Was wir letztlich brauchen, ist ein Abbau der Schwellenangst. Wir haben in Baden-Württemberg einen hervorragenden Vorteil – wir müssen auf die Gesundheit blicken –: Wir haben eine exzellente Gesundheitsforschung, wir haben eine exzellente Krankenversorgung, und wir haben eine exzellente Medizintechnik sowie eine exzellente Pharmaindustrie. Wir haben nur manchmal die Schwierigkeit, Barrieren zu überwinden, diese Bereiche wirklich zusammenzuführen und in eine Richtung zu arbeiten. Das wird besser, aber es ist noch verbesserbar. Ob man das via Selbstverpflichtung regeln muss oder kann, ist fraglich. Ich glaube, wir brauchen Erfolgsbeispiele, wo es gut funktioniert. In Heidelberg haben wir z. B die Rechte für einen Impfstoff gegen die Hepatitis-C-Erkrankung für die Gesamtsumme von etwas über 1 Milliarde € an Gilead Sciences verkauft. Es gibt Erfolgsbeispiele, die zeigen, wie eine Zusammenarbeit zum Wohle der Patienten funktionieren kann.

Zur Versorgungssicherheit bei seltenen Erkrankungen werde ich Ihnen keine abschließende Lösung bieten können. Wir müssen aber wissen, dass es schon eine gewisse Paradoxie ist, wenn Produkte teilweise zwar nicht in hoher Stückzahl, aber schon seit zehn, 15, 20 Jahren auf dem Markt sind und jetzt wieder komplett neu zugelassen werden müssen. In einem solchen Fall macht natürlich ein Unternehmer die Rechnung auf und sagt – das sage ich Ihnen jetzt aus meiner Aesculap-Vergangenheit, dort hatten wir Instrumente im Portfolio, die wir maximal fünf bis sechs Mal im Jahr gefertigt haben – hinsichtlich des Aufwands, den er jetzt für die Neuzulassung vor dem Hintergrund der kleinen Stückzahl betreiben müsse, nein. Das ist die Portfoliobereinigung, die wir jetzt erleben. Da kann man wahrscheinlich mit Handlungsempfehlungen viel erreichen, aber dazu kann Frau Steckeler nachher auch noch ihre Perspektive aufzeigen. Wir können die Buchstaben des aktuell vorliegenden Gesetzes nicht einfach umdrehen. Das ist auf europäischer Ebene erlassen worden. Damit sollten wir uns gar nicht lange aufhalten. Die Frage ist, wie wir es auf unsere Versorgungssituation anwenden können, damit es funktioniert.

Die Globalisierung ist dann hilfreich, wenn wir wirtschaftlich mit anderen Zahlen – Stichwort: Marktzugang – unsere Produkte besser nutzen können. Wir müssen momentan nur darauf aufpassen, was in vielen Unternehmen gegenwärtig passiert: die „FDA first“-Strategie. Aufgrund einer gewissen Unberechenbarkeit und der Anzahl der genannten Stellen dauert das Zulassungsverfahren in Europa länger. Deswegen überlegen sich viele Unternehmen – oder setzen es derart um –, dass sie zuerst zur FDA gehen und ihr Produkt dort zulassen und sich erst dann um die Marktzulassung in Europa kümmern. Das darf uns nicht passieren. Das würde nämlich bedeuten, dass Produkte, die hier im Ländle entwickelt und produziert werden, erst den Märkten außerhalb Europas zur Verfügung stehen. Deswegen rate ich dringend an, diese Entwicklung zu beobachten; denn das ist für die Versorgungssicherheit der Patienten sowohl auf der Standardversorgungsebene wie auch bei den Innovationen sicherlich nicht hilfreich. Die Globalisierung kann uns helfen, die Stückzahlen zu erhöhen und die Zulassung wirtschaftlicher zu machen, sie birgt aber auch die Gefahr, dass die Leute für die Zulassung lieber erst einmal in die USA gehen.

Ich bin sehr bei Ihnen, dass wir die Verantwortung der Unternehmen – das betrifft das Thema „Ethisches Geschäftsgebaren“ – stärken und sie unterstreichen. Wir spüren momentan extrem stark, dass sowohl von den Unternehmen selbst als auch insbesondere von der Generation, die jetzt in die Unternehmen kommt, nach dem Unternehmenszweck gefragt wird – dem viel zitierten „Purpose“. Das führt automatisch auch dazu, dass ethisches Unternehmertum eine wesentlich höhere Bedeutung bekommt. Ich bin sehr zuversichtlich, dass sich das entwickelt.

Das Zweite ist die Transparenz, von der ich vorher schon gesprochen habe. Wenn Sie Produkte haben, die ihren Job nicht erfüllen, wenn Sie ein Unternehmertum an den Tag legen, das nicht ethisch geprägt und vernünftig ist, wird das relativ schnell transparent.

Kann man das regulieren? Ich weiß es nicht, aber ich glaube, es gibt auch für die Politik die Chance, bei der Betrachtung von Fördermöglichkeiten und Ähnlichem auf die Regulatorik größeren Wert zu legen. Das würde ich aus Unternehmenssicht durchaus unterstreichen. Achten Sie darauf. Schauen Sie darauf, dass sich die Unternehmen entsprechend verhalten. Ein Riesenthema ist schon durch die 17 UN-Ziele, durch die Sustainable Development Goals, vorgegeben, die ein extrem guter Parameter sind. Im Amerikanischen spricht man von ESG, von Environmental, Social, Governance. Er ist etabliert. Man tritt dem UN Global Compact bei und verpflichtet sich. Das als Mitkriterium heranzuziehen, halte ich für sehr wichtig.

Wir haben kurz über das Thema Lieferketten diskutiert. Da kam es auf die Active Pharmaceutical Ingredients, diese Pharmawirkstoffe, an, die Sie brauchen, um ein Medikament zu bauen. Ich habe mich noch nicht entschieden, weil Sie einerseits das Thema via Produktion adressieren können, das heißt, Sie halten Produktionskapazitäten vor. Die andere Variante wäre, dass man Lagerhaltung betreibt. Natürlich gibt es sogenannte rollierende Lagersysteme. Das können Sie machen, aber es werden Ihnen auf dem einen oder anderen Weg Kosten entstehen. Das muss man wissen. Diese Diskussion hatten wir schon bei den Masken: Wie viele möchte ich denn im Land haben, um die Versorgung sicherzustellen? Eines ist wichtig: Ich glaube, wir müssen – jetzt haben wir die Chance bei den Biosimilars, den biologisch hergestellten ähnlichen Medikamenten, die schon auf dem Markt sind – zum Teil Pharmafertigung zurückholen und hier erneut ansiedeln. Aber wir wissen natürlich, dass Indien und China über 95 % aller APIs herstellen. Damit sind wir in eine Abhängigkeit gerutscht, die dramatisch ist. Da müssen wir uns überlegen, ob wir das nur über Lagerhaltung können oder ob wir bei neuen Produkten die Fertigung wieder im Hause haben.

Angesprochen wurden die klinischen Prüfungen außerhalb von Baden-Württemberg – so interpretiere ich es –, also dieser Transfer „from bench to bedside“. Dazu muss man sagen, dass bereits heute ein Großteil der klinischen Prüfungen, die für Medizin- oder Pharmaprodukte durchgeführt werden, bereits im Ausland stattfindet, hauptsächlich aus regulatorischen Gründen, aber auch aus Gründen der Patienten-

verfügbarkeit. Mit Patientenverfügbarkeit meine ich, dass wir in Deutschland vielfach eine gewisse Innovationsmentalität haben, wonach das Neue häufig als das Bessere interpretiert wird und in vielen Fällen der Patient sagt: „Wenn das Neue für mich verfügbar ist oder sein könnte, will ich gar nicht gegen den Goldstandard, gegen das Alte getestet werden“, wohingegen in manch anderen Mentalitäten die Patienten sagen: „Wenn ich an dieser Studie nicht mitmache, habe ich gar keine Chance, an das neue Produkt, an das neue Therapieverfahren zu kommen.“

Kann man das endgültig lösen? Nein, aber noch mehr ins Ausland zu verschieben, halte ich auch nicht für ideal. Die klinischen Prüfungen sind auf jeden Fall ein Thema, das man auf dem Schirm haben muss. Ein Großteil der Medikamente und Medizinprodukte, die heute klinisch geprüft werden, werden bereits mit Studien im Ausland – auch von Unternehmen hier in Baden-Württemberg – geprüft.

Ein kurzes Wort zum Thema „Gestaltender Datenschutz“. Ich will es so zusammenfassen – wir hatten es beide angesprochen –: Vorhin wurde der Landesdatenschutzbeauftragte schon einmal kurz genannt. Wir haben momentan – das sage ich ganz offen – das Gefühl, dass nicht versucht wird, im Rahmen dessen, was möglich ist, Dinge umzusetzen, sondern dass überall nur die Stoppschilder aufgestellt werden. Da müssen wir zu einer komplett anderen Mentalität kommen. Wir haben nun einmal den Datenschutz, wie er ist. Ich möchte auch gar nicht sagen, dass er verkehrt ist. Es geht aber auch um die Mentalität, zu fragen: Wie können wir Dinge umsetzen und realisieren, und welche Spielräume haben wir?

Das leitet ein bisschen zum Thema Resonanzräume über. Wir brauchen die Möglichkeit, dass wir einen Datenpool haben. Wir haben diese Datenpools in den Unternehmen, wir haben sie in den Universitäten und Forschungseinrichtungen, und wir müssen diese im Rahmen von geschützten Räumen analysieren, damit wir einfach verstehen, was wir überhaupt für einen Datenschatz haben. Das Hauptproblem ist, dass wir selbst in einer frühen experimentellen Phase, in der wir versuchen, Verständnis zu generieren, kaum die Möglichkeit haben, uns zu bewegen. Es gibt auf jeden Fall Möglichkeiten, solche Räume zu schützen, damit die Daten nicht nach außen dringen. Aber wir müssen schauen, dass wir auch in wissenschaftlicher Perspektive diese ersten Schritte gehen dürfen. Das ist auch mit den Resonanzräumen gemeint. Sie bieten Möglichkeiten der Begegnung, Möglichkeiten, Daten zusammenzuführen, Möglichkeiten, Datenpools zu verstehen und die richtigen Schlüsse daraus zu ziehen. Allein die Tatsache, dass man einen solchen „Data Lake“ hat, heißt noch lange nicht, dass man auch wirklich die richtigen Schlüsse daraus zieht.

Ganz zum Schluss will ich zum Thema „Heidelberg/Mannheim“ Folgendes sagen: Der erste Satz, der mir immer wichtig ist, lautet: Heidelberg/Mannheim ist kein regionales Projekt. Es hat nichts mit Nordbaden gegen Südbaden, mit Württemberg gegen Baden zu tun. Es hat eine internationale Strahlkraft. Zudem sind beide Häuser heute Wettbewerber zueinander. Das bedeutet, dass ein Ordinarius, den Sie berufen, dort sein eigenes Spektrum ausbildet und natürlich ausschließlich auf sich und

sein Spektrum und auf das, was er kann, blickt. Wenn wir Heidelberg und Mannheim zusammenführen, muss klar sein, dass eins plus eins mehr als zwei ergibt.

Wir haben es bei der Charité in Berlin gesehen. Das Klinikum Steglitz bzw. der Campus Benjamin Franklin wurde mehr oder minder erst einmal vom Stuhl gekippt. Man hat gesagt, man brauche es gar nicht so richtig, und hat es auf das Niveau eines städtischen Klinikums heruntergefahren. Jetzt versucht man, es wieder zu einem Universitätsklinikum zu machen.

Bei solchen Zusammenschlüssen darf es nie sein, dass das eine das andere dominiert. Das bedeutet, dass wir klare Klinikschwerpunkte und wissenschaftliche Schwerpunkte in Mannheim und klare Klinikschwerpunkte und wissenschaftliche Schwerpunkte in Heidelberg brauchen. Die müssen sich idealerweise so ergänzen, dass das Ganze eine Ausprägung ergibt, dass Sie eine wirklich umfassende medizinische Versorgung – nicht nur in den Spezialitäten, sondern auch in den Subspezialitäten – haben. Auch in der Kardiologie gibt es nicht mehr den Kardiologen, der alles kann. Wir müssen die beiden Häuser anhand einer Gesamtstrategie ausrichten, die es heute noch nicht gibt. Es wird zwar immer optimistisch geredet, wir stimmen uns ein bisschen ab. Das ist aber hinfällig, sobald einer kommt und wieder eigene Ideen entwickelt.

Das erreichen Sie nur unter einer Führung. Ein Zusammenschluss darf nie so aussehen, dass es die große Klinik in Heidelberg – das sage ich als Vorsitzender des Universitätsrats in Heidelberg – und eine Portalklinik in Mannheim gibt. Das wäre eine absolute Katastrophe. Dann hätten wir die Hausaufgaben nicht gemacht. Wir brauchen die Stärken beider Kliniken.

Ein letzter Satz: Größer ist nicht immer besser, aber in der internationalen Perspektive ist ein Krankenhaus mit über 3 000 Betten schon ein Player, der Aufmerksamkeit erregt und der leistungsfähig ist. Dazu muss man sagen: Es besteht nicht das Problem „konkurrierender Betten“, weil sich die Patientenklientele überschneiden; denn tatsächlich hat das Klinikum Mannheim, obwohl es so nahe an Heidelberg liegt, einen fast komplett anderen Einzugsbereich als Heidelberg. Mit anderen Worten: Man kann hier wirklich aus eins und eins mehr als zwei hinbekommen. Man muss es konsequent durchorchestrieren und richtig machen. Aber es kann einen sehr positiven Effekt haben.

Einen allerletzten Satz noch, denn gleich spricht noch Herr Professor Grundmann aus Freiburg: Ein solcher Zusammenschluss wird einen positiven Pulleffekt auf alle anderen universitären Standorte in Baden-Württemberg haben. Jetzt ist bald Fußballweltmeisterschaft: Wenn Sie einen Spieler haben, der das Spiel immer schneller macht, laufen die anderen auch schneller. Mit anderen Worten: So ein internationaler Player kann genauso positive Effekte auf Ulm, Tübingen und Freiburg haben. Ich sage nicht, dass diese drei Institutionen nicht qualitativ hochwertig sind. Aber dieser Zusammenschluss wird das Gesamtniveau in Baden-Württemberg noch einmal er-

höhen, gerade da die staatlichen Universitätskliniken schon über ihren Zusammenschluss 4U zusammenarbeiten. Deshalb glaube ich, dass dieser Zusammenschluss richtig ist. Ich habe eingangs schon gesagt, dass ich Erfahrungen im ganzen Land gesammelt habe. Ich lebe in Konstanz. Ich könnte nicht weiter weg von Heidelberg sein, aber ich glaube, die Aktivität ist richtig.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Knaebel. – Ich mögele mich jetzt noch kurz zwischen Sie und Herrn Professor Dr. Grundmann. Herr Professor Dr. Grundmann, wir bitten Sie darum, die Fragen kompakt zu beantworten.

Sv. Herr Dr. Grundmann: Ja, ich werde versuchen, es kompakt zu machen. Und das wird mir auch gelingen, weil ich glaube, dass die Fragen sehr ähnlich waren, so dass ich sie wahrscheinlich in einem Aufwasch beantworten kann.

Es wurde gefragt, wie die Kommunikation aufgrund der Erkenntnisse, die wir jetzt gesammelt haben, verbessert werden kann. Es sind gar nicht viele neue Erkenntnisse. Gefragt wurde auch, ob wir dazu irgendwelche Drehbücher schreiben. Diese Drehbücher gibt es. Infektionsepidemiologen machen sich seit den Neunzigerjahren Gedanken über die sogenannten Emerging Infectious Diseases. Wir sehen auch in kleinen Ausbrüchen auf Stationen, z. B. in der Neonatologie, oder bei kleinen Katastrophen in Kliniken, in denen ich gearbeitet habe, immer dasselbe: Wir lernen dazu. Jede Epidemie, jeder Ausbruch ist ein Synergismus, eine Syndemie von mehreren Epidemien, die gleichzeitig laufen. Es läuft nicht nur die Verbreitung eines Erregers ab, sondern bevor die Erreger ankommen, gibt es schon die Epidemie der Besorgnis und der Angst. Bei dieser Epidemie kann Kommunikation natürlich sehr wichtig sein, wenn man das nicht nur als Krankenhaushygieniker versteht, sondern wenn das auch in der Politik gelebt wird.

Natürlich muss man hervorheben, was auf uns zukommt, welche Transparenz wir wahren lassen müssen, um diese Angst und diese Besorgnis frühzeitig abzufangen. Neben der Epidemie des Erregers gibt es auch eine Epidemie der Information. Das ist einerseits die wissenschaftliche Information, das ist aber gleichzeitig auch eine Epidemie der Desinformation. Ich kann mich an die Zeiten von HIV erinnern, in denen die Informationen und auch die Epidemien langsamer waren. Viele von Ihnen können sich erinnern, dass damals die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung besser bestellt war. Damals stand auf jeder Litfaßsäule der Spruch: „Gib Aids keine Chance!“ Damals wurden ganz andere Kanonen aufgestellt.

Ich glaube, wir müssen aus der Covidpandemie lernen, dass wir mit den Ängsten und den Desinformationen besser umgehen können; denn wir haben eine Latenzzeit von zwei Wochen, bis das Problem hier ist, egal, wo es auf der Welt aufschlägt. In der Zeit kann man sich schon einmal Gedanken darüber machen, wie die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung stattfinden sollte. Das ist Kommunikation, die nicht aus den Instituten oder aus der Wissenschaft heraus erfolgt, sondern Kommu-

nikation, die auch von der Politik und von zuständigen Behörden auf Bundesebene getragen werden muss.

Dann wurde ich zur Surveillance gefragt. Das schließt auch gleich an die Themen Kommunikation und „Gestaltender Datenschutz“ an. Diese Datenschätze, wie Herr Knaebel sagt, haben wir beispielsweise bei den gesetzlichen Krankenversicherungen. Wir wissen, dass die multiresistenten bakteriellen Krankenhauserreger sich über die Versorgungsnetzwerke regional verbreiten, nämlich von den zuweisenden Krankenhäusern in die überregionalen Krankenhäuser, also die Universitätskliniken oder Maximalversorger. Von denen werden die Daten dann multipliziert und wieder an die nachsorgenden Krankenhäuser verteilt. Die Daten über den Patientenfluss haben die GKV'en. Wenn wir diesen Patientenfluss abbilden könnten – dem stehen in der Bundesrepublik alle möglichen Gesetze und vielleicht Konzerninteressen der gesetzlichen Krankenversicherungen entgegen –, dann wüssten wir, wo man die Grenzen im regionalen Patientenverkehr ziehen kann und wo man Behandlungen durchführen muss, wenn sich fast nicht mehr behandelbare Infektionen in einer Klinik verbreiten. Dafür kann man dann auch die relevanten Schutzräume definieren.

Das heißt, wir brauchen eine Surveillance im regionalen Bereich, die auf Daten zurückgreift, die vorhanden sind, die wir aber bislang nicht verwenden dürfen. Die Surveillance auf Basis der Erregersequenzierung – das habe ich bereits gesagt – hat nur Sinn, wenn es zu den Sequenzdaten Informationen darüber gibt, an welchem Ort dieses Isolat und an welchem Tag es gewonnen worden ist. Das ist das Minimum an Datensätzen. Interessant wären aber auch Informationen zum Schweregrad der Erkrankungen. Gibt es Subtypen, die schwerere Krankheitsverläufe erwarten lassen? Auf diese Metadaten haben wir bislang keinen Zugriff. Die wären aber nicht nur im regionalen Bereich und im Landesbereich, sondern auch im nationalen Bereich wichtig.

Die Initiative der nationalen Universitätsmedizin hat die genomische Erreger-Surveillance als Sockelinfrastruktur erkannt und wird sie jetzt auch fördern. Das heißt aber immer noch nicht, dass wir den Zugriff auf die Metadaten, der vom Datenschutz als Zweckentfremdung betrachtet wird, haben. Da muss man sich aber schon fragen, ab wann der Zweck die Mittel heiligt, wenn wir mit solchen Daten doch ganz andere Vorhersagen über die zukünftige Verbreitung von Infektionskrankheiten machen könnten. Dann sind solche Informationen natürlich enorm wichtig, zumal wir überhaupt gar keine individualisierenden Daten beanspruchen. Wir bräuchten wahrscheinlich lediglich die Lokalisation und den Zeitpunkt der Entnahme. Das ist gestaltender Datenschutz, und da sehe ich mittlerweile auch in der Tat eher Stoppschilder als ein Voranschreiten. Sie sehen, dass es in Großbritannien ganz anders läuft. Da gibt es COG-UK. Das sind diejenigen, die um Weihnachten 2020 herum die „englische“ Variante entdeckt haben. Die wird nur deswegen englische Variante genannt, weil die Engländer eben messen und in Deutschland solche Messinstrumente überhaupt nicht vorgehalten worden sind.

Gefragt worden ist, was man macht, um solche Sachen in Zukunft zu vermeiden. Vielleicht sollten wir es gleich am Anfang dieser Übertragungskette tun, das ist ein Spillover-Effekt der belebten Umgebung, von lebenden Lebensmitteln. In China ist daraus eine ganz große Lehre gezogen worden. Ich gehe davon aus, dass es drastisch sanktioniert wird und nicht mehr möglich ist, lebende Tiere auf Lebensmittelmärkten feilzubieten. Das ist das eine, aber diese Spillover-Effekte werden wir nicht verlieren. Diese Spillover-Effekte finden immer wieder bei Ausbrüchen, beispielsweise von Ebola in Afrika, statt. Das ist sicherlich auf die globalen Klimaveränderungen, aber auch auf globale Eingriffe in die Wälder und die geschützten Räume sowie auf den zunehmenden Kontakt zwischen Menschen und Wildtieren zurückzuführen. Diese Spillover-Effekte werden wir nicht vermeiden können. Da wird immer etwas Schicksalhafteres übrig bleiben.

Was haben wir an unserem Modell gelernt? Wir sind dabei, dieses Modell ganz neu zu rechnen. Unsere Modellierung basierte bislang nur auf den gemeldeten Fallzahlen. Es wird in Zukunft aber auch die Sequenzierdaten mit aufnehmen. Das haben wir gelernt, weil wir eben diese Varianten, die diese beunruhigenden neuen Wellen immer wieder ausgelöst haben, zum ersten Mal in der Schärfe wahrgenommen haben. Bei der Grippe gibt es auch solche Varianten, aber die ändern sich nur alle zwei oder drei Jahre. Bei Corona aber war die Dynamik eine ganz andere. Diese Varianten frühzeitig zu erkennen, daran arbeiten wir momentan mit einem agnostischen Modell, indem wir die Sequenzierdaten mit unseren Modellen vereinen und damit ein Modell vorhalten, das automatisch die neue Variantendynamik erkennt, sodass wir die Vorhersage wagen können, wann die nächste Welle kommt. Damit wären wir in der Vorhersage einen Schritt weiter, aber das ist ähnlich wie beim Wetterbericht: Wir können gegenwärtig schon sehr präzise den Verlauf der weiteren epidemischen Wellen ankündigen und vorhersagen; die Konsequenzen, die man daraus zieht, sind auf der lokalen Ebene, auf der Ebene der Gemeindeämter oder der Krankenhäuser, zu ziehen. Man muss sich überlegen, ob die vielleicht überfordert sind. Diese Zahlen kann man liefern.

Auch das haben wir gelernt: Wenn man diese Zahlen hat, kann man unter Umständen frühzeitig gegensteuern, solange wir dazu die Möglichkeit haben. Sie haben heute Morgen vom Pflegenotstand gehört. Die Universitätsklinik Freiburg hat im Normalfall über 90 Intensivbetten, aber sie hat jetzt 25 schließen müssen, weil sie diese Betten personell nicht mehr betreiben kann. Das sind Grenzen, die uns zunehmend die Möglichkeiten und die Flexibilität erschweren.

Zur Resilienzsteigerung in der Gesunderhaltung: Ich wurde gefragt, ob es etwas gibt, um die Gesunderhaltung der Bevölkerung soweit voranzubringen, dass das kein Problem mehr sein wird. Ich halte das für wenig wahrscheinlich, wenn es sich dabei um Pandemien mit Erregern handelt – bei SARS-CoV-2 war es so –, die es noch nie auf der Welt gegeben hat. Wenn man gegenüber der gesamten Weltbevölkerung immunologisch naiv ist, kann man nicht erwarten, dass das spurlos vorbeigeht. So war es nicht schwer, als es in Wuhan die ersten Nachrichten gab, vorherzusagen,

dass das eine Epidemie werden wird, die auch bei der geringen Sterblichkeit von nur 1,8 % ein historisches Ausmaß erreichen wird, weil es eben Jahre dauert, bis es zu einer Durchseuchung und einer Herdenimmunität kommt, die dann diese Infektion zu einer der üblichen Erkältungskrankheiten abschwächt. Wir werden mit solchen Szenarien leben müssen. Wir müssen uns auf diese Szenarien mit Drehbüchern vorbereiten, die nicht nur in Krankenhäusern und bei Wissenschaftlern im Regal stehen, sondern mit denen wir uns auf die Wahrnehmung innerhalb der Bevölkerung vorbereiten können, um eben den Impfstoffängsten und den Interpretationen, die Falschnachrichten ermöglichen, entgegenwirken zu können.

Soweit als kompakte Antwort von mir. Herr Vorsitzender, bitte sagen Sie mir, ob Ihnen das ausreicht. Ich glaube aber, es hat viele Fragen beantwortet, die mir gestellt wurden.

Vorsitzender Alexander Salomon: Sie sehen es nicht, aber ich sehe es: viele nickende Köpfe. Das bedeutet, dass wir mit Ihren Antworten zufrieden sind. Daher vielen Dank an Sie.

Jetzt frage ich, ob es noch Bedarf für eine zweite Fragerunde oder ob es eher Bedarf für eine ganz kurze Kaffeepause – die in der Tagesordnung vorgesehen ist – gibt. Das können Sie gleich entscheiden. Wenn es keine weiteren Fragen mehr gibt, bedanke ich mich erst einmal bei Herrn Professor Dr. Knaebel und Herrn Professor Dr. Grundmann.

(Beifall)

Es war ein sehr tiefer Einblick in den Forschungsbereich. Das werden wir sicherlich mit aufnehmen.

Jetzt dürfen Sie entscheiden, ob Sie eine kurze Pause von zehn Minuten brauchen. – Ich sehe nickende Köpfe. Wir machen jetzt zehn Minuten Pause, und in zehn Minuten – aber auch wirklich in zehn Minuten, das heißt, pünktlich um 16:22 Uhr – sehen wir uns hier wieder.

(Unterbrechung der Sitzung von 16:12 Uhr bis 16:23 Uhr)

Vorsitzender Alexander Salomon: Wir fangen wieder an und probieren, das Thema Gesundheitswirtschaft in der gebotenen Schnelligkeit, aber auch Tiefe zu behandeln. Vielen Dank, dass Sie wieder da sind.

Wir fahren fort mit Frau Julia Steckeler, der Geschäftsführerin der MedicalMountains GmbH aus Tuttlingen. – Sie haben 20 Minuten Zeit, und wir erwarten Ihren Vortrag.

Sv. Frau Steckeler: Herzlichen Dank. – Ich bin in Freiburg geboren, in Konstanz und in Tuttlingen aufgewachsen. Ich entdecke gewisse Parallelen zu einem meiner Vorredner.

Ich habe Ihnen heute drei Themenfelder mitgebracht, über die wir dringend sprechen müssen. Es ist schön, festzustellen, dass ich in der gleichen Richtung unterwegs bin wie mein Vorredner Professor Dr. Knaebel; denn am Ende ist es egal, ob man wie ich aus der Industrie oder ob man aus der Forschung kommt. Es geht uns allen um das Gleiche, um das Wohle des Patienten, um die Sicherstellung der Versorgung der Patienten – sowohl mit bewährten als auch mit innovativen Medizinprodukten.

Ich beschäftige mich seit Jahren mit der Abwendung einer Krise. Die Krise, über die ich spreche, ist durchaus eine Krise, die vorhersehbar war, die wir prophezeit haben. Spätestens seit einem oder zwei Jahren müsste es eigentlich jedem Politiker klar geworden sein, dass Europa sehenden Auges auf eine Krise in der Versorgung mit Medizinprodukten zusteuert.

Ich habe ein kleines Beispiel dafür mitgebracht: Professor Dr. Nikolaus Haas ist Kinderkardiologe und Direktor am Uniklinikum in München. Professor Haas hat schon zahlreichen neugeborenen Babys das Leben gerettet. Vor schätzungsweise zwei Jahren – er arbeitet auch eng mit einem sehr innovativen Unternehmen in Baden-Württemberg zusammen – saßen wir zusammen, und da hat er von diesem kleinen Ballonkatheter berichtet. Dieser kleine Ballonkatheter ist ein Produkt, das die Operation an Neugeborenen überhaupt erst möglich macht. Die Produktion dieses Ballonkatheters wurde schon 2021 eingestellt, weil sie sich für den Hersteller nicht mehr lohnt. Was ist seitdem passiert? Laut Professor Haas sind seitdem zahlreiche Babys gestorben, kleine Menschen, die eine Chance gehabt hätten, ein glückliches Leben zu führen. Stellen Sie sich vor, es wäre Ihr Kind oder das Kind Ihrer Freunde.

Was haben wir bei MedicalMountains gemacht? Wir beschäftigen uns seit zehn Jahren mit der europäischen Medizinprodukteverordnung. Wir haben das sofort weitergetragen. Wir haben es an die Politik gegeben. Wir haben es an die Medien gegeben. Welche Antworten haben wir wohl bis noch vor einigen Jahren bekommen? Von den Medien hörten wir meistens: Das können wir nicht veröffentlichen, sie sind ja befangen. Von der Politik hörten wir sehr oft: Wir nehmen das durchaus ernst, aber die Industrie jammert sehr oft auf hohem Niveau, es geht doch nur um Margen, und das seien sicher nur Einzelfälle. Ich sage Ihnen: Es geht nicht um Margen, der Industrie geht es um den Patienten. Und es sind auch keine Einzelfälle.

Damit wir endlich diese Daten und Fakten hatten, die gefehlt haben, um die richtige Entscheidung zu treffen, haben wir, MedicalMountains, gemeinsam mit SPECTARIS und dem DIHK Ende letzten Jahres, Anfang dieses Jahres eine Studie durchgeführt, die wir im April veröffentlicht haben. Ihnen müsste diese Studie im Vorfeld als Link zugegangen sein. Lassen Sie das bitte einmal auf sich wirken. In 16 von 21 abgefragten medizinischen Anwendungen streicht mindestens die Hälfte der darin tätigen

Unternehmen einzelne Produkte, komplette Produktlinien oder sogar komplette Sortimente. Ich spreche hier nicht nur von Produkten aus der Kinderchirurgie oder aus der Pädiatrie, die in sich immer sehr dramatisch sind, vielmehr spreche ich von chirurgischen Instrumenten querbeet, von Elektroden, Kathetern, Endoskopen, Implantaten, Röntgentischen, Aufstehbetten, Elektrostimulationsgeräten, also über alle Anwendungen hinweg.

Ich gebe Ihnen noch ein Beispiel: Ein bekannter Tuttlinger Endoskopiehersteller hat die Herstellung seiner Produkte für Gastroskopien eingestellt. Ich bin da ganz bei Herrn Knaebel. Es hat sich nicht mehr gelohnt: die Stückzahlen sind zu klein, als dass sich der Aufwand lohnen würde. Aber damit haben wir den letzten Hersteller in diesem Bereich, der nicht in Asien produziert, auf der ganzen Welt verloren. Genau das wollen wir in Zeiten wie heute verhindern, weil wir resilient und nicht abhängig von Dritten sein wollen.

Auch MedTech Europe, der europäische Medizintechnikverband, hat dann drei Monate nach der Veröffentlichung unserer Studie, selbst Zahlen für Europa vorgelegt und auch viele Fragen aus unserer Studie übernommen. Auch das muss man einmal auf sich wirken lassen: Die Unternehmen, die daran teilgenommen haben, machen ca. 70 % des Gesamtumsatzes der Medizintechnik in Europa aus. Von diesen überführt die Hälfte nicht mehr alle Produkte in die MDR, die neue europäische Medizinprodukteverordnung. Heute schlagen nicht mehr nur wir, die Industrie, Alarm, sondern auch Ärzte, Fachgesellschaften und die Krankenhausgesellschaft.

Sie sind Mitglied dieser Kommission, weil Sie auch Lehren aus der Coronapandemie ziehen wollen. Auch die hat gezeigt, dass Auswirkungen nicht unmittelbar, sondern sehr viel später spürbar sind. Ich möchte auch einmal die Analogie herstellen. Was war mit Krebspatienten, die am Anfang der Pandemie schon Symptome hatten und sich nicht getraut hatten, zum Arzt zu gehen? Jetzt, zwei Jahre später, sind sie teilweise so metastasiert, dass man sie nur noch palliativ behandeln kann. Das ist nur eine Analogie, aber wenn wir an die Medizinprodukteverordnung denken, fehlen aktuell schon einige Produkte. Das tut schon weh. Was aber in zwei oder drei Jahren passiert, wird die große Explosion sein. Noch sind die Lager in den Kliniken gefüllt. Was passiert aber in zwei bis drei Jahren? Da fehlen uns diese Produkte. Dann droht uns bei Operationen ein Rückschritt um 30 Jahre.

Ich erwähne hier beispielsweise die Entnahme von Implantatsystemen in der Wirbelsäule, im Rücken. Wenn die Krankheit fortschreitet, brauchen Sie wieder bestimmte Ersatzteile oder Erweiterungen, die angebracht werden müssen. Wenn es das ganze System nicht mehr gibt, reicht nicht mehr die Erweiterung, sondern dann wird man komplett aufgeschnitten: Das ganze System muss dann raus, und ein komplett neues System muss rein. Das heißt, die Operationen sind schwerwiegend.

Sie alle treffen nächstes Jahr Entscheidungen über die Krankenhausstrukturreform. Der Trend und der Wunsch gehen hin zu mehr Ambulantisierung. Wie aber möchten

Sie guten Gewissens diese Entscheidung treffen, wenn keine Medizinprodukte vorhanden sind und wir im OP diesen Rückschritt machen? Gott sei Dank tut sich inzwischen auf der politischen Ebene einiges, auch auf EU-Ebene. Ich kann Ihnen nachher, wenn es dazu Fragen gibt, auch etwas mehr sagen. Trotz allem sind es aber immer noch kleinteilige untergesetzliche Maßnahmen und Versuche, das System irgendwie zu flicken oder zu reparieren, wo es geht. Trotz der gut gemeinten Aufforderung zu mehr Pragmatismus greift dieser nicht und kommt nicht an, solange er für die genannten Stellen und Unternehmen nicht rechtssicher umsetzbar ist. Ich frage mich: Warum tut man sich so schwer, diesen Pragmatismus letztendlich in dieser MDR gesetzlich zu verankern und sie zu vereinfachen?

Wir sind auch sehr dankbar für den Einsatz von Baden-Württemberg. Die baden-württembergische Landesregierung hat wirklich früh erkannt, dass dieses Problem besteht und unterstützt uns tatkräftig auf nationaler und auf europäischer Ebene im Dialog. Bitte halten Sie den Druck auf jeden Fall aufrecht. Das brauchen wir.

Was kann jetzt das Land zusätzlich tun, um sich resilienter gegen die bevorstehende Versorgungskrise aufzustellen? Ich möchte Ihnen ganz gezielt Anregungen geben, was Sie auf Landesebene tun können. Sorgen Sie dafür, dass in Ihren Behörden und Regierungspräsidien genug Kapazitäten für Sonderzulassungen aufgebaut werden. Dass diese funktionieren, hat sich in der Coronapandemie gezeigt. Wir werden es bald mit einigen Sonderzulassungen mehr, gerade im Bereich von Nischenprodukten, zu tun haben, weil man hier erst gar nicht den kompletten Weg der Zertifizierung gehen kann.

Lernen Sie auch, die Branche zu verstehen. Ich höre immer wieder von Analogien oder dem Vergleich zwischen der Medizintechnik und der Pharmaindustrie. Medizinprodukte sind aber keine Arzneimittel. Die meisten Medizinprodukte – Pflaster einmal ausgenommen – werden in sehr viel kleinerer Stückzahl produziert. So vielfältig wie die Organe des Körpers sind, erfordert der Körper immer unterschiedliche Produkte, um etwas zu behandeln. Auch wenn ein Endoskop für eine Harnblase technisch baugleich ist wie ein Endoskop fürs Knie, braucht jedes Produkt seine eigene Zulassung und seine eigenen klinischen Daten speziell für seine Zweckbestimmung. Das heißt, wir sind in der Medizintechnik sehr vielfältig unterwegs.

Ich möchte Ihnen auch noch einmal in Erinnerung rufen: Die baden-württembergischen Medizintechnikunternehmen sind besonders stark in anspruchsvollen Nischen. Wenn jetzt diese Nischenprodukte so sehr unter Druck geraten, weil sie sich schlichtweg nicht mehr lohnen, steht auch unser Mittelstand in der Medizintechnik in Baden-Württemberg extrem unter Druck. Da hilft es auch nichts, wenn wir nach der MDR mehr Zeit bekommen, weil die Kosten die gleichen sind.

Damit möchte ich bei meiner zweiten Botschaft von heute ankommen. Bleiben wir beim Mittelstand. Wie soll denn unser Mittelstand im Sumpf der Überregulierung und im Bürokratiedschungel, in dem wir uns befinden, überhaupt noch den Überblick be-

halten? Über die Hälfte der Medizintechnikunternehmen in Baden-Württemberg beschäftigt teils weniger als zehn Mitarbeiter. Das heißt, wir sprechen hier auch von Kleinstunternehmen. Die müssen aber die gleichen Anforderungen erfüllen wie jeder Großkonzern. Ich spreche hier nicht nur von der MDR, sondern auch von der REACH-Verordnung, einer europäischen Verordnung, die Beschränkungen und Verbote bestimmter Chemikalien und Stoffe in elektrischen und elektronischen Geräten regelt. Darunter fällt auch Teflon. Wenn aber Teflon in der Medizintechnik verboten wird, haben wir keine Hochfrequenzchirurgie mehr. Die ist dann weg, und damit könnten einige Mittelständler bei uns schon einmal den Schlüssel umdrehen.

Ich spreche aber auch von der Lieferkettensorgfaltspflicht, die einen ungeheuren Aufwand verursacht, der mit Listen von Ländern, die per se schon als sicher gelten und nur eine begrenzte Überprüfung brauchen, bei den Unternehmen eingeschränkt werden könnte. Ich spreche aber auch vom Verpackungsgesetz, von der Datenschutz-Grundverordnung, vom Datennutzungsgesetz, das auf uns zukommt, und vom Health Technology Assessment. Es ist eine Wulst an Bürokratie.

Am Freitag vor Halloween habe ich abends um 19 Uhr noch einen Anruf von einem Mittelständler aus Tuttlingen bekommen, der weniger als 50 Mitarbeiter beschäftigt. Er ist mit einem weiteren Wettbewerber der letzte Hersteller von Einmal-Herz-Biopsiezangen in Europa. Es sind noch zwei. Seine Botschaft an diesem Abend an mich war nicht: „Ach Gott, die MDR, was machen wir jetzt?“, denn da versuchen wir alles zu unterstützen und es irgendwie umzusetzen, sondern seine Botschaft war: „Frau Steckeler, es macht keinen Spaß mehr. Ich kann bald nicht mehr.“ Er sagt immer: Ich habe Kinder – es gibt sehr viele familiengeführte Traditionsunternehmen –, aber ich rate meinen Kindern nicht mehr – das höre ich von vielen Unternehmern –, das Unternehmen zu übernehmen; ich möchte nicht mehr, dass sie das machen, lieber nehme ich das nächste Angebot an, wenn jemand bei mir klingelt. Das ist die Realität. Die Konsolidierung ist in vollem Gang. In Tuttlingen sind es nicht selten die Amerikaner und die Chinesen, die an der Tür klingeln. Bald haben wir keine Vielfalt an schönen mittelständischen innovativen Unternehmen mehr. Wie Herr Knaebel vorhin schon gesagt hat, haben wir nur noch Monokulturen an US-amerikanischen und asiatischen Konzernen, die aber keine Nischen mehr bedienen, sondern nur noch in großen Stückzahlen denken.

Wie soll aber ein Zehnmannbetrieb alle Regelungen fehlerfrei erfüllen? Wie soll er das garantieren? Zwangsweise wird er ein Stück weit in die Illegalität getrieben, ohne dass er es sogar weiß. Hinzu kommen Hemmnisse wie die gestiegenen Transportkosten, Rohstoffkosten und Energiepreise oder der Fachkräftemangel. Wie sollen Start-ups überhaupt noch zu mittelständischen Unternehmen heranwachsen? Das schaffen sie fast gar nicht mehr. Sie arbeiten darauf hin, wiederum von einem großen Konzern übernommen zu werden, weil sie es nicht mehr schaffen, es selbst zu stemmen. Sie brauchen die Kraft der Großen, um es auf mehrere Schultern zu verteilen.

Verstehen Sie mich bitte nicht falsch, natürlich braucht es Regeln. Es braucht auch Orientierung, aber es muss auch für den Mittelstand umsetzbar bleiben. Wir brauchen ganz dringend den Raum dazwischen, um die Balance zwischen Innovationsfähigkeit, Innovationskraft und der Erfüllung von Regularien herzustellen. Wie der Unternehmer so schön sagte: Wenn die Kühe sterben, gibt es auch keine Milch mehr. So ist es tatsächlich.

Daher, liebe Abgeordnete, brauchen wir für die Medizintechnik in Baden-Württemberg dringendst Deregulierung, sonst sterben unser Mittelstand und mit ihm auch die Innovationen aus Baden-Württemberg. Deshalb bitte ich Sie, setzen Sie Kommissionen zur Überprüfung der vorhandenen Regelungen ein. Schauen Sie, wo man eventuell verschlanken kann. Fangen Sie an, zu evaluieren. Jeder Hersteller von Produkten muss die Produktion überwachen, muss evaluieren und prüfen, ob die Produkte noch dem aktuellen Stand entsprechen. Machen Sie das auch mit Ihren Regulierungen, Verordnungen und Gesetzen. Sorgen Sie dafür, dass die Verantwortlichen, die diese Regeln schreiben, die Realitäten der Unternehmen kennen. Schicken Sie sie in ein Praktikum. Viele Hersteller würden sich freuen, wenn die Verantwortlichen, die diese Gesetze schreiben, bei ihnen vorbeikämen, um für ein paar Monate die Realitäten kennenzulernen und zu erfahren, was praxisnah ist und was funktionieren kann. Und – ganz wichtig –: Nutzen Sie schneller die Digitalisierung, denn die Digitalisierung kann gerade das Berichts- und Meldewesen auf beiden Seiten erheblich vereinfachen. Wir müssen da schneller werden.

Wenn wir nichts machen – und damit komme ich zu meiner dritten Botschaft –, passiert das, was heute auch schon gesagt wurde. Wir haben es aktuell schon mit einer Tendenz der Abwanderung von Entwicklung und Innovation ins außereuropäische Ausland zu tun. Um es Ihnen etwas näher zu bringen: Wenn in der Medizintechnik eine Produktinnovation gestartet wird, sind der größte Aufwand dieser Innovation die Entwicklung und die Zulassung; denn schon in der Entwicklungsphase kommt zu 100 % die Marktzulassung zum Tragen. Die Forschung ist vorgelagert und oft sogar etwas günstiger. Danach kommen die Produktion und die Vertriebslogistik. Wenn aber ein Entwicklungsprojekt in der EU seit Erlass der MDR nicht nur 30 % mehr, sondern doppelt so viel kostet, kann sich die Industrie nur noch die Hälfte an Innovation leisten. Die USA mit der FDA sind sich dessen durchaus bewusst. Die FDA wird seit einigen Monaten erkennbar schneller, effizienter, kostengünstiger und digitaler. Der Wandel dahin findet schon statt.

Ich möchte noch einmal auf unsere Umfrage zurückkommen. 50 % der Unternehmen – zum gleichen Ergebnis kommt auch die europäische Umfrage – ziehen es jetzt schon vor, ihre Innovationen vorrangig in den USA zuzulassen und nur vielleicht irgendwann bei uns in Europa. Unsere Umfrage hat auch ergeben, dass bei fast jedem zweiten Unternehmen der Medizintechnikindustrie Innovationsprojekte auf Eis liegen. Schon Anfang dieses Jahres haben uns die Unternehmen geantwortet, dass 5 % dieser Unternehmen – ich spreche hier von 400 Unternehmen – voll in der Planung waren, ihre komplette FuE ins Ausland zu verlegen. Das ist nämlich die Gefahr

dahinter. Für jede Innovation braucht es ein Biotop an innovativen Unternehmen, Kliniken, Instituten und Forschungseinrichtungen. Wenn eine Idee aber im außereuropäischen Ausland auf fruchtbareren Boden fällt und dieses Biotop dort zur Verfügung steht, dann werden diese Ideen auch dort zum Produkt. Und damit wandert nicht nur die Entwicklungsabteilung ab, sondern zieht die Forschung hinterher.

Was können wir also tun? Was können Sie tun? Schauen Sie, dass Fördergelder nicht nur in die Forschung fließen, denn die Forschung allein kann den Standortnachteil, den wir haben, nicht mehr ausgleichen. Investieren Sie vielmehr ganz gezielt auch in die Produktentwicklung, in die Zulassung und in die Umsetzung von Regularien. Der Mehraufwand, der durch die MDR entsteht, ist so hoch, dass Sie ihn nicht subventionieren können. Das wäre auch beihilferechtlich überhaupt nicht möglich. Deshalb müssen wir darauf achten, dass wir bei der Innovation die Bremsklötze reduzieren. Setzen Sie sich bitte auch für Kostensenkungen bei den Zulassungsgebühren ein. Es kann nicht sein, dass diese plötzlich doppelt so hoch sind. Das funktioniert nicht. Schaffen Sie gern auch Reallabore oder Experimentierräume an den Unis und den Kliniken – das haben wir schon gehört. Ganz wichtig ist, dass in diesen Reallräumen die Abstimmung und die Arbeit so vereinfacht werden, dass sie rechtssicher sind, dass man aber auch etwas ausprobieren und dort „spielen“ kann. Sehr nett fand ich den Begriff „rechtliche Experimentierräume“, wie Sie, Herr Knaebel, es genannt haben.

Sehr geehrte Abgeordnete, ich glaube, Sie haben für die baden-württembergische Medizinprodukteindustrie eine wirkliche Chance, alles in Ihrer Macht Stehende zu tun, um die Medizintechnik aus Baden-Württemberg zu stärken. Wir brauchen diese leistungsstarke, wettbewerbsfähige und auch wirtschaftlich gesunde Medizintechnik. Wir brauchen den Mittelstand als Rückgrat der Medizintechnikbranche – nicht nur als Säule unseres Wohlstands, sondern vor allem auch für alle Patienten auf der ganzen Welt; denn hier entsteht so viel, was Leben rettet, und das nicht nur bei uns.

Ich bitte Sie daher, gehen Sie in den Dialog, bleiben Sie hartnäckig, gehen Sie aber auch in den ergebnisorientierten Dialog. Betreiben Sie ein Monitoring der Umsetzung. Hat sich wirklich etwas getan, oder nicht? Setzen Sie Regelungen auf den Prüfstand. Fangen Sie bei den eigenen an, gehen Sie Stück für Stück weiter und schauen Sie dann, wo etwas noch Sinn ergibt und wo man vielleicht etwas ändern muss. Evaluieren Sie Entscheidungen und Regelungen. Etablieren Sie vielleicht auch eine regulatorische Begleitforschung. Welche Regularien sind sinnvoll, und welche gehen zu weit? Deregulieren Sie im Ergebnis, und nutzen Sie die Digitalisierung. Da ist noch so viel mehr drin, wenn wir schneller werden und Bürokratie umsetzbar machen. Schauen Sie bitte aber auch auf die Einwanderungspolitik. Wir brauchen schnell die Fachkräfte, um alles umsetzen zu können, was umgesetzt werden muss. Schaffen Sie wieder ein Gewerbe und ein innovationsfreundliches Umfeld für die Medizintechnik in Baden-Württemberg, denn nur dann wird auch die Resilienz gelingen.

Die Pandemie hat verdeutlicht, wie entscheidend Gesundheit und Versorgung sind. Am Beispiel der neuen Impfstoffe, die wir geschaffen haben, hat sie auch gezeigt, wie entscheidend Innovationen sind. Sie haben jetzt die Wahl, das zur Kenntnis zu nehmen, oder Sie können unaufhörlich das tun, was Ihr Herzblut ist; Machen Sie Politik und treffen Sie die richtigen Entscheidungen sehenden Auges.

Danke.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Frau Steckeler. – Dann machen wir gleich weiter mit Herrn Professor Dr. Kindervater, Honorarprofessor für Chemieingenieurwesen und Verfahrenstechnik am Karlsruher Institut für Technologie und Geschäftsführer der BIOPRO Baden-Württemberg GmbH. – Herr Professor Dr. Kindervater, Sie haben 20 Minuten Zeit.

(Eine Präsentation [*Anlage 7*] wird begleitend zum Vortrag eingeblendet.)

Sv. Herr Dr. Kindervater: Ich versuche, mich an die Zeitvorgabe zu halten. – Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete des baden-württembergischen Landtags, sehr geehrte Mitglieder der Enquetekommission, meine sehr geehrten Damen und Herren! Es ist für mich eine große Ehre, heute hier zu Ihnen zu sprechen. Ich muss jetzt darauf achten, dass ich nicht in das Syndrom, es ist schon alles gesagt worden, nur noch nicht von mir, ver falle, da wir schon die tollen Vorträge von Herrn Knaebel und von Frau Steckeler hatten. Das fällt mir aber nicht schwer. Die gute Nachricht ist: Ich bin seit heute Morgen um 9:30 Uhr hier und habe alle Vorträge gehört. Ich habe mindestens 30 Seiten mitgeschrieben und werde Ihnen jetzt Folien zeigen, die Sie schon im Vorfeld bekommen und vielleicht auch schon angeschaut haben. Dann werde ich versuchen, vor unserem geistigen Auge die Synthese aus dem, was Herr Knaebel und Frau Steckeler schon gesagt haben, dem, was ich Ihnen zeige, und dem, was wir heute gelernt haben – ich auch –, zu bilden.

Ich habe meiner Präsentation folgenden Titel gegeben: „Die Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg – Starke Säule oder ‚Patient mit Betreuungsbedarf‘“. Ich habe bewusst auf den Begriff „Pflegebedarf“ verzichtet, Frau Elsbernd. Ich mache diesen Job in Baden-Württemberg jetzt schon seit 20 Jahren, mache aber an keinem Tag das Gleiche, wie zu dem Zeitpunkt, als ich hier am 17. Januar 2003 in Stuttgart angefangen habe. Denen, die sie nicht kennen, möchte ich kurz die BIOPRO vorstellen, dabei aber einen Satz ändern. Dort steht: „Die BIOPRO Baden-Württemberg GmbH ist die Innovationsgesellschaft des Landes für die Themen.“ Wenn ich heute vor Ihnen spreche, möchte ich das „die“ in „Ihre“ umwandeln, weil die Finanzmittel, die ich seit 20 Jahren bekomme, immer in Haushalten verankert sind und ich sie immer von Ihnen bekomme. Deshalb möchte ich das sofort korrigieren. Das hat jetzt auch nichts mit Bauchpinselei zu tun, sondern dem ist so.

Was machen wir? Als Landesagentur sind wir für zwei Themenfelder verantwortlich, die ich nachher vor Ihrem geistigen Auge miteinander verheirate. Wir sind für die Gesundheitsindustrie und für die Bioökonomie verantwortlich. Wir wollen uns heute schwerpunktartig auf die Gesundheitsindustrie beziehen. Die Tatsache, dass wir als Landesagentur unterwegs sind, impliziert, dass wir schwerpunktmäßig mit öffentlichen Mitteln – mit Ihren Mitteln, mit den Mitteln des Haushaltssouveräns, könnte ich jetzt wieder sagen – arbeiten. Diese Mittel werden aber von vier Ministerien an uns ausgereicht. Neben den Aktivitäten in der Gesundheitsindustrie und der Bioökonomie – das wird heute ganz wichtig sein – betreuen wir seit ungefähr drei Jahren das „Forum Gesundheitsstandort BW“. Dazu, was das ist – vor allem vor dem Hintergrund der Lernkurve, die ich heute hatte –, kommen wir im Laufe unseres Gesprächs.

Auch wenn es eigentlich vor dem, was Frau Steckeler und Herr Knaebel schon gesagt haben, hätte angesprochen werden müssen, ziehen wir die Fragen jetzt einmal hinterher: Was ist denn überhaupt die Gesundheitsindustrie in Baden-Württemberg? Auf welcher Basis stehen wir denn überhaupt? Wir stehen mit 851 Firmen der Medizintechnik sehr gut da. Damit sind wir in Deutschland Spitze und in Europa ganz weit vorne. Auf diesen Karten sehen Sie Zahlen, die eine grobe regionale Gliederung zulassen. Später zeige ich Ihnen noch Karten mit Punkten, auf denen man fast gar nichts mehr sieht. Hier haben wir die Zahlen hinsichtlich der Unternehmen den einzelnen Raumschaften zugeordnet, damit Sie sehen, wo „die Musik für die jeweilige Branche spielt“. Die rechte Karte zeigt in Blau die Zahl der Unternehmen der Medizintechnik, die linke in Grün die pharmazeutische Industrie und in Rot die Unternehmen der Biotechnologie. An diesen Zahlen sehen Sie, dass dahinter eine ganze Menge von Beschäftigten und eine ganze Anzahl von Umsätzen stehen. Die Umsätze werden, wie Frau Steckeler richtig gesagt hat, weitestgehend im Export erzielt, weil der deutsche Gesundheitsmarkt zwar vorhanden ist, aber im Vergleich zu dem, was diese Unternehmen produzieren – wir werden nachher noch Gesamtzahlen sehen –, ist Deutschland für sie nur ein kleines Einzugsgebiet.

Jetzt zeige ich Ihnen eine für mich superinteressante Grafik, die genau in die Richtung geht, die Frau Steckeler und Herr Knaebel angesprochen haben. Sie enthält Daten, die wir zusammen mit dem Statistischen Landesamt erheben. Wir erheben auf dieser Basis, welche Unternehmen wir in der pharmazeutischen Industrie, in der Medizintechnik und in der Biotechnologie in Baden-Württemberg haben. Ich möchte jetzt hier aber in den verbleibenden 15 Minuten Redezeit nicht zu viel Number Crunching machen, sondern ich möchte Ihnen hiermit nur die Relation verdeutlichen. Der jeweils obere Balken zeigt Ihnen die Struktur dieser Unternehmen für den jeweiligen Industriebereich. Das, was Frau Steckeler uns für den Großraum um Tuttlingen gesagt hat, spiegelt sich auch in Baden-Württemberg insgesamt wider. Fast über die Hälfte der 851 Medizintechnikunternehmen in Baden-Württemberg – das ist der große blaue Balken – hat weniger als zehn Mitarbeiter. Das ist genau das, was Frau Steckeler gesagt hat. Bei den Biotechunternehmen ist es genauso. Das ist dort aber kein Wunder, weil all diese Unternehmen zwischen einem und 20 Jahren alt sind. CureVac, das wir kennen, ist im Jahr 2000 gegründet worden. Dementsprechend

muss das auch ein Segment sein, von dem es am Anfang viele kleine gibt. Es ist so, wie Frau Steckeler es für die allgemeine Start-up-Szene gesagt hat: Nur wenige werden groß, z. B. BioNTech oder CureVac, während die meisten irgendwelche Kooperationen eingehen oder von anderen Unternehmern übernommen werden.

Im Bereich der pharmazeutischen Industrie gibt es kleine, mittlere, aber auch größere Unternehmen und richtige Big Player. Im Raum Ulm haben wir mit Boehringer Ingelheim, Rentschler Biopharma oder Teva ganz gewichtige Akteure. Das ist dieser Branchenmix, den wir tatsächlich haben. Natürlich erwirtschaften – das sehen Sie in der Relation zwischen dem oberen und dem unteren Balken – die 48 % der Unternehmen der Medizintechnik mit weniger als zehn Mitarbeitern nur ungefähr 2 % des Umsatzes. Wir haben aber von Frau Steckeler gelernt, dass diese auch nur kleine Mengen an Produkten herstellen. Damit verdient man zwar nicht so viel Geld, aber sie werden in der Versorgung gebraucht. Das haben wir von meiner Vorrednerin und meinem Vorredner schon gehört. Ich sage es Ihnen aber noch ein drittes Mal.

Da Ihnen die Folien vorliegen, möchte ich Sie nicht mit allen Details langweilen. – In Düsseldorf findet demnächst die Medizintechnikmesse MEDICA statt. Dort haben wir einen Gemeinschaftsstand mit ungefähr 30 Unternehmen. Insgesamt sind aber in Düsseldorf über 400 Unternehmen auf 17 Hallen verteilt und vertreten dort den Gesundheitsstandort Baden-Württemberg. Sie sehen an dieser Medizintechnikgrafik, was die alles machen. Wenn man durch die 17 Hallen geht, findet man überall Baden-Württemberg. Ich habe bw-i mal den Vorschlag gemacht, dass man jeden Stand dieser 400 Unternehmen entweder mit dem Slogan „THE LÄND“ oder „Ich komme aus Baden-Württemberg“ kennzeichnen sollte. Das wäre eine standortbezogene Marketingmaßnahme, auf die wir zurückgreifen müssten. Auf der MEDICA werden wir die Welt rocken, Frau Steckeler. Richtig?

(Sv. Frau Steckeler: Ja!)

Die anderen Felder: In der Pharmaindustrie ist festzustellen – das ist ganz wichtig; darüber hatten wir schon in der Mittagspause geredet –, dass fast die Hälfte der 90 Unternehmen im Bereich „Homöopathie und Anthroposophie“ arbeiten. Dazu habe ich als Naturwissenschaftler auch meine Sichtweise. Die Leute sind aber committed, die Bürger wollen die Medikamente, und das Ganze ist nicht ohne Heilerfolg. Verlassen wir das Thema. Ich wollte Ihnen damit die Wirtschaftskraft, die wir in Baden-Württemberg haben, vorstellen. Die Biotechnologie finden Sie auch.

Wir sehen auf der nächsten Folie in dem roten Segment die industrielle Gesundheitswirtschaft. Wenn wir jetzt aber entdecken, dass wir in der gesamten Gesundheitswirtschaft über eine Million Erwerbstätige haben, dann arbeiten – das war heute Vormittag das Thema – 55,4 % aller Beschäftigten, die in der Gesundheitswirtschaft tätig sind, in der Versorgung. Dann haben wir noch weitere Bereiche. Das sind z. B. die Leute, die in der Forschung arbeiten, auch im öffentlichen Bereich. Die arbeiten weder in der industriellen Gesundheitswirtschaft noch in der medizinischen Versor-

gung. Dazu gehören auch Mitarbeiter von Kostenträgern, von Verbänden oder von anderen Akteuren. Wenn wir uns diese Landschaft anschauen, sehen wir, dass wir in der Gesundheitsforschung in Baden-Württemberg super aufgestellt sind. Auch da will ich mit Ihnen kein Number Crunching machen und Ihnen auch nicht die ganze Liste vorlesen, die Sie alle von mir bekommen haben. Sie sehen aber, welches Potenzial wir in dem von Herrn Knaebel beschriebenen Translationsprozess, auf den ich gleich noch einmal zu sprechen komme, haben. Davon ist vieles mit Ihren Geldern – zumindest in einer Grundfinanzierung – finanziert.

Die Wirtschaft haben wir jetzt schon kennengelernt. Auf der folgenden Folie sehen Sie einen Überblick über den Forschungsstandort. Jetzt springen wir noch ganz kurz zur Versorgung. Auch das werden Sie vielleicht schon kennen – vielleicht auch nicht, dann wissen Sie es aber jetzt –: Wir haben 209 Krankenhäuser. Frau Steckeler hatte gesagt, dass diese angeschaut werden müssen. Sehen wir einmal, wie viele davon übrigbleiben und was mit ihnen passiert.

Dann geht es mit der ambulanten und der stationären Versorgung weiter. Die Zahlen, die ich Ihnen zeige, tragen wir aus dem Wissenschaftsministerium, dem Sozialministerium, dem Wirtschaftsministerium und dem Statistischen Landesamt zusammen. Wir haben 7 074 Hausärzte und über 14 000 Fachärzte, die nicht allein durchs Leben gehen, sondern auch Mitarbeiter und eine Infrastruktur haben. Die Welt der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg erbringt neben der Automobilwirtschaft und dem Maschinenbau unter den Rahmenbedingungen, die wir heute kennengelernt haben, Tag für Tag einen volkswirtschaftlich signifikanten Wert. Das muss man sich einmal vor dem Hintergrund der Diskussion von heute Vormittag und dem, was wir heute Nachmittag schon gelernt haben, vor Augen halten.

Für das „Forum Gesundheitsstandort BW“ haben wir es in den momentan noch aktuellen Kachelgrafiken zusammengetragen. Die Grafik zeigt die Summe von allem, mit den schon bekannten mehr als eine Million Beschäftigten, den 768 000 Erwerbstätigen in der Versorgung und der Bruttowertschöpfung von ca. 56 Milliarden €. Das sind Zahlen, die vorhanden sind. In der Gesundheitswirtschaft wird etwas erwirtschaftet, und das ist für Baden-Württemberg eine strategische Säule. Erinnern Sie sich aber bitte an den Titel meiner Präsentation: „Patient mit Betreuungsbedarf“. Sie ahnen es jetzt vermutlich schon – ich hatte schon zwei tolle Vorredner –, wohin die Reise geht. Sie sehen, dass ich Ihnen auf den Folien unten links immer das Logo „Forum Gesundheitsstandort BW“ zeige.

Nachdem ich schon den ganzen Tag bei Ihnen bin, hat es mich gewundert, dass ich der Erste bin, der Ihnen davon etwas erzählt. Da haben wir noch eine kleine Kommunikationslücke. Da ziehe ich mich aber auch gern selbst am Ohr, weil ich heute Vormittag beim ersten Vortrag von Frau Böhm erst einmal verstanden habe, was das „Forum Gesundheitsstandort BW“ eigentlich ist: Es ist Health in All Policies. Erinnern wir uns daran, was Frau Böhm gesagt hat, was passieren müsste. Wir haben die ganzen Beispiele gehört. Frau Böhm hat das „Forum Gesundheitsstandort BW“ aber

auch gar nicht auf dem Schirm gehabt. Auch da hätte ich mich selbst am Ohr ziehen können.

Mit dem „Forum Gesundheitsstandort BW“ haben wir „Health in All Policies and everywhere in Baden-Württemberg“. Sie merken, dass ich jetzt schon in Bezug auf heute Morgen assoziiere, denn das, was das Forum jetzt schon kann, ist „Whole of Government“. Wissenschaftsministerium, Wirtschaftsministerium, Sozialministerium und seit Kurzem auch das Innenministerium werden vom Staatsministerium motiviert, zusammenzuarbeiten. Ich würde jetzt an meinem eigenen Ast sägen, wenn ich Ihnen hier in der Runde sagen würde, wie gut oder wie schlecht das läuft. Ich weiß, wie es läuft. Das müssen wir vielleicht in Einzelgesprächen noch einmal klären. Ich weiß, auf welchem Baum und welchem Ast ich sitze.

Noch viel besser können wir mit „Whole of Society“ werden. Zwischen März und Mai 2019 haben wir es geschafft – damals war ich noch bei Ihnen in Mannheim, Herr Knaebel – 60 Leute in das Forum „reinzuzuquetschen“. Wir haben am Anfang gefragt, was die Landesregierung jetzt wieder macht. Dann habe ich aber gesagt: Leute, da kommt etwas Großes. Dann waren wir mit Ihnen, Herr Knaebel, 60. Heute sind wir über 550. Am 24. November ist in Heilbronn die Herbstveranstaltung. Einige von Ihnen oder alle wissen, dass einmal im Jahr die Herbstveranstaltung ist. Dahin kommen dann die Leute, sei es physisch oder auch virtuell, und dabei reden wir darüber, wie weit wir mit unserem „Health in All Policies“-Approach sind. Und dann schauen wir, wohin wir in Zukunft gehen. Das steht auf dieser Folie. Das sind viele der Themen, die wir heute Vormittag und heute Nachmittag schon gehört haben.

Wir beschäftigen uns in diesem „Health in All Policies“-Prozess mit Digitalisierung, mit künstlicher Intelligenz, mit Innovationen aus personalisierter Medizin, mit neuen Diagnostik- und Therapieverfahren, mit Innovations- und Translationsnetzwerken, die Herr Knaebel uns vorgestellt hat. Wir beschäftigen uns auch mit Rahmenbedingungen und Regularien, und daran arbeitet auch Frau Steckeler vorbildlich mit. Sie ist die Treiberin einiger Aktivitäten rund um die Medizintechnik. Wir kümmern uns auch – das war heute Vormittag bei der Pflege ein Thema – um Bildungs-, Ausbildungs- und Studienmaßnahmen sowie um Fachkräfte. Wir schauen uns die Versorgung vor dem Hintergrund von Corona an und versuchen, zu kommunizieren und aktive Standortpolitik zu machen. Wir kümmern uns um Gesundheitsdatennutzung und Translationsstrukturen als Jahresthema.

Wir arbeiten mit dem Landesdatenschutzbeauftragten zusammen. Wir sorgen über das Innenministerium dafür, dass dieser auch bei den Gesprächen über die Gesundheitsdatennutzung im Jahr 2022 dabei ist. Er hat mich sogar in Gesprächskreise mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten und den anderen Landesdatenschutzbeauftragten mitgenommen, denn wir haben Land für Land unterschiedliche Datenschutzregularien. Vor 14 Tagen war im Zeppelin die Herbstkonferenz des Berufsverbands der Datenschutzbeauftragten. Dort habe ich auch so eine flammende Rede wie heute vor Ihnen gehalten. Und was war der Effekt? Die wussten gar nicht, wie das mit

der medizinischen Datennutzung überhaupt funktioniert und wozu das überhaupt gut ist. Die hatten alle – da bin ich bei Herrn Knaebel – Stoppschilder im Kopf. Als ich fertig war, wussten die erst, wofür das Ganze eingesetzt wird. Da muss erst jemand kommen und denen das erzählen. Es ist nicht so, dass ich da Einfluss nehmen will. Aber es muss Leute geben, die mit diesen Menschen diskutieren und ihnen etwas herüberbringen. Da müssen wir unbedingt weitermachen.

Zu den Herausforderungen für den Gesundheitsstandort: Wir haben dieses Dreieck, in dem der Gesundheitsstandort enthalten ist. Wenn Sie sich vorbereitet haben, kennen Sie diese Folie. Wir haben die Wissenschaft, und die Wissenschaft – das war heute auch ein Thema – steht unter Strom. Die Leute draußen forschen wie verrückt. Und sie sind dabei auch nicht erfolglos. Da müssen wir Briketts auflegen – bioökonomisch würde man jetzt „Holzstücke“ sagen. Dann haben wir den Industriebereich, das Handwerk und den Dienstleistungsbereich. Dort steht „Regulation“. Darauf gehe ich auch gleich noch einmal ein. Und wir haben Erstattung, Versorgung und Pflege. Dazu brauche ich auch nicht viel zu sagen; denn das war heute Morgen schon das große Thema.

Jetzt die letzte Folie. Was sind die großen Herausforderungen? MDR/IVDR kann ich auch streichen; dazu ist schon ausreichend viel gesagt worden. REACH und Stoffverbote haben wir auch schon abgearbeitet – danke sehr, Frau Steckeler. Bei der MDR können wir jetzt nur noch nachbessern. Bei der EU-Chemikalienstrategie, bei REACH/Stoffverboten müssen wir aufpassen. Die Frage ist, wie wir aufpassen, wie wir Sachen beeinflussen können. Beeinflussen können wir Sachen, wenn wir in Brüssel aktiv sind; denn dort werden die Messen gelesen, wie man so schön sagt. Da muss man sich mit dem beschäftigen, was auf uns zukommt.

Wie wird z. B. die KI in der Medizin künftig eingesetzt? Das ist die Frage. Darüber müssen wir reden. Wir müssen in Brüssel aktiv sein. Wir müssen vor Ort sein und uns mit unserem Wissen aus dem Medizintechnik-, dem Pharma-, dem Biotech-, dem Versorgungs- und dem Forschungsstandort einbringen. Auch da würde ich jetzt wieder an meinem Ast sägen. Sie können mich nachher fragen, was wir dabei besser machen können. Das, was wir machen, ist alles zu wenig. Wir wissen viel, aber in Brüssel müssen wir etwas herüberbringen.

Ich habe jetzt versucht und habe es, glaube ich, auch geschafft, nicht dasselbe zu erzählen wie Frau Steckeler und Herr Knaebel. Ich habe Ihnen das als Vertreter Ihrer Landesagentur ein bisschen anders herübergebracht. Ich werde mir die ganzen Theorien zu Health in All Policies ansehen, denn das müssen wir jetzt auf der Basis dessen, was wir in den vielen Jahren im „Forum Gesundheitsstandort BW“ und den vielen Jahren seit Bestehen von BIOPRO gemacht haben, möglichst schnell weiterentwickeln. Dass wir es brauchen, haben Sie von den beiden Vorrednern gehört. Wir könnten es schaffen, in diese Richtung zu gehen und eine „Health in All Policies“-Supportorganisation zu werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Kindervater, für Ihren Vortrag. Ich glaube, die, die jetzt nach der Mittagspause etwas ruhiger waren, sind jetzt auch aufgewacht. Es war in vielen Bereichen sehr erhellend.

Jetzt darf ich dem letzten Sachverständigen für den heutigen Tag, Herrn Professor Dr. Kern, Professor der Gesundheitsökonomie, Dekan des Studiengangs Management im Sozial- und Gesundheitswesen an der Hochschule Ravensburg-Weingarten, das Wort erteilen. Er ist uns digital zugeschaltet und wird auch etwas zur Gesundheitswirtschaft sagen. Sie haben jetzt auch 20 Minuten Zeit.

(Eine Präsentation wird begleitend zum Vortrag eingeblendet.)

Sv. Herr Dr. Kern: Herzlichen Dank für die Einladung. – Sehr geehrter Herr Vorsitzender, liebe Landtagsabgeordnete! Ich habe eine lange Präsentation vorbereitet, damit das, was ich beitragen werde, ein bisschen illustriert wird.

Zunächst möchte ich auf Ravensburg-Weingarten eingehen. Ich bin geborener Stuttgarter. Deshalb weiß ich, dass spätestens bei Kirchheim unter Teck Baden-Württemberg endet. Oberschwaben ist da gar nicht vorhanden. Deswegen ist es immer toll, dass Minister Manne Lucha, der bei mir Mastermanagement studiert hat, in Stuttgart ist, denn so wird Oberschwaben nicht vergessen.

Herr Kindervater, ich nutze zumindest schon mal eine Karte des „Forums Gesundheitsstandort BW“, die Sie auf dieser Folie sehen können.

Zu den Themen Gesundheitsausgaben und Gesundheitswirtschaft – ich bin Wirtschaftswissenschaftler –: Pro Tag geben wir 1,2 Milliarden € für den gesamten Gesundheitssektor aus. Ungefähr 50 Milliarden €, die wir für die Gesundheitswirtschaft ausgeben, sind private Mittel, die von Individuen und privaten Haushalten finanziert werden. Alles andere sind Mittel, die über Steuern und Sozialversicherungsabgaben getragen werden oder aus dem Bereich der privaten Krankenversicherung kommen.

Ich möchte noch ganz kurz auf die Demografiestruktur, die im Zusammenhang mit den Arbeitskräften auch erwähnt wurde, eingehen. Der Kollege aus Freiburg sagte, dass die Arbeitskräfte schon nicht mehr da sind. In 20 oder 30 Jahren sieht es dann so aus wie bei „Charlie und die Schokoladenfabrik“. Der eine muss die vier Alten finanzieren und noch die Arbeitsleistung dafür erbringen. Letztendlich kann er die Finanzierung, die er erhält, gewissermaßen selbst bezahlen. Die vier Alten dämmern quasi dahin und wachen nur auf, wenn er kommt. Über die Frage, wie die Versorgung zukünftig aussieht, wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels an-

ders zu diskutieren sein. Das ist mit der doppelten Alterung gemeint. Zudem müssen diejenigen, die alt werden, auch noch die Leistung für diejenigen erbringen, die gewissermaßen gleichalt sind.

Gesundheitswirtschaft: Über die politische Perspektive wurde im Rahmen der Bürgerversicherung auch schon verschiedentlich diskutiert. Es ist davon auszugehen, dass es tendenziell eine Einheitsversicherung geben wird. Auch hinsichtlich der Konzentration von Krankenkassen, die absehbar ist, spricht vieles für die Einführung. Wir werden nicht umhinkommen, dass wir einen Grund- und Wahlleistungskatalog organisieren, den ich einmal „Elementar plus“ genannt habe. Ich habe ein kleines Papier dazu verfasst, wie denn überhaupt die zentralen Leistungen, die aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, dargestellt werden können. Entscheidend dabei ist, dass wir für die Gesundheitswirtschaft auch den notwendigen Treibstoff haben, den die Unternehmen, die produzieren, hinterher auch absetzen können. Deshalb muss es jemanden geben, der die Produkte auch kaufen kann. Dabei geht es nicht nur um die Regulierung, sondern auch um das Potenzial, das vorhanden ist, um die Mittel, die zur Verfügung stehen, um die Leistungen, die entwickelt werden, aufzunehmen.

Bei den Preisen, die heute aufgrund der Hochspezifität des Leistungsgebots in der Medizintechnik, der Arzneimittelindustrie und der Biotechnologie entstehen – Sie haben es schon gehört –, ist es besonders interessant, was bei den Reimbursements herauskommt und wer das bezahlt. Wir werden einen stärkeren Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern und eine Integration von Leistungsangeboten haben. Sie kennen schon die Komplexpauschalen. Es besteht eher die Tendenz, dass es zu Health Maintenance Organizations kommt, also zur Finanzierung und Leistungserbringung aus einer Hand. Das macht Fresenius schon in den USA und bereitet es möglicherweise mit Helios Kliniken als Leistungsanbieter vor, worüber es auch womöglich geleistet werden kann. Wir werden dann bei Preisregulierungen und pauschalierter Vergütung natürlich zunehmende Qualitätskontrollen haben, was letztendlich eine zunehmende Kontrolle und Regulierung bedeutet.

Wichtig ist mir, darauf hinzuweisen, dass wir für die gesamte Definition, was die Gesundheitswirtschaft liefern kann, keine klare Definition von Gesundheitszielen in Deutschland haben. Wir haben zwar „www.gesundheitsziele.de“, die z. B. vorschlagen, die Zahl der Raucher in den nächsten zehn oder 15 Jahren zu halbieren. Was soll aber mit der Gesundheitsversorgung und mit dem Einsatz von Medizintechnik und Arzneimitteln erreicht werden? Was ist das Ziel der Gesellschaft, aus öffentlichen Mitteln – wohlgemerkt: aus öffentlichen Mitteln! – Maßnahmen der Daseinsvorsorge für die Bürger bereitzustellen? Das ist mit der Formulierung im SGB V, dass etwas medizinisch notwendig und sinnvoll oder so ähnlich sein muss, ganz unpräzise und allgemein gefasst. Das hilft uns aber nicht für eine sinnvolle Begleitforschung, um zu überprüfen, wie stringent die Angebote organisiert sind.

Dann haben wir das übliche Zwiebelmodell, das ich allerdings nur noch einmal illustrieren möchte, mit den Kernleistungen der stationären und ambulanten Versorgung

und darum herum der Apotheken und der Verwaltung. Dann geht es auch schon in den Übergangsbereich von Business-to-Business und nicht mehr von Business-to-Consumer, wo dann tatsächlich die Musik in der Gesundheitswirtschaft und der Medizintechnik spielt, die mehr die Industrie und weniger den Endkunden beliefert. Das ist mit dem Beispiel der Endoprothesen angesprochen worden. Der Endkunde kann sich den Hersteller der Kniegelenk-Endoprothese gar nicht aussuchen, sondern bekommt im Krankenhaus das Produkt, das das Krankenhaus bei einem Anbieter bestellt hat. Im Sinne von Entscheidungskompetenz wird sich möglicherweise noch viel ergänzen oder ändern müssen.

Ich bin im Gesundheitswirtschaftsausschuss der IHK in Stuttgart. Wir sind dort nicht nur angetreten, die Leistungsträger der Gesundheitswirtschaft selbst – das ist ein ganz großes Bestreben von mir – in der Region zusammenzubringen, sondern – das möchte ich damit illustrieren – wir wollen auch – dazu ist das „Forum Gesundheitsstandort BW“ eigentlich gedacht – den Strukturwandel vom Autoland Baden-Württemberg, so hat es die „Heilbronner Stimme“ geschrieben, hin zu einem Gesundheitsland voranbringen. Von den dann möglicherweise offenbleibenden Kapazitäten aus der Automobil- oder der Zulieferindustrie wollen wir deren Kompetenzen und Wissen in die Entwicklung von Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen überführen. Dazu zählt z. B auch, dass Produktionstechnologie im Sinne von Produktionsprozessen für die Gesundheitsversorgung von immenser Bedeutung ist.

Ich werde gleich noch illustrieren, wie Produktionsabläufe für die Herstellung von Gesundheitsversorgung neben den Inputfaktoren, der Medizintechnik und den Vorleistungsprodukten von besonderer Bedeutung sind. Da kann man von der Automobil- und der Zulieferindustrie enorm viel lernen. Das Bestreben des Gesundheitswirtschaftsausschusses der IHK ist es, dass wir Unternehmen aus der Automobilindustrie – darüber haben wir mit den Unternehmen schon gesprochen und Arbeitskreise initiiert –, die aufgrund mangelnder Nachfrage freie Kapazitäten haben, im Zuge des Strukturwandels in die Gesundheitswirtschaft einbinden. Das ist ein ganz wesentlicher Punkt, auf den man hinweisen muss. Für Ihre Arbeit ist es sicher interessant, Synergieeffekte zu nutzen und nicht in der Bubble der Teilnehmer an der Gesundheitswirtschaft zu bleiben, sondern Potenziale aus anderen industriellen Bereichen zu ziehen.

Die Hochschule kooperiert im Bereich Medizintechnik beispielsweise mit der Stern-Med GmbH oder der Firma Vetter Pharma in Ravensburg, die tatsächlich den weltweit einzigen Reinraum neuer Technologie betreibt. Das führt aber dazu, dass sich für mich als Wirtschaftswissenschaftler die Frage stellt, was denn der Nutzer dieses gesamten Gesundheitssystems braucht. Dabei sollte Gesundheitswirtschaft nicht rein technologiegetrieben, sondern von der Versorgungsseite kommend betrachtet werden. Was braucht denn der Nutzer? Vorhin ist es schon von Frau Steckeler angesprochen worden. Wie funktionieren denn ambulante Operationen für den Nutzer? Wie kann ich ihn an die Hand nehmen, damit ambulante Operationen tatsächlich

funktionieren und die Last der Koordination der ambulanten Operationen nicht auf den Patienten, der sich manchmal in prekärer Lage befindet, abgewälzt wird?

Deshalb möchte ich das illustrieren. Der Pflegeplatzmanager ist ein Softwareprodukt zur Koordination des Entlassungsmanagements in Krankenhäusern. Dazu machen wir gerade in Oberschwaben ein Projekt. Das Entlassungsmanagement ist eine Aufgabe der Krankenhäuser. In dem Projekt soll die Entlassung der Patienten koordiniert werden. Das funktioniert jedoch schlichtweg nicht. Selbst mit dem technischen Tool Pflegeplatzmanager, über das die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft einen Rahmenvertrag für alle Krankenhäuser Baden-Württembergs abschloss, ist dies aufgrund der mangelnden Integrationsbereitschaft der Beteiligten, die an einem Entlassungsmanagement mitwirken müssen, immer noch nicht gänzlich abgeschlossen. Zu den Beteiligten gehören z. B. die Apotheken, Unternehmen der Medizintechnik, die Sanitätshäuser oder die Krankenkassen. Dieses Versorgungs- und Forschungselement ist nicht nur im Sinne von Gesundheitswirtschaft IT-seitig mit digitaler Infrastruktur und Telematikinfrasturktur zu gestalten, sondern es muss auch tatsächlich gelebt und vom Management der Krankenhäuser erkannt werden. Es muss das Potenzial genutzt werden, um diese Leistung strukturiert zu organisieren. Ein großer Teil der Gesundheitswirtschaft besteht neben dem rein produkt- und innovationsgetriebenen Bereich auch darin, die Prozessstrukturen zu optimieren.

Das Bild auf dieser Folie soll zeigen, dass die unterschiedlichen IT-Systeme innerhalb der Krankenhäuser, aber auch zwischen den Institutionen aufeinander abgestimmt und dass die sektoralen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie Rehabilitation überwunden werden müssen. Das ist ein wesentlicher Teil der Gesundheitswirtschaft.

Betrachten wir das Internet of Things. Es wäre natürlich wunderbar, wenn jemand, der einen Versorgungsbedarf hat, weiß, dass er abgeholt wird, und wenn derjenige, der ihn abholt, weiß, wohin die Person gebracht werden muss und dort ein Bett freigehalten wird und bereits alle Patientendaten vorliegen. Diese Detaillösungen, die am Gesundheitsstandort Baden-Württemberg immer präsentiert werden und die hochgradig elaboriert sind, zusammenzuführen, sind im Sinne des Kunden, des Patienten die notwendige Bedingung, die wir erfüllen müssen. Daran müssen wir immer denken, wenn wir die einzelnen Produktionsposten sehen. Man kann jetzt einzelne Lebensphasen herausnehmen. In Tübingen wird in einem Modell zumindest ansatzweise gezeigt, wie das ineinandergreift. Das kann gewissermaßen in dem sogenannten „Ambient Assisted Living“-Modell gedacht werden. Dieses muss aber weiter perfektioniert werden, damit wir nicht in einer Gesundheitsversorgung im Sinne eines MVZ enden. Wir müssen vielmehr zum Grundsatz „From technology to service networks!“ kommen, damit keine fraktionierten Leistungen mehr angeboten werden, wie es heutzutage der Fall ist, und die Interoperabilität gar nicht gewährleistet ist. Das ist Teil der Gesundheitswirtschaft. Damit die ambulanten Operationen nicht in der Servicewüste enden, brauchen wir Bindeglieder und Schmiermittel, damit diese Leistun-

gen funktionieren. Deshalb habe ich auf die Automobil- und Zulieferindustrie abgehoben: Ohne Frage können wir aus diesem Bereich prozessuales Denken lernen.

Darauf komme ich, wenn wir jetzt über ambulante ärztliche Versorgung sprechen und wir wissen, dass die Kapazitäten dort bis in zehn Jahren um teilweise 30 oder 40 % reduziert werden. Deshalb müssen die verbleibenden Kapazitäten sinnvoll und effizient genutzt werden, und das bedeutet, Prozesse in Hausarztpraxen oder modernen Einrichtungen wie z. B. in Primärarztversorgungscentren zu verbessern, um dann diese Prozesse mit digitalen Lösungen integriert so zu gestalten, sodass künstliche Intelligenz den Leistungserbringer – in dem Fall den Arzt, die ärztlich qualifizierte Krankenschwester oder die Nurse – in ihrer persönlichen Beziehungsarbeit so unterstützt, dass Freiräume geschaffen werden und der Produktionsprozess so abgebildet wird, damit der Arzt die Aufgabe, die er wahrnehmen soll, auch wahrnehmen kann.

Wenn ich von Digitalisierung spreche, sind damit der Datentransfer und der Informationsaustausch gemeint. Das ist aber wiederum nur ein Teil dessen, was bei der Personalknappheit sowohl bei den Ärzten als auch bei den Pflegeberufen und in den „Randberufen“ wie Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie oder Sozialarbeit damit verbunden sein wird. Dann muss man auch sehen, was man davon technisch und was man durch Robotik lösen kann. Wenn Sie heute Abend noch Muse haben, dann schauen Sie sich bei Boston Dynamics einmal an, was an Robotertechnik tatsächlich möglich ist. Das sehe ich auch aus Sicht der Industrie.

Deshalb haben wir bei uns, der IHK in Stuttgart, begonnen, dieses Wissen aus Industrieunternehmen, die in dem Bereich tätig sind, zu integrieren: um es für Gesundheitsversorgungsleistungen nutzbar zu machen. Diese Perspektive möchte ich mit Ihnen teilen und eröffnen. Das sind so kleine Geschichten, dass man Exoskelette im Sinne einer Mensch-Maschinen-Symbiose hat. Das, was sonst als Robotik im Sinne von Artificial Intelligence funktioniert, kann nur funktionieren, wenn wir den Produktionsprozess tatsächlich auch für die Gesundheitsleistungen bei klar definierten Zielen einsetzen. Nur dann kann man über Effizienz nachdenken. Die Effizienzvorteile muss man sich erarbeiten. Dazu gehört aber auch, dass z. B. in Stuttgart oder anderen Städten viele Bordsteine abgesenkt werden. Dies wird für die geheimeschränkten Mitbürger in zehn und 20 Jahren gebraucht, sodass man mit dem „MOBILITY CUBE“, quasi einem umgebauten Segway, treppauf, treppab fahren kann. Drei bis vier Stufen schafft es auf jeden Fall.

Jetzt komme ich zu der Frage, wer in der Gesundheitswirtschaft alles zahlt. Dass man darüber nachdenkt, ist ganz wichtig. Das Pricing ist das eine, dann müssen wir aber auch über das Reimbursement nachdenken. Wo sind denn die Mittel, und wer hat die Mittel? Wie können die Mittel überhaupt in dieses Feld gelenkt werden? Wird sich das unter Marktmechanismen automatisch ändern? Oder sind es Bereiche, in denen sich eine staatliche Orientierung möglicherweise als angezeigt erkennen lässt? Da möchte ich auf die Einflussfaktoren für die Gesundheit hinweisen. Wir ha-

ben sozioökonomische Merkmale, die den Gesundheitszustand von Individuen besser zeigen: je bildungsstärker, desto einkommensstärker – deswegen auch die Beziehung zwischen sozioökonomischen Merkmalen und dem Einkommen und dem Vermögen. Wer bildungsstärker ist und über ein höheres Einkommen sowie Vermögen verfügt, der ist auch gesünder und hat eine höhere Lebenserwartung, dahingegen sind Leute mit einem geringeren Bildungsgrad und einem geringeren Einkommen häufiger schwerer und länger krank und sterben auch früher.

Die Auswirkungen der sozioökonomischen Merkmale wie Bildung, Einkommen und Vermögen auf den Gesundheitszustand muss man auch mit den Preisen für Gesundheitsleistungen auf dem privaten Markt in Verbindung bringen, wenn wir mit dem gesetzlichen Leistungskatalog zukünftig möglicherweise nur noch eine Basisversorgung finanziert bekommen. Dann muss man natürlich sehen, inwieweit das Potenzial da ist. Wie kann man das Potenzial so gestalten, dass für die gesamten Gesundheitsleistungen, die sonst zur Verfügung stehen und möglich sind, ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen?

Ich habe Ihnen vom Statistischen Bundesamt die regionalen Unterschiede der Lebenserwartung mitgebracht. Daran sehen Sie, dass die Unterschiede in Süddeutschland deutlich ausgeprägter sind. Sie sehen auch das deutliche Gefälle in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen, das bis zu fünf Jahre beträgt. Wenn man sich dann aber das Einkommen und das Vermögen der Privatpersonen ansieht, das verfügbar ist, um Gesundheitsleistungen oder Versorgungsleistungen zu kaufen, dann weiß man, dass die Einkommensverteilung relativ ungleich ist. Die Vermögensverteilung ist noch deutlich ungleicher. Trotzdem benötigten die, die in den oberen drei oder vier Einkommensperzentilen sind, Gesundheitsleistungen eigentlich gar nicht – im Sinne einer Versorgungsnotwendigkeit. Eine Bypass-Operation lässt man nicht einfach zum Spaß durchführen, nur weil man das Geld dafür zur Verfügung hat. Deshalb stellt sich die Frage, ob die über die gesetzliche Krankenversicherung zwangsweise gestaltete Umverteilung denjenigen, die diese Mittel nicht zur Verfügung haben, die aber die Versorgung benötigen, die Nutzung des Gesundheitswirtschaftsmarkts möglich macht, oder ob die Privatzahler so hohe Preise bezahlen müssen, dass es für den Hersteller interessant und lukrativ ist, überhaupt etwas in Stückzahlen, die dann auch nachgefragt werden, zu produzieren.

Ich zeige Ihnen noch die Vermögensverteilung. Die ist natürlich deutlich unterschiedlicher. Wenn man über die Pflege und die längere Altersversorgung nachdenkt, stellt sich die Frage – die durchschnittliche Verweildauer in stationären Altenpflegeeinrichtungen liegt bei 2,6 Jahren –, ob die eigenen Mittel reichen, um die Pflege zu finanzieren. Ich habe kürzlich an einem Risk-Management-Projekt gemeinsam mit St. Gallen teilgenommen. In den Gesprächen mit dem Träger einer großen Pflegeeinrichtung wurde mir klargemacht, man gehe davon aus, dass in absehbarer Zeit sogar die Angehörigen an Samstagen und Sonntagen die Pflegeleistungen erbringen müssen, weil das Personal nicht mehr verfügbar ist, oder dass man sehr viel Geld bezahlen muss, damit sich jemand tatsächlich für die Pflegearbeit entscheidet, wobei sich

dann die Frage stellt, ob diejenigen, die zu pflegen sind, die finanziellen Mittel aufbringen können, um die Pflegeleistungen zu bezahlen.

Sie sehen, dass es neben dem, was technisch, medizinisch, biologisch, chemisch und physikalisch möglich ist und geschaffen werden kann, darauf ankommt, wer aus welchen Mitteln diese Angebote noch bezahlen kann. Auf jeden Fall muss man die Öffnung der Gesundheitswirtschaft – Herr Kindervater, Sie sind da auch aktiv – für den Export von Leistungen in die Welt hinaus im Blick behalten. Man muss aber auch sehen, dass die Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft große Optionen eröffnet. Wir müssen Versorgungsprozesse im Sinne des Nutzens für die Kunden bzw. die Patienten gestalten, die Forschung auf dem Gebiet der Versorgung stärken und die Finanzierung für Innovationen sicherstellen, damit Versorgungsinnovation auch gestaltet wird. In den Interviews, die ich geführt habe, wurde die Regulierungspolitik als „Bürokratieinfarkt“ bezeichnet. Deshalb sehe ich Sie, den Gesetzgeber, am Zuge, die Bürokratie nicht weiter ausufern zu lassen, sondern nach Möglichkeit sollten Sie sie weithin eindämmen.

Ich hoffe, dass ich die Redezeit weitgehend eingehalten habe und stehe für Fragen gern zur Verfügung.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Kern. Weitgehend haben Sie die Redezeit eingehalten. Vielen Dank an Sie. Auch Sie erhalten hier aus der Runde Applaus.

(Beifall)

Wir kommen jetzt zur Fragerunde. Bitte stellen Sie Ihre Fragen prägnant und in aller Kürze. – Bitte, Herr Professor Dr. Busemeyer.

Dr. Marius R. Busemeyer, externes Mitglied: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Vielen Dank an die Referenten für drei sehr spannende Vorträge.

Meine Frage richtet sich vor allem an Herrn Professor Kindervater, aber vielleicht auch an Frau Steckeler. Herr Professor Kindervater, Sie haben ja die in vielerlei Hinsicht parallelen Aussagen Ihrer Vorrednerin bekräftigt. An einem Punkt würde ich gern nachhaken; da geht es um die Rolle von öffentlichen Institutionen, wie es Ihre Institution ist, wie es aber auch unsere Institutionen sind, und es geht um Exzellenzcluster in anderen öffentlichen Institutionen, die Forschungsaktivitäten anschieben und die den Transfer von der öffentlichen Forschungsförderung in die Privatwirtschaft ermöglichen.

Wenn man sich in Deutschland die Ausgaben für Forschung anschaut, stellt man fest, dass der größte Teil hiervon aus dem Privatsektor kommt. Daher ist die Frage: Wie effektiv, wie effizient sind denn jetzt öffentliche Forschungsförderinstrumente,

und ab wann muss dann die Privatwirtschaft übernehmen? Oder wo ist die Privatwirtschaft effektiver?

Um es noch etwas prägnanter auf den Punkt zu bringen – auch das Thema Deregulierung stand ja im Raum; das hört sich für mich dann immer so an, als könne die Privatwirtschaft das doch alles viel besser und der Staat solle sich doch möglichst heraushalten –: Ist es nicht so, dass die öffentliche Förderung absolut notwendig ist, um als Türöffner zu dienen und vielleicht auch über eine gewisse Hebelwirkung die privaten Innovationen erst zu ermöglichen? Das kann ja auch eine Chance für den Mittelstand sein, wenn man die Vernetzung zwischen Mittelstand und Start-ups, gerade über die öffentlichen Institutionen, hinkommt. – Diese Frage richtet sich an Sie beide, und ich bin gespannt auf Ihre Antworten.

Abg. Dr. Matthias Miller CDU: Vielen Dank für die drei spannenden Referate. Wir haben ja Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Ich fand es jetzt sehr eindrucksvoll, zu erfahren, was Sie in diesen Bereichen machen.

Herr Professor Kindervater, Sie hatten zum Schluss diese Blitze gezeigt, mit den EU-Vorschriften, und da war recht deutlich zu sehen, dass, wenn eine EU-Verordnung erst einmal da ist, es recht spät ist, um etwas zu tun. Entsprechendes hatten wir auch schon von Ihrem Heidelberger Kollegen, Professor Knaebel, gehört.

Meine Frage ist: Was würden Sie uns aus Ihren Institutionen heraus empfehlen, was man vielleicht verbessern müsste, sodass es möglich ist, frühzeitiger zu intervenieren? Vielleicht würde das auch Ihre Institutionen stärken. Würde das etwas helfen in puncto krisenfester Gesellschaft? Denn unter dieser großen Überschrift stehen wir ja hier. Die Frage ist: Wie können wir die Gesellschaft krisenfest machen und sie vor künftigen Krisen bewahren oder hierauf bestmöglich vorbereiten?

Da geht es dann auch um die Frage, welche Rolle Ihre Institutionen hierbei spielen könnten – losgelöst von dem konkreten Fall der Verordnung, die es seitens der EU ja schon gibt. Haben Sie Vorschläge, wie wir die Situation verbessern könnten?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Frau Steckeler, ich finde, Ihre Rede könnte als Handlungsempfehlung der Enquete direkt zu Protokoll genommen werden; die Impulse, die Sie damit gaben, sind ganz wichtig. Im Grunde war es ja schon vor Jahren vorhersehbar, was auf uns zurollen würde.

Wenn wir in der Zeit der Coronapandemie so etwas aufsetzen, dann müssen wir uns schon nach Sinn und Zweck fragen. Strukturen sind nur dann wirklich sinnvoll, wenn sie auch in einer Krise Bestand haben. Wenn dies in der Krise ausgesetzt wird, dann braucht man es im Grunde auch in normalen Phasen nicht. Insofern dafür also ganz herzlichen Dank. Diese Impulse aufzunehmen wird uns sicherlich helfen.

Herr Professor Kindervater, Sie hatten zwei Punkte angesprochen, die ich aufgreifen möchte. Zum einen ging es dabei um das Thema Datenschutz; dies hatten Sie ja auch schon bei dem Treffen in Stuttgart angesprochen. Inwieweit sehen Sie da tatsächlich Bewegung in diesem Bereich insofern, als man – so, wie es auch von Professor Knaebel angesprochen wurde – dies tatsächlich vereinbaren und eine Balance zwischen dem Datenschutz und der Nutzung erreichen kann, die wir, wie die Erfahrungen der Coronapandemie eindrücklich zeigen, brauchen? Wie ist da Ihre Einschätzung?

Das „Forum Gesundheitsstandort BW“ gab es ja schon vor der Coronapandemie. Inwieweit sind da die Schwerpunkte fixiert worden, um mit dem „Forum Gesundheitsstandort BW“ aus den Erfahrungen der Coronapandemie, speziell auch für Baden-Württemberg, die richtigen Schlüsse zu ziehen?

Abschließend zu Ihnen, Herr Professor Kern: In einer Ihrer letzten Folien ging es um das Thema Innovationsfinanzierung. Da habe ich die Rückfrage, wie es speziell im Bereich Pflege gelingt, diese Innovationen, die wir haben, tatsächlich in die praktische Nutzung zu bringen.

Sv. Frau Steckeler: Die Fragen gingen jetzt hauptsächlich an Herrn Kindervater. Ich versuche, es noch einmal zusammenzufassen.

Zum Thema Deregulierung: Ja, die fordern wir. Das heißt aber nicht, dass die Unternehmen alles besser können – um Gottes willen. Bitte verstehen Sie das also nicht falsch. Es braucht Regulierung, und es braucht auch Orientierung und Regeln. Was wir uns aber wünschen, ist, dass diese noch mal angeschaut und evaluiert werden. Denn oft werden die Regeln von Menschen verfasst, die sich in der Praxis nicht auskennen und die auch unterschiedliche Vorstellungen haben, und dann wird das zu einem Gesamtpaket zusammengeschnürt, das in sich nicht mehr stimmig ist. Zusätzlich kommt es zu Überlappungen mit anderen Regelungen, die sich dann auch noch gegenseitig in die Quere kommen – und dann ist das Chaos perfekt.

Wir fordern also nicht einen Verzicht auf Regeln, wir fordern nur, dass die Regeln angeschaut werden, evaluiert werden – genauso, wie auch Unternehmen aufgefordert werden, ihre Produkte zu evaluieren, zu validieren, auf den Prüfstand zu stellen. Es geht darum, wirklich zu schauen: Wo kann man eventuell verschlanken, sodass man trotzdem immer noch eine tolle Regelung hat?

Wir sind z. B. auch nicht gegen die Medical Device Regulation. Da bin ich ganz bei Professor Knaebel; die muss nicht abgeschafft werden, aber sie muss richtig gemacht werden. Sie muss an den Stellen verbessert werden, wo sie hemmt.

Vernetzung von Mittelstand und Start-ups über öffentliche Institutionen – ich denke, dazu werden auch Sie, Herr Kindervater, gleich noch etwas sagen –: Dies funktio-

niert sowohl über öffentliche Institutionen als auch über Institutionen wie z. B. die MedicalMountains GmbH, die ebenfalls Gesellschafter aus dem öffentlichen Bereich hat. Wir sind jedoch eine eigenständige GmbH, eigenfinanziert, und wir versuchen natürlich auch, Plattformen zu schaffen. Denn letztendlich beginnt alles mit der Kommunikation – jede Forschung, jedes Projekt, jede Idee braucht Kommunikation, braucht Vertrauen, braucht eine Basis. Und da bedarf es eben sehr vieler Plattformen, die sich gegenseitig ergänzen und die gut zusammenarbeiten, um genau diese Vertrauensebenen zu schaffen.

EU-Verordnungen: Was empfehlen wir, um frühzeitiger zu intervenieren? Diese Frage stelle ich mir auch jedes Mal. Denn immer, wenn eine neue EU-Verordnung geschrieben wird, bekommt man ja durchaus die Chance, zu kommentieren. Wir nutzen die Chancen, zu kommentieren, auch immer; am Ende läuft es aber meistens darauf hinaus, dass die Version, die in die Kommentierung gegeben wurde, dann genau auch die finale Version ist. Ich frage mich oft: Was passiert eigentlich mit all den Kommentaren? Werden die tatsächlich angeschaut? Werden die in irgendeiner Weise beachtet, oder eben nicht? Denn die Endversion ist in 95 % der Fälle die gleiche.

Am Beispiel MDR zeigt sich übrigens – ich finde das toll; es ist ein schönes Beispiel dafür, wie unangenehm Baden-Württemberg in der EU ist –: Es gibt mit Ausnahme von Baden-Württemberg und Bayern kein Bundesland, das von der Kommission eigene Audienzen bekommt, um diese Thematik zu besprechen. Die anderen Bundesländer sind nicht dabei. Wahrscheinlich ist es also tatsächlich wichtig, unangenehm zu bleiben, immer dabeizubleiben, ständig zu nerven – und die Angelegenheiten ernst zu nehmen; denn damit fängt alles an.

Wie gesagt, wir haben die Probleme schon früh prophezeit, wir haben sie schon früh erkannt, aber es hat einem niemand geglaubt.

Wir brauchen also die Landesregierungen und die politischen Partner, die uns wiederum glauben und dann das Gleiche auch im Dialog weiterbringen. Das ist ganz wichtig.

Sv. Herr Dr. Kindervater: Ich möchte direkt daran anschließen; denn es gibt noch etwas anderes, bei dem Baden-Württemberg einzig ist. Man kann zu unserem Ministerpräsidenten ja stehen, wie man will; er hat aber, nachdem er sich bei Ihnen und bei uns über die aktuelle Lage bezüglich der MDR informiert hat, bei Frau von der Leyen und bei Frau Kyriakides, der Kommissarin für Gesundheit, angerufen und mit ihnen gesprochen, und er hat gesagt: „Leute, das kann doch wohl nicht sein.“ Er hat sich bei einem internen Hearing im Staatsministerium angehört, wie es den Unternehmen geht, er war in Tuttlingen, er hat sich das vor Ort angehört, und dann hat er da angerufen. Und plötzlich bewegte sich wundersamerweise etwas.

Das ist, denke ich, auch etwas, was es so anderswo überhaupt nicht gibt. Da gibt es Leute, die sind irgendwie Schirmherren, Schirmherrinnen für irgendetwas, aber die

Tatsache, dass seitens der Regierung ein solch hohes Commitment da ist, das entspricht unserer Vorstellung von Health in All Policies. Das geht nicht nur als Bottom-up-Prozess, so, wie wir beide es betreiben, sondern das geht auch top-down. Da muss also auch Commitment sein. Und dieses Commitment hat uns bei der MDR, denke ich, sehr weitergeholfen – neben der vielen Arbeit, die da zu tun war.

Das war noch mal so ein Nachklapp zu dem, was Sie, liebe Frau Steckeler, gesagt haben.

Jetzt würde ich gern auf die Fragen eingehen.

Zum einen ging es um die Rolle öffentlicher Forschung. Wenn Unternehmen forschen, dann haben sie eigentlich immer die Idee, dass da in einem Zeitraum zwischen einem und drei Jahren irgendetwas Umsatzerhebliches kommt. Ein normaler Produktzyklus – – Wir wissen, in der Pharmaindustrie und zukünftig auch in der Medizintechnikindustrie wird es durch die Regulierung länger, und auch die Hürden werden höher; das haben wir ja gehört. Aber wenn Sie heute – und das ist auch unser Tagesgeschäft – für Themenstellungen Unternehmen ansprechen und fragen, ob das Thema sie nicht vielleicht interessiert, dann ist immer sofort die Frage: Wann haben wir denn was davon?

Sie alle kennen die Begriffe „Radikale Innovation“ und „Inkrementelle Innovation“. Die inkrementellen Innovationen sind kleine Produktverbesserungen, leichte Modifikationen, Verbesserungen in der Automatisierung, mehr Digitalisierung im Produkt usw. Aber es geht auch um die großen, neuen Produkte, z. B. für die Medizintechnik, dass also biologische Systeme, Zellen, Organstrukturen quasi als zukünftige Produkte entstehen, wobei Medizintechnik auch eine wichtige Rolle spielt, spielen wird und spielen muss.

Wenn Sie jetzt nach Tuttlingen kämen, und wir würden so einen Workshop machen, dann würden da Leute kommen, weil Sie im Innovationsbereich ja auch super viel machen. Aber die Begeisterung dafür wäre sicherlich nicht besonders groß, weil die eben ihre ganzen Umfeldbedingungen haben, die Sie heute ja auch kennengelernt haben. Und an diesen Themen, den Zukunftsthemen, den radikalen Themen, da muss man mit öffentlicher Forschung starten.

Aber – das möchte ich sagen; denn Sie haben es ein bisschen als ein Entweder-oder dargestellt – ein Entweder-oder würde ich nie machen. Es muss immer ein Und sein. Max-Planck-Institute – Grundlagenforschung –, die können forschen, was sie wollen. Auch im EMBL in Heidelberg kann geforscht werden; auch das ist Grundlagenforschung. Da steht der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn im Vordergrund – Neues machen. Auch daraus kann man dann Innovationen entwickeln, allerdings mit etwas Vorlauf.

Aber die Tatsache, dass man die Zukunftsthemen entweder in Richtung angewandter Forschung – – Das machen auch unsere Institute in Baden-Württemberg, etwa Fraunhofer und die Institute der Innovationsallianz; die haben das Ohr auf der Schiene der Unternehmen. Das sind kleinere Projekte; das ist das, was die Industrie braucht und was auch die Universitäten und Hochschulen im Bereich der angewandten Forschung machen. Das ist so eine kleinteilige Forschung für Unternehmen.

Solche Projekte haben wir ja im Forum und auch in Programmen des MWK, des WM und auch des SM außerhalb des Forums, und sie werden auch immer gern unterstützt. Sie müssen nach EU-Beihilferecht vorwettbewerblich sein; aber dann kann auch bei solchen Sachen mit öffentlichem Geld industrielle Forschung unterstützt werden.

Bei den Zukunftsthemen – das ist wichtig – muss, wie man so schön sagt, die öffentliche Hand – wenn sie denn mit Weitsicht agiert – den Stein ins Wasser schmeißen. Nehmen Sie mal die Themen im Bereich der künstlichen Intelligenz, nehmen Sie mal so etwas wie Quantencomputing – wo wir in Baden-Württemberg ganz gut sind, natürlich mit IBM in Ehningen zusammen.

Aber gerade bei solchen Themen, wo die Unternehmen sagen: „In dieser Einfluss-sphäre“ – ich verweise auf meine Blitze – „sollen wir Sachen machen, die wir vielleicht erst in zehn Jahren irgendwo im Produktportfolio sehen?“, muss die öffentliche Hand rein und muss sagen: „Wir tun etwas. Wollt ihr mitmachen?“

Selbst, wenn es so ist wie bei den Zahlen der öffentlichen versus privaten Förderung: Da spricht man immer von dem sogenannten Hebeleffekt. Die Frage ist doch – und so werden auch beim BMBF in Berlin Forschungscluster, Exzellenzcluster beurteilt –: Mit einem Euro öffentliches Geld kann ich wie viel Euro privates Geld aktivieren? Das ist, denke ich, für die öffentlichen Mittel ganz wichtig. Es ist nämlich auch ein Erfolgsindikator, wenn die Industrie es gar nicht will. Und einen Lol schreibt jeder mal schnell.

Aber tatsächlich Geld zu investieren, zu sagen: „Das, was die öffentliche Hand da macht, interessiert uns zum einen, zum anderen wollen wir es haben, und zum Dritten geben wir auch noch 10 € drauf auf den 1 €“, das ist sozusagen dieser Hebeleffekt. Und wenn sich der Staat da heraushält aus der Zukunft der Unternehmen – sie selbst können das nicht; denken Sie an die von mir genannten ca. 400 Unternehmen mit weniger als zehn Mitarbeitern –, dann passiert die Zukunft nicht; dann hört quasi das Tun und Schaffen in diesem Branchensegment in Baden-Württemberg auf.

Jetzt würde ich gern – danke für die Frage – zu den Handlungsempfehlungen kommen. Wie gesagt, ich wollte Ihnen die Zahlen aus Baden-Württemberg im Bereich Gesundheitsindustrie vermitteln. Deswegen habe ich mich mit den Empfehlungen zurückgehalten, auch wenn ich in meiner Ausarbeitung ein bisschen dazu geschrieben habe.

Wir müssen uns – das kam vorhin auch schon mal; vieles wurde schon gesagt – noch tiefer in die Erzeugerketten, Lieferketten, Wertschöpfungsketten hineinarbeiten. In der Coronapandemie haben wir dies an der einen oder anderen Stelle schmerzlich erleben müssen; wie in einem Déjà-vu haben wir gesehen, dass all das, was wir mal hatten, nicht mehr da ist.

Der Ministerpräsident hat ja schon im Februar 2020 den Aufruf an die Automotive-Industrie gestartet, sie solle helfen, Beatmungsgeräte zu bauen. Das war aus unserer Sicht erst mal natürlich völlig gaga – mit den ganzen Verordnungen, Medizinprodukteverordnung usw. Aber mit unserer Schwesterorganisation – Mit meinem Kollegen bei e-mobil, Franz Loogen, habe ich noch am selben Abend telefoniert. Wir haben gesagt: „Ralf, Franz, wie kriegen wir das hin?“ Wir haben damals dann eine Taskforce gegründet. Er hat gesagt: „Ich kenne die Automotive-Firmen, und du kennst die ganzen Abläufe in der Medizintechnik“ – wir hatten ja damals auch das große Maskenproblem –, und dann haben wir über Nacht eine Support-Taskforce aus der Taufe gehoben, die dann dem Sozialministerium zugearbeitet hat.

Zum einen ging es um die Frage: Wo bekommen wir Masken her? Da waren viele gefälschte Produkte aus China unterwegs; da haben wir dann Zertifikate geprüft, haben aber auch geschaut: Wen gibt es noch, der weiß, wie man Masken macht? Und da haben wir beispielsweise mit unserer Allianz Faserbasierte Werkstoffe, AFBW, gesprochen. Ich musste mich auch erst mal einarbeiten und schauen, wie die ganzen Sachen funktionieren, sowohl Beatmungsgeräte als auch Masken. Aber durch das Wissen im Wege dieser Vernetzung, die wir in Baden-Württemberg haben, war ich nach drei Tagen schon viel schlauer.

Deswegen mein Appell: Wir müssen die Wertschöpfungsketten – Wie entstehen Produkte? Was ist da überhaupt drin? – von der öffentlichen Seite her versuchen zu verstehen. Da werden vielleicht eine Menge Betriebsgeheimnisse enthalten sein. Aber hierzu eine kleine Anekdote: In den Beatmungsgeräten sind ganz bestimmte Ventile drin, die den Sauerstoffzustrom regeln. Die müssen natürlich medizintechnikkonform sein. Sie werden bei einer Schweizer Firma für ganz viele Firmen hergestellt. Und weil dann plötzlich Weltbankausschreibungen mit Tausenden von Beatmungsgeräten kamen, gab es nicht genug Ventile. Alle Firmen wollten 5 000 Ventile, und die hatten ein Mal 5 000 Ventile, aber nicht zehn Mal 5 000.

Wir hatten aber von einem Unternehmen Konstruktionszeichnungen von den Ventilen, und dann bin ich in den Automotive-Sektor gegangen und habe gefragt: Wer könnte so ein Ventil bauen? Denn damals gab es die Notzulassung. Und da hat sich die Automotive-Industrie gewundert, wie einfach Medizintechnikventile sein können. Sie haben gesagt: „Na, das ist ja überhaupt kein Problem.“

Auch da geht es also wieder darum, so, wie ich es Ihnen vorhin bei meiner Präsentation gezeigt habe, die Leute ins Gespräch zu bringen. In der Coronapandemie – ich weiß nicht, ob Sie davon gehört haben; dazu kamen aber auch Landtagsanfragen

usw. – gab es vier Unternehmenskonsortien, nicht aus der Medizintechnikindustrie, die fertige Layouts für Beatmungsgeräte gemacht haben. Wenn wir die gebraucht hätten, wenn es in Deutschland schlimmer gelaufen wäre, dann hätten wir innerhalb weniger Tage eine Serienproduktion von notzertifizierten Beatmungsgeräten hinbekommen. So weit waren wir schon. Aber wir waren auch nur deswegen so weit, weil wir versucht haben, gemeinsam mit Experten zu schauen: Wie sieht denn so eine Beatmungsmaschine aus? Welche Unternehmen kann man zusammenbringen, und wie kann man das eventuell hinbekommen?

Über die Kenntnis – Wie werden Produkte heutzutage gemacht? – schafft man es dann. Und da ist dann auch wieder die Frage: Arbeitet man schon vorher daran, oder stellt man sich erst dann entsprechend auf, wenn neue Dinge kommen, wenn man eben keine Beatmungsgeräte braucht, sondern irgendwelche Infusionssysteme oder sonst etwas, wovon nicht genug da ist? Da muss man die Leute zusammen haben, die solche Dinge dann in möglichst kurzer Zeit zusammenbringen.

Zur Frage EU: Wir haben eine super gute, toll aktive Landesvertretung. Aber wenn ich sehe, welches Personal in den Nachbarlandesvertretungen ist, dann weiß ich: Wir haben da viel zu wenig. Wir haben von jedem Ministerium – vielleicht wissen Sie es – eine verantwortliche Person und vielleicht noch eine Person, die gerade hospitiert. Andere Bundesländer haben da Dutzende von Leuten, die überall, in allen Arbeitsausschüssen, in allen Referaten der Kommission, schauen und den Schriftverkehr auf die Frage hin vergleichen, was da von der Kommission selbst oder in den entsprechenden dialogischen Strukturen zwischen Europaparlament, EU-Rat und der Kommission läuft.

Das beobachten wir gar nicht. Da sind wir gar nicht dabei. Erst wenn es die Anhörungen gibt, bekommen Sie und ich die Unterlagen auf den Tisch. Aber dann ist, wie Frau Steckeler gesagt hat, die Messe schon gelesen. Wir müssen da viel früher hinein. Wir müssen als Experten, die wir ja hoffentlich auch vor Ihrem geistigen Auge sind, irgendwie enabled werden – größter Medizinstandort in Europa!

Es ist wichtig, dass wir vorher schon mitgehört werden. Und da gibt es solche Zirkel. Es ist ja nicht so, dass ich sauer wäre, nicht jede Woche in Brüssel sein zu können. Dann könnte ich nämlich nicht in Baden-Württemberg sein und hier Gutes tun. Aber wir müssen es schaffen, stärker positiv zu wirken.

Aus Industriesicht würde das Lobbyarbeit heißen. Wir brauchen Influencertum. Wir müssen gehört werden und müssen zeigen, welches Know-how wir hier haben, anstatt hinterher zu versuchen, wenn das Kind bereits in den Brunnen gefallen ist, es wieder herauszuholen. – Das bekommen wir auch hin. Aber wir müssen mit diesen ganzen Blitzen, die jetzt gerade auf dem Tisch der Kommission und des Rates sowie des EU-Parlaments sind, viel früher dabei sein. Und dafür brauchen wir eine starke Landesvertretung, die uns helfen kann und uns in Szene setzt. Und wir brauchen natürlich auch die Ministerien.

Datenschutz: Es gab Gespräche zwischen Universitätskliniken und unserem Landesdatenschutzbeauftragten. Das ist mir auf dieser Herbstkonferenz auch berichtet worden. Ich gebe es Ihnen 1 : 1 weiter; das war nämlich eine öffentliche Sitzung dieses Bundesverbands. Da hat jemand aus unserem Landesdatenschutz mit Verantwortlichen und Forschenden im Datenbereich der Universitätskliniken zusammengesessen, und dann kamen die knaebelschen Stoppschilder. Und dann kam das irgendwie rüber, und es hat sich hochgeschaukelt.

Dann waren auf diesem Bundeskongress, von dem ich Ihnen berichtet habe, ein Vertreter des Landesdatenschutzes und ich in einer Präsentationssession, genau so, wie wir beide jetzt hier sitzen. Der hat diese Story erzählt. Es waren 300, 350 Datenschützer, die da saßen, aus ganz Deutschland. Da hat er gesagt: Wissen Sie, was die Universitätsprofessoren am Ende zu mir gesagt haben? Datenschutz tötet. – So. Ein schöner Vorspann, wenn ich da komme. Und dann kam ich, und ich habe dann die Geschichte so, wie ich es Ihnen eben hier preisgegeben habe, entwickelt, indem ich gesagt habe: Wenn wir Datenschutz richtig auslegen – – Ich hatte mir von zwei Unternehmen Beispiele geholt für neue Produkte, die nur mit Gesundheitsdaten funktionieren. Und da habe ich dann gesagt, nachdem ich denen die Botschaft herübergebracht habe: Jetzt ändern wir den Spruch „Datenschutz tötet“ mal zu „Datenschutz rettet Leben“.

Das Beispiel war nämlich – ich erzähle es noch ganz schnell – ein elektronischer Sepsis-Score, also für Blutvergiftung, Multiorganversagen. Das kann man nur messen; da gibt es kein Diagnostikum, da gibt es kein Analyseverfahren, nichts. Das kann man nur messen, wenn man sieben, acht Parameter von vielen Patienten hat, die vorher entweder eine Sepsis entwickelt haben oder an einer Sepsis vorbeigeschrammt sind. Und dann hat die Firma Philips Medizin-Systeme Böblingen sozusagen ein Multiparameter-Datenset entwickelt, das auf einer Skala von null bis zehn zeigt, wie weit eine Sepsis kommt. Das bekommt man nur mit Daten hin. Und das hat diesen Leuten die Augen geöffnet. Deswegen habe ich dann gesagt: „Sehen Sie? Daten können Leben retten.“ Und dann hatte ich sie alle.

Das ist die moderierende Rolle bei Health in All Policies. Wenn Leute wie ich in solchen Diskussionen dabei sind, dann lasse ich doch die Leute überhaupt gar nicht erst aneinandergeraten. Da muss man das so moderieren, dass die miteinander umgehen und dass sie wissen, was die anderen machen, die Datenschützer genauso wie die forschenden Universitätsklinikdirektoren. Das ist doch nicht so schwierig.

Aber wir brauchen eine Organisation, die diese Prozesse unterstützt. Denn wenn man sie alleine aufeinander loslässt, dann knallt es, und dann haben wir die Stoppschilder überall. Wir brauchen aber Datenhighways, und wir brauchen Ermöglickungskultur.

Sv. Frau Steckeler: Das heißt, wir brauchen eine Kampagne so, wie sie Herr Kindervater macht, für Daten.

(Beifall des Abg. Dr. Michael Preusch CDU)

Vielleicht noch als ein kleiner Zusatz beim Thema „Datenschutz und Datennutzung“: Es ist tatsächlich so, dass es da geradezu eine Absurdität gibt. Denn wiederum andere Regularien wie die MDR fordern, dass die Unternehmen Daten aus den Kliniken brauchen, um ihre Produkte zuzulassen. Die Kliniken aber müssen diese Daten nicht an die Hersteller weitergeben und tun das auch ungern, aus Gründen des Datenschutzes. Folge, Konsequenz: ohne Daten, ohne ausreichende Daten keine Zulassung. – Daran sieht man ein bisschen die Absurdität der verschiedenen Regularien, die sich auch noch gegenseitig ins Fleisch schneiden.

Sv. Herr Dr. Kindervater: Ich habe jetzt noch das Thema bzw. den Schwerpunkt „Verschiebung vor und nach Corona“. Das mache ich aber ganz schnell. Ich finde, wir sollten – das war heute Vormittag auch Thema – die Erfahrungen und die Erlebnisse, die die Bürger mit Corona hatten, mit der Corona-Warn-App – – Egal, wie kontrovers das diskutiert wurde, egal wie das auch bezüglich der Luca App kontrovers war: Die Leute sind nach Corona alle viel digitaler als vorher. Und auf dieser Welle sollten wir weiter reiten. Denn die Leute wissen jetzt: Wenn es da draußen klemmt – wir haben ja heute gelernt, wo es überall klemmt –, dann kann uns die Digitalisierung helfen. Und das sollten wir auf alle Fälle versuchen, ohne immer gleich das Warnschild hochzuhalten, weiter nach vorne zu entwickeln.

Sv. Herr Dr. Kern: Wenn ich es richtig sehe, hat Herr Haußmann hier noch eine Frage gestellt, und zwar zu der Innovationsfinanzierung, die sich mehr auf den Bereich Pflege bezieht. Der entscheidende Punkt, auf den ich dabei noch einmal hinweisen möchte, ist, dass die Zieldefinition für die Gesundheitsversorgung auch bezüglich der Frage, wie welche Innovation zustande kommen soll, vorab geklärt werden muss, und zwar in vielen Bereichen.

Lieber Herr Haußmann, in der Pflege gibt es Lösungen, da gibt es viele Dinge, die in der Schublade liegen. Allerdings geht es dann weniger um die Frage der Finanzierung – welche Mittel stehen dafür zur Verfügung? –, sondern es geht um Regulierungsrestriktionen, die aufzuheben sind, und es geht darum, Dinge möglich zu machen, die zurzeit, unter den gegebenen Restriktionen nicht möglich sind. Es geht also um Vereinfachungen, um Prozessveränderungen, die aber mit den Anforderungen, mit den Qualitätskriterien, mit den Qualitätssicherungsstandards so nicht gestaltbar sind.

Der entscheidende Punkt ist also nicht unbedingt, dass die Einrichtungen sagen, sie bräuchten zusätzliches Geld, sondern vielmehr die Frage: Wie kann die Gestaltungshoheit in die Häuser zurückgeholt werden, ohne dass Verletzungen und strafbewehrtes Handeln damit verbunden sind?

Das fügt sich natürlich unmittelbar in die Frage: Was sind die Kosten, die letztendlich entstehen, bei welcher Versorgungsqualität? Das muss den Häusern dann tatsäch-

lich individuell zugemessen werden; der staatliche Eingriff, der Regulator, muss sich entsprechend zurückhalten und das moderieren, ähnlich wie bei einer modernen Gestaltung bei der Frage, wie man mit Daten umgeht, sodass es dann auch hier lösungsorientierte Ansätze geben kann – für die zumindest eine Offenheit bestehen muss.

Es ist so ähnlich wie bei der bedingten Zulassung; man muss dann auch im Sinne von Versorgungsevaluationsforschung das eröffnen, dass hier jemand alternative, innovative Versorgungskonzepte lebt, um dann zu überprüfen, inwieweit diese sich gegenüber dem bisherigen Standard tatsächlich als besser – oder als mindestens genauso gut – erweisen.

Es dreht sich also nicht unbedingt darum, dass die öffentliche Hand weitere Mittel in die Hand nehmen muss, sondern es geht um Gestaltungshoheit für die Einrichtungen; diese Gestaltungshoheit muss überlassen oder übergeben oder zurückgegeben werden, und zwar an diejenigen, die vor Ort Tag für Tag das am besten wissen.

Dies möchte ich noch zu Ihrer Frage anmerken. Das hängt natürlich unmittelbar mit der Zieldefinition und der grundsätzlichen Ressourcenausstattung im Sozial- und im Gesundheitssektor zusammen – und ist damit natürlich auch ein begrenzender Faktor für Gesundheitswirtschaftsmöglichkeiten; das ist damit verbunden. Deswegen sollte die privatwirtschaftliche Lösung favorisiert werden.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Kern. – Es gibt noch eine kleine Nachfrage des Abg. Daniel Karrais von der FDP/DVP.

Abg. Daniel Karrais FDP/DVP: Das ist wirklich eine ganz kurze Frage; alle drei Referenten haben nämlich das Thema Digitalisierung angesprochen und gesagt, man brauche mehr.

Jetzt gebe ich Ihnen einen Wunsch frei, den Sie am besten in einem Satz formulieren: Was ist eine konkrete Forderung im Bereich Digitalisierung, die Sie an das Land Baden-Württemberg richten? Es gibt verschiedene Ebenen, die da Einfluss haben, aber das Land hat ja auch einiges an Einfluss. Was ist das Allerwichtigste, was Sie brauchen? Bitte antworten Sie mir jeweils in einem Satz.

Sv. Frau Steckeler: Sämtliche Meldewesen überall da, wo es Melde- und Berichtspflichten gibt, müssen digital abgebildet werden. Das wäre schon mal der beste Anfang, sodass keine Excel-Listen oder PDFs irgendwo im Nirwana verschwinden und niemand sie hinterher findet und man sich dann alles neu zurechtsuchen muss. Alles, was Berichts- und Meldewesen ist, ist zu digitalisieren, und zwar in einfacher Sprache, damit man auch keine Fehler machen kann.

Sv. Herr Dr. Kindervater: Mein Wunsch wäre, dass Sie es schaffen – und wir das auf einen Schlag einschalten können –, für alle Beteiligten im Gesundheitssystem, in der Forschung, in der Wirtschaft und in der Versorgung von heute auf morgen eine funktionsfähige Telematikinfrastruktur mit laufenden Datenverbindungen einzurichten, die über 5G auch bis in die letzte Ecke des Nordschwarzwalds reicht.

Sv. Herr Dr. Kern: Mein Wunsch ist der Ausbau der Infrastruktur, damit Digitalisierung überhaupt erst möglich wird, auch in entfernten Gebieten. Diesen Wunsch verbinde ich mit dem Wunsch, dass Prozesstransparenz existiert. Denn Digitalisierung nützt nichts, wenn wir uns über die Prozesse nicht klar sind, die damit abgebildet werden sollen. Man kann alles digital abbilden, aber wenn die Prozesse unsinnig sind, dann bildet man eben nur Unsinniges ab. Deshalb: Diese Lernkurve an dieser Stelle, noch bevor man digitalisiert, sich überhaupt über die Prozesse und deren Optimierung zu verständigen, das ist für mich ein Wunsch – den aber das Land natürlich nicht in jedem Detail erfüllen kann.

Ganz vielen Dank.

Vorsitzender Alexander Salomon: Dann danke ich Ihnen vielmals, Frau Steckeler, Herr Professor Dr. Kindervater und Herr Professor Dr. Kern, dass Sie uns Rede und Antwort gestanden haben und dass Sie uns auch eine Eingabe gemacht haben, die wir im weiteren Prozess verarbeiten werden.

Vielleicht werden wir an der einen oder anderen Stelle noch einmal auf Sie zukommen, weil wir ja auch noch Handlungsempfehlungen entwerfen dürfen auf Basis dessen, was wir heute gehört haben. Wir haben dabei schon einige durchaus klare Formulierungen bekommen. – Danke an Sie; kommen Sie gut nach Hause.

Wir sind am Ende des öffentlichen Teils. Am 9. Dezember um 9:30 Uhr findet die nächste Sitzung der Enquetekommission statt – voraussichtlich mit einer Anhörung von Verbänden im Bereich Gesundheit. Details hierzu werden im nun anschließenden nicht öffentlichen Teil besprochen.

Vielen Dank an Sie alle, die Sie dabei waren.

(Schluss des öffentlichen Teils: 18:11 Uhr)

– folgt nicht öffentlicher Teil III (gesondertes Protokoll) –

Health in All Policies

Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“

Dr. Katharina Böhm

Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAGE)

11.11.22

Dr. K. Böhm - HIAP

1

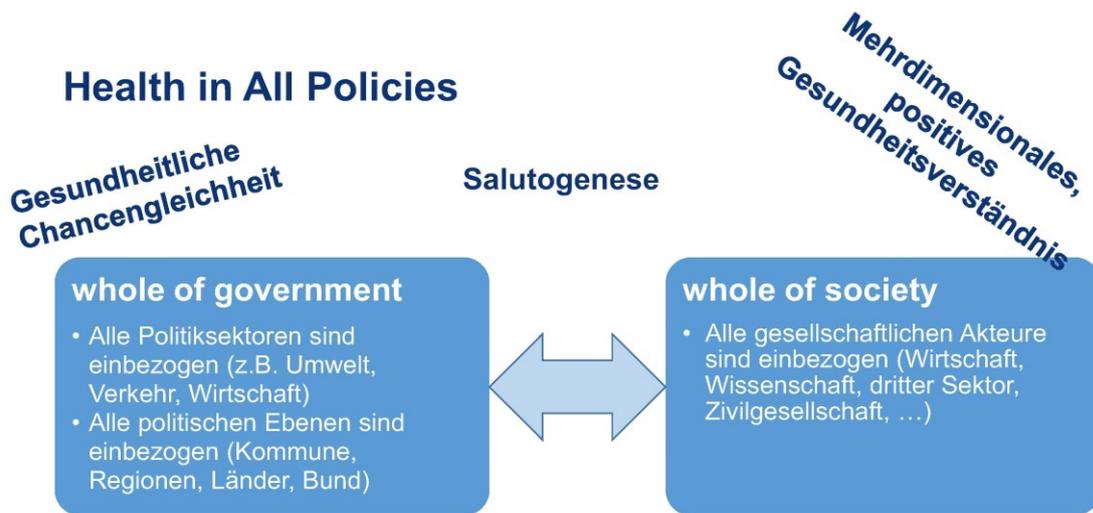
Agenda

- Was?
- Warum?
- Wie?
- Empfehlungen

11.11.22

Dr. K. Böhm - HIAP

2



Partizipation & Empowerment

11.11.22

3

Warum?

Resilienz



Quelle: HAGE e. V. nach Dahlgren/Whitehead

11.11.22

4

Umsetzung – Beispiele aus anderen Ländern

- Finnland: Nordkarelien Projekt 1972
- Südastralien: Governance Strukturen und health lens analysis
<https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/about+us/about+sa+health/health+in+all+policies>
- Wales: Well-being of Future Generations (Wales) Act
www.futuregenerations.wales
- Niederlande: Alles is Gezondheid <https://www.allesisgezondheid.nl/>
- Österreich: Gesundheitsziele <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/> und Gesundheitsfolgenabschätzung

11.11.22

Dr. K. Böhm - HIAP

5

Umsetzung – Beispiele aus BaWü

- Landesgesundheitsgesetz
- Quartier 2030

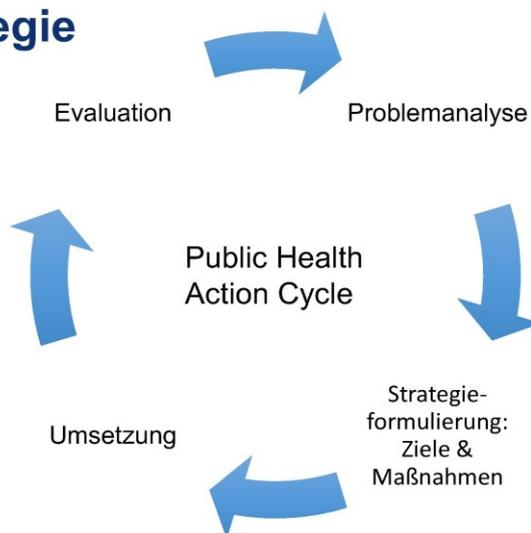


11.11.22

Dr. K. Böhm - HIAP

6

Umsetzung – Strategie



11.11.22

Dr. K. Böhm - HIAP

7

Umsetzung – Zielformulierung

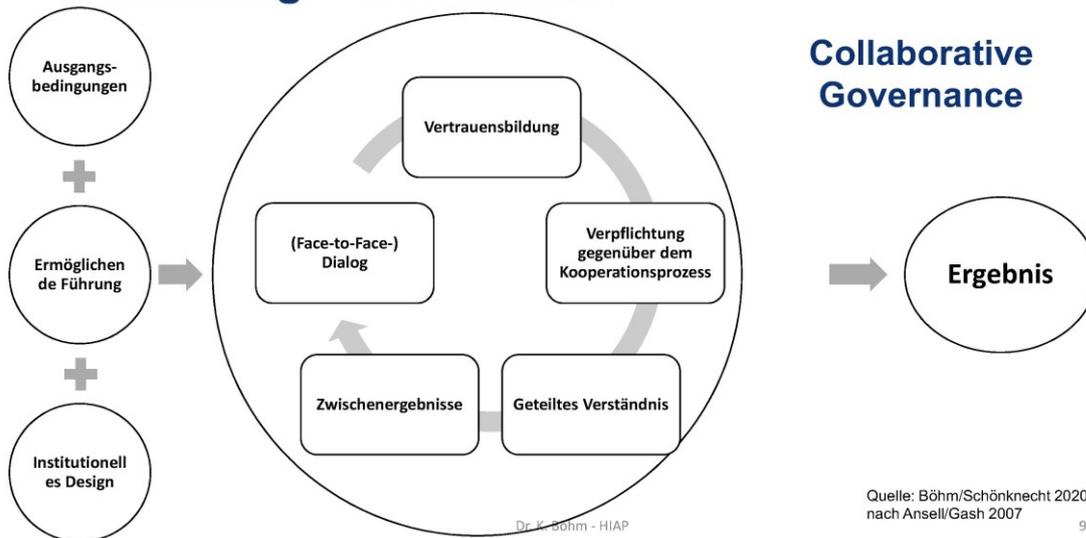


11.11.22

Dr. K. Böhm - HIAP

8

Umsetzung – Governance



Quelle: Böhm/Schönknecht 2020
nach Ansell/Gash 2007

9

Umsetzung – Governance Strukturen

Intersektorale Netzwerke

- Schlüsselrolle der Koordinierung
- Netzwerke dürfen nicht auf operative Ebene beschränkt sein
- Gemeinsame Zielformulierung
- Klare Verantwortlichkeiten
- Ressourcen

Umsetzung – Governance Strukturen

Whole of government – horizontale Integration

- Kabinettsausschuss
- Interministerielle Arbeitsgruppen/Ausschüsse
- Zentrale, strategische Einheiten
- Neuzuschnitt von Ministerien
- Matrixorganisation/Agile Verwaltung???

11.11.22

Dr. K. Böhm - HIAP

11

Umsetzung – Gesetzliche Verankerung

- Gesundheit als Ziel in relevanten Gesetzen anderer Politikfelder definieren
- Gesundheitsförderung als Aufgabe anderer Politikfelder festschreiben
- Verpflichtung zur Zusammenarbeit

11.11.22

Dr. K. Böhm - HIAP

12

Umsetzung – Instrumente

Health Impact Assessment (Gesundheitsfolgenabschätzung)

- Prospektive Beurteilung einer Maßnahme/eines Projektes im Hinblick auf mögliche (positive u. negative) *gesundheitliche Auswirkungen und deren Verteilung in der Bevölkerung* und Entwicklung konkreter
- Kombination verschiedener Verfahren, Methoden u. Instrumenten
- Ableitung von Handlungsempfehlungen - Entscheidungshilfe
- Breite Erfahrung in anderen Ländern (z.B. Großbritannien, Österreich), in Deutschland bislang kaum eingesetzt → nur wenige Expert:innen in Deutschland

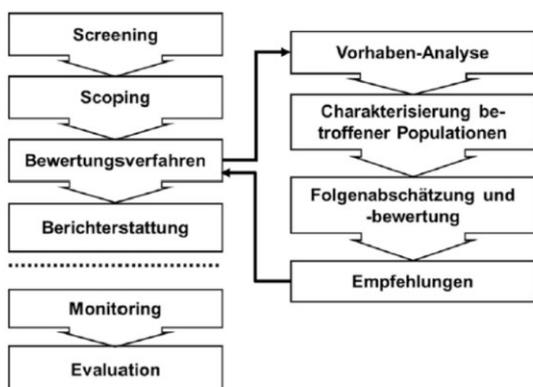
11.11.22

Dr. K. Böhm - HIAP

13

Umsetzung – Instrumente

Health Impact Assessment (Gesundheitsfolgenabschätzung)



Quelle: Mekel 2020

11.11.22

Dr. K. Böhm - HIAP

14

Umsetzung – Instrumente

Health Lens Analysis (Gesundheitsprozessanalyse)

Bestandteil des politischen Planungs- und Entscheidungsprozesses

Engage: Aufbau und Pflege von engen partnerschaftlichen Beziehungen zu anderen Sektoren. Festlegung der vereinbarten politischen Schwerpunkte.

Gather evidence: Ermitteln von Auswirkungen zwischen Gesundheit und dem betreffenden Politikbereich sowie evidenzbasierter Lösungen oder politischer Optionen.

Generate: Ableiten von Politikempfehlungen und Erstellung eines gemeinsamen Abschlussberichts.

Navigate: den weiteren Entscheidungsprozess über die Politikempfehlungen unterstützen.

Evaluate: Die Effektivität der HLA bewerten

11.11.22

Quelle: WHO 2015, übersetzt durch Gesundheit Österreich Dr. K. Böhm - HIAP 15

Umsetzung – Voraussetzungen

- HiAP braucht politische Unterstützung
- HiAP braucht Ressourcen
 - Personell: Zeit und Kompetenzen → Kompetenzaufbau mitdenken!
 - Finanziell
- HiAP braucht Engagement
- HiAP braucht Vertrauen
- HiAP erfordert oftmals die Aushandlung gegenläufiger Interessen
- HiAP braucht Zeit

11.11.22

Dr. K. Böhm - HIAP

16

Empfehlungen

- Es sind bereits gute Strukturen und breite Erfahrungen in BW vorhanden, diese sollten genutzt werden
- Es gibt nicht den einen Weg, sondern viele Wege, wichtig ist eine Strategie
- mit anderen Themen verknüpfen bzw. Problembearbeitung integrieren (z. B. Klima, Armutsbekämpfung)

11.11.22

Dr. K. Böhm - HIAP

17

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Kontakt:
Dr. Katharina Böhm
Katharina.boehm@hage.de

11.11.22

Dr. K. Böhm - HIAP

18

Literatur

- Böhm, Katharina; Bräunling, Stefan; Geene, Raimund; Köckler, Heike (Hg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS.
- Böhm, Katharina; Schönknecht Marian (2020): Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit Eine Analyse der Kooperationen zwischen Kommunen und medizinischen Leistungserbringern im Rahmen integrierter kommunaler Präventionsstrategien. ZEFIR-Materialien Band 12. Online verfügbar unter <https://omp.ub.rub.de/index.php/ZEFIR/catalog/view/211/184/1165>
- Green, Liz; Ashton, Kathryn; Bellis, Mark A.; Clemens, Timo; Douglas, Margaret (2021): 'Health in All Policies'-A Key Driver for Health and Well-Being in a Post-COVID-19 Pandemic World. In: International journal of environmental research and public health 18 (18). DOI: 10.3390/ijerph18189468.
- Kickbusch, Ilona; Gleicher, David (2013): Governance for health in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Online verfügbar unter https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf
- McQueen, D. V. (Hg.) (2012): Intersectoral Governance for Health In All Policies. Structures actions and experiences. Geneva: World Health Organization. Online verfügbar unter https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf
- Mekel, Odile (2020): Gesundheitsfolgenabschätzung. In: Katharina Böhm, Stefan Bräunling, Raimund Geene und Heike Köckler (Hg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS, S. 377–386.
- WHO (2015): Health in all policies: training manual. Online verfügbar unter <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/676986/retrieve>.
- WHO 2022 Promoting health in all Policies and intersectoral action capacities <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities> (08.11.22)

Öffentliche Anhörung 11.11.2022

Enquetekommission Krisenfeste Gesellschaft des Landtags Baden-Württemberg

Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ des Landtags Baden-Württemberg



Überblick

Folgende Themen / Fragen sollen beantwortet werden:

- Verwirklichung Public Health Gedanke
- Aufstellung des ÖGD
- Krisenvorsorge und –reaktion bei Pandemien und bisher unbekanntem Krankheiten
- Konkrete Empfehlungen zu Maßnahmen zu einer Stärkung der Resilienz des baden-württembergischen Gemeinwesens

Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ des Landtags Baden-Württemberg



Der Public Health Gedanke – Health in all Policies

Public Health kann als die Aufgabe bezeichnet werden, Rahmenbedingungen für eine gute gesundheitliche Entwicklung und eine gute gesundheitliche Lage der Bevölkerung aus allen Politik- und Verwaltungsbereichen heraus zu schaffen.

Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ des Landtags Baden-Württemberg



Aufstellung des ÖGD

- Digitalisierung
- Personalressource
- Krisenresilienz

Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ des Landtags Baden-Württemberg



Aufstellung des ÖGD - Digitalisierung

- Digitalisierung nachhaltig und langfristig angelegt umsetzen und weiter verbessern
- Daten vergleichbar, verfügbar und verknüpfbar machen mit enger Anbindung universitärer / forschender Einrichtungen – Auswertung der Maßnahmen zeitnah für Anpassungen
- Datenschutz im Konflikt mit nutzbarer Datenlage

Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ des Landtags Baden-Württemberg



Aufstellung des ÖGD - Personalressourcen

- Konsequenter interprofessionaler Ausbau
- Nachhaltige Stärkung Personalressourcen
- Bessere Karrierechancen für Personal des ÖGD
- Bessere Bezahlung des Personals im ÖGD
- Ausreichend personelle Ressourcen um Bevölkerung zu erreichen

Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ des Landtags Baden-Württemberg



Aufstellung des ÖGD - Krisenresilienz

- Krisenbezogenen Gesundheitsschutz etablieren
- Deutschlandweite Kooperation
- Kommunale Kooperations-Gremien erhalten und pflegen
- Regelmäßige Beübung von Krisenszenarien über Sektoren und Ebenen hinweg

Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ des Landtags Baden-Württemberg



Ärzteverband öffentlicher
Gesundheitsdienst
Baden-Württemberg e.V.

Krisenvorsorge und –reaktion bei Pandemien und bisher unbekanntem Krankheiten

- Zuständigkeiten flexibel regeln
- Gesicherte Finanzierung von neuen/ spontanen Strukturen
- Gute medizinische Basisversorgung, ambulant wie stationär
- Triage klar ansprechen
- Nutzung von DALYs erwägen
- Rasche Datenzusammenführung und -auswertung

Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ des Landtags Baden-Württemberg



Ärzteverband öffentlicher
Gesundheitsdienst
Baden-Württemberg e.V.

Konkrete Empfehlungen zu Maßnahmen zu einer Stärkung der Resilienz des baden-württembergischen Gemeinwesens

- Etablierung dauerhafter Strukturen um alle Bevölkerungsgruppen zu erreichen – Gesundheitskioske, Gesundheitszentren, Primärversorgungsverbünde, ...
- Offene, einheitliche und einfache Kommunikation
- Strikte Ausrichtung der Gesundheitspolitik an wissenschaftlichen Prinzipien
- Gemeinsame und solidarische Aufarbeitung der Krise

Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ des Landtags Baden-Württemberg



**Enquete-Kommission
„Krisenfeste Gesellschaft“**

P F L E G E



Themenbereiche:

1. **Sektorenübergreifende Betrachtung**
2. **Stationäre Langzeitpflege**
3. **Ambulante Langzeitpflege**
4. **Familienpflege**
5. **Gesundheit**
6. **Was können wir tun?**

1. Sektorenübergreifend

a) Personal:

- Belastungen für Pflegekräfte haben mit der Corona-Pandemie weiter zugenommen
 - Umgang mit Sterben und Tod
 - Eigenschutz versus KlientInnenschutz
 - Neue Aufgaben (Testen, Impfmanagement, Infektionsschutz)
 - Enormer Dokumentationsaufwand
 - öffentliche Wahrnehmung (vom Klatschen zum Sündenbock der Ausbruchsgeschehen)

1. Sektorenübergreifend

a) Schutzausrüstung Corona

b) Bevorratung „Energiekrise“

- Medikamente, Sauerstoff, Lebensmittel, Wasserversorgung, Heizung, Kraftstoffe
- Versorgung Verstorbener

2. Stationäre Langzeitpflege

a) Finanzen

- Investitionskosten (auch Tagespflegen!)
- Energiekrise und Inflation führen zu drastischer Verschlechterung der Wirtschaftlichkeit in Einrichtungen und Dienste der Pflege

b) Selbstbestimmung, Partizipation, Teilhabe

- Systematisierte Partizipation
- An- und Zugehörige

3. Ambulante Langzeitpflege

a) Finanzen

- Corona, Energiekrise und Inflation führen zu drastischer Verschlechterung der Wirtschaftlichkeit in Einrichtungen und Dienste der Pflege

b) Versorgungssicherheit

- Pflegedienstleitung
- Erste Dienste schließen
- Lange Wartezeiten

c) Entlastung An- und Zugehörige

4. Familienpflege

a) Finanzen

- Corona, Energiekrise und Inflation führen zu drastischer Verschlechterung der Wirtschaftlichkeit in der Familienpflege

b) Zukunft Familienpflege

- Genehmigungspraxis
- Baustein zur Wiederherstellung familiärer Normalität

5. Gesundheit

a) Gesundheit:

- Aktive Rolle
- zunehmende Individualisierung
- Gesundheitsedukation
- Empowerment

b) Ziel:

Menschen in ihrem Lebensalltag befähigen, mit **krankheitsbedingten Beschränkungen** zurechtzukommen

Stärkung der Autonomie, Gesundheit und Lebensqualität durch informierte und partizipative Entscheidungen in gesundheitsrelevanten Fragen

6. Was können wir tun?

Personal:

- Zeit zum Durchatmen
- Beratungsangebote, Therapieangebote
- Aussetzung Personalbemessung nach § 113c (Personalschlüssel in BaWü nicht absenken)
- Personal aus dem Ausland
- Verbesserte Arbeitsbedingungen¹

Ausbildung:

- Maßnahmenpaket Ausbildungsabbrüche
- mehr Schulplätze für die Ausbildung der Pflegefachkräfte und Pflegeassistenten und entsprechendes Lehrpersonal
- HelferInnen/Assistenz Ausbildung -- QN3 erreichbar mit 1-jähriger Ausbildung?

¹ siehe Studie: „Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

6. Was können wir tun?

Digitalisierung:

- Telematikinfrastruktur
- Bereitstellen der Infrastruktur

Sorgende Gemeinschaften:

- Förderung und Verstetigung innovativer Versorgungskonzepte (nicht nur projiziert)
- Neue Konzepte, v.a. im ambulanten Bereich (Buurtzorg, Zeitvergütung, KZP...)
- Stärkung von Nachbarschaftssystemen, Gesundheitsedukation

6. Was können wir tun?

Finanzierung:

- Kostendeckende Finanzierung der leistungserbringenden Dienste und Einrichtungen (Energiekostensteigerung, Sachkostensteigerung)
- Ausstattung und Finanzierung einer **Bevorratung** und **Ausstattung** mit Wasser, Wärme, Strom für den Fall von Systemausfällen

Pflegereform:

- Reform des Leistungsrechts mit regelhafter Dynamisierung der Leistungen
- Übernahme der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen durch die Krankenkassen
- Begrenzung der Eigenanteile
- Übernahme der Investitionskosten durch die Länder

6. Was können wir tun?

Strukturell:

- Echte Entbürokratisierung in Pflege und Betreuung
- Keine Überregulierung der Pflege (-heime)
- Einbindung der Dienste, Einrichtungen und Verbände

Dicke Bretter – aber alternativlos!



Kontakt:

Gabriele Hönes
Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Württemberg e. V.
E-Mail: Hoenes.G@diakonie-wuerttemberg.de



Agenda

- 1) Einordnung
- 2) Empfehlung 1:
Spezifische Notfallpläne, die insbesondere Aussagen zur Betreuung von Pflegebedürftigen und ihren Familien machen, für unterschiedliche Krisenszenarien auf regionaler, landes- und bundesweiter Ebene entwickeln
- 3) Empfehlung 2:
Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen spezifisch auf unterschiedliche Krisenszenarien vorbereiten
- 4) Empfehlung 3:
ÖGD um die pflegerische Perspektive erweitern und die aktive Mitwirkung von Pflegenden in der Primärversorgung der Bevölkerung fördern
- 5) Empfehlung 4:
Personalmangel bekämpfen und Krisenfestigkeit der Berufsgruppe Pflege durch Bildung sicherstellen

Einordnung

- Pflegearbeit im Kontext von gesundheitlichen Lebenskrisen
- Absehbare Krisenszenarien:
Infektionswellen, Umwelt- und Klimakatastrophen (Fluten, Hitzetage usw.), Stromausfälle, Internetausfälle, Chemieunfälle, Brände, u. w.
- Hohe Vulnerabilität und Anfälligkeit für weitere Folgekrisen
- Gesellschaftliche Einordnung von Pflegebedürftigkeit

3

Empfehlung 1

Spezifische Notfallpläne für unterschiedliche Krisenszenarien auf regionaler, landes- und bundesweiter Ebene entwickeln

- Explizite Planungen zur Versorgung von pflegebedürftige Menschen
- Anzahl der pflegebedürftiger Menschen in den Settings muss bekannt sein
- Versorgungsstrukturen müssen bekannt sein:
 - Ambulanter Pflegedienst
 - Familiär mitwirkende Personen
 - Ehrenamtlich Mitwirkenden
- Entwickeln eines Beruferegisters "Pflegefachpersonen" und „Pflegeassistenten“
- Gemeinsame Entwicklung von Notfallplänen:
 - Staatliche Verantwortung
 - Integration verschiedener Akteure
 - Vertretung der Berufsgruppe Pflege in allen wichtigen Entscheidungsgremien

Empfehlung 2

Pflege- und Gesundheitsorganisationen spezifisch auf unterschiedliche Krisen vorbereiten

- Identifikation von potentiellen Krisengeschehen und Auswirkungen mit Hilfe von Beratung und externer Expertise
- Bildungsangebote und Anbindung von Pflegebedürftigen und ihrer Familien an ambulante Pflegedienste
- Entwicklung von spezifischen Notfallplänen: z. B:
 - Ausstattungsnotwendigkeiten klären und stille Reserven bilden
 - Arbeitsprozess und Entscheidungsstrukturen klären
- Finanzierungsfragen frühzeitig klären
- Bildung/Qualifikation zur Bewältigung von Krisen
- Zusammenarbeit der Berufsgruppen Medizin und Pflege verbessern
- Digitalisierung

Empfehlung 3

Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) um die pflegerische Perspektive erweitern und die aktive Mitwirkung von Pflegenden in der Primärversorgung der Bevölkerung fördern

- ÖGD ist Bindeglied in die Bürgerschaft: Gefährdungen von pflegebedürftigen Menschen früh erkennen
- Beratung von Pflege- und Gesundheitseinrichtungen (in Krisen und in Krisenvorbereitung)
- Neues, erweitertes Rollenverständnis
- Etablierung von neuen Pflegeaufgaben im ÖGD: Community Health Nurse

Empfehlung 4

Personalmangel bekämpfen und Krisenfestigkeit der Berufsgruppe Pflege durch Bildung sicherstellen

- Angemessene Anzahl von Pflegenden in den Pflege- und Gesundheitseinrichtungen!
- Pflegebildung grundsätzlich absichern
- Pflegebildung um Themen der Krisenbewältigung erweitern
- Erweiterung des Aufgabenspektrums von Pflegenden

Zusammenfassend

- 1) **Empfehlung 1:**
Spezifische Notfallpläne, die insbesondere Aussagen zur Betreuung von Pflegebedürftigen und ihren Familien machen, für unterschiedliche Krisenszenarien auf regionaler, landesweiter und bundesweiter Ebene entwickeln
- 2) **Empfehlung 2:**
Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen spezifisch auf unterschiedliche Krisenszenarien vorbereiten
- 3) **Empfehlung 3:**
ÖGD um die pflegerische Perspektive erweitern und die aktive Mitwirkung von Pflegenden in der Primärversorgung der Bevölkerung fördern
- 4) **Empfehlung 4:**
Personalmangel bekämpfen und Krisenfestigkeit der Berufsgruppe Pflege durch Bildung sicherstellen



Health in all Policies – Forschung

Enquetekommission “Krisenfeste Gesellschaft”

Landtag Baden-Württemberg, 11.11.2022



Hanns-Peter Knaebel
Vorsitzender des Universitätsrats
Universität Heidelberg



© Universität Heidelberg – Kommunikation und Marketing

KRISENFESTE GESELLSCHAFT - FORSCHUNG



Agenda

1. Translation & Transfer
2. Regulatorik
3. Produktion in Deutschland – Sichere Lieferketten
4. Internationaler Wettbewerb - Leitindustrien

KRISENFESTE GESELLSCHAFT - FORSCHUNG

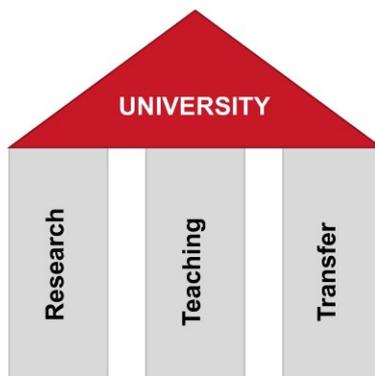


Agenda

1. Translation & Transfer
2. Regulatorik
3. Produktion in Deutschland – Sichere Lieferketten
4. Internationaler Wettbewerb - Leitindustrien

TRANSFER AN DER UNIVERSITÄT HEIDELBERG "THIRD MISSION"

hei
INNOVATION

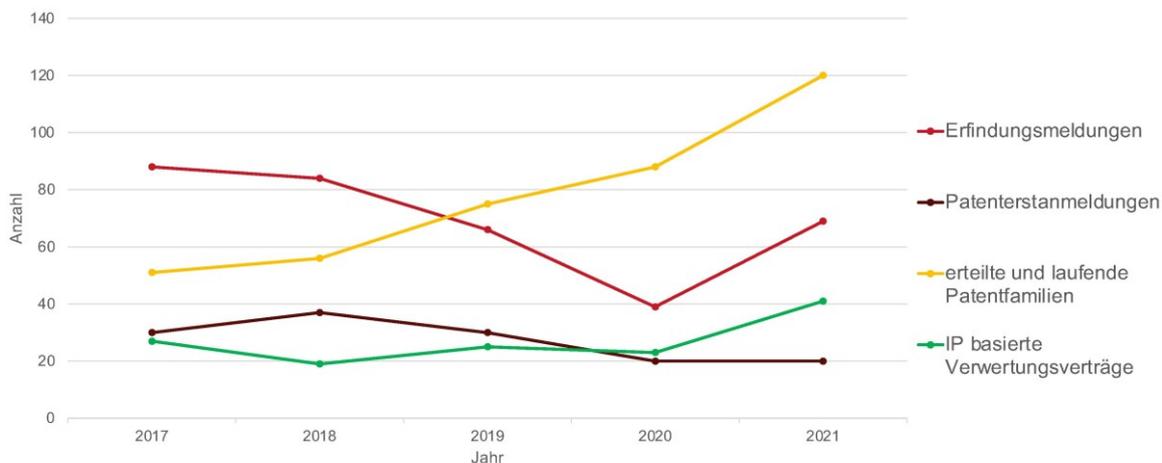


Wissen- und Technologie-Transfer als Dritte Säule
→ "Third Mission"



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

GEISTIGES EIGENTUM (“INTELLECTUAL PROPERTY“)



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

START-UP BERATUNG AN DER UNI HEIDELBERG



*Ressources for startup consultancies since 05/20: 2 FTEs



WAS ES SONST NOCH BRAUCHT.....

- ✓ Rechtliche Experimentierräume
- ✓ Gestaltenden (nicht verhandelnden) Datenschutz
- ✓ (Virtuelle) Resonanzräume für Vernetzung
- ✓ Einsicht: **Unser Technologietreiber ist der Mittelstand!**



KRISENFESTE GESELLSCHAFT - FORSCHUNG

Agenda

1. Translation & Transfer
2. Regulatorik
3. Produktion in Deutschland – Sichere Lieferketten
4. Internationaler Wettbewerb - Leitindustrien

„Zwei Dinge pflegen den
Fortschritt der Medizin
aufzuhalten:
Autoritäten und
Systeme.“

Rudolf Virchow
(1821 – 1902)



MEDICAL DEVICE REGULATION (MDR) WIRD DEN MARKT VERÄNDERN



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

Produkt-Portfolio	> -30 %
Unternehmen	> -30 %
Finanzieller Aufwand	> +30 %
Patientensicherheit	?

➔ Handlungsempfehlungen der Politik dringend erforderlich!!



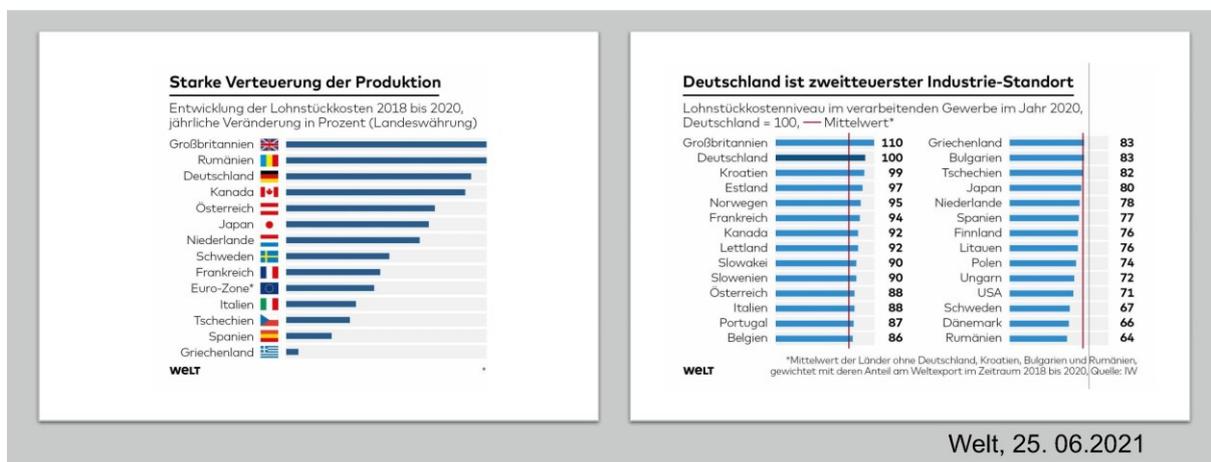
KRISENFESTE GESELLSCHAFT - FORSCHUNG

Agenda

1. Translation & Transfer
2. Regulatorik
3. Produktion in Deutschland – Sichere Lieferketten
4. Internationaler Wettbewerb - Leitindustrien



LOHNKOSTEN IM LÄNDERVERGLEICH





GRÜNDE FÜR PRODUKTION IN DEUTSCHLAND

- Technologie/Innovationen
- Automatisierung
- Sichere Lieferkette

ABER

- Produktionsverlagerung ins Ausland 30 – 40 %
- Rückverlagerung nach Deutschland 0-10 %

Quellen: Fraunhofer, DIHK, etc.



KRISENFESTE GESELLSCHAFT - FORSCHUNG

Agenda

1. Translation & Transfer
2. Regulatorik
3. Produktion in Deutschland – Sichere Lieferketten
4. Internationaler Wettbewerb - Leitindustrien

HEIDELBERG – MANNHEIM: CHANCE FÜR EINEN GLOBALEN LEUCHTTURM



Stärkere Sichtbarkeit

**Stärkung Transfer
und Translation**

**Integration weiterer
wissenschaftlicher
Bereiche**



Leitindustrie #2 für BW

**Ausgründungen und Ansiedlung
weiterer (internationaler)
Unternehmen**

**Schaffung neuer
Arbeitsplätze**



Innovationscampus "Health + Life Science Alliance Heidelberg Mannheim"

TAKE-HOME-MESSAGES



1. Forschung kann Transfer!
2. Forschung braucht Raum: Physisch, rechtlich und virtuell!
3. Regulation engt immer ein, aber nützt nicht immer!
4. Abgewanderte Produktion kehrt nicht mehr zurück!
5. Wir brauchen globale, nicht nur lokale, Champions!



<https://iuk-forecast.uniklinik-freiburg.de/>

C19 Pandemie Rückblick und Lessons Learned

Hajo Grundmann, Universitätsklinikum Freiburg



Today's Topics

- a brief history of Covid-19 expansion
- preparing for the wave
- improving predictions
- genomic pathogen surveillance



A brief history of Covid-19 expansion

3 11/11/2022



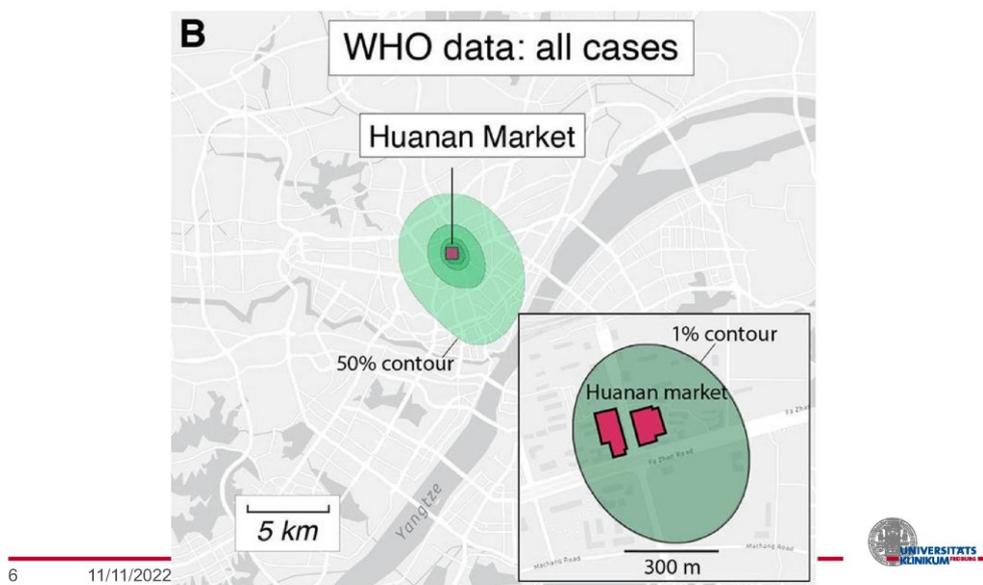
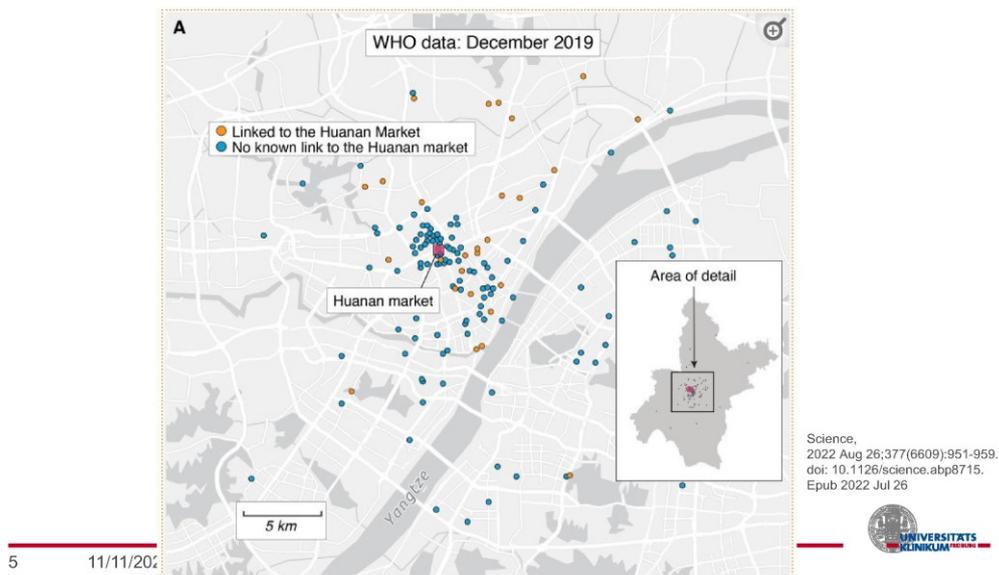
December 2019, Wuhan Huanan Wetmarket, 武汉华南海鲜批发市场

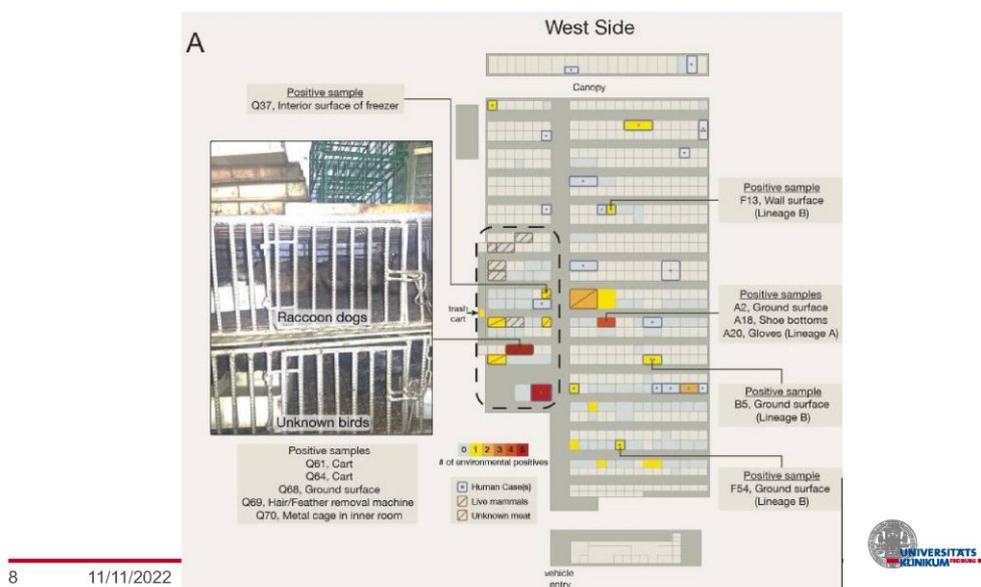
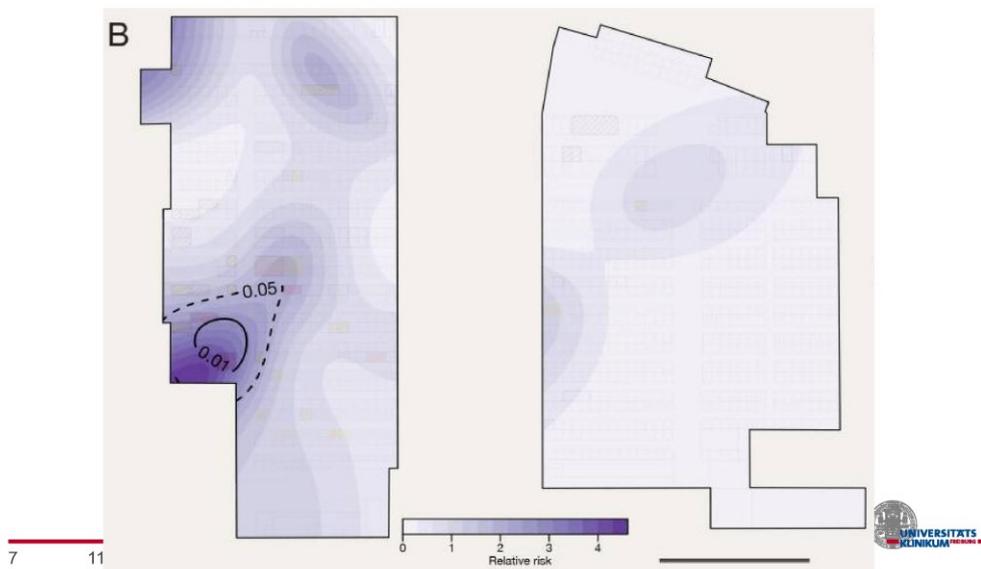


live raccoon dogs
were kept in the
rear of the market
at the onset of the
outbreak



4 · 11. November 2022





Dec 27, 2019		first draft sequence of novel coronavirus
Dec 30	 Li Wenliang	leaks secret report about infectious pneumonia in Wuhan
Dec 31	Wuhan/Hubei authorities	report viral pneumonia - not transmissible between humans and controllable
Jan 2, 2020	Sheng Zhengli, WIV China CDC	full genome sequence completed report 44 cases
Jan 6	WHO	complains China not sharing data
Jan 8	Bangkok University	sequence novel coronavirus isolated from ill passenger arriving from Wuhan with no means for comparing data
Jan 10	Expert Committee National Health Authorities	declare virus not transmissible between people and spread controllable
Jan 11	 Zhang Yongzhen	releases unauthorised whole genome sequence (from Jan 5) on virological.org
Jan 15	Shenzhen scientiests	prove human-to-human transmission in a family cluster

9 11/11/2022



Jan 20, 2020	Zhong Nanshan patient zero	declares on CCTV that virus is spreading between people arrives from Shanghai in in Starnberg Germany, causing a cluster of 16 patients
Jan 24	Christian Drosten	PCR method published & implemented in UKF, Jan 28
Feb 2	Bundeswehr Germersheim Li Wenliang	confirms two additional patients among citizens repatriated from Wuhan dies in Wuhan hospital
Feb 15	carneval mass event	Gangelt
Feb 17 - 21	week of fasting and prayer	religious gathering in Mulhouse France with 2,200 attendees
Feb 22	Codogno, Regione Lombardia	first Italian tested positive for novel Coronavirus
Feb 24	Rosenmontag	
March 5	Iceland Health Authorities	declare Ischgl in Austria a high risk area

10 11/11/2022



Preparing for the wave

11 11/11/2022



COVID-19 kumulative Gesamtzahl (tagesaktuell)

Stand 16.03.2020 14:25

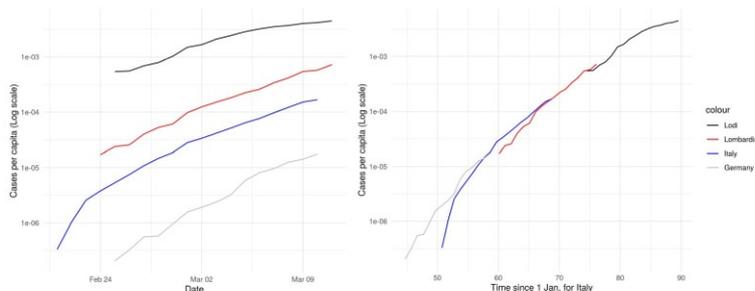
- vom Gesundheitsamt gemeldete Patienten Landkreis Breisgau
- a Hochschwarzwald
 - b geschätzte Anzahl Kontaktpersonen (Kategorie I) Landkreis Breisgau Hochschwarzwald
 - c Anzahl Patienten Test-positiv im UKF
 - d Anzahl Patienten auf Normalstation
 - e Anzahl Patienten auf Intensivstation
 - f Anzahl Verstorbene

Datum	a	b	c	d	e	f
13.03.2020	70	700	14	9	1	0
14.03.2020						
15.03.2020						
16.03.2020	103	1030	18	12	3	0
17.03.2020						

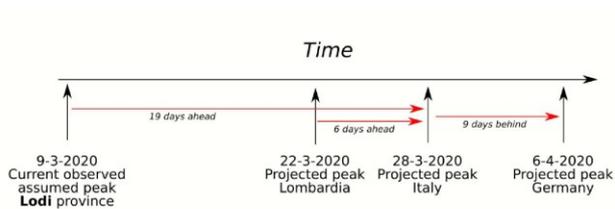
Folie 12 11.11.2022



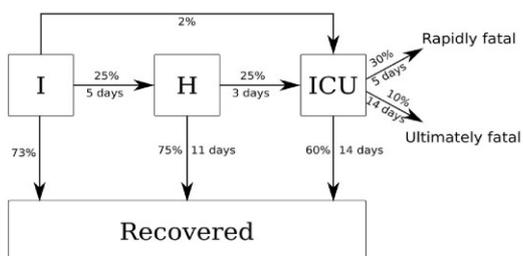
Observed epidemic growth curve



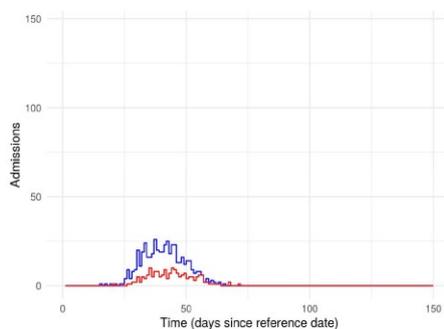
Projected date of peak



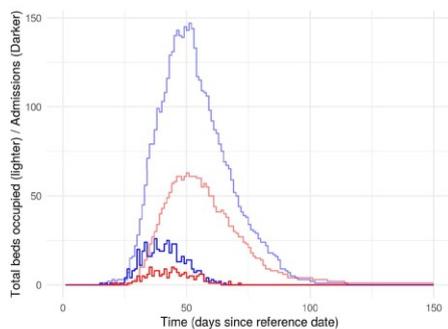
Care pathway model



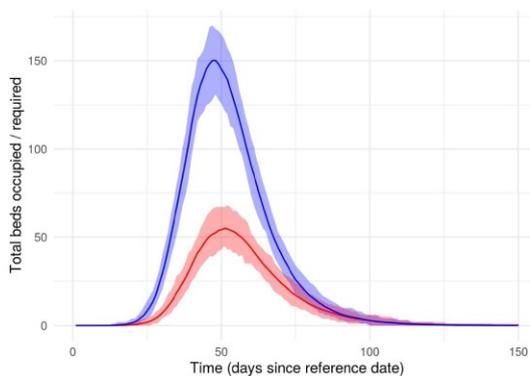
One model run: admissions to hospital and ICU



One model run: admissions and beds occupied



All model runs combined (UKF catchment)

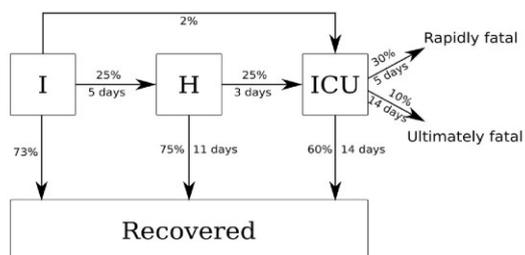


Improving predictions

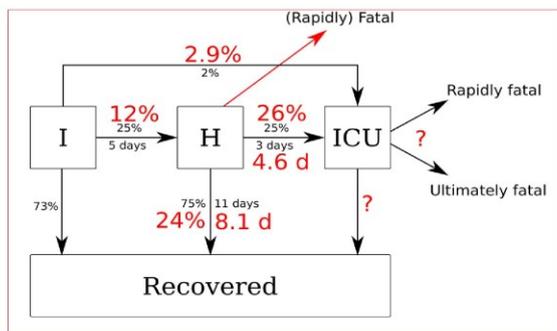
19 11/11/2022



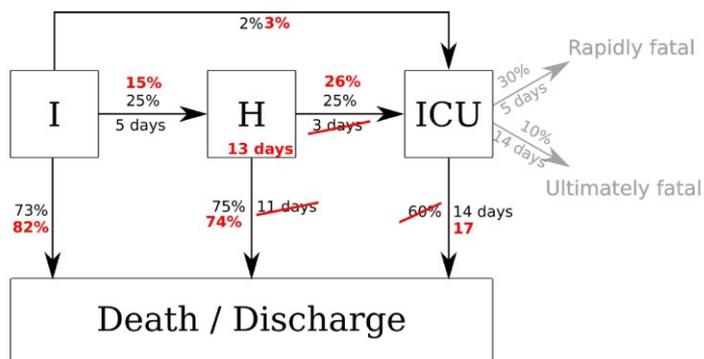
Care pathway model (16.03.2020)



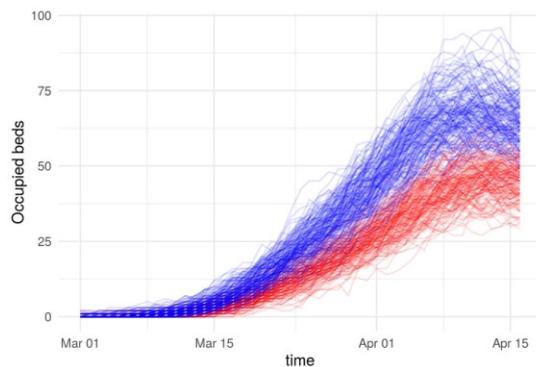
Care pathway model (27.03.2020)



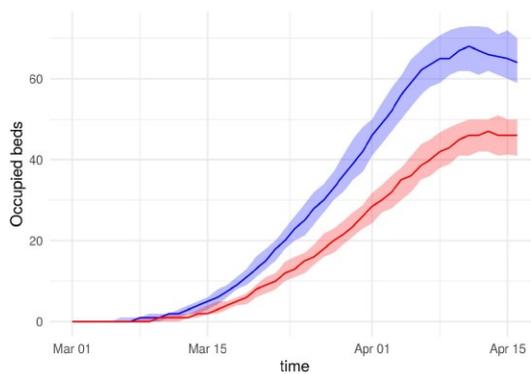
Care pathway model (08.04.2020)



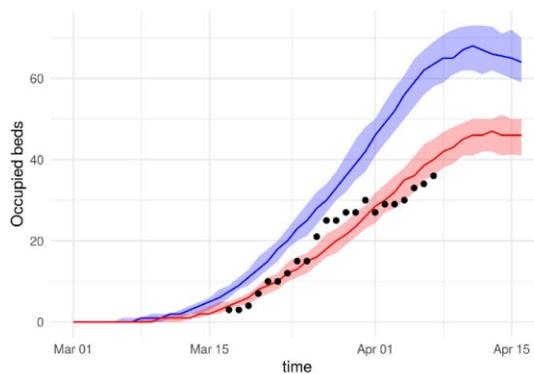
All model runs of within-hospital model using new incidence model



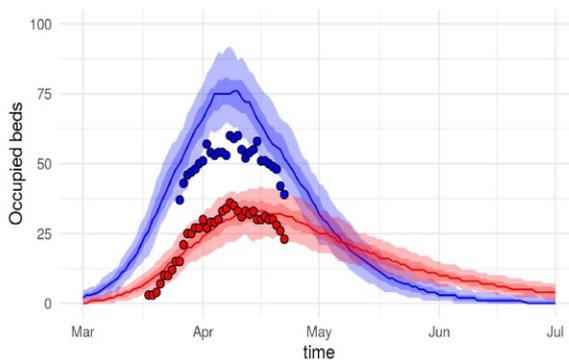
All model runs combined (UKF catchment)



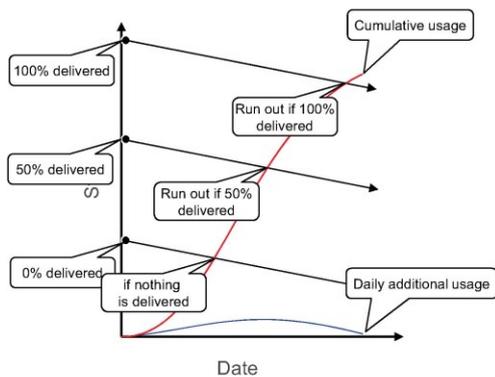
All model runs combined (UKF catchment) and observed ICU bed-occupancy



All model runs of within-hospital model using new care path model



The material-usage plot

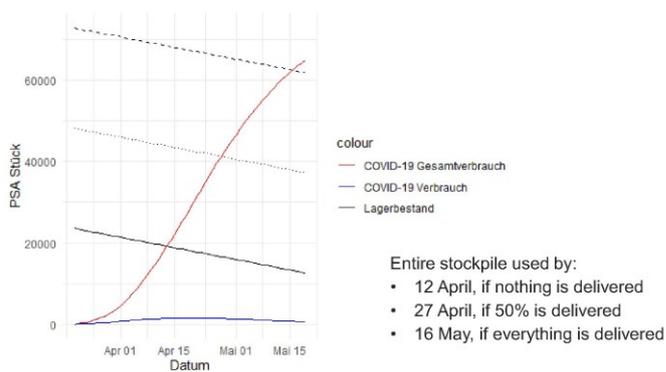


Folie



FFP 2

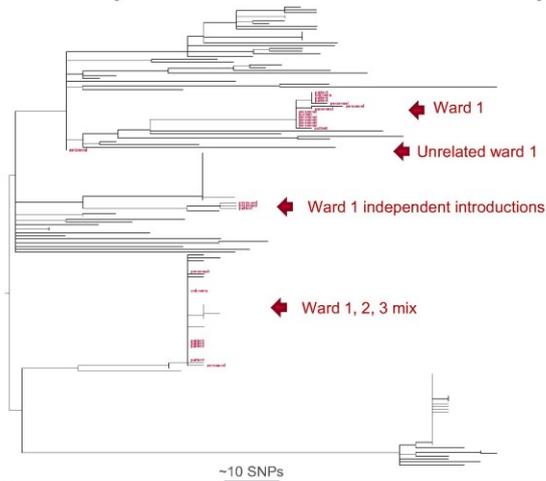
FFP 2 masks, with and without valve, as well as all FFP 3



Folie



Example: Local events on particular wards



- Overall epidemiology still unclear
- Earliest isolates beginning of Dec.
- Patient & personnel positive around same time suggesting independent acquisitions
 - Local clone spreading outside of hospital?
- Spreading to personnel on several wards & different professions:
 - Nurses, doctors, cleaner
- One particular ward with several concurrent problems

<https://iuk-forecast.uniklinik-freiburg.de/>

C19 Pandemie Rückblick und Lessons Learned

Hajo Grundmann, Universitätsklinikum Freiburg



Health in All Policies: Forschung in Gesundheit,

meine Empfehlungen

- Digitalisierung von Meldekettens – national, international
- Mathem. Modelle für die frühe Vorhersage von Belastung und Engpässen
- Flexible Sequenzierkapazitäten: Genomische Erreger-Surveillance
- Metagenomik für die Erreger Discovery

Folie 33 11.11.2022



Data brought to you by the Institute for Infection Prevention and Hospital Epidemiology and the Department for Medical Microbiology, Virology, and Hygiene, University Medical Center Freiburg

Quantitative & Predictive Epidemiology

Tjibbe Donker
Fabian Bürkin
Alexis Papatthanassopoulos
Raisa Kociurzynski

Institute for Virology

Jonas Fuchs
Lisa Kern
Marcus Panning

Genomic Patogen Surveillance

Sandra Reuter
Stefanie Kramme

Infection Prevention & Control

Winfried Ebner
Tim Götting



Die Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg

Starke Säule oder "Patient mit Betreuungsbedarf"

Präsentation im Rahmen der Anhörung der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ in Stuttgart, 11.11.2022

Prof. Dr. Ralf Kindervater
 BIOPRO Baden-Württemberg GmbH



DIE BIOPRO BADEN-WÜRTTEMBERG GMBH

... ist die **Innovationsgesellschaft** des Landes für die Themen:

Gesundheitsindustrie		Bioökonomie	
MEDTECH		Aufbau einer BIOÖKONOMIE	
PHARMA			
BIOTECH			

Wir sind **Ansprechpartner** für

- Unternehmen
- Forschungseinrichtungen
- Cluster, Netzwerke
- Gründer



... wird durch **4 Ministerien** gefördert

... hat derzeit **25 Mitarbeiter**

... betreibt die **Geschäftsstelle** des
 Forums Gesundheitsstandort
 Baden-Württemberg

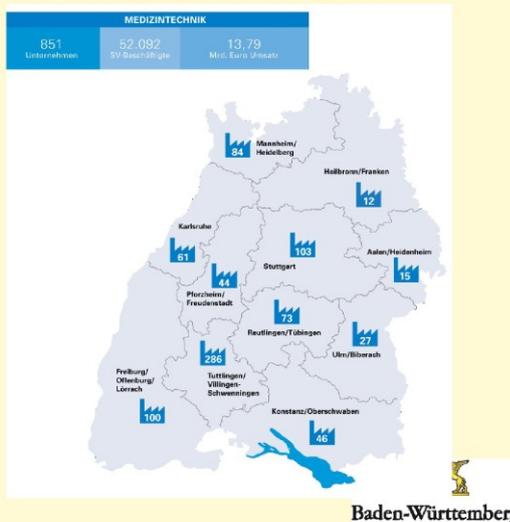
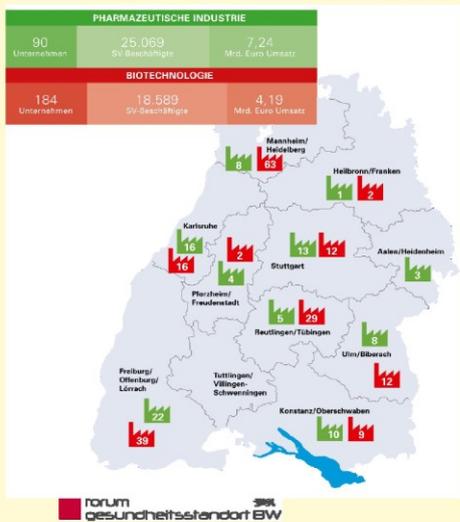


Unser **Ziel**

- den Dialog verbessern
- Innovationen vorantreiben
- die Wirtschaft stärken
- die Gesellschaft informieren
- Baden-Württemberg als Standort weiterentwickeln



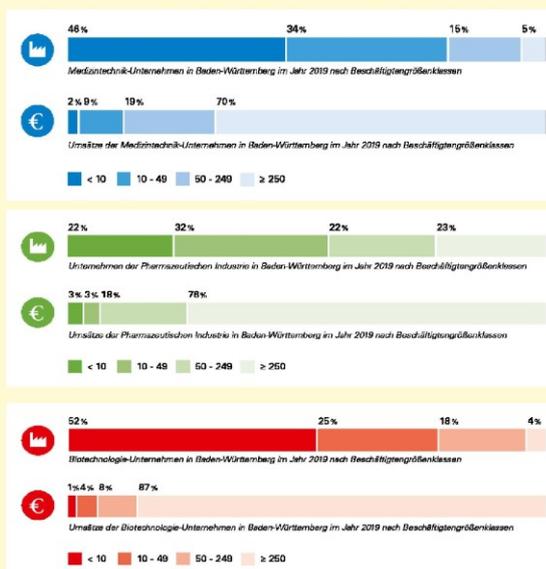
Die Gesundheitsindustrie in Baden-Württemberg



Quelle: BIOPRO, 2021

Gesundheitsindustrie in Baden-Württemberg – Unternehmensgröße und Umsätze

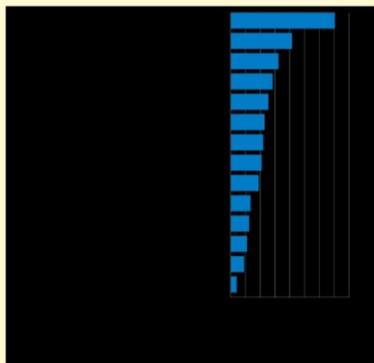
Medizintechnik
Pharmazeutische Industrie
Biotechnologie



Quelle: BIOPRO mit Zuarbeit des Statistischen Landesamtes, 2021

Gesundheitsindustrie in Baden-Württemberg – Tätigkeitsfelder

Medizintechnik



forum
gesundheitsstandort BW

Pharmazeutische Industrie



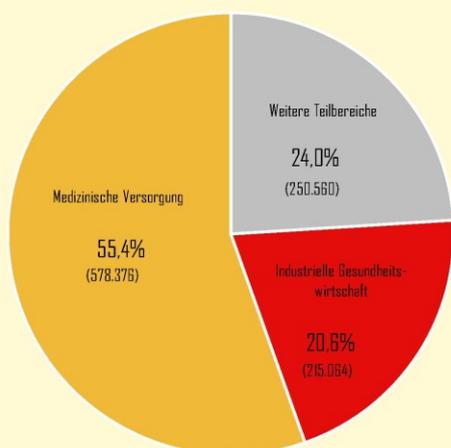
Biotechnologie



Quelle: BIOPRO, 2021

Über 1 Million Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft Baden-Württemberg

Erwerbstätige in den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft

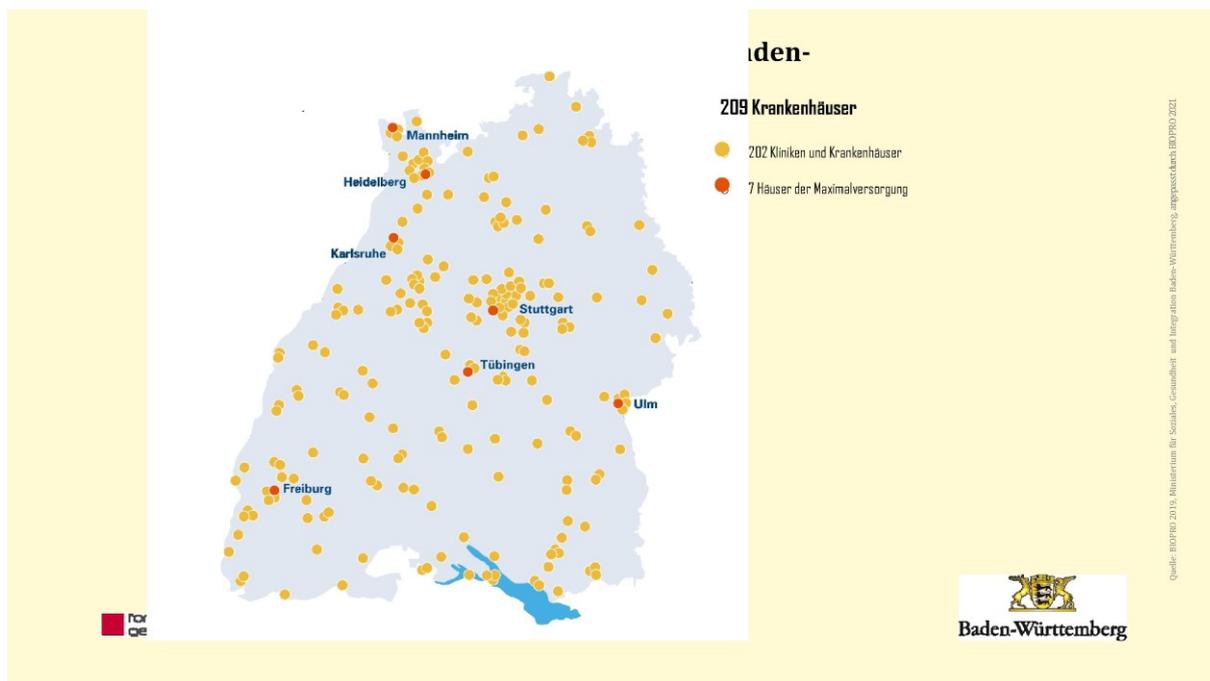


forum
gesundheitsstandort BW

Aufgliederung der industriellen Gesundheitswirtschaft



Quelle: BIOPRO mit Zuarbeit des Statistischen Landesamtes, 2021



Ambulante und stationäre Versorgung in Baden Württemberg



**7.074 Hausärzte
in Baden-Württemberg**

Fachärzte für Allgemeinmedizin und
Fachärzte für Innere Medizin



Quelle: Kassenzulassung, Versorgung, Baden-Württemberg (Stand 01.10.2020) - Kartographie: WKOeCS, München, appgesteuert.de (08/19/2021)

len-

**14.228 Fachärzte
in Baden-Württemberg**

- 4.364 Psychotherapeuten
- 1.442 Frauenärzte
- 1.270 Internisten (fachärztlich tätig)
- 1.391 Chirurgen und Orthopäden
- 991 Kinder- und Jugendärzte
- 771 Augenärzte
- 746 Nervenärzte
- 500 Hautärzte
- 492 Hals-Nasen-Ohren-Ärzte
- 421 Anästhesisten
- 404 Radiologen
- 368 Urologen
- 169 Laborärzte
- 135 Pathologen
- 134 Kinder- und Jugendpsychiater
- 129 Strahlentherapeuten
- 112 Nuklearmediziner
- 107 Neurochirurgen
- 66 Physikalische und Rehabilitative Medizin
- 43 Humangenetiker
- 21 Transfusionsmediziner
- 152 Weitere (Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen)



Quelle: Kassenzulassung, Versorgung, Baden-Württemberg (Stand 01.10.2020) - Kartographie: WKOeCS, München, appgesteuert.de (08/19/2021)

Baden-Württemberg – ein starker Standort für die Gesundheitswirtschaft



Themen im Forum Gesundheitsstandort BW

- Digitalisierung und Künstliche Intelligenz
- Personalisierte Medizin, neue Diagnostik- und Therapieverfahren
- Innovations- und Translationsnetzwerke
- Rahmenbedingungen und Regularien
- Bildungs-, Ausbildungs- und Studienmaßnahmen/Fachkräfte
- Verbesserung der Versorgung vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie
- Kommunikation und aktive Standortpolitik
- Jahressonderthemen:
 - ❖ Gesundheitsdatennutzung (2022)
 - ❖ Translationsstrukturen (2023)





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Ich bin gespannt auf Ihre Fragen...!!!

