

17. LANDTAG VON BADEN-WÜRTTEMBERG

Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“

Öffentlicher Teil

8. Sitzung

Freitag, 9. Dezember 2022, 9:30 Uhr

Stuttgart, Haus des Landtags

Plenarsaal
Videokonferenz

Beginn: 9:31 Uhr	(Mittagspause: 13:44 bis 14:36 Uhr)	Schluss: 16:33 Uhr
------------------	-------------------------------------	--------------------

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

Teil I – öffentlich

Öffentliche Anhörung

von Verbänden zum Themenfeld Gesundheit S. 2

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

1. Beschluss über die Anhörung von Regierungsvertreterinnen und -vertretern zu Themen des zweiten Handlungsfelds in der Sitzung der Enquetekommission am Freitag, 20. Januar 2023
2. Festlegung des in der Sitzung der Enquetekommission am Freitag, 3. Februar 2023, zu behandelnden Themas
3. Beschluss über in der Sitzung der Enquetekommission am Freitag, 3. Februar 2023, anzuhörende Sachverständige
4. Verschiedenes

**Öffentliche Verbändeanhörung
der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“
zum Handlungsfeld Gesundheit**

**am Freitag, 9. Dezember 2022, 09:30 Uhr
Plenarsaal (Haus des Landtags)**

Ablaufplan

(Stand 7.12.2022)

Uhrzeit	Sachverständige / Funktion
09:30 Uhr	Alexander Salomon MdL , Vorsitzender der Enquetekommission
09:35 Uhr	Landesärztekammer Baden-Württemberg Dr. Wolfgang Miller, Präsident Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg Kai Sonntag, Leiter der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
09:55 Uhr	Landesverband Baden-Württemberg des Hartmannbunds e.V. Klaus Rinkel, Vorsitzender
10:15 Uhr	Deutscher Gewerkschaftsbund, Bezirk Baden-Württemberg Kai Bumeister, Vorsitzender
10:35 Uhr	60-minütige Fragerunde
11:35 Uhr	Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. Dr. Annette Holuscha-Uhlenbrock, Vorstandsvorsitzende
11:55 Uhr	B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg Frank Winkler, stellvertretender Leiter des Verbands der Ersatzkassen (vdek) e.V. BW Carlos Philipp, Leiter der Geschäftsstelle der B 52 Verbändekooperation & Leiter Politik und Presse des BKK LV Süd
12:15 Uhr	40-minütige Fragerunde
~ 12:55 Uhr	Mittagspause
14:15 Uhr	Arbeiter-Samariter-Bund Baden-Württemberg e.V. Daniel Groß, stv. Landesgeschäftsführer und Landesrettungsdienstleiter Landesverband der Johanniter in Baden-Württemberg e.V. Ursula Adlhoeh, Fachbereichsleiterin Rettungsdienst Regionalgliederung des Malteser Hilfsdienst e.V. in Baden-Württemberg Peter Neuhauser, Bezirksgeschäftsführer, Leiter Rettungsdienst DRK-Landesverband Baden-Württemberg e.V. & DRK-Landesverband Badisches Rotes Kreuz e.V. Marc Groß, Landesgeschäftsführer des DRK-LV Baden-Württemberg e.V.
14:35 Uhr	Regionalverband Südwest des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e.V. Andrea Kiefer, Vorsitzende Landespflegerat Baden-Württemberg Peter Koch, Vorsitzender Pflegebündnis Mittelbaden e.V.
14:55 Uhr	40-minütige Fragerunde
~ 15:35 Uhr	Ende der öffentlichen Anhörung

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

**Öffentliche Anhörung
von Verbänden zum Themenfeld Gesundheit**

Vorsitzender Alexander Salomon: Ich begrüße Sie alle recht herzlich zur 8. Sitzung der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ heute am Freitag, dem 9. Dezember. Ich begrüße auch alle recht herzlich, die die Sitzung via Livestream verfolgen.

Da es keine Anmerkungen zur Tagesordnung gibt, treten wir gleich in den öffentlichen Teil unserer Sitzung ein.

Die Tagesordnung ist für den Teil bis zur Mittagspause recht ambitioniert, weil es sicherlich zu den Vorträgen Diskussionsbedarf geben wird. Deswegen mache ich jetzt auch keine weiteren Vorbemerkungen. Die Liste der Verbände zum Themenfeld Gesundheit liegt Ihnen vor.

Wir starten mit Herrn Dr. Wolfgang Miller, dem Präsidenten der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Danach folgt Herr Kai Sonntag von der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Leiter der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Herr Dr. Miller hat uns eine Präsentation mitgebracht, wenn ich das richtig gesehen habe. – Herr Dr. Miller, Sie haben jetzt 20 Minuten Zeit für Ihren Vortrag.

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

Herr Dr. Miller: Lieber Herr Salomon, sehr geehrte Abgeordnete, meine Damen und Herren! Nicht nur in der Krise sind die Erhaltung der Gesundheit, der Sicherheit, von wirtschaftlichem Wohlergehen und von sozialem Wohlergehen zentrale Aufgaben der Gesellschaft. Die Gesundheit wird hier üblicherweise an erster Stelle genannt.

Was kann das Gesundheitswesen dazu beitragen, was können die Ärztinnen und Ärzte also dazu beitragen? Die Landesärztekammer ist Berufsvertretung von gut 73 000 Ärztinnen und Ärzten im Land. Unsere klassischen Pflichtaufgaben – das kennen Sie – sind Qualitätssicherung der ärztlichen Tätigkeit, Weiterbildung, Fortbildung, Berufsaufsicht. Aufgaben nach dem Heilberufekammergesetz sind aber auch die Beratung der öffentlichen Stellen und das Benennen von Expertinnen und Experten. Gerade diese beiden Punkte haben in der Pandemie eine neue Bedeutung erlangt. Wir haben die Landesregierung, die Landkreise, die Gemeinden sehr konkret beraten. Wir haben Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung, für Abstrichzentren, für Impfzentren, für die Impfpriorisierung, für Hotlines, für die erste Einschätzung von Long Covid an vielen, vielen Stellen als Sachverständige benannt.

Die Ärztekammer ist – das wissen Sie – in der Versorgung nicht selbst operativ tätig, aber sie hat eben den unmittelbaren Kontakt zu den Ärztinnen und Ärzten mit der jeweiligen Expertise. Etwa zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte sind in der Versorgung tätig. Alle Ärztinnen und Ärzte sind Mitglieder bei uns. Etwa ein Viertel ist im Ruhestand oder aktuell ohne ärztliche Tätigkeit. Das ist ein Potenzial, das die Kammer mobilisieren kann – eben nur die Kammer –, und zwar sehr erfolgreich. Wir haben das in der Pandemie gesehen: Es hat an vielem gefehlt, aber nicht an Ärztinnen und Ärzten, die bereit waren, mit anzupacken.

Wir sind ähnlich der Landesverwaltung in Bezirke und Kreisärzteschaften gegliedert. Das ist eine Struktur, die steht, die wir satzungsgemäß aufgebaut haben. Wir konnten auf diese eingespielte Struktur gleich zu Beginn der Pandemie zugreifen.

Eine sinnvolle Struktur der Versorgung in der Krise ist nicht weit entfernt von einer sinnvollen Regelversorgung. Es sollte eine Selbstverständlichkeit sein, bei gesundheitlichen Problemen die Hausärztin, den Hausarzt aufzusuchen. Diese oder dieser löst entweder das Problem oder hilft den Menschen, die nötige fachärztliche Abklärung zu bekommen. Wer schwer erkrankt ist, muss ins Krankenhaus. Klare Regeln sind übrigens die beste Strategie, eine Triage zu vermeiden. Für die Krise und für die Regelversorgung muss eine klare Priorisierung gelten.

Welches sind die Voraussetzungen? Das System, in dem wir arbeiten, muss klar organisiert sein, aber es muss auch Spielraum lassen, damit kurzfristig der eine oder andere Bereich ausgeweitet werden kann, ohne dass das System gleich aus allen Nähten platzt. Für Krisen müssen Reserven eingeplant, vorgehalten werden. Die Betten im Krankenhaus dürfen nicht schon an einem normalen Wochenende voll belegt sein, sodass sie auf dem Gang stehen. Wir brauchen klare Strukturen, vorbereitete Ablaufpläne, klare Kommunikation, klare Zuständigkeiten. Das muss logistisch abgesichert sein: Telekommunikation, Strom, persönliche Schutzausrüstung. Und es muss geübt werden, es muss regelmäßig geübt werden. Dazu braucht es Formate, die Teil des Berufsalltags sind. Diese Tradition haben wir fast vollständig verlassen.

Der Katastrophenschutz kann hier unterstützen, aber halt auch nicht mehr. Er kann nicht die Versorgung übernehmen. Er kann punktuell die Handlungsfähigkeit aufrechterhalten. Die Vorstellung, dass bei einem Blackout die Feuerwehr, das THW oder gar die Bundeswehr kommt und Notstromaggregate vor das Krankenhaus oder vor die Arztpraxis stellt, dass jeder seinen persönlichen Funker an die Seite bekommt, das ist Unfug. So wird es nicht gehen. Die Probleme, die sich in der Krise stellen, sind vorhersehbare Anforderungen, die auch aus der Regelstruktur heraus mit aller Sparsamkeit geplant, dann aber auch vorgehalten werden müssen.

Das ist bei der Disposition ähnlich. Die ist schon im Regelbetrieb ein Dreh- und Angelpunkt, aber in der Krise umso mehr. Wir brauchen eine enge Abstimmung der nicht polizeilichen Hilfeleistungen, also des Rettungsdienstes und auch des ärztli-

chen Bereitschaftsdienstes, der Leitstellenarbeit im weitesten Sinne. Das muss einfach gut funktionieren.

Die Leitstelle muss zunächst einmal erreichbar sein. Bei der Rufnummer 112 wird das überwacht, bei der Rufnummer 116 117 – dieser berühmten Nummer – ist da noch ein bisschen Luft nach oben. Die Leitstelle muss den Überblick über die vorhandenen Ressourcen haben. Das macht nicht nur in der Krise die Versorgung effektiver.

Ich war selbst 15 Jahre Leiter unserer Notfallpraxis und mittendrin. Wenn die Leitstelle den Überblick hat, dann ist das ein Gewinn für alle Seiten. Dann läuft das einfach besser.

Jetzt sind wir hier durch bundesgesetzliche Vorgaben im Sozialgesetzbuch V leider in den letzten Jahren etwas zurückgefallen. Wir hatten in Baden-Württemberg bereits mehr erreicht.

Die verbindliche Zusammenarbeit mit der Disposition von Hausbesuchen auf der einen Seite und dem Rettungsdienst auf der anderen Seite muss im Zweifel politisch gelöst werden. Hier ist das Land, hier sind Sie, meine Damen und Herren Abgeordneten, gefordert. Hier haben Sie mit dem Rettungsdienstgesetz und mit einem geplanten Leitstellengesetz das Heft in der Hand. Ich bin überzeugt, am Ende rechnet sich das. Im Bundesvergleich gesehen arbeiten sowohl der Rettungsdienst als auch der ärztliche Notfalldienst bei uns – natürlich schwäbisch sparsam – am günstigsten. Es hilft, Ressourcen zu sparen, wenn wir das hier intelligent machen.

Ich will noch eine Frage streifen, die immer wieder gestellt wurde. Einrichtungen der Grundgesundheitsversorgung – also Kliniken, Praxen; auch das, was dazugehört, nämlich die Körperschaften wie Kammern, KV und alles, was man sich vorstellen kann – sind für die Daseinsvorsorge natürlich wichtig. Die Frage ist nur, in welchem Umfang sie die Bedingungen der kritischen Infrastruktur nach den üblichen Definitionen erfüllen müssen. Bei den Kliniken gelten Grundsätze wie die verpflichtende Vorhaltung von Notstromversorgung für den gesamten Betrieb für einen bestimmten Zeitraum. In den Praxen gibt es nur vereinzelte Regeln. Wenn ich ambulante Operationen durchführe, muss gewährleistet sein, dass die Stromversorgung für Beleuchtung, für Überwachung so lange gewährleistet ist, bis die Operation beendet ist. Das Risiko, dass ein Stromausfall eintritt, dass das Licht aus ist, dass die EDV nicht funktioniert und/oder dass der Aufzug nicht fährt – das kennen wir, wenn z. B. der Bagger auf der Straße einmal das Stromkabel abreißt –, ist überschaubar, und die Situation ist nach ein paar Stunden erledigt. Wir müssen uns aber fragen, wie es bei dem sogenannten Blackout aussieht, und wir müssen überlegen, was hier zu tun ist, bevor das Licht ausgeht.

Das haben wir in der Kammer getan. Wir haben uns gefragt, wie wichtig wir sind. Dabei denke ich vor allem an das Arztregister – ich habe es gesagt –, an das Regis-

ter mit den Ärztinnen und Ärzten, an unsere Kommunikationswege. Das steht. Wir sind am Anfang der Pandemie innerhalb von wenigen Tagen präsent gewesen, auch in den Kreisen. Wir haben damals natürlich Prozesse angepasst, Bereiche zurückgestellt. Andere Bereiche wurden ausgeweitet.

So ein bisschen unbeachtet von der Öffentlichkeit ist die Ethikkommission. Unsere Ethikkommission ist u. a. für das Überprüfen und Bewerten von Impfstoffstudien zuständig. Die haben monatelang fast Tag und Nacht gearbeitet. Das ist eine Funktion, die in dieser Krise existenziell war.

Am wichtigsten ist mir – Sie haben es gemerkt –, leistungsfähige Strukturen bereits in der Regelversorgung zu sichern. Das ist nach meiner Meinung die beste Krisenvorsorge. Ganz einfache technische Voraussetzungen, Bevorratungen, Schutzausrüstungen, diese Themen kennen wir. Zusammenarbeit muss geübt werden. Der Katastrophenschutz kann die Gesundheitsversorgung unterstützen, aber nicht ersetzen.

Dann noch eines: Vor der Krise sind Berufsgruppen zu identifizieren, und es ist durchaus auch zu überlegen, wer denn im Gesundheitswesen unterstützen kann. Es muss nicht jeder seinen Einberufungsbescheid für die mobile Alarmreserve zu Hause haben, aber wir können diese Überlegungen, wer im Aufwuchs im Gesundheitsamt helfen kann, vor der Krise anstellen und nicht erst dann, wenn die Krise da ist.

Was für die Gesellschaft gilt, gilt auch für den Einzelnen. Die resiliente Gesellschaft, resiliente Bürgerinnen und Bürger sind ein Thema der individuellen Gesundheitsvorsorge, und es ist eine lange Forderung, dass wir darangehen – nicht nur im Sinne der Prävention, sondern einfach auch schon der Bildung in den Schulen.

Was ist dafür vorzubereiten? Diese Frage haben Sie sich, meine Damen und Herren Abgeordneten, gestellt. Dafür möchte ich mich im Namen der Ärztinnen und Ärzte ganz herzlich bei Ihnen bedanken.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Dr. Miller. Ich bin froh, dass Sie das mit den 20 Minuten nicht missverstanden haben. Ihnen standen nämlich nur zehn Minuten Redezeit zur Verfügung, das haben Sie auch eingehalten. Sehr gut.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Vielen Dank.

Jetzt stehen Herrn Sonntag die nächsten zehn Minuten zur Verfügung. – Bitte sehr, Herr Sonntag.

Herr Sonntag: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Ich darf zunächst einmal Herrn Dr. Metke, der heute gern hierhergekommen wäre entschuldigen.

Ich bedanke mich auch erst mal herzlich, dass die KV zu dem Thema Stellung nehmen darf, und möchte dem Landtag hohen Respekt zollen: dass Sie sich dem Thema „Krisenfeste Gesellschaft“ widmen. Das ist ein Thema, das alles andere als trivial ist. Deswegen ist es hervorragend und wunderbar, dass Sie diese Enquetekommission eingerichtet haben.

Herr Dr. Miller hat schon ganz vieles gesagt, was unser Gesundheitswesen und die Aufrechterhaltung der Strukturen im Gesundheitswesen angeht. Dem möchte ich aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung noch ein paar Punkte hinzufügen. Wir sind ja für die ambulante medizinische Versorgung zuständig. Wir haben 23 500 Mitglieder. Das sind die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, das sind die Psychotherapeutinnen und -therapeuten und die ermächtigten Krankenhausärzte, also die Krankenhausärzte, die zusätzlich zu ihrer Krankenhaustätigkeit auch noch eine Genehmigung haben, ambulant tätig zu sein.

Lassen Sie mich den ersten Teil meines Vortrags in Folgendem zusammenfassen: Das Thema Ihrer Enquetekommission lautet „Krisenfeste Gesellschaft“. Heute geht es um das Thema Gesundheit. Das Gesundheitswesen hat sich aus unserer Sicht in der Pandemie als ausgesprochen krisenfest herausgestellt. Das liegt aus unserer Sicht vor allem auch daran, dass die ambulanten Strukturen so gut funktioniert haben. Ich werde gleich auf diesen Punkt noch mal separat zurückkommen.

Gleich nach Ausbruch der Pandemie hier in Deutschland haben unsere Praxen ihr Tätigkeitsangebot angepasst. Wir haben innerhalb kürzester Zeit über 1 000 Coronaschwerpunktpraxen im Land geschaffen, die Sondersprechstunden für Corona angeboten haben. Das hatte einen wichtigen Effekt, was die Versorgung im Rahmen einer Coronainfektion anging, aber auch für die anderen Patientinnen und Patienten, die unabhängig von Corona versorgt werden mussten, sodass trotz der Pandemie die Versorgung hausärztlich und fachärztlich aufrechterhalten werden konnte. Die Praxen haben sehr schnell auf Videosprechstunden umgestellt. Die Zahlen für die Videokonsultationen sind sprunghaft nach oben gegangen. Das betrifft sowohl die Praxen als auch die Psychotherapeuten im Land, die dadurch die Versorgung mit aufrechterhalten konnten. Die Psychotherapeutinnen und -therapeuten haben neben der Videosprechstunde sehr schnell eine Art Notruftelefonnummer eingerichtet, unter der sich die Patientinnen und Patienten sehr schnell und sehr einfach psychotherapeutische Unterstützung sichern konnten.

Die KV betreibt 120 Notfallpraxen an den Krankenhäusern. Wir haben die Notfallpraxen entsprechend, sage ich mal, aufgebohrt und zu Fieberambulanzen umgestaltet. Unsere Mitglieder haben die Krankenhäuser unterstützt und haben Geräte – z. B. Beatmungsgeräte – zur Verfügung gestellt. Als dann im vergangenen Jahr die Impfungen angestanden sind, haben unsere Praxen wie die Weltmeister geimpft. Die

haben in der Zwischenzeit über zwölf Millionen Impfungen in den Praxen vorgenommen. Das sind etwa 75 bis 80 % aller Impfungen, die überhaupt im Land vorgenommen wurden.

Die KV selbst hat ihre Aufgabe dahin gehend wahrgenommen, dass wir nur wenige Tage, nachdem der erste Lockdown verhängt wurde, ein eigenes Logistikzentrum in Betrieb genommen und Schutzausrüstungen an unsere Mitglieder ausgeliefert haben. Alle Masken, die wir ausgeliefert haben, haben wir vorher durch ein externes Institut qualitätssichern lassen, sodass wir sicherstellen konnten, dass keine fehlerhaften Masken ausgeteilt wurden. Wir haben mit den Landkreisen und den Hilfsorganisationen zusammen flächendeckend Testzentren aufgebaut. Wir haben, als der Impfstoff kam, zusammen mit der Landesärztekammer dafür gesorgt, dass es genug Ärztinnen und Ärzte gibt, die in den Impfbetrieben ihren Dienst versehen konnten. Wir haben die Abrechnungen übernommen und haben deswegen in dem Bereich den verwaltungsmäßigen und bürokratischen Hintergrund geschaffen, der erforderlich gewesen ist, um in der Pandemie entsprechend handlungsfähig zu sein.

Als besonders positiv hat sich in der Pandemie die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Beteiligten herausgestellt. Das Sozialministerium ist seiner Aufgabe nachgekommen und hat die Koordination landesweit übernommen mit verschiedenen Krisensitzungen, Kommissionen und Ähnlichem. Wir haben sehr gut mit den Krankenhäusern zusammengearbeitet. Die Krankenkassen haben ihren Beitrag dazu geleistet. Wir haben sehr gut mit der kommunalen Ebene zusammenarbeiten können, mit den Rettungsorganisationen. In der Krise hat sich noch mal gezeigt – nicht nur in der Politik, sondern auch im Gesundheitswesen –: Kooperation ist das Maß aller Dinge. Ohne Kooperation kommen wir im Gesundheitswesen nicht weiter. Genau dieser Punkt hat in der Pandemie hervorragend funktioniert.

Das ambulante System hat sich bewährt. In unseren niedergelassenen Praxen sind über 90 % aller Behandlungen mit einem Verdacht auf Covid vorgenommen und über 80 % aller Coronainfizierten behandelt worden. Warum sage ich das? Es hat sich herausgestellt, dass sich die Aufgabenverteilung zwischen dem ambulanten und dem stationären System ausgesprochen bewährt hat. Das ambulante System hat die Basisversorgung sichergestellt, und die Krankenhäuser haben sich auf die Schwererkranken konzentriert, die die Expertise des Krankenhauses brauchen. Das heißt, die Krankenhäuser konnten sich auf die schwerkranken Patientinnen und Patienten konzentrieren, haben denen die entsprechende Versorgung zukommen lassen. Das hatte zur Folge, dass die Übersterblichkeitsrate in Deutschland im Vergleich zu der anderer Länder verhältnismäßig gering gewesen ist und dass wir eben Verhältnisse wie in anderen Staaten bei uns in Deutschland vermeiden konnten. Das wiederum hat sehr zur Pandemiebewältigung insgesamt beigetragen.

Erlauben Sie mir ein paar offene Worte dazu, was die Schwächen des Systems angeht. Denn auch das hat sich natürlich in der Pandemie bei uns gezeigt: Es ist nicht alles Gold, was glänzt. Es gibt schon ein paar Sachen, über die wir nachdenken

müssen – Herr Dr. Miller hat schon einige Punkte angesprochen – und die gegebenenfalls auch Gegenstand der Enquetekommission sein könnten.

Ich will mich auch hier auf ein paar wenige Punkte beschränken. Wir haben in unserer Stellungnahme geschrieben: Das Virus hält sich nicht an das deutsche Verwaltungsrecht. Das ist jetzt ein bisschen flapsig ausgedrückt, ist aber erst mal durchaus so gemeint. Wir haben in dieser Zeit große Probleme gehabt, die Krisenbewältigung in das Verwaltungsrecht zu integrieren. Was meine ich damit? Wir haben z. B. eine Reihe von Regelungen geschaffen, aber dann wieder eine Vielzahl von Ausnahmeregelungen eingeführt. Diese Ausnahmeregelungen verkomplizieren die Sache aber wesentlich und führen dazu, dass die eigentlichen Regelungen nachher nicht mehr funktionieren.

Was meine ich damit konkret? Die Maskenpflicht. Irgendwann einmal wurde eine Maskenpflicht eingeführt, aber dann gab es gleich wieder eine ganze Reihe von Ausnahmen, warum man gegebenenfalls keine Maske tragen muss. Damit meine ich jetzt nicht die kleinen Kinder, was unkritisch ist. Aber wenn Menschen ein Attest hatten oder was weiß ich, wurden sie von der Maskenpflicht befreit. Da das aber kein Mensch kontrollieren kann, weil ja z. B. niemand die Atteste prüfen kann, funktioniert solch eine Geschichte nicht. Das heißt, Sie hatten z. B. in den S-Bahnen wieder Leute, die keine Maske getragen haben. Es ist auch nicht realistisch, dass der Sicherheitsdienst vor dem Lidl oder vor dem Aldi, der dort stand, um darauf zu achten, dass das alles funktioniert, nachher Atteste kontrolliert. Das sind einfach Sachen, die zwar nach dem Verwaltungsrecht erst mal denkbar, aber praktisch nicht sinnvoll sind. Aus unserer Sicht hätte es gar keinen Grund gegeben, Ausnahmen zuzulassen. Für die kurze Zeit, in der man irgendwo mit anderen Menschen in engem Kontakt ist, hätte man durchaus das Tragen einer Maske vorschreiben können.

Dann hat sich in der Pandemie auch gezeigt, dass der Informationsbedarf der Bevölkerung extrem hoch gewesen ist. Das heißt, sämtliche Beratungshotlines sind sofort überlastet gewesen. Wir würden hier empfehlen, jetzt schon auf moderne KI-gestützte Systeme umzusteigen und Botsysteme einzurichten. Denn erfahrungsgemäß ähneln sich ganz viele Anfragen, die kommen, sodass diese auch sehr gut über ein Botsystem abgewickelt werden könnten. Wir glauben, dass wir in der Pandemie große Schwierigkeiten in Bezug auf Digitalisierung hatten, weil wir unter den Beteiligten keine sicheren digitalen Kommunikationswege gehabt haben.

Der letzte Punkt, den ich noch nennen möchte, ist der Datenschutz. Ich glaube, dass der hippokratische Eid die älteste Datenschutzregelung der Welt ist. Deswegen ist der Datenschutz für die Ärzte und auch für die Psychotherapeuten eine Selbstverständlichkeit. Wir haben aber in der Pandemie nicht über diese Frage geredet, sondern darüber, wie ich in einem Drive-in-Testzentrum eine rechtssichere Einwilligung in die Datenschutzbestimmungen eines Patienten abfragen kann. Wenn wir uns in der Pandemie darauf konzentrieren, haben wir nachher ein echtes Problem. Das heißt, wir müssen uns aus unserer Sicht schon jetzt überlegen, wie nachher das

Verhältnis zwischen Datenschutz und Krisenbewältigung ist, auf welche formalen – ich bin nur bei den formalen Voraussetzungen – Voraussetzungen wir gegebenenfalls verzichten können, damit wir nachher eine Krise besser bewältigen können.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Sonntag, für Ihren Beitrag. Auch den Hinweis, der hippokratische Eid sei eine Rechtsgrundlage für den Datenschutz, finde ich spannend. Darüber werden wir sicherlich auch noch mal diskutieren, nachdem das auch schon in anderen Vorträgen thematisiert wurde.

Jetzt hören wir Herrn Rinkel, den Vorsitzenden des Landesverbands Baden-Württemberg des Hartmannbundes. Herr Rinkel hat uns auch eine Präsentation mitgebracht.

Bitte, Herr Rinkel, Sie haben 20 Minuten Zeit für Ihren Vortrag.

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

Herr Rinkel: Lieber Herr Vorsitzender der Enquetekommission, sehr geehrte Damen und Herren! Ich freue mich außerordentlich, dass wir als ein Ärzteverband, der viele Ärztinnen und Ärzte im ambulanten und stationären Bereich, aber vor allem auch Medizinstudierende, Zahnärztinnen und Zahnärzte vertritt, hier unsere Gedanken einbringen können.

Zu meiner Person: Ich bin Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und seit vielen Jahren im Medizinischen Dienst Baden-Württemberg tätig. Ich leite dort den Verbund Südwürttemberg, bin also aus der gutachterlichen Sicht mit dem System verknüpft. Im Hartmannbund bin ich Landesvorsitzender und Mitglied im geschäftsführenden Bundesvorstand.

Wir haben uns in den letzten Jahren in der Krise erst in Videokonferenzen, dann auch in Präsenzgruppen sehr viel mit der Frage auseinandergesetzt, welche Lehren wir ziehen können. Ein ganz entscheidender Punkt ist eine Verbesserung des kooperativen Austauschs zwischen Vertretern der Gesundheitsberufe, aber eben auch der Hochschulen, der Träger der Gesundheitsversorgung. Da können wir auf der einen Seite die Krankenversicherungen, auf der anderen Seite aber vor allem auch die kommunalen Strukturen und die Landesstrukturen oder die gesundheitspolitischen Aspekte sehen. Wenn sich alle in der weit verbreiteten Misstrauenskultur, die im Gesundheitswesen herrscht, jeder an seiner Stelle, etwas zurücknehmen, können wir eine funktionierende und krisenfeste Gesundheitsversorgung entwickeln. Es gibt na-

türlich Rahmenbedingungen dazu, auf Versorgung ausgerichtete, transparente Vertrags- und Finanzierungsmodelle, und zwar nicht in erster Linie wettbewerbliche und finanzoptimierende Vertragsmodelle, sondern Vertragsmodelle, die den kranken Menschen, in den Mittelpunkt stellen. Dazu muss natürlich auch gewährleistet sein, dass sich das, was in Verträgen und in den Rahmenbedingungen festgelegt ist, in der Vergütung der erbrachten Leistungen abbildet.

Ein ganz entscheidendes Problem, das auch in der Krise merkbar war, ist, dass aus einigen Strukturen der Gesundheitsversorgung Gelder in höherem als angemessenem Maß abfließen, Solidargelder, die letztlich in Aktiengesellschaften landen. Wir sollten hier unser System krisenfest gestalten, indem wir solche Möglichkeiten – da wird die Politik gefragt sein – möglichst verhindern. Qualitätsaspekte sollten in vielen Bereichen in den Vordergrund gestellt werden. Ich kann das als Gutachter vor allem dort sehen, wo es heute in Begutachtungen teilweise mehr um Finanzflüsse als um den tatsächlichen Inhalt der zu begutachtenden medizinischen Leistungen geht. Hier sollte ein Denkwandel eintreten.

Die Selbstverwaltung sollte tatsächlich Selbstverwaltung sein, die sich gemeinschaftlich um die Versorgung kranker Menschen kümmert, aber auch die organisatorischen Vorhaltestrukturen – dazu haben wir ja gerade in den vorangegangenen Vorträgen einiges gehört – organisiert und nicht als Verteilungsmechanismus knapper Mittel missbraucht wird.

Die Krankenhausplanung – damit komme ich gleich zum nächsten Punkt – ist im Moment immer noch ein Politikum, vor allem im regionalen Bereich nach dem Motto: Ich möchte mein Krankenhaus vor Ort behalten – egal, ob die Menschen dieses Krankenhaus tatsächlich nutzen. Hier gilt es, eine hinreichend objektive Planung auf Basis des Versorgungsbedarfs und der Qualitätsnormen zu verfolgen. Es gibt dazu aktuell u. a. Diskussionen um Mindestmengen und andere Rahmenbedingungen der Qualitätssicherung.

Wir, der Hartmannbund, treten – das sehen wir auch in einer Krise als wichtigen Aspekt – für einen zentralen, transparenten Zugang zur Notfallversorgung ein. Ob dieser Zugang mit irgendwelchen Regularien einer telemedizinischen Vorschaltung vielleicht noch etwas kanalisiert werden kann, ist eine andere Frage. Das bedeutet eine Nummer, eine Leitstelle, einen Tresen. Die Menschen müssen wissen, wohin sie sich wenden können, und nicht vorher selbst abschätzen müssen, ob sie jetzt ganz schwer erkrankt oder ob sie etwas weniger krank sind. Deshalb sollte hier ein Umdenken stattfinden.

Ein Umdenken brauchen wir natürlich auch in der Gesundheitsbildung der Bevölkerung. Die Gesundheitsbildung sollte frühzeitig einsetzen. Der Kindergarten ist da sicherlich der erste Anlaufpunkt. Eine Stärkung der Gesundheitsbildung ist ein wesentlicher Schritt, um die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sozial verträglich zu regulieren, und nicht nur durch irgendwelche finanziellen Auflagen.

Was stellen wir uns vor, was hier wesentliche Aspekte sein sollten? Wir haben uns in den vergangenen Monaten sehr stark mit den Planetary-Health-Prinzipien beschäftigt. Die könnten uns mit Übernahme in Bildungskonzepte sehr viel weiter führen. Positive Entwicklungen in Ernährungs- und Lebensstilfragen können allerdings nur kleinschrittig erreicht werden. Wenn Sie jetzt wiederum durch einen radikalen Wandel und eine Verbotspolitik bestimmte Dinge ausschließen, werden Sie die Menschen überfordern. Dann sinkt die Akzeptanz. Wir müssen früh anfangen – im Kindergarten und in der Schule – und nach und nach die Grundprinzipien einer vernünftigen Ernährung, aber auch eines vernünftigen Lebensstils vorantreiben. Wir sollten den Menschen wieder vermitteln, was eine Befindlichkeitsstörung und was eine Krankheit ist. Das haben früher wahrscheinlich die Großmütter gemacht. Die gibt es heute im Familienverbund nicht mehr so wie früher. Deswegen müssen hier vernünftige Schulungsmodelle gefunden werden, die das ersetzen.

Die ärztliche Seite – das ist dann deutlich nach dem Kindergarten – und die therapeutische Seite sollten sich die „Choosing wisely“-Prinzipien verinnerlichen und die vermeidbare Diagnostik und Behandlung zumindest dort, wo es geht, reduzieren.

Dann auch noch – weil es thematisch mit Planetary Health zusammenpasst, habe ich noch Folgendes mit eingebracht –: Wir sollten keine finanziellen Aspekte in den Vordergrund rücken, indem wir sagen: „Ja, wir können es uns nicht leisten, die klimafreundlicheren Medizinprodukte oder Anästhesiemittel zu verwenden.“ Wir sollten Klimaschädliches wirklich nur dann einsetzen, wenn es zur Versorgung und auch zur Lebensrettung von Menschen absolut zwingend erforderlich ist.

Wie kommen wir miteinander in Kontakt, wie halten wir Kontakt? Heute haben wir ja auch eine hybride Veranstaltung. Die funktioniert aber natürlich nur bei funktionierenden digitalen Rahmenbedingungen. Hier gilt es, voranzuschalten: Wenn das Netz funktioniert und wenn alles klappt, dann brauchen wir eine sichere Erfassung und Speicherung von Gesundheitsdaten. Das wird nur mit staatlichen Garantien funktionieren. Das sehen wir in Estland, das sehen wir in anderen Ländern. Die Datenauto-bahnen müssen in ihrer Sicherheit garantiert werden. Wir brauchen funktionierende Schnittstellen. Wir brauchen die Vernetzung aller Beteiligten im Gesundheitssystem, die Etablierung von Meldestrukturen. Gestern war ja der Notfalltag. Einige Handys haben halt nicht funktioniert. Vielleicht lag das an den Handys, vielleicht lag es aber auch an der Ansteuerung. Wir brauchen also gut funktionierende und gut trainierte Schnittstellen, die auch nicht alle immer separat bezahlt werden müssen. Es gehört also in das Gesundheitswesen auch eine garantierte Vorgabe von Schnittstellen, wo nicht jeder einzelne Anbieter dann für jede Schnittstelle noch mal Geld fordert.

Weiterentwicklung telemedizinischer Strukturen: Da trägt man ja quasi angesichts dessen, was wir in Baden-Württemberg schon haben, Eulen nach Athen. Aber trotzdem können wir das, was wir als telemedizinische Vorreiter haben, noch weiterentwickeln und vielleicht auch vorbildhaft zu anderen tragen. Wir benötigen für alles eben ein funktionierendes Netzwerk. Anders wird dies alles nicht machbar sein.

Was brauchen wir noch? Wenn wir wirklich eine krisenfeste Gesundheitsversorgung wollen, dann brauchen wir qualifiziertes Personal. Wir hätten mit dem Masterplan 2020, der leider immer noch auf Eis liegt, Chancen gehabt, Studienzugänge, Studieninhalte so zu gestalten, dass tatsächlich eine Orientierung an der Versorgung kranker Menschen und nicht eine Überfrachtung der Studieninhalte mit vielen anderen Dingen hätte realisiert werden können, und es wäre vielleicht auch deutlich geworden, welch hohen Wert die Gesundheitsvorsorge, die Gesundheitssicherung der gesamten Bevölkerung hat und nicht nur immer die Individualbetrachtung.

Auch der Zugang von Bewerberinnen und Bewerbern, die besondere Fähigkeiten für die Versorgung kranker Menschen haben, ins Medizinstudium hätte im Masterplanprojekt realisiert werden können. Wir, der Hartmannbund, haben hierzu ein Papier mit einer Drittellösung in den Zugangsvoraussetzungen entwickelt. Bei guten Lösungen braucht es keine Landarztprogramme, bei guten Lösungen muss man sich auch noch mal sehr genau überlegen, ob man wirklich sehr viel mehr Studienplätze braucht. Wenn nämlich die Bewerberinnen und Bewerber dann durch das Studium gehen und nachher in der Versorgung ankommen, dann haben wir deutlich mehr Ressourcen mit bestehenden Systemvoraussetzungen, als es jetzt der Fall ist, wo wir ja doch nicht wenige Kolleginnen und Kollegen auf dem Weg verlieren.

Kurz die Weiterbildung gestreift: Hier sind sicherlich auch praxisorientierte Elemente stärker zum Ausdruck zu bringen. Regelmäßig ambulant durchgeführte Tätigkeiten können z. B. nur ambulant vermittelt werden. Operationskataloge sollten sich mit dem auseinandersetzen, was Realität in dem Fach ist und nicht irgendwelche Illusionen an Operationszahlen hinterlegt haben.

Ganz wichtig, was die Zufriedenheit und vielleicht auch das Halten von Personen in unseren Tätigkeitsfeldern anbelangt: Schon die Weiterbildung sollte so gestaltet sein, dass die reguläre Arbeitszeit ausreicht und nicht immer nach dem eigentlichen Dienst stattfindet.

Die Krisenfestigkeit der Nachwuchssicherung bedarf aber vor allem einer Veränderung der Arbeitsbedingungen. Bürokratische Hürden – ich dokumentiere erst auf Papier, dann scanne ich ein, dann drucke ich wieder aus, dann wird noch ein Kreuz gesetzt und daneben dokumentiert jemand etwas in einem digitalen System; am Schluss wird alles irgendwie zusammengeführt – müssen, ein Flickenteppich an einzelnen Schritten muss unbedingt geändert werden. Auch da gilt wieder: Gehen wir von dieser Misstrauenskultur im Gesundheitswesen weg. Keiner traut dem anderen. Es wird 25-mal dokumentiert oder dazu aufgefordert. Versuchen wir, das wegzubekommen. Das ist aber natürlich auch eine Forderung an uns selbst, an die eigene Profession. Denn daran sind wir ja teilweise selbst beteiligt.

Wenn ich über bessere Arbeitsbedingungen rede, geht es auch um die Einhaltung von Arbeitszeiten, um verlässliche Arbeitszeiten, verlässliche Dienstpläne und darum, dass Überstunden eher die Ausnahme sind. Ganz vermeidbar werden Über-

stunden natürlich nicht sein. Wir müssen in unserer Tätigkeit zwar immer flexibler sein als andere Berufe, aber hier ist doch noch viel Luft nach oben.

Was alle Beteiligten endlich einmal machen sollten, ist, Krisenpläne für den Fall aufzustellen, dass ihnen Personal ausfällt. Das ist keine schicksalhaft hinzunehmende Geschichte, sondern mit Krisenplänen kommt man auch dann durch Personalengpässe, wenn Corona oder andere Erreger mal 20 oder 25 % des Personals ausfallen lassen.

Was wollen junge Kolleginnen und Kollegen? Sie wollen in Teams arbeiten, und sie wollen Zeitkorridore für einen fachlichen Austausch haben – nicht hineingeklemmt in die Frühstückspause oder in irgendwelche anderen Unterbrechungen.

Was ist die Kernvoraussetzung? Menschen, die das organisieren und verwalten, müssen führen und organisieren können. Das wird einem normalerweise nicht durch Handauflegen vermittelt und auch nicht durch die Zuweisung in eine bestimmte berufliche Position, sondern das muss man lernen. Das sollte schon im Studium beginnen und dann kontinuierlich weitergeführt werden.

Ein wichtiger Träger der Informationssysteme in der Krise war der öffentliche Gesundheitsdienst. Er wurde plötzlich in der Krise als dringend notwendig und existenziell wichtig wahrgenommen. Vorher hat man teilweise den Eindruck gehabt, den öffentlichen Gesundheitsdienst braucht man halt, weil man einen Amtsarzt braucht, aber wofür ansonsten. Das hat sich in der Krise geändert. Hier muss unbedingt die personelle Ausstattung weiter vorangebracht werden. Das Berichtswesen – nicht jeder einzelne Landkreis muss mit einem eigenen Berichtswesen arbeiten – muss möglichst einheitlich sein, und die digitale Vernetzung muss vorangebracht werden.

Aus unserer Sicht als Ärzteverband ist es auch zwingend erforderlich, dass wir ärztliche Kompetenz im öffentlichen Gesundheitsdienst halten. Dazu wird es wahrscheinlich gewisser Rahmenbedingungen bedürfen – z. B. einer Mindestzahl an dezidiert ärztlichen Stellen –, damit der ÖGD als attraktiver Arbeitgeber in Erscheinung tritt. Auch hier ist sicherlich noch etwas Luft nach oben, und zwar vor allem auch im tariflichen Bereich.

Es ist aber z. B. auch möglich, dass man Dezernate so zuschneidet, dass sie etwas mit Gesundheit zu tun haben und dass nicht der Feuerwehr- oder der Forstwirtschaftsbereich zufällig mit dem Gesundheitsbereich in einem Dezernat im Landkreis zusammengeführt werden. Hier sollte eine andere Fokussierung vorhanden sein. Dann könnten auch Aufstiegsentwicklungen möglich sein, und es könnten vielleicht wieder Ärztinnen und Ärzte in Führungspositionen von solchen Dezernaten kommen. Das würde der Systematik sicherlich guttun. Wir brauchen Lehrstühle an Universitäten, und wir sollten die Weiterbildung stabilisieren.

Ich komme jetzt noch zu der Frage: Wie bereiten wir uns eigentlich in einer Zusammenarbeit mit anderen am besten auf Krisen vor? Wir glauben, dass fest eingerichtete, interdisziplinär besetzte Krisenstäbe, in denen immer ärztliche Beteiligung sichergestellt ist, ein wichtiger Punkt sind. Diese festen Krisenstäbe unterscheiden sich grundlegend von dem, was wir jetzt hatten. Man hat Krisenstäbe einberufen, wenn die Krise schon da war, um zu retten, was zu retten war. In einigen Landkreisen vergaß man irgendwie, dass zur Krisenbewältigung möglicherweise auch Ärztinnen und Ärzte erforderlich sind. Die waren dann erst beim dritten oder vierten Mal dabei. Dem sollten wir durch klar definierte Aufgaben und Handlungsfelder von Krisenstäben und vor allem durch regelmäßige Übungen vorbeugend entgegenwirken. Es hilft natürlich nichts, wenn ein Krisenstab eingerichtet wird, er wunderschön auf dem Papier steht, dieser dann aber in der Schublade verschwindet. Nein, Krisenstäbe müssen in Nichtkrisenzeiten üben, müssen das vorbereiten, was sie in der Krise dringend brauchen, und müssen Krisenpläne weiterentwickeln.

Zu Schutzmaterialien ist zuvor schon einiges angesprochen worden. Hier braucht es natürlich eine entsprechende Lagerhaltung, und wir sollten uns auch Gedanken darüber machen, ob uns nicht die Produktion von entscheidenden Arzneimitteln, von Schutzmaterial und Medizinprodukten in Deutschland oder zumindest in der Europäischen Union doch etwas resilienter machen würde, wenn wir also nicht darauf warten müssen, dass die Container damit aus China kommen.

Zum Schluss sage ich noch: Wir sollten das Fachpersonal erfassen und uns nicht darauf verlassen, dass das Rote Kreuz es weiß, dass der Katastrophenschutz es weiß. Da sind oft dieselben genannt. Wir sollten eine objektive Erfassung haben.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit, und vielen Dank noch mal dafür, dass wir in diese Sitzung der Enquetekommission eingeladen worden sind.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank an Sie, Herr Rinkel.

Jetzt folgt sogleich der Vorsitzende des Bezirks Baden-Württemberg des Deutschen Gewerkschaftsbunds, Herr Kai Burmeister, der uns auch eine Präsentation mitgebracht hat. – Bitte, Herr Burmeister. Sie haben auch 20 Minuten Zeit.

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

Herr Burmeister: Vielen Dank. – Herr Salomon, meine Damen, meine Herren! Vielen Dank für die Einladung. Ich habe meinen Input mit drei Attributen versehen. Tatsächlich sind es drei Zugänge, die wir als Gewerkschaften haben. Zum einen sind wir manchmal – wie andere Menschen – Patienten im Gesundheitssystem und wollen

eine gute Versorgung haben. Zum Zweiten ist unser Gesundheitswesen ein Beschäftigungsort. Drittens ist es die Rolle, dass wir natürlich auch das Gesundheitssystem in der Selbstverwaltung der Krankenkassen, in der gesetzlichen Rentenversicherung finanzieren und gestalten. Ich selbst bin auch im Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. Daher gibt es aus gewerkschaftlicher Sicht ganz verschiedene Zugänge. Das möchte ich in den nächsten Minuten verdeutlichen.

Wir sind vielfach hektisch unterwegs mit der akuten Krisenbekämpfung. Wir hatten gerade einen dankenswerterweise von der Landesregierung durchgeführten Flüchtlingsgipfel. Wir haben eine Situation, in der wir in aktuellen Krisen unterwegs sind, in Zeiten von fehlenden Fachkräften oft schulterzuckend unterwegs sind und gar nicht wissen, wie wir mit der Herausforderung der Flüchtlingsintegration umgehen sollen, außer dass man vorschlägt, Standards abzusenken. Deswegen finde ich es so gut, dass Sie sich mit der Enquetekommission die Aufgabe gestellt haben, unsere Gesellschaft resilienter und krisenfester zu machen. Daher plädiere ich dafür, dass wir zwei Dinge machen: Wir müssen akute Krisen bekämpfen – das haben wir während Corona getan; das tun wir jetzt vor dem Hintergrund des fürchterlichen Angriffskriegs von Russland in der Ukraine –, aber wir müssen darüber hinaus auch die Schlussfolgerungen ziehen, die in dieser Enquetekommission ja ebenfalls behandelt werden. Das finde ich genau richtig.

Schauen wir auf die Gesundheitswirtschaft. Ich weiß, dass das bei Beschäftigten im Gesundheitssektor ein belasteter Begriff ist, weil man gleich an die Ökonomisierung denkt. Aber ich möchte hier den Blick weiten und feststellen, dass wir in Baden-Württemberg knapp 700 000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte haben, die im Gesundheitssektor arbeiten. Die meisten davon arbeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege, in der Altenpflege und in der medizinischen Fachanstellung. Das ist sozusagen der engere Kern. Aber es gibt darüber hinaus natürlich auch viele Menschen, die mit der Herstellung von pharmazeutischen Produkten beschäftigt sind. Oder denken Sie an die Medizintechnik in Tuttlingen, die auch ein Wirtschaftszweig ist, den wir in seiner wirtschaftspolitischen und beschäftigungspolitischen Bedeutung im Blick haben müssen.

Was ist jetzt aber die Situation? Das IAB – das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit – hat festgestellt, dass wir bis zum Jahr 2040 in der ambulanten Pflege 60 000 und in der stationären Pflege 70 000 Vollzeitkräfte hinzugewinnen müssen. Das sind die ermittelten Zahlen, die das IAB im Herbst vorgelegt hat. Da stellt sich natürlich die Frage, wie wir das schaffen. Dem will ich mich ein bisschen widmen und möchte voranstellen, dass die Beschäftigten im Gesundheitssektor überwiegend weiblich sind. 75 % der Beschäftigten sind Frauen, und 50 % sind in Teilzeit tätig. Was kann man machen? Mein Vorredner, Herr Rinkel, hat das erwähnt: Natürlich muss es bei der Gewinnung von mehr Personal um gute Arbeitsbedingungen gehen und um eine bessere Bezahlung.

Dazu will ich aufzeigen, wo wir unterwegs sind. Die Arbeitnehmerkammer in Bremen hat eine Untersuchung gemacht von Pflegekräften, die im Beruf arbeiten, und von Pflegekräften, die aus dem Beruf herausgegangen sind, da Arbeitsbedingungen einfach nicht mehr erträglich gewesen sind. Wenn wir den hohen Teilzeitanteil anschauen, gibt es ein großes Potenzial, mehr Menschen, die gepflegt werden müssen, auch pflegen zu können. Bundesweit gibt es nämlich hier rechnerisch ein Potenzial von 170 000 Menschen, die als Beschäftigte gewonnen werden könnten, wenn wir auf Vollzeitbeschäftigung kämen. Dazu müssten wir aber die Hindernisse aus dem Weg räumen, die dazu führen, dass eben die Teilzeitbeschäftigung gewählt wird. Wir könnten auch mehr Menschen, die heute nicht mehr in der Pflege tätig sind, wiedergewinnen. Hier sehen Sie, was dafür wichtig ist.

Ich möchte mich auf die Aussagen dieser Studie beziehen und versuchen, darzustellen, worum es gehen müsste. Natürlich geht es immer um Bezahlung, um Verlässlichkeit von gutem Einkommen. Die Gehälter von Altenpflegerinnen und -pflegern liegen heute bei 3 032 €, die der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger bei 3 500 €. Das sind Zahlen aus dem Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit. Die zeigen auch so ein bisschen, wo Verbesserungspotenzial liegt. Ganz wesentlich ist, dass es tarifliche Arbeitsstandards sein müssen, die auch gute Arbeitsbedingungen ermöglichen.

Ich glaube aber, dass es darüber hinaus auch noch um mehr Faktoren geht. Viele Beschäftigte, die aus dem Beruf herausgegangen sind, haben gesagt, es seien fehlende Wertschätzung, fehlende Führungsfähigkeit, die die Arbeitsbedingungen unerträglich gemacht hätten, sodass sie aus dem Beruf herausgegangen seien. Das ist auch das, was mir Kolleginnen und Kollegen, die in dem Bereich arbeiten, widergespiegelt haben. Ich glaube daher, wertschätzende Kultur, Gefährdungsbeurteilungen sind wichtige Punkte. Herr Rinkel hatte betont, dass es darum geht, dass es für gute Arbeitsbedingungen auch Vorbereitungs-, Nachbereitungszeiten braucht und dass das genauso wie die Weiterbildung nicht nach dem Feierabend passieren sollte, sondern dass das in den Arbeitsalltag integriert werden muss. Es geht also um eine ausreichende Personalbemessung, die das ermöglicht. Es geht um verlässliche Dienstplangestaltung. Die Beschäftigten sagen, einmal einen Wochenenddienst zu übernehmen, sei nicht das Problem, aber wenn das zur Regel würde, weil die Personalsituation so ist, wie sie ist, wird auf Verschleiß gefahren. Das kann niemals gut sein. Das ist kein nachhaltiges, kein resilientes Gesundheitssystem, wie es heute von den Beschäftigten wahrgenommen wird. Diese Studie gibt Hinweise darauf, was verbessert werden kann.

Der nächste Aspekt ist geradezu ein Allgemeinplatz – aber er ist nicht eingehalten –: dass wir den Arbeits- und Gesundheitsschutz, die Prävention auch im Arbeitsleben ernster nehmen müssen. Darüber besteht hier im Hause sicherlich Konsens: dass Arbeit weder krank machen noch das Leben kosten darf. Ich will dabei gar nicht über gesundheitsschädliche Lagen von Arbeitszeiten reden, sondern einfach die Realität aufzeigen, dass im Jahr 2020 in Baden-Württemberg 66 Menschen bei Arbeitsunfäl-

len ums Leben gekommen sind und dass es zudem 100 000 Arbeitsunfälle gegeben hat. Nicht alles ist vermeidbar, das weiß ich auch. Aber Gefährdungsbeurteilungen an den Arbeitsplätzen, die bei scharfen Kanten anfangen, die aber auch – das bezeichnet man heutzutage als „weiche Faktoren“ – die Arbeitsbedingungen und die Überlastungen mit einbeziehen, sind gesetzlich vorgeschrieben. Zur Wahrheit gehört jedoch: Diese Vorschrift steht oft nur auf dem Papier, und nur an jedem zweiten Arbeitsplatz ist tatsächlich eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt worden.

Was könnte da helfen? Natürlich sind es die Betriebsräte und die Personalräte, sind es die betrieblichen Interessenvertretungen, die dafür sorgen, dass Gesundheitsschutz gewährleistet und eingehalten wird. Aber diese Aufgabe können sie nicht allein wahrnehmen. Hier braucht es auch eine unterstützende Gewerbeaufsicht, braucht es den staatlichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Da ist jedoch festzustellen, dass es eher die kleineren Betriebe sind, in denen das vernachlässigt wird.

Schauen wir uns einmal an, wie es um den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Baden-Württemberg bestellt ist. Auf der linken Seite dieses Charts sehen Sie Angaben des Wirtschaftsministeriums zu der Anzahl der Betriebskontrollen. Tendenziell werden die Betriebe und die Beschäftigten eher alleingelassen und nicht unterstützt. Auf der rechten Seite sehen Sie das Ranking von Bayern und Baden-Württemberg. Jetzt will ich nicht darüber reden, welches das schönere Bundesland im Süden und Südwesten dieser Republik ist – darüber sind wir uns ja einig. Aber Tatsache ist, dass wir in Baden-Württemberg einen eklatanten Rückstand hinsichtlich der Rolle des Arbeits- und Gesundheitsschutzes haben. Wenn wir am Beispiel von Anordnungen, Verwarungen, Bußgeldbescheiden der Gewerbeaufsicht bei Verstößen Baden-Württemberg und Bayern vergleichen, nehmen wir wahr, dass es in Bayern offenbar einen viel stärkeren Arbeits- und Gesundheitsschutz gibt als in Baden-Württemberg. Den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Baden-Württemberg zu stärken, würde mir hier sympathischer sein, als der Ruf nach Auflösung von Höchstarbeitszeitgrenzen, den ich manchmal höre. Dies wirkte ja eher kontraproduktiv und führte eher dazu, dass Menschen stärker von Arbeitsbedingungen belastet werden.

Wenn wir schauen, was nötig wäre, um die Versorgungsqualität in unseren Krankenhäusern zu verbessern, sind das natürlich die Arbeitsbedingungen. Darauf bin ich ja eben schon eingegangen. Aber ich glaube, wir müssen uns auch die Krankenhausinvestitionen in Baden-Württemberg anschauen. Ich möchte noch mal mit Nachdruck betonen: Landesseitig haben wir natürlich zum einen die Krankenhausfinanzierung als Aufgabe. Gleichzeitig sind wir uns darin einig – mit „wir“ meine ich diejenigen, die bei den gesetzlichen Krankenversicherungen versichert sind; ich spreche in diesem Zusammenhang aber sowohl für die Versichertenseite als auch für die Arbeitgeberseite –, dass wir keine Zweckentfremdung der Mittel haben wollen. Die Mittel sollen für die Verbesserung der Versorgungsqualität aufgewendet werden. Deswegen möchten wir hier auf eine strikte Aufgabenteilung zwischen dem Land auf der einen Seite und den Krankenversicherungen auf der anderen Seite hinwirken und mahnen eine stärkere Rollenwahrnehmung durch das Land an.

Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft und ihrer baden-württembergischen Sektionen zu den Krankenhausinvestitionen und den tatsächlichen Bedarfen – wir haben das hier nur bis zum Jahr 2020 ausgewiesen – hat es bei der Krankenhausfinanzierung schon in der Vergangenheit bei den Zukunftsinvestitionen gewaltige Lücken gegeben. Alle Gesundheitspolitiker, die sich da für eine Stärkung einsetzen, wissen wir hier sicherlich auf unserer Seite. Wenn wir aber nach vorn blicken und uns die zukünftigen Investitionsbedarfe anschauen, möchte ich Ihnen eine Zahl nicht vorenthalten. Die Agora Energiewende hat sich einmal angeschaut, was gemacht werden müsste, um in den Kliniken die Energie- und Klimaziele zu erreichen. Sie sieht hier einen riesigen Investitionsbedarf. Danach sind das – auch nach unseren Berechnungen – für Baden-Württemberg 3,75 Milliarden €. Diese gewaltige Investitionssumme ist erforderlich, um die Krankenhauslandschaft klimaverträglicher zu gestalten, was ja auch eine Zielstellung in Baden-Württemberg ist und auch im Koalitionsvertrag steht.

Mit Blick auf das, was zu tun ist, will ich dieser Enquetekommission gern ein paar Handlungsempfehlungen mit auf den Weg geben. Erstens: Corona hat gezeigt, dass die Gesellschaft ein resilientes Gesundheitswesen braucht, das nicht marktförmig gesteuert ist. Es ist eine öffentliche Aufgabe, dieses Gesundheitssystem zu gestalten. Ich bin in meinem Vortrag gar nicht auf die hohen sozialen Ungleichheiten eingegangen, die wir in unserem Gesundheitssystem haben. Auch da wäre noch viel zu tun. Aber diese Überlegung sollten wir als Grundsatz haben, und Grundsätze müssen ja auch immer wieder mal betont werden.

Zweitens: Zu den Kapazitäten eines leistungsfähigen, zugänglichen und gerechten Gesundheitssystems gehören natürlich die Beschäftigten. Der DGB und der Hartmannbund haben da, glaube ich, ähnliche Punkte anzusprechen. Es ist eine gesellschaftliche Aufgabe, Personalknappheit, Personalüberlastung und fehlende Qualifikationen zu überwinden.

Wie lässt sich das erreichen? Ich war im Januar in der Uniklinik in Heidelberg und habe mich auch mit Kolleginnen und Kollegen auf den Covidstationen unterhalten. Ich fand das sehr eindrucksvoll. Eine Kollegin sagte, als ich sie fragte, was denn zu tun wäre, was sie sich wünschen würde, dass das einfach mal 14 Tage vorbei wäre und sie 14 Tage Ruhe hätte. Das war so ihre erste emotionale Antwort. Aber dann sagte sie auch, eigentlich gehe es darum, dass die Kliniken gut ausgestattet sein müssten, dass es ausreichend viele Kolleginnen und Kollegen gibt. Auf den Covidstationen sei zwar etwas passiert, aber eigentlich – so sagte diese junge Kollegin weiter; das ist mir sehr eindrücklich in Erinnerung geblieben – müssten mehr Menschen für den Beruf gewonnen werden. Das funktioniere aber nur mit guten Arbeitsbedingungen, auch mit Mitbestimmung und mit guter Ausbildung.

Ich weiß, dass wir auch Einwanderung brauchen, damit wir das Personal, das wir in der Krisenbewältigung brauchen, bedarfsgerecht weiterentwickeln können.

Sie sehen auf dieser Folie einen Artikel aus dem „Hamburger Abendblatt“. Den zeige ich Ihnen nicht deshalb, weil ich aus Norddeutschland stamme, sondern daher, weil die IG Metall in Baden-Württemberg einen Journalistenpreis vergeben hat. Jüngst wurde eine Journalistin ausgezeichnet, die internationale Pflegekräfte begleitet hat, u. a. eine Kollegin aus dem Iran, die nach Hamburg gekommen ist. Sie hat sie über mehrere Wochen und Monate begleitet, um zu erfahren, wie es ist, z. B. als Mutter allein nach Deutschland zu kommen und dann die Familie aus dem Iran hierherzubringen, um dann im Gesundheitssektor arbeiten zu können.

Was will ich damit sagen? Hier stellt sich für mich die Frage, ob wir als Gesellschaft in der Lage sind, Menschen dafür zu gewinnen, nach Deutschland zu kommen. Wir tun alle so, als wären wir das attraktivste Land. Aber manchmal sind wir noch viel zu sehr auf Abschottung ausgerichtet. Wenn manche rufen: „Wir lösen das Problem jetzt mit Einwanderung“, dann unterziehen sie sich aber nicht der Mühe, zu fragen, wie wir es schaffen, dass diese Menschen hierherkommen und dass sie in die Arbeitswelt, in die Gesellschaft integriert werden. Da brauchen wir Offenheit, da brauchen wir Toleranz, da brauchen wir eine Aufnahmefähigkeit. Wir sind eine solidarische Gesellschaft, wir sind eine diskriminierungsfreie, antirassistische Gesellschaft. Aber wir brauchen auch diese Aufnahmekultur. Da müssen wir, glaube ich, noch viel, viel besser werden. Deswegen habe ich Ihnen den Hinweis zu dieser bewegenden journalistischen Leistung gegeben.

Drittens: Was ist zu tun? Ich glaube, wir müssen uns auf eine barrierefreie, inklusive und gemeindenähe Ausgestaltung ausrichten. Natürlich geht es da auch um den Ausbau von ambulanter Versorgung und den entsprechenden Umbau dorthin. Unser Gesundheitssystem muss immer auf die Schwächeren ausgerichtet sein. Das möchte ich an dieser Stelle noch mal unterstreichen.

Viertens: Wir sind verstärkt gefordert, Prävention und Rehabilitation zu stärken. Die Deutsche Rentenversicherung hat sich in der EPILOC-Studie, die gemeinsam mit dem Sozialministerium durchgeführt wird, mit der Long-Covid-Thematik beschäftigt. Was stellen wir fest? Wir haben ein riesiges Long-Covid-Problem, aber bisher schaffen wir es noch nicht – zumindest nicht bei der Deutschen Rentenversicherung –, dass sich genügend Menschen auf Rehamaßnahmen bewerben. Da scheint es noch viele Hürden zu geben. Damit ist das Problem aber nicht weg. Man könnte sagen, die Menschen kommen nicht zu uns und nehmen die Rehaleistungen nicht in Anspruch. Aber dieser Bedarf ist ungedeckt. Wir müssen schauen, wie Menschen stärker zu uns kommen können. So weit am Beispiel Covid. Das ganze Feld der Rehabilitation ist natürlich viel weiter.

Fünftens: Ja, wir dürfen in Bezug auf pharmazeutische Produkte nicht von China oder anderen asiatischen Ländern abhängig sein. Wir müssen Pharma- und Medizinprodukte hier produzieren – am besten in Baden-Württemberg, in Deutschland oder in Europa. Aber ich glaube, das wäre auch noch eine Lehre aus Corona. Davon würden dann auch wieder Beschäftigte in Baden-Württemberg und der Wirtschafts-

standort Baden-Württemberg profitieren. Wir nennen das: „Wir machen Baden-Württemberg gerecht.“

Vielen Dank dafür, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Burmeister. – Damit haben wir den ersten Anhörungsblock fast beendet. Denn jetzt kommen wir noch zur Frageunde. – Als Erste hat sich Frau Professorin Dr. Elsbernd gemeldet. Bitte sehr.

Dr. Astrid Elsbernd, externes Mitglied: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Redner! Ganz herzlichen Dank. Das waren tolle, engagierte Vorträge. Wir haben, glaube ich, viel mitgenommen. Ich habe ein paar Nachfragen.

Herr Dr. Miller, Sie haben gesagt, dass man Reserven einplanen sollte. Ich würde Sie bitten, dass Sie noch mal konkretisieren, an welche Art von Reserven Sie gedacht haben. Das vielleicht auch insbesondere in dem Kontext, dass Sie, Herr Sonntag, uns dargestellt haben, dass die Ärzte eigentlich so ausgestattet gewesen seien, dass sie in der Coronakrise handlungsfähig geblieben sind und eher nur aufgrund von Rechtsvorschriften die Nerven verloren haben. Daher würde mich interessieren, welche Reserven und welche „Reservenpolitik“ Sie uns anraten.

Dann ist das Thema „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ immer wieder einmal gestreift worden. Mich würde interessieren, wie Sie den öffentlichen Gesundheitsdienst konkret stärken wollen, außer durch Aufbau neuer Stellen. Denken Sie auch an neue Aufgabenverteilungen? Dabei würde mich natürlich auch interessieren, wie Sie die Rolle der größten Gesundheitsberufsgruppe, die der Pflegerinnen und Pfleger, im öffentlichen Gesundheitsdienst sehen. Sehen Sie da auch eine Chance, die Pflege zu integrieren?

Herr Rinkel, Sie haben angesprochen, dass sich die Player besser austauschen sollen. Haben Sie da konkrete Ideen, wie sich die Player vor allem hinsichtlich von Krisenszenarien austauschen können?

Dann vielleicht abschließend noch zwei Fragen: Sie alle haben angesprochen, die Gesundheitskompetenz solle gestärkt werden. Auch hier würde mich interessieren, was Sie sich insbesondere im Hinblick auf Krisenfestigkeit konkret vorstellen. Wie kann man die Bevölkerung vorbereiten, ohne ihr unnötig Angst zu machen, was ja auch kontraproduktiv sein könnte?

Herr Burmeister, Sie haben sehr viel von Schutzkonzepten gesprochen. Dass wir in der Krise ausreichend Personal in den Gesundheitsfachberufen brauchen, das teile ich sehr. Mich würde darüber hinaus interessieren, wie wir in Krisenzeiten, die ja

auch mal länger – Wochen – anhalten können, diese Berufsgruppen effektiv schützen können, damit sie arbeitsfähig bleiben. Arbeiten Sie schon an Konzepten, und machen Sie sich darüber Gedanken, wie man auch in Krisenzeiten den Arbeitsschutz hochfahren kann?

Ganz herzlichen Dank.

Abg. Dr. Natalie Pfau-Weller CDU: Lieber Herr Vorsitzender, liebe Kolleginnen und Kollegen! Erst mal herzlichen Dank an die vier Herren für die kurzen Impulse. Ich habe drei Fragen.

Zunächst knüpfe ich an die Frage von Frau Professorin Elsbernd zu den Reserven an und möchte dazu Herrn Dr. Miller konkret zu dem Punkt Medikamente fragen. Könnten Sie darauf noch mal eingehen? Wir haben das ja fast von allen Referenten gehört. Was müssten wir denn dann im Bereich der Medikamente ganz konkret machen? In der Presse haben wir ja dazu wieder sehr vieles lesen können.

Herr Sonntag, an Sie möchte ich die Frage richten – Sie haben die Integrierten Leitstellen kurz gestreift; auch Herr Dr. Miller hat das mit den Leitstellen angesprochen –, ob Sie dafür plädieren würden, die Rufnummer 116 117 in die Integrierten Leitstellen zurückzuführen. Da gab es ja diesen Wechsel. Wir kennen das von den Rettungsdiensten. Wie wäre Ihre Position dazu?

Schließlich noch die Frage an Herrn Rinkel: Wie könnte die digitale Kommunikation durchgängig geschaffen werden? Hätten Sie dazu für uns konkretere Impulse?

Abg. Florian Wahl SPD: Herzlichen Dank für die Impulse. Ich habe ein paar Fragen.

Herr Dr. Miller, letztlich waren es ja zum großen Teil die Ärztinnen und Ärzte, die uns, die Gesellschaft, während der Coronakrise vor sehr vielem bewahrt und an vielen Stellen wirklich gerettet haben. Deshalb möchte ich mal zurückblickend auf diese Zeit nach der Stimmungslage in diesem Berufsstand fragen. Haben Sie nach dem, was Sie von Ihren Kolleginnen und Kollegen hören, das Gefühl, dass die Ärztinnen und Ärzte auch gesellschaftlich die Wertschätzung bekommen haben, die ihnen letztlich zusteht? Wie ist das sozusagen auf der Strecke von den Ärztinnen und Ärzten bewertet worden? Wenn es vorbei ist, ist ja jeder glücklich. Aber wie sah es schon während der Zeit z. B. in Bezug auf das Thema Schutzausrüstungen aus? Von einem auf den anderen Tag gab es die Hygieneanforderungen und die verschiedenen Verordnungen. Das ist ja nicht immer gleich geblieben. Wie ist das bewertet und aufgenommen worden? Was hören Sie dazu vor allem aus der Kollegenschaft?

Dann: Wie bewerten Sie im Nachhinein die Taskforce „Corona“? Sie waren in dieser ja selbst – wie natürlich die KV auch – Mitglied. Wäre es eventuell möglich – wenn vielleicht auch nicht in diesem sehr engen Austausch, der dort stattgefunden hat –,

dass man solch ein Instrument weiterführt und eventuell sogar institutionalisiert? Ist das vielleicht sogar etwas, was man daraus lernen könnte?

Zur Digitalisierung, Herr Dr. Miller: Sie erinnern sich, wir hatten ja schon an anderer Stelle den Austausch zu dem doch teilweise leidenschaftlichen Verhältnis der Ärzteschaft zum Thema Faxgeräte. Welche Schwachpunkte haben Sie gerade auch aus den Rückmeldungen der Kollegenschaft in Sachen Digitalisierung – ob im Austausch mit dem ÖGD oder mit anderen Stellen – festgestellt? Was ist da von uns zu tun?

Sorry, ich habe ein paar Fragen an Sie. Aber die Ärztinnen und Ärzte waren ja auch die Keyplayer.

Dann komme ich zu einem weiteren ganz wichtigen Thema: Welche Erfahrungen haben Sie mit den Praxisbegehungen während der Coronapandemie gemacht? Sind die ausgesetzt worden? Wenn ja, wie waren die Erfahrungen gerade auch hinsichtlich der Bürokratie? Was können wir eventuell aus dieser Zeit lernen?

An Sie, Herr Sonntag, habe ich die folgende Frage. Der Minister hat gesagt, einer der größten Fehler während der Coronapandemie sei der Umgang mit der Rufnummer 116 117 gewesen. Wie bewerten Sie das Management von 116 117, vor allem auch die Terminvergaben? Wo lagen da aus Ihrer Sicht die Probleme? Wo liegt da auch die Verantwortlichkeit? Denn wir hatten da ja Situationen, die auf jeden Fall einen großen Unmut in der Bevölkerung ausgelöst haben.

Die zweite Frage an Sie, Herr Sonntag, beschäftigt sich mit den wirtschaftlichen Auswirkungen für die Praxen. Was hat Corona für die Praxen bedeutet, eventuell auch mit den zusätzlichen Aufnahmen? Wie sah es beispielsweise mit der Refinanzierung von Desinfektionsmitteln, Schutzausrüstungen usw. aus? Hat es da einen wirtschaftlichen Einbruch für die Praxen gegeben, und welche Auswirkungen hatte das für die Versorgung? Fehlen uns diese zwei Jahre eventuell bei Neugründungen von Praxen oder bei Praxisübernahmen? Wie hat sich das in der Zeit dargestellt?

Ich will es jetzt nicht in die Länge ziehen, tue es aber gerade bereits.

Thema Sicherstellung: Wir haben durch die Impfungen insgesamt festgestellt, dass es sehr viele Menschen in diesem Land gibt, die keine hausärztliche Versorgung genießen oder keinen Hausarzt haben. In manchen Teilen sind das bis zu 40 %. Das ist ja auch sehr stark sozial bedingt. Gibt es Überlegungen in der KV, wie man auch an dieser Stelle dem Sicherstellungsauftrag verstärkt nachkommen möchte?

Nun folgende Fragen an Sie beide, Herr Dr. Miller und Herr Sonntag. Die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens im ambulanten Bereich ist ein großer Wert, und Sie wissen, dass ich dazu eine gewisse Affinität habe. An einer zentralen Stelle, die ja eigentlich auch eine zentrale Aufgabe der ambulanten Versorgung ist, nämlich beim

Impfen, hat sich die staatliche Ebene entschieden, Impfzentren nicht über die Selbstverwaltung zu gewährleisten – jetzt schon, aber zunächst nicht –, sondern hat praktisch eine Parallelstruktur ins Leben gerufen. Wie bewerten Sie als Selbstverwaltung dieses Vorgehen? Halten Sie das für richtig? Letztlich könnte man ja auch sagen, man hat es der ambulanten Struktur eher nicht zugetraut, dass sie es hinbekommt. Wie würden Sie das im Nachhinein bewerten?

Zu den anderen Punkten komme ich später noch.

Jetzt habe ich noch ganz kurze Fragen an Herrn Burmeister. „Arbeits- und Gesundheitsschutz“ ist ein wichtiges Thema. Arbeitszeiten im Krankenhaus werden momentan vom Gewerbeamt kontrolliert. Halten Sie das in Baden-Württemberg für die richtige Struktur, um auch Arbeitszeitverstöße, die es bei Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal teilweise massenhaft gibt, festzustellen? Die meisten Bundesländer machen das auf der Ebene der Regierungspräsidien. Vielleicht könnten Sie auch dazu noch etwas sagen.

Bereich Pflege: Die Fachkraftquote haben Sie angesprochen. Diese liegt ja eigentlich bei 50 %. Es gibt die Flexibilisierungsmöglichkeit auf 40 %. Jetzt wird immer mehr Flexibilisierung gefordert. Was würden Sie darauf entgegnen, zumal wir jetzt zwei Jahre mit Corona hatten, in denen sie ausgesetzt worden ist? Was haben Sie aus dieser Aussetzung gelernt? Wie würden Sie das bewerten?

Herzlichen Dank.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Ich glaube, es ist wichtig, zunächst noch einmal festzuhalten, dass man seitens der Politik eine hohe Anerkennung aussprechen darf – das vielleicht vorweg –, wie sich unsere Gesundheitsstrukturen der Krise angenommen haben. Es kam ja auch noch mal zur Sprache, dass über 90 % der Patientinnen und Patienten im ambulanten Bereich versorgt wurden.

Ganz herzlichen Dank auch für die Darstellungen.

Von mir ein paar wenige Punkte an Herrn Dr. Miller, Herrn Sonntag und vielleicht auch Herrn Rinkel, je nachdem, wer sich da verantwortlich fühlt. Herr Rinkel, Sie haben das Thema „Reserven in der Gesundheitsversorgung“ angesprochen. Wenn ich es richtig im Kopf behalten habe, sind jetzt knapp 17 % Ihrer Mitglieder im wohlverdienten Ruhestand. Heißt das, wir müssen ein Stück weit strukturierter damit umgehen? Es war ja beeindruckend, wie man jetzt auch auf diese Gruppe zugegangen ist. Was stellen Sie sich da vor, wie man das vielleicht auch etwas strukturierter macht?

Es gibt landesweit die regionalen Gesundheitskonferenzen, bei denen es, so sage ich einmal, je nach Landkreis bisher sehr gut oder vielleicht auch weniger gut lief. Wir haben auch gesehen, dass die Regionalisierung, die Vernetzung vor Ort sehr wichtig

sind. Wie schätzen Sie die regionalen Gesundheitskonferenzen ein? Müssen wir die sozusagen stärker in die Vernetzung einbeziehen, damit man in der Krise die Player vor Ort wirklich gut in der Vernetzung hat und das entsprechend aktivieren kann?

Wenn wir nach vorn blicken und uns die Altersstrukturen im ärztlichen, aber auch im pflegerischen Bereich anschauen, steuern wir auf eine Situation zu, in der es vielleicht in zehn Jahren nicht mehr ganz so die Basis gibt, die wir jetzt haben. Gleichzeitig wissen wir, dass viele in dem Beruf nicht mehr Fuß fassen, weil sie es gar nicht mehr interessant finden, z. B. wegen bürokratischer Hemmnisse usw. Was können wir tun, damit die Ärztinnen und Ärzte wieder sagen, sie gingen gern in die Niederlassung, sie würden das machen? Das ist ein ganz wichtiger Punkt, wenn wir uns hier die Versorgungssituation anschauen.

Auf Bundesebene haben wir das KRITIS-Dachgesetz, wozu ich zumindest vom Hausärzterverband gehört habe, dass man sich diesem gar nicht anschließen wolle, da es da so viele Auflagen gebe, dass man da gar nicht mitmachen wolle. Wenn wir jetzt von der Politik im guten Glauben Dinge vorantreiben, die dann aber wieder so sehr mit Auflagen verbunden sind, sodass diejenigen, die wir einbinden müssen, eher abgeschreckt werden, weil sie diese Auflagen gar nicht erfüllen wollen, dann wäre es ja wichtig, auch darauf noch mal den Blick zu lenken. Wie machen wir also den Beruf wieder interessanter, damit wir diesem Aspekt im Hinblick auf die Altersstruktur auch entsprechend Rechnung tragen?

Herr Burmeister, Sie haben gesagt: Wenn wir gute Arbeitsbedingungen schaffen oder die Dienstpläne einhalten, dann brauchen wir natürlich die Menschen dafür, dann müsse man also auch Personal wieder zurückgewinnen. Es gab ja mal die Studie, wonach 300 000 Pflegekräfte wieder zurückgewonnen werden könnten. Auch die Agentur für Arbeit weist darauf hin. Dazu gehört natürlich auch, dass wir anerkennen, dass wir die Zuwanderung brauchen. Jetzt stelle ich im Rahmen der Kontakte, in denen ich mich mit Pflegeeinrichtungen oder Kliniken befasse, fest, dass es unsäglich schwierig ist, die ausländischen Pflegekräfte zu uns zu bringen. Wir müssen uns da in Richtung einer Willkommenskultur entwickeln. Dann stellt sich auch die Frage, wo wir ansetzen können. Denn es gibt nicht nur gesetzliche Hürden, sondern das betrifft auch Kapazitätsthemen bzw. hat das auch mit einer gewissen Misstrauenskultur – so sage ich einmal – zu tun: dass man sich alles noch mal bis ins Letzte anschauen will. Wenn das dann 18 bis 24 Monate dauert, dann dauert das einfach zu lange, bis wir die Menschen zu uns holen. Wir meinen ja immer, die ganze Welt will nur nach Baden-Württemberg. Die Zeit hat sich da aber etwas geändert, und ich glaube, darauf müssen wir auch noch mal schauen.

Dann haben Sie auch noch eine gemeindenahe Ausgestaltung angesprochen. Auch in diesem Zusammenhang möchte ich noch mal das Thema Gesundheitskonferenzen ansprechen. Brauchen wir stärkere Strukturen in den Kommunen und Kreisen?

Herzlichen Dank.

Abg. Carola Wolle AfD: Meine Herren, vielen Dank für Ihre Vorträge! Diese waren wirklich sehr spannend.

Vorweg eine Frage: Es wurde viel Text geliefert, und Sie haben sehr schöne Folien präsentiert, die das sehr plastisch darstellen. Können Sie uns das noch mal zur Verfügung stellen?

Ich finde die herausragende Leistung des Gesundheitswesens in der Pandemie richtig bemerkenswert. Das möchte ich hiermit noch mal offiziell anerkennen.

Meine Fragen sind Folgende: Die erste Frage betrifft das Thema „Motivation in die Zukunft“, das von Herrn Dr. Miller und später auch noch mal von anderen angesprochen wurde. Was macht es überhaupt interessant, Arzt zu werden oder in die Pflege zu gehen? Wir haben im Moment ein massives Problem, das man auch Brain-Drain nennt. Ich möchte da ein Dreieck aufmachen, wo wir auch ein Stück weit Verantwortung tragen. Natürlich brauchen wir insbesondere im medizinischen Bereich und in der Pflege Fachkräfte. Warum ist das so? Weil wir die Rahmenbedingungen sehr schwierig gestalten, sodass wir auch wenig Nachwuchskräfte haben, das liegt aber auch daran, dass viele Ärzte und auch Pflegekräfte ins Ausland abwandern, wo sie bessere Rahmenbedingungen vorfinden. Da ist die Frage – das wurde ja auch schon angesprochen –, was man besser machen kann, damit sie vielleicht auch wieder zurückkommen. Das ist ja das Spannendere. Aber das Nächste ist ja: Die Lösung kann ja nicht sein, dass wir aus anderen Ländern Fachkräfte abziehen. Denn realistisch muss man ja sagen, dass dann diese Fachkräfte dort fehlen. Hier haben wir auch eine gewisse gesellschaftliche Verantwortung gegenüber den Ländern: dass man das irgendwie kompensiert oder da eine Lösung findet. Dieses Dreieck muss uns einfach bewusst sein.

Das Nächste ist: Wir haben teilweise jetzt schon ein Problem mit der Sprache, sodass zwischen dem Arzt und dem Pfleger oder mit dem Patienten nicht richtig kommuniziert werden kann. Ich habe z. B. eine Pflegerin kennengelernt, die jetzt im zweiten Ausbildungsjahr ist. Sie hat mir gesagt, sie sei im Pflegebereich die einzige Deutschsprachige. Ich denke, das sollte an dieser Stelle nicht unser Ziel sein.

Herr Sonntag, Sie haben angesprochen, dass es keine Ausnahmeregelungen mehr geben soll, weil die Regeln ansonsten nicht richtig funktionierten. Sie haben dabei insbesondere das Thema Masken genannt. Ich gebe Ihnen recht: Wenn Sie fünf oder zehn Minuten irgendwo hineingehen, um etwas einzukaufen, ist das kein Problem. Aber wenn Sie längere Zeit mit dem Zug von München nach Hamburg fahren und dauerhaft eine FFP2-Maske aufsetzen müssen, obwohl sie nach den Vorschriften des Arbeitsschutzgesetzes nach anderthalb Stunden eine Pause von einer halben Stunde machen müssten, da sich in der Maske so viel Kohlendioxid sammelt, dass das gesundheitlich nicht in Ordnung ist, muss man sich schon überlegen, was da die Lösung ist. Es gibt Menschen, die dann wirklich Probleme haben. Ich z. B. habe Probleme im Innenohr. Es gibt auch andere Krankheiten, aufgrund dessen eine Mas-

ke nicht dauerhaft getragen werden kann. Daher ist die Frage, wie man das lösen kann. Es kann nicht sein, dass es da keine Ausnahmen mehr geben darf.

Dann haben Sie noch das Thema Datenschutz angesprochen. Ich denke, wenn wir unsere Hausaufgaben im täglichen Umgang, in der Medizin, im Datenschutz machen, dann brauchen wir keine Ausnahmeregelungen in der Krise. Das muss aber jetzt, in der Zeit, in der keine Krise ist, so geregelt werden, dass der Datenschutz gewährleistet ist, ohne dass der medizinische Austausch verhindert wird.

Sie, Herr Rinkel, haben ausgeführt, es würden wegen der Solidarität Gelder in falsche Kanäle fließen. Haben Sie dafür Beispiele? Wenn ja, wie kann man das verhindern?

Weiter haben Sie, Herr Rinkel, gesagt, dass insbesondere vor dem Hintergrund der durchschnittlichen Gewichtszunahmen bei den Menschen, dass also Adipositas immer mehr zunimmt, ganz dringend eine Gesundheitsbildung stattfinden sollte. Wie kann man das tun, ohne die Bevölkerung zu überlasten? Wie kann man da eine gewisse Sensibilität erreichen?

Ich denke, das Thema Arbeitsbedingungen ist uns allen klar. Das müssen wir an der Stelle wirklich dringend ändern.

Wie sehen Sie die Möglichkeit, dass gewisse Kompetenzen von den Ärzten an das Pflegepersonal abgegeben werden, Dinge, die das Pflegepersonal bereits erledigt, aber was es offiziell gar nicht tun dürfte? Das würde ja zum einen die Ärzte entlasten und zum anderen natürlich auch die Tätigkeit des Pflegepersonals anerkennen, würdigen. Ich denke, das wäre an dieser Stelle ganz wichtig.

Herr Burmeister, Sie haben im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes den großen Unterschied zwischen Bayern und Baden-Württemberg angesprochen. Ich denke, hier sollte sich die Landesregierung mal dringend Gedanken machen, warum das so ist. Das ist gar keine Frage, dass das nicht sein darf. Da gebe ich Ihnen durchaus recht.

Vielen Dank.

Vorsitzender Alexander Salomon: Von meiner Seite noch der allgemeine Hinweis an alle, dass Sie möglichst direkt in die Mikrofone sprechen. Dann sind Sie besser zu verstehen – auch im digitalen Raum. Sie haben ja nicht wie ich den Luxus, zwei Mikrofone vor sich zu haben. Daher: Sprechen Sie bitte direkt in das Mikrofon.

Es haben sich an die Referenten viele Fragen angesammelt. Deshalb bitte ich Sie, in der gebotenen Kürze, aber trotzdem erschöpfend zu antworten. Darin sind Sie alle ja

auch geübt. Die Reihenfolge für die Antwortrunde entspricht der Reihenfolge der Vorträge. – Herr Dr. Miller, beginnen Sie, bitte.

Herr Dr. Miller: Die erste Frage betraf die Reserven. Der ambulante Bereich – das wissen wir – ist stark belastet. Sie haben beim Hausarzt, auch beim Facharzt manchmal Schwierigkeiten, Termine zu bekommen. Das liegt auch an einer gewissen Irrationalität, weil die Menschen unsicher sind, ob der Befund schon da ist. Da ist organisatorisch – so denke ich – manches zu machen. Die Lösung kann nicht sein: noch mehr Arztpraxen, noch mehr Krankenhäuser. Das glaube ich an der Stelle nicht. Aber ein bisschen mehr Umdenken in der Bevölkerung wäre hier vonnöten. Aber natürlich ist das immer leicht gesagt. Wir müssen die Menschen da abholen, wo sie stehen, sie unterstützen. Auch hier sind wir in Baden-Württemberg relativ gut mit Modellen wie dem der hausarztzentrierten Versorgung. Da sehe ich die Möglichkeit, Reserven zu schaffen, die dann auch in der Krise guttun.

Im Krankenhaus ist es relativ klar. Früher hat man gesagt, bei einer Bettenbelegung von 85 % handelt es sich um eine Vollbelegung. Davon sind wir leider weit entfernt. Das sind ganz andere Zahlen. Dazu kommt, dass viele Betten wegen Personalmangel nicht zu betreiben sind. Dem muss man sich einfach stellen. Die Krankenhausplanung ist ja Aufgabe des Landes. Die wird bei uns auch sehr ernst genommen. Da sind wir auch gut dabei. Aber ich denke, von den definierten Voraussetzungen her muss es so sein, dass wir freie Kapazitäten haben und nicht schon im Normalbetrieb an der Kante arbeiten.

Reserven bei den Medikamenten: Die Apothekerinnen und Apotheker sagen uns, dass es eng wird. Die Produktion in Baden-Württemberg, in Deutschland und in der EU ist angesprochen worden. Aber hier bedarf es vielleicht auch eines ganz vorsichtigen staatlichen Eingriffs bei bestimmten Medikamenten, die absolut notwendig sind und die dann vorgehalten werden müssen. Wenn Sie das, was Sie morgen brauchen, drei Tage vorher produzieren, dann geht das nicht, wenn es irgendwo in der Lieferkette hakt. Das haben wir gemerkt.

Das gilt genauso für Schutzmaterialien. Masken kann man in Baden-Württemberg produzieren, allerdings sind die dann teurer als die in China produzierten. Drei Dinge, denke ich, müssen wir machen: in Baden-Württemberg produzieren, hier etwas vorhalten und insgesamt eine stärkere Reserve anlegen.

Zum Rettungsdienst werden die Experten, die heute Nachmittag noch angehört werden, sicherlich eine Menge sagen. Dazu will ich jetzt gar nichts sagen. Wir wissen aber: Es kann nicht sein, unter Umständen stundenlang auf einen Krankentransport zu warten. Aber dazu etwas zu sagen, gibt es im Vergleich zu mir Berufenere.

Die Gesundheitskompetenz wurde hier relativ früh angesprochen. Ich schaue jetzt mal in die allgemeinbildenden Schulen. Wir lernen in der Biologie, ob die Insekten sechs oder acht Beine haben und wie die Blätter aussehen. Wir haben alle einmal

den Zitronensäurezyklus gelernt, dann aber auch schnell wieder vergessen. Es ist nicht Inhalt des Lehrplans: Was passiert, wenn ich immer nur Cola und Pommes zu mir nehme? Das sind ganz einfache Dinge. Das steht nicht im Lehrplan, aber es gehört dort hinein. Da muss man auch nichts erfinden. Das muss man nur in einen Zusammenhang bringen. Das halte ich für existenziell wichtig.

Dazu gehört dann auch, dass ich zumindest einen kleinen Überblick darüber habe, wie ich mich ernähre. Jetzt kommt die Krise. Da gibt es das eine oder andere nicht mehr. Jetzt bekommt man irgendwelche Listen, was man sich beschaffen soll. Wie hängt das denn zusammen? Es geht also ein bisschen um Grundlagenwissen, womit ich überleben kann, womit ich sogar gut überleben kann. Natürlich gehört auch Sport, körperliche Bewegung dazu. Dazu hören wir in der Schule nichts. Also, ich habe dazu vor vielen Jahren in der Schule nichts gehört, und meine Kinder haben dazu in der Schule auch nichts gehört. Das ist ein großes Problem.

Wie ist die Stimmung im Rückblick? Ja, eigentlich wie nach einem Marathon. Wir haben schon eine Menge gelernt, auch eine Menge geleistet. Es war anstrengend. Man ist müde, aber auch ein Stück weit zufrieden. In diese Situation hinein kommt jetzt all das, was man vorher ein wenig zurückgestellt hat, was aber jetzt wieder mit voller Wucht nach oben schwimmt.

Es wurde gefragt, ob die Kontrollen, die Praxisbegehungen zurückgestellt wurden. Ja, die wurden zurückgestellt. Das ist auch gut so. Es wurden auf Verordnungsebene auch tatsächlich Regeln zur Aktualisierung der Fachkunde im Röntgen gestreckt, ausgesetzt. Das läuft natürlich. Aber das kommt jetzt mit voller Wucht wieder zurück.

Beim Thema Praxisbegehung ist eigentlich der Wunsch, dass die verschiedenen Stellen – das Regierungspräsidium, die Gewerbeaufsicht, das Gesundheitsamt – zusammenarbeiten. Ich bin als Vertreter der Ärztekammer weit davon entfernt, zu sagen, es müsse nicht kontrolliert werden. Natürlich muss man schauen, dass das bei uns läuft. Das macht ja auch unser Gemeinwesen aus: dass wir Regeln haben, die eingehalten werden. Wenn das nicht funktioniert, dann muss man versuchen, das zur Deckung zu bringen. Die Harmonisierung steht jetzt nicht im direkten Zusammenhang mit der Krise, sondern das sagen wir seit Langem.

Ein Beispiel, das uns jetzt auch im Zusammenhang mit der nachhaltigen Gesellschaft beschäftigt – nur einmal exemplarisch gesagt –, sind Desinfektionsmittel. Die waren in der Krise, am Anfang der Krise knapp. Dann haben wir gesagt: „Ja, kein Problem. Hier ist ein Gebinde mit 20 Liter. Das kannst du in diese Plastikfläschchen umfüllen.“ Das ist super, das spart auch Plastikmüll. Das geht jetzt aber nicht mehr. Es geht einfach nicht mehr. Wir haben das gecheckt. Die Rechtslage ist relativ klar. Derjenige, der das ins Endgefäß schüttet, also in dieses kleine Fläschchen, der stellt das her, der ist der Hersteller. Das ist in dem Fall noch nicht einmal genehmigungspflichtig, aber anzeigepflichtig. Für diesen Herstellungsprozess muss aber das ganze Spektrum der Vorschriften eingehalten werden – von der zertifizierten Desinfektion

dieser Kunststoffbehälter, die man da hat, bis hin zu den entsprechenden Prozessen. Das können Sie komplett vergessen. Da kommen wir keinen Millimeter weiter. Das sind Punkte, die man vielleicht einmal überdenken sollte.

Zur Taskforce „Corona“: gute Sache; auf jeden Fall. Wir waren da ganz eng am Sozialministerium dran. Wir waren außerdem in der glücklichen Lage, dass es noch die UAG „Notfall“ gab, die beim Innenministerium verortet war. Das war eine gute Zusammenarbeit. Die kann man jetzt nicht auf Dauer „Taskforce „Corona““ nennen, aber für uns ist das ganz toll. Zu den beiden Ansprechpartnern, das IM und das SM, sagen wir: Auf jeden Fall gern weiter, in einem Format, in dem man sich regelmäßig trifft. Das ist zwar wieder ein zusätzlicher Termin, aber ich glaube, das könnte sich lohnen.

Faxgeräte:

(Vereinzelt Heiterkeit)

Das deutsche Gesundheitswesen würde ohne Faxgeräte zusammenbrechen. Das ist tatsächlich so. Ich habe faktisch keine Möglichkeit, etwas datenschutzkonform zu mailen. Wir erhalten viele Mails von Patienten. Die schicken uns ihre Befunde. Das ist schon okay. Das können die ja machen. Das sind deren Daten. Aber ich werde da nie im Leben auf Weiterleiten drücken und das woanders hinschicken. Das geht einfach nicht. Manche Kollegen machen das. Es passiert auch nichts. Aber es geht nicht. Also, das ist ein großes Problem.

Wenn ein Kollege einen Patienten zu mir schickt, um abzuklären, ob es sich bei den Beschwerden des Patienten um einen Bruch handelt, dann hat der nach ein paar Stunden von mir den Bericht. Den hat er per Fax. Wir haben bisher keine andere Möglichkeit. Aber das ist jetzt kein Landesthema, sondern das ist ein Bundesthema. Aber das ist unsäglich. Andere Länder sind uns da meilenweit voraus. Das ist völlig klar.

Die Impfzentren waren straff organisiert, mancherorts auch mithilfe der Bundeswehr. Ich möchte jetzt nicht sagen: „paramilitärisch“. Das war wirklich gut bewacht, gesichert wie eine mittlere Kaserne. Man hatte den Eindruck, in dieser Organisationsform ginge es mehr darum, diesen sehr wertvollen, kostbaren Impfstoff zu schützen. Die haben gute Arbeit geleistet. Wären die Impfstoffe vorhanden gewesen, dann hätten die Praxen, die Krankenhäuser, die Betriebsärzte, alle, die wir in der Versorgung haben, die gleiche Arbeit – ich glaube, da widerspricht auch niemand groß – leisten können. Das sieht man daran, dass in dem Moment, als der Impfstoff da war, diese Arbeit überwiegend auf die Praxen übergegangen ist. Als der Impfstoff da war, gab es zu keinem Zeitpunkt Not, einen Impftermin zu bekommen – wohnortnah, um die Ecke.

Sie erinnern sich vielleicht: Vor etwa einem Jahr – so im November, Dezember – war dann der Impfstoff da, und die Kapazitäten waren viel zu groß – im Gemeindehaus, in der Arztpraxis, hier und dort, auf dem Gelände der Landesmesse und, und, und. Da haben wir einiges gelernt. Ich meine, dass die Impfzentren in der damaligen Situation eine richtige Entscheidung waren, aber ich halte es auch für absolut richtig, dass die Landesregierung gesagt hat: „Wir können jetzt darauf verzichten“, da wir eine Menge gelernt haben, und dass man das jetzt nicht weiterführt wie in anderen Ländern, wo vielleicht andere Überlegungen eine Rolle spielen.

Gesundheitsberufe im Pflegebereich sind attraktiv. Das ist meine Überzeugung. Auch der Beruf der medizinischen Fachangestellten könnte eigentlich attraktiv sein. Das ist auch ein bisschen eine Frage des Umdenkens in der Gesellschaft und natürlich eine Frage der Vergütung. In der Vergütung hat sich einiges getan. Das sind Berufe direkt am Menschen. Es gibt nicht nur Technokraten, es gibt Leute, die wirklich mit den Menschen arbeiten möchten. Wir müssen das gesellschaftlich aufwerten.

Ich sage Ihnen jetzt einmal: Die MFA bei mir in der Praxis hält es den Vormittag von sieben bis zwölf Uhr nicht aus, weil die dermaßen angemacht wird, dermaßen im Kreuzfeuer ist: Jemand ruft an, dem Nächsten geht es nicht schnell genug usw. Das ist ein Problem, das Sie strukturell schwer ändern können. Wie gesagt, das eine ist, dass man diese Fachkraft entsprechend bezahlen muss, damit sie das mitmacht, aber das andere betrifft die gesellschaftliche Einschätzung.

Ärztinnen und Ärzte haben wir zumindest zahlenmäßig genug. Es stimmt, dass wir die einen oder anderen ans Ausland verlieren, dass der eine oder andere aus dem Ausland zu uns kommt. Das ist jetzt – für den ärztlichen Bereich gesprochen – nichts ganz Neues. Auch vor etwa 40 Jahren hatten wir Größenordnungen – als ich studiert habe –, hat man immer gesagt: 5 % aus dem Ausland kommen zu uns und 5 % deutsche Ärztinnen und Ärzte gehen ins Ausland – wo auch immer, völlig egal.

Das Problem des Brain-Drains, dass wir den Ländern, die da große Not haben, Fachkräfte wegnehmen, wird beachtet. Aber da sehe ich nicht das große Problem. Ein großes Problem ist die Sprache. Wir brauchen für Ärztinnen und Ärzte das Zertifikat C 1, für die übrigen geregelten Gesundheitsberufe das Zertifikat B 2. Das ist eine sehr hohe Hürde. Da müssen wir hinschauen. Es ist ja nicht so, dass jeder – ob er nun Deutsch kann oder nicht – bei uns arbeiten darf. Der eine oder andere kann perfekt Deutsch sprechen und kommt dann in den Arbeitsmarkt und ins Gesundheitswesen. Diese Menschen brauchen wir, und die unterstützen wir auch. Wir, die Ärztekammer, führen Fachsprachenprüfungen für den ärztlichen Bereich durch. C 1 ist ein weit fortgeschrittenes Sprachniveau. Da fällt ungefähr ein Drittel durch. Das muss aber auch so sein. Wir brauchen für die Arbeit mit den Menschen bei uns – ich habe es vorher gesagt – ein gutes sprachliches Niveau. Die Sorge, dass wir den osteuropäischen Ländern oder den Ländern außerhalb der EU die Pflegekräfte in großem Umfang wegnehmen würden, die habe ich so eigentlich nicht. Das ist meine Einschätzung dazu.

Bestimmt habe ich noch eine ganze Menge Fragen vergessen. Aber dann stellen Sie diese bitte noch mal. Das waren die Fragen, die ich mir notiert hatte.

Herr Sonntag: Frau Professorin Elsbernd, Sie haben die Frage der Pflege angesprochen. Ich kann nur sagen: Volle Übereinstimmung. Wir müssen die Pflege stärker mit einbeziehen. Das tun wir auch schon. Es gibt das tolle Projekt CoCare, das vom Innovationsfonds gefördert wurde, in dem wir neue Wege der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften erprobt haben. Das Projekt war sehr erfolgreich und soll jetzt auch in die Regelversorgung übernommen werden. So etwas – in der Richtung – ist die Zukunft.

Sie haben das Thema „Belastung der Ärzte vor allem durch das Verzweifeln an den Verwaltungsvorschriften“ angesprochen. Das war natürlich etwas überspitzt ausgedrückt – das ist klar –, aber das Problem, das wir haben, ist, dass wir nicht wissen, ob es bei der nächsten Krise wieder so wäre. Das hängt damit zusammen, dass die ärztliche Versorgung, vor allem die haus- und kinderärztliche Versorgung, immer mehr ausdünn. Das ist die größte Sorge, die wir da im Augenblick haben.

Um gleich zur nächsten Frage von Herr Wahl zur hausärztlichen Versorgung zu kommen: Wir haben große Sorgen, was die hausärztliche Versorgung angeht. 40 % haben gar keinen Hausarzt mehr. Wir müssen deswegen schauen, wie wir einen einfachen Zugang zur Versorgung hinbekommen. Ich nenne hier nur eine Maßnahme: unser Telemedizinangebot „docdirekt“, um ganz einfach, ganz niederschwellig per App oder per Telefon den Zugang zu medizinischer Versorgung zu haben.

Damit hier kein falscher Eindruck entsteht: „Docdirekt“ wird unser Problem nicht lösen, aber es ist aus unserer Sicht doch wesentlich ausbaufähiger und hat damit auch die Möglichkeit, ein wichtiger Aspekt in der Versorgung zu werden.

Sie haben die Impfzentren angesprochen. Ich darf einmal daran erinnern: Als die Impfungen losgegangen sind – so Anfang des Jahres 2021 –, hatten wir in der höchsten Impfprioritätsstufe in Deutschland nach der Impfverordnung allein in Baden-Württemberg eine Million Bürgerinnen und Bürger. Impfstoff hatten wir für 7 000 Impfungen pro Tag. Das heißt, es war völlig richtig, den Impfstoff nicht an die niedergelassenen Ärzte zu geben, sondern an Impfzentren. Wie hätten Sie denn diese 7 000 Impfdosen auf die Ärzte verteilen wollen? Das wäre gar nicht denkbar gewesen.

Es hat sich ja dann auch gezeigt: Als mehr Impfstoff zur Verfügung stand und man das Impfen auf die Praxen ausgeweitet hat, sind auf einmal die Imp fzahlen deutlich nach oben gegangen.

Das führt mich gleich zu dem nächsten Thema: 116 117. Das Problem, das wir am Anfang bei den Impfungen gehabt haben, war nicht die 116 117, sondern war, dass

es keinen Impfstoff gegeben hat. Sie können zwar das beste Impfterminportal der ganzen Welt haben, aber das beste System bringt Ihnen nichts, wenn Sie einfach eine Million Priorisierte haben und nur 7 000 Impfungen pro Tag machen können.

Wir selbst hatten mit der 116 117, was die Terminvermittlung angeht, gar nichts zu tun. Wir haben ja nur die Technik, also die Telefonnummer, zur Verfügung gestellt. Das operative Geschäft der Impfterminvermittlung wurde gar nicht von der 116 117 gemacht, sondern durch ein Callcenter, das vom Bund und teilweise vom Land betrieben wurde, das dahinter geschaltet gewesen ist.

Auch das haben wir in unserer Stellungnahme gesagt: Es wäre sicherlich sinnvoll, zu überlegen, wie man so etwas künftig gegebenenfalls anders regeln kann.

Jetzt zu Ihrer Frage, Frau Dr. Pfau-Weller: Nein, wir haben nicht vor, die 116 117 wieder auf die Rettungsleitstellen zu geben. Das hat einen ganz einfachen Grund. Verzeihen Sie, wenn ich das so sage: Sie haben keine Vorstellung davon, welche Anrufe bei uns am Wochenende ankommen. Es wäre undenkbar, dass die Leitstellen das auffangen könnten. Wir sind heute gesetzlich verpflichtet, ein zertifiziertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren anzuwenden. Das könnten die Rettungsleitstellen nicht machen. Deshalb wird die 116 117 bei uns bleiben.

Frau Wolle, Sie haben die Frage gestellt, ob der Arztberuf attraktiv ist. Der Arztberuf ist weiterhin hochattraktiv. Wir haben ja – so glaube ich – immer noch fünfmal so viel Interessenten für einen Studienplatz als es Studienplätze gibt. Das Problem, das wir haben, ist nicht, dass der Arztberuf nicht attraktiv ist, sondern dass wir immer mehr Ärztinnen und Ärzte haben, die auch in der ambulanten Versorgung in ein Angestelltenverhältnis gehen.

Damit Ihnen klar ist, worüber wir reden: Anfang der Neunzigerjahre betrug die Zahl der angestellten Ärzte in Arztpraxen: null. Das gab es nur in Krankenhäusern. Heute sind mehr als die Hälfte derjenigen, die zu uns ins System kommen, angestellt. Das hat weitreichende Konsequenzen, da angestellte Ärztinnen und Ärzte eine anstellende Ärztin bzw. einen anstellenden Arzt brauchen. Die oder der braucht die entsprechenden Räumlichkeiten, muss all das machen, was Herr Burmeister mit Arbeitsschutz und psychischer Gefährdungsbeurteilung usw. usf. angesprochen hat. Die Praxen werden immer größer, sodass sie sich überlegen müssen, ob sie einen Praxismanager anstellen. Der muss aber aus der Vergütung heraus bezahlt werden. Damit haben Sie einen – so sage ich mal – Rattenschwanz an Konsequenzen, die sich daraus ergeben, auf die das Gesundheitswesen in der Form noch nicht eingestellt ist. Als die Zulassungsverordnung im Jahr 1950 erstellt wurde, waren angestellte Ärzte noch gar nicht vorgesehen. Das sind die Probleme, die wir haben.

Praxisbegehungen: Ich gebe zu, ich kann die Frage nicht beantworten. Wir haben zumindest keine Rückmeldungen bekommen, dass es hierbei während der Pandemie irgendwelche Probleme gegeben hätte.

Was die wirtschaftliche Situation angeht, hat die Bundesregierung sehr schnell reagiert, hat einen Rettungsschirm für die Ärzte gemacht. Zusammen mit den Krankenkassen haben wir, was die Schutzausrüstungen angeht, gute Lösungen gefunden, sodass es viele andere Berufsgruppen gegeben hat, die wesentlich größere wirtschaftliche Probleme gehabt haben als die Ärzte. Wie die Auswirkungen auf die Gründung von Praxisniederlassungen gewesen sind, müssen wir – das gebe ich zu – selbst noch ein bisschen forschen. Dazu können wir jetzt noch nichts sagen.

Taskforce „Corona“: Ich bitte um Entschuldigung für die offenen Worte. Aber, wenn es etwas gibt, woran es im Gesundheitswesen nicht mangelt, dann sind es Gremien oder Kommissionen. Das heißt, wenn man eine neue, dauerhafte Kommission einrichtet, dann muss man ihr einen ganz klaren Arbeitsauftrag geben, muss ihr sagen, was sie tun soll – nicht, wie sie arbeiten soll; das können die dann schon selbst machen –, damit man nachher nicht nur irgendein institutionalisiertes Verfahren hat.

Frau Wolle, ich bin anderer Ansicht als Sie. Wir hätten keine Ausnahmen von der Maskenpflicht zulassen sollen. Es ist schon klar, dass es für jemanden, der von München nach Hamburg im ICE fährt, schwierig ist, solange eine Maske tragen zu müssen. Der hat aber auch im ICE die Möglichkeit, zwischendrin mal irgendwo hinzugehen und die Maske kurz abzusetzen.

Wenn Sie sich bitte nur eines vorstellen: Sie haben da Personen gehabt, die hoch gefährdet gewesen sind. Wenn die sich mit Corona infiziert hätten, wäre das für die – zumindest potenziell – lebensbedrohlich geworden.

Uns allen ist schon grundsätzlich klar: Wenn Sie Ausnahmen zulassen, dann öffnen Sie sofort ein Tor, das Sie nachher nicht mehr beherrschen können.

Was den Datenschutz angeht, möchte ich sagen, dass es durchaus sinnvoll wäre, wenn man sich jetzt schon viele Gedanken zu DS-GVO usw. usf. machte. Das Problem, das wir haben, sind nicht die eigentlichen Datenschutzfragen, sondern sind nur die Formalia dahinter. Ich habe es ja vorhin angesprochen: Wie bekommen Sie die rechtmäßige Einwilligung in die Datenschutzerklärung usw. usf. hin? Das sind Sachen, woran wir arbeiten müssen. Es gibt Untersuchungen, nach denen der Datenschutz der größte Bürokratietreiber im Gesundheitswesen ist. Das ist eine Geschichte, bei der man sich wirklich ernsthaft vor Augen halten muss, ob wir da insgesamt noch auf der richtigen Spur sind.

Herr Rinkel: Ich setze die Antwortrunde einmal ganz schnell fort. – ÖGD, Aufgaben: Ich glaube, die Aufgaben des ÖGD müssen wir nicht erweitern. Wir müssen den Aufgabenkatalog des ÖGD endlich wieder leben. Das war natürlich in der Krise ganz, ganz schwer. Da stand Corona absolut im Mittelpunkt der Organisation. Aber gerade die Interaktion mit Schulen, die Schuluntersuchungen, die präventiven Leistungen für die Gesellschaft, die alle im ÖGD-Aufgabenkatalog verankert sind, sollten wir wieder in den Vordergrund stellen. Möglich wird das durch eine bessere Strukturierung, dass

wir – wie ich es angesprochen habe – Ärztinnen und Ärzte teilweise durch die Übertragung von Führungsaufgaben, die zurzeit in andere Bereiche verlagert sind, für den ÖGD zurückgewinnen.

Bei der Frage, wie die Player im System besser zusammenarbeiten können, spielen momentan auch wettbewerbliche Aspekte auf allen Seiten eine ganz große Rolle, die einer – so sage ich mal – gedeihlichen Zusammenarbeit unter Umständen entgegenstehen, z. B. Finanzprobleme. Ich sprach es vorher an: Die Selbstverwaltung wird teilweise darauf verwendet, Finanzknappheit umzuverteilen. Das führt dazu, dass eine Zusammenarbeit z. B. zwischen Ärzteschaft, Krankenkassen, aber auch den Trägern der Krankenhäuser oder anderer Gesundheitseinrichtungen immer unter diesem Finanzvorbehalt steht. Wenn Sie aber – was wir ab und zu in Foren tun – die Leute ohne den Finanzdruck zusammenholen, dann kommen sehr konstruktive Lösungsansätze heraus. Gut, die gehen dann teilweise auch wieder in der Finanzierung unter. Das möchte ich jetzt nicht verhehlen.

Vorbereitung der Bevölkerung: Ja, die Vorbereitung der Bevölkerung auf Krisen sollte jetzt – – Wir leben ja momentan in einer Krise, die vielleicht von der Bevölkerung gar nicht so wahrgenommen wird, nämlich der Kriegskrise. Das ist ja nicht nur eine Energie- und Inflationskrise. Wir haben unmittelbar vor unseren Türen einen Krieg. Ich glaube schon, dass es wichtig wäre, beginnend in Schulen, aber auch in Volkshochschulen, dort, wo man an Menschen herankommt, die Menschen nicht mit katalogisierten Listen, wie viel sie im Keller einlagern sollen, auf die Krise vorzubereiten, sondern tatsächlich auch die gesellschaftlichen Faktoren zu besprechen: Wie halten wir zusammen, wie können wir uns gegenseitig unterstützen, was wäre, wenn tatsächlich große Zusammenbrüche unserer Versorgungslandschaft kämen, wie können sich Menschen auf der ganz normalen nachbarschaftlichen Ebene zusammen schützen? Das sind derzeit Tabuthemen. Das Einzige, was tatsächlich kursiert, sind Listen: Lagert so viel Öl, lagert so viel von diesem und jenem. Eigentlich ist das ein Epiphänomen. Das braucht man auch, aber nicht ganz zwingend.

Dann zum Thema „Digitale Kommunikation“: Nehmen Sie eine sichere App. Die Ärzteschaft glaubt z. B., dass der Messenger Signal sicher sei. Geben Sie das als Bubble frei, dann haben Sie plötzlich eine ganz tolle Kommunikation unter Ärztinnen und Ärzten über Fachthemen. Gut, da werden keine Patientennamen genannt – hoffe ich wenigstens –, aber die tauschen sich aus. Wir haben z. B. in der Kreisärzteschaft Ulm so etwas etabliert. Diese Beispiele sollten wir einfach einmal nutzen und sichere, vom Staat garantiert sichere Austauschmodule ins Leben rufen. Da müssen wir nicht auf eine TI warten. Das kann man durchaus mit jetzigen Kommunikationsmodulen tun. Das ist ein kleiner Schritt, ein Einstieg. Das weiß ich. Wichtiger wäre, dass die Arztbriefe ständig dort sind, wo man sie braucht, und wichtiger wäre eine Kl hinterlegte Unterstützung bei den Konsilen. Klar ist: Das sind Beispiele für erste Schritte.

Wie kommen wir an die Ruheständler heran? Wenn ich mir anschau, wie lange Hausärztinnen und -ärzte teilweise heute schon arbeiten, brauche ich mir keine Gedanken darüber zu machen, wie ich an die Ruheständler herankomme. Aber es ist natürlich völlig richtig: Wir haben hier einen Reservepool. Den haben wir jetzt plötzlich nutzen können, wenn wir sehen, wie viele Menschen aus dem Ruhestand in Impfteams waren. Das – das ist jetzt aber ironisch gemeint – ging aber nur, weil es Impfzentren gab und die Leute so gut bezahlt wurden. Da war plötzlich die Hürde, aus dem Ruhestand zurückzukommen, etwas niedriger. Ich weiß, das war jetzt eine etwas ketzerische Bemerkung. Man braucht aber wahrscheinlich Geld, um Leute zu mobilisieren.

Gesundheitskonferenzen: Geben wir den Gesundheitskonferenzen tatsächlich wieder die Entscheidungsbefugnis, sich um Geldmittel und Vertragsangelegenheiten kümmern zu können, dann, glaube ich, dass sie auf der regionalen Ebene funktionieren. Solange wir aber wichtige Player dort nur präsent haben – das gilt vor allem für Krankenversicherungen, die teilweise überregional, teilweise bundesweit organisiert sind –, sie in der Konferenz aber nicht direkt zur Entscheidung beitragen können – andere sind dort genauso noch beteiligt –, dann ist das lediglich ein Austausch von Informationen, ein Brainstorming. Die Gesundheitskonferenzen müssen für die Region wieder Entscheidungen treffen können, und zwar über die Sozialhilfe und die kommunale Trägerschaft hinaus. Das ist ein ganz wichtiger Punkt.

Attraktivität: Na ja, die Frage nach der Attraktivität medizinischen Tätigseins wird aus ärztlicher Sicht sehr stark geprägt durch eine Bindung an nicht ärztliche oder nicht zwingend vom Arzt durchzuführende Tätigkeiten. Das betrifft nicht nur die Dokumentation. Teilweise sind Ärztinnen und Ärzte die Einzigen, die in einem nicht digitalen Krankenhaus noch einsetzbar sind, die Röntgenbilder zu holen. Da stecken ganz viele Dinge drin, bei denen wir sie natürlich etwas entlasten könnten. Auf der Dokumentationsebene könnten wir aber vor allem Dokumentationen an einer Stelle vornehmen und nie wieder dasselbe noch mal dokumentieren. Ich würde grob schätzen, 20 % der derzeitigen Arbeitsbelastung – andere sagen: bis zu 60 % – könnte man dadurch reduzieren. Ärztinnen und Ärzte wollen an Patienten arbeiten, wollen diagnostizieren, Entscheidungen treffen und helfen. Darauf sollten wir vielleicht unsere Tätigkeit wieder zurückführen.

In den Arztpraxen sieht es übrigens auch nicht wesentlich besser aus. Da ist der Dokumentationsdruck vielleicht etwas anders, aber auf jeden Fall nicht wesentlich entspannter.

Mittelabfluss: Wie funktioniert das? Ich kaufe mir ein kleines Krankenhaus, das ohnehin abgewickelt werden soll, hänge an dieses kleine Krankenhaus bundesweit 20, 30, 40 MVZs und generiere damit, wenn ich geeignete ärztliche Dienstleistungen anbiete, relativ viel Geld, das dann der Käufer dieses kleinen Krankenhauses – das sind oft Aktiengesellschaften – wieder abfließen lassen kann. Das ist eine Methode, die zulässig ist. Aber hier besteht schon seit Längerem die Forderung aus Ärztekrei-

sen – aber auch aus anderen Kreisen – an die politisch Verantwortlichen, ein etwas kleineres Raster anzuwenden, sodass das nicht mehr in diesem Maß möglich ist.

Ob wir durch Delegation oder Substitution ärztlicher Leistungen auf oder durch Pflegende oder andere Heilberufe wirklich weiterkommen, halte ich bei einem durchgängigen Engpass in der Fachkräfteschaft für fraglich. Ich glaube, wir müssen uns darauf konzentrieren, die Gesamtbelastung der Heilberufe durch Reduzierung aller Leistungen, die entweder digitalisierbar sind, über KI-Unterstützung vereinfacht werden können oder die eben nur einmal getan werden, abzubauen. Dann können wir im Detail auch darüber reden, wer am besten was macht. Dass man dann das, was Pflege heute schon macht, aber nicht darf, irgendwann einmal legalisieren sollte, halte ich auch für sehr wichtig. Darüber, dass Ärztinnen und Ärzte nicht auf dem hohen Ross sitzen und sagen: „Wir müssen alles kontrollieren“ – das machen sie letztlich auch gar nicht –, kann man reden. Aber das wird keine Lösung für den Personalmangel im System, der nämlich allübergreifend ist, sein. Ich zumindest sehe das so.

Vielen Dank.

Herr Burmeister: Die erste Frage an mich war: Wie sehen Schutzkonzepte für Beschäftigte aus? Es könnte sich ja die Frage stellen, ob wir uns das angesichts des Personalmangels eigentlich leisten können, weil das Einhalten von hoher Qualität, von hohen Schutzstandards doch etwas gewesen ist, was wir in guten Zeiten konnten, aber doch nicht in Krisenzeiten. Man könnte schnell daran denken, die Standards abzusenken. Ich glaube aber, dass wir feststellen müssen, dass viele Beschäftigte, die aus dem Gesundheitssektor herausgegangen sind, dies gerade wegen fehlender Standards getan haben. Daher ist das vielleicht eine etwas widersprüchliche Antwort, jedenfalls eine zu kurz gedachte. Ich plädiere dafür, dass wir Instrumente der Personalbemessung brauchen, die die Arbeitsplätze so attraktiv machen, dass Beschäftigte die Einschätzung haben, dass sie, ohne ihre Gesundheit zu opfern, ohne dabei zu viele Körner zu lassen, gesunde Arbeitsbedingungen haben. Wenn man nicht nur auf die individuelle Ebene geht – das machen Beschäftigte im Gesundheitssektor mithilfe von Überlastungsanzeigen: dass sie vermitteln, dass sie ihre Arbeit so nicht mehr sicher ausführen können –: Ver.di hat es in ca. 20 Krankenhäusern geschafft – das sind vor allem Universitätskliniken –, das Instrument der Personalbemessung in Tarifverträgen festzuschreiben. Das ist, glaube ich, eine sehr gute Grundlage, um auszumachen – wir, der DGB, unterstützen das –, dass genügend Personal da ist, und zwar sowohl aus Patienten- als auch aus Schutzsicht heraus.

Welche weiteren Schutzkonzepte gibt es? Ich glaube, das sind die Wertschätzung und die sensible Kommunikationskultur. Viele sind aus dem Beruf gegangen, weil sie diese Instrumente vermisst und das in ihrem Arbeitsalltag als nicht gegeben gesehen haben. Da könnte helfen, dass es auch während der Arbeitszeit die Möglichkeit gibt, sich kollegial zu beraten, sich kollegial auszutauschen. Das ist bei einer guten Personalplanung in den Arbeitsalltag zu integrieren und eben nicht in die Pause oder in die Zeit danach.

Darüber hinaus gibt es die Notwendigkeit, verlässliche Arbeitszeiten zu regeln, und es könnten auch Springerpools helfen, die es ermöglichen, guten Gewissens Feierabend zu machen. Das ist ja häufig nicht der Fall.

Das könnten einige Hinweise für Sie darauf sein, worum es geht. Ich glaube, all das lässt sich immer da am besten durchsetzen, wo es kollektive Interessenvertretungen gibt, wo es Betriebs- und Personalräte gibt – egal, wo; auch bei kirchlichen Trägern.

Vielleicht noch einen Hinweis zur häuslichen Pflege: Uns erreichen viele Hinweise von eher kleinstrukturierten Anbietern, bei denen Beschäftigte, die nicht mehr weiterwissen, sagen: „Ich will jetzt mal einen Betriebsrat gründen.“ Das sind oft Bereiche, wo Mitbestimmung fehlt, wo oft keine guten Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten und auch keine guten Bedingungen für die zu betreuenden Menschen gegeben sind. Da müssen wir vielleicht auch noch mal über kluge Organisationsformen reden.

Herr Wahl fragte, welches die gute Organisationsform für den Arbeits- und Gesundheitsschutz sei. Das stimmt: Baden-Württemberg ist einen Sonderweg gegangen. Ich will dafür werben, dass wir anerkennen müssen, dass wir eine sehr ausdifferenzierte Arbeitsgesellschaft sind und dass wir sehr unterschiedliche Belastungen haben. Für den einen Beschäftigten ist es die klassische Belastung durch Vibrationen – damit haben die meisten von Ihnen wahrscheinlich wenig zu tun; wer am Presslufthammer arbeitet, weiß, welche Belastungen das sind –, bei dem anderen sind es die scharfen Kanten. Das sind ganz klassische Bedingungen.

Zunehmend wirken sich in Industriebereichen, wo Menschen nicht nur an Maschinen stehen, sondern auch in Bürobereichen in Teams zusammenarbeiten, psychische Belastungen stärker aus. Da gibt es Arbeit ohne Ende. Mobiles Arbeiten ist zwar hier heute nicht das Thema, aber mit neuen Arbeitsformen gehen auch neue Belastungen und Gefährdungen einher. Wir haben – das stellen die Krankenkassen ja immer wieder fest – einen riesigen Bereich, der zu bearbeiten ist. Daher würde ich jetzt auf die Frage nach der Organisationsform antworten: Es ist wichtig, dass wir mehr Menschen in den staatlichen Arbeitsschutz bekommen – durchaus mit einem Beratungscharakter für Unternehmen.

Wie kann ich gute Arbeit gestalten? Da gibt es gerade bei kleinen und mittelständischen Unternehmen Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Das muss ein moderner Arbeitsschutz auf Höhe der Zeit leisten können. Das geht dann auch wieder nur, wenn es eine deutliche Aufwertung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der staatlichen Arbeitskontrolle gibt, die auf der Höhe der Zeit sind. Nicht alle sind von allen Gefährdungen betroffen. Aber wir müssen garantieren, dass der staatliche Arbeitsschutz alle Unternehmen und alle Beschäftigten unterstützt. Da muss mehr passieren.

Zur Frage der Willkommenskultur, zu der Frage „Woher können Einwanderer zur Beschäftigung im Gesundheitsbereich kommen?“. Ich bin im Beirat der Generaldirektion der Arbeitsagentur. Wir haben das dort diskutiert. Die Einschätzung lautet: Weite Teile des Westbalkans und Osteuropas werden die Pflegekräftebedarfe, die wir haben, nicht abdecken können. Der Markt dort ist schlichtweg leer, um es mal salopp zu sagen. Die Pflegekräfte kommen von den Philippinen, aus anderen Teilen Asiens und aus Mexiko.

Welche Erfahrungen machen Mexikaner hier? Das ist anekdotisch, aber vielleicht doch ganz eindrucksvoll: Mexikaner, die hier sind und ihre Qualifikation anerkennen lassen wollen, machen die Erfahrung, dass sie bei den Regierungspräsidien Dokumente in ausgedruckter Form mitbringen müssen. Darüber waren die Mexikaner einigermaßen erstaunt, denn in Mexiko läuft das digital, haben sie die Zertifikate digital. Das zeigt einmal einen Engpass bei der Frage, wie schnell und wie gut wir bei der Anerkennung von im Ausland erworbener Qualifikation sind.

Zweiter Engpass: Um einen Termin bei einem Konsulat zu bekommen, vergeht zu viel Zeit. Auch das ist ein Engpass bei der Fachkräftegewinnung. Wir wären aufnahmebereit. Die Konsulate haben diese arbeitsmarktpolitische Aufgabe aber für sich noch nicht entdeckt.

Noch einen letzten Satz dazu: Im Zuge der Frage nach der Integration müssen wir auch über den Arbeitsalltag im Gesundheitswesen reden. Das ist eine riesige Aufgabe. Das ist nicht nebenbei zu machen. Dabei belasse ich es jetzt mal zu diesem Thema.

Die letzte Frage betraf die regionale Organisation vor Ort. Dazu folgender Gedanke: Vielleicht müssen wir über kluge Organisationsformen reden. Wir haben überall – auch im Handwerksbereich – die Diskussion, dass wir unsere Betriebe nicht mehr so weitergeführt bekommen, wie es derzeit der Fall ist. Ähnliches habe ich jetzt auch rund um Gesundheit wahrgenommen. Auch da gilt es, nach klugen Konzepten zu schauen, die es gibt. Das Managementsystem wurde angesprochen. Hier hat jeder seine eigene Praxis. Ich meine damit: Es besteht die Anforderung, in Zeiten, die personenseitig eher durch Knappheit geprägt sind, darüber nachzudenken, was kluge Organisationsformen sind, die das Management, das Betreiben von Gesundheitsangeboten, die kommunal, die regional nah bei den Menschen sind, betreffen. Vielleicht ist das auch eine Aufgabe dieser Enquetekommission: darüber nachzudenken, ob wir da nicht größer denken müssen, als es manchmal die sehr kleinteiligen Schritte widerspiegeln. Dazu bin ich kein Experte, wollte dafür nur einmal den Stein ins Wasser werfen.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Burmeister. – Es gibt noch eine Ergänzung durch Herrn Sonntag, wenn ich das richtig verstanden habe.

Herr Sonntag: Ich habe nur noch eine ganz kurze Ergänzung. Das betrifft kein ureigenes KV-Thema, ist aber eine Geschichte, die uns während der Pandemie aufgefallen ist.

Ich habe Ihnen berichtet, dass wir unsere Mitglieder mit Schutzausrüstung versorgt haben. Das hat auch wunderbar funktioniert. Es gibt nur ein Problem – da bin ich bei Frau Professorin Elsbernd, was die Pflege angeht –, wenn Sie die ambulanten Pflegedienste als One-Woman-, One-Man-Tätigkeit betrachten: Die hatten keine KV im Hintergrund, als sie dringend Schutzausrüstung brauchten, die ihnen Masken und was sie ansonsten noch benötigen, besorgt hätte. Das könnte sicherlich eine Aufgabe – ich sage jetzt einmal – für die staatlichen Institutionen sein: sich Konzepte zu überlegen, wie das, wenn die nächste Krise kommt, gewährleistet werden kann.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank für die Ergänzung. – Für die zweite Fragerunde liegen mir bisher sechs Wortmeldungen vor, und zwar von Frau Abg. Krebs, Herrn Dr. Müller, Frau Abg. Dr. Kliche-Behnke, Herrn Rack, Frau Abg. Wolle und Frau Abg. Dr. Pfau-Weller. Gibt es weitere Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Dann stellen Sie Ihre Fragen bitte in aller Kürze. – Zunächst Frau Abg. Krebs, bitte.

Abg. Petra Krebs GRÜNE: Ich gebe mir Mühe, Herr Vorsitzender. – Erst einmal vielen Dank für die wirklich inspirierenden Vorträge. – Zu Ihrem letzten Beitrag, Herr Sonntag, würde ich den Fokus gern noch um das Thema „Pflegerische Angehörige, die von keinem medizinischen Dienst versorgt werden“ erweitern. Denn das waren diejenigen, die die meisten Probleme hatten, Zugang zu Schutzkleidung zu finden. Es gab Fälle, dass die dann nicht mehr aus dem Haus gegangen sind. Das wird man mitbedenken müssen.

Ich habe einen Kommentar und eine Frage. Den Kommentar haben Sie ausgelöst, werter Herr Burmeister, durch etwas, was Sie ganz am Anfang gesagt haben: Pflegerische und Menschen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, sind immer entsetzt, wenn man den Begriff „Gesundheitswirtschaft“ verwendet. Ich glaube, genau daran macht sich das Problem fest: dass die Relevanz dieses Sektors Gesundheitswirtschaft – ich bezeichne das gern als Wirtschaftssektor – unterschätzt wird. Der Bereich Gesundheitswirtschaft ist der größte in Baden-Württemberg – größer als die Automobilwirtschaft – und ist entsprechend relevant. Das sind natürlich nicht nur Krankenhäuser, sondern auch alle Einrichtungen. Deshalb bin ich auch froh, dass heute Frau Dr. Holuscha-Uhlenbrock und Frau Dr. Noller hier sind.

Das Thema hat also eine sehr, sehr große Relevanz. Irgendwann müssen sich auch die Pflegenden einmal bewusst sein, dass sie nicht für Gotteslohn arbeiten, sondern dass es anständige Gehälter und Bedingungen gibt. Aber das kann man halt nur verstehen, wenn man das auch als Wirtschaftsfaktor sieht. Wir müssen uns schon einmal klar darüber werden, dass dieser Sektor auch sehr viel leistet. Ich glaube, in der Coronapandemie ist es gelungen, den Fokus darauf zu lenken.

Aber jetzt – in dieser Krise, die wir haben –, wenn wir sehen, wie die ganzen Hilfsleistungen verteilt werden, dann ist der Gesundheitssektor, ist die Gesundheitswirtschaft leider unterprivilegiert. Das ist eine politische Verantwortung. Die haben wir zu tragen, die hat der Bund zu tragen. Aber das wird nur funktionieren, wenn das Wording mal in die Richtung geht, dass da wirklich wertvolle Arbeit geleistet wird, die etwas wert ist und die in Baden-Württemberg auch ein Wirtschaftsfaktor ist. Ohne diesen Kommentar wollte ich aus dieser Diskussion nicht herausgehen.

Es würde mich schon interessieren, ob Sie da irgendwelche Möglichkeiten sehen, das durch Handlungsempfehlungen mehr zu heben.

Das andere, worüber wir von Anfang an reden, hat viel mit Kommunikation zu tun. Deshalb geht die folgende Frage vor allem an die Ärzteschaft. Es war ein paar Mal die Rede von *e i n e r* Nummer für alle Notfälle – also betreffend Leitstellenummer 112 oder 116 117, „docdirekt“. Ich möchte mal nachfragen, wie Sie das verstehen – ich habe es nicht ganz verstanden –: Wo kommen denn jetzt die Menschen mit gesundheitlichen Problemen oder auch nur der Vorstellung eines Problems an Informationen? Rufe ich jetzt bei „docdirekt“ an oder bei 116 117? Viele kennen die Nummern auch gar nicht. Welchen Ratschlag geben Sie uns da? Das geht ja in beide Richtungen. Da geht es mir nicht nur um Ratsuchende, sondern auch um die andere Richtung, wenn wir Informationen transportieren wollen. Da geht es mir nicht um politisches oder medizinisches Erklären, sondern um Kommunikation.

Gesundheitskommunikation funktioniert nur, wenn sie zielgruppenspezifisch ist. Da denke ich jetzt auch an Menschen, die z. B. in ihrer geistigen Wahrnehmung eingeschränkt sind oder die nicht richtig Deutsch verstehen. Wie kommen die an Informationen, und wo können sie sich die Informationen abholen? Es wäre schön, wenn wir irgendeine Handlungsempfehlung entwerfen könnten – das ist ja unser Ziel –: Wo kommt Frau Krebs zu der Information, die sie jetzt braucht?

Dr. Christoph Müller, externes Mitglied: In aller Kürze nur eine Frage. Herr Dr. Müller, ich glaube, Sie haben gerade einmal das Wort „Betriebsarzt“ genannt. Ansonsten kamen die Betriebsärzte bis jetzt gar nicht vor. Insofern würde mich von Ihnen allen einmal eine kurze Einschätzung zu Betriebsärzten interessieren.

Nach meiner Wahrnehmung hat das ganze System gerade am Anfang der Krise mit dem Einsatz und dem Einbezug von Betriebsärzten sehr gefremdelt. Das ist mein Eindruck. Das finde ich eigentlich schade, weil Betriebsärzte ja eine große Zahl von Ärzten sind. Dahinter stehen in der Regel auch Bereiche mit weiterem medizinischen Personal, typischerweise auch mit einer gut finanzierten Infrastruktur und einer Bereitschaft, sich tatsächlich einzubringen. Visuell hatte ich das Gefühl, Sie stimmen meiner Einschätzung, dass gefremdelt wird, nicht zu. Insofern würde mich dazu Ihre Einschätzung interessieren.

Abg. Dr. Dorothea Kliche-Behnke SPD: Ich habe auch noch ein paar Fragen. Ich versuche, es so kurz wie möglich zu machen. – Wir haben uns in den letzten Monaten interfraktionell sehr stark mit Fragen von ME/CFS, verbunden auch mit Long Covid, auseinandergesetzt und haben hierzu auch ganz viele Rückmeldungen bekommen: dass es hier in Baden-Württemberg, aber selbstverständlich auch in anderen Bundesländern in der Versorgung Leerstellen gibt. Wir werden im Sozialausschuss auch gemeinsam an diesem Thema dranbleiben. Deswegen würde mich von Ihnen, Herr Dr. Miller und Herr Sonntag, interessieren, ob Sie Bedarfe sehen – vielleicht auch einen Auftrag an die Politik oder an sich selbst –, im Bereich der Ausbildung, Weiterbildung, Schwerpunktpraxen oder Ähnlichem aktiv zu werden.

Wir haben jetzt sehr viel über die Themen Coronamanagement und Impfungen gesprochen. Dazu habe ich nur noch eine Rückfrage: Wie bewerten Sie die Entscheidung, dass auch Apothekerinnen und Apotheker impfen können?

An Herrn Miller gerichtet: Sie haben kürzlich mehr Medizinstudienplätze gefordert. Was bedeutet das aus Ihrer Sicht konkret für Baden-Württemberg? Hätten Sie da vielleicht eine Zahl als Auftrag an uns?

Jetzt hatte ich mir das noch mal angeschaut, was Herr Burmeister vorhin zur Umfrage der Arbeitnehmerkammer Bremen vorgetragen hat. Da ist sehr auffällig und interessant, dass noch vor den Themen Anerkennung, Bezahlung und anderem die Fragen von Organisation und Führung das meistbenannte Themenfeld waren. Deswegen würde mich dazu noch mal konkret interessieren: Haben Sie Ideen, Vorschläge? Wo sehen Sie Handlungsbedarfe, wo sich im Studium oder in der Weiterbildung konkret etwas ändern muss, um diesem Aspekt Rechnung zu tragen? Wie gehen wir im medizinischen Sektor in der Zukunft stärker, besser mit Führungsfragen, Organisationsfragen um?

Anschließend als Allerletztes zu dem Thema Betriebsärzte: Herr Burmeister, Sie haben ja auch angesprochen, dass das Thema „Psychische Erkrankungen“ in Betrieben sehr stark zunimmt. Das ist auch meine, unsere Beobachtung. Ich habe tatsächlich aus der Wirtschaft auch schon ganz konkret die Frage gestellt bekommen – das ist eine Organisationsfrage, die ich nicht beantworten konnte –, ob wir da zum Teil andere Strukturen brauchen, ob psychologische Beratungsmöglichkeiten analog zu Betriebsärztinnen und -ärzten in Betrieben stärker verankert werden sollten.

Oliver Rack, stellv. externes Mitglied: Danke schön auch von mir für die Einblicke. – Sozusagen eine Spezialität von Baden-Württemberg ist ja, dass wir ein Bundesland mit Außengrenzen sind, die zum Glück europäische Binnengrenzen und auch sehr vitale Alltagsräume sind. Das hat natürlich auch Bezüge zur Gesundheitsversorgung. Dazu meine Frage an Herrn Rinkel, der auch die internationale Interoperabilität von Prozessdaten und Schnittstellen angesprochen hat: Wie ist da die Situation in Baden-Württemberg nach Frankreich, in die Schweiz hin – da gibt es ja auch noch einen Zipfel von Österreich? Treibt man das Thema Telematik auch gezielt an? In

Frankreich habe ich übrigens die Masken für 1,50 € bekommen – staatlich geprüft und aus eigener Produktion in Frankreich; dort hat man dafür drei Betriebe gehabt –, während man hier dafür 6 € bezahlt hat. Irgendetwas ist da also in Frankreich besser gelaufen.

Herr Burmeister, die Solidarität, die Sie angesprochen haben, ist ja eigentlich traditionell eine internationale Solidarität. Die Kompensation von fehlendem medizinischen Personal – ob das jetzt Ärzte oder ob es Pflegende sind – aus der Zuwanderung ist für mich schon eine wesentliche Frage. Herr Miller war sich nicht sicher bzw. hatte nicht den Eindruck, dass man aus anderen Geografien tatsächlich Leute abzieht. Sie selbst sagen aber, der Balkan sei leer. Das würde also dem schon mal in der Geografie widersprechen. Insofern ist es schon noch mal eine wichtige Frage, ob es da zumindest eine Evidenz gibt, dass wir dann, wenn wir Dienstleistungen irgendwoher aus der Welt beziehen, damit letztlich einen Schaden anrichten.

Dann war für mich die Grafik zum Vergleich der Zahl der Anordnungen, Verwarnungen, Bußgeldbescheide der Gewerbeaufsicht zwischen Baden-Württemberg und Bayern noch mal spannend. Das lag ja wirklich extrem auseinander. Ist da irgendetwas systematisch anders, dass es zu solch einer Statistik kommen kann?

Die Misstrauenskultur, Herr Rinkel, hatten Sie als großes Hemmnis zwei- oder sogar dreimal angesprochen. Es ist jetzt natürlich schwer, das auszubreiten. Aber woher kommt das? Ist das eine Spezialität des Gesundheitswesens – so hat es sich ja ein bisschen angehört –, und wie kann man das mildern?

Dann noch eine Frage an Herrn Miller, Herrn Sonntag und Herrn Rinkel: Im Moment gibt es ja die Diskussion, dass in den Arztpraxen die Konnektoren in der Telemedizininfrastruktur ausgetauscht werden müssen, weil das Sicherheitszertifikat hardwareseitig ausgelaufen ist. Dabei sollen Kosten in Höhe von 400 Millionen € anfallen. Es gibt zivile Organisationen, die behaupten, das ließe sich auch über einen sogenannten Softwarefix lösen. Lassen wir das einmal dahingestellt. Aber das ist ein Lock-in. Wenn durch den Lock-in, der ganz klassisch zu den Digitalisierungsthemen gehört, große Schäden für die Kassen entstehen, dann stellt sich die Frage, wie wir auch in diesem Bereich im Gesundheitswesen eine stärkere Souveränität hinbekommen.

Abg. Carola Wolle AfD: Ich möchte zunächst richtigstellen: Es ging mir nicht um die Attraktivität des Arztberufes – dieser ist hochattraktiv –, sondern um die Attraktivität, in Deutschland zu arbeiten. Da haben wir ja die Hindernisse auch besprochen.

Zu den Betriebsärzten: Ich habe früher in einem großen Automobilunternehmen gearbeitet. Da haben selbstverständlich bei Dienstreisen ins Ausland die Betriebsärzte geimpft. Also, ich habe das Theater, wie es vorhin angesprochen wurde, auch nicht verstanden, und ich habe auch nicht verstanden, warum die Betriebsärzte an der Stelle nicht impfen durften. Ich denke, denen kann man viel mehr zumuten.

Herr Sonntag, Sie haben angesprochen, dass immer mehr Praxen nicht selbstständig laufen, sondern in MVZs. Das ist ja eine Tendenz: dass man keine Überstunden mehr machen will, keine Verantwortung z. B. für das Personal übernehmen will. Das sind also Problematiken, die den Pflegeberuf und den Arztberuf ein Stück weit unattraktiv machen. Denn wenn ich angestellt bin, dann habe ich meinen Achtstundentag. Überstunden bekomme ich dann entweder bezahlt oder ausgeglichen. Wenn ich selbstständig bin, ist das eben nicht der Fall, dann bin ich meinen Patienten auch viel mehr verpflichtet, weil ich keinen Kollegen habe, der etwas übernehmen könnte.

Aber das Problem ist ja, dass es sehr viele Träger gibt – das haben Sie auch angesprochen –, die unternehmerisch und gewinnorientiert arbeiten. Hier fehlt im Hinblick auf die Patienten quasi ein Stück weit die Verantwortung. Hat das Auswirkungen, und, wenn ja, wie kann man dem entgegenwirken?

Von der medizinischen Ausbildung, vom Studium her ist es inzwischen so, dass überwiegend Frauen – dafür bin ich dankbar; ich bin auch eine Frau – Medizin studieren. Das ist ja mit dem Problem verbunden, dass sie in dem Moment, wenn sie Kinder bekommen, in Teilzeit arbeiten. Ein Mann macht das in den seltensten Fällen. Ich möchte das nicht schlechtreden, sondern das ist für mich in Ordnung. Aber das Problem ist eben, dass man sich dann, wenn Medizin weiblicher wird, konsequenterweise Gedanken darüber machen muss, wie viel mehr Menschen ich ausbilden muss, damit ich das Kontingent an Medizinerinnen, das ich hinterher brauche, habe. Das ist ja auch ein Problem, nicht nur die Attraktivität.

Abg. Dr. Natalie Pfau-Weller CDU: Ich glaube, dass meine Frage zu 116 117 ein bisschen missverstanden wurde oder ich sie missverständlich gestellt habe. Das sollte keine große Kritik sein. Deswegen noch mal meine Frage an Herrn Dr. Miller: Wie gestalten wir es besser, dass die Bevölkerung – das geht in dieselbe Richtung, wie es die Kollegin Krebs gefragt hat – weiß, wo sie anrufen sollte? Wie könnten wir es noch besser bündeln?

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank für die Fragen. – Jetzt gehen wir in eine Schnellantwortrunde. – Herr Dr. Miller, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Miller: Vielen Dank für die Nachfragen. – Wir sitzen hier beieinander und haben ein gutes Einvernehmen. Da ist, glaube ich, kein so arg großer Widerspruch, wie es jetzt den Anschein hatte. 116 117 ist eine wichtige Einrichtung. Wir haben uns auf Bundesebene dafür entschieden, dass das die Servicenummer für medizinische Anliegen sein soll. Wenn Sie da anrufen, müssen Sie erst mal sagen, was Sie wollen: ob Sie eine Videosprechstunde wollen, ob Sie irgendwie ein anderes Problem haben, ob Sie frei sprechen wollen oder ob Sie den ärztlichen Notfalldienst möchten. Wenn Sie den ärztlichen Notdienst haben wollen, also den Hausbesuch, den wir alle kennen, und diesen entsprechend auswählen, dann gibt es zwei Probleme: Zum einen dauert das, es dauert und dauert. An dem Problem arbeitet die KV. Aber das ist halt ganz anders als bei der Rettungsleitstelle. Das dauert auch deswegen so lange,

weil das natürlich irgendwo im Land organisiert wird. Da ist jetzt auch nicht viel Reserve. Das hat etwas mit der Reserve zu tun, was ich vorher genannt habe.

Zum anderen – das ist jetzt der Punkt, der uns ein Anliegen ist – beginnt dann ein System zu arbeiten. Da wird geschaut, ob der Anrufer einen Hausbesuch braucht. Das wird hochprofessionell gemacht. Das ist alles gut. Dann sagt man: Ja, es wäre vielleicht gut, dass die Person jetzt einen Hausbesuch bekommt. Dann wird der diensthabende Arzt informiert, damit er dort hinfährt – entweder selbst oder mit einem Fahrservice, den wir von den Johannitern oder den Maltesern haben; Vertreter dieser Organisationen hören Sie heute Nachmittag auch noch. Das ist eine Welt, die läuft für sich, davon weiß die Rettungsleitstelle, die Rettungsmittel nichts.

Andersherum ist es genauso: Wenn jemand bei 112 oder bei 19222 anruft, dann landet er beim Rettungsdienst. Dann müssen die erst mal schauen, wie sie klarkommen. Dazwischen ist eine Schnittstelle. Das hatten wir in Baden-Württemberg dadurch gelöst – das war in den letzten Jahren eine Hilfskonstruktion –, dass die 116 117 auch bei der Leitstelle angenommen wurde. Also: am gleichen Tisch dieselben Menschen, aber andere Zuständigkeiten, andere Kostenträger usw. Das Problem wurde bei uns erkannt. Aber das ist nicht gut koordiniert.

Das Wichtigste ist, dass die Leitstelle – das geht jetzt tief ins Detail, aber das muss ich einfach sagen – doch wissen muss, wo der ärztliche Notfalldienst unterwegs ist. Wir hatten das in Baden-Württemberg, teilweise mit GPS-Ortung etc. Andersherum: Der ärztliche Notdienst muss doch wissen, wo gerade ein Notarzt ist, ob es einen Notarzteinsatz gibt, ob es keinen gibt und ob wir das intelligenter lösen können. Da waren wir einfach schon weiter, da sind aber wieder zurückgefallen. Es geht gar nicht um diese Servicenummer, sondern um diesen kleinen Punkt. Aber, wie gesagt, das ist ein Detail, das uns und denen, die Ihnen das heute Nachmittag sicherlich auch sagen werden, ein großes Anliegen ist. Da muss man schauen, dass man das noch ein bisschen optimiert.

Betriebsärzte müssen impfen dürfen, dürfen impfen. Betriebsärzte machen einen tollen Job, erfüllen einen gesetzlichen Auftrag und arbeiten weit darüber hinaus. Sie sind oft die Hausärzte von jungen Leuten – das sage ich einfach einmal so –, die keinen Hausarzt haben, die auch keinen Hausarzt brauchen. Die gehen – gerade in großen, leistungsfähigen Unternehmen – zum Betriebsarzt. Die Betriebsärzte übernehmen ihre Tätigkeit und können und wollen darüber hinaus auch nichts machen, sie müssen Alte und Kranke auch nicht außerhalb ihrer Zuständigkeit betreuen.

Ja, es gab beim Impfen Schwierigkeiten. Die Betriebsärzte durften immer impfen, die durften auch schon abrechnen – auch schon vor der Pandemie. Das ist geregelt. Das ist eine Leistung, die den Betriebsärzten zusteht. Es gab nur das Problem mit der Impfstoffbeschaffung. Da brauchte man das rosafarbene Rezept, das die nicht haben, das Kassenrezept. Das war ein technisches Hemmnis, an dem das hing. Das dauerte zwei Wochen oder so. Dann konnten die auch Impfstoff bestellen und hatten

denselben Mangel an Impfstoff wie alle anderen auch. Es ist völlig klar, dass wir die Betriebsärzte sehr schätzen.

Long Covid: Hier sind wir zusammen mit der Landesregierung, auch mit dem Landesgesundheitsamt relativ bald im Gespräch gewesen. Wir haben schon vor fast einem Jahr, im Januar, Expertensymposien koordiniert, haben gesammelt, was es dazu gibt. Die Forschung macht enorme Fortschritte. Da sind wir inzwischen viel weiter. Wir wissen, dass es eine komplexe Erkrankung ist. Dann haben wir überlegt, was wir empfehlen: An jeder Ecke einen Long-Covid-Spezialisten? Die Zahlen sind groß. Da haben wir gesagt: Das ist nicht die Lösung. Die Lösung muss sein, dass diese Grundversorgung bei den Hausärztinnen und -ärzten ist, dass die entsprechend geschult und qualifiziert werden und dass es an den Universitätskliniken des Landes diese wirklich spezialisierten Long-Covid-Ambulanzen gibt, die dann für besondere Fälle die Expertise vorhalten.

Jetzt sind wir da mittendrin, und natürlich würde man sich mehr Kapazitäten wünschen. Aber diese Entscheidung, jetzt nicht an jedem Versorgungskrankenhaus eine eigene Struktur zu implementieren, halte ich für sehr sinnvoll. Ich denke, mit dieser Gliederung – Forschung, Hausärzte, Zentren – sind wir ganz gut aufgestellt.

Impfen in der Apotheke: Ich sage ganz einfach: Man braucht es nicht. Es hat keiner darauf gewartet. Es gibt bei uns keine Zugangsbeschränkung zu Impfungen. Es mag sein, dass es komfortabel ist, wenn Sie – was weiß ich – sich am Samstagabend um 19:30 Uhr im Breuningerland in der Apotheke impfen lassen können. Aber da haben wir eine andere Tradition. Das sind jetzt auch nicht die Riesen Zahlen.

Natürlich haben wir Sorge wegen der Risiken, die es gibt, wegen der seltenen, aber dann doch dramatischen Komplikationen, die es beim Impfen geben kann. Die sind Gott sei Dank selten. Aber das ist ein Punkt, den man aus irgendwelchen Gründen auf Bundesebene geöffnet hat. Wir sind da nicht begeistert, das liegt auch daran, weil Impfen in eine Hand gehört. Jetzt impft der Betriebsarzt bei denen, die er versorgt, und der Hausarzt bei denen, die er betreut. Was ein Apotheker macht, das ist eigentlich nicht greifbar. Wir haben keine funktionierende elektronische Gesundheitsakte. Das geht ja weiter. Der Apotheker berät dann über dieses und jenes, und das weiß dann auch wieder niemand.

Noch ein Wort zu den Medizinstudienplätzen. Die Landesregierung, Sie, meine Damen und Herren Abgeordneten, haben zusätzlich 150 Medizinstudienplätze pro Jahr – davon 75 für die hausärztliche Versorgung – mehr beschlossen. Das ist eine ganze Menge. Wenn wir sagen, wir haben einen Mangel, dann ist klar: Mehr wäre natürlich immer gut – das ist klar; auch unter dem Aspekt der neuen Arbeitsbedingungen.

Man spricht immer von Work-Life-Balance und dergleichen. Das ist ja Quatsch. Es ist ein Work-Life-Management. Es ist ja enorm, was die jungen Mütter und auch Väter leisten, um das unter einen Hut zu bekommen. Anders würde man das gar nicht hin-

bekommen. Dem müssen wir uns stellen. Deswegen – ich habe mir jetzt keine Zahl überlegt –: Wenn Sie noch mal irgendwo 150 Studienplätze auflegten, wäre das toll. Man muss nur wissen: Es dauert zwölf bis 15 Jahre, bis die Mediziner in der Versorgung sind – Studium: Minimum sechs Jahre, Facharztweiterbildung: sechs Jahre, dann gibt es vielleicht noch Verzögerungen durch Elternzeit. Also, das wirkt nicht schnell, aber ist perspektivisch natürlich eine Investition in die Zukunft, ganz klar. Das kann man sich nur wünschen.

Konnektoren in der Telematikinfrastruktur: Das ist eigentlich – Sie haben es gesagt – ein technisches Ding. Darüber sollten wir uns gar nicht unterhalten müssen. Das muss geklärt sein. Andere Länder bekommen das hin, wir bekommen es nicht hin. Damit möchte ich gar nicht anfangen.

Wir brauchen die sichere Kommunikation. Wenn das in unserem umständlichen Gemeinwesen mit der Telematik, die jetzt der Bundesrepublik Deutschland gehört, nicht anders geht, als dass man diesen Konnektor austauscht, dann muss man ihn eben austauschen. Das haben wir auch gemacht. Dann ist der halt ausgetauscht. Das möchte ich hier nicht weiter vertiefen. Das ist ein großes Ärgernis. Softwarelösungen gibt es auch in anderen Bereichen. Hier gilt auch wieder: Baden-Württemberg ist innovativ. Bei uns gibt es seit zehn Jahren in unseren Selektivverträgen eine sichere Anbindung auf Softwarebasis. Die funktioniert. Da haben wir die eAU schon lange gehabt. Warum solche Lösungen nicht schon vor fünf oder sieben Jahren auf Bundesebene übernommen wurden, das hat rein politische Gründe: weil das aus Baden-Württemberg kommt und funktioniert hat – das sage ich jetzt mal so flapsig –, darf das dann nicht sein.

Zu den Fachkräften: Klar, wir bekommen aus Osteuropa nicht mehr viele, weil der Markt da leer ist. Je weiter die weg sind, desto schwieriger ist es mit der Sprache. Aber wir müssen uns dem stellen.

Wir waren vor zwei Wochen in dieser Mission in Vietnam. Das ist ein Volk von 90 Millionen Menschen, eine ganz junge Bevölkerung. Da gibt es ganz viele, die wir nicht irgendwie der Gesundheitsversorgung in Vietnam abziehen. Wenn einige dieser jungen Männer und Frauen im Mekongdelta eine Chance haben, sich zu qualifizieren, dann bei uns zu arbeiten, vielleicht auch wieder zurückzugehen, dann ziehen wir die nicht irgendwie aus der Gesundheitsversorgung in Vietnam ab. Also, das Problem stellt sich da überhaupt nicht. Da haben wir genau diese Hürden, die schon angesprochen wurden – Aufenthaltsrecht, Konsulat. Wir haben dort auch mit der Generalkonsulin gesprochen. Aber die lösen jetzt auch nicht unsere Probleme. Wenn wir in diese Richtung denken, dann müssen wir halt weiter weggehen.

Herr Sonntag: Frau Krebs und Frau Dr. Pfau-Weller, Sie haben noch mal die 116 117 angesprochen. „Docdirekt“ ist inzwischen in die 116 117 integriert, ist keine eigene Nummer mehr. Die Patienten rufen einfach da an, wo sie anrufen. Das hört sich jetzt ein bisschen komisch an, aber die haben irgendwo eine Telefonnummer,

und dort rufen sie an. Inzwischen klappt die Koordination ziemlich gut. Also, wenn jemand bei der 116 117 anruft und eigentlich ein Fall für den Rettungsdienst ist, dann wird der Anruf sofort weitergeleitet. Die Person muss also nicht noch mal anrufen, sondern wird unmittelbar weitergeleitet. Umgekehrt ist es genauso.

Herr Rack und Frau Wolle – ich glaube, Sie haben es angesprochen –, was die ausländischen Ärzte angeht: Die KV macht keine Werbung in Ost- und Südeuropa für medizinisches Personal. Die brauchen das medizinische Personal dringender als wir in Deutschland. Deswegen machen wir keine Werbung dafür.

Last, but not least: Herr Rack, Sie haben das Thema Telematikinfrastruktur angesprochen. Das Thema ist für die Ärzte und Psychotherapeuten ein Ärgernis ohne Ende. Wenn die TI in der Praxis ausfällt, steht die Praxis still, mit allen Konsequenzen, die damit einhergehen. Die digitalen Anwendungen, die wir haben, sind nicht nutzergerecht und vorher nicht ausreichend getestet worden. Das heißt, wenn man etwas ändern möchte, dann muss man eine klare Zielstellung haben, muss die Nutzer im Blick haben und muss die vorher ausreichend testen.

Herr Rinkel: Ganz kurz auch noch zur Notfallnummer. Unsere klare Ansage als Verband ist: Wir brauchen eine Nummer – welche das dann ist, ist nachrangig –, und alles muss hintendran laufen. Die Menschen müssen sich mit ihren gesundheitlichen Problemen an eine Stelle wenden können. Am idealsten wäre es natürlich, wenn es auch noch über eine App und über andere Kommunikationswege ginge. Das wäre so ein mittelfristiges Ziel.

Betriebsärzte: Es ist sehr bedauerlich, dass es da zu Verzögerungen beim Impfen kam. Aber ich meine, wir müssen vor allem bei Betriebsärzten auch betrachten, dass sie ja inzwischen auch etwas wie Mangelware werden. Es gibt inzwischen auch da durchaus Nachwuchsprobleme, und bei den Herausforderungen, die gerade in Betrieben in Bezug auf psychische Gefährdungen, psychische Belastungen bestehen, wäre eine interdisziplinäre Herangehensweise aus Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, aber vor allem auch aus Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sehr gut. Da gibt es einige Modellprojekte, die laufen. Aber das sind eben nur Modellprojekte, die derzeit in einigen Betrieben etabliert sind. Universitär werden sie teilweise von psychosomatischen Abteilungen – u. a. in Ulm – mitbetreut. Ich glaube, hier ist ein ganz großes Feld, das die Betriebsmedizin in allernächster Zeit sehr intensiv aufgreifen sollte. Denn auch das trägt letztlich natürlich zu einer Resilienz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bezüglich Belastungen bei und macht damit die Gesellschaft stabiler.

Worüber ich sehr froh bin, ist, dass Chronic-Fatigue-Syndrome jetzt endlich einmal der Forschung zugeführt werden. Dass wir dafür Covid gebraucht haben, ist sehr bedauerlich, denn das Krankheitsbild kennen wir dem Grunde nach schon seit 20 Jahren. Aber es hat sich in diesen 20 Jahren vor Corona leider niemand so richtig

darum gekümmert. Ich sehe es positiv, dass es jetzt einerseits die Politik, andererseits aber auch die Wissenschaft endlich aufgreifen.

Herr Rack, Schnittstellen, ja. Wir bieten schon gar keine Schnittstelle auf unserer Seite an, weil unsere digitale Kommunikation, der digitale Austausch, praktisch nicht funktioniert. Deshalb ist es sehr schwierig, an Systeme anzudocken, die es tatsächlich in Frankreich gäbe. Aber hier gilt es, erst mal bei uns daran zu arbeiten, dass wir da vorankommen. Wenn wir vorankommen, dann muss zumindest gewährleistet sein, dass wir über die Grenzen hinweg ein einigermaßen funktionierendes Austauschsystem hinbekommen. Wir werden das in der Tagung des Hartmannbundes, die Ende Juni in Straßburg im Zeichen europäischer Themen steht, als ein Thema mit auf der Agenda haben.

Misstrauenskultur: Die Erklärungen sind schwierig. Ich kann es mir hauptsächlich so vorstellen, dass in einem solidarischen Finanzierungssystem Tätige vielleicht immer unter einem gewissen Anfangsverdacht stehen, etwas falsch zu machen, vielleicht auch im Finanziellen falsch zu machen. Aber wir stellen durchaus fest, dass dieses auch publizistisch nach vorn getragene Misstrauen in den letzten 15, 20 Jahren deutlich zugenommen hat. Hier ist es unsere Initiative, dass wir immer wieder versuchen, die Beteiligten, die ich anfangs mal genannt habe, an einen Tisch oder in eine Podiumsdiskussion zu holen, um zumindest die Hürden etwas abzubauen und auch gemeinschaftliche Aktivitäten in der Versorgung von kranken Menschen in den Vordergrund zu rücken. Wenn dann allerdings wieder ein – vor allem medialer – Bericht darüber erscheint, was Ärzte alles falsch abgerechnet haben, dann sind wieder viele Arbeitszeiten, die wir da hineingesteckt haben, zunichtegemacht.

Dass die angestellten Kolleginnen und Kollegen in MVZs oder in anderen Strukturen wirklich Dienst nach Vorschrift machen und einen Achtstundentag oder einen Sechseinhalbstundentag oder einen Dreistundentag oder wie auch immer pflegen, das ist, glaube ich, ein sehr formales Herangehen an dieses Thema. Ich denke, auch da wird in der Regel so lange gearbeitet, bis die Menschen tatsächlich versorgt sind.

Ich glaube, wir nähern uns immer mehr dem an, dass gerade in der Mischung – wir erleben es ja jetzt im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte – von angestellt sein und wirtschaftlich für die Praxis verantwortlich sein ein gutes Miteinander ist. Wenn man die Menschen, die betreut werden, fragt, ob das jetzt derjenige ist, der der Praxisinhaber oder der Hauptverantwortliche ist, oder ob das eine angestellte Ärztin oder ein angestellter Arzt ist, werden wir kaum Unterschiede rückgemeldet bekommen. Deshalb glaube ich nicht, dass das ein relevanter Punkt ist.

Herr Burmeister: Frau Krebs hat noch mal darauf hingewiesen, dass die 700 000 Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ein Faktor sind. Ich glaube, das Land hat ja auch durchaus eine Strategie rund um die Gesundheitswirtschaft. Ich finde, die erste Handlungsempfehlung ist, dass wir das Gesundheitswesen nicht als Kostenfaktor diffamieren, sondern natürlich als eigenständigen Wirtschaftsbereich, der auch

Wohlstand mit sich bringen kann, Beschäftigung schaffen kann, und zwar gute Beschäftigung, sehen sollten. Das ist erst mal eine Frage der Blickrichtung. Ich würde dafür plädieren, dass wir das auch machen sollten. Das ist ja übrigens auch ein Beschäftigungsfeld, das verlagerungsresistent ist.

Wenn ich von Ökonomie und Gesundheitswirtschaft rede, meine ich damit ausdrücklich nicht die Ökonomisierung. Bei vielen Beschäftigten im Gesundheitswesen – das habe ich zumindest feststellen dürfen; ich bin erst seit Januar in meiner Position als DGB-Bezirksvorsitzender; ich war vorher in einem anderen Bereich, in der Metallindustrie, tätig – ist offenbar die Begrifflichkeit der Ökonomisierung mit vielen Erfahrungen einhergegangen. Dass damit die Ökonomisierung, die ja dann auch zu manchen Fehlentwicklungen führt, gemeint ist, das meine ich ausdrücklich nicht.

Betriebsärzte: Hier wurde oft die Frage gestellt, ob es davon genug gibt. Ich hatte dabei zunächst die großen und gut organisierten Betriebe vor Augen. Da habe ich wahrgenommen, dass die Betriebsärzte eine hohe Funktion und hohe Anerkennung haben. Aber bei weiterem Nachdenken fiel mir natürlich ein: Je kleiner der Betrieb, desto entfernter ist auch der Betriebsarzt. Daher habe ich zunächst ein bisschen mit dem Kopf genickt. Nachdem ich aber darüber nachgedacht habe, glaube ich, dass wir alles dafür tun müssen – wir hatten auch auf die zurückgehende Zahl von Betriebsärzten hingewiesen –, Betriebsärzte wieder stärker zu gewinnen.

Frau Dr. Kliche-Behnke fragte ja, ob es da nicht ein neues Aufgabenfeld rund um psychische Gefährdungen gibt. Ich würde das ausdrücklich bejahen, und ich will dazu auf etwas hinweisen, was ich als „Konjunktur der psychischen Gefährdungen“ bezeichnen würde. Als Betriebsräte und Mediziner in den Betrieben auf psychische Gefährdungen hingewiesen haben – das war die erste Auseinandersetzung mit dem Thema –, haben Betriebe, Unternehmen gesagt: „So etwas gibt es bei uns nicht.“ Die zweite Welle war dann: „Ja, das gibt es, aber das hat nichts mit den Arbeitsbedingungen zu tun. Das liegt daran, dass die Leute so viel Freizeitstress haben oder mit den Kindern nicht klarkommen, das hat aber nichts mit den Arbeitsbedingungen zu tun.“

Ich glaube, wir sind jetzt in einer neuen Phase, in der wir anerkennen müssen – gerade die Erfahrungen mit zwei Jahren Corona haben das gezeigt –, dass es natürlich nicht immer zu 100 % die Arbeit oder zu 100 % die Freizeit ist, sondern dass es der Mix ist. Ich will es am Beispiel – das habe ich vor Augen – von jungen Müttern deutlich machen, die oft tagsüber die Kinder betreut haben und sich dann abends, wenn die Kinder im Bett waren, alle in ihren Netzwerken getroffen haben. Mittels Microsoft Teams beispielsweise kann man ja sehen, wer arbeitet. Da waren junge Frauen, die ihre Arbeit gemacht haben, als die Kinder im Bett waren, stark vertreten. Das geht natürlich einher mit Belastungen, wenn das zum Dauerzustand wird. Wenn man das an einem Tag macht, wird man davon nicht krank, und man wird davon auch nicht krank, wenn man einmal länger als acht Stunden arbeitet. Aber wenn das zur dauerhaften Belastung wird, sind die Folgen sehr eindeutig. Daher würde ich es schon

sehr bejahen, dass dieses große Feld der psychischen Belastungen, die auch die Ursache in der Arbeitsbelastung, in der Arbeitszeit haben, Gegenstand der Tätigkeit von Betriebsärzten sein muss. Auch die ganzheitlichen Gefährdungsanalysen und das Arbeitsschutzgesetz besagen ja, dass wir diese psychischen Belastungen in den Blick nehmen müssen. Daher braucht es da auch betriebliche Schutzkonzepte.

Zu den Fragen nach der Offenheit in der Welt und wie es mit Brain-Drain und Ausgleichszahlungen usw. aussieht: Ja, diese Dimension ist mir bewusst. Natürlich müssen wir uns darüber unterhalten, wer denn den Deutschkurs beim Goethe-Institut im Ausland bezahlt. Wenn wir Menschen anwerben, müssen wir auch darüber nachdenken, dass wir damit keine Notstände organisieren. Das macht ja auch die internationale Entwicklungszusammenarbeit. Aber wir haben hier nun einmal eine schrumpfende Gesellschaft und woanders eher deutlich wachsende Bevölkerungszahlen. Klar ist, dass wir uns überlegen müssen, was wir da machen können.

Mir geht es um etwas anderes. Ich möchte, dass wir in diesem Land dafür die nötige Offenheit haben und nicht die Abschottung. Es gibt einige – wir haben das ja in den letzten Wochen erleben können –, die immer noch stark auf Abschottung setzen und die ganze Frage der nötigen Einwanderungskultur eigentlich verneinen. Auch die Wirtschaftsverbände – für die rede ich jetzt nicht; aber von denen nehme ich das wahr – rufen ja dazu auf, die Einwanderung stärker zum Abbau von Arbeitsmarktengpässen zu nutzen. Aber trotzdem wird in Teilen der Politik diese Realität immer noch verkannt. Aber ich glaube, das ist eher ein Thema der Innen- als der Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik. Deshalb werbe ich dafür, den Fokus statt auf Abschottung stärker darauf zu richten, wie man eine gelingende Willkommenskultur gestalten kann.

Vorsitzender Alexander Salomon: Ich sehe keine weiteren Fragen aus den Reihen der Enquetekommission. – Ich bedanke mich nochmals sehr herzlich bei Ihnen, Herr Dr. Miller, Herr Sonntag, Herr Rinkel und Herr Burmeister, für Ihre Beiträge. Sollten wir noch Fragen haben, werden wir noch einmal auf Sie zukommen.

(Beifall)

Sollten Sie noch Informationen für uns haben, wären wir dafür natürlich auch sehr offen.

Wir hinken jetzt etwas hinter dem Zeitplan her, aber das macht überhaupt nichts. Wir haben ja später noch eine Mittagspause.

Jetzt fahren wir in den Vorträgen fort mit der Vorstandsvorsitzenden der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V., Frau Dr. Annette Holuscha-Uhlenbrock. Ihr folgen dann für den B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg Herr Frank Winkler, stellvertretender Leiter des Verbands der Ersatzkassen e.V. BW,

vdek, und Herr Carlos Philipp, Leiter der Geschäftsstelle der B 52 Verbändekooperation und Leiter des Bereichs „Politik und Presse“ der BKK LV Süd. – Bitte sehr, Frau Dr. Holuscha-Uhlenbrock, Sie haben jetzt 20 Minuten Zeit.

Frau Dr. Holuscha-Uhlenbrock: Sehr geehrter Herr Salomon, sehr geehrte Frau Dr. Pfau-Weller, meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich bedanke mich ganz herzlich bei der Enquetekommission für die Einladung und die Möglichkeit, in der heutigen Anhörung für die Liga der freien Wohlfahrtspflege ein Statement abzugeben.

In der Liga haben sich die Wohlfahrtsverbände zusammengeschlossen. Sie kennen sie alle: die Arbeiterwohlfahrt, die Caritas, die Diakonie, das Deutsche Rote Kreuz, der Paritätische Wohlfahrtsverband und die Israelitischen Religionsgemeinschaften. Im Land betreiben sie insgesamt 10 000 Einrichtungen und Dienste mit knapp 400 000 Beschäftigten und fast genauso vielen Ehrenamtlichen. Sie sind damit die größten Anbieter von sozialen Dienstleistungen für Menschen jeden Alters, jeden Geschlechts, in jeder Lebenslage und in jeder Gesundheitssituation – ob Kinder, Jugendliche, Familien, Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftige, Geflüchtete, Menschen mit Suchterfahrung oder in besonderen Lebenslagen, Menschen ohne festen Wohnsitz.

Als Wohlfahrtspflege ist es uns ein ernsthaftes und ganz großes Anliegen, für eine gute Versorgung und Daseinsvorsorge in unserem Land einzutreten und diese auch aktiv mitzugestalten. Deshalb haben wir auch an zentralen Stellen aktiv mitgewirkt, die Coronapandemie zu bewältigen. Grundsätzlich ist es Auftrag und Charakteristikum der sozialen Arbeit, Menschen zu unterstützen, damit sie ein möglichst selbstständiges, autonomes Leben führen können. Damit ist die freie Wohlfahrtspflege – wenn Sie so wollen – Expertin darin, mit sozialen Herausforderungen und Krisen umzugehen.

Schnell wurde während der Pandemie klar: Die freie Wohlfahrtspflege ist als zivilgesellschaftliche Akteurin mit ihren professionell arbeitenden, flächendeckenden Angeboten systemrelevant. Die freie Wohlfahrtspflege konnte in dieser Krise in vielen Fällen flexibel reagieren und handeln und sich in Kooperation mit den öffentlichen Trägern, Kommunen usw., den aktuellen Umständen anpassen.

Damit auch in Zukunft Krisen bewältigt werden können, müssen jedoch Politik und Verwaltung die grundlegenden Voraussetzungen schaffen und Schnittstellen noch schärfer ins Auge nehmen.

Blicken wir in die Zukunft: Auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungen der Wohlfahrtspflege braucht es für eine krisenfeste Gesellschaft Veränderungen auf verschiedenen Ebenen. Konkret möchte ich Ihnen heute sechs Handlungsempfehlungen der Liga an die Hand geben und diese hier auch kurz erläutern. Die umfassende Stellungnahme und die Zusammenfassung auf einer Seite liegen Ihnen sicherlich allen vor. Deswegen habe ich keine Präsentation mitgebracht.

Die erste Empfehlung: Soziale Teilhabe, Selbstbestimmung und Versorgung der Menschen müssen mit Gesundheitsschutz in ein ethisch abgewogenes Verhältnis gesetzt werden. Was meinen wir damit? Die handlungsleitenden Normen, dass die soziale Teilhabe für die Menschen erhalten bleibt und alle Menschen ein selbstbestimmtes Leben führen können, müssen in einer Pandemie zum Gesundheitsschutz und dem Schutz vulnerabler Gruppen ins Verhältnis gesetzt werden. Dabei ist zu beachten, dass Krisen die soziale Ausgrenzung verstärken. Wenn wir beispielsweise – wie es auch passiert ist – Tagesstätten, Wärmestuben oder Werkstätten schließen, fallen für Menschen mit Behinderungen, Wohnungslose, Menschen in Armut oder mit Fluchterfahrung die Tagesstruktur und der Anschluss an die Gesellschaft weg. Dies ist zu vermeiden. Das heißt auch, dass wir Wege finden müssen, wie Teilhabe in Abwägung mit Gesundheitsschutz ermöglicht werden kann. Hier waren agile Strukturen zivilgesellschaftlicher Akteure hilfreich. So wurden Klienten z. B. Spaziergänge angeboten, Ehrenamtliche haben für Kinder Lernhilfen oder Arbeitsmaterialien an die Haustüren gebracht. Kreative Ansätze sind hier zu fördern.

Was auch zukünftig gelten sollte: Es dürfen beispielsweise Menschen, die im Sterben liegen oder die sich in sozialen Notlagen befinden, nicht alleingelassen werden, und auch – wie Frau Krebs sagte – pflegende Angehörige dürfen nicht alleingelassen werden.

Eine generelle Schließung von Einrichtungen und generelle Besuchsverbote sind auch in einer Pandemie Ultima Ratio und sind deshalb unter allen Umständen zu vermeiden. Das sagen wir auch aufgrund unserer Erfahrungen in der Altenhilfe, in der Eingliederungshilfe, in der Kinder- und Jugendhilfe und in der Wohnungslosenhilfe.

Wir haben beobachtet, welche sozialen und emotionalen Folgen die Schließungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern verursacht haben. Die psychischen Folgen für Kinder und Jugendliche sind Ihnen allen vermutlich ebenso präsent und bekannt. Wir reden hier von einer Zunahme von psychischen Erkrankungen und Defiziten, z. B. im schulischen Bereich.

Das Dilemma der Pandemie besteht deshalb darin, dass neben Teilhabe und Selbstbestimmung der Schutz vulnerabler Gruppen gewährleistet werden muss. Das ist in der Pandemie auch gut gelungen.

Eine adäquate Versorgung der Menschen vulnerabler Personengruppen hat für uns oberste Priorität. Für die Einrichtungen und Dienste sowie ihre Mitarbeitenden hat die adäquate Versorgung auch Vorrang vor weitergehenden Maßnahmen, die der Krisenbewältigung dienen. Hierbei sind unsere Fachkräfte aber auch an ihre Grenzen gestoßen. Wir haben es gehört: Zusätzliche Auflagen und Aufgaben sind für die ohnehin unter Fachkräftemangel und Personalnot leidenden Einrichtungen nicht leistbar. Hier ist aktuell der Übergang aus einer akuten Pandemiesituation in einen Normalbetrieb sorgsam zu reflektieren. Maßnahmen wie die Coronatestungen von Mit-

arbeitenden oder Besucherinnen und Besuchern zu einem Zeitpunkt, in dem in der Gesellschaft bereits weitgehend Lockerungen greifen, sind nur schwer vermittelbar und schränken das Personal in ihren Kerntätigkeiten, der Versorgung und Betreuung der Menschen, ein.

Einige Maßnahmen wie z. B. die einrichtungsbezogene Impfpflicht haben beim Personal im Pflege- und Gesundheitswesen zu Mehrbelastungen geführt und den Personalmangel noch verstärkt. Um dem entgegenzuwirken, sind spürbare Entlastungen notwendig.

Aber es gibt natürlich auch positive Erfahrungen. So waren die Aussetzungen der Prüfungen – wir haben es vorhin gehört: Misstrauenskultur –, auch der Einsatz der Bundeswehr und das ganz große Engagement der Ehrenamtlichen in der Pandemie sehr hilfreich und sollten auch in künftigen Krisen weiter so praktiziert werden.

Ich komme zu der zweiten Empfehlung: Soziale Folgen von politischen Entscheidungen und Maßnahmen sind stets zu beachten. Bei allen politischen Entscheidungen, die wir treffen, müssen die sozialen Folgen in einen Abwägungsprozess mit Gesundheitsschutz gebracht und in die Überlegungen einbezogen werden. Das gilt ganz besonders bei Beschlüssen zu Maßnahmen der Krisenbewältigung.

Um die sozialen Schäden, die daraus folgen können, möglichst gering zu halten, ist deshalb die Expertise der sozialen Arbeit unbedingt mit einzubeziehen. Dies gilt bereits im Prozess der Entscheidungsfindung wie auch bei der Entwicklung von ausgleichenden Maßnahmen. Dazu möchte ich Ihnen ein paar Beispiele aus der Praxis aus den verschiedenen Feldern der sozialen Arbeit der Wohlfahrtspflege nennen. Kinder, Jugendliche und Familien – gerade in besonderen Benachteiligungslagen – haben die zum Gesundheitsschutz verordneten Pandemiemaßnahmen sehr stark getroffen und Menschen, deren soziale Teilhabe schon vorher beschränkt war, noch weiter zurückgeworfen. Insbesondere die Schließung von Schulen, Kitas, Betreuungs- und Freizeiteinrichtungen hatte fatale Auswirkungen auf die emotional-soziale Entwicklung, die Teilhabe und die psychische Gesundheit junger Menschen.

Auch Kinderrechte wie das Recht auf Bildung wurden besonders stark eingeschränkt. Familien wurden dadurch vor mannigfaltige Herausforderungen gestellt. In Zukunft gilt es deshalb, Kinder, Jugendliche und Familien grundsätzlich zu stärken. Hierfür sollten unbedingt präventive Angebote zu Resilienz und Gesundheitsförderung ausgebaut werden, die sich an junge Menschen und ihre Familien richten.

Um sie zu stärken, braucht es außerdem einen dauerhaften Ausbau von Angeboten wie der Familienerholung, der Familienzentren oder der Onlineberatung für junge Menschen in psychischen Krisen oder auch Lernbrücken in den Sommerferien für die Schülerinnen und Schüler. Dies sind nur ein paar Beispiele.

Insgesamt setzen wir auf die verstärkte Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure vor Ort in den Sozialräumen. So könnten Schulen ihre Räumlichkeiten flexibel für außerschulische Aktivitäten wie z. B. für Nachhilfe, kulturelle oder sportliche Aktivitäten, Freizeitangebote – auch am Wochenende oder in den Ferienzeiten – von Vereinen, Kirchen, Verbänden, kulturellen Veranstaltern, Sportvereinen öffnen.

Für Menschen in Wohnungs- und Arbeitslosigkeit und für die Dienste der Wohnungsnotfallhilfe bedeutet die Krise, dass Menschen ohne Zuhause schlicht und einfach nicht in der Lage sind, ein „stay at home“ umzusetzen. Daher müssen präventive Angebote wie die Fachstellen Wohnraumsicherung ausgebaut werden. Auch Versorgungsstandards für die Notübernachtung müssen landesweit vereinbart werden, damit Menschen morgens nicht mehr auf die Straße entlassen werden müssen, wenn Tagesstätten oder Wärmestuben schließen.

Die Schnittstellen zur freien Wohlfahrtspflege mit ihren Beratungsdiensten sollten in Krisen besondere Beachtung finden. So konnten beispielsweise Menschen, die in akuter Arbeitslosigkeit keinen Kontakt zu Jobcentern aufbauen konnten, durch die Beratungsstellen der Wohlfahrtspflege weiter beraten werden. Sie wurden durch die Bereitstellung von digitaler Infrastruktur und mithilfe von sogenannten roten Telefonen in die Jobcenter weitervermittelt und zudem in den Notlagen finanziell durch Kirchen und gemeinnützige Spendenfonds unterstützt. Der Zugang zu den öffentlichen Ämtern und Einrichtungen ist zukünftig mit Blick auf Krisen sicherzustellen.

Für Menschen mit Suchterkrankung und die Dienste der Suchthilfe bedeutet eine Krise auch meist die Zunahme oder Verhärtung der Suchterkrankung. Wir wissen – die Zahlen belegen das –, dass die Zahl der Suchterkrankten in der Zeit der Pandemie noch mal deutlich zugenommen haben. Um dem wachsenden Bedarf gerecht zu werden und die Menschen in Krisenzeiten nicht alleinzulassen, haben wir Angebote der digitalen Beratung entwickelt und halten eine landesweit stabile Finanzierung der Suchthilfen für entscheidend. Auch hier ist die Flexibilität von Angeboten, die durch Ehrenamtliche erbracht werden und die häufig noch Kontakte ermöglichen, wenn Ämter geschlossen sind, zu unterstützen.

Für Menschen in Flüchtlingsunterkünften darf es in Krisenzeiten ebenfalls nicht zu einem Abbruch von Unterstützungsangeboten kommen. Dies gilt insbesondere für traumatisierte und psychisch belastete Menschen. Auch das Homeschooling oder ein digitaler Zugang zur Migrationsberatung sollten in Krisenzeiten in den Unterkünften vorgehalten werden. Die aktuelle Krise infolge des Krieges in der Ukraine macht auch noch mal deutlich, wie wichtig etablierte Strukturen in der Unterbringung, Betreuung, Begleitung und Integration von Flüchtlingen sind.

Nun die dritte Empfehlung: reibungsloses Krisenmanagement. Wir haben zum Krisenmanagement schon einiges gehört. Wichtig sind hier landesweite Kommunikationsstrukturen, die stets eine breite Beteiligung mitdenken und schon heute für künftige Krisen anzulegen sind. Unsere ausgesprochen guten Erfahrungen mit den beiden

Taskforces des Sozialministeriums in der Coronakrise – Taskforce „Langzeitpflege und Eingliederungshilfe“ sowie der Taskforce zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – zeigen, wie wichtig eine frühzeitige Vernetzung aller Akteure der sozialen Daseinsfürsorge ist. Es gab effektive Abstimmungsprozesse und schnelle Entscheidungen. Hier wünschen wir uns auch eine Fortsetzung in weniger krisenhaften Zeiten.

Aus unseren Erfahrungen wurde zudem deutlich, dass Land, Kommunen, Zivilschutz, wir, die Verbände, und weitere zivilgesellschaftliche Akteure genauso in die Entscheidungen im Krisenmanagement einbezogen werden müssen. Künftig sollten deshalb Krisenstäbe in Notfallplänen für verschiedene Szenarien hinterlegt werden, die auch kurzfristig aktiviert werden können, also nicht erst dann, wenn die Krise da ist. Die Planung eines solchen Krisenstabs müsste schon vorbereitet in der Schublade liegen. Außerdem ist die Steuerungsverantwortung in Krisensituationen bei der Landesregierung zu verorten.

Auch wenn die Umsetzung vieler Maßnahmen vor Ort in den Einrichtungen, in den Quartieren oder in den Städten, Gemeinden und Landkreisen passiert, sollte alles, was auf Landesebene vorgedacht und vorbereitet werden kann, auf Landesebene bleiben. In den Kommunen wiederum benötigen wir flächendeckende Erreichbarkeit von Behörden, Jugendämtern oder Jobcentern. Das setzt die Digitalisierung in den Ämtern und eine strukturierte Vernetzung mit den Akteuren vor Ort voraus, z. B. mit den Vereinen, Verbänden etc.

Ein zielstrebiges und zeitnahes Agieren ist in Krisen unerlässlich. Hier ist vieles sehr gut gelungen. Dabei ist jedoch immer zu bedenken, dass die betroffenen Akteure Zeit benötigen, um die Umsetzung einer Verordnung vorzubereiten. Deshalb bitten wir dringend darum, eine zeitliche Distanz zwischen Veröffentlichung und Inkrafttreten von Verordnungen zu beachten. Die Einrichtungen und Dienste brauchen Zeit, um die Maßnahmen umzusetzen. Für die Umsetzung einer Maskenpflicht braucht es vielleicht wenige Tage, aber z. B. für die Beschaffung der Masken bräuchten wir mehr als nur ein paar Tage. Das gilt ebenso für die Umsetzung von dokumentierten Selbsttests, für die es ein bisschen mehr Zeit braucht.

Wichtige Informationen zum Infektions- und Gesundheitsschutz müssen für eine krisenfeste Gesellschaft, die sich als inklusive Gesellschaft versteht, stets barrierefrei in einfacher Sprache und auch in verschiedenen Sprachen vorhanden sein. Das gilt für analoge Medien wie z. B. Flyer, Broschüren genauso wie für die digitalen Medien. Andernfalls bleiben große Bevölkerungsgruppen nicht oder nicht ausreichend informiert. Auch die Beratungsdienste der Wohlfahrtsverbände als Multiplikatoren können wichtige Informationen nicht so schnell in adäquater Weise weiterreichen. Wir empfehlen daher die konsequente Beachtung einer barrierefreien Kommunikation für die Planung zukünftiger Krisen.

Zum Krisenmanagement gehört auch eine landesweite Bevorratung von Material für den Infektions- und Gesundheitsschutz. Nur so können bei zukünftigen Pandemien oder vergleichbaren Gesundheitskrisen wichtige Vorkehrungen schnell getroffen werden. Dies gilt für soziale Einrichtungen genauso wie für öffentliche Einrichtungen und Institutionen und insbesondere für das Bildungswesen. Wichtig sind auch Standards für die Ausstattung der öffentlichen Einrichtungen und der Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitswesen mit Schutzmaterialien. An all diesen Orten braucht es unserer Ansicht nach eine Grundausrüstung an Materialien für den Gesundheits- und Infektionsschutz, z. B. Klimageräte, Schutzausrüstungen, Luftfiltern in den Schulen etc., damit große Teile der Bevölkerung davon profitieren können.

Die vierte Empfehlung: Ehrenamtliches Engagement fördern. Die Krisen in den vergangenen Jahren wären nicht ohne das große Maß an ehrenamtlich Engagierten in Baden-Württemberg zu bewältigen gewesen. Unsere krisenfeste Gesellschaft braucht weiterhin ehrenamtliches, bürgerschaftliches Engagement. Die Coronapandemie – das sehen wir heute leider auch – hat zu einem deutlichen Rückgang der Zahl der freiwillig Engagierten geführt. In den nächsten Jahren gilt es daher mehr denn je, die Wertschätzung dieses Engagements und des Ehrenamts durch Politik, Medien und Gesellschaft zu stärken und zu zeigen. Wir haben in unseren Verbänden Strukturen für die Beteiligung und Koordinierung ehrenamtlichen Engagements aufgebaut, die jedoch auch nicht ohne zukunftssichere Finanzierung bestehen können. Ich denke dabei z. B. an die Koordinierung und den Ausbau der Freiwilligendienste.

Wir empfehlen daher, eine strukturelle Förderung der Freiwilligendienste zu etablieren. Ergänzend können immaterielle Maßnahmen durch Land, Kommunen oder Verbände wie Auszeichnungen oder Preise mit entsprechender Aufmerksamkeit zu deutlicher Aufwertung und Motivation des ehrenamtlichen Engagements führen.

Die fünfte Empfehlung – dies wurde heute auch schon häufiger angesprochen –: Die Digitalisierung ausbauen. Die Digitalisierung der Gesellschaft schreitet voran. Deshalb ist sie auch sozial gerecht auszugestalten. Die Potenziale digitaler Strukturen zur Bewältigung einer Krise haben wir alle während der Coronapandemie erlebt. Jetzt gilt es, die gesamte Gesellschaft – das heißt, ihre Infrastruktur sowie alle hier lebenden Menschen – in diesem Transformationsprozess zu unterstützen. Es geht darum, sicherzustellen, dass alle Menschen Zugang zu digitaler Infrastruktur haben und so z. B. mit Behörden kommunizieren oder auch an einer Onlineberatung teilnehmen können. Das heißt, im besten Fall verfügen alle über einen Internetzugang, einen PC oder ein Smartphone. Genauso müssen wir auch mitdenken, wie die Menschen befähigt werden, mit diesen technischen Geräten umzugehen.

Welche Maßnahmen zur Kompetenzbildung müssen ergriffen werden? Wo braucht es eine Assistenz bei der Nutzung? Es gilt, hier die einkommensschwache Bevölkerung besonders in den Blick zu nehmen, aber ebenso Menschen mit Behinderungen oder in der Wohnungslosigkeit. Das Bildungssystem betrifft das im Besonderen. Für die Schulen in Baden-Württemberg brauchen wir ein solides Konzept für Home-

schooling, sodass alle Kinder – auch die in den Flüchtlingsunterkünften – erreicht werden. Jede Investition in die digitale Infrastruktur erhöht die Krisensicherheit von Menschen, Einrichtungen und Diensten.

Die sechste und letzte Empfehlung: Alles geht nicht ohne Geld. Deswegen muss den Folgekosten von Krisenintervention vorgebeugt werden. Sie alle wissen, dass Krisen stets auch finanzielle Mehrkosten in den sozialen Diensten und Einrichtungen bedeuten. In der Pandemie sind diese beispielsweise durch die Beschaffungs- und Entsorgungskosten für zusätzliche Test- und Schutzmaterialien oder entgangene Einnahmen durch die Schließung von Angeboten angefallen.

Für die Aufrechterhaltung der sozialen Infrastruktur in Krisenzeiten liegt die Verantwortung bei Bund, Land und Kommunen. Sie tragen Sorge dafür, dass die Finanzierung von allen systemrelevanten Einrichtungen und Diensten sichergestellt wird. Das heißt, es braucht handfeste Konzepte und Eckdaten, z. B. für Rettungsschirme, Notfallfonds, oder auch entsprechende Vergütungssysteme für alle Hilfebereiche der sozialen Arbeit.

In der Coronapandemie waren durch das Krankenhausentlastungsgesetz zwar die krisenbedingten Mehraufwendungen von Krankenhäusern und Pflegeheimen abgesichert, nicht aber z. B. die der Eingliederungshilfe oder anderer Felder der sozialen Arbeit.

Außerdem ist das Vergütungs- und Pflegesatzrecht so, wie es jetzt in den Sozialgesetzbüchern geregelt ist, nicht auf Krisensituationen ausgelegt. Was der Bund finanziell nicht abdeckt, muss das Land ausgleichen. Das von der Bank für Sozialwirtschaft erstellte Trendbarometer vom Oktober dieses Jahres zeigt, dass die Energiekrise und die Inflation zu einer drastischen Verschlechterung der Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen und Dienste der Sozialwirtschaft führen. Etwa 75 % der in dieser Studie Befragten verzeichnen eine Verschlechterung ihrer Liquidität. Ca. 50 % der Dienste und Einrichtungen in der Sozialwirtschaft sehen sich gezwungen, geplante Baumaßnahmen zu stoppen. Die Refinanzierbarkeit von krisenbedingten Aufwendungen ist ein absolutes Muss, wenn die Sozialwirtschaft krisenfest sein und die soziale Infrastruktur im Land aufrechterhalten werden soll. Bisher machen wir bei allen Finanzhilfen – ob vom Bund, vom Land oder von den Kommunen – leider die Erfahrung, dass die Sozialwirtschaft noch unzureichend berücksichtigt wird und es oft zu Zuständigkeitshinweisen kommt. Der Bund verweist auf das Land, das Land auf den Bund und die Kommunen auf das Land. So geht es dann weiter.

Damit komme ich zum Ende meines Statements. Lassen Sie uns gemeinsam ein Fazit ziehen. Unsere Sozialwirtschaft ist ein bedeutender Faktor, wenn es um die soziale Infrastruktur und Daseinsvorsorge in Baden-Württemberg geht. Sie ist Teil der Basis für eine krisenfeste Gesellschaft. Deshalb kann ich an Sie alle nur appellieren: Nehmen Sie die Sozialwirtschaft bitte stärker in den Fokus. Die Coronapandemie hat gezeigt, dass wir als Land nicht ganz gut vorbereitet waren. Die Einrichtun-

gen und Dienste der Sozialwirtschaft sind in Baden-Württemberg als kritische Infrastruktur – als KRITIS – definiert. Am Mittwoch hat der Bundestag die Eckpunkte für ein KRITIS-Dachgesetz verabschiedet, das allen Betreibern von kritischer Infrastruktur Standards und Mindestvorgaben für Schutzmaßnahmen auferlegen wird. Alle Einrichtungen, die als KRITIS eingestuft werden, werden damit in die Selbstverantwortung genommen – privatwirtschaftlich betriebene Unternehmen genauso wie die gemeinnützige Wohlfahrtspflege. Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, muss das Land seinen Teil erbringen und entsprechende Bedarfe für seine soziale Infrastruktur genauso mittragen und finanzieren.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich weiß, ich habe meine Redezeit schon überzogen. Im Moment haben wir nicht nur weiterhin mit den Folgen der Pandemie und des Krieges in der Ukraine zu kämpfen, sondern auch mit einem Versorgungsnotstand infolge des sich dramatisch verschärfenden Personal- und Fachkräftemangels. Die ersten Pflegeheime, Wohngruppen in Behinderteneinrichtungen oder sogar die ersten Hospize haben bereits geschlossen. Um die Versorgungssicherheit der Menschen nicht weiterhin zu gefährden und krisenfest zu machen, braucht es gemeinsame Initiativen zur Personalgewinnung. Meine Vorredner haben auch schon einige Ideen vorgetragen. Vielleicht – ich weiß es nicht – brauchen wir auch eine Enquetekommission zur Personalgewinnung.

Wir, die Verbände der freien Wohlfahrtspflege, bleiben in den aktuellen und künftigen Krisenzeiten verlässliche Partner des Landes.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Frau Dr. Holuscha-Uhlenbrock. Wir probieren natürlich, alles, was möglich ist, in dieser Enquetekommission zu beantworten und nicht sofort eine weitere Enquetekommission anzudenken.

Jetzt folgt Herr Frank Winkler für die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg, der uns auch eine Präsentation mitgebracht hat. – Bitte sehr, Herr Winkler.

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

Herr Winkler: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, Kommissionsmitglieder, sehr geehrte Gäste! Im Namen der B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg darf ich mich zunächst für die Einladung zur heutigen Anhörung bedanken. Gern stelle ich Ihnen unsere Sicht auf das Thema

„Krisenfeste Gesellschaft“ vor. Sie erhalten unsere Maßnahmen und Empfehlungen aus dem Blickwinkel der Gesundheitsversorgung.

Zunächst zu unserer Einordnung: Wer sind wir? Zur Verbändekooperation der Krankenkassenverbände in Baden-Württemberg gehören der BKK Landesverband Süd, die IKK classic, die Knappschaft und der Verband der Ersatzkassen Baden-Württemberg. Ich selbst komme vom Verband der Ersatzkassen – kurz: vdek – und darf heute für die Verbändekooperation sprechen. Ungefähr 55 % der Bürgerinnen und Bürger in Baden-Württemberg sind bei uns versichert.

Klimawandel, Coronapandemie, Ukrainekrieg und Energiekrise haben große Auswirkungen auf das Gesundheitswesen. Ein Stichwort hierzu: Stromausfall im Krankenhaus. Deshalb müssen wir uns über Strategien und Bewältigungsmöglichkeiten dieser globalen Krisen, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Notwendigkeit von Strukturreformen im ambulanten und im stationären Bereich gemeinsam austauschen. Hierbei muss es uns auch um den HiAP-Ansatz, also den „Health in All Policies“-Ansatz, Gesundheit in allen Politikfeldern, gehen. Darauf werde ich am Ende zu sprechen kommen.

Ich komme zu meinem ersten Themenfeld. Da geht es mir zunächst einmal um Allgemeines: um die Bewertung der Coronapandemie sowie um die Bewältigung dieser Krise in Baden-Württemberg. Wir sind ja immer noch dabei.

Dass ein Virus – die Coronapandemie als nur eine der gegenwärtigen Krisen – einmal die Welt fast zum Stillstand bringt, konnte sich kein Mensch vorstellen. Die Coronapandemie war in ihrer Art und Dimension für uns alle neu – selbstredend auch für die gesetzliche Krankenversicherung als Teil des Gesundheitswesens.

Nach den Jahren unter Pandemiebedingungen ist es für uns durchaus an der Zeit, ein erstes Resümee zu ziehen und Aufgaben für die Zukunft abzuleiten. Das trifft vor allem auf den Bereich der Gesundheitsversorgung zu. Gerade das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die GKV im Speziellen standen im Fokus der Pandemiebewältigung. Mittlerweile haben wir mit dem Ukrainekonflikt und den daraus resultierenden Krisen in Baden-Württemberg, aber auch weltweit zu tun. Nicht zuletzt: Selten haben politische Entscheidungen einen so großen und direkten Einfluss auf das Leben der Bürgerinnen und Bürger gehabt. Lockdowns, Kontaktbeschränkungen, Schulschließungen, Maskenpflicht, Reiseverbote während der Coronapandemie sind dabei nur Beispiele für das, was den Menschen zugemutet werden musste.

Zu den getroffenen und den zu treffenden Maßnahmen, um die Pandemie zu bewältigen, gehören aber auch diejenigen, die in Zukunft besser werden müssen und können. Wohlgemerkt: Für vieles hatten wir nicht gleich den perfekten Masterplan Corona.

Ein wichtiger Punkt ist die Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes – das ist schon mal angesprochen worden; das möchte ich an dieser Stelle gleich einmal benennen – für wie auch immer geartete Gesundheitskrisenfälle. Hierzu gibt es in Baden-Württemberg bemerkenswerte und sehr gute Ansätze. Bekanntlich wurde seitens des Landes der ÖGD um über 200 Stellen aufgestockt, die Digitalisierung in Angriff genommen. Für die GKV war gleich klar und von zentraler Bedeutung: Die ambulante, die stationäre Versorgung und die Pflege mussten als wesentliche Versorgungsbereiche mit ihren Partnern – also mit der Kassenärztlichen Vereinigung, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, der Baden-Württembergischen Krankenhausesellschaft – sichergestellt, und den Menschen im Land mussten die medizinisch notwendigen Behandlungen weiterhin ermöglicht werden.

Vielleicht für uns alle kurz eine Rückblende auf das Frühjahr 2020: Im Zuge der Herausforderungen mit dem Coronavirus wurde sehr schnell ein Coronakrisenstab – das ist vorhin auch mit den Taskforces erwähnt worden – aller gesetzlichen Krankenkassen bzw. ihrer Verbände mit der Bezeichnung GKV-6 – das steht für die Anzahl der Kassenarten – gebildet. Die gesamte GKV – ich sage es nochmals ganz deutlich –, die GKV im Land, alle Kassenarten mit ihren Krankenkassenverbänden waren sich einig und in ihrer Vorgehensweise klar sortiert. Die Vorstände und die jeweiligen Arbeitsebenen mit ihrer jetzt benötigten Fachexpertise trafen sich in regelmäßigen Abständen – anfangs mindestens einmal wöchentlich. Die Wege bei uns waren kurz, konkret und sehr pragmatisch. Auf der Fachebene gab und gibt es für die jeweiligen Versorgungsbereiche Arbeitsebenen zur Coronapandemie mit Federführungen der Kassen und Verbände, etwa die Gruppen Ärzte, Arzneimittel, Apotheken, Sprechstundenbedarf, Zahnärzte, Krankenhaus, Pflege, Rettungsdienst, Heilmittel, Hilfsmittel und Rehabilitation, um nur ein paar Bereiche zu nennen.

Schnelle Entscheidungen, die seitens der GKV in Baden-Württemberg erforderlich waren, mussten getroffen werden. Hier ging es insbesondere um die Umsetzung und Finanzierung der Coronaschutzmaßnahmen – auch das ist schon angesprochen worden – wie z. B. Hygieneartikel und Schutzmasken in Praxen, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, aber auch um die Umsetzung von verschiedenen Rettungsschirmen für die Leistungserbringer. So haben etwa die Pflegeeinrichtungen deutschlandweit 8 Milliarden € durch diese Rettungsschirme erhalten.

Ausdrücklich zu nennen ist der Austausch der GKV-6 mit den Landesministerien, insbesondere mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, in das seit geraumer Zeit das Landesgesundheitsamt – richtigerweise – organisatorisch integriert ist. Das Miteinander und die Zusammenarbeit haben sehr gut funktioniert. Diese mit Fug und Recht positive Bewertung trifft sowohl für die Arbeits- und Fachebene als auch für die Spitzenebene zu. Ausdrücklich und an vorderster Front nenne ich Gesundheitsminister Lucha. Ich war bei den Gesprächen selbst dabei und weiß also, wovon ich rede. Gesundheitsminister Lucha hat transparent und regelmäßig – in regelmäßigen Abständen – die GKV-6, aber auch alle anderen Akteure im Gesundheitswesen über politische Entwicklungen im Land sowie im Bund informiert. Die

weitere Vorgehensweise hat er mit den jeweils Beteiligten abgestimmt. Auf unsere Fachexpertise und Einschätzungen ist er immer eingegangen.

Insofern bleibt insgesamt festzuhalten, dass die Zusammenarbeit der GKV mit den relevant Beteiligten in der Coronapandemie gut funktionierte. Für die Zukunft ist zu überlegen, ob wir – das ist bereits von meinen Vorrednern und meiner Vorrednerin angesprochen worden – in einem sogenannten Gesundheitskrisenfall einen Krisenstab – wie auch immer geartet – verpflichtend einrichten. Das müsste dann natürlich auch rechtlich verankert sein. Das könnte eine konkrete Empfehlung sein.

Das Themenfeld Finanzierung – es wurde von meiner Vorrednerin am Ende bereits genannt – nenne ich gleich zu Beginn, weil das quasi „conditio sine qua non“ ist.

Hier möchte ich insbesondere auf die Finanzsituation der GKV und die notwendigen Maßnahmen zur Sicherstellung der Finanzstabilität der GKV in Krisen eingehen. Krisenbewältigung und Qualität gibt es nicht zum Nulltarif. Insbesondere geht es mir um die Kostentrennung bei staatlichen Aufgaben durch Bund und Land sowie bei Aufgaben der GKV. Krisenvorsorge bzw. die Bewältigung von Krisen, die staatliches Handeln bzw. Unterstützung erfordert, bedeutet immer auch, entsprechende Finanzmittel bereitzustellen. In der gesetzlichen Krankenversicherung – Sie wissen das – teilt sich die Finanzierung dabei in den Gesundheitsfonds und die kassenindividuelle Restfinanzierung über Zusatzbeiträge auf. Sowohl bei den einzelnen Krankenkassen als auch im Gesundheitsfonds sind Rücklagen zur Risikovorsorge zu bilden.

Aktuell stellt sich die Finanzsituation der GKV – Sie alle wissen das – alles andere als stabil dar. Weit weniger die Coronapandemie als vielmehr die teuren Reformen in der vergangenen Legislaturperiode und ein entsprechend dynamischer Ausgabenanstieg sind für das Ganze ursächlich. Zudem wurden mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz und dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz seit 2018 die Rücklagen der einzelnen gesetzlichen Krankenkassen, aber auch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zum Ausgleich der Finanzierungslücken in der GKV kontinuierlich abgebaut. Das zuletzt vom Deutschen Bundestag verabschiedete GKV-Finanzstabilisierungsgesetz sieht einen erneuten Abbau der Rücklagen im Jahr 2023 vor.

Alle gesetzlichen Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband sehen darin eine Fehlentwicklung, die politisch – politisch! – dringend nachhaltig korrigiert werden muss, da ansonsten eine Schwächung des Gesundheitssystems in der Versorgung droht.

Das Vertrauen der Bevölkerung in eine verlässliche Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung muss gerade angesichts der vielfältigen Herausforderungen und Krisen dringend erhalten werden. Notwendig ist deshalb ein ausgewogenes Maßnahmenpaket, das alle Beteiligten bei der Bewältigung der anstehenden Finanzierungsaufgaben in die Verantwortung nimmt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes und der gesetzlichen Krankenkassen bedarf es hier zwingend grundlegender Reformen, die zum einen auf die gesamtgesellschaftliche Verantwortung des Bundes für die Stabilität der GKV und zum anderen auf strukturelle und wirtschaftliche Verbesserungen bei der Erbringung der Leistungen der Gesundheitsversorgung abstellen.

Zur Empfehlung: Das Land Baden-Württemberg sollte sich daher für eine nachhaltige Stabilisierung der Finanzierung einsetzen und dies politisch unterstützen – Stichwort Bundesrat.

Wir sehen Handlungsbedarf – ich nenne gleich im Stakkato Empfehlungen; die wollen Sie als Enquetekommission ja auch haben – über die Bewältigung der Folgen der Pandemie hinaus. Die GKV hat ihre Stabilität und ihre Leistungsfähigkeit in den letzten Jahren – gerade auch in der Krise – unter Beweis gestellt. Die Bevölkerung erwartet zu Recht eine hohe Versorgungsqualität und weiterhin eine solidarische Absicherung.

Ich komme zum Themenfeld „Digitale Infrastruktur, Telemedizin und Gesundheitsdatennutzung“ und zu den Empfehlungen, die ich jetzt einfach stichwortartig benenne. Dieses Themenfeld ist von vielen meiner Vorrednerinnen und Vorredner bereits angesprochen worden.

Das Positive, das wir, die GKV, der Coronapandemie abgewinnen können, ist der Digitalisierungsschub. Den haben wir alle erlebt. Wir sind in ViKos unterwegs. Plötzlich funktionierte alles, und was früher nicht zu finanzieren war, ist plötzlich möglich. Ein positives Beispiel ist ganz sicher die Videosprechstunde. Auch hier nenne ich ein Beispiel. Wir haben eine Umfrage mit der Techniker Krankenkasse gemacht. Im Jahr 2019 gab es 28 Videosprechstunden, im ersten Halbjahr 2020 gab es 26 700 Videosprechstunden.

Ein weiterer Ausbau der Telematikinfrastuktur ist vonnöten. Bezüglich des Ausrollens der elektronischen Patientenakte müssen wir Treiber sein, müssen alle Akteure gemeinsam Werbung machen, damit das endlich besser vom Fleck kommt.

Relevante medizinische Daten zur Gesundheitskrisenintervention müssen zeitnah zur Verfügung stehen. Ein Beispiel: Die KV schickt uns die Daten – also ambulante Abrechnungsdaten – mit einer Zeitverzögerung von sechs Monaten. Das können und müssen wir anders regeln, darüber müssen wir gemeinsam nachdenken.

Die Stärkung des ÖGD ist angesprochen worden – aus unserer Sicht zu Recht. Der ÖGD soll eine Drehscheibe werden; es sind deutschlandweit insgesamt 4 Milliarden € dort hineingesteckt worden.

Die Regulierung der Gesundheitsdatennutzung müssen wir rechtlich sauber und gut aufsetzen. Wir müssen das aus meiner Sicht erst einmal europäisch regeln. Der erste Punkt – das wurde im Europäischen Parlament bereits behandelt –: Es soll im Jahr 2023 ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz in den Bundestag eingebracht werden. Es gibt mittlerweile einen Entschließungsantrag des Landes Baden-Württemberg, und das ist gut so. Dies ist auch in der Zusammenarbeit mit dem Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg entstanden. Diese Institution halten wir für sehr gut; der Ministerpräsident und einige Landesministerien treiben dieses Thema hier voran.

Zu dem Thema „Stationäre Versorgung und Notfallversorgung“ nenne ich hier nur einige Stichworte in aller Kürze. Wir haben in letzter Zeit viel zu viel Geld in den Krankenhausbereich „reingebuttert“. Mit dem, was von Gesundheitsminister Lauterbach vorgelegt wurde, gibt es richtige Ansätze, um eine Reform der Krankenhausstruktur und der Krankenhausfinanzierung anzugehen. Ich appelliere aber auch hier noch einmal an das Land – Stichwort Investitionskosten –: Die Finanzierung ist zu gering – das will ich an dieser Stelle sagen –, die Investitionskosten müssen gesteigert werden. Den Prozentsatz möchte ich an dieser Stelle gar nicht benennen; das könnte ich machen. Die Coronapandemie hat gezeigt, dass eine Spezialisierung bei bestimmten Behandlungen – Stichwort Clusterbildung – richtig ist.

Wir müssen die Ambulantisierung vorantreiben. Andere Länder machen uns das entsprechend vor. Da gibt es auch Untersuchungen seitens des Wissenschaftlichen Beirats im Gesundheitswesen.

Dann ist ganz wichtig: Wir müssen gemeinsam an die Humanressource heran. Der Personalmangel ist immer wieder angesprochen worden. Wir brauchen übrigens auch einen Ausbildungsinhalt „Krise“ – weil wir immer schön davon sprechen. Wir brauchen das als einen Inhalt.

Zur Weiterentwicklung der Notfallversorgung: Ein Referentenentwurf hat es im Januar 2020 leider nicht geschafft, er ging nicht in das Gesetzgebungsverfahren. Das müssen wir noch einmal aufnehmen.

Und wir brauchen auch noch eine bessere Verzahnung bislang getrennter Bereiche. Baden-Württemberg hat es mit den Notfallpraxen und mit dem Notdienst in Krankenhäusern sehr gut vorgemacht. Wir brauchen dies kompatibel und ergänzt um den Rettungsdienst. Dort spielt natürlich auch das Stichwort „Digitale Datenübermittlung“ eine Rolle.

Herr Vorsitzender, ich habe jetzt fünf Minuten überzogen. Darf ich noch den Rest machen?

Vorsitzender Alexander Salomon: Sie haben insgesamt 20 Minuten Redezeit. Sie sind jetzt bei 15 Minuten und 55 Sekunden. Wir haben in der Anzeige am Redepult „10:00“ eingeblendet. Das war einfach ein Fehler. Sie haben noch vier Minuten.

Herr Winkler: Das heißt, ich hätte gar nicht so schnell machen müssen?

(Vereinzelt Heiterkeit)

Vorsitzender Alexander Salomon: Nein, aber das ist vielleicht ein guter Trick für die nächsten Vorträge.

Herr Winkler: Okay. Sehr gut, dass Sie das sagen. Ich habe jetzt noch zehn Minuten, oder?

Vorsitzender Alexander Salomon: Nein, Sie haben noch vier Minuten.

Herr Winkler: Vier Minuten. Okay, das reicht mir.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Vorsitzender Alexander Salomon: Sehr gut.

Herr Winkler: Gut. Jetzt kann ich durchatmen und auch langsamer werden bei den letzten zwei Themenfeldern, die ich noch vorstellen möchte, nämlich die Arzneimittelversorgung und die Impfstoffe.

Auch das ist angesprochen worden – das gab es übrigens auch schon vor dem Ukraine-Konflikt und vor Corona –: dass wir immer mal wieder Lieferengpässe im Bereich der Arzneimittelversorgung hatten. Das war auch medial immer mal wieder entsprechend aufgenommen worden – Stichwort Antibiotika. Da müssen wir uns anders aufstellen. Einseitige Abhängigkeiten bei der Lieferung und Produktion von Wirkstoffen müssen verringert werden. Wir müssen schauen, wie wir das europäisch – auch bezüglich des Standorts –, transatlantisch regeln. Oftmals ist auch die Rede von einer Renationalisierung gewesen, dass man Standorte dort hineinbringt. Aber wenn wir irgendwie eine europäische Lösung hinbekommen, wäre das toll.

Dann müssen wir natürlich auch industriepolitische und regulatorische Rahmenbedingungen schaffen, was Forschungs- und Produktionsstätten anbelangt. Da ist ein guter Beitrag über das Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg geliefert worden, da ist man unterwegs und macht sich dafür stark. Bei diesem Thema gehen wir auch in den Bereich der Gesundheitswirtschaft. Aber mein Thema ist die Gesundheitsversorgung.

Dann müssen wir aus meiner Sicht ein rechtzeitiges Frühwarnsystem bei Lieferengpässen entwickeln. Mein konkreter Vorschlag wäre tatsächlich, dass wir eine Meldepflicht an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte seitens der Großhändler, Apotheken einführen, wenn irgendetwas fehlt. Das wäre für mich eine ganz klare Forderung.

Die Entwicklung eines Impfstoffs gegen Covid-19 hat gezeigt, dass auch Deutschland nicht schlecht ist: CureVac, Tübingen; BioNTech, Mainz, in Kooperation mit Pfizer – das hat gut funktioniert, da können wir sagen: Wunderbar.

Ich komme zum letzten Punkt, der auch vielfach angesprochen worden ist: das Thema „Gesundheitskompetenz, Aufklärung der Bevölkerung“. Wir müssen ja alle dabei mitnehmen. – Gesundheitsförderung und Prävention sind angesprochen worden.

Health in All Policies – Gesundheit in allen Politikfeldern: Was wir als Erstes machen müssen – das funktioniert im Land sehr gut mit dem Sozialministerium –: Wir haben das Gesundheitsleitbild immer gemeinsam bottom-up entwickelt, wir haben die Gesundheitsstrategie gemeinsam entwickelt, wir haben auch gemeinsam über das Landesgesundheitsgesetz – LGG – gesprochen, das im Dezember 2015 beschlossen wurde, damals mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen, welche eine sehr gute Einrichtung sind und mit denen wir gut in die Fläche kommen. Das ist ein sehr guter Ansatz. Es ist ganz klar: Ich bin ein absoluter Fan der Kommunalen Gesundheitskonferenzen und der Arbeitsgruppen in den 44 Stadt- und Landkreisen des Bundeslands Baden-Württemberg.

Beim „Quartier 2030“ müssen wir die krisenfesten Quartiere mitdenken. Da gibt es auch schon jetzt Maßnahmen. Da es vorher auch angesprochen wurde: Was ist, wenn Corona in einer Pflegeeinrichtung auftritt? Dann gibt es soziale Disbalancen. Gerade demente Mitbürgerinnen und Mitbürger können gar nichts damit anfangen, wenn jemand eine Maske trägt oder wenn jemand plötzlich „eingesperrt“ wird. Da haben wir beispielsweise ein Projekt in Stuttgart-Wangen aufgesetzt, eine Pflegeeinrichtung im „Generationenzentrum Kornhasen“. Dort kann darüber nachgedacht werden – da versuchen wir, auch gesellschaftliche Herausforderungen aufzunehmen –, wie man das verbessern, das verändern kann. In diesem Prozess sind wir gerade mittendrin.

Abschließend komme ich zu meinem letzten Punkt: die Gesundheit in allen Politikfeldern. Wir haben ein angedachtes Projekt, das derzeit noch in der Prüfung ist, über den „Health in All Policies“-Ansatz: „Bewegt im Stadtquartier – die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen gesünder, vielfältiger und grüner machen“. Da geht es darum, dass wir tatsächlich über unsere Sektoren hinausdenken, dass auch Ministerien mit einbezogen werden: das Bauministerium, wenn es um die Sanierung geht, bei Fragen wie: „Warum werden Menschen krank?“, wenn sich die Asphalthöfe auf bis zu 70 Grad aufheizen – da darf man sich ja nicht wundern. All das müssen wir zusammendenken. Das Verkehrsministerium muss bei Fragen der Infrastruktur ein-

bezogen werden, z. B. muss das „Taxi Mama“ oder das „Taxi Papa“ aufhören, und es muss überlegt werden, wie man beispielsweise Busse usw. entsprechend installieren kann, wie man Blau- und Grünflächen gestalten kann.

Es gibt viel zu tun, packen wir es an!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Wunderbar, vielen Dank, Herr Winkler. – Dann kommen wir jetzt zur Fragerunde der Fraktionen. Zunächst rufe ich die Kollegin Krebs auf.

Abg. Petra Krebs GRÜNE: Vielen Dank, Herr Vorsitzender, und vielen Dank, Herr Winkler und Frau Holuscha-Uhlenbrock, für Ihre guten Vorträge.

Ich habe eigentlich gar nicht viele Fragen, das ist auch der Zeit geschuldet. Was mich aber neben Ihren vielen Handlungsfeldern, die Sie benannt haben, Frau Holuscha-Uhlenbrock, und die alle wichtig sind, noch mal beschäftigt hat und was ich Sie gern fragen wollte, betrifft das Thema „Ehrenamt stärken“. Das ist schon ein Thema, das uns beschäftigt. Wir machen uns jetzt auch gerade auf den Weg, die Ehrenamtskarte herauszugeben. Aber, wenn ich ehrlich bin, so ganz glücklich bin ich mit der Belohnung der Ehrenamtlichen für ihre wichtige Tätigkeit nicht. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie vielleicht noch etwas dazu sagen könnten, auch, ob Sie von Ihrem Verband aus etwas vorbereiten. Ebenso wäre ich Ihnen dankbar – ich glaube, wir alle wären das –, wenn Sie uns noch einmal etwas Schriftliches liefern würden. Da haben Sie vielleicht etwas in der Tasche. Das sagt der Vorsitzende auch immer, dass Sie das gern noch machen können.

Zu Ihnen, Herr Winkler: Vielen Dank für den Vortrag, der sich ziemlich an der Vorlage orientiert hat, die uns zur Verfügung stand. Ich habe einige wenige Fragen. Sie haben das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz angesprochen. Das ist natürlich eine Bundesangelegenheit. Dennoch – Sie haben das Stichwort Bundesrat genannt – würde mich einfach Ihre Meinung dazu interessieren, was Sie zu dem Aspekt „Einkommengrenzen nach oben anpassen“ sagen würden. Denn das wäre ein relevantes Instrument, mit dem man auch Gelder generieren könnte.

Die nächste Frage wäre – wir haben hier gar keine Vertreter da –: Wie sehen Sie eigentlich die Verantwortung der privaten Krankenversicherungen bei diesem Thema? Wie sind die da mit eingebunden und wie, glauben Sie, verhalten die sich diesbezüglich?

Die Themen Gesundheitskompetenz und auch „Health in All Policies“ finde ich mit die wichtigsten Themen überhaupt, auch als Botschaft aus der Enquete. Das werden wir auf jeden Fall aufnehmen. Vielen Dank, dass Sie das auch noch mal so dezidiert aufgenommen haben.

Abg. Dr. Matthias Miller CDU: Vielen Dank für die beiden sehr guten Vorträge, die tatsächlich auch vieles von dem, was Sie uns schon zugesendet haben, enthalten haben. Sie haben beide kurz über Krisenstäbe gesprochen: Frau Dr. Holuscha-Uhlenbrock, Sie haben die Taskforce „Corona“ angesprochen, und Herr Winkler, Sie hatten gesagt, dass man eventuell weitere Krisenstäbe brauche, wo die handelnden Akteure zusammenkommen könnten, und dass man da auch rechtliche Grundlagen brauche.

Diesbezüglich habe ich die Nachfrage – da wir es dann auch konkret machen; das fand ich einen ganz interessanten Punkt –: Was würden Sie sagen, wie sich bei einem solchen Punkt dann die Teilnehmer zusammensetzen müssten? Man sollte ja auch in Krisen verhindern – je nachdem, ob es die Coronapandemie ist oder andere Krisen sind –, dass man Überschneidungen von Strukturen hat. Es bringt auch nichts, wenn man zu viele Krisenstäbe hat. Wie würden Sie einen solchen Stab personell in Ihrem Bereich Gesundheit aufstellen, der nicht speziell für eine Pandemie ist, sondern allgemein? Sie haben auch immer erwähnt, dass es alle möglichen Krisen geben kann.

Dr. Annette Noller, stellv. externes Mitglied: Ich würde daran gern direkt anknüpfen und auch noch mal an beide Referenten die Frage stellen, wie denn diese Strukturen, die angesprochen wurden – sozialräumliche Strukturen, Quartiersstrukturen, ehrenamtliche Strukturen –, bereits so aufgestellt werden können, dass dann auch die Ressourcen in Krisen abrufbar sind – das ist ja das Thema, das uns beschäftigt.

Die andere Frage geht noch mal an Frau Holuscha-Uhlenbrock. Wir hatten die Erfahrung gemacht, dass wir in der Krise einzelne Zielgruppen – Wohnungslose, Flüchtlinge, Menschen, die arbeitslos geworden sind – einzeln adressiert haben. Das heißt, in der Krise – was ja auch verständlich ist und was gut gelungen ist – waren zunächst einmal das Thema Gesundheit sowie die Themen Altenhilfe und Pflegeheime obenauf. Welche Strukturen können wir – das knüpft jetzt an Ihren Vortrag an – aufbauen, und wie können wir es so aufstellen, dass diese Zielgruppen, die besonders vulnerabel sind, auch die Kinder aus den benachteiligten Quartieren, im Krisenfall schneller in den Blick kommen und dies dann eben auch in bereits gefestigten Strukturen gut bearbeitet werden kann?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Herr Winkler, wenn ich das richtig gelesen habe, dann plädieren Sie dafür, den Krisenstab „GKV-6 Coronapandemie“ zu etablieren. Mir wäre wichtig, dass wir das auch noch mal festhalten.

Dann haben Sie ein Plädoyer für die Kommunalen Gesundheitskonferenzen gehalten. Wir hatten vorhin auch die Hinweise von Herrn Rinkel gehört, dass, wenn wir das als bedeutend ansehen, ein Aspekt auch ist, dass wir entscheiden können, ob sich das umsetzen lässt. Wir haben von Herrn Rinkel auch gehört, dass das Problem besteht, dass die Krankenversicherungen bundesweit oder zumindest landesweit organisiert sind und es wahrscheinlich dann schwierig wäre. Aber es wäre natürlich ein Impuls, wenn man sagt: „Ich habe in der regionalen Struktur Themen, die wir in einer solchen Krisensituation schnell entscheiden“, dass man dann tatsächlich auch vor Ort entscheiden kann. Das wäre noch mal ganz interessant.

Dann haben Sie ganz am Ende das Projekt angesprochen, das Sie im Moment in Mannheim planen. Könnten Sie uns die Informationen vielleicht noch mal zukommen lassen, damit wir das mit aufnehmen könnten? Denn das wäre vielleicht ein Ansatz, den wir auch noch mal prüfen können, ob das etwas wäre, um es auch als Empfehlung mit aufzunehmen.

Letzter Punkt: Der baden-württembergische Landeskrankenhausplan ist aus dem Jahr 2010. Welche Priorität räumen Sie dem Landeskrankenhausplan im Hinblick auf die Ausrichtung der stationären Strukturen in Baden-Württemberg ein?

Und noch eine Frage an Frau Dr. Holuscha-Uhlenbrock. Sie haben die aktuelle Umfrage genannt, in der ca. 75 % der Einrichtungen ausgesagt hätten, dass sich die Liquidität verschlechtere, und wonach etwa 50 % der Einrichtungen jetzt schon Baumaßnahmen bzw. Planungen stoppten. Letzte Woche haben wir den Fall gehabt, dass ein Pflegeheim seinen Betrieb einstellt. Die Auslastung wird schwieriger, Personal zu finden wird schwieriger. Wenn man sich diese Situation jetzt einmal anschaut – wir reden jetzt zwar über die Coronapandemie, aber die nächste Krise hat sie schon eingeholt –: Besteht aus Ihrer Sicht ganz akuter Handlungsbedarf? Denn sonst haben wir vermutlich – das wollte ich einfach noch mal hinterfragen – schon im nächsten Jahr mit Versorgungsengpässen zu rechnen.

Abg. Carola Wolle AfD: Frau Dr. Holuscha-Uhlenbrock, ich habe eine Frage an Sie. Denn es hat mich etwas schockiert, dass der Zugang zu den Jobcentern unterbrochen war, dass Sie da eingreifen mussten. Was war die Ursache? Gab es noch andere Situationen, in denen Sie eingreifen mussten? Das fand ich schon sehr schockierend.

Dann habe ich eine Frage an Herrn Winkler. Sie haben davon gesprochen, dass Menschen mit Alzheimer vereinzelt „eingesperrt“ wurden. Ich denke, so etwas sollte man nicht mehr tun. Das ist höchst unmenschlich, insbesondere auch die Sterbebegleitung. Ich denke, auf dieses Niveau dürfen wir uns nicht mehr begeben. Wie können wir das händeln, dass das an dieser Stelle nicht mehr möglich ist?

Sie haben auch angesprochen, dass es das „Taxi Mama“, das „Taxi Papa“ nicht mehr geben dürfe. Warum gibt es das „Taxi Mama“ und das „Taxi Papa“? Zum einen

aus Bequemlichkeit, dann haben wir zum anderen die Helikoptermütter und -väter, die sehr an die Sicherheit ihrer Kinder denken. Ich denke, da ist das Innenministerium gefordert.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Ich schaue mal in die Runde: Gibt es noch weitere Fragen? Die Meldungen von Herrn Rack und Herrn Abg. Dr. Preusch habe ich gesehen. – Dann machen wir erst die Antwortrunde, dann können Sie es sich noch mal überlegen. – Wir beginnen zunächst mit Frau Dr. Holuscha-Uhlenbrock, bitte.

Frau Dr. Holuscha-Uhlenbrock: Ich beginne mit der Frage zum Ehrenamt. Natürlich brauchen wir neben der Wertschätzung auch etablierte Strukturen, um das Ehrenamt weiterzuentwickeln. Wir haben ja im Moment auch bestehende Strukturen, um das Ehrenamt zu koordinieren. Ich nenne ein Beispiel aus dem Bereich der Flüchtlingsarbeit. Es sind seit 2015 Koordinatorenstellen entstanden, um Ehrenamtliche in der Flüchtlingsbetreuung zu koordinieren. Diese Strukturen müssen wir aufrechterhalten und weiter ausbauen. Das ist eine Maßnahme neben der Wertschätzung, die genannt wurde.

Es gibt gerade die Diskussion bezüglich eines sozialen Pflichtjahrs. Wir haben aber einen gut funktionierenden Freiwilligendienst, ein Freiwilliges Soziales Jahr. Es gibt auch ein europäisches soziales Jahr. Hier können wir durchaus noch mehr tun, um auch junge Menschen für das soziale Engagement zu gewinnen. Deswegen plädieren wir auch dafür, die bestehenden Strukturen, die das Ehrenamt fördern, koordinieren und betreuen, weiterzuentwickeln und zu stabilisieren.

Dann gab es die Frage, wie sich die Krisenstäbe zusammensetzen müssten. Das mussten wir beide beantworten, Herr Winkler und ich. Es kommt darauf an, denke ich, um welche Krisen und um welchen Personenkreis es geht. Ein Beispiel für eine Vernetzung auf Landesebene ist die Taskforce „Langzeitpflege und Eingliederungshilfe“, in der die Wohlfahrtsverbände, die Pflegekassen, die Wissenschaft mit am Tisch sitzen. In einer anderen Taskforce – zum Thema „Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ – saß das Sozialministerium, aber nicht die Kultusverwaltung mit am Tisch. Man muss schauen, dass je nach Thema und Krisenstab alle relevanten Akteure mit beteiligt sind. Ich kann über Kinder und Jugendliche, über die psychosozialen Folgen nicht nur mit der Sozialverwaltung sprechen; und die Kultusverwaltung ist dann nicht mit am Tisch.

Vergleichbare Strukturen brauchen wir auch vor Ort in den Sozialräumen. Auch da muss man schauen, dass alle bestehenden Akteure mit einbezogen werden. Es gibt auch gute Erfahrungen mit Familienzentren etc.

Dann gab es die Frage, wie man in Krisenzeiten alle Gruppen von Menschen, auch benachteiligte Menschen, im Sozialraum erreichen kann. Ich glaube, das war Ihre Frage, Frau Noller. Wie kann man die Ressourcen in Krisen abrufen? Ich denke,

wenn vor Ort schon eine Vernetzung stattfindet, wenn sich die Partner – Verbände, Kommunen, Vereine – im Sozialraum gut vernetzen, dann ist es umso leichter, den Sozialraum in einer Krisenzeit – wie soll ich sagen? – zu aktivieren. Wie wir alle Gruppen erreichen: Ich denke, da sind wir Verbände gut vor Ort vernetzt, um auch auf uns zurückzugreifen.

Ich komme zu der Frage von Herrn Haußmann, wie wir mit der Versorgungskrise umgehen. Es ist vorhin gesagt worden, es werde nicht mehr gebaut. Es werden beispielsweise auch keine neuen Pflegeheime mehr gebaut, weil die Investitionskosten, wie mein Kollege sagte, schon lange nicht mehr ausreichen. Wir brauchen Auffangnetzwerke, um die Einrichtungen, sage ich mal, rechtzeitig zu retten. Im Moment gibt es die gesetzlichen Regelungen, die besagen: Unvorhergesehene Kosten werden anerkannt, aber nicht die anderen; ich komme nicht auf den Begriff, aber alle wissen, was ich meine.

Das heißt, die Frage ist immer: Ab wann sind die Kosten so hoch, dass die Einrichtungen aufgefangen werden? Es kann nicht sein, dass man sagt: „Erst wenn sie in ihrer Existenz bedroht sind.“ Dann ist es zu spät. Wenn ich die Existenzbedrohung zum Maßstab nehme, ist es einfach zu spät. Denn Sie wissen alle: Wir sind gemeinnützig, das heißt, die Einrichtungen und Dienste können keine Rücklagen bilden bzw. nur in einem sehr geringen Umfang. Wenn ich sage: „Erst wenn jemand in der Existenz bedroht ist, dann greift ein Rettungsschirm“, dann ist es schon viel zu spät. – Frau Noller, ist Ihnen der Begriff eingefallen?

(Dr. Annette Noller, stellv. externes Mitglied: Es geht um die Nachverhandlungen, also was nachverhandelt werden kann!)

Zu der Frage von Frau Wolle, ob die Behörden geschlossen waren: Es war tatsächlich im ersten Lockdown zu Beginn der Pandemie so, dass einige Behörden zugemacht haben, unsere Klienten dann keine Ansprechpartner hatten und dann auch bei uns in unseren Beratungsdiensten der freien Wohlfahrtspflege aufgetaucht sind. Wir müssen deswegen aus diesen Erfahrungen lernen, damit so etwas in Zukunft nicht passieren kann.

Herr Winkler: Frau Krebs, ich beginne mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. Sie haben vollkommen recht. Sie wissen ja auch von mir, dass ich in diesen Strukturen denke: Was ist Bundesangelegenheit, was ist Ländersache? Aber worum es mir dabei geht, ist tatsächlich, sich das auf Landesebene – ich weiß von Ihnen, dass Sie das tun – zu eigen zu machen und natürlich den Kolleginnen und Kollegen auf Bundesebene dann entsprechend auch zu vermitteln, wie sich die Situation in Baden-Württemberg darstellt, dass es einfach eine bittere Notwendigkeit ist, dass wir da auskömmlich finanziert werden. Ich wollte diese Plattform hier, die Anhörung der Enquetekommission, diese Gelegenheit nutzen, darauf hinzuweisen. Denn ich weiß natürlich, wo das entschieden wird. Aber wir müssen überzeugt sein von dem, was wir gemeinsam tun. Ich denke, wir haben einen guten Job gemacht.

Ich rekapituliere – Stichwort Coronakrise –: Wir haben uns im März 2020 gleich gut aufgestellt. Da bin ich auch gleich bei dem Punkt, wie ich das mit den Krisenstäben meine. Ich bin auch kein Verfechter davon, weil ich auch in vielen Gremienstrukturen lebe. Doppelstrukturen mag ich schon gar nicht, da bin ich ganz empfindlich. Daher: Erst einmal müssen wir nach dem Bedarf vorgehen. Dann müssen wir immer die Gesundheitskrisensituation einbeziehen. Wir wissen ja nicht, welche Krise es sein wird. Jetzt war es Corona. Dann dürfen wir natürlich nicht schon gleich etwas fest etablieren. Das wäre vergossene Milch. Vielmehr müssen wir dann, wenn die Situation eintritt, genau wissen, welche Zielgruppen, welche Akteure in einen solchen Krisenstab eingebunden werden müssen.

Da wir uns im Bereich Gesundheit bewegen, ist die Drehscheibe für mich z. B. das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration. Dort müssen die Fäden zusammenlaufen, dort muss man sagen: „Okay, jetzt sind diese und jene gefragt.“ Wir, die GKV, waren seinerzeit bei der Finanzierung entsprechend gefragt. Wir waren dabei, haben uns intensiv ausgetauscht, haben Bedenken geäußert und bei anderen Aspekten gesagt: „Okay, das passt.“ Das haben wir alles vorgetragen, das hat gut funktioniert.

So ist das zu verstehen: nicht im blinden Eifer, nur damit wir wieder ein neues Gremium haben. Um Gottes Willen, das möchte ich nicht. Vielmehr ist es für den Fall der Fälle. Wir sind aufgestellt und haben in Baden-Württemberg den Beweis angetreten, dass wir das im baden-württembergischen Gesundheitswesen können. Das können wir auch wirklich mit Fug und Recht sagen.

Zum Thema PKV: Die PKV war auch mit einbezogen in die Finanzierung. Das muss man ganz klar so sagen. Ich würde mir bei vielen Punkten – ohne das Thema vertiefen zu wollen – aber dennoch wünschen und könnte mir vorstellen, dass sich die PKV bei diversen Themen, bei denen sie nicht dabei ist – Hospizarbeit usw. –, entsprechend mit einbringt. Wir haben viele Aufgaben, bei denen wir sehr froh wären, wenn wir die PKV auch noch mit dabei hätten, dort, wo wir im Fünftes Buch Sozialgesetzbuch oder Elftes Buch Sozialgesetzbuch eine Verantwortung haben.

Die eine Bemerkung zum Thema Gesundheitskompetenz habe ich als Lob oder als Anerkennung verstanden, dass wir da gemeinsam auf dem richtigen Weg sind. Wie gesagt, ich möchte gern die Politik und die Ministerien einbeziehen. Auch Herr Wahl weiß das, wir haben die Gespräche geführt, da habe ich überall immer den „Health in All Policies“-Ansatz angesprochen. Dieser Ansatz ist eigentlich parteiübergreifend, kann ich sagen – um Ihnen das gleich als Feedback zu geben. Ich hatte ja mit Ihnen allen gesprochen, da kam ein positives Feedback, dass das der richtige Ansatz ist, um das Thema „Klima und Gesundheit“ überhaupt in den Griff zu bekommen. Das ist ein globales Problem. Das hat mich positiv gestimmt, mit unseren Projekten, die wir aufgesetzt haben, weiterzumachen.

Die Frage zum Krisenstab ist, glaube ich, soweit beantwortet worden.

Bei der Frage, die Sie, Frau Krebs, noch hatten, ging es um das Stichwort „Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze“. Dazu wird mein Kollege Carlos Philipp gleich noch etwas sagen.

Zum Thema „Kommunale Gesundheitskonferenzen“: Ich habe da, Herr Haußmann, ein bisschen das Stichwort Durchschlagskraft herausgehört. Es geht mir einmal darum, dass wir natürlich flächendeckend unterwegs und regionalisiert aufgestellt sind – dies natürlich immer im Rahmen der Gesetze. Ich nenne mal ein einfaches Beispiel: die Prävention und Gesundheitsförderung. Es gibt ein Präventionsgesetz, das gerade überarbeitet wird, es gibt einen Präventionsleitfaden. Da kann man in Eigeninitiative vorgehen. So soll es ja auch sein, da sind wir liberal unterwegs, da soll jeder die Schwerpunkte in seinem der 44 Stadt- und Landkreise setzen können, bei denen er sagt: „Da möchten wir gern einen Schwerpunkt setzen“, oder ein Landkreis sagt: „Wir haben ein Diabetesproblem in dem Landkreis.“ Da muss man dann entsprechend rangehen, sodass man da ganz flexibel ist. Das ist mein Gedanke bei dem Ganzen. Wir müssen uns natürlich immer im Kontext und im Rahmen der Fördertöpfe oder der Möglichkeiten, die man hat – dort, wo es gesetzgeberisch auch Möglichkeiten gibt –, bewegen. Da bleibe ich immer ganz klar in der Struktur.

Zu der Frage nach dem HiAP-Projekt in Mannheim und in Singen und der Bitte, dass ich das zur Verfügung stelle: Wir befinden uns derzeit noch in der Prüfung, es ist noch nicht durch. Deswegen bin ich da im Augenblick noch etwas vorsichtiger, weil wir da auch innerhalb der GKV und mit der Deutschen Umwelthilfe gerade im Gespräch sind. Aber ich habe es mir auf alle Fälle vorgemerkt.

Frau Wolle, das möchte ich gleich von mir weisen, das habe ich auch so gar nicht gesagt. Ich hatte von dementen Menschen gesprochen. Es ist doch klar: Da hat jeder unser Mitgefühl. Einer, der dement ist und plötzlich jemanden sieht, der ihm mit einer Maske entgegenkommt, kann das gar nicht einordnen. Ich will sagen: Wir hatten damals ja die Situation einer Pandemie, wir mussten handeln, auch mit teilweise negativen Auswirkungen, auch in den Sozialeinrichtungen, da gebe ich Ihnen vollkommen recht. Aber damals war Gefahr im Verzug. Das geht immer mit Risiken und Nebenwirkungen einher. Das ist klar. Ich wollte nur darauf hinweisen, dass das natürlich dort ein Problem ist. Gerade in einem Krisenfall muss man mit der höchsten Sensibilität an dieses Thema herangehen. Da sind wir auch mit Pilotierungen unterwegs, wie man das noch besser in den Griff bekommen kann.

Das Thema „Taxi Mama/Taxi Papa“ habe ich plakativ ganz bewusst so intoniert, und zwar deswegen: Es ist eine Tatsache, wir können da schon einiges machen. Teilweise sind Schulen ganz schlecht über die Busse usw. angebunden. – Frau Wolle, Sie nicken mit dem Kopf, Sie bestätigen mich da. – Bei diesem Thema geht es um die Infrastruktur, und da wäre bei unserem Projekt beispielsweise das Verkehrsministerium natürlich entsprechend mit gefragt. Das würde ich bei dem Projekt, das ich vorhin vorgestellt habe, auch mit einbeziehen. Wie könnte es gelingen, dass man z. B. die Busse sicher in Richtung Schule fahren lassen kann? Teilweise muss auch noch Inf-

rastruktur geschaffen werden. Es gibt auch Schulen, die irgendwo liegen. Deswegen behelfen sich ja viele mit dem Auto, das will ich denen ja gar nicht zum Vorwurf machen. Die kommen mit dem Auto, weil sie sagen: „Mein Kind muss vier Straßen mit viel Verkehr queren.“ So ist das zu verstehen.

Herr Philipp: Frau Krebs, Sie hatten das Thema „GKV-Finanzstabilisierungsgesetz und mögliche Konsequenzen für die Zukunft“ angesprochen, also die konkrete Frage nach der Anhebung der Einkommensgrenze – technisch heißt das: Beitragsbemessungsgrenze. Vorneweg: Das ist seit Jahren eine höchst politische Frage. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hat erst mal für das Jahr 2023 eine Regelung geschaffen, aber nicht darüber hinaus. Das ist seit Jahren ein Anliegen der GKV: dass man eine breite, nachhaltige Finanzreform auf die Beine stellt, die dann über mehrere Jahre trägt.

Die GKV ist derzeit in der Situation, dass sie jedes Jahr mit der Bundesregierung über einen zusätzlichen Steuerzuschuss verhandelt, sodass man – das muss man so sagen – über die Runden kommt. Gleichzeitig werden Vermögens- oder Finanzreserven bei den Krankenkassen abgeschöpft, beim Gesundheitsfonds genauso. Man kommt also insgesamt von der Finanzierung her an ein Limit. Das ist ziemlich weit unten. Es stellt sich natürlich jetzt die Frage: Wie geht es weiter?

Ein Mittel wäre, auf der Einnahmenseite zu sagen, man erhöht die Beitragsbemessungsgrenze, sodass die Einkommen bis zu einer höheren Grenze verbeitragt werden. Das würde den Kassen natürlich mehr Geld bringen, hat aber gleichzeitig die Wirkung, dass es diejenigen Versicherten trifft und belastet, die gut qualifiziert in Fachberufen stehen, sowie auch die Arbeitgeber. Das muss man dabei berücksichtigen. Eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze könnte natürlich auch Anreize für die jeweiligen Versicherten setzen, gegebenenfalls in die PKV zu wechseln. Wenn die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung dann steigen, könnte für diese einkommensstarken Versicherten, wenn man das so sagen darf, ein Anreiz gesetzt werden, in die PKV zu wechseln.

Deswegen muss man eigentlich, wenn man sich das überlegt, auch immer über die Grenze nachdenken, die über die Versicherungspflicht und Versicherungsfreiheit, also die Möglichkeit, in die PKV zu wechseln, entscheidet. Nur die Beitragsbemessungsgrenze allein zu erhöhen, wäre zu einseitig; man muss diese Grenze, ab der es die Möglichkeit gibt, in die PKV zu wechseln, mitdenken.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Wenn es von Ihrer Seite keine weiteren Ergänzungen gibt, habe ich noch vier Nachfragen, und zwar von Herrn Abg. Dr. Preusch, Frau Professorin Dr. Noller, Herrn Rack und Frau Abg. Wolle. – Bitte, Herr Abg. Dr. Preusch.

Abg. Dr. Michael Preusch CDU: Frau Holuscha-Uhlenbrock, meine Frage hat sich eigentlich schon erledigt. Sie hatten das soziale Pflichtjahr angesprochen. Da bin ich

aber aus persönlicher Erfahrung nicht Ihrer Meinung. Denn wenn ich die Pflegekräfte, die heute aktiv im Dienst sind, frage, dann gibt es einen großen Anteil, der seinen Zivildienst in einer sozialen Einrichtung geleistet hat. Deshalb glaube ich, mit der Freiwilligkeit bleiben wir unter unserem Potenzial. Wir müssen uns auch neue Gedanken zur Weiterentwicklung beim Thema „Berufliche Orientierung junger Menschen“ machen. Da sind alte Konzepte schon lange überholt. Deshalb glaube ich, ein soziales Pflichtjahr bietet viele neue Chancen.

Vorsitzender Alexander Salomon: Ich habe das Gefühl, dass das Thema sicherlich bei den Handlungsempfehlungen ganz am Schluss eine Rolle spielen wird. – Frau Professorin Dr. Noller, bitte.

Dr. Annette Noller, stellv. externes Mitglied: Ich will eigentlich auch keine Frage stellen, das würde den Rahmen sprengen. Aber zu den Finanzierungsfragen würde ich die Enquetekommission bitten, dies im Rahmen des Handlungsfeld zur sozialen Infrastruktur noch einmal in den Blick zu nehmen. Denn – der Kollege hat es gesagt – in den Krisen brennt uns eigentlich immer der Kittel und die Gemeinnützigkeit der freien Wohlfahrtspflege hat ja ganz eigene Strukturen.

Wir haben den Eindruck und tatsächlich auch diesmal die Sorge, dass zwischen Bund und Kommunen – Frau Holuscha-Uhlenbrock hat es vorhin noch mal geschildert –, bei den Verhandlungen mit den Kommunen und dem ganzen Geflecht nicht nur Finanzierungen ausbleiben und dann keine Investitionen mehr getätigt werden können, sondern dass wir tatsächlich auch Einrichtungen verlieren könnten. Deswegen habe ich eher die Bitte an die Kommission – das kann man nicht in zehn Minuten behandeln –, sich dieses Themas noch einmal zu widmen. Das würde, glaube ich, helfen.

Vorsitzender Alexander Salomon: Sie sind ja Teil der Kommission. Sicherlich gibt es auch ein paar Befürworterinnen und Befürworter, die das unterstützen werden. Deswegen glaube ich, dass die Botschaft angekommen ist und im Nachgang zwischen den Fraktionen besprochen werden kann. Vielen Dank noch mal für den Hinweis. – Jetzt Herr Rack, bitte.

Oliver Rack, stellv. externes Mitglied: Ich wollte auch noch mal auf das Thema eingehen, welches Sie relativ spät in Ihrem Vortrag angesprochen haben. Wenn sich da ein akutes Problem entwickelt, ist die Frage, ob da auch eine Bestandsaufnahme vorhanden ist oder eine Vorausschau angefertigt wird, was uns eigentlich im Hinblick auf die Belastung unserer sozialen Struktur erwartet.

Die andere Frage ist natürlich: Inwiefern werden im Rahmen der Wohlfahrtstätigkeit auch Punkte erfüllt, die mit Behördengängen usw. zu tun haben? Wo fehlt es noch an einer Digitalisierung der Behörden, die Ihre Aufgaben erleichtern würde und aus der sich damit auch noch mal weitere Potenziale ergäben?

Wir haben hier von Health in All Policies gesprochen. Vorhin hatten wir auch den Begriff „Planetary Health“. Gibt es da Schnittmengen? Was ist zu den Begriffen noch zu sagen?

Abg. Carola Wolle AfD: Ich möchte eigentlich nur ein Statement abgeben. – Herr Winkler, ich wollte Sie nicht angreifen oder Ähnliches, sondern mich hat damals die Situation einfach so erschreckt, wie man mit den Menschen in der Pandemie umgegangen ist. Ich möchte, dass so etwas nie wieder passiert. Wir müssen einfach darauf hinarbeiten, dass es funktioniert.

Vorsitzender Alexander Salomon: Dann steigen wir in die Antwortrunde ein. Herr Winkler, Sie dürfen gleich beginnen. Wir machen es mal anders herum.

Herr Winkler: Ich habe mir gerade überlegt, welche Fragen ich bekommen habe.

Vorsitzender Alexander Salomon: Das sind keine expliziten Fragen, es gab ja auch Statements. Deswegen dachte ich, Sie bekommen jetzt auch die Chance, ein Statement abzugeben, auch wenn keine Frage da war.

Herr Winkler: Ich ergreife die Chance. – Wir sprechen von dem sogenannten HiAP-Ansatz, von dem „Health in All Policies“-Ansatz – Gesundheit in allen Politikfeldern. Letztlich ist es so: Wir leben in Baden-Württemberg, in Deutschland, in Europa. Wir leben nicht auf einer Insel. Vielmehr müssen wir das Problem global angehen. Es ist höchste Zeit. Wir befinden uns auch, was die Gesundheit angeht – da sind wir, die in der Gesundheitsversorgung tätig sind, direkt betroffen –, in einem Hamsterrad.

Ich bleibe jetzt wieder bei meinem Beispiel, dass sich Jugendliche z. B. nicht mehr nach draußen trauen, weil sie sagen: „Da werde ich vielleicht gleich umgefahren.“ Die vergraben sich in ihren Smartphones und Tablets. Das ist sicherlich alles nicht gesundheitsförderlich. Da müssen wir mal Maßnahmen ergreifen, die Bausubstanz, Infrastruktur, Umwelt, Blaflächen – das sind die Themen, die ich vorhin angesprochen habe – betreffen, damit wir das Thema tatsächlich auch mal an der Wurzel angehen.

Wir müssen an die Wurzeln des Übels gehen und nicht immer nur an den Symptomen herumdoktern. Wir haben es mit psychisch erkrankten jungen Menschen zu tun. Woher kommt das? Ich habe ein paar Faktoren genannt. Wir müssen schauen, dass wir tatsächlich auch Freude schaffen, dass man in Richtung Bewegung und Ernährung kommt – da sind wir gleich bei unseren Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Das kann dann schwierig werden. Wir müssen schauen, dass wir Verhaltensprävention machen – das ist der eine Aspekt. Aber es müssen auch Verhältnisse verändert werden. Verhältnisprävention heißt ja nichts anderes, als dass wir die Rahmenbedingungen so sortieren, dass es funktionieren kann. Denn sonst geben wir nur laufend einen Haufen Geld aus und nichts passiert wirklich.

Ich sage es mal so: Das sind einfach Gesundheit und Klima global betrachtet und gedacht. Da müssen wir, glaube ich, im Kleinen anfangen. Da sollten wir in Baden-Württemberg auch Vorreiter sein. Und das waren wir auch schon in vielen Bereichen.

Frau Dr. Holuscha-Uhlenbrock: Ich komme noch mal auf die Frage zum Freiwilligen Sozialen Jahr versus eines Pflichtjahrs zurück. Wir setzen auf Freiwilligkeit und sehen dort noch ganz viele Potenziale, um noch mehr ehrenamtlich engagierte Freiwillige zu gewinnen. Man kann auch das Freiwillige Soziale Jahr neu denken. Wir haben immer mehr Menschen, Senioren, die in den Ruhestand kommen. Vielleicht haben diese Senioren auch das Interesse, ein Freiwilliges Soziales Jahr zu machen. Das Freiwillige Soziale Jahr muss sich ja nicht unbedingt nur auf junge Menschen beschränken. Da kann man durchaus noch mal neue Ideen entwickeln. Freiwilligkeit geht in unseren Augen immer vor Zwang und Pflicht. Deswegen wollen wir bestehende Strukturen etablieren.

Dann gab es eine Frage zur Finanzierung, ob es eine Bestandsaufnahme gibt. Die Frage kam, glaube ich, von Ihnen, Herr Haußmann. Ich habe gesagt: Viele Einrichtungen und Dienste stehen mit dem Rücken zur Wand. Wir haben den Versorgungsnotstand schon jetzt, wir sind eigentlich schon mittendrin in einem Versorgungsnotstand – er beginnt nicht, er ist schon da. Diese Bestandsaufnahme können wir nachliefern. Ich kann Ihnen jetzt im Moment keine aktuellen Zahlen nennen, ich kann nicht sagen: „Soundso viel Prozent unserer Einrichtungen sind kurz davor zu schließen.“ Nichtsdestotrotz können wir gern diese Bestandsaufnahme machen und sie der Enquetekommission dann zur Verfügung stellen.

Zum Thema „Digitalisierung der Behörden“: Uns geht es in erster Linie auch darum, dass unser Klientel einen Zugang zur Digitalisierung dahin gehend findet, dass unsere Klienten, z. B. wohnungslose Menschen, auch in der Lage sind, ihre Anträge zu stellen. Es gibt das Onlinezugangsgesetz, das heißt, die Behörden sind in einem Digitalisierungsprozess. Aber unsere Klienten sind nicht alle in der Lage, hier Schritt zu halten. Wir müssen schauen, wie wir Menschen in benachteiligten Situationen mit der Digitalisierung erreichen, damit sie in der Lage sind, ihren Wohngeldantrag zu stellen etc.

Ich hoffe, ich habe nichts vergessen.

Vorsitzender Alexander Salomon: Ich schaue in die Runde. Das scheint nicht der Fall zu sein. – Dann darf ich mich ganz herzlich bei Ihnen bedanken, Frau Dr. Holuscha-Uhlenbrock, Herr Winkler und Herr Philipp,

(Beifall)

dass Sie uns Rede und Antwort gestanden haben und uns noch viele Informationen gegeben haben und auch noch geben werden.

Ich darf mich bei allen bedanken, die heute Vormittag bei dieser Runde dabei waren.

Wir gehen jetzt bis 14:35 Uhr in die Mittagspause – etwas kürzer –, aber ich hoffe, das bekommen Sie alle hin. Der Nachmittag ist dann dementsprechend auch nicht so lang, sodass wir vielleicht auch gar nicht so viel Zeit brauchen.

Vielen Dank.

(Unterbrechung der Sitzung von 13:44 Uhr bis 14:36 Uhr)

Vorsitzender Alexander Salomon: Meine Damen und Herren! Ich darf Sie alle recht herzlich nach der Mittagspause zu unserer Sitzung zurückbegrüßen. Den Ablaufplan halten wir mit einer leichten Verzögerung weiter ein.

Wir haben den Arbeiter-Samariter-Bund Baden-Württemberg e. V. mit Herrn Daniel Groß, dem stellvertretenden Landesgeschäftsführer und Landesrettungsdienstleiter, den Landesverband der Johanniter in Baden-Württemberg e. V. mit Frau Ursula Adl-hoch, der Fachbereichsleiterin Rettungsdienst, die Regionalgliederung des Malteser Hilfsdienstes e. V. in Baden-Württemberg mit Peter Neuhauser, dem Bezirksge-schäftsführer und Leiter des Rettungsdienstes, sowie den DRK-Landesverband Ba-den-Württemberg e. V. und den DRK-Landesverband Badisches Rotes Kreuz e. V. mit Herrn Marc Groß, dem Landesgeschäftsführer des DRK-Landesverbands Baden-Württemberg, zu Gast. Sie haben insgesamt 20 Minuten Zeit.

(Eine Präsentation [*Anlage 5*] wird begleitend zum Vortrag einge-blendet.)

Herr Marc Groß: Herr Daniel Groß und ich teilen uns die insgesamt zur Verfügung stehende Redezeit für alle vier Verbände. – Herr Vorsitzender! Ich darf Ihnen allen zuallererst den Dank darüber aussprechen, dass Sie uns, die Rettungsdienstorgani-sationen insgesamt, zu dem heutigen Termin eingeladen haben. Denn unsere Sorge, die wir immer haben, dass das Gesundheitssystem mehr oder weniger mit Rettungs-dienst gedacht wird, hat sich damit schon mal erübrigt. Deswegen lieben Dank dafür! Wir haben Ihnen eine Präsentation mitgebracht.

Ich glaube, ich brauche Ihnen auch nichts mehr darüber zu erzählen, was in den letz-ten zweieinhalb Jahren für uns im Rettungsdienst – nicht nur im Rettungsdienst, sondern auch im Bevölkerungs- und Katastrophenschutz – so auf der Tagesordnun-g stand. Aber wir finden es wichtig, Ihnen einmal zu zeigen, was wir im Jahr 2021 an Zahlen, Daten und Fakten in Baden-Württemberg bewegt haben. Es ist mir auch wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Notfallrettung natürlich ein wichtiges Thema ist, dass aber auch der Krankentransport und darüber hinaus unsere Integrierten Leit-stellen, die heute schon mehrfach angesprochen worden sind, ein Kernstück unserer Operationen sind.

Das heutige Thema „Krisenfeste Gesellschaft“ ist ein Thema, das wir vor allem seit 2020 durch die Coronapandemie und darüber hinaus beim Ahrtalhochwassereinsatz, bei dem alle Hilfsorganisationen über den Bevölkerungsschutz im Einsatz gewesen sind, erleben. Ich erinnere mich gut daran, wie die ersten „Wuhan-Rückkehrer“ im März 2020 mit den ersten Einsatzfahrzeugen von uns nach Kirchheim unter Teck verbracht worden sind und wie wir dann gemeinsam im Ahrtal gewesen sind. Sie können sich vielleicht daran erinnern: Innerhalb von 48 Stunden waren 100 KTW-B in der Zuführung, um Patienten vor Ort zu versorgen. Und jetzt kommt nicht zuletzt natürlich der russische Angriffskrieg in der Ukraine hinzu.

All diese Komponenten haben dazu geführt, dass wir eigentlich pausenlos in der Krise agieren, dass das ein neues Normal mit sich gebracht hat. Ich will Ihnen beispielhaft zeigen, wie hart wir auf der einen Seite versucht haben, die Einsatzfähigkeit aufrechtzuerhalten, aber auf der anderen Seite an unsere Kapazitätsgrenzen geraten sind. Z. B. haben wir, um den Rettungsdienst aufrechterhalten zu können, die Lehrkräfte von unseren Schulen, die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ausbilden, mitten in der Pandemie dem Rettungsdienst zugeführt.

Es gibt, glaube ich, noch ein paar andere Beispiele, die im Rahmen des Vortrags vorgestellt werden. Wir haben versucht, so kompakt wie möglich zu sein und Ihnen auch Handlungsoptionen und Alternativen aufzuzeigen, die wir dann vielleicht gemeinsam auf den Weg bringen können.

Ich werde jetzt an Daniel Groß übergeben, der mit dem Thema „Sicherstellung der Verfügbarkeit des Rettungsdienstes“ weitermacht.

Herr Daniel Groß: Meine sehr geehrten Damen und Herren, auch von meiner Seite herzlichen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, heute hier vor Ihnen sprechen zu dürfen. – Ich spreche zum Thema „Sicherstellung der Verfügbarkeit des Rettungsdienstes“. Der Rettungsdienst ist unstrittig eine kritische Infrastruktur – der Kollege hat es gerade schon angesprochen –, bestehend aus den drei Säulen Notfallrettung, Krankentransport und Integrierte Leitstellen. Wir können in der Krise zumindest feststellen, dass der Rettungsdienst jeden Tag 24 Stunden für die Bürgerinnen und Bürger verfügbar war. Wir haben es mit allen Maßnahmen, die Marc Groß gerade auch schon angesprochen hat, geschafft, dies für die Bevölkerung in Baden-Württemberg sicherzustellen.

Das war eine sehr große Anstrengung, die wir auch nur deshalb geschafft haben, weil wir hoch motivierte Mitarbeitende haben, die mit unglaublichem Einsatz und unglaublichem Engagement in der Krise da waren und in diesem Zusammenhang ihren Mann, ihre Frau gestanden haben. Das gebührt noch mal – es ist mir ganz wichtig, das heute bei dieser Gelegenheit auch anzusprechen – großen Respekt für alle Beschäftigten im Rettungsdienst, unabhängig davon, welches Patch sie auf der Jacke haben. Die waren da, die waren verfügbar, und die haben da absolut mitgezogen – sonst wäre das in der schwierigen Situation gar nicht möglich gewesen.

Wir haben darüber hinaus aus unserer Sicht auch alles kompensiert, was in anderen Versorgungssystemen weggefallen ist. Den Rettungsdienst konnte man anrufen, der Rettungsdienst ist gekommen, auch wenn andere Strukturen teilweise nicht in dem Umfang leistungsfähig waren.

Jetzt soll es heute auch um eine in die Zukunft gerichtete Perspektive gehen. Deshalb haben wir uns natürlich auch darauf konzentriert, was dafür notwendig ist. Notwendig sind personelle Ressourcen, die vorhanden sein müssen. Ich brauche Ihnen nichts über die Probleme personeller Natur im Gesundheitswesen erzählen. Aber was wir benötigen, sind Sicherstellungsmaßnahmen, sind Möglichkeiten, auf Sicherstellungsmaßnahmen zurückzugreifen, so, wie wir es teilweise auch vom Innenministerium in der jetzigen Krise ermöglicht bekommen haben. Es ist für uns wichtig, dass so etwas dauerhaft implementiert wird und nicht erst in der Krise in einem langwierigen, schwierigen Abstimmungsprozess entstehen muss. Solche Maßnahmen, Maßnahmenpläne kann man vorher abstimmen, um diese Sicherstellung zu gewährleisten.

Was braucht man darüber hinaus noch, um einen Rettungsdienst sicherzustellen? Man braucht eine materielle, eine sächliche Ausstattung. Da gibt es im Prinzip drei wesentliche Punkte: einmal die Verfügbarkeit von hoch technischen Geräten sowie Chips etc., um derartige Geräte nachbeschaffen bzw. reparieren zu können, zum Zweiten – das wissen Sie noch alle – die sächliche Ausstattung mit FFP2-Masken, Schutzkittel, Schutzanzüge auf niederschwelligem Weg. Auch hier muss eine Versorgung sichergestellt sein. Denn ich kann die Mitarbeitenden nur bei der Stange halten, wenn ich sie auch entsprechend schützen kann. Das muss uns allen klar sein. Der dritte Punkt – ich denke dabei an die aktuelle Situation; der Kollege hat es angesprochen – ist die Energieversorgung, also z. B. die Sicherstellung der Treibstoffversorgung für Rettungsmittel und der Stromversorgung für Rettungswachen.

Das sind drei ganz wesentliche Punkte. Dies können Sie auch dem Onepager entnehmen, den wir erstellt haben.

Ich darf dann zum nächsten Thema weitergehen, der Sicherstellung der Finanzierung des Rettungsdienstes. – Das ist die nächste Folie. – Auch hier ist es wichtig, dass wir, um das alles leisten zu können, selbst wenn es vorhanden ist, natürlich die entsprechenden finanziellen Mittel benötigen. Da muss man ein bisschen in die Finanzierung eintauchen. Der Rettungsdienst ist zum großen Teil budgetfinanziert – zumindest die Notfallrettung und die Leitstellen. Somit ist die Finanzierung dem Grunde nach sichergestellt. Was aber nicht sichergestellt ist, sind explodierende Preise. Wir haben in den Höchstphasen der Coronapandemie teilweise 8 € pro FFP2-Maske bezahlt. Heutzutage ist das wieder ein Centartikel. Das ist das eine: massive Preisexplosionen, die wir berücksichtigen mussten. Es waren kurzfristig unglaubliche finanzielle Mittel nötig.

Zum anderen basiert die Liquiditätssicherung im Rettungsdienst auf den vorkalkulierten Einsatzzahlen. Wenn die Einsatzzahlen sinken – das war in dem ersten Pandemiejahr deutlich der Fall –, kommt die Liquidität auch nicht zurück, man hat aber trotzdem nahezu die gleiche Ausgangssituation. Auch hier benötigen wir – auch das haben wir Ihnen auf dem Onepager zur Verfügung gestellt – Maßnahmen für eine Liquiditätssicherung. Für uns wäre da ganz wichtig, dass der Rettungsdienst bei Rettungspaketen, bei Sicherstellungspaketen mit bedacht wird. Da hatten wir manchmal etwas den Eindruck, dass wir so durchrutschen, vielleicht, weil wir ein kleiner Bereich sind oder manchmal nicht so laut sind. Ich weiß es nicht genau. Aber das wäre für uns wichtig: dass dieser Bereich auch bei solchen Sicherstellungsmaßnahmen finanzieller Natur, Rettungspaketen etc. mit bedacht und berücksichtigt wird.

Vielen Dank.

Herr Marc Groß: Ich komme zum nächsten Punkt. Da geht es um das Thema, von dem wir vorhin auch schon oft gehört haben – beispielsweise von Frau Holuscha-Uhlenbrock –: dass wir in unserem Versorgungsnetz erste Lücken haben, die sich immer stärker bemerkbar machen, egal, ob im ambulanten oder im stationären Bereich. Wir, der Rettungsdienst, fühlen uns manchmal ein Stück weit als diejenigen, die die Versorgungsgänge mit unseren Frauen und Männern, die täglich im Einsatz sind, auffangen müssen. Ich glaube, es ist wichtig – wir sprechen ja über die Themen KRITIS und „Krisenfeste Gesellschaft“ –, dass die Dienste und Einrichtungen, die zur kritischen Infrastruktur gehören, auch redundant ausgestattet sind, damit sie die grundlegenden Voraussetzungen erfüllen können.

Der Entwurf des KRITIS-Dachgesetzes, der heute schon thematisiert worden ist, hebt sehr auf die Selbstverantwortung der Betreiber ab. Wir haben da oftmals mit dem gemeinnützigen Bereich zu tun. Ich glaube, da muss auch der Staat stärker in die Verantwortung, um das sicherzustellen, damit wir dann auch unfallfrei operieren können.

Ich glaube, wir müssen gemeinsam prüfen, wo es geeignete und verlässliche Instrumente in der verbindlichen Patientensteuerung gibt. Da sind wir bei dem Thema Datenaustausch. Ich glaube, es ist unabdingbar, dass ein Datenaustausch zwischen den Leitstellen und den anderen Operateuren im Versorgungsbereich sichergestellt ist, genauso muss der Datentransfer sichergestellt sein, wenn Rettungsmittel von uns in der Anfahrt zum Unfallort oder dann bei der Verbringung ins Krankenhaus im Einsatz sind, sodass wir nicht erst kurz vor der Klinik davon erfahren, dass die Klinik keine Patienten mehr aufnehmen kann oder dass vielleicht Fachabteilungen geschlossen worden sind. Wir führen oftmals Gespräche und haben lokale Netzwerke, aber auch hier sehen wir einen klaren Verbesserungsbedarf.

Definierte Meldewege und die Einbeziehung rettungsdienstlicher Expertise in die Krankenhausplanung oder andere Planungsprozesse sind, glaube ich, essenziell. Ich weiß, dass es hier eine unterschiedliche Ressortverantwortung gibt und dass es

auch nicht einfach ist, die Kommunikation immer sicherzustellen. Ich glaube, wir haben in der Pandemie gute Ansätze gezeigt, wie eine laufende Kommunikation zwischen dem Sozial- und dem Innenministerium aussehen kann. Daran sollten wir auch in Zukunft weiter festhalten.

Zum Thema „Disposition des ärztlichen Notdienstes durch Integrierte Leitstellen“: Sie haben die Debatte zu 116 117 heute früh schon geführt. Ich will darauf auch gar nicht näher eingehen. Gefühlt hat das System funktioniert. Ich bin mir nicht sicher, aber ich dachte, Baden-Württemberg habe die Strategie bzw. die Idee verfolgt, das über die Integrierten Leitstellen zu realisieren – vielleicht auch ein wenig an Österreich orientiert. Damit waren wir bundesweit auch relativ weit vorn, wenn Sie mich fragen. Vor diesem Hintergrund kann ich mich gut an die Gespräche erinnern, die wir damals zur Ablösung der 116 117 geführt haben. Dort hieß es, es gebe eine bundesgesetzliche Verortung und dementsprechend müssten wir die Leistung aus der Integrierten Leitstelle herausnehmen. Ich glaube, wir waren in der Lage, dieses Aufgabenfeld zu bedienen. Ich bin immer noch der festen Überzeugung, dass Beratung aus einer Hand – egal, ob niedrigschwellig oder komplexer – einen guten Ort in der Integrierten Leitstelle hat.

Ich will zwei, drei Elemente positiv erwähnen, die verdeutlichen, wie wir mit dem Innenministerium gemeinsam Maßnahmen auf den Weg gebracht haben, insbesondere hinsichtlich Corona. Ich nenne beispielhaft die Besatzung der Rettungsmittel. Wir haben gemerkt, dass wir da an Kapazitätsgrenzen kommen, und haben auf kurzem Weg regelmäßig in Schichten am Freitag definiert, wo wir die Möglichkeit haben, Entlastung zu schaffen und vielleicht Rettungsmittel anders zu besetzen.

Darüber hinaus nenne ich an dieser Stelle auch mal das Thema Innovation. Wir haben in Karlsruhe beispielhaft Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in die Intensivstationen gebracht, als die Mangellage so groß war, dass der operative Betrieb in den Kliniken nicht mehr aufrechterhalten werden konnte. Natürlich gibt es in einem solchen Prozess unglaublich viele Hürden, und natürlich müssen wir darauf achten, unsere gut ausgebildeten Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in dieser Situation nicht zu überfordern. Aber ich glaube, diese Ansätze und die Erfahrungen, die wir dort gemacht haben, in konkrete Notfallpläne und konkrete Notfallmaßnahmen für einen Tag x – wenn sie gebraucht werden – zu gießen, dürfte unabdingbar sein.

Das Thema Innovationsförderung – das will ich zu diesem Punkt noch ausführen – ist für uns ein ganz relevantes Thema. Denn Innovationsförderung bedeutet recht häufig, dass ich mich abseits der Regularien bewege.

Nehmen wir z. B. das Thema „Intelligente Steuerung und Disposition“. In Zeiten von Fachkräftemangel müssen wir das effizienter darstellen und neue Technologien nutzen, um mit den wenigen Ressourcen, die wir haben, effizient umzugehen.

Das bringt mich zu den Themen „Anwendungsfälle von künstlicher Intelligenz“ und Sprachsteuerungen. Ich glaube, wir brauchen dringend einfach einmal eine Definition. Wir haben viele Daten im Rettungsdienst, im Gesundheitssystem insgesamt, aber insbesondere auch in den Leitstellen, wo wir gemeinsam darüber nachdenken sollten – das ist eine Handlungsempfehlung –: Wo gibt es da Anwendungsfälle, wo können wir da sozusagen menschliche Ressourcen entlasten, also nicht ersetzen, sondern entlasten? Und: Wie können wir damit das gesamte System effizienter machen?

Niedrigschwellige Beratungsangebote für Patientinnen und Patienten, das ist natürlich ein großes Thema, welches auch heute schon mehrmals aufkam. Ich nenne auch das Thema Gemeindenotfallsanitäter. Es geht sozusagen um die Frage: Wie schaffen wir es eigentlich, die Ressource Notfallsanitäter, wo auch immer mehr Frauen in die Ausbildung kommen und wo auch immer mehr Menschen im gesetzten Alter sagen: „Ich hätte gern auch beruflich eine Perspektive“, besser zu nutzen? Ich glaube, da ist es zwingend notwendig, in Pilotierungsphasen zu kommen, und da haben wir seitens der Hilfsorganisationen Lösungen. Dafür ist es natürlich auch notwendig, dass wir im Rettungsdienstgesetz die notwendigen Voraussetzungen dafür schaffen, um sozusagen experimentieren zu können. Ich denke an eine Experimentierklausel, wie sie beispielsweise im Bundesland Niedersachsen realisiert wurde. Im Vorfeld eines Pilotprojekts „Gemeindenotfallsanitäter“ ist es auch bei uns dringend notwendig, auch solche Themen anzugehen.

Dann möchte ich das Thema „First Responder“ ansprechen, ein Thema, das wir alle gemeinsam schon frühzeitig angegangen sind und flächendeckend brauchen. Auf diesem Weg sollten wir konsequent weiter vorgehen. Denn natürlich ist es, glaube ich, sinnvoll, dass wir in einem solchen Bereich vielleicht auch einen Zugang für Ehrenamtliche haben können. Damit können wir natürlich die Rettungskette insgesamt entlasten.

Das Thema „Berücksichtigung rettungsdienstlicher Expertise“ hatte ich schon angesprochen und erläutert – Daniel hat auch schon darauf abgehoben –, wie wichtig es ist. Wir kennen Stabsfunktionen und Stabsarbeit, und im Rahmen des zweiten Handlungsfelds besteht auch noch die Gelegenheit, die Frage: „Wie kann man eigentlich in Stabsarbeit sozusagen reliabel zusammenarbeiten?“ zu bearbeiten.

Ich glaube, das, was wir in der Krise mit dem Innenministerium gemacht haben, die Austauschrunden, die Zuständigkeiten, kann man gut aufarbeiten und kann man sicherlich auch interdisziplinär bzw. interministeriell aufbereiten. In diesem Zusammenhang bieten wir auch gern unsere Expertise an. Ich glaube, dass wir da nicht nur Nachholbedarf in der Kommunikation haben, sondern auch in der Übung der einzelnen Zuständigkeiten.

Dann komme ich zum letzten unserer Punkte, die wir kompakt aufbereitet haben. Das ist ein Thema, das auch schon mehrfach angeklungen ist: Sensibilisierung der

Bevölkerung. Wir haben da bestehende Instrumente. Wir haben beispielsweise die Erste-Hilfe-Ausbildung, in der, wenn Sie so wollen, grundlegende Eigenverantwortlichkeit beim Einzelnen ausgebildet wird. Wir haben die Erste-Hilfe-Programme an Schulen, die bereits implementiert sind: „Löwen retten Leben“, um ihnen ein Beispiel zu nennen. Wir haben mittlerweile auch Erste-Hilfe-Angebote mit Selbstschutzzinhalten. Sie müssen sich vorstellen, dass wir eigentlich eine breite Offensive hinsichtlich dieses Themas angehen sollten. Auch da haben wir jedoch Refinanzierungsfragen, die nicht geklärt sind. Ein Beispiel ist die DGUV. Ich glaube, wenn wir diese bestehenden Elemente nutzen und kohärent weiterentwickeln, können wir einen guten Weg gehen.

Dazu gehört natürlich auch, uns als Hilfsorganisation einzubinden. Ich habe vernommen, dass das Kultusministerium wohl gemeinsam mit dem Innenministerium erste Inhalte für Schulen vorbereitet hat. Sie müssen sich vorstellen: Wir haben ständig Austauschrunden mit dem BBK und diese Inhalte eigentlich schon bei uns auf dem Tisch liegen. Daher würden wir uns sehr darüber freuen, wenn wir das dann gemeinsam auch flächendeckend als Angebot an Schulen ausrollen können.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank an Sie, Herr Marc Groß und Herr Daniel Groß. – Damit gehen wir direkt in die nächste Runde über, nämlich zu Frau Andrea Kiefer, der Vorsitzenden des Regionalverbands Südwest des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e. V., und Herrn Peter Koch, dem Vorsitzenden des Pflegebündnisses Mittelbaden e. V., für den Landespflegerat Baden-Württemberg. Sie haben insgesamt 20 Minuten Zeit.

Frau Kiefer: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Landtagsabgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren! Wir bedanken uns für die Möglichkeit, im Rahmen der mündlichen Einlassung hier unser Statement abzugeben. Vielleicht noch kurz: Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe ist ein bundesweit agierender Verband, und unser Regionalverband Südwest vertritt Pflegende aus den Bereichen Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Auszubildende, Studierende, Pflegehelfer in allen Bereichen. Unser Regionalverband Südwest vertritt die Länder Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Baden-Württemberg.

Sehr geehrter Herr Vorsitzender, Sie erwähnten ausdrücklich die großen Linien, die gekennzeichnet werden sollen, und nicht die kleinen Stellschrauben, an denen gedreht werden müsste. Gern möchte ich hier drei Schlaglichter hervorheben und in die Zukunft blicken.

Eine der Herausforderungen, die uns begegnen, besteht darin, in der Fläche für die große Zahl der chronisch Erkrankten und älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf die Gesundheitsversorgung zu sichern. In städtischen Bereichen geht es vor

allein um die spezifischen Bedarfe in den sogenannten sozialen Brennpunkten. Ein wichtiger Baustein zur Lösung dieser drängenden Probleme ist die Einführung der Community Health Nurse mit erweiterten Befugnissen zur Ausübung der heilkundlichen Aufgaben. CHN – abgekürzt – steht für eine gemeindebasierte Gesundheitsversorgung, für bevölkerungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention sowie für eine bedarfsgerechte, sichere und integrierte Gesundheitsversorgung.

Hier komme ich zum ersten Punkt. Es dreht sich um die Primärversorgung. Baden-Württemberg ist dann auf einem guten Weg, wenn es gezielt Standortschließungen von Kliniken, die ja aktuell im Gespräch sind oder auch schon durchgeführt werden, durch echte Primärversorgungszentren kompensiert. Unter echten Primärversorgungszentren kann nicht verstanden werden, dass unterschiedliche Arztpraxen, Physiotherapeuten und gegebenenfalls Pflegedienste an einem Standort angesiedelt sind. Ein klassisches Primärversorgungszentrum zeichnet sich dadurch aus, dass es eine leicht zugängliche Anlaufstelle für die Hilfesuchenden ist. Es zeichnet sich weiter dadurch aus, dass es integrierend, personenzentriert und umfassend Gesundheits- und soziale Dienstleistungen bereitstellt. Wir haben heute Morgen schon mehrfach gehört, wie wichtig es ist, dass es eine Anlaufstelle für die Bürgerinnen und Bürger des Landes gibt. Beispielsweise werden Primärversorgungszentren in skandinavischen Ländern – dort sind sie üblich – von Community Health Nurses geleitet. Sie ist die erste Ansprechperson für Hilfesuchende und leitet dann an die entsprechenden Fachabteilungen weiter. Vor allem muss hier der Netzwerkgedanke eine große Rolle spielen.

Wenn jetzt darüber nachgedacht wird, die Ambulantisierung zu erweitern und kleinere Eingriffe in den ambulanten Bereich zu setzen, bedeutet das häufig für alleinstehende Personen ein großes Problem in der Nachversorgung. Es genügt also nicht, hervorragende medizinische und technische Voraussetzungen und Räumlichkeiten vorzuhalten; es braucht vor allem die Kenntnis über lokale Hilfsnetzwerke. Genau dies ist ein wesentlicher Arbeitsschwerpunkt im Rahmen von Community Health Nursing. Ein Ziel könnte es sein, dass – ausgehend von einem lokalen Primärversorgungszentrum – ein Netz über alle angesiedelten Pflegeanbieter, ambulant wie stationär, gesponnen wird. Gemeinsame Qualitätsstandards können weiterentwickelt werden. Freie Kapazitäten von z. B. Pflegeheimbetten bzw. ambulante Pflegedienste sind im Primärversorgungszentrum bekannt.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, unser zweiter Punkt: Wir haben heute Morgen schon häufig etwas über die Gesundheitskompetenz der Bürger gehört. Unserer Gesellschaft wird nicht die Gesundheitskompetenz attestiert, die man in einem so gut entwickelten Land, wie wir es sind, eigentlich erwarten könnte. Die letzte publizierte Studie zur Frage der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland aus dem Jahr 2021 zeigt eher noch eine Verschlechterung der Gesundheitskompetenz. Wenn fast 60 % der Bevölkerung ihre Gesundheitskompetenz nur als „eingeschränkt“ oder „unzureichend“ wahrnehmen, ist das ein schlechtes Bild. Ver-

gleichsstudien zu 2016 zeigen, dass es damals noch knapp 54 % waren, die gesagt haben, sie seien in ihrer Gesundheitskompetenz eingeschränkt.

Wir in Deutschland setzen sehr stark auf exzellente Hochleistungsmedizin und vergessen dabei den Präventionsgedanken. Wir sollten viel stärker und viel früher den Umgang mit eigener Gesundheit erlernen. Und – das wurde heute Morgen auch schon häufiger angesprochen –: Ein Schulfach Gesundheit wäre dabei denkbar.

Ebenfalls als besonders wichtig erachtet wird die flächendeckende Einführung von Schulgesundheitspflege. Erste Modelle in anderen Bundesländern, vor allem in Hessen, zeigen, dass sich das finanzielle Investment auszahlt. So konnte Professor Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong in ihrer Untersuchung der hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkräften u. a. nachweisen, dass ca. 14 % weniger Heilbehandlungskosten bei Unfällen entstehen, weil z. B. auf den Rettungswagen verzichtet werden kann.

Ein weiterer wichtiger Beleg wird aus der Evaluationsstudie der Berliner Charité zum ersten Modell in Brandenburg und Hessen deutlich. Hier sieht man ganz deutlich, dass die Schüler und Schülerinnen besser über die Gesundheit informiert sind. 60 % achten mehr auf gesunde Ernährung, 40 % trinken weniger süße Getränke, 30 % nutzen weniger Medien, und ca. 60 % bewegen sich mehr. Die Schulgesundheitspflegenden sind also nicht nur Ersthelferinnen und Ersthelfer bei Verletzungen. Die primäre Aufgabe muss es sein, junge Menschen auf dem Weg zu einer besseren Gesundheitskompetenz zu begleiten. Projektwochen, Unterrichtseinheiten, individuelle Beratung tragen hier zum Erfolg bei. In Baden-Württemberg gibt es erste Modelle. Es wäre sehr wichtig, wenn vonseiten des Parlaments ein klares Signal zur Ausweitung kommen könnte.

Zum dritten und letzten Punkt: Bildung ist die Zukunft; denn wer über eine gute Bildung verfügt, hat bessere Chancen im Leben, und das kann man hier jetzt im doppelten Sinn betrachten. Unterschiedliche Qualifikationen der Pflegenden werden in Zukunft auf verschiedenen Ebenen erforderlich sein. Dies sollte jedoch von der Pflegeassistentenausbildung über die dreijährige Fachausbildung bis zu hochschulischen Bachelor- und Masterabschlüssen aufeinander aufgebaut werden und ineinandergreifen. Qualitative Weiterentwicklung der Pflegeberufe ist die Stärkung der primär qualifizierten Bachelorstudiengänge. Vor zehn Jahren hat der Wissenschaftsrat eine Akademisierungsquote von mindestens 10 % empfohlen. Derzeit liegen wir bei unter 2 %. Wir brauchen zur Ausführung der neuen Rollen und der neuen Versorgungsstrukturen unabdingbar akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen auf Masterniveau.

Die ersten Schritte sind unternommen worden. Es bedarf aber eines groß angelegten Ausbaus der Studienplätze. Wenn man sich zu den vorhin benannten Änderungen in den Versorgungslandschaften entschließt, müssen der Ausbau und auch die Besetzung der Studiengänge zügig gelingen. Dafür braucht es auch eine einheitliche Posi-

tionierung seitens der Verantwortlichen. Es braucht einerseits Beispiele, andererseits aber auch Visionen für die Zukunft, um junge Menschen dafür zu begeistern, ins Studium einzutreten. Hierbei bedarf es einer Klärung der mangelnden Finanzierung in der praktischen Ausbildung.

Zum Schluss: Wir brauchen eine Neuordnung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen. Wir brauchen die Stärkung der Bildung. Wir brauchen die Teilakademisierung. Wir brauchen innovative Versorgungskonzepte, die gestartet werden müssen, wir brauchen natürlich auch die Digitalisierung im Pflegebereich mit den Beteiligten, mit den Pflegefachpersonen, und wir müssen eben die Gesundheitskompetenz stärken. Was in Zukunft zählt und woran wir dringend arbeiten sollten, sind eine bessere Zusammenarbeit der einzelnen Akteure, der Abbau von Hierarchien, eine wertschätzende und offene Kommunikation sowie das Vertrauen ineinander.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Frau Kiefer. – Dann würde Herr Koch, der uns digital zugeschaltet ist, direkt anschließend sprechen. Sie haben zehn Minuten Zeit.

Herr Koch: Herzlichen Dank. – Sehr geehrte Damen und Herren! Ich freue mich, dass ich hier auf dem digitalen Weg die Möglichkeit habe, ein paar ergänzende Punkte zu den Ausführungen der Kollegin Andrea Kiefer zu machen. Sie hat ja im Wesentlichen die Grundzüge dessen, was wir in der gemeinsamen Stellungnahme des Landespflegerats schon verfasst haben, dargestellt. Ich möchte jetzt noch einmal ein bisschen auf die praktische Ebene der Langzeitpflege im ambulanten und stationären Setting eingehen. Wir haben ja gerade durch die Coronapandemie sehr deutlich gesehen, wie leistungsfähig auch dieses System ist, aber wir waren leider Gottes in dieser Zeit auch sehr stark auf uns selbst angewiesen. Jetzt geht es letztendlich darum, wie wir uns für die Zukunft für Krisensituationen gut aufstellen können. Da bleibt für uns schlicht und ergreifend festzuhalten, dass wir das grundsätzliche personelle Problem sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Langzeitpflege haben. Das werden wir, sage ich einmal, ad hoc nicht beheben können.

Natürlich haben wir ferner auch ein grundsätzliches Finanzierungsproblem. Dieses werden wir nur angehen können, indem wir den Schulterschluss sowohl mit dem Bundesgesetzgeber als auch mit dem Landesgesetzgeber und den Kommunen vor Ort suchen. Ich nenne einmal ein konkretes Beispiel: Wenn wir nur kurz über die Pandemie hinausgehen und uns einmal andere Krisensituationen anschauen, sehen wir: Bei uns im mittelbadischen Raum hatten wir die Situation, dass wir im Landkreis gerade zwei Blackouts mit nicht ganz unerheblichen Auswirkungen hatten. Dort hat man relativ schnell gesehen, wo die Knackpunkte auch im System liegen. Das ist teilweise auch schon bei den Kollegen vom Rettungsdienst angeklungen. Zum einen

haben wir festgestellt, dass wir relativ schnell ein Problem der Kommunikation und der Vernetzung innerhalb des Systems haben, sowohl mit dem Rettungsdienst als auch mit der Feuerwehr und mit den Kommunen. Vor allem haben auch die Einrichtungen an sich das Problem, ihr Personal in einer Situation wie dieser überhaupt noch in die Einrichtung zu bringen. Wenn also Mobilfunkeinheiten ausfallen, ist es äußerst schwierig, Personal zu mobilisieren. Dafür braucht es ein übergeordnetes Krisenkonzept, in dem Kommunen und Landkreise mit den Einrichtungen der Daseinsvorsorge, der Gesundheitsvorsorge zusammenarbeiten. Das haben wir jetzt im Landkreis und auch in der Stadt angestoßen, aber auch da sieht man: Wir sind von den Einrichtungen, aber auch von den Ressourcen her sehr stark limitiert. Wir haben z. B. in den stationären Pflegeeinheiten in der Regel keine Notstromversorgung.

Das sind Thematiken, die auch im Rahmen der Neuerrichtung von Pflegeeinrichtungen letztendlich im Rahmen der Investitionskosten in den Verhandlungen so nicht berücksichtigt werden. Dementsprechend muss hier auch auf Landesebene nachgesteuert werden. Wir müssen also einfach dafür sorgen, dass die Vorhaltung dieser Kapazitäten letztendlich auch über die Investitionskosten refinanziert ist. Das sind Investitionen in Größenordnungen, die die Einrichtungen an sich über ihr normales laufendes Budget so nicht tragen können.

Gleiches gilt für Notfallkapazitäten, auch im Bereich der Lebensmittelvorhaltungen und Lagerung von Lebensmitteln. Auch die Trinkwasserversorgung ist ein Thema, bei dem viele Einrichtungen und vor allem auch kleinere Einheiten absolut überfordert sind, das selbstständig auf die Beine zu stellen. Wir, die Einrichtungen, sind zwar seit dem 30. Juni mit den neuen Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität in den stationären Einrichtungen dazu verpflichtet, auf Betreiberseite entsprechende Konzepte vorzuhalten, aber es fehlt hier schlicht und ergreifend eine Refinanzierungsstruktur, sodass wir uns hier auch dafür aussprechen, sich auf Landkreisebene gemeinschaftlich über Notfallreservekapazitäten Gedanken zu machen und hier einfach auch zu schauen, wie man Einrichtungen vor Ort vernetzen kann – gemeinsam mit den Kommunen –, um in solchen Krisensituationen dann auch sachgerecht agieren zu können.

Weiter sprechen wir uns natürlich dafür aus, dass diese Notfallreservekapazitäten und auch die Vorhaltung im Rahmen der Pflegeplatzvereinbarungen dann auch anerkannt und entsprechend umgesetzt werden.

Dann kommen wir wieder auf das große Thema Pflegeheimeigenanteile, das wieder eine bundespolitische Thematik ist, zu sprechen. Auch wir sprechen uns dafür aus, dass hier das Land noch einmal sein Gewicht in die Waagschale wirft, damit wir nun endlich zu einer grundlegenden Pflegereform kommen, um letztendlich auch die Eigenanteile der Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeeinrichtungen zumindest in einer Größenordnung zu deckeln, die auch noch realistisch abbildbar ist. Das wäre unser Hauptpetitum in diesem Segment.

Des Weiteren möchten auch wir auf die besondere und auch prekäre Situation im ambulanten Segment im Moment hinweisen. Wir haben oftmals das Gefühl, dass die Not, die auch in der ambulanten Versorgung herrscht, auf politischer Ebene nicht wirklich wahrgenommen wird. Wir sind also in einer Situation, dass schon jetzt unter „Normalbedingungen“ Menschen im ambulanten Setting nicht mehr versorgt werden können. Wir haben hier in den Pflegeeinrichtungen flächendeckend Anfragen, die wir schlicht und ergreifend nicht bedienen können, und wir haben festgestellt, dass in Situationen wie Corona die ohnehin schon geringen Kapazitäten nochmals deutlich reduziert werden. Auch da entsteht dringender Handlungsbedarf, und es ist auch erforderlich, dass man hier, sage ich einmal, auch vonseiten des Landes eine entsprechende koordinierte Öffentlichkeitsarbeit mit unterstützt, um die Menschen auf solche Situationen vorzubereiten.

Das waren einmal in Kürze die wesentlichen Punkte, die ich jetzt ergänzend zu Frau Kiefer noch einmal zum Thema „Ambulante und stationäre Langzeitpflege“ vorbringen wollte. Wir haben das in unserer Stellungnahme noch etwas detaillierter aufgeführt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Koch, an Sie. – Dann kommen wir direkt zur Fragerunde. Da werden sicherlich auch noch einige Fragen an Sie gerichtet. – Für die Fraktion GRÜNE spricht Frau Professorin Dr. Elsbernd.

Dr. Astrid Elsbernd, externes Mitglied: Vielen Dank. – Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Damen und Herren! Vielen Dank für die tollen Vorstellungen. Das war ja eine Herausforderung, in so kurzer Zeit einen so komplexen Bereich darzustellen. Ich kann nur auf zwei, drei Punkte eingehen.

Als Erstes hätte ich an Sie beide, Herr Marc Groß und Herr Daniel Groß, eine Frage. Sie haben gesagt, dass Sie schon jetzt Versorgungslücken im System haben. Ich bitte Sie, noch einmal zu sagen, um welche Versorgungslücken es sich konkret handelt und welche Bedeutung sie in potenziell auf uns zukommenden Krisen hätten. Denn das ist ja das, was wir uns hier ausmalen: Wie gehen wir eigentlich in Krisenzeiten mit den Themen um?

Dann haben Sie den Gemeindenotfallsanitäter erwähnt. Das ist natürlich eine interessante Frage. Dazu würde ich gern das Konzept einfach einmal hören. Also, ich habe das noch nie gehört, das muss ich zugeben. Wir haben gerade etwas über das Community Health Nursing gehört. Das kenne ich ganz gut. Aber das Thema Gemeindenotfallsanitäter fand ich sehr interessant. Mich würde es freuen, wenn Sie dazu etwas ausführten.

Frau Kiefer, Sie haben erwähnt, dass mit Community Health Nursing erweiterte Befugnisse verbunden sind. Vielleicht könnten Sie ausführen, was das heißen würde. Mich würde hier besonders interessieren, ob hier auch eine Mitwirkung im ÖGD gemeint ist.

By the way: Vielleicht könnten Sie auch noch etwas zur Aufgabenverteilung sagen. Das wäre ja das, was man damit auch verbinden würde.

Herr Koch, Sie frage ich jetzt etwas, das ich eigentlich schon den ganzen Tag fragen wollte. Jetzt sind Sie derjenige, der die Frage bekommt. Was uns hier beschäftigen muss, sind ja die Fragen: Was machen eigentlich die verschiedenen Player? Wie bereiten sich die verschiedenen Player vor? Ich frage mich auch: Wie können sich denn eigentlich die Einrichtungen vorbereiten, und wo sind so ihre Grenzen, wo sie sich eben nicht mehr auf Krisenszenarien vorbereiten? Wo müssen sich dann die Träger vorbereiten, wo sind dann die Grenzen der Träger, wo müssen dann z. B. Ministerien eingreifen, und wo muss die große Politik eingreifen?

Am besten wäre es ja, wenn alles irgendwie ineinandergreifen würde. Mich würde interessieren, ob Sie vielleicht kurz skizzieren können: Wie viel schaffen denn die Einrichtungen an Krisenvorsorge? Was könnten sie leisten? Bis wohin könnte das gehen?

Vielen Dank.

Abg. Dr. Matthias Miller CDU: Vielen Dank für die Vorträge und auch für die sehr kompakte Darstellung durch vier Organisationen. Das ist doch sehr gut gelungen.

Ich habe drei Nachfragen. Sie haben angesprochen, wie wichtig Redundanzen sind, und hatten auch einmal kurz die Energieversorgung angesprochen. Daher interessieren mich die Antworten auf die Fragen: Haben die Rettungswachen bzw. haben Sie als Rettungsdienstorganisationen eigene Redundanzen für die Energieversorgung und derartiges geplant, um bei Stromausfällen reagieren zu können, oder war das sozusagen eher ein Appell an die Politik, auch dies mitzudenken? Oder sind Sie in der Selbstverwaltung ohnehin schon so weit?

Dann eine Frage zum Thema „Kommunikation und Datenaustausch verbessern“. Ich glaube, wir sind uns einig, dass das passieren muss, wenn man teilweise die aktuellen Zustände sieht. Jetzt die konkrete Frage: Haben Sie eine Vorstellung oder sehen Sie ein anderes Bundesland, ein anderes Land, in welchem die Kommunikation und der Datenaustausch besser funktionieren und an denen wir uns orientieren könnten? Mich interessiert, wie das sozusagen aussehen könnte. Sie sprachen zwar davon, den Datenaustausch zu verbessern, aber wie Sie sich das konkret vorstellen und ob man da vielleicht ein Referenzmodell im Ausland hat, wäre interessant; das würde es

uns auch im Interesse einer Handlungsempfehlung vereinfachen, die Entwicklung zu beobachten.

Dann die Frage zur Experimentierklausel in § 18a des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes. Das fand ich auch sehr gut. Jetzt haben Sie die Gemeindenotfallsanitäter als eine Möglichkeit angesprochen. Haben Sie auch andere Themen, bei denen Sie daran denken, sie vielleicht einmal in so einer Experimentierklausel durchzuspielen? Nur, falls Ihnen dazu etwas einfällt.

Ansonsten: Wäre eine solche Experimentierklausel bei uns nach ihren Vorstellungen parallel zur Regelung in Niedersachsen zu konzipieren, oder sollten wir diese erweitern oder einschränken, wenn auch wir in Baden-Württemberg so etwas ermöglichen würden?

Danke schön.

Abg. Florian Wahl SPD: Herzlichen Dank für Ihre Vorträge. – Auch ich wäre jetzt gleich auf die Experimentierklausel eingegangen, weil das ja wirklich spannend ist. Ich finde es auch plausibel, dass es rechtlich abgesicherte Möglichkeiten gibt, neue Konzepte praktisch zu erproben. Aber vielleicht können Sie wirklich noch einmal darauf eingehen, inwieweit diese hinsichtlich neuer Versorgungskonzepte wirklich etwas bringt oder was sie Ihnen dann an Möglichkeiten gibt. Denn wenn ich es richtig sehe – ich habe jetzt aber auch nicht die Zeit gehabt, das gründlich zu prüfen –, sieht die Klausel ja auch vor, dass von den Mindestanforderungen an Personal etc. temporär abgewichen werden kann. Jetzt ist die Frage, inwiefern das eventuell für dauerhafte Versorgungskonzepte eine Rolle spielt. Vielleicht könnten Sie etwas dazu sagen.

Dann hätte ich gern in Ihre Richtung noch eine Frage zum Thema Finanzierung. Denn in Ihrer Stellungnahme – das muss ich jetzt kurz vorlesen – schreiben Sie im zweiten Punkt:

Aufgrund der Finanzierungssystematik im Rettungsdienst ist zwar grundsätzlich eine nachträgliche Finanzierung von Mehrkosten möglich, jedoch in der Regel nur in darauffolgenden Budgets realisierbar und stellt somit keine realistische Option zur Liquiditätssicherung dar. Vor diesem Hintergrund ist zu prüfen, wie für derartige Situationen antizipiert und beispielsweise in vorausgedachten Rettungspaketen berücksichtigt werden können.

Das ist absolut klar, plausibel und nachvollziehbar. Vielleicht können Sie noch einmal darstellen, ob es ganz konkrete Überlegungen oder gar schon erprobte Modelle gibt, wie so etwas aus ihrer Sicht aussehen könnte, also wie Sie sich das vorstellen würden.

Zum Thema Pflege gebe es wirklich tagelang etwas zu sagen und auch zu diskutieren. Das ist ja auch notwendig, und an vielen anderen Stellen tun wir das auch. Ich möchte mich deshalb auf nur zwei wirklich wichtige Punkte konzentrieren.

Frau Kiefer, Sie haben das Thema Primärversorgungszentren erwähnt, also ein Modell, das ja damals von der Robert Bosch Stiftung über diesen ganzen PORT-Ansatz entwickelt worden ist und das, wie ich finde, auch eine ganz wichtige, tolle Möglichkeit ist. Wir haben jetzt im Land auch schon eine Förderung in gewisser Form für die Etablierung. Jetzt stellt sich mir aber die Frage – nach Ihrer Bewertung gerade auch solch einer Förderung zum jetzigen Zeitpunkt, weil wir ja das Problem der rechtlichen Grundlage immer noch nicht gelöst haben, die ja auf der Bundesebene noch zu erfolgen hat –: Mit was für einer Form der Versorgung haben wir es denn eigentlich da zu tun? Ist es stationär? Ist es ambulant? Und vor allem ist natürlich auch die dauerhafte Finanzierung noch nicht gewährleistet. Dazu wird ja auch der Bund irgendwann ganz klare Vorstellungen haben müssen. Es ist ja auch zu Recht Teil des Ampelkoalitionsvertrags, aber wir haben es halt noch nicht. Das heißt, die Bandbreite, wie so etwas ausgestaltet ist und was man unter so einem PVZ versteht, ist momentan, glaube ich, relativ groß. Manch einer sieht da fast ein Ärztehaus drin – ich überspitze es mal –, andererseits ist das dann wirklich ein Ansatz. Vielleicht können Sie noch einmal etwas dazu sagen, auch zu den Gefahren, die es momentan gibt, oder zu der Situation, wie Sie sie einschätzen.

Dann haben Sie gerade auch die Themenbereiche Ausbildung und Akademisierung sowie den eigentlich lückenlosen Marsch durch die Möglichkeiten, den man gehen muss, angesprochen. Das teilen wir auch wirklich sehr und haben uns da ja auch z. B. beim Thema Pflegehilfsberufe, Weiterentwicklung zur Pflegeassistentin seitens der SPD-Landtagsfraktion sehr engagiert und versucht, einen Impuls zu geben. Die Frage ist jetzt: Wie schätzen Sie das ein?

Für uns ist gerade auch bei der Assistenz Ausbildung ganz wichtig, dass das Qualifikationsniveau 3 auf jeden Fall erreicht wird. Wie schätzen Sie das fachlich ein? Ist es aus Ihrer Sicht möglich, dieses für einen breiten Anteil der Schülerinnen und Schüler, die sich dann dafür entscheiden, wirklich innerhalb eines Jahres unter den generalistischen Anforderungen – denn wir wollen ja eine generalistische Assistenz – zu erreichen? Ist es da aus Ihrer Sicht möglich, dass man das gut in einem Jahr erreichen kann, oder braucht man da länger?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Ganz herzlichen Dank. Sie, die Herren Groß – man könnte ja sagen: das „Duo Groß“ –, haben es in der schriftlichen Stellungnahme ja als entscheidend bezeichnet, Notfallpläne aufzustellen. Ich könnte mir vorstellen, dass man das auch im Zusammenhang mit dem Pandemieplan des Landes Baden-Württemberg erledigt und das dort mit aufnimmt. Mich würde einfach interessieren, ob Sie das ebenfalls in der Verbindung sehen.

Dann haben Sie auch noch – es wurde jetzt auch schon abgefragt – von geeigneten Ausnahmeregelungen geschrieben. Ich erinnere mich noch an das Jahr 2020, als es darum ging, wie die Notfallsanitäterinnen und -sanitäter eingesetzt werden, auch in der Pandemiephase. In anderen Ländern gibt es ja schon Regelungen, die keine Notfallärztinnen und -ärzte mehr vorsehen. Deswegen auch da noch einmal die Frage: Wie stellen Sie sich das vor? Nur als Ausnahme, oder können Sie sich da auch vorstellen – mit Blick auf die nächsten Jahre, in denen auch der Ärztemangel auf uns zukommt –, dass wir da noch weiter denken müssen? Minister Lucha hatte ja dazu, sagen wir mal, die Idee, dass unsere Rettungsfahrzeuge von der Ausstattung her eigentlich ganz anders dargestellt werden sollten; denn es ist sichtbar, dass die Zentralisierung unserer Klinikinfrastruktur weitergeht. Aktuell gibt es im Ostalbkreis eine entsprechende Diskussion. Wie schätzen Sie das ein? Wo müssen wir darauf achten? Denn das ist ja für die Menschen auch eine zentrale Frage: Wie wird die Versorgung sichergestellt? Müssten wir also auch da sozusagen neue Wege denken?

Herr Groß, habe ich es richtig verstanden, dass Sie sagen, die 116 117 können wir als Integrierte Leitstelle nehmen? Denn heute Morgen gab es ein klares Plädoyer, das so zu belassen. Um sicherzugehen, dass ich es richtig verstanden habe, noch einmal die Frage, wie Ihre Vorstellungen zu dieser Servicestelle, zu dieser Anlaufstelle aussehen.

Herzlichen Dank, Frau Kiefer und Herr Koch. Sie haben in Ihren Papieren vorgeschlagen, auch Modelle für die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten voranzutreiben. Da wäre einfach noch einmal interessant, zu erfahren, welche Beispiele, welche Vorstellungen Sie in diesem Bereich haben. Gleiches gilt für das Thema Digitalisierung, das Sie auch angesprochen haben. Ich denke an das Thema „Telepflege/Telemedizin“, aber auch Pflegehilfsmittel. Es gibt ja schon eine ganze Menge Innovationen, die auch bei uns in Baden-Württemberg entwickelt werden, die aber bisher noch nicht so richtig Eingang in die tägliche Praxis finden. Vielleicht könnten Sie auch dazu noch etwas sagen.

Dann hatten Sie noch eine Verpflichtung der Kommunen und Landkreise notiert, eine umfassende Notfallplanung zu erstellen. Das könnte Aufgabe der kommunalen Gesundheitskonferenzen sein, die wir heute Morgen auch schon intensiv diskutiert haben. Es geht darum, dafür zu sorgen, dass wir sozusagen eine Struktur haben und nicht erst im Krisenfall entsprechende Überlegungen anstellen müssen. Ich würde das auch im Zusammenhang mit dem Pandemieplan sehen, ergänzend zu den kommunalen Gesundheitskonferenzen. Vielleicht könnten Sie auch dazu noch etwas ergänzen.

Ganz herzlichen Dank.

Abg. Carola Wolle AfD: Vielen Dank für die interessanten Vorträge. – Jetzt habe ich einmal eine ganz allgemeine Frage an die Rettungssanitäter und an die Rettungsbe-
reiche: Es gab ja viele Übergriffe bei Einsätzen. Wie haben Sie das jetzt in den Griff

bekommen? Haben Sie da irgendwie ein Eigenschutzkonzept? Das ist einfach mal wichtig; denn so etwas geht gar nicht.

Dann wurde das Thema Gemeindenotfallsanitäter angesprochen. Für mich ist die Frage: Wo ist da der Unterschied zur alten Gemeindeschwester? Aktuell haben wir ja Diakonien. Wo ist da der Unterschied?

Zum Thema Kommunikation und Digitalisierung: Wenn Sie, das „Duo Groß“ – ich nenne sie jetzt einmal auch so –, sich einmal Gedanken machen würden, wenn Sie sich konkret technische Neuerungen wünschen dürften, wo wäre die größte Not? Was würden Sie sich da wünschen? Wo ist also der größte Druck vorhanden?

Frau Kiefer, Sie hatten den Präventionsgedanken angesprochen, wenn ich es richtig notiert habe. Wie könnte das durch die gesetzlichen Krankenversicherungen in irgendeiner Form unterstützt werden? Sehen Sie da eine Möglichkeit oder auch eine Notwendigkeit an dieser Stelle?

Bei der Akademisierung der Pflege würde mich interessieren, wie hoch Ihrer Meinung nach der prozentuale Anteil der Studenten mit Ziel Universitätsabschluss oder Fachhochschulabschluss sein soll, was für Sie das ideale Bild ist.

An Sie, Herr Koch, hätte ich noch eine Frage. Sie haben die Themen Blackout und „Vernetzung der Systeme im Mobilfunkbereich“ angesprochen und erwähnt, das sei alles sehr schwierig. Das ist das eine. Für mich stellt sich aber auch die Frage: Wie sieht die Versorgung von irgendwelchen medizinischen Geräten aus? Im Krankenhaus – Beatmungsgeräte usw. – ist es klar, aber in der Pflege gibt es bestimmt auch irgendwelche medizinischen Geräte. Daher interessiert mich, wie das sichergestellt ist.

Danke schön.

Vorsitzender Alexander Salomon: Gibt es weitere Fragestellungen? Eine Wortmeldung habe ich noch gesehen, und zwar von Herrn Abg. Dr. Preusch. Wenn es in Ordnung ist, würde ich diese Frage jetzt noch ermöglichen. Dann kann man gesammelt antworten. – Bitte, Herr Abg. Dr. Preusch.

Abg. Dr. Michael Preusch CDU: Auch noch einmal an die Herren Groß: Herr Haußmann hat das Thema Ausstattung schon angesprochen. So vorteilhaft eine Pluralität sein kann, so schwierig ist es jedoch erst recht, wenn man Resilienz erzeugen kann. Konkrete Frage: Warum gibt es nicht den RTW Baden-Württemberg, in den ich meine Notfallsanitäter von Konstanz oder von Stuttgart hineinsetzen kann und dieser sich nicht immer wieder neu orientieren muss, wo ich sozusagen den Notarzt landesweit einsetzen kann, es also sozusagen einen festen Standard gibt, der landes-

weit einheitlich ist? Denn die Anforderungen im Land sind vergleichbar, und andere Bundesländer bekommen es ja in ähnlicher Richtung hin. Deshalb diese Frage.

Die zweite Frage: Auch das Thema Digitalisierung ist erwähnt worden. Das ist natürlich nicht nur Aufgabe des Staates. Natürlich liegt die Zuständigkeit für die Finanzierung dort, aber auch die Träger müssen da mitspielen. Aus eigener Erfahrung wünscht man sich bei manchen Projekten schon ein bisschen Unterstützung, wenn es um dieses Thema geht. Ich erinnere – ein Beispiel – an die smartphonebasierte Alarmierung, die mittlerweile in den Leitlinien steht, die hoch und runter gespielt wird, die in manchen Bereichen schon deutlich besser verankert ist als bei uns.

Das heißt: Wie bringen wir, wenn neue Ideen, Leitlinien, Empfehlungen kommen, diese sozusagen frühzeitig an den Patienten? Da sind wir auf die Träger im Rettungsdienst angewiesen.

Ein ganz wichtiger Punkt ist noch die Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Klinik. Wir sind ja weit weg von dem Konzept „Load and Go“. Der Rettungsdienst ist also nicht mehr nur der Zulieferer für die Klinik, sondern er leistet außerhalb der Klinik wertvolle Arbeit in der Versorgung von Patienten. Deshalb muss die Schnittstelle auch in diesem Punkt weiter ausgebaut werden. Sie hatten das Thema Datenübertragung erwähnt. Wir haben ja mit der SQR-BW in Baden-Württemberg schon die Qualitätssicherung; ein wirklich gutes Tool. Die Frage ist da natürlich die Datenübermittlung.

Dann kommt es natürlich auch auf das Material an. Sie kennen die vielen kleinen Dinge, die am Patienten angewendet werden. Daher die Frage: Können die in der Klinik später fortgeführt werden? Stimmt man sich mit dem Klinikträger vor Ort ab, wenn es um Behandlungskonzepte geht? Ich glaube, auch da ist noch ein bisschen Luft nach oben und Nachholbedarf, um eine qualitativ gute Versorgung auch außerhalb der Kliniken sicherzustellen und die Kliniken noch besser zu vernetzen. Ich darf in diesem Zusammenhang an eine Diskussion im Rahmen der Coronapandemie erinnern. Damals habe ich die Frage aufgeworfen, die von Vertretern des Rettungsdienstes kam: Brauchen wir die präklinische Coronatestung im Schnelltest? Da wurde zurückgefragt, wer die Finanzierung übernimmt. Das wäre nicht die erste Frage gewesen, die ich erwartet hätte. Das sind sozusagen Tools, die auf verschiedenen Ebenen empfohlen worden sind, und dann muss ich natürlich auch schauen: Wie setze ich Dinge um, erst recht, wenn sie von Mitarbeitern eingefordert werden?

Es geht auch um die Frage: Wie gehen wir damit um, wenn Neuerungen entstehen, Empfehlungen vorliegen? Wie bekommen Sie es in der Pluralität Ihrer Trägerorganisationen hin, das sozusagen vergleichend auszurollen. Vonseiten der BWKG wurde ja gesagt, die Kliniken würden sich wünschen, die Notaufnahmen würden sich wünschen, dass der Patient mit Atemwegssymptomen vor der Klinikeinlieferung getestet wird, um Patientenströme besser zu steuern. So hatten Sie es ja auch erwähnt. Da fehlt mir noch die Schnittstelle und das Verständnis, zu sagen: Wir setzen Konzepte

schon vor der Klinik um, um die Klinik schlussendlich auch zu entlasten. Das ist zum einen im Zusammenhang mit Corona, aber auch bei der Verortung von Patienten wichtig. Denn bis heute ist es ja so, dass sich der Notarzt die Finger wund telefoniert, wenn er den Patienten irgendwo unterbringen will. Beim Thema „Schnittstellen und Kommunikation“ gibt es auch ein bisschen Nachholbedarf.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Dann würde ich direkt an Sie abgeben. Ich überlasse es Ihnen, wie Sie es machen. Sie sind frei in der Beantwortung.

Frau Adlhoch: Herzlichen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, unsere Darstellung über den Rettungsdienst einzubringen: Wo stehen wir? Wie ist die Situation während der Pandemie gewesen? Wie ist die aktuelle Situation?

Wir haben uns überlegt, wie wir die Vielzahl der Fragen beantworten, ohne jetzt hier noch drei, vier Stunden lang zu sitzen. Es sind viele Fragestellungen aufgekommen, die auch uns sehr beschäftigen und uns auch tagtäglich begleiten. Mit Blick auf die Zeit haben wir versucht, das etwas unter uns aufzuteilen.

Ich würde gern die Frage zum Thema Redundanzen beantworten. Sie haben die Frage gestellt, wie wir es mit Blick auf die aktuelle Lage – Energiemangellage – in Sachen Redundanzen sehen. Ich glaube, von Ihnen kam die Frage hinsichtlich der Stromversorgung. Mit Blick auf die Überarbeitung der Förderrichtlinien kam genau diese Frage auf. Wir haben vor einigen Monaten gemeinsam mit dem Innenministerium die Förderrichtlinien für die Förderung von Rettungswachen überarbeitet und haben in diesem Rahmen dann auch Notstromaggregate mit in diesen Bereich aufgenommen. Daher ist dieses Thema beim Neubau von Rettungswachen zwischenzeitlich geregelt.

Wo wir natürlich immer noch Nachholbedarf haben, sind die vorhandenen Strukturen. Den Rettungsdienst gibt es ja nicht erst seit gestern, sondern schon seit einigen Jahren, und es gibt durchaus auch Rettungswachen, die gerade mal zehn, 15, 20 Jahre alt sind, wo wir jetzt in Gesprächen sind, wo man da die Redundanzen anbringt und wo man Notstromaggregate installieren kann, vielleicht auch in Kooperation mit Feuerwehren, mit Institutionen vor Ort, um sowohl die Energie- als auch die Stromversorgung sicherzustellen. So viel vielleicht zum Thema Redundanzen.

Ich würde jetzt weitergeben an Herrn Groß. Wir wollten einfach vermeiden, dass alle vier alle Themen aufgreifen, wodurch die Sitzung schwierig und langatmig geworden wäre.

Danke schön.

Herr Neuhauser: Wir haben uns gerade kurz abgestimmt. Bevor die Herren Groß dann den letzten großen Block übernehmen, würde ich kurz etwas zu dem Thema Ausnahmegenehmigungen sagen. Wir haben ja während der Pandemie gemeinsam mit dem Innenministerium vor allem das Thema „Sicherstellung der Vorhaltung vor allem im Bereich der Notfallrettung“ besprochen und haben uns, um das wirksam umsetzen zu können, auf diverse Ausnahmeregelungen insbesondere zur Besetzung der Fahrzeuge in der Notfallrettung verständigen können, was sich als ein sehr wirksames Instrument erwiesen hat. Wir haben auch zunehmende Krankheitsquoten. Wir haben damit auch in den eigenen Reihen Probleme gehabt, auch Probleme in der Besetzung der Rettungsmittel. Wir können da mit Sorgfalt und Bedacht vorgehen. Wir monitoren zwischenzeitlich wöchentlich zwischen Innenministerium und Sozialministerium unsere Krankheitsquoten, um auch hier ständig in einem sehr zeitnahen Austausch zu sein, wie sich bei uns die Lagen entwickeln. Daran passen wir immer wieder auch die Möglichkeit der Ausnahmeregelung an. Es wäre sicherlich hilfreich, wenn dieses Instrumentarium der Ausnahmeregelung auch noch einmal als gesetzliche Möglichkeit vorgesehen würde. Wir machen es im Moment so: In kurzen regelmäßigen Abständen wird das immer wieder der Lage angepasst und verlängert. Dank diesem Instrumentarium ist es uns auch möglich – da hat es mitunter mit die größte Wirkung, im Bereich der Notarzteinsatzfahrzeuge –, dass wir den Arzt nach wie vor schnellstmöglich zum Patienten bringen können. Insofern ist das ein wirksames Instrument, von dem wir uns in Zukunft auch gut vorstellen können, dass es in Zukunft weiterhin Bestand haben wird.

Herr Daniel Groß: Vielen Dank auch noch einmal von meiner Seite. – Sie haben die Versorgungslücken angefragt, die wir angesprochen haben. Aus unserer Sicht ist der Rettungsdienst immer dann da, wenn andere Versorgungssysteme nicht greifen – seien es sozialpädagogische Versorgungskonzepte, seien es sozialpflegerische, Pflegenotstandskonzepte in der Häuslichkeit. Wer wird angerufen? Wer kommt? Der Rettungsdienst. Was macht er? Er transportiert in der Regel in ein Krankenhaus. Diese Lücken waren natürlich in der Pandemie größer als außerhalb der Pandemie und sind nach der Pandemie auch größer als vor der Pandemie, weil wir natürlich den Personalmangel in ganz anderem Umfang haben. Am deutlichsten wird das sicherlich beim ärztlichen Notdienst – das muss man einfach so sagen –, der aus unserer persönlichen Sicht einfach nicht leistungsfähig genug ist. Deshalb kommt es bei den Rettungsdiensten zu sehr vielen Notfalleinsätzen, die eigentlich keine sind. Marc, das ist dein Thema gewesen, aber ich möchte es, wenn ich darf, gleich beantworten: Ja, ganz klare Forderung auch von uns: 116 117 muss auf die ILS. Wir können in keiner Art und Weise nachvollziehen, warum da eine Trennung vollzogen wurde. Wir halten es für unabdingbar, dass die Bürgerinnen und Bürger eine Anlaufstelle haben und dass für die Leitstellen dann auch, was auch in der kurzen Zeit, in der wir es mal auf den ILS hatten, ja nicht möglich war, die Disposition des ärztlichen Notdienstes durch die ILS möglich wird. Das halten wir für einen ganz, ganz wichtigen Punkt, weil die Bürgerinnen und Bürger in der Regel oder vielfach nicht unterscheiden können, wo sie jetzt anrufen, und weil es aus unserer Sicht überfällig ist, so

etwas zu tun. Aus unserer Sicht wäre es eine sehr gute Lösung, das derart auszugestalten.

Dann darf ich vielleicht noch ganz kurz etwas zum Thema Rettungsfahrzeuge sagen. Ich glaube nicht, dass beispielsweise der RTW in Bayern besser ist als die baden-württembergischen RTWs. Wir sind alle permanent bestrebt, hier Vereinheitlichungen durchzuführen. Aber wir haben eben auch einen sehr, sehr hohen Innovationsstand in unseren Rettungsmitteln, weil wir uns alle vier – wenn man die Kollegen vom Badischen Roten Kreuz als Verband noch dazu nimmt, fünf – sehr innovativ mit unseren Rettungsmitteln auseinandersetzen. Natürlich muss es eine gewisse Standardisierung geben. Die gibt es auch. Es gibt auch Vorgaben, beispielsweise – Sie haben das angesprochen – die Standardarbeitsanweisung, die Vorabdelegation, die wir jetzt umgesetzt haben, seit dem 1. Juli, die in der Pandemie auch vorher schon einmal möglich war, und zwar für die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, wo wir die Möglichkeit geschaffen haben. Selbstverständlich müssen alle Ausrüstungsgegenstände, die hierfür benötigt werden, auf den Fahrzeugen vorgehalten werden.

In diesem Zusammenhang sind wir jetzt gerade dabei, z. B. die Medikamentenausstattung in ganz Baden-Württemberg zu vereinheitlichen. Bisher ist das immer auf regionaler Ebene und da auch in der Regel in Abstimmung mit den Klinikärzten passiert, um hier die Abstimmung zu haben. Aber hier gibt es auch von der Notärzteschaft eben eine ganz deutliche Forderung, das weiter zu vereinheitlichen, um das noch weiter zu verbessern. Ich denke, dass wir auch da auf einem sehr guten Weg sind, was das Ganze angeht.

Zum Gemeindenotfallsanitäter wird Kollege Groß gleich noch etwas sagen.

Ein Wort, bevor es der Kollege aufgreift, zur Experimentierklausel: Warum ist die auch so wichtig? Wenn wir im Rettungsdienst irgendetwas ausprobieren wollen, dann bekommen wir von den Kostenträgern, in der Regel von den Krankenkassen, zu hören: Was nicht irgendwo steht und gesetzlich verankert ist, wird nicht finanziert. Das mag aus deren Rechtskonstellation – das soll jetzt gar nicht so negativ klingen, wie es vielleicht herüberkommt – und Aufsichtssituation auch richtig sein, weil die ja auch nicht einfach bezahlen können, was sie selbst für richtig halten. Von einer solchen Experimentierklausel erhoffen wir uns eine Finanzierungsmöglichkeit für Konzepte, für neue Dinge, die wir einmal ausprobieren müssen, beispielsweise Gemeindenotfallsanitäter, die reduzierte Änderung des Notarztindikationskatalogs usw. Das ist auch ein ganz wichtiger Punkt bei der Experimentierklausel, den man ganz gern vergisst, der aber sicherlich sehr wichtig ist.

Vielen Dank.

Herr Marc Groß: Genau. Eine Experimentierklausel ist auch sonst notwendig: Wenn wir, wenn Sie so wollen, ein zusätzliches Rettungsmittel über die Leitstelle alarmieren, brauchen wir dafür auch eine gesetzliche Grundlage. Ansonsten müssten die

sozusagen um die Leitstelle herum operieren. Das ginge natürlich auch; da könnte man mal mit der Kassenärztlichen Vereinigung sprechen. Klar: Gemeindenotfallsanitäter sind sozusagen ein ähnlicher Ansatz wie die Community Health Nurse. Es geht im Kern darum, gerade im ländlichen Raum, wo es sozusagen wenig Beratungselemente gibt, durch die der Einsatz eines RTW verhindert werden kann, Vorschub zu leisten. Es geht sozusagen um MedMobil – das ist unser Arbeitsbegriff hierfür. Wir haben da auch schon mit ein, zwei Landkreisen schon mal ein Preisschild drangemacht und haben auch entsprechende Vorbereitungen hierfür getroffen. Ich glaube, da ist es jetzt einfach wichtig, dass wir das als Maßnahme mitnehmen und dann einfach einmal in die Umsetzung bringen, das auch evaluieren lassen und schauen, was wir daraus generieren.

Wir müssen natürlich auch vorsichtig sein, damit wir nicht nur patchworkartig Versorgungslücken für einen kurzen Zeitraum beseitigen.

Zum Thema „Smartphonebasierte App-Anwendungen“: Ich weiß, dass das in vielen Teilen Baden-Württembergs schon realisiert ist und dass wir dazu jetzt zumindest einen Hinweis im neuen Rettungsdienstplan haben. Denn am Ende des Tages sind das auch versicherungstechnische Fragen, die wir in diesem Zusammenhang klären müssen.

Beim Thema „Testung unserer eigenen Mitarbeitenden bei der Anfahrt“ weiß ich nicht, wie das bei euch gewesen ist. Bei uns sind jeden Tag alle Mitarbeitenden in allen Rettungswachen in Baden-Württemberg stringent getestet worden.

(Zuruf des Abg. Dr. Michael Preusch CDU)

– Bitte?

(Abg. Dr. Michael Preusch CDU: Es ging um die Patienten!)

– Ach, es ging um die Patienten.

(Abg. Dr. Michael Preusch CDU: Das bringt ja der Klinik nichts! Der Patient, der getestet wird, bringt der Klinik etwas!)

– Okay. Dann hatte ich die Frage falsch verstanden.

Zum Thema „Datenübermittlung und Schnittstellen“, um das noch einmal praktikabel zu machen: Ich habe davon gesprochen, dass wir einmal Anwendungsfälle definieren sollten. Das ist all das, was mit Disposition zu tun hat, also all das, wo es große Datenaufkommen gibt und wo wir dann auch die Rettungsmittel effizienter zuweisen und disponieren könnten, wo wir Menschen entlasten können. Ich denke an Sprachsteuerung und Unterstützung des Disponenten, der dann nämlich im Einzelfall

entscheiden muss – in einer emotionalen Situation –: Schicke ich den RTW jetzt raus, oder nicht? Solange der sozusagen keine Zwischenelemente hat und zusätzliche Anrufe kommen – – Der Daniel hat das vorhin gesagt, 116 117, Anrufe, die überhaupt nichts bei uns zu suchen haben, die trotzdem emotional vorgetragen werden und wo der Disponent dann in der Situation vielleicht sinnvollerweise durch Sprachsteuerung unterstützt werden kann.

Ich glaube, das sind Elemente, bei denen uns eine Klausel im Rettungsdienstgesetz helfen kann, die Themen einfach einmal anzugehen, zu systematisieren und dann schrittweise pilotartig auszuprobieren. Das machen wir mit vielen Projekten auch, Stichwort Telenotarzt, um Ihnen das einmal zu nennen. Natürlich höre ich da immer wieder: „Wieso geht denn das nicht schneller?“ Auf unserer Seite, genauso bei den Krankenkassen und auch im Innenministerium sagt man uns manchmal: „Wir alle gemeinsam finden, es könnte schneller gehen.“ Das ist natürlich auch eine Frage unserer Struktur: wie wir Debatten führen, wie wir ausgestalten, wie wir sozusagen klassisch durch AGs, durch runde Tische verschiedene Meinungen von verschiedenen Verbänden zusammenführen und daraus einen Konsens entwickeln und das dann sozusagen in die Pilotphase führen.

Wir haben da wenig mit agilem Projektmanagement zu tun. Also, auch wir Verbände haben da Nachholbedarf. Das sage ich ganz offen. Aber das soll ein Stück weit auch Erklärung sein: Bis alle Rahmenbedingungen geklärt sind – egal, ob rechtlicher oder versicherungstechnischer Natur –, brauchen wir immer auch ein Stück weit Zeit, und ich gebe ihnen recht: In der Pandemie sind wir natürlich durch die einen oder anderen Elemente auch zurückgeworfen worden. Aber wir sind an vielen Themen gemeinsam auch mit dem Ministerium und den anderen Stakeholdern dran, und ich glaube, es ist natürlich nicht einfach gewesen – gerade in den letzten zweieinhalb Jahren, in denen wir es eigentlich gebraucht hätten –, die Themen mit noch höherem Druck nach vorn zu bringen.

Zum Thema „Übergriffe auf Rettungskräfte“: Das ist ein Thema, das, wenn Sie so wollen, immer wieder in Erscheinung tritt. Sie erinnern sich vielleicht an Stuttgart, wo Rettungskräfte vom DRK Stuttgart eingekesselt waren. Wir von unserer Seite betonen die Frage „Wie kann ich deeskalierend wirken?“ für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter in der Ausbildung stärker. Wir machen auch Angebote für innere Gesundheit, sodass man sich auch mit psychologischen Hintergründen austauschen kann. Wir versuchen, die Angebote, die es ermöglichen, sich auch mit psychologischem Hintergrund darüber auszutauschen, was man täglich erlebt, flächendeckend aufrecht zu erhalten. Das ist nicht nur im Rettungsdienst, sondern auch im Bevölkerungsschutz ein immer größer werdendes Thema: Wie verarbeite ich eigentlich die Drucksituation und das Erlebte im Alltag? Das nimmt heutzutage einen größeren Stellenwert ein, als es vielleicht vor ein paar Jahren der Fall gewesen ist.

(Herr Daniel Groß: Darf ich noch kurz etwas dazu sagen?)

Vorsitzender Alexander Salomon: Bitte. Sie dürfen. Ja klar.

Herr Daniel Groß: Vielleicht noch zwei Ergänzungen: Es kam ja zwei, drei Mal die Frage nach Beispielen für die Digitalisierung. Vielleicht kann ich da noch das eine oder andere Beispiel nennen, um das ein bisschen deutlicher zu machen.

Die Schnittstellenproblematik besteht eigentlich immer zwischen Krankenhaus und Rettungsmittel oder zwischen Krankenhaus und Leitstelle. Da fallen mir jetzt zwei ganz klare Beispiele ein. Sie haben es vorhin angesprochen.

In der Regel telefoniert die NEF-Fahrerin/der NEF-Fahrer Bettenkapazitäten ab, weil wir eben keinen digitalen Bettennachweis haben, der auf den Fahrzeugen sichtbar ist. Es ist so ein Projekt. Ich glaube, Herr Abg. Miller war es, der nach Beispielen gefragt hatte – oder Herr Abg. Wahl, ich weiß es nicht mehr. Aber irgendjemand hat nach Beispielen gefragt. Hessen hat z. B. IVENA eingeführt – das als Beispiel –, und da werden eben die Bettenkapazitäten aufgelistet. Wir scheitern derzeit am Input aus den Krankenhäusern. Wir brauchen natürlich Echtzeitdaten. Wir brauchen keine Daten, die morgens irgendjemand im Krankenhaus eingibt und die dann drei Tage Gültigkeit haben. Es ist zwingend erforderlich, dass die Krankenhäuser da auch mitmachen, um solche Systeme dann auch im Echtzeitbetrieb zu realisieren.

Dann braucht es aber auch Regelungen, die wiederum eine Abmeldung durch Klicken auf die Meldung „Ich bin voll“ ermöglichen. Denn alles hat Grenzen. Ein Krankenhaus muss genauso wie der Rettungsdienst eine Versorgungssicherheit darstellen. So muss das auch ein Krankenhaus tun können. Denn ich kann halt nicht mit einem Infarktpatienten 45 Minuten reine Fahrzeit durch die Gegend fahren. Auch da muss man das also mitdenken. Das wäre ein Beispiel.

Zweites Beispiel, das mir ganz arg am Herzen liegt, ist die Rückmeldung: Was ist mit dem Patienten passiert? Alles selbstverständlich unter Datenschutzgesichtspunkten, aber es wäre für eine Leitstelle sehr interessant und wäre auch für die Notärztinnen und -ärzte sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sehr interessant, einmal eine Rückmeldung aus dem Klinikalltag zu bekommen. Das – das wissen alle, die aus dem medizinischen Bereich kommen – funktioniert momentan auf dem Flur – unter Umständen –, aber es funktioniert natürlich nicht standardisiert und auch nicht strukturiert. Auch das wäre ein weiterer Punkt, der sicherlich datenschutzrechtlich herausfordernd ist – das will ich gern zugestehen –, der unter diese Rubrik fällt.

Testungen im RTW haben wir sukzessive angefangen. Es gab halt dann auch ein paar Negativbeispiele, wo man einen Patienten dann nicht mehr losbekommen hat, nachdem er positiv getestet worden ist. Deshalb ist das ein etwas schwieriges Thema gewesen, aber das ist in ganz vielen Landkreisen dann auch gemeinsam mit den Kliniken umgesetzt worden. Es hat ein bisschen gedauert; man muss vielleicht auch ein bisschen Verständnis dafür haben, dass wir eine solche Pandemie noch nicht erlebt haben und deshalb Strukturen erst geschaffen werden mussten. Aber es ist

sicherlich richtig, dass das initial ein bisschen gedauert hat. Ich denke, dass wir dann – das ist wieder die lokale Ebene, die Marc angesprochen hat – lokal mit den Kliniken auch sehr gute Konzepte gefunden haben.

Vielen Dank.

Frau Kiefer: Ich versuche einmal, die vielen Fragen ein wenig zu bündeln. Die einfacher zu beantwortende Frage war die nach den Pflegefachpersonen im öffentlichen Gesundheitsdienst. Wir sehen es als wirklich zwingend an, dass eben auch hier Pflegefachpersonen angestellt werden. Der öffentliche Gesundheitsdienst wird ja ausgebaut. Aber ich glaube, mit der Expertise einer Pflegefachperson wäre der öffentliche Gesundheitsdienst noch besser aufgestellt. Das ist, sage ich mal, die leichter zu beantwortende Frage gewesen.

Ich möchte den Punkt Akademisierung ansprechen, und zwar haben wir ja durch das neue Pflegeberufegesetz die Möglichkeit, primär qualifizierende Pflegefachpersonen auszubilden. Wir sehen, dass das in diesem Bereich schon auch noch enorme Probleme bereitet, Menschen zu finden, die studieren möchten. Einige haben das Studium begonnen, aber dann auch wieder abgebrochen, weil einfach die Problematik besteht, dass im hochschulischen Bereich die Finanzierung der praktischen Einsätze nicht geregelt ist. Wir haben in Baden-Württemberg die Besonderheit, dass zumindest die Praxisanleiter finanziert werden. Das ist schon ein wichtiger Schritt, aber es ist eben halt nicht geklärt, wie die praktischen Einsatzzeiten in den Einrichtungen für die Studierenden vergütet werden. Es gibt gute Beispiele in anderen Bundesländern, wo eben teilweise die Studierenden eine Vergütung analog zu denen erhalten, die eine berufsschulische Ausbildung machen. Das ist sicherlich der Punkt, den man zwingend angehen muss. Denn wir brauchen, was ich auch schon gesagt habe, in Zukunft eben auch Kolleginnen und Kollegen, die hochschulisch qualifiziert sind.

Ein Manko ist die fehlende Möglichkeit, hier auch einen Masterabschluss zu erreichen. Auch hier bedarf es einer Ausweitung bis hin zur Promotion. Ich denke, da müssen wir hier im Land schon noch ein wenig beschleunigen, damit wir auch für diejenigen attraktiv sind, die, sage ich einmal, in den Beruf einsteigen wollen. Denn andernfalls sehe ich da schon ein klein wenig Probleme.

Herr Wahl hatte eine Frage zur Pflegeassistentenausbildung. Sie kennen unsere Haltung. Wir plädieren nach wie vor für eine generalistische Ausbildung und plädieren für eine Ausbildungsdauer von zwei Jahren und nicht von einem Jahr. Denn wir denken einfach, dass die Inhalte nicht in einem Jahr vermittelt werden können. Vor allem muss berücksichtigt werden, dass die praktischen Einsätze dann anders sein werden, also generalistisch ausgerichtet. Das bedeutet: ambulanter Bereich, stationäre Langzeitpflege, Klinik oder Akutklinik. Das in einem Jahr zu stemmen, sehen wir als schwierig an. Deshalb ist unsere Haltung eindeutig so, dass es zwei Jahre sein sollten, generalistisch ausgerichtet. Dann wird auch das Qualifikationsniveau 3 erreicht. Das ist unsere Haltung dazu.

Dann gab es noch die Frage, wie viel Prozent Studierende wir „fordern“. Der Wissenschaftsrat hat ja eine Quote zwischen 10 und 15 % vorgegeben. Ich denke, wir reden immer von einer Teilakademisierung. Wenn man also davon ausgeht, dass bei der Teilakademisierung die berufliche Ausbildung nach wie vor vorhanden sein wird, gehen wir einmal davon aus, dass – ich nenne jetzt einmal eine Zahl – mindestens 50 % auf jeden Fall akademisch ausgebildet sein sollten, wobei eine größere Zahl einfach idealer wäre. Das zur Akademisierung.

Dann gab es viele Fragen zur Heilkunde oder erweiterten Tätigkeit der Pflegefachpersonen und eben zur Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen. Ich denke, das passt gut zueinander. Vor Jahren hat der Sachverständigenrat ein Papier oder eine Stellungnahme erarbeitet, in welcher eben klar und deutlich herauskam, dass eben im Gesundheitswesen eine Neuverteilung der Aufgaben und Kompetenzen erfolgen soll und man überlegen muss, welche Tätigkeiten durch wen in der Versorgung der Betroffenen ausgeübt werden, also mit welchen Kompetenzen.

Ich selbst komme aus dem Intensivbereich und erlebe es schon auch, sage ich mal, täglich, dass wir einfach gewisse Aufgaben übernehmen, bei denen es nicht gesetzlich geregelt ist, dass es unsere Aufgaben sind, aber wir steuern vielfach die Versorgung unserer Intensivpatienten eigenständig. Wir bewegen uns da immer im rechtlichen Graubereich. Ich denke einfach, man sollte wirklich schauen: Wer macht was mit welcher Kompetenz? Pflegefachpersonen haben sich im Laufe der Jahre auch weiterentwickelt, haben eben auch Weiterbildungen besucht, sind Spezialisten in den einzelnen Bereichen, und das klassische Beispiel ist ja immer: Wir haben die Wundexperten, wir haben die Schmerzexperten, und diejenigen haben die Expertise und können auch diese Tätigkeiten eigenständig steuern und durchführen. Es geht nicht darum, die Diagnose zu stellen, sondern darum, dass man dann im Prozess eigenständig und eigenverantwortlich sowie abrechenbar einfach die Tätigkeiten und Aufgaben übernimmt.

Ich glaube, da sollten wir auch gewisse Hierarchiegrenzen überwinden oder einfach neu denken und eben auch offen sein für neue Möglichkeiten, um die Versorgung der Pflegeempfänger zu verbessern.

Wir diskutieren gerade intensiv über die erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten. Es gibt ja vom Bund die Übertragung der heilkundlichen Tätigkeiten nach § 64d SGB V, wonach jedes Land ein Modellprojekt durchführen soll, wo auch klar definiert ist, in welchen Bereichen heilkundliche Tätigkeiten an Pflegefachpersonen übertragen werden. Auch hier ist es so: Die Diagnose und auch die Therapie bleiben in der Obhut der Ärzteschaft, aber die weitere Versorgung der Betroffenen wird dann eben von der Pflegefachperson durchgeführt. Das bedeutet eben wirklich die Steuerung der weiteren Versorgung. Die Verordnung von Medikamenten, von Hilfsmitteln bleibt dann in den Händen der Pflegefachperson. Ich glaube, dass auch hier zügig die Modellprojekte gestartet werden sollen.

Generell muss überlegt werden, dass wir wirklich nicht mehr nur über Delegation reden, sondern dass wir generell über Substitution reden, wenn es um gewisse Aufgaben oder Aufgabenkomplexe geht. Das dazu.

Dann gab es noch die Frage nach der Digitalisierung. Auch da ist es so, dass Digitalisierung sicherlich hilfreich sein kann. Wir haben viel technische Unterstützung, auch im Bereich der Pflegetätigkeiten. Da hat sich schon einiges entwickelt. Das kann für die Pflegefachperson eine Hilfe sein; ein Beispiel sind die einfachen Lifter, die es schon lange gibt, aber wenn es hier eine technische Unterstützung gibt, was die Bewegungsmöglichkeiten der Betroffenen angeht, dann ist es gut, auch die neuen Techniken zu nutzen. Dazu gehört auch die Sprachsteuerung.

Es gibt also neue Möglichkeiten, und es hat sich auch im ambulanten Bereich bewährt, dass ich eben über eine Spracherkennung meine Dokumentation erledigen kann, damit es dann direkt in der Akte des Patienten verankert wird. Ich denke, das ist auch in der täglichen Arbeit eine Hilfe für die Pflegefachpersonen. Es soll unterstützend sein, es soll die Pflegefachpersonen nicht ersetzen, sondern es ist, denke ich, ein Hilfsinstrument, um die Arbeit zu erleichtern. Hier ist eben auch die Einbeziehung der Pflegefachperson wichtig, wenn es um neue Entwicklungen geht. Wir haben in der stationären Langzeitpflege ja Roboter, die Getränke bringen oder Lieder vorsingen. Ich denke, das ist sicherlich auch mit den entsprechenden Pflegefachpersonen entwickelt worden. Das soll eben weiter ausgebaut werden.

Dann zu dem Bereich der Primärversorgungszentren, die ja jetzt entstehen: Ich hatte es kurz erwähnt. Es muss klar sein, wer in Primärversorgungszentren tätig ist. Es kann auch die Zukunft sein, dass eine Pflegefachperson dort eine eigene Ambulanz hat und dort beratend und unterstützend tätig ist, auch gewisse Aufgaben übernimmt wie z. B. regelmäßige Blutzuckermessungen. Das ist eben in den Primärversorgungszentren. Wenn die CHN dort verankert ist, dann steuert diese die Prozesse, spricht ab und berät, und ich glaube, das ist eben auch wichtig. Wir haben es gerade gehört: Im ländlichen Bereich wissen häufig die Bürgerinnen und Bürger nicht, wohin sie sich wenden können; sie wäre also auch Anlaufstelle und hätte Expertisen – sowohl im Gesundheitsbereich als auch in den ganzen Strukturen. Hilfe suchende Personen können sich an sie wenden und dann einen Platz finden. Man muss einfach einmal schauen: Es sind jetzt viele Projekte unterwegs. Herr Wahl hat die PORT-Zentren angesprochen, die von der Robert Bosch Stiftung unterstützt werden. Auch dort ist eine Pflegefachperson mit einer gewissen Expertise oder mit erweiterten Kenntnissen tätig, was die Tätigkeiten oder Aufgaben angeht.

Ich hoffe, ich habe alles soweit umfassend beantwortet. Die noch offenen Fragen müsste dann Herr Koch beantworten.

Vorsitzender Alexander Salomon: Davon gehe ich schwer aus. Herr Koch darf auch noch einige Fragen beantworten. Vorher hatte sich aber noch Frau Adlhoch

gemeldet. Sprechen Sie noch kurz dazwischen; dann springen wir zwar ein bisschen, aber dann sind wir hier vor Ort mit der Antwortrunde durch.

Frau Adlhoch: Ich will es ganz kurz machen. – Heute wurde mehrfach über die 116 117 gesprochen, wo wir unbedingt den Bedarf sehen, das wieder auf die Leitstellen zurückzunehmen. Denn ich glaube, die Zahlen sind nicht ganz bekannt. Wir hatten in der ersten Folie dargestellt, dass wir von etwa einer Million Einsätze im Jahr sprechen. Wir haben zwischenzeitlich eine Zunahme bei den Fehleinsätzen von weit über 30 %. Wir sprechen hier über sehr, sehr hohe Zahlen.

Beispiel: Wo ruft ein älterer Mensch – wir stellen das immer wieder fest –, der in einer Notsituation ist, an? Er braucht Hilfe. Er kann doch gar nicht beurteilen, welche Hilfe er benötigt. Wir stellen das tagtäglich fest. Unsere Mitarbeiter fahren nach der Disposition der Leitstelle an den Einsatzort und machen dort psychologische Betreuung, Erstversorgung, Unterstützungsleistungen, rufen auch mal den Hausarzt an. Ich glaube, das beeinflusst unseren Rettungsdienst, unsere Notfallrettung, die wirklich für den Notfall da sein sollte. Ich wollte einfach diese Zahl noch einmal in den Raum stellen.

Danke schön.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank. – Wir geben jetzt an Sie, Herr Koch, ab. Sie dürfen wahrscheinlich den Abschluss übernehmen. Ich sehe nämlich keine weiteren Fragen vor Ort. Deswegen: Alle Last liegt jetzt auf Ihnen.

Herr Koch: Dann fange ich von hinten an. Auch ich wollte noch einmal auf 116 117 zu sprechen kommen. Ich kann das aus dem ambulanten Setting, auf einer anderen Ebene durchaus bestätigen, dass da eine Zusammenführung absolut sinnvoll ist, weil man wirklich auch Ressourcen stark bindet, auch was den Rettungsdienst betrifft. Das stellen wir auch in der ambulanten Versorgung fest. Ich denke, in Zeiten, in denen das über eine Linie gelaufen ist, war das mit der Versorgung zielführender. Also: Auch aus unserer Sicht das Votum, das zu unterstützen, was die Kollegen hier vorgetragen haben.

Dann wollte ich noch einmal ganz kurz auf das Thema Helferausbildung zu sprechen kommen. Frau Kiefer hat das ja eigentlich schon vollumfänglich dargestellt.

Ich möchte noch einen Aspekt herausgreifen. Wir unterstützen absolut natürlich das Thema, das wir gerade im Rahmen der Generalistik durchgängig herstellen können, vor allem auch mit Blick auf das neue Pflegepersonalbemessungssystem. In der Stufe II, die ja jetzt im Juni auch greifen soll, hätten wir eigentlich einen Bedarf von 30 % einjährig Examinierter bzw. Pflegehelfer mit einer QN-3-Ausbildung in der stationären Langzeitpflege. Dieses Ziel werden wir faktisch gar nicht erreichen, weil man in den letzten Jahren schlicht und ergreifend hier in diesem Bereich nicht qualifiziert hat.

Also, auch da noch einmal ein Hinweis an die Landesregierung, hier ein Stück weit auf den Bund einzuwirken, weil wir von den Einrichtungen aus die Stufe II in der Reform so gar nicht werden umsetzen können.

Auch noch einmal der Hinweis, dass es wirklich zielführend wäre, in Bezug auf die Qualifizierung eine bundeseinheitliche Regelung herzustellen und nicht 16 Einzelregelungen auf den Weg zu bringen.

Jetzt zu den eigentlichen Fragen, die in meine Richtung gingen, die auch Frau Professorin Elsbernd aufgeworfen hat. Es geht um das Thema „Wie sind wir denn als Einrichtungen auf Krisensituationen vorbereitet?“. Ich muss sagen, unsere generelle Situation in den Einrichtungen ist nach zweieinhalb Jahren Pandemie, nach Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung, was gerade in der Langzeitpflege eine Riesenherausforderung darstellt, weil es ein komplett neues Modell ist und wir, die wir von den personellen Kapazitäten her eigentlich ziemlich stark gebunden sind, jetzt auch noch mit Notfallkonzepten konfrontiert sind, wo man sich in den einzelnen Einrichtungen fragen muss: Wer soll das denn alles überhaupt noch auf die Reihe bekommen? Da haben vor allem kleinere Einrichtungen ein Riesenproblem, muss man sagen. Die – um es mal ganz platt zu sagen – saufen hier im Tagesgeschäft tagtäglich ab. Die haben kaum Möglichkeiten, hier überhaupt ein Konzept zu erarbeiten. Unsere mittelgroßen und größeren Träger sind da natürlich im Vorteil, weil sie Synergieeffekte nutzen können. Da gibt es natürlich Notfallplanungen, die auch gesetzlich vorgegeben sind, aber man muss schlicht und ergreifend sagen: Es scheitert an den Ressourcen.

Ich habe es ja in meiner Eingangsrede ausgeführt – da komme ich auch gleich noch auf die Anfrage der Dame von der AfD zurück –: Wie sieht es während eines Blackouts aus? Man muss schlicht und ergreifend sagen, dass die meisten Pflegeeinrichtungen nicht über eine Notstromversorgung verfügen. Natürlich haben Kliniken eine separate Notstromversorgung. Wir haben glücklicherweise überwiegend keine Geräte, die zur primären Lebenserhaltung notwendig sind, aber natürlich haben wir vor Ort – das sage ich einmal – Sauerstoffkonzentratoren, Ernährungspumpen, wir haben Wechseldruckmatratzen, die am Laufen sind. Da ist schlicht und ergreifend, wenn der Geräteakku dann irgendwann leer ist aus, Feierabend. Das muss man klipp und klar so sagen. Da ist es für die Einrichtungen sehr, sehr schwierig, irgendwo einen Ersatz oder ein Back-up herzustellen. Wir – ich spreche jetzt für meinen Träger – haben uns jetzt aktuell darum bemüht, an Notstromaggregate heranzukommen. Sie können sich vorstellen: Das macht im Moment im ganzen Land jeder. Dementsprechend ist es auch äußerst schwierig, jetzt kurzfristig Kapazitäten aufzubauen.

Werfen wir einen Blick in die Kommunen: Wir haben ja hier bei uns vor Ort das Szenario eines Blackouts gehabt. Auch da war man relativ schnell am Ende der Fahnenstange, weil auch die Kommune lediglich über drei Notstromaggregate unterschiedlichster Kapazität und Größe verfügt. Wenn wir hier einen Blackout länger als, sagen

wir mal, fünf, sechs Stunden haben, wird es hier relativ eng. Da ist also dringender Handlungsbedarf gegeben. Das können meiner Meinung nach auch die Einrichtungen schlicht und ergreifend nicht selbst schultern.

Damit bin ich beim Hinweis von Herrn Haußmann, das Thema auch in die kommunalen Gesundheitskonferenzen zu verlagern. Eine klare Vorgabe oder Verpflichtung, hier auch die Kommunen und Landkreise mit ins Boot zu holen, ist, finde ich, ein sehr charmanter Vorschlag. Das wäre durchaus etwas, was vonseiten der Landesregierung angestoßen werden könnte.

Abschließend vielleicht noch: Wenn wir jetzt, sagen wir mal, prospektiv in den nächsten fünf bis zehn Jahren schauen, wäre es aus meiner Sicht zwingend erforderlich, auch wenn es beispielsweise um die Investitionsförderung von Pflegeeinrichtungen geht, darauf noch einmal einen Fokus zu legen. Ich kann mir durchaus auch vorstellen, dass bei Neubauten gewisse Forderungen, was auch diese Kapazitäten betrifft, gemacht werden, aber natürlich immer mit dem Hinweis, dass das dann auch zwingend zu 100 % im Rahmen der Investitionskostenverhandlungen anzuerkennen ist. Das wäre zwingend erforderlich.

Die große Frage stellt sich auch für die ambulanten Dienste; ich erinnere nur an die Themen Energie und Treibstoffe. Das ist ja auch beim Rettungsdienst ein großes Thema. Aber auch für die ambulanten Dienste ist das ein Thema. Da muss man sich natürlich auch überlegen, hier auch Reserven aufzubauen. Mit der aktuellen Finanzierungsstruktur wird es kaum möglich sein, hier eine Bevorratung vorzunehmen. Auch da sehe ich es eigentlich als sinnvoll an, das dann auf kommunaler oder auf Landkreisebene über konzertierte Aktionen gemeinschaftlich Vorsorge zu treffen.

Ich denke, das waren die wesentlichen Punkte von meiner Seite.

Vielen Dank.

Vorsitzender Alexander Salomon: Vielen Dank, Herr Koch. – Jetzt frage ich noch einmal in die Runde, ob es noch weiteren Aussprache- oder Redebedarf gibt. – Ich sehe Kopfschütteln. Dann darf ich mich vielmals bei Ihnen bedanken. – Es gibt doch noch etwas. Okay. Herr Marc Groß, bitte.

Herr Marc Groß: Zum Thema „Pflegeeinrichtungen und verschiedene Trägergrößen und Einrichtungsgrößen“: Wir erstellen gerade auch ein grundlegendes Handlungskonzept im Rahmen der Liga der freien Wohlfahrtspflege, wo wir uns diesem Thema einmal grundsätzlich widmen: Was braucht es an KRITIS-Anforderungen für die Betreiber? Was können wir selbst machen, und wo reden wir eigentlich über Blackout, und wo nicht? Wir können das der Enquetekommission auch einmal zur Verfügung stellen. Ich finde, beim zweiten Handlungsfeld sollte man das auch noch einmal genauer betrachten, wie das Zusammenspiel lokal mit den unteren Katastrophen-

schutzbehörden – kurz: UKBs – und bei anderen Themen ist. Ich fand es gut, diesen Eindruck hier, und wir können Ihnen das gern zur Verfügung stellen.

Danke.

Vorsitzender Alexander Salomon: Wunderbar. Dann danken wir Ihnen. Wenn Sie uns das noch nachreichen, wären wir ziemlich dankbar dafür.

Dann versuche ich es jetzt noch einmal in aller Langsamkeit. Jetzt sehe ich auch bei Ihnen zufriedenes Kopfnicken. Wunderbar. Dann bedanke ich mich noch einmal bei Ihnen, Herr Koch, Frau Kiefer, Herr Marc Groß, Herr Neuhauser, Frau Adlhoch und Herr Daniel Groß,

(Beifall)

dass Sie uns die Informationen gegeben haben. Wir stehen immer auch bereit für die Entgegennahme weiterer Informationen.

Wir sind damit am Ende der öffentlichen Anhörung angekommen. Ich darf mich vielmals bei allen bedanken. Das war auch die letzte Sitzung in diesem Jahr, zumindest im öffentlichen Teil. Im nächsten Jahr geht es weiter.

Wir beenden jetzt den öffentlichen Teil der Sitzung und haben jetzt fünf Minuten Pause. Um 16:18 Uhr geht es mit der nicht öffentlichen Sitzung weiter.

(Schluss des öffentlichen Teils: 16:13 Uhr)

– folgt nicht öffentlicher Teil II (gesondertes Protokoll) –



Landesärztekammer Baden-Württemberg

Stellungnahme

Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“
des Landtags von Baden-Württemberg

9. Dezember 2022



Dr. med. Wolfgang Miller

Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg

1

Gesellschaftliche Aufgaben – auch in der Krise



Erhaltung von

Gesundheit

Sicherheit

Wirtschaftlichem Wohlergehen

Sozialem Wohlergehen

2

Unsere Aufgaben

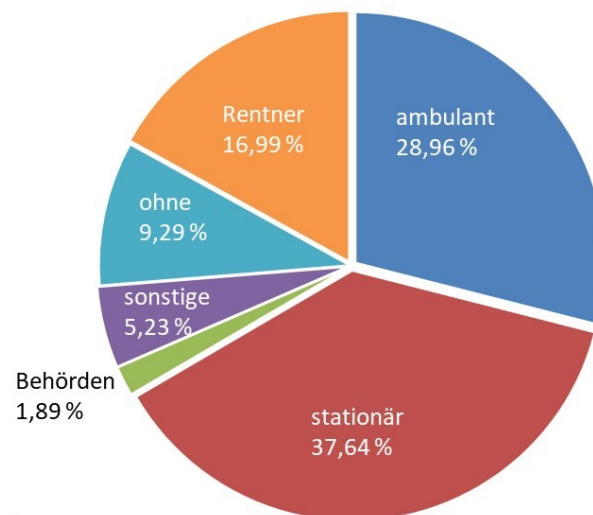
Wir vertreten über 73.000 Ärztinnen und Ärzte in Baden-Württemberg.

Zu unseren Aufgaben gehören:

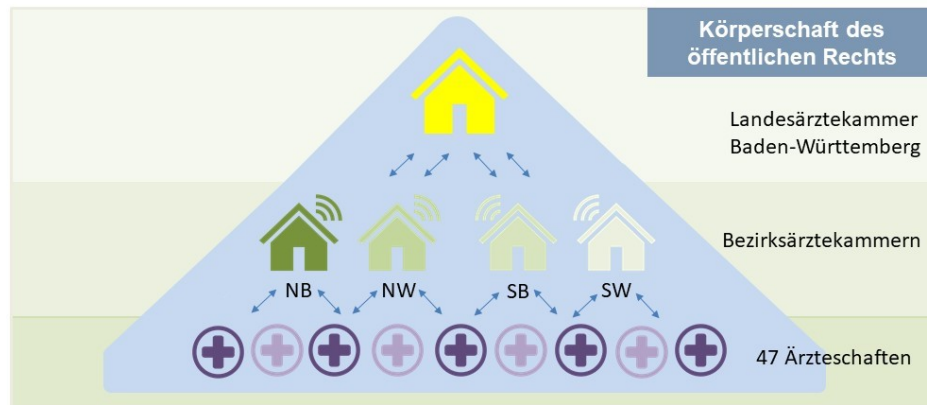
- Fort- und Weiterbildung
- Berufsaufsicht
- Qualitätssicherung
- Information der Bürger
- Beratung der öffentlichen Stellen
- Benennen von Sachverständigen



Tätigkeitsbereiche der Ärzteschaft



Unsere Struktur



Strukturierte Versorgung in der Krise



Voraussetzungen für Ärztliche Berufsausübung in Krisen

- Klare Strukturen bereits in der Regelversorgung
- Ein System mit „Luft zum Atmen“
- Vorbereitete Krisenpläne und Übungen
- Klare Kommunikation – auch sprachlich, klare Zuständigkeiten
- Einsatzbereitschaft sichern:
- Telekommunikation, Strom, Heizung, Material, Persönliche Schutzausrüstung, Medikamente, etc.
- Disposition des Rettungsdienstes und der Notfallversorgung aus einer Hand – bei einer Leitstelle



Fragen zur Kritischen Infrastruktur



Erfüllen **Kliniken** die Anforderungen der Kritischen Infrastruktur?

Erfüllen **Praxen** die Anforderungen der Kritischen Infrastruktur?

Erfüllen **Ärztekammer** und **Kassenärztliche Vereinigung** die Anforderungen der Kritischen Infrastruktur?

Rolle der Ärztekammer – in der Krise

- Ressource Ärztin / Arzt / Personal (Arztregister)
- Benennung von Experten
- Beratung der Regierung
- Information und Kommunikation
- Netzwerk - Teilen von Erfahrungen in den Gliederungen / Kammer vor Ort
- Beteiligung – an Führungsstrukturen, ab Stäben, an Koordination der Versorgung
- Unterstützung der Forschung durch die Ethikkommission



Zusammenfassung / Fazit (1)

- Leistungsstarke Strukturen schon im Regelbetrieb sichern.
- Für Krisen auch in der Gesundheitsversorgung entsprechende Reserven einplanen und vorhalten.
- Medizinische Hilfersuchen / „Notrufe“ sollen bei der Integrierten Leitstelle gebündelt angenommen und disponiert werden.
- Telekommunikation und Energieversorgung muss gesichert sein.
- Krisenübungen sind übergreifend zu planen und zu finanzieren.

Zusammenfassung / Fazit (2)

- Katastrophenschutz wirkt additiv zu bestehenden Strukturen
- Unterstützung für den Gesundheitssektor aus anderen Berufsgruppen muss geplant werden.
- Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss gestärkt werden.
- Vorentscheidungen für die Krise müssen bekannt sein
- Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist zu stärken.

**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit**





Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

HARTMANNBUND – VERBAND DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DEUTSCHLANDS

Stellungnahme

des Landesverbandes Baden-Württemberg
für die Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“
des Landtags von Baden-Württemberg

09.12.2022 / Stuttgart / Klaus Rinkel

2

Hartmannbund – Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.

Der Hartmannbund – Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. ist der einzige freie Verband, der die beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen aller Ärzte, Zahnärzte und Medizinstudierenden in Deutschland – unabhängig vom Fachgebiet, ob niedergelassen, angestellt oder im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig – vertritt.

Klaus Rinkel

- Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Sozialmedizin, Ärztliches Qualitätsmanagement
- seit 2009 Landesvorsitzender des Hartmannbund LV Baden-Württemberg
- seit 2011 Mitglied des Geschäftsführenden Bundesvorstandes des Hartmannbunds
- seit 2009 Leiter des Verbund Südwürttemberg des Medizinischen Dienst Baden-Württemberg



Klaus Rinkel / 09.12.2022

 Hartmannbund

RESILIENTE GESUNDHEITSVERSORGUNG

- **Kooperativer Austausch** zwischen Vertretern der Gesundheitsberufe, der Hochschulen, Trägern der Gesundheitsversorgung, medizinischen Diensten sowie der Gesundheitspolitik ist die Grundlage für eine funktionierende und krisenfeste Gesundheitsversorgung
- **Rahmenbedingungen** sind u.a.:
 - Auf Versorgung ausgerichtete, transparente Vertrags- und Finanzierungsmodelle
 - Adäquate Vergütung aller erbrachter Leistungen
 - Verhinderung von unangemessener Gewinnabschöpfung
 - Qualitätsaspekte müssen im Vordergrund stehen (z.B. bei Begutachtung medizinischer Sachverhalte)
 - Selbstverwaltung ist kein Verteilungsmechanismus knapper Mittel
 - Anreize für innovative patienten- und versorgungsorientierte Lösungen
 - Krankenhausplanung muss Versorgungsbedarf und Qualitätsnormen folgen
 - Sektorübergreifende Strukturierung der Notfallversorgung („Eine Nummer, eine Leitstelle, ein Tresen“)



Klaus Rinkel / 09.12.2022

 Hartmannbund

RESILIENTE GESUNDHEITSVERSORGUNG

- Stärkung der **Gesundheitsbildung** der Bevölkerung (beginnend in Kindergarten und Schule)
 - ➔ Wesentlicher Schritt, um sozialverträglich eine angemessene Beanspruchung des Gesundheitswesens zu erreichen
- Konstruktive Integration von Aspekten des Planetary Health Prinzips in die Gesundheitsbildung
 - Beratung zu Ernährungs- und Lebensstilfragen mit dem Ziel, positive Entwicklungen ggf. auch in kleinen Schritten zu erreichen (**Menschen nicht überfordern, Akzeptanz erhalten**)
 - Prävention mit dem Ziel, einen bewussteren Umgang mit Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen zu erreichen
 - Reduktion vermeidbarer Diagnostik und Behandlung („Sinnvolle Medizin in einem Hochleistungsgesundheitssystem“)
 - Kein Einsatz von klima- und umweltschädlichen Produkten in der Medizin, wenn diese nicht zwingend erforderlich sind

Klaus Rinkel / 09.12.2022

 Hartmannbund

AUSBAU DIGITALER STRUKTUREN

- Sichere Datenerfassung und Speicherung von Gesundheitsdaten (staatliche Garantie)
- Einheitlich und mit funktionierenden **Schnittstellen** (Vernetzung aller Beteiligten im Gesundheitssystem, Etablierung von Meldestrukturen)
- International anschlussfähige **Interoperabilität** und **Standardisierung** (z.B. Befüllung der ePA)
- Weiterentwicklung telemedizinischer Strukturen
- Rascher Ausbau des Glasfasernetzes und Mobilfunknetzes (5G)



Sicher, schnell und anwendungsorientiert

Klaus Rinkel / 09.12.2022

 Hartmannbund

NACHWUCHSSICHERUNG

Krisenfeste Gesundheitsversorgung benötigt qualifiziertes Personal

Für das Studium hätte der Masterplan 2020 Chancen geboten, Studienzugang, Studieninhalte und Studienabläufe so zu verändern,

- dass eine Orientierung an der Versorgung kranker Menschen und einer Gesundheitssicherung der Bevölkerung wieder einen höheren Stellenwert bekommen. (Praxisnähe)
- dass Bewerberinnen und Bewerber mit besonderen Fähigkeiten für die Versorgung kranker Menschen einen rascheren Studienzugang erhalten hätten



In der Weiterbildung sollten die wesentlichen Inhalte des Faches vermittelt werden

- Regelmäßig ambulant erbrachte Tätigkeiten sollten ambulant vermittelt werden
- Operationskatalog und Kompetenzanforderungen sollten der Realität des Faches entsprechen
- Weiterbildung sollte in der regulären Arbeitszeit realisierbar sein

Klaus Rinkel / 09.12.2022

 Hartmannbund

NACHWUCHSSICHERUNG

Grundlegend verbesserte **Arbeitsbedingungen** können dem Ärztemangel entgegenwirken

- Kurative Tätigkeit muss nachhaltig attraktiv gestaltet werden, z.B. durch:
 - Entbürokratisierung
 - Reduktion des Dokumentationsaufwands
 - Einhaltung von Arbeitszeit- und Arbeitsschutzgesetzen
 - Verlässliche Dienst- und Urlaubspläne; Überstunden als Ausnahme
 - Langfristig vorbereitete Pläne für Personalengpässe
 - Arbeiten in Teams mit Zeitkorridoren für fachlichen Austausch
- Stärkung von **Führungs- und Organisationskompetenzen**



Klaus Rinkel / 09.12.2022

 Hartmannbund

ÖFFENTLICHE GESUNDHEITSINFRASTRUKTUR

- Überregional abgestimmte organisatorische Eckpunkte, z.B. zu
 - Personelle Ausstattung
 - Berichtswesen
 - Digitale Vernetzung
- Stärkung der **ärztlichen Kompetenz** im Öffentlichen Gesundheitsdienst
 - Verpflichtend festgelegte Mindestzahl an dezidiert ärztlichen Stellen
 - ÖGD als attraktiver Arbeitsgeber für Ärztinnen und Ärzte
- Auf Gesundheitsthemen fokussierte Dezernate in Landkreisen und kreisfreien Städten
- Etablierung von Lehrstühlen bzw. Instituten für das Öffentliche Gesundheitswesen
- Ermöglichung der Weiterbildung zum Facharzt ÖGW auch über Weiterbildungsverbünde

Klaus Rinkel / 09.12.2022

 Hartmannbund

KRISENVORBEREITUNG UND KRISENBEWÄLTIGUNG

- Organisatorisch: Fest eingerichtete, interdisziplinäre **Krisenstäbe** mit ärztlicher Beteiligung
 - Klar definierte Aufgaben und Handlungsfelder
 - Regelmäßige Übungen
 - Weiterentwicklung der Krisenpläne
- Materiell: Regelmäßig aktualisierte **Reserven** für:
 - Schutzmaterial
 - Relevante Medizinprodukte
 - Wichtige Arzneimittel und Impfstoffe
- Vorhaltung inländischer Produktionskapazitäten für Arzneimittel, Schutzmaterial und Medizinprodukte
- Zuverlässige **Erfassung von Fachpersonal** im Gesundheitswesen (Vermeidung von Mehrfachlistung)

Klaus Rinkel / 09.12.2022

 Hartmannbund



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

IMPRESSUM

Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
Landesverband Baden-Württemberg
Kurfürstenstraße 132
10785 Berlin

Klaus Rinkel

Landesvorsitzender und Mitglied des geschäftsführenden
Bundesvorstandes des Hartmannbund
klaus.rinkel@me.com
Mobil: 01727300913



Für ein gerechtes, leistungs- und zukunftsfähiges Gesundheitssystem

Kai Burmeister, Vorsitzender DGB Baden-Württemberg

Stuttgart, 9. Dezember 2022

Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ des Landtags Baden-Württemberg

Krisenbekämpfung und Zukunftsaufgabe „gerechtes und krisenfestes Gemeinwesen in Baden-Württemberg“ verbinden



- Aktuell: Aktiver Einsatz für **stabile Energieversorgung**, **bezahlbare Energie** für Privathaushalte, Handwerk, Handel und Industrie
- Wesentliche Bereiche der **öffentlichen Daseinsvorsorge** sind weder gegenwärtig gut aufgestellt noch sind sie ausreichend für die Zukunft angesichts von Demografie, Digitalisierung und Dekarbonisierung ausgestattet
- **Handlungsfähiger Staat** als Grundvoraussetzung für resilientes und krisenfestes Gemeinwesen

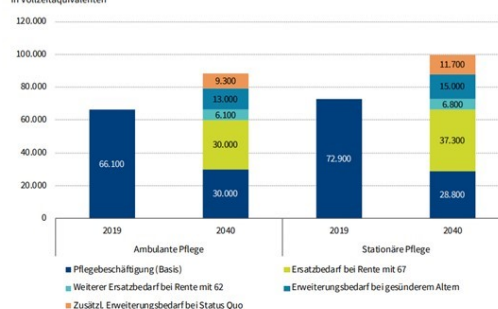


Personaldecke in der Pflege wird immer dünner



- Sowohl in der **ambulanten** wie in der **stationären** **Pflege** erwartet das IAB bis 2040 erheblich höhere Bedarfe an Beschäftigung in Baden-Württemberg
- In der ambulanten Pflege müssen in den nächsten Jahren knapp 60.000 Vollzeitkräfte dazu gewonnen und ausgebildet werden. In der stationären Pflege sind es etwa 70.000
- Fast 75 Prozent der Beschäftigten sind Frauen, Teilzeitanteil liegt bei fast 50 Prozent
- Mehr Beschäftigte gewinnen: Voraussetzung sind **gesündere Arbeitsbedingungen, mehr Personal und bessere Bezahlung**

Abbildung 21: Beschäftigungsbedarf in der ambulanten und stationären Pflege in Baden-Württemberg in 2040 in Vollzeitäquivalenten



Anmerkung: Werte sind auf Hunderter gerundet.
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2021), Statistisches Bundesamt (2021); eigene Berechnungen. © IAB

IAB 2022

„Ich pflege wieder, wenn...“

Tabelle 5: Überblick über die wichtigsten Arbeitsbedingungen nach Themenbereichen

Rang im Gesamt ranking	Arbeitsbedingungen	wichtig/ ganz wichtig
Organisation und Führung		
1/67	Fairer Umgang unter Kolleg*innen	97,4 %
2/67	Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sind	96,5 %
4/67	Vorgesetzte, die sensibel für meine Arbeitsbelastung sind	94,4 %
Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung		
3/67	Bedarfsgerechte Personalbemessung	95,1 %
5/67	Nicht unterbesetzt arbeiten müssen	92,8 %
6/67	Mehr Zeit für menschliche Zuwendung	92,7 %
Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben		
8/67	Verbindliche Dienstpläne	89,1 %
Gesundheitsschutz und Prävention		
28/67	Verbindliche Maßnahmen nach Gefährdungsbeurteilung	76,3 %
Weiterbildung und Karriere		
10/67	Fort-/Weiterbildung = höheres Gehalt	88,9 %
Wiedereinstieg		
21/67	Strukturierte Einarbeitung durch Führungskraft/Praxisanleitung	83,6 %

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“.

Arbeitnehmerkammer Bremen 2021

Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn...“ der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen

„Ich pflege wieder, wenn...“ – Auszug aus den Wünschen der Beschäftigten

Bezahlung durch Tarifbindung verbessern

Wertschätzende Führung und Kollegialität

- Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen,
- gute Führung als Schlüsselfaktor

Verlässliche Arbeitszeiten

- Dienstplangestaltung unter Berücksichtigung individueller Präferenzen
- Ausfallkonzepte fördern

Wiedereinstiegsengagement stärken

Arbeitnehmerkammer Bremen 2021

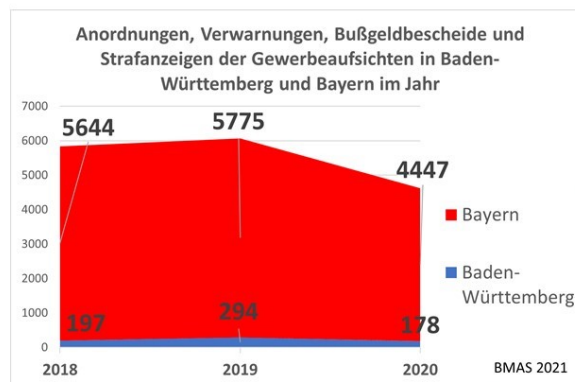
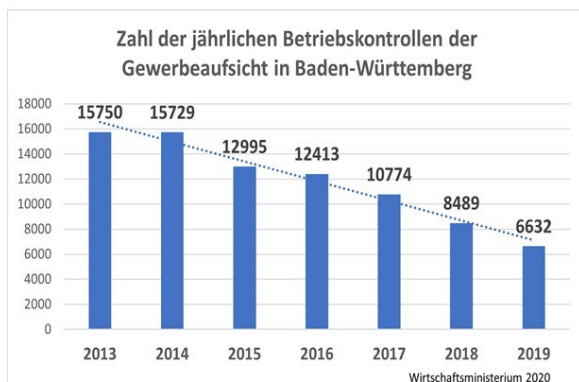


Arbeits- und Gesundheitsschutz ernst nehmen

- Arbeit darf nicht krank machen oder das Leben kosten
- 66 Menschen sind 2020 bei einem Arbeitsunfall ums Leben gekommen. Im selben Jahr kam es zu 101.701 Arbeitsunfällen (BMAS 2021)
- Gefährdungsbeurteilungen im Betrieb helfen, Arbeitsunfälle zu verhüten
- An jedem zweiten Arbeitsplatz in Baden-Württemberg ist bisher keine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt worden
- Zur Stärkung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ist eine handlungsfähigere staatliche Gewerbeaufsicht erforderlich
- Insbesondere kleine und mittlere Betriebe müssen häufiger aktiv beraten und ggf. kontrolliert werden



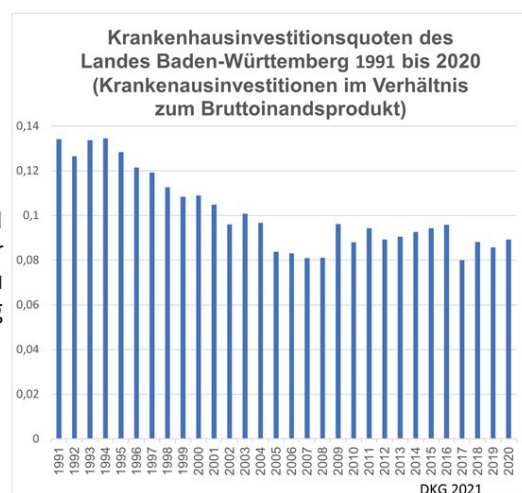
Arbeits- und Gesundheitsschutz mit großen Lücken



Bessere Versorgung und Arbeit braucht Investitionen



- Versorgungsqualität in unseren Krankenhäusern muss besser werden - große **Ausbildungsinitiative** zur Fachkräftesicherung in der Pflege starten
- **Krankenhausinvestitionen** müssen deutlich gesteigert werden - **Sanierungsstau** muss aufgeholt werden
- Ohne hohe Investitionsmittel drohen die Beitragsmittel der Versicherten und Arbeitgeber von den Kliniken für akute Sanierungsmaßnahmen zweckentfremdet zu werden. Diese Gelder fehlen dann für Verbesserung der **Versorgungsqualität**



Für bessere Versorgung und Arbeit in der Pflege

DGB

Jahr	Nominale Krankenhaus-Investitionen in Mio. Euro	Tatsächlicher Bedarf in Mio. Euro	Investitions-Lücke in Mio. Euro
2016	455	650	-195
2017	398	650	-252
2018	455	650	-195
2019	451	750	-299
2020	451	750	-299
			-1.2 Mrd. Euro

Daten: DKG, Höhe der tatsächlichen Bedarfe: Landkreistag und BWKG

Resilientes und krisenfestes Gesundheitswesen: fünf Handlungsempfehlungen

DGB

1. Corona zeigt: Gesellschaft braucht resilientes Gesundheitswesen, das **nicht marktförmig gesteuert** wird. Gesellschaftliche Aufgabe, Kapazitäten im Gesundheitswesen vorzuhalten.
2. Zu den Kapazitäten im Gesundheitswesen gehören zuvörderst dessen Beschäftigte. Es ist eine gesellschaftliche Aufgabe, dass Personalknappheit und fehlende Qualifikationen überwunden werden. Darum bedarf es **guter Arbeit, Tarifverträge, Mitbestimmung, gute Ausbildung und Einwanderung**. Verbindliche, bedarfsgerechte Personalausstattung in normalen Zeiten als Voraussetzung für Krisenbewältigung.



Resilientes und krisenfestes Gesundheitswesen: Handlungsempfehlungen

DGB

3. Krisenfestes Gesundheitswesen muss auf Kinder und Jugendliche, ältere, behinderte und chronisch kranke Menschen ausgerichtet sein. **Barrierefreie, inklusive und gemeindenahe Ausgestaltung.**

4. Stärkere Ausrichtung des Gesundheits- und Sozialwesens an **Prävention und Rehabilitation.** Long Covid zeigt, wie viel ungedeckten Bedarf an Rehabilitation chronisch Kranker es in der Arbeitswelt und Gesellschaft gibt.

5. Vorhaltung von genügend **Schutzausrüstung** und schnelle, möglichst störungsfreie Nachproduktion im Krisenfall sowie **hiesige Produktion von Pharma- und Medizinprodukten.**



www.bwgerecht.jetzt

DGB





B 52-VERBÄNDEKOOPERATION BADEN-WÜRTTEMBERG

Öffentliche Anhörung Enquetekommission "Krisenfeste Gesellschaft" am 9.12.2022 im Landtag von Baden-Württemberg

Frank Winkler, Verband der Ersatzkassen,
vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg



B 52-VERBÄNDEKOOPERATION BADEN-WÜRTTEMBERG

1. Allgemeines und Bewertung der Corona-Pandemie sowie deren Bewältigung in Baden-Württemberg

- ▶ Der B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg gehören an
 - BKK Landesverband Süd
 - IKK classic
 - Knappschaft
 - vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg (Verband der Ersatzkassen)
- ▶ Corona-Pandemie auch für die Gesetzliche Krankenversicherung eine neue Herausforderung
- ▶ Bildung eines Krisenstabes der gesetzlichen Krankenkassen/-verbände in Baden-Württemberg („GKV-6 Corona-Pandemie“)
 - B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg
 - AOK Baden-Württemberg
 - SVLFG
- ▶ Koordinierte Zusammenarbeit in GKV-6 und regelmäßiger Austausch mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg sowie den Vertragspartnern



B 52-VERBÄNDEKOOPERATION BADEN-WÜRTTEMBERG

1. Allgemeines und Bewertung der Corona-Pandemie sowie deren Bewältigung in Baden-Württemberg

- ▶ Die Bildung des Krisenstabes und die Zusammenarbeit im Rahmen von GKV-6 hat sich als sehr gut erwiesen
- ▶ Rechtliche Verankerung: Etablierung eines GKV-Krisenstabes für einen zu definierenden Gesundheitskrisenfall
 - Definition
 - Akteure
 - Aufgaben
 - Kompetenzen
 - Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst als Drehscheibe



B 52-VERBÄNDEKOOPERATION BADEN-WÜRTTEMBERG

2. Finanzierung

- ▶ Krisenprävention im Gesundheitswesen bedingt eine ausreichende Finanzierung der GKV und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) mit den notwendigen Rücklagen bei den Krankenkassen und im Gesundheitsfonds
- ▶ Seit 2019 kontinuierlicher Abbau der Finanzreserven bei den Krankenkassen und Gesundheitsfonds durch gesetzliche Maßnahmen
- ▶ Es bedarf einer rechtlichen Regelung, wer die Kosten für außerordentliche Gesundheitskrisenfälle zu tragen hat (Bund / Land / GKV), Daseinsvorsorge und gesamtgesellschaftliche Aufgabe
- ▶ Um die Versorgung und bei Gesundheitskrisen und die Finanzierung des Gesundheitssystems sicherzustellen, bedarf es neben den notwendigen Versorgungsstrukturreformen einer nachhaltigen Finanzierungsreform der GKV



B 52-VERBÄNDEKOOPERATION BADEN-WÜRTTEMBERG

3. Digitale Infrastruktur/Telemedizin und Gesundheitsdatennutzung

- ▶ Digitalisierungsschub durch die Corona-Pandemie, Krise als Chance
- ▶ Positive Beispiele, die sich in der Versorgung etabliert haben ausbauen (z. B. Videosprechstunde)
- ▶ Weiterer Ausbau der Telematikinfrastruktur und weiteres Ausrollen der elektronischen Patientenakte (ePA), ggf. Opt-out-Regelung
- ▶ Relevante medizinische Daten zur Gesundheitskrisenintervention müssen zeitnah zur Verfügung stehen (z. B. derzeit Ambulante Abrechnungsdaten 6 Monate zeitverzögert)
- ▶ Stärkung des ÖGD durch digitalen Ausbau („Pakt für den ÖGD“, Mittel des Bundes: 4 Mrd. Euro)
- ▶ Regulierung der Gesundheitsdatennutzung (EU/Bund/Land) – Roadmap Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg - Entschließungsantrag des Landes Baden-Württemberg (Drucksache Bundesrat 597/22)



B 52-VERBÄNDEKOOPERATION BADEN-WÜRTTEMBERG

4. Stationäre Versorgung und Notfallversorgung

- ▶ Neuausrichtung der Krankenhausversorgung und -strukturen dringend notwendig (Aktuelle Eckpunkte der Bundesregierung zur Krankenhausreform)
- ▶ Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass Spezialisierung für bestimmte Behandlungen sinnvoll sein kann (Clusterbildung); Qualität der Versorgung muss im Mittelpunkt stehen
- ▶ Ambulantisierung von stationären Operationen, dort wo es möglich und sinnvoll ist, ausbauen
- ▶ Herausforderung: Humanressource, Personalmangel, Ausbildungsinhalt Krise
- ▶ Weiterentwicklung der Notfallversorgung erforderlich (Referentenentwurf des BMG vom 8.1.2020 ging nicht ins Gesetzgebungsverfahren)
- ▶ Bessere Verzahnung und Koordination der bislang getrennten Bereiche notwendig (Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KV - Notfallpraxen, Notfalldienst in Krankenhäusern, Rettungsdienst / digitale Datenübermittlung)



B 52-VERBÄNDEKOOPERATION BADEN-WÜRTTEMBERG

5. Arzneimittelversorgung / Impfstoffe

- ▶ Störungen der internationalen Lieferketten und des Warenverkehrs ist auch für die Arzneimittelversorgung ein zunehmendes Risiko
- ▶ Einseitige Abhängigkeiten bei Lieferung und Produktion von Wirkstoffen und Arzneimitteln verringern
- ▶ Schaffung von industriepolitischen und regulatorischen Rahmenbedingungen zur Förderung weiterer Forschungs- und ggf. Produktionsstätten (Beispiel: Forum Gesundheitsstandort BW)
- ▶ Etablierung eines Frühwarnsystems bei Lieferengpässen
- ▶ Impfstoffentwicklung COVID-19 hat gezeigt, Forschungs- und Entwicklungsstandort Deutschland gehört zu den führenden Standorten



B 52-VERBÄNDEKOOPERATION BADEN-WÜRTTEMBERG

6. Aufklärung der Bevölkerung, Gesundheitsförderung und Prävention und Gesundheitskompetenz, Health in all policies (Hiap) in der Krise

- ▶ Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg
- ▶ Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg
- ▶ Landesgesundheitsgesetz
- ▶ Landesrahmenempfehlung – LRV Baden-Württemberg
- ▶ Kommunale Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz
- ▶ Quartier 2030 – Krisenfeste Quartiere
- ▶ Maßnahmen und Projekte, Beispiel „Gesund leben im Kornhasen“ in Stuttgart-Wangen
- ▶ Gesundheit in allen Politikfeldern – angedachtes Projekt mit Hiap-Ansatz: „Bewegt im Stadtquartier – Die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen gesünder, vielfältiger und grüner machen“. Ggf. mit Piloten in den Städten Mannheim und Singen (derzeit in der Prüfung)



Empfehlungen der Hilfsorganisationen im bodengebundenen Rettungsdienst in Baden- Württemberg

zum ersten Handlungsfeld
„Lehren für künftige Pandemien und Gesundheitskrisen“ der
Enquete-Kommission „Krisenfeste Gesellschaft“



Der bodengebundene Rettungsdienst in Baden-Württemberg

- rund 1 Mio. Rettungswagen-Einsätze
- rund 315.000 Notarzt-Einsätze
- rund 965.000 Krankentransport-Einsätze
- rund 7,5 Mio. eingehende Anrufe in den Integrierten Leitstellen

Datenjahr 2021



Sicherstellung der Verfügbarkeit des Rettungsdienstes

- Erstellung von Notfallplänen für die Sicherstellung des Rettungsdienstes
- Etablierung einer „Logistik- und Materialresilienz“ für die sächlichen Ressourcen im Rettungsdienst
- Prüfung von substanziellen Konzepten zur Sicherstellung der Energieversorgung

09.12.2022

Enquete-Kommission "Krisenfeste Gesellschaft"

3



Sicherstellung der Finanzierung des Rettungsdienstes

- Maßnahmen zur eventuell erforderlichen Liquiditätssicherung für die Rettungsdienstdurchführenden
- Berücksichtigung des Rettungsdienstes in Rettungspaketen

09.12.2022

Enquete-Kommission "Krisenfeste Gesellschaft"

4



Sicherstellung der Verfügbarkeit von ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen im Gesundheitswesen

- Prüfung von geeigneten Instrumenten für eine verlässliche und verbindliche Patientensteuerung
- Disposition des Ärztlichen Notdienstes durch die Integrierten Leitstellen

09.12.2022

Enquete-Kommission "Krisenfeste Gesellschaft"

5



Berücksichtigung rettungsdienstlicher Expertise

- Einbeziehung rettungsdienstlicher Expertise in relevanten Gremien auf der Landesebene und gleichermaßen auf der örtlichen Ebene
- Implementierung von passenden Kommunikations- und Austauschformaten

09.12.2022

Enquete-Kommission "Krisenfeste Gesellschaft"

6



Sensibilisierung der Bevölkerung

- Aufklärung der Bevölkerung über geeignete Versorgungsstrukturen in Krisenzeiten
- Stärkung der Selbsthilfefähigkeit