

→ Bericht und Empfehlungen der Enquetekommission

Krisenfestes Gesundheitswesen

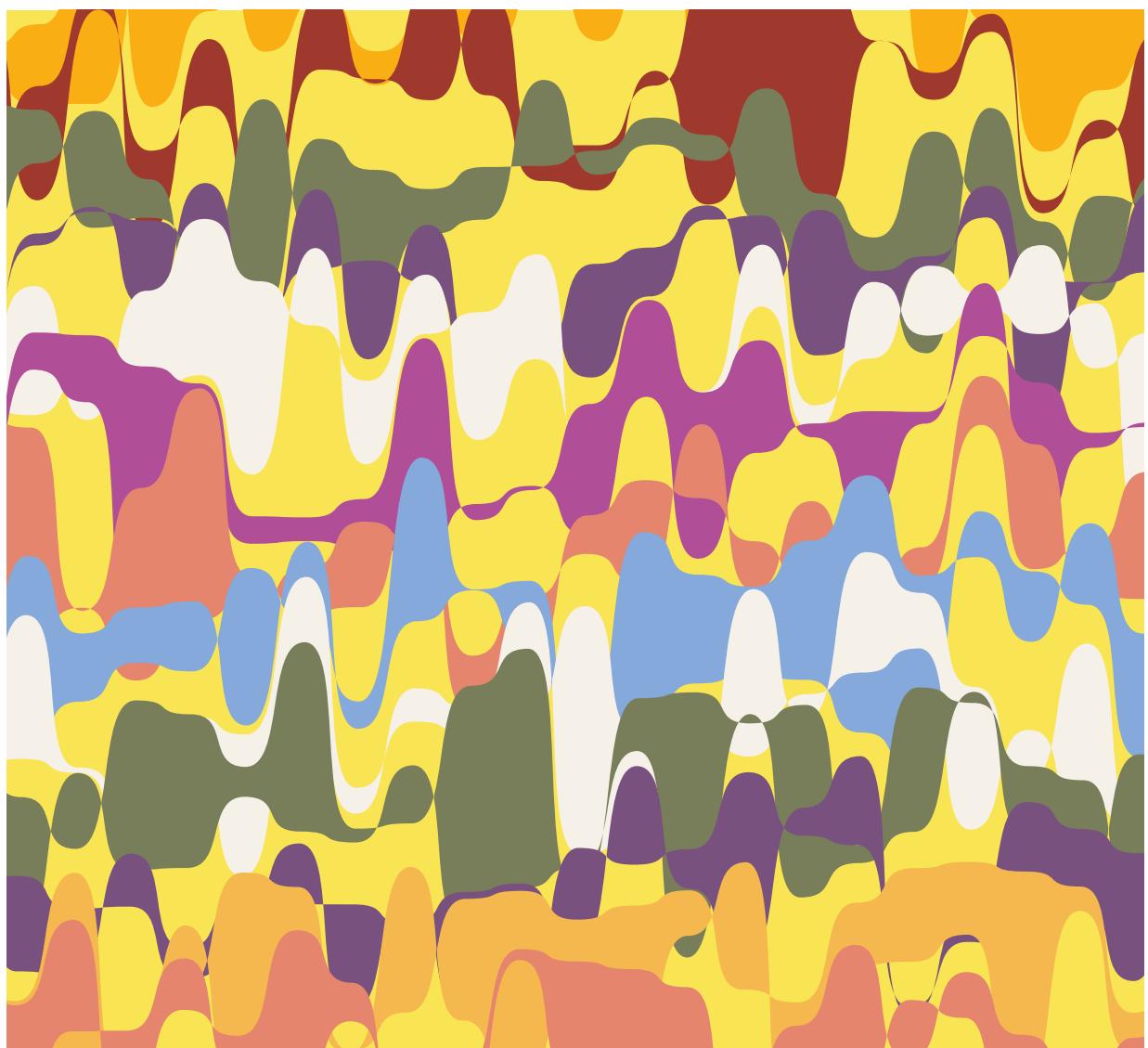
Ausgegeben: 10. Juli 2024

Drucksachen und Plenarprotokolle sind im Internet
abrufbar unter: www.landtag-bw.de/Dokumente

Der Landtag druckt auf Recyclingpapier, ausgezeichnet
mit dem Umweltzeichen „Der Blaue Engel“.

→ Handlungsfeld 1

Krisenfestes Gesundheitswesen



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1. Auftrag, Zusammensetzung und Ablauf.....	9
1.1. Einsetzungsauftrag.....	9
1.2. Rechtsgrundlage	15
1.3. Zusammensetzung der Kommission.....	15
1.3.1. Abgeordnete	15
1.3.2. Externe Mitglieder.....	16
1.3.3. Vorsitz	18
1.3.4. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	18
1.4. Beratungsablauf.....	19
1.4.1. Sitzungen und Sachverständigenanhörungen.....	19
1.4.2. Schriftliche Stellungnahmen	19
1.4.3. Beteiligungsverfahren.....	22
2. Handlungsfeld 1 – Krisenfestes Gesundheitswesen.....	25
2.1. Health in All Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern).....	25
2.2. Gesundheitliche Chancengleichheit	28
2.3. Eigenverantwortung der Menschen durch Gesundheitskompetenz stärken	31
2.4. Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen.....	32
2.5. Klimawandel als bedeutende Herausforderung für die Gesundheit	35
2.6. Europäische und internationale Orientierung	39
2.7. Kommunikation	40
2.8. Öffentlicher Gesundheitsdienst	42
2.9. Forschung und Daten.....	44
2.10. Notfallpläne	47
2.11. Stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung	49
2.12. Pflege	51
2.13. Gesundheitswirtschaft	55
2.14. Ärztlicher Bereitschaftsdienst und Rettungsdienste.....	57
2.15. Instrumente der Pandemiebekämpfung	59
Minderheitenvoten zu Kapitel 2. „Handlungsfeld 1 – Krisenfestes Gesundheitswesen“	60
Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktionen von SPD und FDP/DVP „Präventionsstrategie des Landes“ zu den Handlungsempfehlungen 2.2. „Gesundheitliche Chancengleichheit“	60
Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktion FDP/DVP zu den Handlungsempfehlungen 2.4. „Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen“	61

Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktionen von SPD und FDP/DVP „Verzahnung des ÖGD sowie regelmäßige Überprüfung des Pandemieplans“ zu den Handlungsempfehlungen 2.8. „Öffentlicher Gesundheitsdienst“	62
Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktion der SPD zu den Handlungsempfehlungen 2.8. „Öffentlicher Gesundheitsdienst“	63
Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktionen von SPD und FDP/DVP „Pandemieplänen und Schutzmaßnahmen vor Ort“ zu den Handlungsempfehlungen 2.10 „Notfallpläne“	63
Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktion der SPD zu den Handlungsempfehlungen 2.11. „Stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung“ ..	64
Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktion der SPD zu den Handlungsempfehlungen 2.11. „Stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung“ ..	65
Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Krankenhausplan und Strategien im Gesundheitswesen“ zu den Handlungsempfehlungen 2.11. „Stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung“ ..	66
Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktion der SPD zu den Handlungsempfehlungen 2.12. „Pflege“	67
Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktionen von SPD und FDP/DVP zu „Schulgeldfreiheit in Gesundheitsberufen“ zu den Handlungsempfehlungen 2.12. „Pflege“	67
Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Fach- und Arbeitskräftebedarf im Gesundheitswesen“ zu den Handlungsempfehlungen 2.12. „Pflege“	68
Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der SPD zu den Handlungsempfehlungen 2.14. „Ärztlicher Bereitschaftsdienst und Rettungsdienste“.	68
Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Flexibilisierung der Rettungsdienste“ zu den Handlungsempfehlungen 2.14. „Ärztlicher Bereitschaftsdienst und Rettungsdienste“	69
Anhang 1 Literaturverzeichnis	70
Anhang 2 Abkürzungsverzeichnis	74

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

die Coronapandemie, der Krieg in Europa und die Energiekrise zeigen exemplarisch, vor welchen multiplen Herausforderungen wir in Deutschland und somit auch in Baden-Württemberg stehen. Derartige Krisen verursachen oftmals ein gesellschaftliches Gefühl von Ohnmacht und Unsicherheit und sie erschüttern dadurch auch unsere Demokratie. Und während die Polykrisen unseren gesellschaftlichen Zusammenhalt in historischem Ausmaß strapazieren, erfordern sie ihn mehr denn je. Um die Krisen der Gegenwart und Zukunft zu bewältigen, bedarf es vielfältiger Vorkehrungen und des Willens, sich übergreifend und als gesamte Gesellschaft den Herausforderungen unserer Zeit zu stellen.

Deshalb hat der baden-württembergische Landtag unter dem Eindruck der Pandemie in seiner 31. Plenarsitzung am 9. März 2022 auf Antrag der Fraktionen GRÜNE und CDU beschlossen, eine Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ einzusetzen. Die Enquetekommission hat sich am 7. April 2022 konstituiert. Dem Gremium unter dem Vorsitz von Herrn Alexander Salomon (GRÜNE) gehören 14 Landtagsabgeordnete und acht externe Sachverständige aus Wissenschaft, Verwaltung und Zivilgesellschaft an.

Übergeordnetes Ziel der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ ist es, das baden-württembergische Gemeinwesen in den Feldern Gesundheit, öffentliche Verwaltung, Gesellschaft und Wirtschaft noch stärker für den Umgang mit künftigen Krisen zu wappnen und die Resilienz unserer Gesellschaft zu stärken. Dabei gilt es, adäquate Maßnahmen auszutarieren.

Die Enquetekommission hat in ihren 25 Sitzungen eine Vielzahl an Fachleuten und Interessengruppen einbezogen, um ein umfassendes Verständnis für die verschiedenen Dimensionen zu entwickeln, die bei einer krisenfesteren Ausrichtung unserer Gesellschaft mitgedacht werden müssen.

136 Expertinnen und Experten aus Verwaltung, Universitäten, Kliniken, Forschungseinrichtungen, Unternehmen, Kommunen, Behörden, Gewerkschaften und Verbänden haben fundiert Stellung bezogen.

Für die Landesregierung gaben u. a. Ministerpräsident Winfried Kretschmann, Innenminister Thomas Strobl, Sozialminister Manfred Lucha und Wirtschaftsministerin Dr. Hoffmeister-Kraut Auskunft.

In acht Großen Anfragen an die Landesregierung haben das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, das Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen sowie das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus mit ihren Antworten Bestandsaufnahmen und Analysen zu den vier Handlungsfeldern vorgelegt.

Zudem gingen 75 Stellungnahmen von Organisationen, Verbänden und Institutionen ein.

Auf dieser Grundlage hat die Enquetekommission umfangreiches Wissen und Erkenntnisse zusammengetragen. Der vorliegende Abschlussbericht adressiert konkrete Handlungsempfehlungen für eine erfolgreiche Bewältigung zukünftiger Krisen. Die Kommission hat dabei sichergestellt, dass die Vorschläge nicht nur theoretisch fundiert, sondern auch praktisch und vor allem auf Landesebene umsetzbar sind – nicht zuletzt unter strenger Berücksichtigung der finanziellen und institutionellen Rahmenbedingungen. Die Enquetekommission hat damit wichtige

Arbeit geleistet, um den Weg für eine widerstands- und zukunftsfähigere Gesellschaft zu ebnen. Ein wichtiges Element der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ war die Verzahnung mit dem parallel zur Tätigkeit der Enquetekommission stattfindenden Bürgerforum „Krisenfeste Gesellschaft“. Stellvertretend für die Bevölkerung Baden-Württembergs brachten ab dem 8. Oktober 2022 48 zufällig und möglichst repräsentativ ausgewählte Einwohnerinnen und Einwohner Baden-Württembergs ihre Erfahrungen und ihre Expertise in insgesamt sieben Sitzungen ein. Am 26. Mai 2023 überreichte das Bürgerforum insgesamt 35 Empfehlungen und vier Leitsätze an die Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“, die der weiteren Arbeit der Enquetekommission zugrunde gelegt wurden und den Mitgliedern des Gremiums wertvolle Hinweise gaben. Im Rahmen der Kinder- und Jugendbeteiligung wurden verschiedene Formate angeboten, in denen junge Menschen zwischen sieben und 26 Jahren ihre Erfahrungen und Sichtweisen eingebracht haben. Zusammen mit dem Bürgerforum übergab auch die Kinder- und Jugendbeteiligung ihren Abschlussbericht am 26. Mai 2023 an die Enquetekommission.

Die Enquetekommission blickt auf eine intensive Arbeit in den vergangenen zwei Jahren mit Beratungen, Anhörungen und Abstimmungen zurück. Zu sehen und zu spüren, wie viel Einsatzbereitschaft und Unterstützung von unseren Menschen im Land ausgeht und wie erhellend die Arbeit mit dem Bürgerforum sowie der Kinder- und Jugendbeteiligung war, die unsere Arbeit nicht nur begleitet, sondern auch in vielen Punkten bestärkt haben, war für den Landtag eine große Bereicherung.

Für die engagierte und sachliche Diskussion und die große Bereitschaft, gemeinsam Lösungen zu finden, danken wir der gesamten Enquetekommission. Die externen Mitglieder haben neben ihrer beruflichen Tätigkeit viel Zeit investiert und mit ihrer Fachkompetenz und Praxisnähe einen wertvollen Beitrag zur Erstellung des Abschlussberichts geleistet. Besonderer Dank gilt auch den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Bürgerforums sowie der Kinder- und Jugendbeteiligung, die durch ihre Expertise und ihre Erfahrungen wertvolle Informationen darüber beisteuerten, welche Themen die Baden-Württemberger Bürgerinnen und Bürger bewegen.

Die öffentlichen Anhörungen haben verdeutlicht, wie wichtig die von der Enquetekommission angesprochenen Fragen für die Krisenfestigkeit sind. Für das große Interesse und die breite Beteiligung der Fachöffentlichkeit möchten wir uns ganz herzlich bedanken. Die vielen eingegangenen Schreiben und Stellungnahmen sind in den Diskussionsprozess eingeflossen und haben die Arbeit der Enquetekommission bereichert.

Der Landtag, die Landesregierung und alle am Aufbau einer resilienten Struktur Beteiligten sind nun gefordert, die Empfehlungen bei ihren Entscheidungen zu berücksichtigen und umzusetzen.

Nach über zwei Jahren erfolgreicher Beratung legen wir Ihnen nun einen umfassenden Ein- und Überblick zum Thema Krisenfestigkeit über die vier Felder Gesundheit, öffentliche Verwaltung, Gesellschaft und Wirtschaft vor. Zusammen mit Ihnen können wir auf Grundlage der gefundenen Handlungsempfehlungen die Resilienz und unser Gemeinwohl in Baden-Württemberg weiter stärken und noch krisenfester machen.



Muhterem Aras MdL
Landtagspräsidentin



Alexander Salomon MdL
Vorsitzender der Enquetekommission
„Krisenfeste Gesellschaft“



Mitglieder der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“
mit zuständigen Parlamentarischen Beraterinnen und Beratern
und Mitarbeitern der Landtagsverwaltung

1. Auftrag, Zusammensetzung und Ablauf

1.1. Einsetzungsauftrag

Der 17. Landtag von Baden-Württemberg hat in seiner 31. Sitzung am 9. März 2022 auf der Grundlage des gemeinsamen Antrags der Fraktion GRÜNE und der Fraktion der CDU vom 7. Februar 2022 (Drucksache 17/1816) gemäß § 34 Abs. 1 der Geschäftsordnung des Landtags von Baden-Württemberg mit den Stimmen der Fraktionen GRÜNE, CDU und SPD beschlossen, die Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ einzusetzen.

Der Einsetzungsbeschluss hat folgenden Wortlaut:

„Der Landtag wolle beschließen:

Nach § 34 der Geschäftsordnung des Landtags von Baden-Württemberg wird eine Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ eingesetzt.

Die Coronapandemie hat unser Land vor bisher für uns unbekannte Herausforderungen gestellt. Unsere Gesellschaft hat in dieser Krise ihre Stärke gezeigt, gleichzeitig haben wir die Verantwortung, aus den gemachten Erfahrungen Lehren für kommende Krisen zu ziehen.

Die Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ soll Handlungsempfehlungen erarbeiten, die das Ziel haben, das baden-württembergische Gemeinwesen für die Zukunft resilenter und krisenfester aufzustellen. Dabei soll sie sich insbesondere auf die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen konzentrieren, die ihre Wirkung im Zeitraum nach Abschluss ihrer Tätigkeit entfalten können, auf Landesebene umsetzbar sind und den Fokus auf die Umstände von Krisen setzen.

I. Begründung und Zielsetzung

Das neuartige Virus SARS-CoV-2 gehört zur Großfamilie der Coronaviren (CoV). Es ist Auslöser der Infektionskrankheit „COVID-19“. Im März 2020 erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgrund der rapiden Zunahme der Fallzahlen in verschiedenen Staaten den Ausbruch offiziell zur Pandemie. Inzwischen gibt insbesondere die Entwicklung mehrerer wirksamer Impfstoffe Hoffnung, dass Baden-Württemberg sich auf einem guten Weg befindet. Die Pandemie ist jedoch noch nicht vorbei, erst recht nicht in einer globalen Betrachtung. Dennoch ist jetzt der richtige Zeitpunkt, den Blick nach vorne zu richten und aus den mit der Coronapandemie gemachten Erfahrungen Lehren für kommende Krisen zu ziehen.

Auch zukünftig wird unsere Gesellschaft Krisen bewältigen müssen. Im Jahr 2021 veröffentlichte die Münchner Sicherheitskonferenz einen Risikoindex mit einem „Wärmebild globaler Risiken“. Aus ihm gehen mögliche künftige Bedrohungen hervor. Weit oben im Index rangieren dabei immer verheerendere Folgen der Klima- und Artenkrise, aber auch die Gefahr von flächendeckenden Ausfällen technischer Infrastruktur durch Naturkatastrophen, Unglücksfälle oder bewusste Angriffe aus dem In- oder Ausland. In den nächsten Jahren und Jahrzehnten stehen wir vor Krisen, die sich bereits heute abzeichnen, und vor Krisen, über die wir noch nichts wissen und die uns vielleicht an ganz anderen Stellen fordern werden, als es die Coronapandemie getan hat. Genau deswegen ist es notwendig, nicht nur unsere Behörden auf allen Ebenen, sondern vor allem unser Gemeinwesen insgesamt noch stärker für den Umgang damit zu wappnen.

Ziel der Enquetekommission ist es dazu beizutragen, dass Baden-Württemberg gut dafür aufgestellt ist, diese Krisen erfolgreich zu bewältigen.

Deswegen liegt der Schwerpunkt der Enquetekommission weder auf einer rückwärtsgewandten Bewertung spezifischer Maßnahmen in Zusammenhang mit der Coronapandemie noch darauf, (weitere) Sofortmaßnahmen als Reaktion auf die Pandemiefolgen zu entwickeln. Zielgerichtete Sofortmaßnahmen zur Abmilderung der Coronapandemiefolgen sind unmittelbar zu treffen und können allein schon aus Gründen des Zeitablaufs nicht in der Enquetekommission behandelt werden. Vielmehr soll der Fokus darauf liegen, was wir in den Monaten der Coronapandemie als Gesellschaft gelernt haben: Über Provisorien, über scheinbare und tatsächliche Stabilität unserer Institutionen, aber auch über erfolgreiche institutionelle Arrangements zur Krisenbewältigung und über die Solidarität, die in der Krise da war, als sie gebraucht wurde.

Es geht darum herauszuarbeiten, ob Maßnahmen, die in der Krise ergriffen wurden, auf Dauer gestellt werden sollen und darum, welche Maßnahmen für eine krisenfeste Gesellschaft auf Landesebene notwendig sind. Viele Rahmenbedingungen zum Umgang mit der Coronapandemie wurden im Bund festgelegt, andere auf europäischer Ebene oder in internationalen Gremien wie der Weltgesundheitsorganisation. Ähnliches ist auch für künftige Krisen zu erwarten. Der Fokus der Enquetekommission soll jedoch auf dem liegen, was der landespolitischen Gestaltung zugänglich ist: Welche organisatorischen und institutionellen Veränderungen sind notwendig, damit Baden-Württemberg gut aufgestellt ist, um die vor uns liegenden Krisen zu bewältigen?

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

Jede Krise ist anders. Die Weltfinanzkrise hatte wie die Coronapandemie globale Auswirkungen und doch sind die Unterschiede groß. Und auch die nächste Pandemie wird sich von der jetzigen unterscheiden, genauso wie andere kommende ökonomische, ökologische oder gesellschaftliche Krisen. Dennoch lassen sich aus der Coronapandemie Lehren für ein widerstandsfähigeres Gemeinwesen ziehen, das auch die vor uns liegenden Herausforderungen besser meistern kann. So sind beispielsweise die Folgen des Klimawandels in den vergangenen Jahren spürbar geworden: In den Sommermonaten wird es wärmer und trockener, Hitzeperioden nehmen zu und auch Starkregenereignisse treten häufiger und heftiger auf. Das nimmt in vielfältiger Weise Einfluss auf unser Leben, Wohnen und Arbeiten, auf unsere Mobilität, Gesundheit sowie Natur und Umwelt. Das Land richtet seine Politik daran aus, das 1,5 Grad-Ziel zu erreichen. Darauf hinaus kann die rechtzeitige Klimafolgenanpassung auf lokaler Ebene Schäden mindern oder sogar vermeiden.

II. Leitfrage

Die Enquetekommission soll Handlungsempfehlungen entwickeln, die geeignet sind, unser Gemeinwesen krisenfester aufzustellen.

III. Themenfelder

Bei der Frage danach, wie unser Gemeinwesen krisenfester aufgestellt werden kann, gilt, und das hat die Pandemie eindrücklich aufgezeigt, dass Politik allein nicht alle Krisen bewältigen kann. Es braucht ein kluges Interagieren von Politik, Gesellschaft und Wirtschaft. Diese Erkenntnis soll handlungsleitend für die Enquetekommission sein, wenn es darum geht, für Krisenfestigkeit und Resilienz Lehren aus dem Umgang mit der Coronapandemie zu ziehen. Es bietet sich daher an, unterschiedliche Handlungsfelder zu betrachten.

1. Vordergründig ist die Coronakrise als globale Pandemie eine Gesundheitskrise. Einige der Handlungsfelder soll sich daher konkret mit den Lehren für künftige Pandemien und Gesundheitskrisen beschäftigen, also beispielsweise Strukturen der Vorsorge, eine hochwertige gesundheitliche Versorgung, die Betreuung und Versorgung besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen und die Sicherstellung medizinischer Expertise in den Blick nehmen. Die Enquetekommission soll Handlungsempfehlungen entwickeln, die geeignet sind,
 - a. unsere Gesundheitsversorgung und -infrastruktur im Land resilenter, d. h. vor allem belastbar, flexibel, reaktionsschnell und unabhängig aufzustellen;
 - b. die Krisenvorsorge und -reaktion insbesondere bei Pandemien und bisher unbekannten Krankheiten zu verbessern;
 - c. Instrumentarien der Pandemiebekämpfung zu identifizieren oder weiterzuentwickeln, die im Rahmen einer Krisenvorsorge im Vorfeld konzipiert, getestet und für mögliche künftige Pandemien vorgehalten werden sollten;
 - d. die Stärke und Reaktionsfähigkeit des Forschungsstandorts Baden-Württemberg in Medizin und Gesundheit zu erhalten und zu verbessern;
 - e. die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg zu stärken und zu vernetzen;
 - f. dabei Verknüpfungen zwischen unterschiedlichen Krisenarten zu berücksichtigen;
 - g. bevölkerungsbezogen die Gesundheitskompetenz zu verbessern und den Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention weiter zu erhöhen, sodass auch bisher nicht erreichte Bevölkerungsgruppen über Gesundheitsförderung und Prävention informiert werden können.
2. Das zweite Handlungsfeld behandelt staatliche Krisenvorsorge, -früherkennung und -bekämpfung. Herkömmlicherweise ist das die Koordination und Führung der zu ergreifenden Maßnahmen durch dafür ausgebildete staatliche Stäbe. Es geht dabei weniger um eine Engführung auf verwaltungsinterne Abläufe innerhalb von Organisationseinheiten als vielmehr um eine Weiterentwicklung der ressort-, ebenen- und auch grenzübergreifenden Zusammenarbeit sowie des Zusammenspiels von Politik, Zivilgesellschaft und Wirtschaft. Die Enquetekommission soll Handlungsempfehlungen entwickeln, die dazu geeignet sind,

- a. eine effiziente, effektive und flexible Krisenvorsorge, -früherkennung und -bekämpfung unter Wahrung der Gewaltenteilung und sämtlicher rechtstaatlicher Standards inklusive einer durchgängig leistungsfähigen Justiz zu organisieren;
 - b. die Zusammenarbeit von Politik, Zivilgesellschaft, spezialisierten Organisationen und Wirtschaft bei der Krisenvorsorge, -früherkennung und -bewältigung zu optimieren;
 - c. die in Krisensituationen verantwortlichen Akteure dabei zu unterstützen, ihre Führungsfähigkeiten auszubauen und in den Prozess der Krisenbewältigung zu implementieren;
 - d. die Netzwerke und die Fähigkeiten des Ehrenamtes und der Katastrophenschutzorganisationen effektiv bei der Krisenvorsorge, -früherkennung und -bewältigung einzubeziehen, ohne sie zu überfordern;
 - e. die Kompetenzen der verschiedenen Ebenen und Ressorts zu definieren sowie die ebenen-, ressort- und auch grenzübergreifende Zusammenarbeit weiterzu entwickeln;
 - f. eine angemessene Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger sicherzustellen;
 - g. die Einbindung wissenschaftlicher Expertise und Beratung, insbesondere bei politischen Entscheidungsprozessen in Krisenzeiten systematischer zu gestalten;
 - h. die Zivilgesellschaft so zu stärken, dass sie in komplexen Situationen und Zuständen der Ungewissheit handlungsfähig bleibt;
 - i. Einrichtungen der Daseinsvorsorge zu identifizieren, die über einen besonderen Schutz- und Fürsorgeauftrag verfügen und deren Betrieb auch und besonders in Krisenzeiten prioritätär sichergestellt werden muss (z. B. Kindergärten, Schulen, Kinder- und Jugendhilfe, Frauen- und Kinderschutzhäuser u. ä.);
 - j. krisenbezogene Daten so zu erfassen, zu speichern und auszutauschen, dass Effektivität und Geschwindigkeit gewährleistet sind und den Datenschutz so weiterzuentwickeln, dass er dem nicht entgegensteht und zugleich das individuelle Persönlichkeitsrecht wahrt.
3. Ein drittes Handlungsfeld betrifft die Berücksichtigung gesellschaftlicher Strukturen und Betroffenheiten bei der Krisenvorsorge und Krisenbewältigung. In der Coronakrise hat sich gezeigt, dass einige Menschen überdurchschnittlich unter der Pandemie und ihren Folgen zu leiden hatten bzw. haben. So mussten und müssen Kinder, Jugendliche, junge Menschen und Familien besondere Herausforderungen meistern; gleiches gilt nach wie vor für die Personengruppen, für die eine Infektion eine besondere Gefährdung darstellt. Die Pandemie hat damit den gesellschaftlichen Zusammenhalt auf die Probe gestellt und deutlich gemacht, was zuvor bereits erkennbar war: Der Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen und zu Informationen ist innerhalb der Bevölkerung ungleich verteilt. Dies betraf in der Pandemie etwa chronisch Kranke und pflegebedürftige Menschen, Alleinerziehende, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit einem geringen Einkommen. Neben der Kompetenz mit Veränderungen umzugehen, ist der niedrigschwellige Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen und Informationen, jedoch Voraussetzung für Eigen-

verantwortung und für die Fähigkeit, Resilienz in einer Krise aufzubauen. Ausgehend von diesen Überlegungen soll die Enquetekommission Handlungsempfehlungen entwickeln, die geeignet sind,

- a. *die Einbeziehung aller Bevölkerungsteile in die Krisenvorsorge und die Krisenbewältigung zu verbessern;*
 - b. *Krisenkommunikation so zu gestalten, dass alle Bevölkerungsteile erreicht werden;*
 - c. *die Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhaltes sowie eines solidarischen Gemeinwesens weiter voranzutreiben;*
 - d. *die Resilienz, das Urteilsvermögen und die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger zu stärken;*
 - e. *dabei insbesondere die psychosoziale Stärkung von Kindern und Jugendlichen sowie die Teilhabechancen junger Menschen und marginalisierter Bevölkerungsteile in den Fokus zu nehmen;*
 - f. *der zunehmenden Polarisierung, mitverursacht beispielsweise durch Verschwörungsmythen, Fake News und Radikalisierungstendenzen, entgegenzuwirken und vorzubeugen.*
4. *In einem vierten Handlungsfeld sollen insbesondere ökonomische Aspekte betrachtet werden. Die globale Dimension der Pandemie verdeutlichte, wie vernetzt moderne Gesellschaften sind, und wie grundlegend Kontinente überspannende Kausalketten als Merkmal einer globalisierten Welt gesundheitliche, ökonomische – aber auch ökologische – Risiken nach sich ziehen. Unsere Wirtschaft ist international erfolgreich, doch genau das macht sie anfällig, da sie Krisen überall auf der Welt ausgesetzt ist. Gleichzeitig zeigte die Pandemie die Bedeutung von Innovationsfähigkeit als Krisenreaktionsinstrument auf. Es stellt sich die Frage, wie es gemeinsam mit der Wirtschaft gelingen kann, unser Land resilenter aufzustellen und die Innovationsfähigkeit als Schlüssel zur Bewältigung künftiger Krisen weiter zu stärken. Dazu gehört in der Konsequenz auch, dass Menschen in systemrelevanten Tätigkeitsfeldern angemessen wertgeschätzt und bezahlt werden. Hierzu soll die Enquetekommission Handlungsempfehlungen entwickeln, die auf Landesebene dazu geeignet sind,*
- a. *die Potenziale des Marktes in der Trias Staat – Markt – Bürgergesellschaft zu aktivieren, um zur Krisenfestigkeit des Landes beizutragen, insbesondere auch mit Blick auf die Herausforderungen der ökologischen Krise;*
 - b. *die Innovationsfähigkeit unserer Unternehmen weiter zu stärken, damit sie in ihrer Resilienz gestärkt werden und zugleich einen entscheidenden Beitrag zur Bewältigung künftiger Krisen leisten können;*
 - c. *Risiken für zentrale Infrastrukturen (Verkehrswege und -träger; Telefon, Internet, Strom, Gas, Wasser/Abwasser) zu minimieren bzw. deren Schutz und Belastbarkeit zu erhöhen;*
 - d. *eine Maßnahmenfolgeabschätzung zu entwickeln;*

- e. die baden-württembergische Wirtschaft krisenfester aufzustellen, insbesondere Vorschläge zu machen, wie rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen geschaffen und für den Krisenfall Produktionswege und Produktionsprozesse definiert werden können, die in der gebotenen Schnelligkeit und ausreichenden Anzahl die Versorgung der Bevölkerung mit (lebens-)notwendigen Waren und medizinischem Material am Standort Baden-Württemberg sicherstellen;
- f. bezüglich des mobilen Arbeitens Lehren aus der Krise zu ziehen;
- g. darauf hinzuwirken, systemrelevante Tätigkeiten im Hinblick auf verschiedene Krisen zu identifizieren, gesellschaftlich anzuerkennen und angemessen zu bezahlen, ohne dabei die Tarifautonomie in Frage zu stellen;
- h. Abschottungstendenzen und -folgen auf internationaler, europäischer und nationaler Ebene entgegenzutreten.

IV. Kommissionsarbeit und Mitglieder

Die Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ besteht aus 14 Mitgliedern der im Landtag vertretenen Fraktionen, die nach dem Stärkeverhältnis der Fraktionen von diesen benannt werden (5 GRÜNE, 4 CDU, 2 SPD, 2 FDP/DVP, 1 AfD). Dazu kommen bis zu 14 stellvertretende Mitglieder.

Neben den 14 Abgeordneten gehören der Enquetekommission acht Sachverständige als dauerhafte, stimmberechtigte Mitglieder an. Jede Fraktion hat das Recht, nach einem im Verhältnis zu den Stärkeverhältnissen der Fraktionen festgelegten Schlüssel (3 GRÜNE, 2 CDU, 1 SPD, 1 FDP/DVP, 1 AfD) jeweils sachverständige Personen und Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter zu benennen.

Die Enquetekommission soll auf eine Laufzeit von rund 24 Monaten angelegt sein, um zeitnah auf die Erfahrungen aus der Coronapandemie zurückgreifen zu können und dennoch ausreichend Zeit für eine umfangreiche interdisziplinäre Bearbeitung der oben genannten Fragen zur Verfügung zu haben.

Als neues Element der Kommissionsarbeit soll die Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ eng mit einem Beteiligungsprozess von Bürgerinnen und Bürgern verzahnt werden. Dazu wird die Landtagspräsidentin beauftragt, parallel zu den ersten Sitzungen der Kommission ein Bürgerforum zu organisieren. Das Bürgerforum soll aus zufällig ausgewählten Bürgerinnen und Bürgern bestehen, die zu ausgewählten Fragen der Kommissionsarbeit ein Bürgergutachten erarbeiten. Dieses wird in die Arbeit der Kommission eingebracht. Bei Bedarf soll das Bürgerforum etwa zur Hälfte der Laufzeit der Kommission erneut zusammenkommen.

Zudem soll eine altersgerechte Befragung von Kindern und Jugendlichen stattfinden und in die Kommissionsarbeit einfließen.

Die Kommission kann für ihre Arbeit auf umfangreiche Materialien zurückgreifen, insbesondere auf die Ergebnisse der von Staatsrätin a. D. Gisela Erler organisierten Bürgerforen zu Corona.

V. Bericht an den Landtag

Die Kommission erstattet dem Landtag über die Ergebnisse der Kommissionsarbeit – insbesondere die sich aus der Kommission ergebenden konkreten Handlungsempfehlungen für das Land Baden-Württemberg – bis zum 30. April 2024 einen abschließenden Bericht im Plenum.“

1.2. Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage für Einsetzung, Zusammensetzung und Verfahren der Enquetekommission ist § 34 der Geschäftsordnung des Landtags von Baden-Württemberg in der Fassung vom 16. Oktober 2019 (GBl. S. 429), zuletzt geändert durch Beschluss vom 16. Dezember 2020 (GBl. 2021 S. 46, ber. S. 76), (im Folgenden: Geschäftsordnung).

Nach § 34 Abs. 1 der Geschäftsordnung kann der Landtag zur Vorbereitung von Entscheidungen über umfangreiche und bedeutsame Sachverhalte eine Enquetekommission einrichten. Er ist dazu verpflichtet, wenn dies von einem Viertel der Mitglieder des Landtags oder von zwei Fraktionen beantragt wird.

Die Enquetekommission ist gemäß § 34 Abs. 5 der Geschäftsordnung verpflichtet, dem Landtag einen abschließenden schriftlichen Bericht zu erstatten.

1.3. Zusammensetzung der Kommission**1.3.1. Abgeordnete**

Aufgrund der Vorschläge der Fraktionen hat der Landtag in seiner 31. Sitzung am 9. März 2022 folgende Mitglieder und stellvertretende Mitglieder gewählt:

Mitglieder:

GRÜNE: Frau Dr. Susanne Aschhoff
 Herr Oliver Hildenbrand
 Herr Erwin Köhler
 Frau Petra Krebs
 Herr Alexander Salomon

CDU: Herr Dr. Matthias Miller
 Frau Dr. Natalie Pfau-Weller
 Herr Dr. Michael Preusch
 Frau Christiane Staab

SPD: Frau Dr. Dorothea Kliche-Behnke
 Herr Florian Wahl

FDP/DVP: Herr Daniel Karrais
 Herr Nikolai Reith

AfD: Frau Carola Wolle

Stellvertretende Mitglieder:

GRÜNE: Frau Ayla Cataltepe
 Herr Ralf Nentwich
 Herr Thomas Poreski
 Frau Nadyne Saint-Cast
 Herr Alexander Schoch

CDU: Herr Raimund Haser
 Frau Katrin Schindele
 Herr Dr. Albrecht Schütte
 Herr Tobias Wald

SPD: Herr Dr. Stefan Fulst-Blei
 Herr Dr. Boris Weirauch

FDP/DVP: Herr Jochen Haußmann
 Herr Nico Weinmann

AfD: Herr Emil Sänze

Durch Beschluss in der 45. Sitzung des Landtags am 28. September 2022 ist an die Stelle des aus der Enquetekommission ausgeschiedenen Abgeordneten Oliver Hildenbrand die Abgeordnete Ayla Cataltepe, bisher stellvertretendes Mitglied, getreten. An ihrer Stelle wurde die Abgeordnete Andrea Schwarz als stellvertretendes Mitglied benannt.

Mit Ablauf des 30. Novembers 2023 ist der Abgeordnete Tobias Wald durch Niederlegung seines Mandats aus der Enquetekommission ausgeschieden. An seiner Stelle ist die Abgeordnete Cornelia von Loga als stellvertretendes Mitglied eingetreten.

1.3.2. Externe Mitglieder

Aufgrund der Vorschläge der Fraktionen hat der Landtag in seiner 31. Sitzung am 9. März 2022 folgende externe Mitglieder und stellvertretende externe Mitglieder gewählt:

Mitglieder:

Prof. Dr. Marius R. Busemeyer
Leiter der Arbeitsgruppe für Vergleichende Politische Ökonomie, Universität Konstanz
Professor für Politikwissenschaft mit dem Schwerpunkt Vergleichende Politische Ökonomie und Sprecher des Exzellenzclusters "The Politics of Inequality" an der Universität Konstanz.
Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen vergleichende politische Ökonomie und Wohlfahrtsstaatenforschung, Bildungs- und Sozialpolitik, politische Ursachen und Folgen von Ungleichheit sowie öffentliche Meinung und individuelle Einstellungen zum Sozialstaat.

Prof. Dr. Astrid Elsbernd
Hochschule Esslingen
Pflegewissenschaftlerin und Hochschullehrende an der Hochschule Esslingen, forschte insbesondere in der Coronapandemie zu den Auswirkungen in der Langzeitpflege und den Umgang

mit der pandemischen Krise, wirkt engagiert in verschiedenen Kontexten in Politik und Gesellschaft an den Weiterentwicklungen rund um die Themen Alter und Pflege mit.

Dr. Marco Krüger

Universität Tübingen, Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften
Er arbeitet als Akademischer Rat am Internationalen Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW) an der Universität Tübingen. Dort leitet er die Forschungsgruppe Sicherheitsethik und verantwortete die Durchführung einer Anzahl von Forschungsprojekten zu unterschiedlichen Themen des Katastrophenschutzes. Marco Krüger forscht im Bereich der Sicherheitsstudien zu Fragen der Resilienz und Sicherheitsethik.

Dr. Christoph Müller

Geschäftsführer Netze BW GmbH
Brachte die Expertise der Netze BW GmbH, des Verteilnetzbetreiber in den Sparten Strom, Gas und Wasser, in die Arbeit ein.

Joachim Walter

Präsident des Landkreistags Baden-Württemberg und Landrat des Landkreises Tübingen
Er hat die Stimme der Landkreise, Städte und Gemeinden in der Enquete-Kommission vertreten.

Dr. Daniela Harsch

Bürgermeisterin für Soziales, Ordnung und Kultur Tübingen
Sie konnte kommunale Expertise in die Enquetekommission einbringen und Empfehlungen formulieren, die in die Praxis umgesetzt werden können

Thomas Albiez

Hauptgeschäftsführer IHK Schwarzwald-Baar-Heuberg
Er ist als langjähriger IHK-Hauptgeschäftsführer sehr gut im Mittelstand und Handwerk vernetzt und kennt die Schwierigkeiten von Bürokratie bis Kurzarbeit. Mit seinem umfassenden Wissen und seiner Erfahrung steht er den Unternehmen beratend zur Seite und unterstützt sie dabei, Herausforderungen wie Fachkräftemangel und internationale Wettbewerbsfähigkeit zu meistern.

*Stellvertretende Mitglieder:***Prof. Dr. Havva Engin**

Leiterin des Heidelberger Zentrums für Migrationsforschung und Transkulturelle Pädagogik, PH Heidelberg
Ihre Forschungsschwerpunkte liegen u. a. in den Bereichen Umgang von Bildungsinstitutionen mit migrationsbedingter Heterogenität und Sprachkompetenz von mehrsprachigen Kindern. Sie ist Mitglied im Sachverständigenrat für Integration und Migration und im wissenschaftlichen Beirat des Kultusministeriums Baden-Württemberg.

Dr. Stefan Kroll

Leiter Wissenschaftskommunikation der Hessischen Stiftung Friedens- und Konfliktforschung
Als Mitherausgeber des Handbuchs Krisenforschung (Springer 2020) liegen seine Expertisen u. a. im Bereich der Wahrnehmung und Regulierung globaler Krisen.

Dr. Josephine Tröger

Senior Scientist am Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung ISI Karlsruhe
Sie forscht als Senior Scientist am Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung ISI Karlsruhe in den Bereichen (Umwelt)Psychologie und interdisziplinäre Nachhaltigkeitsforschung. Sie bringt ihre Expertise in der wissenschaftlichen Politikberatung ein.

Harald Hauser

Generalbevollmächtigter der Netze BW für Stuttgart, Netze BW GmbH
Er brachte die Expertise der Netze BW GmbH, des Verteilnetzbetreiber in den Sparten Strom, Gas und Wasser, in die Arbeit ein.

Prof. Dr. Alexis von Komorowski

Hauptgeschäftsführer des Landkreistags Baden-Württemberg
Er hat die Stimme der Landkreise, Städte und Gemeinden in der Enquete-Kommission vertreten.

Prof. Dr. Annette Noller

Vorstandsvorsitzende des Diakonischen Werks Württemberg
Sie ist eine geeignete Stimme sozialer Einrichtungen, v.a. vor dem Hintergrund der Aufarbeitung der Coronapandemie.

Oliver Rack

Open Government Netzwerk Deutschland, Board Member Open Gov & General Affairs
Er ist Experte für Digitalisierung in Gesellschaft und Verwaltung und damit prädestiniert für eine Analyse darüber, wie eine digitale und moderne Gesellschaft zur Krisenfestigkeit beiträgt.

1.3.3. Vorsitz

In ihrer ersten Sitzung am 7. April 2022 hat die Enquetekommission Herrn Abgeordneten Alexander Salomon (GRÜNE) zum Vorsitzenden und Frau Abgeordnete Dr. Natalie Pfau-Weller (CDU) zur stellvertretenden Vorsitzenden gewählt.

1.3.4. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

1.3.4.1. Landtagsverwaltung

Der Enquetekommission wurden wissenschaftliche Mitarbeiterinnen zugeordnet, u. a. Frau Richterin Victoria Otto (bis 15. Februar 2024) und Lisa Back (ab 1. März 2024). Außerdem haben in der Geschäftsstelle Frau Oberregierungsrätin Georgia Petsani und Frau Sandy Dobosch mitgearbeitet. Die stenografische Betreuung der Enquetekommission wurde federführend von Herrn Thorsten Kempermann mit Unterstützung von Frau Gabriele Egler wahrgenommen.

1.3.4.2. Fraktionen

Für die Fraktionen waren folgende parlamentarische Beraterinnen und Berater tätig:

GRÜNE: Dr. Natalie Grobshäuser

CDU: Dr. Uttam Das

SPD: Lukas Häberle (bis 14. Februar 2023)
Désirée Grözinger (ab 15. Februar 2023)

FDP/DVP: Stephanie Herborn
Jana Lux

AfD: N. N.

1.4. Beratungsablauf

1.4.1. Sitzungen und Sachverständigenanhörungen

Die Enquetekommission trat in der Zeit vom 7. April 2022 bis 15. Mai 2024 insgesamt 25-mal zusammen. In den Sitzungen zwischen 26. Juni 2022 und 23. Februar 2024 befragten die Kommissionsmitglieder vier Regierungsmitglieder und hörten im Rahmen von 16 Sachverständigenanhörungen insgesamt 127 Sachverständige an. Am 9. Dezember 2022 wurden außerdem Vertreter von 13 Verbänden angehört. Zudem berichteten Teilnehmende des vom Staatsministerium Baden-Württemberg durchgeführten Bürgerforums Corona am 22. Juli 2022 in der Enquetekommission. In der Sitzung der Enquetekommission am 26. Mai 2023 stellten auch Teilnehmende des begleitend zur Arbeit der Enquetekommission durch den Landtag organisierten Bürgerforums „Krisenfeste Gesellschaft“ und Teilnehmende der Kinder- und Jugendbeteiligungsformate den Kommissionsmitgliedern die Ergebnisse ihrer Arbeit vor.

1.4.2. Schriftliche Stellungnahmen

Die Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ rief zudem zivilgesellschaftliche Organisationen, Institutionen und Verbände auf, ihre Einschätzung dazu, welche Maßnahmen nötig sind, um das baden-württembergische Gemeinwesen resilenter und krisenfester zu machen, in Form schriftlicher Stellungnahmen abzugeben. Es ergriffen die folgenden sieben Verbände die Möglichkeit, eigeninitiativ Stellung zu nehmen:

- Baden-Württembergischer Genossenschaftsverband e. V.
- Deutsches Jugendherbergswerk, Landesverband Baden-Württemberg e. V. & Schwäbischer Turnerbund e. V.
- Landesfamilienrat Baden-Württemberg
- Landesvereinigung Kulturelle Jugendbildung Baden-Württemberg e. V.
- Landesverband Baden-Württemberg im Deutschen Bibliotheksverband e. V.
- Verbraucherzentrale Baden-Württemberg e. V.
- Landesarbeitsgemeinschaft Mehrgenerationenhäuser Baden-Württemberg e. V.

Daneben bat die Enquetekommission in Bezug auf jedes der vier Handlungsfelder jeweils 20 Verbände um eine schriftliche Stellungnahme. Von der Möglichkeit, sich an der Arbeit der

Kommission zu beteiligen und die eigenen Erfahrungen und Empfehlungen einfließen zu lassen, machten die folgenden Verbände Gebrauch:

Erstes Handlungsfeld

- Landesärztekammer Baden-Württemberg & Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg & Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Arbeiter-Samariter-Bund Baden-Württemberg e. V. & Landesverband der Johanniter in Baden-Württemberg e. V. & Regionalgliederung des Malteser Hilfsdienst e. V. in Baden-Württemberg & DRK-Landesverband Baden-Württemberg e. V.
- Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg & Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.
- Landesapothekerkammer Baden-Württemberg & Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.
- Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V.
- Regionalverband Südwest des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e. V. & Landespflegerat Baden-Württemberg
- Landesseniorenrat Baden-Württemberg e. V.
- GKV-Spitzenverband
- B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg
- ver.di Landesbezirk Baden-Württemberg
- Ärzteverband Öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg e. V.
- Aidshilfe Baden-Württemberg e. V.
- Landesverband Baden-Württemberg des Marburger Bunds e. V.
- Hebammenverband Baden-Württemberg e. V.
- Landesgruppe Baden-Württemberg des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
- Landesverband Baden-Württemberg des Hartmannbunds e. V.
- Spitzenverband der Fachärztlichen Berufsverbände Baden-Württemberg
- Landesverband Baden-Württemberg des Deutschen Hausärzteverbands e. V.

Zweites Handlungsfeld

- Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Baden-Württemberg & Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Badisches Rotes Kreuz e. V.
- Arbeiter-Samariter-Bund Baden-Württemberg e. V.
- Landesverband der Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.
- Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg
- Landesfeuerwehrverband Baden-Württemberg e. V.
- DRK Bergwacht Württemberg & Bergwacht Schwarzwald e. V.
- Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e. V., Landesverband Württemberg & Landesverband Baden
- Landkreistag Baden-Württemberg e. V. & Städtetag Baden-Württemberg e. V. & Gemeindetag Baden-Württemberg e. V. & Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
- Forum der Kulturen Stuttgart e. V.
- AG KRITIS
- Landeskommmando Baden-Württemberg der Bundeswehr

- Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW), Landesverband Baden-Württemberg
- Deutscher Richterbund Baden-Württemberg, Verband der Richterinnen und Richter, Staatsanwältinnen und Staatsanwälte in Baden-Württemberg e. V. & Verein der Verwaltungsrichterinnen und Verwaltungsrichter Baden-Württemberg & Anwalts-Verband Baden-Württemberg im Deutschen Anwaltverein e. V.
- Deutsche Polizeigewerkschaft Landesverband Baden-Württemberg e. V. & BBW Beamtenbund Baden-Württemberg
- Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft Baden-Württemberg
- Verband für Energie- und Wasserwirtschaft Baden-Württemberg e. V.
- Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V. – Unterausschuss Frauenschutzhäuser

Drittes Handlungsfeld

- Netzwerk Senioren Schönaу
- Leibniz-Institut für Resilienzforschung
- Landesmedienzentrum Baden-Württemberg
- Flüchtlingsrat Baden-Württemberg e. V.
- Landessportverband Baden-Württemberg e. V.
- Landesverband Kindertagespflege Baden-Württemberg e. V.
- Diözese Rottenburg-Stuttgart & Erzdiözese Freiburg & Evangelische Landeskirche Württemberg & Evangelische Landeskirche Baden
- Sozialverband VdK Baden-Württemberg e. V.
- Koordinierungsstelle Südwest des Bundesverbandes der Familienzentren e. V.
- Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Baden-Württemberg e. V.
- Landeselternvertretung Baden-Württembergischer Kindertageseinrichtungen
- Landesfrauenrat Baden-Württemberg
- Netzwerk LSBTTIQ Baden-Württemberg
- Landesarmutskonferenz Baden-Württemberg & Tafel Baden-Württemberg e. V.
- Verband alleinerziehender Mütter und Väter, Landesverband Baden-Württemberg e. V.

Viertes Handlungsfeld

- Unternehmer Baden-Württemberg e. V.
- Baden-Württembergischer Handwerkstag e. V.
- Zentrum für Sonnenenergie- und Wasserstoff-Forschung Baden-Württemberg
- Wasserwirtschaftsverband Baden-Württemberg e. V.
- Verband der Agrargewerblichen Wirtschaft e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
- Sparkassenverband Baden-Württemberg
- Vereinigung Baden-Württembergische Wertpapierbörse e. V.
- Verband Deutscher Maschinen- und Anlagenbau e. V., Landesverband Baden-Württemberg
- EnBW AG & terranets bw GmbH
- Baden-Württembergischer Genossenschaftsverband e. V.
- Deutscher Gewerkschaftsbund, Bezirk Baden-Württemberg
- Baden-Württembergischer Industrie- und Handelskammtag
- DEHOGA Baden-Württemberg e. V. & Handelsverband Baden-Württemberg e. V.
- Landesbauernverband in Baden-Württemberg e. V.

Die Stellungnahmen sind auf der Homepage des Landtags von Baden-Württemberg (<https://landtag-bw.de>) und im digitalen Anlagenband zum Abschlussbericht der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ veröffentlicht.

1.4.3. Beteiligungsverfahren

Parallel zur Enquetekommission beteiligte sich die Bevölkerung Baden-Württembergs im Rahmen eines Bürgerforums sowie eines Formats der Kinder- und Jugendbeteiligung an der Aufgabe herauszuarbeiten, auf welche Weise das baden-württembergische Gemeinwesen künftig noch krisenfester aufgestellt werden kann. Die Arbeit der Enquetekommission wurde eng mit diesem Beteiligungsprozess der Bürgerinnen und Bürger verzahnt, um Meinungen und Stimmen aus der Bevölkerung aufzugreifen und in die Erörterungen einfließen zu lassen.

1.4.3.1. Bürgerforum „Krisenfeste Gesellschaft“

Das Bürgerforum „Krisenfeste Gesellschaft“, das am 8. Oktober 2022 seine Arbeit aufnahm, setzte sich aus circa 50 zufällig ausgewählten Einwohnerinnen und Einwohnern Baden-Württembergs zusammen.

Rechtsgrundlage für die Durchführung des Bürgerforums und die Auswahl der Zufallsbürgerinnen und -bürger waren § 2 Abs. 1, Abs. 5 i. V. m. § 3 Dialogische-Bürgerbeteiligungs-Gesetz BW. Auf dieser Grundlage wurden Melddaten von 3.500 Einwohnerinnen und Einwohnern aus 32 baden-württembergischen Gemeinden aus dem ganzen Land ausgewählt, wobei Kommunen aus allen Regierungsbezirken (Karlsruhe, Stuttgart, Freiburg, Tübingen) und mit unterschiedlicher Einwohnerzahl berücksichtigt wurden. An die 3.500 zufällig gewählten Einwohnerinnen und Einwohner wurden Briefe verschickt mit der Einladung, am Bürgerforum „Krisenfeste Gesellschaft“ teilzunehmen. Unter den Personen, die sich für eine Teilnahme interessierten, wurden auf freiwilliger Basis weitere soziodemografische Daten abgefragt (Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Bildungsabschluss und durchschnittliches Haushaltseinkommen). Anhand dieser Kriterien wurden die Teilnehmenden so ausgewählt, dass das Bürgerforum möglichst heterogen zusammengesetzt war und eine möglichst große gesellschaftliche Vielfalt abbildete.

Mit der Durchführung und Moderation des Bürgerforums beauftragte der Landtag von Baden-Württemberg das nexus Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung GmbH, Berlin.

Das Bürgerforum tagte zwischen Oktober 2022 und Januar 2023 insgesamt siebenmal, davon dreimal in Präsenz, und erarbeitete insgesamt 35 Empfehlungen und Forderungen und vier Leitsätze zu den vier Handlungsfeldern. Die Teilnehmenden überreichten ihren Abschlussbericht mit ihren Empfehlungen in der Sitzung der Enquetekommission am 26. Mai 2023 an die Kommissionsmitglieder.

Der Abschlussbericht des Bürgerforums ist auf der Homepage des Landtags von Baden-Württemberg (<https://landtag-bw.de>) und im digitalen Anlagenband zum Abschlussbericht der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ veröffentlicht.

1.4.3.2. Kinder- und Jugendbeteiligung

Darüber hinaus beschäftigten sich auch junge Menschen im Rahmen eines breit angelegten Formats der Kinder- und Jugendbeteiligung mit den Themen der „krisenfesten Gesellschaft“. Mit der Konzeptionierung, Organisation und Durchführung dieser Beteiligungsformate beauftragte der Landtag von Baden-Württemberg den Dachverband der Jugendgemeinderäte Baden-Württemberg e. V. Die in diesem Verband organisierten jungen Menschen bestimmten selbst über die Ausgestaltung des Kinder- und Jugendbeteiligungsverfahrens.

Die Kinderbeteiligung fand in Form von zwei Kinderwerkstätten mit 27 Zweitklässlern der Gemeinschaftsschule in Neubulach und mit 20 Viertklässlern der Klösterleschule Schwäbisch Gmünd statt. Angeleitet durch Moderatorinnen und Moderatoren des Dachverbands der Jugendgemeinderäte e. V. erarbeiteten die Kinder in diesem Rahmen spielerisch, was eine Krise für sie bedeutet, was sie in krisenhaften Lagen brauchen und wie sie selbst anderen in Krisen helfen können.

Für die Zielgruppe der 12- bis 15-Jährigen wurden dezentrale Beteiligungsformen angeboten. Diese einmalig stattfindenden Beteiligungsangebote ermöglichen es Jugendlichen auf niedrigschwellige Art und Weise, ihre Kernanliegen zu adressieren. Es stand den jungen Menschen offen, an einem Comic-Workshop teilzunehmen und ihre Erfahrungen mit Krisen in Comics festzuhalten und einzusenden. Zudem konnten sie Begriffe, die sie mit Krisen in Verbindung setzen, einsenden, welche daraufhin von der Poetry Slammerin Pauline Füg für ein Gedicht zum Thema Krise verwendet wurden. Auch bestand die Möglichkeit, zuvor vom Dachverband der Jugendgemeinderäte e. V. erstellte Fragebögen auszufüllen und seine Meinung zu Krisen und Krisenbewältigung mitzuteilen. Das Angebot, sich in Bildern oder nur mit einzelnen Wörtern auszudrücken, erleichterte es den Jugendlichen, die etwa nicht an der Jugendkonferenz teilnehmen wollten oder konnten, ein Statement abzugeben. Zudem suchten Mitglieder des Dachverbands der Jugendgemeinderäte e. V. junge Menschen aktiv an Schulen und in Freizeiteinrichtungen auf und motivierten sie zur Teilnahme.

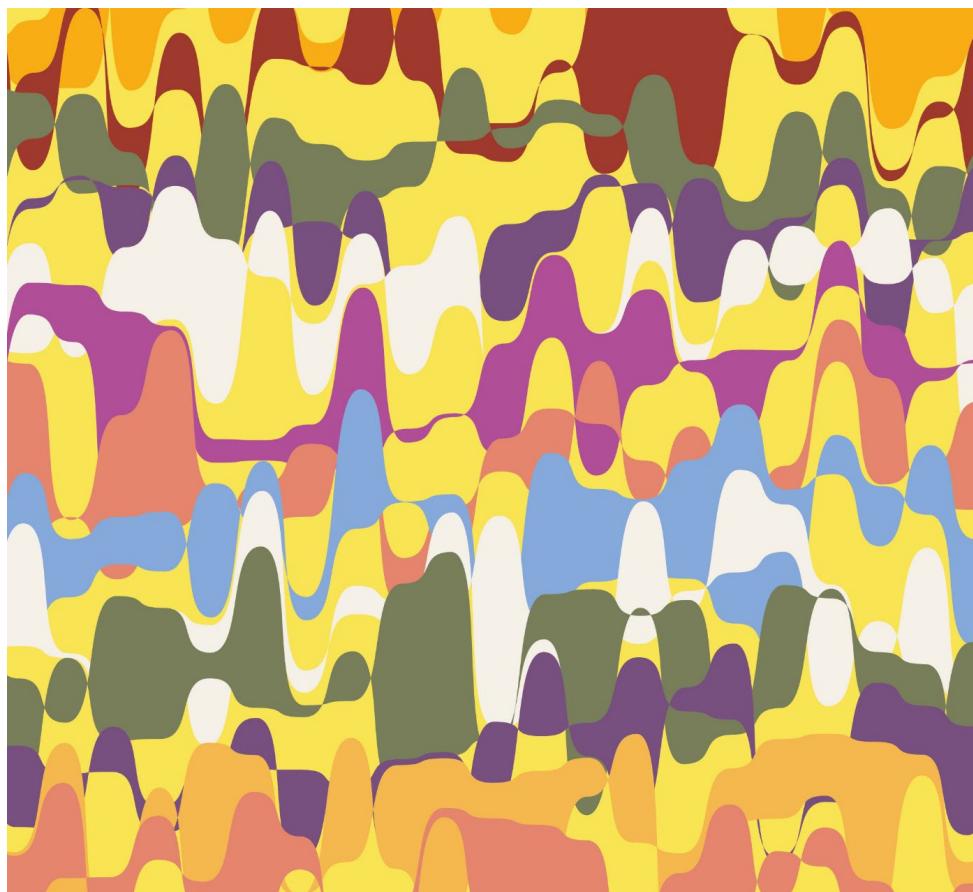
Für Jugendliche zwischen 16 und 26 Jahren wurde eine Jugendkonferenz realisiert. Die Teilnehmenden beschäftigten sich in insgesamt sechs Sitzungen, von denen zwei in Präsenz und vier digital durchgeführt wurden, mit den Fragen, welche in den vier Handlungsfeldern der Enquetekommission aufgeworfen werden. Die Teilnehmenden äußerten ihre Meinung, diskutierten miteinander, positionierten sich gemeinsam und erarbeiteten schließlich insgesamt 70 Empfehlungen zu den vier Themenbereichen der Enquetekommission.

In der Sitzung der Enquetekommission am 26. Mai 2022 überreichten Teilnehmende der verschiedenen Kinder- und Jugendbeteiligungsformate ihren Abschlussbericht mit den verschiedenen Empfehlungen, Bitten und Forderungen der Kinder und Jugendlichen an die Mitglieder der Enquetekommission.

Der Abschlussbericht der Kinder- und Jugendbeteiligung ist auf der Homepage des Landtags von Baden-Württemberg (<https://landtag-bw.de>) und im digitalen Anlagenband zum Abschlussbericht der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ veröffentlicht.

→ Handlungsfeld 1

Krisenfestes Gesundheitswesen



2. Handlungsfeld 1 – Krisenfestes Gesundheitswesen

2.1. Health in All Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern)

Sachstand

Nur eine gesunde Gesellschaft kann krisenfest sein. Daher ist für das Ziel der krisenfesten Gesellschaft die Bevölkerungsgesundheit in den Fokus zu rücken. Wie sie wirksam und nachhaltig verbessert werden kann, adressiert das Konzept *Health in All Policies* (HiAP; Gesundheit in allen Politikfeldern). Es fasst Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe auf, die in allen Politikfeldern und allen Bereichen des öffentlichen Handelns bearbeitet werden sollte. Auf der Helsinki-Konferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO, *World Health Organization*) im Jahr 2013 wurde HiAP zum internationalen Leitbild einer nachhaltigen Gesundheitspolitik erklärt.¹

Dem HiAP-Konzept liegt ein positives Gesundheitsverständnis zugrunde, das als Salutogenese bezeichnet wird: Gesundheit ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern ein Zustand des körperlichen, sozialen und seelischen Wohlbefindens. Dabei zielt HiAP auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung und insbesondere auf gesundheitliche Chancengleichheit ab. Zudem ist HiAP stark mit Nachhaltigkeit verknüpft: Gesundheit und Wohlbefinden für alle werden als entscheidende Voraussetzungen für eine nachhaltige Entwicklung betont.

Grundlegend für das Konzept ist die Erkenntnis, dass es eine Vielfalt an bestimmenden Faktoren für die Gesundheit gibt, die über die Verantwortung und den Einfluss des Gesundheitssektors hinausgeht. Um diese Faktoren zu beeinflussen, muss das gesamte Regierungshandeln ressort- und ebenenübergreifend auf Gesundheit verpflichtet werden (*whole of government*²). In die Ausgestaltung und Umsetzung sollen zudem alle gesellschaftlichen und privaten Akteure einbezogen werden (*whole of society*³). Systematische Gesundheitsförderung trägt dazu bei, die Bevölkerung zu befähigen, ihre Lebensumwelt mitzugestalten (*empowerment*) und zugleich gesellschaftliche Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die Menschen gesundheitsförderndes Verhalten entwickeln.⁴ Partizipation ist dabei wichtig, denn gerade bei der Planung von (Präventions-)Maßnahmen zur Gesundheitsförderung kann die Beteiligung der Zielgruppen den Erfolg der Maßnahmen deutlich steigern. HiAP beinhaltet somit immer einen regierungspolitischen und einen gesellschaftlichen Ansatz. Es wird davon ausgegangen, dass sich beide Ansätze gegenseitig verstärken.⁵

Baden-Württemberg verfolgt HiAP bereits im Rahmen der Gesundheitspolitik des Landes. Ein Beispiel ist die Landesstrategie „Quartier 2030 – Gemeinsam.Gestalten“, die es auszubauen lohnt. Die Strategie unterstützt die alters- und generationengerechte sowie beteiligungsorientierte Quartiersentwicklung im Land. In den Quartieren wird gemeinschaftlich daran gearbeitet, die Lebensbedingungen vor Ort bedarfsgerecht zu gestalten und eine möglichst gute Lebensqualität für alle zu schaffen. Die Landesregierung setzt damit einen Rahmen und die Städte, Gemeinden und Landkreise gestalten und unterstützen gemeinsam mit den Menschen vor Ort. Sieben dortige Handlungsfelder konkretisieren die strategischen Ziele, wovon eines „Pflege & Gesundheit“ ist. In den Handlungsfeldern unterstützt das Land die Kommunen und zivil-

¹ WHO, Health in all Policies: Helsinki statement. Framework for country action, 2014.

² whole of government: Gesamtheit der Regierung (wörtlich übersetzt).

³ whole of society: Gesamtheit der Gesellschaft (wörtlich übersetzt).

⁴ RKI, Gesundheitsförderung, 2023.

⁵ Zukunftsforum Public Health, Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland, 2019.

gesellschaftlichen Akteure beratend, vernetzend, informierend, qualifizierend und finanziell fördernd.

Das Quartier 2030 Konzept lässt sich auf die gesamte Gesundheitsplanung des Landes übertragen. Damit verbunden ist die Anwendung von HiAP. Als strategischer Gestaltungs- und Steuerungsprozess trägt die Gesundheitsplanung zur Verwirklichung von HiAP bei. Sie liefert eine fundierte Datengrundlage für eine proaktive Gesundheitspolitik und bezieht alle gesellschaftlichen, gesundheitsrelevanten Sektoren auf Kreis- und Stadt/Gemeindeebene ein. Seit 2015 ist sie eine gesetzlich verankerte Kernaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Da es bisher keine Mindeststandards dafür gibt, ist es sinnvoll, wenn der ÖGD in der Lage ist, eine flächendeckende, qualitätsgesicherte Gesundheitsplanung umzusetzen.

Ein international etabliertes Instrument zur Gesundheitsförderung, das für Baden-Württemberg großes Potenzial verspricht, ist die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA, englisch *health impact assessment*). In einer GFA werden neu geplante politische Vorhaben hinsichtlich möglicher gesundheitlicher Auswirkungen und deren Verteilung in der Bevölkerung systematisch analysiert und bewertet. GFA befördern die Umsetzung von HiAP, wenn sie auf Vorhaben außerhalb des Gesundheitssektors angewendet werden. Indem sie die Verteilung gesundheitlicher Auswirkungen in der Bevölkerung beurteilen, können GFA außerdem dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren.⁶ Im Einzelnen können GFA sehr zeitaufwendig sein und müssen daher mit entsprechenden Ressourcen hinterlegt sein.

Herausforderungen

Gesundheitspolitik muss dem HiAP-Konzept entsprechend in allen Politikfeldern mitgedacht werden. Das wurde in den Anhörungen besonders deutlich durch die vom Klimawandel bedingten Gesundheitsgefahren wie Hitzewellen oder durch den Einfluss von sozioökonomischen Faktoren auf die Gesundheit. Die Determinanten der Gesundheit im sozialen, ökonomischen und ökologischen Bereich machen eine ressortübergreifende Strategie der Gesundheitsförderung notwendig, da ihre Veränderung die Zuständigkeiten und Möglichkeiten des Gesundheitsressorts übersteigt. Künftig müssen also Gesundheitsaspekte in den politischen Entscheidungen und Rechtsetzungsprozessen aller Ebenen von Legislative und Exekutive sowie in allen Politikfeldern mitgedacht werden.

Die Empfehlungen der Enquetekommission sollen darauf hinwirken, HiAP im Land Baden-Württemberg gesetzlich und strukturell zu verankern. Um das zu erreichen ist es notwendig, nach dem *Whole-of Government*-Ansatz eine ressortübergreifende Landesstrategie mit klar definierten Gesundheitszielen zu entwickeln, zu der sich alle Ressorts verpflichten. Diese Strategie muss gemeinsam umgesetzt, evaluiert und kontinuierlich weiterentwickelt werden. Im Laufe der Enquetekommission haben sich Gesundheitsgefahren durch den Klimawandel und gesundheitliche Chancengleichheit als die beiden drängendsten Herausforderungen für die Bevölkerungsgesundheit herausgestellt. Beides soll in der Landesstrategie aufgegriffen werden. Für eine bedarfsgenaue HiAP-Strategie ist zudem eine integrierte Sozial- und Gesundheitsberichterstattung des Landes erforderlich, in die alle relevanten Ressorts eingebunden sind. Eine gute Grundlage bildet der Gesundheitsatlas Baden-Württemberg.

Eine weitere Herausforderung ist es, die Gesundheitsförderung partizipativ nach dem *Whole-of-Society*-Ansatz weiterzuentwickeln, um alle Akteure, Expertinnen und Experten und

⁶ Mekel, in: Böhm et al., Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland, 2020, S. 377–386.

Bürgerinnen und Bürger einzubeziehen. Partizipationsprozesse sind sowohl im Bereich der Akteurs- und Expertenbeteiligung als auch im Bereich der Bürgerbeteiligung weiterzuentwickeln. Im Bereich der Akteurs- und Expertenbeteiligung gibt es die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) und die teilweise noch zu etablierenden Kommunalen Pflegekonferenzen als gesetzlich verankerte Gremien der Gesundheits- und Pflegeplanung auf Kreisebene; auf Landesebene wurde die Landesgesundheitskonferenz eingerichtet. Diese Konferenzen vernetzen nicht nur die Akteure in der Kommunalpolitik untereinander, sondern diese auch mit den Akteuren des Gesundheitswesens.

Deutlich wurde in den Anhörungen, dass die KGK stärker als bisher die Steuerung in den ihnen übertragenen Handlungsfeldern der gesundheitlichen Versorgung und Gesundheitsförderung/ Prävention übernehmen müssen. Das gelingt unter anderem mit einer qualitativ hochwertigen Arbeit auf Grundlage einer flächendeckenden und qualitätsgesicherten Gesundheitsplanung sowie mit mehr Mitspracherechten und Möglichkeiten der Einflussnahme in den Handlungsfeldern. Damit die Kommunalen Gesundheitskonferenzen HiAP nachhaltig vorantreiben und langfristig sichern können, sind entsprechende Finanzmittel (z. B. aus dem Pakt für den ÖGD) notwendig. Auch hier sollten alle relevanten Berufs- und Akteursgruppen Mitwirkungsrechte haben. Bei der Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sollten benachteiligte und besonders schutzbedürftige Personen und/oder ihre Vertretungen systematisch einbezogen werden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission erachtet *Health in All Policies* (HiAP; Gesundheit in allen Politikfeldern) als zukunftsweisenden Ansatz für eine krisenfeste Gesellschaft und empfiehlt der Landesregierung daher Folgendes:

- a) Eine HiAP-Strategie soll ressortübergreifend und unter Beteiligung der bestehenden gesundheitspolitischen Gremien, insbesondere der Landesgesundheitskonferenz, auf der Grundlage von klar definierten Gesundheitszielen für das Land erarbeitet werden. Darin sollen Themen von herausragender Bedeutung für die Gesundheit wie der Klimawandel und die Reduzierung sozialer Ungleichheit berücksichtigt werden.
- b) Die Landesstrategie „Quartier 2030 – Gemeinsam.Gestalten.“ soll weiter in Richtung HiAP ausgebaut werden, indem beispielsweise HiAP als Handlungsfeld in die Strategie aufgenommen wird.
- c) Gesundheitsplanung soll flächendeckend und qualitätsgesichert etabliert werden. Das Land soll Mindeststandards für die Gesundheitsplanung erarbeiten, ein Monitoring zur Umsetzung der Gesundheitsplanung in den Stadt- und Landkreisen aufsetzen und die Beratung durch externe Experten sowie das Landesgesundheitsamt ausbauen. Es wird empfohlen, die Themen gesundheitliche Ungleichheit und Pflege bzw. „Leben im Alter“ in der Gesundheitsberichterstattung zu beachten sowie eng mit den Städten und Kommunen zusammenzuarbeiten.
- d) Die Einführung und Einsatzmöglichkeiten einer Gesundheitsfolgenabschätzung von Gesetzesvorhaben als Instrument zur Umsetzung von HiAP sollen geprüft werden.
- e) Bei Förderprogrammen soll ein Gesundheitsvorbehalt mit klarer Definition von Verantwortlichkeiten (Kontrollfunktion) und Qualifizierung der Akteurinnen und Akteure eingeführt werden, wonach geförderte Maßnahmen nicht gesundheitsschädlich sind.
- f) Partizipationsprozesse in der Gesundheitsförderung sollen sowohl im Bereich der Akteurs- und Expertenbeteiligung (z. B. Gesundheitskonferenzen) als auch im Bereich der Bürgerbeteiligung weiter ausgebaut werden. Bei der Bürgerbeteiligung sollen marginisierte und vulnerable Gruppen noch stärker und gezielter eingebunden werden.
- g) Kommunale Gesundheitskonferenzen sollen als HiAP-Instrument gestärkt werden. Der bereits begonnene Prozess der Neuausrichtung und Stärkung der Gesundheitskonferenzen als sektorenübergreifendes Gremium der Gesundheitsplanung der Land- und

Stadtkreise soll weiterverfolgt werden. Es gilt, eine Kompetenzschärfung in Richtung einer höheren Verbindlichkeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen für die Vermittlung von bevölkerungsbezogener Gesundheitskompetenz sowie randgruppensensibler Gesundheitsförderung und Prävention voranzutreiben. Kommunale Gesundheitskonferenzen sollen hierzu mit eigenen Finanzmitteln ausgestattet werden, insbesondere zur Verstetigung positiv evaluerter Projekte.

2.2. Gesundheitliche Chancengleichheit

Sachstand

In unserer Gesellschaft gibt es manifeste und tendenziell wachsende gesundheitliche Ungleichheiten. Zurückzuführen sind diese Ungleichheiten auf sozioökonomische und soziodemografische Merkmale – deren Zusammenhang mit der Gesundheit ist breit erforscht. Soziale Determinanten der Gesundheit sind vor allem Bildungsgrad, Einkommen, Beruf, Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund. Menschen mit niedrigem Bildungsgrad und geringem Einkommen sind weitaus häufiger von Krankheiten wie Schlaganfällen oder Herzinfarkten betroffen als besser gebildete und besser verdienende Menschen. Die mittlere Lebenserwartung beträgt bei geringem Einkommen mehrere Jahre weniger als bei höherem Einkommen. Ferner wirkt sich auch der Wohnstandort mit seiner sozialen, natürlichen und gebauten Umwelt auf die Gesundheit aus. Diese Determinanten beeinflussen die Gesundheit sowohl auf individueller Ebene als auch auf kollektiver Ebene hinsichtlich ganzer gesellschaftlicher Gruppen.⁷

Migrantinnen und Migranten sind im Gesundheitswesen mit besonderen Problemen konfrontiert. Ihnen fehlen oftmals Kenntnisse über das Gesundheitssystem, weshalb sie sich oft nur schlecht in den Abläufen orientieren können. Vor allem die Rolle der Hausärztinnen und -ärzte scheint nicht bekannt zu sein, sodass es in der Folge häufiger zum Aufsuchen der Notaufnahmen kommt. Sie berichten außerdem, dass sie die Erfahrung machen, von Fachkräften der Gesundheitsversorgung nicht ernst genommen zu werden. Als Hauptproblem wird die Sprachbarriere genannt, welche sich in der Pandemie besonders nachteilig ausgewirkt hat.⁸ Migrantinnen und Migranten waren hier schlechter für Informationen zugänglich. Tendenziell vertrauten sie eher persönlicher Information, weshalb aufsuchende Angebote erfolgsversprechend sind. Insgesamt haben Migrantinnen und Migranten dadurch einen erschwertem Zugang zur Gesundheitsversorgung. Im besonderen Maße gilt das für Geflüchtete.

Krisen wie zum Beispiel Pandemien verstärken die gesundheitlichen Ungleichheiten. Im Falle von Covid-19 war sowohl die Wahrscheinlichkeit einer Infektion als auch die Mortalität für sozial benachteiligte Menschen erhöht.⁹ Vorerkrankungen, wie Lungenerkrankungen und Diabetes, die den Verlauf einer Covid-19-Erkrankung ungünstig beeinflussen, sind ebenfalls sozial ungleich verteilt. Kinder aus armen Familien hatten ein höheres Risiko als andere Kinder, aufgrund einer Coronainfektion im Krankenhaus behandelt werden zu müssen. Für Kinder mit langzeitarbeitslosen Eltern lag das Risiko 1,36-mal höher als für Kinder, deren Eltern berufstätig sind, und für Kinder aus benachteiligten Gebieten sogar 3,02-mal.¹⁰ Während der

⁷ Bräunling et al., in: Böhm et al., Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland, 2020, S. 5.

⁸ Charité Universitätsmedizin Berlin, Abschlussbericht Migration und Gesundheitsversorgung Baden-Württemberg (MiG BaWü), S. 44.

⁹ Hoebel et al., Emerging socio-economic disparities in COVID-19-related deaths during the second pandemic wave in Germany. International Journal of Infectious Diseases, 2021 (113), 344–346.

Hoebel et al., Socioeconomic position and SARS-CoV-2 infections: seroepidemiological findings from a German nationwide dynamic cohort, Journal of Epidemiology & Community Health, 2022, 76 (4), 350–353.

¹⁰ Dragano et al., Association of Household Deprivation, Comorbidities, and COVID-19 Hospitalization in Children in Germany, January 2020 to July 2021, Infectious Diseases, 2022, 5 (19).

Coronapandemie war eine Zunahme an psychischen Erkrankungen zu verzeichnen. Depressive Symptome und Angststörungen bei Erwachsenen sind zu einem wesentlichen Teil auf berufliche und finanzielle Schwierigkeiten während der Pandemie wie dem Verlust des Arbeitsplatzes zurückzuführen.¹¹ Bei Kindern und Jugendlichen sind insbesondere diejenigen aus sozial benachteiligten Familien von psychischen Erkrankungen betroffen.¹²

Das Geschlecht hatte ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf den Ausgang von Covid-19. So hatten Männer ein höheres Risiko, eine intensivmedizinische Behandlung zu benötigen und auch ein höheres Mortalitätsrisiko¹³. Frauen wiederum scheinen häufiger von Long Covid betroffen zu sein. Dennoch wurden und werden in Studien selten Geschlechteraspekte berücksichtigt, häufig, weil keine adäquaten Daten vorliegen.

Herausforderungen

Um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und sie dadurch resilenter zu machen, müssen sozial benachteiligte Menschen stärker berücksichtigt werden. Sie weisen die höchsten Bedarfe und gleichzeitig die größten Präventionspotenziale auf. Die Enquetekommission sieht es daher als essenziell an, sozial benachteiligte Menschen mit spezifischen aufsuchenden Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch der bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung gezielt anzusprechen. Die Handlungsempfehlungen sollen darauf hinwirken, gesundheitliche Chancengleichheit durch soziallagenbezogene Gesundheitsförderung in der Breite der Gesellschaft herzustellen und partizipative Elemente zu stärken.

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Baden-Württemberg ist eine zentrale Kompetenz- und Vernetzungsstelle des Landes für die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention. Die Koordinierungsstelle ist Teil des bundesweiten Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Ihr Ziel ist es, die Gesundheit von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen und von vulnerablen Zielgruppen zu fördern. Dazu stellt sie unter anderem Wissen über die Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung zur Verfügung, setzt sich für die Verbreitung von Instrumenten der Qualitätssicherung ein und qualifiziert, berät und vernetzt kommunale Akteurinnen und Akteure im Themenfeld der gesundheitlichen Chancengleichheit. Diese Arbeit ist verstärkt weiterzuführen, wofür entsprechende Ressourcen zur Verfügung zu stellen sind.

Bei der Gesundheitsversorgung sind spezifische Bedarfe vor allem in sozial benachteiligten Gebieten und im ländlichen Raum zu beachten. Ein wichtiger Baustein sind *Community-Health-Ansätze* mit *Community Health Nurses* und Fallmanagern. *Community-Health-Ansätze* stehen für eine bedarfsgerechte und gemeindebasierte Gesundheitsversorgung sowie für sozialraumorientierte Gesundheitsförderung, Prävention und Pflege. *Community Health Nurses* können bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen Primärversorgungszentren als erste Ansprechperson leiten, beraten und Erst- und Routineuntersuchungen übernehmen. Fall-Managerrinnen und -Manager koordinieren die Behandlung von chronisch und mehrfach Erkrankten und zeigen leicht zugängliche Angebote und Wege zu weiterer Behandlung und Beratung auf. Auch die Pflegestützpunkte sind hier zu nennen.

¹¹ Dragano et al., Zunahme psychischer Störungen während der COVID-19-Pandemie – die Rolle beruflicher und finanzieller Belastungen. Eine Analyse der NAKO Gesundheitsstudie, Deutsches Ärzteblatt, 2022 (119), 79–187.

¹² Ravens-Sieberer et al., Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Results of the Three-Wave Longitudinal COPSY Study, Journal of Adolescent Health, 2022, 71 (5), 570–578.

¹³ Koppe et al., COVID-Patientinnen und -Patienten in Deutschland: Expositionsrisken und assoziierte Faktoren für Hospitalisierungen und schwere Krankheitsverläufe, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2021, 64 (9), 1107–1115.

Es ist Aufgabe der Landespolitik, darauf hinzuwirken, sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten langfristig abzubauen. Da die Ursachen außerhalb des Gesundheitssystems liegen, kann das nur im Rahmen einer HiAP-Strategie im Zusammenspiel mit weiteren Ressorts gelingen. Durch den Fokus auf gesundheitliche Chancengleichheit im HiAP-Konzept ist dieses in besonderem Maße dazu geeignet, Benachteiligungen grundsätzlich entgegenzuwirken und speziell die verteilungsbezogenen Folgen der Coronapandemie zu bearbeiten. Die vom Land zu entwickelnde HiAP-Strategie soll hier ansetzen.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung zur Steigerung der gesundheitlichen Chancengleichheit Folgendes:

- a) Eine niedrigschwellige Gesundheitsversorgung und aufsuchende Beratung soll ausgebaut werden, wobei verstärkt auf Community-Health-Ansätze zu setzen ist und insbesondere die Einführung von *Community Health Nurses* mit erweiterten Befugnissen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben voranzutreiben ist.
- b) Eine Verfestigung der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Baden-Württemberg soll geprüft werden.
- c) Bei allen Maßnahmen innerhalb einer Pandemie, die Kinder und Jugendliche betreffen, ist vorrangig das Kindeswohl zu berücksichtigen. Kinder müssen vor Infektionen und vor Erkrankungen infolge einer Pandemie gleichermaßen geschützt werden.
- d) Auf eine rasche Integration Geflüchteter mit Bleibeperspektive in den Arbeitsmarkt und in die sozialen Sicherungssysteme ist hinzuwirken.
- e) Verbindliche Standards mit Berücksichtigung des Infektionsschutzes für die Unterbringung von Geflüchteten sind zu gewährleisten.
- f) Die medizinische und pflegerische Versorgung von Wohnungslosen oder von Wohnunglosigkeit bedrohten Menschen soll verbessert werden. Beispielsweise kann die Anzahl bestehender medizinischer Angebote mit Brückenfunktion zum Gesundheitssystem für wohnungslose Menschen ausgeweitet werden. Auch kann die Bezahlung der Behandlungen von Menschen, die nach Clearing nicht krankenversichert sind und keinen Anspruch auf Sozialhilfe haben, garantiert werden.
- g) Die Pflegeversicherung ist weiterzuentwickeln und der Versorgungsauftrag bei Pflegebedürftigkeit wahrzunehmen.
- h) Sprachmittlungskonzepte im Gesundheitswesen sind auszubauen: Komplexe Sachverhalte im Bereich Gesundheit sollen in verschiedenen Sprachen sowie für kommunikationseingeschränkte Menschen (blinde, taubstumme, gehörlose Menschen etc.) adäquat und verständlich kommuniziert werden. Dazu sollen Strukturen zur professionellen Sprachmittlung in Gesundheitseinrichtungen via Telefon und online entwickelt werden.
- i) Die geschlechtersensible Gesundheitsversorgung im Land soll verbessert und in die Gesundheitsstrategie des Landes einbezogen werden. Es sind Lehren daraus zu ziehen, dass geschlechterspezifische Unterschiede in Krankheitsverläufen bei bzw. nach Covid-19 bestehen und daher auch das Bedürfnis nach mehr Forschung zur besseren Versorgung besteht.
- j) Prävention und Rehabilitation sollen gestärkt und dabei besonders präventive Angebote zu Resilienz und Gesundheitsförderung für junge Menschen und Familien – an Lebensphasen orientiert – in den Fokus gerückt werden.

2.3. Eigenverantwortung der Menschen durch Gesundheitskompetenz stärken

Sachstand

Eigenverantwortlich handeln im gesundheitlichen Kontext kann nur, wer über ausreichende Gesundheitskompetenz verfügt und auf gesundheitsförderliche und gesundheitskompetente Strukturen trifft. Der Begriff Gesundheitskompetenz hat sich aus dem englischen Begriff *health literacy* in Deutschland durchgesetzt und meint, dass Menschen angemessen mit gesundheitsrelevanten Informationen umgehen können. Genauer können sie „gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, kritisch beurteilen, auf die eigene Lebenssituation beziehen und für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit nutzen“¹⁴.

Gesundheitskompetenz hilft Menschen dabei, Entscheidungen zu treffen, die förderlich für ihre Gesundheit sind. In modernen Gesellschaften, in denen Entscheidungsmöglichkeiten und deren Anforderungen für das Individuum ansteigen, wird diese Fähigkeit immer wichtiger. Hinzu kommt, dass Online eine Fülle an Informationen zu gesundheitsbezogenen Themen zu finden ist. Dabei ist es zumeist nicht auf den ersten Blick ersichtlich, wie vertrauenswürdig und qualitätsgesichert diese Informationen sind. Um informierte Entscheidungen treffen zu können, bedarf es speziell auf den digitalen Bereich ausgerichteter Fähigkeiten, die unter dem Begriff der digitalen Gesundheitskompetenz (*digital health literacy*) zusammengefasst sind.

Einem umfassenden Verständnis von Gesundheitskompetenz folgend, muss neben der individuellen Komponente auch die organisationale und professionelle Komponente berücksichtigt werden. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz liegt nicht nur in der Verantwortung jeder und jedes Einzelnen, sondern muss durch gesundheitskompetente Strukturen und Akteure im Gesundheitswesen gefördert werden.

Die Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung hat sich einer repräsentativen Studie aus dem Jahr 2021 zufolge in den letzten sieben Jahren verschlechtert: Mit 58,8 % weist die Mehrheit der Befragten eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Eine ausreichende Gesundheitskompetenz weisen 26,5 % auf und eine exzellente Gesundheitskompetenz nur 14,7 % der Befragten.¹⁵ Eine nicht ausreichende Gesundheitskompetenz erschwert es Menschen, gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen. In der Folge kann es zu Über-, Unter- oder Fehlversorgung kommen, welche wiederum vermeidbares Leid für die Betroffenen sowie vermeidbare Kosten für das Gesundheitssystem verursachen können.¹⁶

Herausforderungen

Mit der Erklärung von Shanghai haben sich die WHO-Mitgliedstaaten im Jahr 2016 dazu verpflichtet, nationale und kommunale Strategien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu entwickeln und umzusetzen.¹⁷ Seit 2018 gibt es den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz¹⁸. Seine Umsetzung in Baden-Württemberg sieht die Enquetekommission als notwendig

¹⁴ Schaeffer et al., Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz: Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken, 2018, S. 12.

¹⁵ Schaeffer et al., Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Coronapandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2, 2021, S. 21.

¹⁶ Schaeffer et al., Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz: Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken, 2018, S. 10.

¹⁷ WHO, Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development, 2017.

¹⁸ Schaeffer et al., Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz: Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken, 2018.

an, um die Selbsthilfefähigkeit in gesundheitlichen Belangen jeder und jedes Einzelnen zu stärken.

Gerade bei Pandemien ist die Gesundheitskompetenz wichtig, weil in diesen Zeiten eine Fülle an gesundheitsrelevanten Informationen verarbeitet und in Handeln umgesetzt werden muss. Zudem hängt die Bewältigung von Gesundheitskrisen wesentlich davon ab, dass Maßnahmen und Regelungen zur Krisenbewältigung von der Bevölkerung mitgetragen und eingehalten werden. Dazu ist eine ausreichende Gesundheitskompetenz entscheidend und sollte in jedem Alter gefördert werden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission sieht die Förderung von individueller Gesundheitskompetenz als zentralen Faktor, um die Eigenverantwortung der Menschen für ihre Gesundheit zu stärken. Sie empfiehlt der Landesregierung daher, die Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz in Baden-Württemberg voranzutreiben und dabei insbesondere folgende Maßnahmen umzusetzen:

- a) Gesundheitskompetenz ist fest in den Bildungs- und Lehrplänen von Kindertagesstätten, Grundschulen, weiterführenden Schulen, Hochschulen, Jugendbildungs- und beruflichen Ausbildungseinrichtungen sowie in der Erwachsenenbildung zu verankern.
- b) Schulgesundheitspflege durch Schulgesundheitsfachkräfte ist auszubauen.
- c) Die Einrichtung einer Kompetenzstelle für Gesundheitskompetenz im Landesgesundheitsamt (LGA) ist zu prüfen. Die Kompetenzstelle soll fachliche Konzepte, orientiert am Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz, ausarbeiten, gemeinsam mit dem ÖGD Maßnahmen erarbeiten und umsetzen sowie die Verbreitung erprobter Ansätze wie den der Gesundheitslotsen voranbringen.
- d) Gesundheitskompetenz und folglich gesundheitsförderliches Verhalten sind durch Kampagnen im eigenen Zuständigkeitsbereich weiter zu bestärken. Weitere Träger im Gesundheitswesen sind hierbei zu unterstützen, beispielsweise durch einen Anspruch auf präventive Hausbesuche oder die Befähigung von Menschen im Umgang mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit.
- e) Die Bevölkerung ist im Speziellen über gesundheitsschädliche Produkte aufzuklären und zu sensibilisieren.
- f) Maßnahmen zur Erhöhung der Impfquoten in bestimmten Zielgruppen (z. B. Masern und HPV bei Kindern und Jugendlichen) sollen in bestehenden Gremien (beispielsweise der LAG Impfen) entwickelt werden.
- g) Digitale Gesundheitskompetenz ist zu fördern, beispielsweise durch systematische Aufklärungskampagnen zur Nutzung von Gesundheits-Apps. Dabei soll darauf hingewirkt werden, dass die Nutzerinnen und Nutzer als Eigentümer der über sie gesammelten Informationen anerkannt werden und ihnen ohne Hürden Einsicht in die elektronische Patientenakte oder vergleichbare Dokumente (z. B. Pflegedokumentation) gewährt wird.

2.4. Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen

Sachstand

Die Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen ist dringend zu beschleunigen, denn sie bietet enorme Potenziale. Sie ist in allen Bereichen zu nutzen und sollte darauf zielen, Personal zu entlasten, Prozesse zu beschleunigen und zu vereinfachen, Bürokratie abzubauen und Gesundheitsleistungen zugänglicher zu machen bzw. soziale Teilhabe bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu fördern. Der Zugriff auf Daten ist sektoren- und berufsgruppenübergreifend zu

ermöglichen und für die Forschung und Wissenschaft verfügbar zu machen. Dabei müssen alle Maßnahmen datenschutzsensibel umgesetzt und auf ihre Wirksamkeit geprüft werden.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) erfuhr durch die Pandemie einen Digitalisierungsschub. Der Pakt für den ÖGD war infolge der Pandemie eine Reaktion der Politik auf die Unterfinanzierung des Bereichs Digitalisierung im ÖGD. Bis 2026 stehen dem Land insgesamt bis zu 65 Millionen € aus den Vereinbarungen „zur Umsetzung des Förderprogramms Digitalisierung im Rahmen des Paktes für den ÖGD“ zur Verfügung, auf die sich Bund und Länder im November 2021 geeinigt haben. Ein Ergebnis daraus sind die 24 für Baden-Württemberg entwickelten Teilprojekte. Der ÖGD kann zur Bewältigung und Prävention künftiger Gesundheitskrisen gut aufgestellt beitragen, wenn die Digitalisierung weiter vorangetrieben wird. Deshalb ist eine Weiterfinanzierung der mit dem Pakt für den ÖGD geschaffenen Strukturen über das Jahr 2026 hinaus unerlässlich.

Eine zentrale Voraussetzung für die Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen ist eine flächendeckende und lückenlos funktionsfähige Telematikinfrastruktur (TI). Die TI schafft die Basis für digitale Anwendungen wie die elektronische Patientenakte. Der Mehrwert dieser Technologie ergibt sich erst, wenn eine Vielzahl an Nutzern diese anwendet. Der Ausbau der TI und die digitale Vernetzung zwischen den Akteuren im Gesundheits- und Pflegewesen muss daher weiter vorangetrieben werden. Die Anbindung der Langzeitpflege an die Telematikinfrastruktur ist laut Gesetz bis zum 1. Juli 2025 verpflichtend. Der Digitalisierungsgrad der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg ist jedoch sehr heterogen, weshalb eine Unterstützung seitens des Landes dringend erforderlich ist.

Für die Digitalisierung im Pflegewesen steht mit dem Landeskompetenzzentrum Pflege & Digitalisierung BW (PflegeDigital@BW) eine zentrale Anlaufstelle für Fragen, Empfehlungen, Planung, Beratung und Vernetzung möglichst aller Akteure im Feld der Langzeitpflege bereit. Sie bietet umfassende Beratungs- und Unterstützungsangebote für Pflegeeinrichtungen im Land. Eine Fortführung ihrer Arbeit unter gesicherter Finanzierung schätzt die Enquetekommission als wichtigen Beitrag zur digitalen Transformation des Pflegewesens ein.

Herausforderungen

Die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) ab dem Jahr 2025 wurde im Dezember 2023 vom Deutschen Bundestag beschlossen. Die Umsetzung bleibt weiterhin eine zentrale Herausforderung. In den Anhörungen wurde deutlich, wie dringend Patientendaten digital verfügbar sein müssen, um eine nahtlose Behandlung zu gewährleisten und mehrfache Untersuchungen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden. Gerade in Krisensituationen ist ein schneller Zugriff auf die Patientenakte notwendig.

In den Anhörungen wurde gefordert, Rahmenbedingungen für eine sichere digitale Kommunikation unter allen am Versorgungsprozess beteiligten Akteurinnen und Akteuren aufzubauen und unterschiedliche Umsetzungsformen in der ambulanten Versorgung verbindlich zu vereinheitlichen. Mit dem Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) im Rahmen der Telematikinfrastruktur ist es allen Akteuren im Gesundheitswesen möglich, medizinische Dokumente elektronisch und sicher zu versenden und zu empfangen. KIM ermöglicht außerdem weitere Anwendungen wie den eArztbrief und die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU). Darüber hinaus ist ein integrierter Messenger-Dienst zum Austausch unter niedergelassenen Ärzten wünschenswert.

Die Kontaktdatenverfolgung hat sich in der Pandemie als große Herausforderung für den ÖGD erwiesen. In den Pandemiephasen mit hohen Inzidenzen konnten Kontakte von Coronainfizierten nicht mehr verfolgt werden. Das hat eine Eindämmung der Pandemie erschwert. Um für mögliche Pandemien oder Phasen ansteigender meldepflichtiger Infektionskrankheiten die Kontaktdatenverfolgung zu gewährleisten, sollte sie digital erfolgen. Dabei ist eine bundesweit, zumindest aber eine landesweit einheitliche Anwendung für den Infektionsschutz anzustreben.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung gewinnt aus zwei Hauptgründen auch das Prinzip der Datensparsamkeit an Bedeutung:

- 1) Datenerhebungen und -transfer haben ökonomische und ökologische Kosten, die langfristig eingerechnet werden müssen und
- 2) Daten und Datenströme müssen so konzipiert sein, dass sie fachlich überschaubar bleiben, Doppelerhebungen von Daten müssen abgebaut und vermieden werden.

Vor diesem Hintergrund ist es zwingend notwendig, dass die Akteure des Gesundheits- und Pflegewesens bei der Erhebung und dem Austausch von Gesundheits- und Pflegedaten kooperieren und gemeinsame Wege suchen. Dies sollte vonseiten des Landes systematisch unterstützt werden.

Mit voranschreitender Digitalisierung erhöht sich auch die Gefahr von Cyberangriffen und dadurch bedingten Ausfällen. Mit Blick auf Daten im Gesundheits- und Pflegewesen sollte für diese Szenarien vorgesorgt werden. Es sollten geeignete Vorkehrungen getroffen werden, damit zur Behandlung von Patientinnen und Patienten kritische Daten ausreichend gesichert werden und auch bei Ausfällen der digitalen Systeme zur Verfügung stehen. Die Enquetekommission sieht es als bedeutende Aufgabe an, hier geeignete Lösungen zu finden.

Künstliche Intelligenz (KI) kann einen Beitrag dazu leisten, das Gesundheits- und Pflegewesen durch innovative Anwendungen krisenfester aufzustellen. Beim Transfer von KI in die Versorgung hat Baden-Württemberg mit Projekten wie dem „KI-Reallabor“ und „sKIn“ eine Vorreiterrolle eingenommen. Die Enquetekommission sieht das als wegweisend an und empfiehlt verstärkte Anstrengungen des Landes in diesem Bereich.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung im Bereich der Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen Folgendes:

- a) Die Digitalisierung im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ist weiter voranzutreiben, indem langfristig finanzierte, digitale Strukturen aufgebaut, Berichtswesen über Landkreise hinweg vereinheitlicht und die Gesundheitsämter digital vernetzt werden. Daten im ÖDG sollten anschlussfähig sein an andere Daten. Das Digitalisierungsreferat im Landesgesundheitsamt ist zu stärken. Vom Haushaltsgesetzgeber sind Finanzmittel über 2026 zuzuweisen, um die zentrale Koordinierungs- und Steuerungsfunktionen für den gesamten ÖGD in Baden-Württemberg institutionell zu verankern.
- b) Die zur Digitalisierung notwendige Infrastruktur ist auszubauen und dabei ist insbesondere eine funktionsfähige Telematikstruktur mit flächendeckenden 5-G-Datenverbindungen sicherzustellen.
- c) Die datenschutzkonforme Vernetzung aller Beteiligten im Gesundheitssystem ist voranzutreiben und es sind funktionierende Schnittstellen zur Verfügung zu stellen, damit insbesondere auch Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen Zugriff auf die Daten haben.
- d) Auf Bundesebene ist weiterhin darauf hinzuwirken, dass die Einführung der elektronischen Patientenakte personell und finanziell auskömmlich ausgestattet ist.

- e) Meldeketten und Berichtswesen sind zu digitalisieren und entsprechende Meldestrukturen zu etablieren.
- f) Telemedizin und *Telenursing* (Telepflege) sind auszubauen und eine Telemedizininfrastruktur mit einer möglichst großen Bandbreite an Anbietern für die medizinische und pflegerische Grundversorgung in der Fläche des Landes sicherzustellen.
- g) Die Arbeit des Landeskoppenzzentrums Pflege & Digitalisierung BW ist fortzuführen.
- h) Medizinische Televisiten in stationären Pflegeeinrichtungen sind weiterzuentwickeln und eine Übertragung in die Regelversorgung voranzutreiben.
- i) Ein Messenger-Dienst für niedergelassene Ärzte und die am Versorgungsprozess beteiligten Akteurinnen und Akteure zur sicheren, digitalen Kommunikation ist einzuführen.
- j) Eine digitale Anwendung für die Kontakttdatenverfolgung zum Infektionsschutz ist in die Fläche zu bringen, die vorzugsweise bundesweit, zumindest aber landesweit einheitlich ist.
- k) Methoden zur Sicherung von kritischen Daten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten und in der Verwaltung für Stromausfälle, Cyberangriffe oder weitere Krisenszenarien sind zu prüfen und dabei sowohl analoge als auch digitale Sicherungssysteme zu berücksichtigen.
- l) Ggf. sind eine offensive Bewusstseinsschaffung für Digital Bunkering oder Digital Bunker-based Back-ups (d. h. digitale Rücklage zentraler Daten in einer Art Datenkrankenhaus für kritische Daten, die man zur Verwaltung braucht und mit einem Notstromaggregat, auf das z. B. mit Akkugeräten zurückgegriffen werden kann) sowie eine Förderung dieser dezentralen Systeme der Speicherung anzugehen.
- m) Das Prinzip der Datensparsamkeit ist weiterzuentwickeln. Die Verknüpfung von Daten ist wichtig, das Nutzbarmachen von vorhandenen Daten für andere Zwecke notwendig.
- n) Die Strategie „Digitalisierung in Medizin und Pflege“ ist unter Berücksichtigung der zeitgemäßen Fortschreibung der digitalen Infrastruktur, der Telemedizin und einer erweiterten Gesundheitsdatennutzung umzusetzen und weiterzuentwickeln. Damit wird die Gesundheitsversorgung zukunftsfähig und kann bei der Krisenvorbereitung helfen.
- o) Angebote zur Verbesserung der digitalen Kompetenz von allen Berufsgruppen der im Versorgungsprozess beteiligten Akteure sind auszubauen.
- p) Neue Formate sind stärker zu bedenken, wie etwa die KI-hinterlegte Unterstützung zur Formulierung von Arzt- und Pflegebriefen und bei Konsilen oder Botsysteme zur standardisierten Beantwortung von weitgehend identischen, in hoher Anzahl und zeitgleich auftretenden Anfragen.
- q) Geschäftsmodelle für privatwirtschaftliche Anbieter von Behandlungsprogrammen (KI-gestützte Erkennungsformate, bessere Bild- und Übertragungsqualitäten etc.) sollen ermöglicht und, wo notwendig, finanziell und organisatorisch gefördert werden.
- r) Die Ausstattung und gezielte Förderung robotischer Assistenzsysteme und anderer digitaler Entlastungstechnologien im Pflege- und Gesundheitsbereich sind unter Berücksichtigung der Nutzerinteressen voranzutreiben.
- s) Im Bereich von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV und PKV) ist zu gewährleisten, dass relevante medizinische Daten wie etwa ambulante Abrechnungsdaten den dann zuständigen Stellen einer zentralen Auswertung wie dem Landesgesundheitsamt zeitnah zur Verfügung gestellt werden.

2.5. Klimawandel als bedeutende Herausforderung für die Gesundheit

Sachstand

Der Klimawandel beeinträchtigt die Gesundheit auf viele Arten. Erkrankungen, Verletzungen und Todesfälle bei Extremwetterereignissen wie Hitze und Starkregen sind direkte Auswirkungen des Klimawandels. Hinzu kommen indirekte Auswirkungen wie die Zunahme und Verstärkung von Allergien, das vermehrte Auftreten von Zoonosen oder die Nordwanderung bislang tropischer Infektionskrankheiten durch die Verbreitung von Vektoren wie der Asiatischen Tigermücke. Viele Untersuchungen haben bestätigt, dass auch eine Vielzahl chronischer Erkrankungen wie koronare Herzkrankung, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Nieren-

insuffizienz und andere durch Hitze vermehrt auftreten. Auch Ernteausfälle durch länger anhaltende Dürreperioden können sich über Mangelernährung negativ auf die Gesundheit auswirken. Außerdem ist auch die psychische Gesundheit vom Klimawandel beeinträchtigt, was sich zum Beispiel bei jungen Menschen vermehrt als „Klimaangst“¹⁹ oder auch im Anstieg von Depression und Suizidalität nach Extremwetterereignissen zeigt.

Besonders gefährdet für klimawandelbedingte Gesundheitsrisiken sind Säuglinge und Kinder, ältere Menschen und Menschen insbesondere mit chronischen Vorerkrankungen, Mehrfachmedikation und bestehender Pflegebedürftigkeit, insbesondere bei Demenz. Auch Menschen in Gemeinschaftsunterkünften, prekären Wohnverhältnissen und Obdachlosigkeit, aber auch generell Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz, eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten und sozialer Isolation weisen ein erhöhtes Risiko auf, da sie meist nicht die Möglichkeiten haben, adäquate Vorsorge zu betreiben und sich selbst ausreichend zu schützen.

Das Konzept der Planetaren Gesundheit (*Planetary Health*) adressiert die Gesundheitsgefahren durch den Klimawandel, indem es das Zusammenspiel der menschlichen Gesundheit, der ökonomischen, politischen und sozialen Bedingungen mit den natürlichen Systemen des Planeten, auf denen das menschliche Leben basiert, beleuchtet. Die Grundaussage ist, dass es gesunde Menschen nur auf einem gesunden Planeten geben kann. Es geht dabei über die Folgen des Klimawandels für die menschliche Gesundheit hinaus und berücksichtigt beispielweise auch gesundheitliche Folgen der Biodiversitätskrise und des Artensterbens, der Bedrohung der Meere und Küsten sowie der Luftverschmutzung.²⁰ Komplementär ist das Konzept *One Health* zu verstehen, das den Zusammenhang zwischen der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt betont und eine interdisziplinäre Betrachtung und ganzheitliche Herangehensweise erfordert.

Für die Menschen in Baden-Württemberg wurde in den Anhörungen insbesondere die Hitze als zunehmende klimawandelbedingte Gesundheitsgefährdung identifiziert. Die Prognosen gehen von einer Zunahme von Hitzewellen, deren Dauer und Intensität aus. Diese Prognosen gelten für einen mäßig ausfallenden Anstieg der Temperatur durch den Klimawandel (1,8 Grad Celsius wärmer im Vergleich zum vorindustriellen Niveau) und fallen für einen stärkeren Temperaturanstieg (2,5 Grad Celsius) noch deutlicher aus. Vor allem die Dauer von Hitzewellen ist entscheidend: Die Mortalität durch Hitzewellen steigt mit der Dauer und Intensität der Hitzewellen an. Durch zukünftig längere Hitzewellen mit fehlender nächtlicher Temperaturabsenkung sind daher mehr Hitzetote zu erwarten. Gleichzeitig steigt die Anzahl der vulnerablen Bevölkerungsgruppen, da der Anteil älterer Menschen größer wird und die Verstädterung zunimmt. Bereits heute fordert Hitze Todesopfer in Baden-Württemberg.²¹ Land und Kommunen müssen der Gesundheitsgefährdung durch Hitze entgegentreten und die Menschen effektiv gegen Hitze schützen.

Im Laufe der Enquetekommission wurde das Thema Hitzeschutz verstärkt auf Landes- und auch auf Bundesebene aufgegriffen. Im Aktionsbündnis Klimawandel und Gesundheit arbeitet Baden-Württemberg über das Landesgesundheitsamt (LGA) mit der Landesärztekammer und dem Deutschen Wetterdienst zusammen. Das Aktionsbündnis sollte seine Zusammenarbeit auf weitere Akteure im Gesundheitswesen ausweiten, insbesondere in den Bereichen der Pflege (ambulant und stationär), der stationären Krankenversorgung und des Rettungsdiensts sowie

¹⁹ Marks et al., Young People's Voices on Climate Anxiety, Government Betrayal and Moral Injury: A Global Phenomenon, 2021. Positionspapier der Task-Force der DGPPN: Klimawandel und psychische Gesundheit 2022; SINUS-Jugendforschung, Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter Jugendlichen: Eine SINUS-Studie im Auftrag der BARMER, 2021.

²⁰ Müller et al, Planetary Health: Ein umfassendes Gesundheitskonzept, Deutsches Ärzteblatt, 2018, 115 (40), 1751 f.

²¹ Winklmayr, an der Heiden, Hitzebedingte Mortalität in Deutschland 2022, Epid Bull 2022 (42), 3–9.

auf die Kommunen. In den Klimaanpassungsgesetzen des Bundes und Baden-Württembergs sind Maßnahmen und Vorgaben zu Hitzeaktionsplänen (HAP) vorgesehen. Die Enquetekommission begrüßt diese Entwicklung. Vom Land sollten gesetzliche Rahmenbedingungen für die Entwicklung und Umsetzung von Hitzeaktionsplänen gesetzt werden, die Vorgaben zu den Kriterien enthalten müssen, wann und von welcher Ebene (Landkreis oder Kommune) Hitzeaktionspläne entwickelt und vorgehalten werden müssen. Dem HiAP-Konzept entsprechend sollten in die Entwicklung und Umsetzung von Hitzeaktionsplänen weitere relevante Politikfelder sowie alle relevanten Akteure im Gesundheitssektor eingebunden werden. Zur Beratung und Vernetzung der Kommunen in der Entwicklung und Umsetzung von Hitzeaktionsplänen sollte eine Koordinationsstelle auf Landesebene eingerichtet werden, die etwa im Kompetenzzentrum Klimawandel und Gesundheit des Landesgesundheitsamtes anzusiedeln wäre. Parallel zu Hitzeaktionsplänen ist es dringend notwendig, gesundheitsbezogenen Hitzeschutz in Bau- und Arbeitsschutzgesetzen entsprechend zu berücksichtigen und das offene Problem der Erreichbarkeit sozial isolierter Menschen in Hitzewellen zu lösen, etwa mithilfe einer datenschutzkonformen systematischen Warnfunktion. Die Kommunen dürfen die Entwicklung von HAP zukünftig nicht mehr als zusätzliche Belastung unter Inanspruchnahme vieler Ressourcen sehen, sondern als Ausprägung der Schutzpflicht für das menschliche Leben.

Das Gesundheits- und Pflegesystem ist vom Klimawandel doppelt betroffen: einerseits wegen der Herausforderung durch die große Gesundheitsgefährdung. Andererseits ist das Gesundheits- und Pflegesystem mitverantwortlich für den Klimawandel, da es einen Teil der Treibhausgasemissionen verursacht. Der deutsche Gesundheitssektor trägt rund 5 % zu den nationalen Treibhausgasemissionen bei und sollte daher Verantwortung für die Umsetzung von Klimaschutzmaßnahmen übernehmen.²² Das Land muss darauf hinwirken, das Gesundheits- und Pflegesystem nachhaltig und insbesondere klimaneutral auszurichten. Zudem hat der Gesundheitssektor auch eine besondere Chance, den Folgen des Klimawandels entgegenzuwirken.

Herausforderungen

Die vorhandenen Regelstrukturen des Gesundheitssystems und die einschlägigen Fachdisziplinen (z. B. Medizin, Pflege und Rettungsdienst) müssen die Erkenntnisse zu den Risiken des Klimawandels für die Gesundheit umsetzen.²³ Darüber hinaus muss klimawandelbedingten Gesundheitsgefährdungen sektorenübergreifend entgegengewirkt werden.

Klimaschutz und Klimawandelanpassung sind Beiträge zu Gesundheitsschutz und -förderung, wie insbesondere die Problematik der Hitzewellen aufzeigt. Das sollte in der Kommunikation hervorgehoben werden. Gleichzeitig sollte das Gesundheitssystem selbst klimaneutral werden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission sieht den Klimawandel als bedeutende Gesundheitsgefahr für die Menschen in Baden-Württemberg und empfiehlt der Landesregierung folgende eindämmende Aktivitäten:

- a) Im Gesundheits- und Pflegesystem sollen in allen Bereichen Klimaaspekte stärker berücksichtigt und mittelfristig Klimaneutralität erreicht werden, beispielsweise durch Green Hospitals, nachhaltige Arztpraxen und Nachhaltigkeitsberichte. Um die Grund-

²² *The Lancet Countdown on Health and Climate Change*, Policy Brief für Deutschland, 2021.

²³ *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen, 2023.

lage dafür zu schaffen, soll die Landesregierung die Forderung an den Bund richten, das Ziel der Nachhaltigkeit in SGB V und SBG XI aufzunehmen.

- b) Die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels sollen auf die Agenda in der Politik, aber auch in der Gesellschaft, Wirtschaft und im Gesundheitswesen gesetzt werden. Dabei ist das Thema Hitze in den Fokus zu nehmen, weil Hitze schon jetzt als konkrete Beeinträchtigung erlebbar ist und das Ziel der Entwicklung einer hitzeresilienten Gesellschaft drängt. Klimaschutzmaßnahmen sollen auch als Gesundheitsprojekte verstanden werden. Eine Verknüpfung im Rahmen einer HiAP-Strategie des Landes bietet sich an. Das Kompetenzzentrum Klimawandel und Gesundheit im Landesgesundheitsamt kann hierzu maßgeblich beitragen und ist daher zu stärken.
- c) Der Klimawandel als Gesundheitsgefahr bzw. das Konzept der Planetaren Gesundheit muss in allen Ausbildungsgängen der Gesundheitsberufe, an den Lehrstühlen und in der Praxis der Medizin und Pflege verankert werden.
- d) Das Konzept der Planetaren Gesundheit ist in Bildungskonzepte an Schulen, Kindertagesstätten und Hochschulen aufzunehmen.
- e) Prävention im Bereich Klimawandel als Gesundheitsgefahr soll aktiv in Kooperation mit Unternehmen und Schulen angegangen werden, auf multiple Mehrwerte²⁴ in der Prävention soll aufmerksam gemacht und insbesondere das Thema Hitze und der kompetente Umgang mit Hitze in den Fokus gesetzt werden.
- f) Umfassende und integrierte Hitzeaktionspläne (HAP) für Kommunen mit Einbezug der Akteure aus dem Gesundheitswesen sind beschleunigt zu fördern und voranzutreiben. Daneben soll es in allen Schlüsselinstitutionen und Unternehmen eigene HAP geben. Die Landespolitik muss hierfür den rechtlichen Rahmen schaffen, der Vorgaben zu den Kriterien enthält, nach denen Hitzeaktionspläne bedarfsgerecht zu entwickeln und vorzuhalten sind (z. B. Einwohnerzahl, Verwaltungsgröße, Flächenversiegelung und Altersstruktur der Bevölkerung). Das Land soll unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten zudem die Kommunen bei der Entwicklung und Umsetzung von HAP und geeigneten Maßnahmen unterstützen, indem eine Koordinierungsstelle auf Landesebene aufgebaut wird und evtl. Musterpläne zur Verfügung gestellt werden.²⁵
- g) Hitzeschutz soll auch im Bau- und Arbeitsschutzrecht berücksichtigt und Maßnahmen mit Blick auf einen durch Hitze veränderten Arbeitsschutz an die zuständigen Körperschaften (z. B. Architektenkammer) sowie die Bundesebene herangetragen werden.
- h) Anpassungsmaßnahmen an Hitzewellen sind in der Stadtplanung durch den Ausbau blauer und grüner Infrastruktur voranzutreiben und Hitze frühwarnsysteme etwa mit Apps (wie der Hitze-Warn-App vom Deutschen Wetterdienst) weiter zu entwickeln.
- i) Bauliche Maßnahmen gegen Extremwetterereignisse wie z. B. Starkregen sollen für Gebäude in öffentlicher und privater Hand bekannter gemacht werden.
- j) Städte und Kommunen sind zu einer Überwachung ihrer Klimaanpassungsmaßnahmen zu animieren, zu beraten sowie die Qualität und Ergebnisse dieser Maßnahmen gegen Extremwetter zentral landesweit transparent zu machen durch Evaluation oder durch ein Monitoring.
- k) Die Bekämpfung vektorassoziierter Erkrankungen ist voranzutreiben, eine aktive Surveillance von zuverlässig zu meldenden vektor-basierten Erkrankungen aufzubauen sowie eine flächendeckende fachliche Beratung zu etablieren.

²⁴ Als multipler Mehrwert kann zum Beispiel die gesundheitsförderliche und gleichzeitig klimaschutzförderliche Wirkung von nicht motorisierter Fortbewegung und einer stärker pflanzlich ausgerichteten Ernährungsweise angesesehen werden.

²⁵ So ist beispielsweise die Entwicklung eines landkreisweiten Hitzeaktionsplanes im Landkreis Ludwigsburg im Rahmen des Mottos der „Partnerships for climate action“ weit fortgeschritten und die Veröffentlichung im Jahr 2024 vorgesehen.

2.6. Europäische und internationale Orientierung

Sachstand

Durch die Vernetzung der Welt muss Gesundheit global betrachtet werden. Gefahren wie Pandemien machen nicht an nationalstaatlichen Grenzen Halt und die internationale Arbeitsteilung ist so weit fortgeschritten, dass kein Land künftige Gesundheitsbedrohungen autark bewältigen kann. Gerade hier sind eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit und internationale Solidarität wichtig.

Das gilt in besonderem Maße für das Land Baden-Württemberg mit seinen Grenzregionen zu Frankreich und der Schweiz. Sie bilden nicht nur einen gemeinsamen Lebens-, sondern auch einen gemeinsamen Gesundheitsraum. Das macht koordinierte, grenzüberschreitende Reaktionen in Gesundheitskrisen umso notwendiger. In diesen Regionen sind Informationsaustausch und Kooperation über die Landesgrenzen hinweg essenziell, um die Ausbreitung von Infektionskrankheiten einzudämmen. Ein Gesundheitsraum endet allerdings nicht bei Fragen von Infektionen und deren Ausbreitung, sondern umfasst alle Bereiche der Gesundheitsversorgung. Das Land trägt dieser besonderen Bedeutung Rechnung: Mit der im Oktober 2023 erfolgten Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung ist das Trinationale Kompetenzzentrum für Ihre Gesundheitsprojekte (TRISAN) verstetigt.

Herausforderungen

Trotz der Fortschritte in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit gibt es auch Herausforderungen. Dazu gehört zunächst ein verbesserter Austausch von Wissen: Daten sind oftmals nicht vergleichbar und die zur Bewertung von Gesundheitskrisen herangezogenen Indikatoren sind national unterschiedlich. Zudem sollten Maßnahmen insbesondere in Grenzregionen besser abgestimmt werden. In der Coronapandemie hat sich zudem gezeigt, dass die Beschaffung und Verteilung von Impfstoffen und Schutzausrüstung besser koordiniert werden sollte. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, ist eine verstärkte internationale Koordination und Solidarität erforderlich. Dabei sollte die internationale Kooperation bereits vor Krisen ausgebaut werden, um vorbereitet zu sein. Die Europäische Union muss eine Schlüsselposition bei der Sicherstellung der Impfstoffverfügbarkeit und der Koordinierung von Maßnahmen einnehmen.

Aus den Erfahrungen der Coronapandemie heraus wurde von der Europäischen Kommission eine neue Behörde für Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen (*Health Emergency Preparedness and Response Authority; HERA*) eingerichtet. Sie hat ihre Arbeit im September 2021 aufgenommen. Im Bereich der Krisenvorsorge sammelt HERA Erkenntnisse zu potenziellen Gesundheitskrisen und baut erforderliche Reaktionskapazitäten auf. Darunter fällt beispielsweise die Beschaffung von Arzneimitteln, Impfstoffen und Schutzausrüstung. HERA kann im Falle einer gesundheitlichen Notlage Sofortmaßnahmen ergreifen und Hilfe für die Mitgliedstaaten mobilisieren. Eine verstärkte Zusammenarbeit in HERA ist zu unterstützen.

Das Land sollte sich im Rahmen seiner Möglichkeiten dafür einsetzen, dass die Zusammenarbeit in der Europäischen Union und ihren Institutionen im Gesundheitsbereich weiter gestärkt wird. Gleichzeitig wurde von Sachverständigen in den Anhörungen darauf hingewiesen, dass das Land seine Interessen stärker und frühzeitiger in den politischen Prozess innerhalb des Institutionengefuges der Europäischen Union einbringen solle und auch EU-Förderprogramme stärker nutzen könne.

Zudem sollte Baden-Württemberg die Zusammenarbeit mit seinen Nachbarstaaten weiterentwickeln und insbesondere in seinen Grenzregionen grenzüberschreitende Gesundheitsstrukturen ausbauen. Die Verfestigung von TRISAN ist ein Schritt in diese Richtung. Im Rahmen der Gefahrenabwehr und des Krisenmanagements könnte ein trinationales Lagezentrum temporär im Krisenfall sowohl den Informationsfluss für ein trinationales Lagebild als auch die Zusammenarbeit im Rahmen des Katastrophenschutzes am Oberrhein weiter verbessern.²⁶

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission sieht es als unerlässlich an, in allen Maßnahmen zur Krisenbewältigung, -vorbereitung und -prävention stets die europäische und internationale Ebene zu beachten, und gibt dazu insbesondere folgende Empfehlungen ab:

- a) Die Landesregierung soll sich für eine europäische Strategie, Koordinierung und Solidarität bei Notfallmaßnahmen in grenzüberschreitenden Krisenfällen einsetzen.
- b) Die Landesregierung soll auf ein verbessertes, strukturiertes Wissensmanagement in Krisen im grenzüberschreitenden Kontext drängen und sich dabei insbesondere auf eine vergleichbare Datenbasis (interoperable Datenbasis mit einheitlicher Datenerhebung im europäischen Raum), auf die Abstimmung und gemeinsame Kommunikation von Maßnahmen sowie auf ein grenzüberschreitendes Ressourcenmanagement fokussieren. Hin-sichtlich des grenzüberschreitenden Ressourcenmanagements ist zu berücksichtigen, dass Angaben zu vorhandenen Ressourcen stets aktualisiert werden und auch Kompetenzen zum grenzüberschreitenden Austausch der Ressourcen geregelt werden.
- c) Die Landesregierung soll verstärkt prüfen, inwiefern das Land existierende EU-Förderprogramme für die soziale Infrastruktur im öffentlichen Sektor, insbesondere für das Gesundheitssystem, nutzen kann.
- d) Die Vertretung des Landes Baden-Württemberg bei der Europäischen Union soll die Arbeit in den Ausschüssen des Europäischen Parlaments und im Trilog zwischen Parlament, Rat der Europäischen Union und Europäischer Kommission stärker begleiten, um die Interessen des Landes frühzeitig in das Rechtsetzungsverfahren der EU einzubringen.
- e) Die Grenzregionen des Landes sollen bei der Einführung von Maßnahmen der Krisenbewältigung frühzeitig angehört werden, beispielsweise im Rahmen eines trinationalen Lagezentrums am Oberrhein.
- f) Zur Bevorratung von Schutzausrüstung auf EU-Ebene ist darauf zu achten, dass aus den Mitgliedstaaten Rückmeldungen kommen, was an Bevorratung vorhanden ist.
- g) Die Landesregierung setzt sich im Bund und in der Europäischen Union dafür ein, dass insbesondere Arzneimittel, medizinische Hilfsmittel und Schutzausstattungen in Pandemien in ausreichendem Umfang innerhalb der Europäischen Union produziert und verlässlich geliefert werden können.

2.7. Kommunikation

Sachstand

Bei der Krisenbewältigung spielt die Bevölkerung eine entscheidende Rolle. Denn nur, wenn sie Maßnahmen kennt, akzeptiert und durch entsprechendes Verhalten umsetzt, sind sie wirksam. Mit sachlicher und strategisch geplanter Kommunikation, die Risiken sowie Vor- und Nachteile von Maßnahmen transparent darstellt und dazu zielgruppengerechte Formate mit verständlicher Sprache nutzt, kann das Verständnis einer Situation und die Akzeptanz von

²⁶ *Oberrheinrat & Oberrheinkonferenz, Pandemie am Oberrhein: Passende Lösungsansätze für eine Metropolregion, 2021, S. 5.*

Maßnahmen in der Bevölkerung wesentlich gestärkt werden. Unabdingbar für eine erfolgreiche Krisenbewältigung ist daher eine transparente und zielgruppengerechte Risikokommunikation.

Herausforderungen

Um in (Gesundheits-)Krisen erfolgreich zu kommunizieren, müssen komplexe Sachinformationen für die unterschiedlichen Zielgruppen verständlich und für ihren Alltag anschlussfähig vermittelt werden. Die Menschen sind dabei in jeder Hinsicht respektvoll zu behandeln und in ihrer individuellen Lebenssituation ernst zu nehmen – sie sind als „Expertinnen und Experten ihrer Lebenssituation“ anzuerkennen. Es ist darauf zu achten, dass alle Bevölkerungsteile gleichermaßen erreicht werden. Dazu sind die unterschiedlichen Bedürfnisse/Gegebenheiten der einzelnen Bevölkerungsgruppen sowohl in der Aufbereitung der Information als auch in der Wahl des Mediums oder Kommunikationsformats zu berücksichtigen. Aufsuchende Strategien zur Aufklärung und Information sind für einige Bevölkerungsgruppen essenziell, zum Beispiel für jene mit geringer Gesundheitskompetenz, niedrigem sozioökonomischem Status oder hoher Pflegebedürftigkeit. Digitale Informationsangebote haben eine hohe Reichweite und müssen dringend ausgebaut werden. Gleichzeitig darf nicht vergessen werden, dass einige Menschen geringe digitale Fähigkeiten und/oder keinen ausreichenden Zugang zum Internet haben. Sie können auf digitalen Wegen dadurch nicht effektiv erreicht werden.

Eine weitere Herausforderung für eine erfolgreiche Kommunikation ist oftmals der Mangel an gesichertem Wissen zur aktuellen Situation, der zukünftigen Entwicklung sowie der Wirkung von Maßnahmen zur Krisenbewältigung. Es gilt, die Grenzen des Wissens aufzuzeigen und Unsicherheiten transparent zu kommunizieren. Die Politik ist hier in der Verantwortung, aber auch die Wissenschaft und der Wissenschaftsjournalismus. Zugleich muss das erforderliche wissenschaftlich fundierte Wissen systematisch ausgebaut und abgesichert werden.

Die Masse an Nachrichten und die Vielfalt an Informationsquellen können überfordern und informierte Entscheidungen erschweren. Hinzu kommt, dass Falsch- und Desinformationen in akuten Krisen vermehrt in Umlauf geraten bzw. gezielt gestreut werden. Sie können zu zusätzlicher Verunsicherung in der Bevölkerung führen und bergen nicht nur die Gefahr, die Krisenbewältigung zu unterminieren, sondern auch die, Misstrauen in die staatlichen Institutionen zu schüren und die Gesellschaft zu spalten. Wichtig ist daher, dass verlässliche, umfassende und laufend aktualisierte Informationen schnell und gut erreichbar von der Politik zur Verfügung gestellt werden. Falsch- und Desinformationen muss außerdem von politischer Seite entschieden und aktiv entgegengetreten werden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission gibt zur Stärkung der Kommunikation in Krisen folgende Empfehlungen an die Landesregierung ab:

- a) In Krisenlagen muss schnell auf einen vorkonzipierten zentralen und barrierefreien Internetauftritt als Informationsplattform zurückgegriffen werden können, auf dem die Bevölkerung stets alle relevanten und aktuellen Informationen an einem Ort findet.
- b) Zur Beratung der Bevölkerung über Beratungshotlines sollen moderne, KI-gestützte Systeme und Botsysteme eingerichtet und gepflegt werden, da der Informationsbedarf in Krisen wie Pandemien hoch ist und sich viele Anfragen ähneln.
- c) In der Kommunikation soll stets eine einfache Sprache mit bildlichen Darstellungen verwendet und möglichst viele Fremdsprachen berücksichtigt werden. Zudem soll

Kommunikation einerseits immer klar und eindeutig bezüglich der Probleme sein. Andererseits soll sie gleichzeitig Lösungen vermitteln.

- d) Um Personen mit niedriger sozialer Teilhabe (z. B. alleinlebende pflegebedürftige Menschen mit höheren Pflegegraden, Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz oder niedrigem sozioökonomischem Status) zu erreichen beispielsweise durch aufsuchende soziale Arbeit, soll eine Strategie erarbeitet und erforderliche analoge Systeme gezielt beibehalten werden.
- e) Im Krisenfall ist die Kommunikation nach innen mit allen Stakeholdern/Leistungserbringern (z. B. Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen) und Betroffenenorganisationen schnell auf Basis vorher festgelegter, durchdachter Strukturen aufzubauen, wie etwa in der Coronapandemie mit der Task-Force Langzeitpflege und Eingliederungshilfe geschehen. Dies ist in den jeweiligen Pandemieplänen zu verankern.
- f) Zu den krisenbedingten Verordnungen und Gesetzen sollen verpflichtend und zeitgleich spätestens mit dem Inkrafttreten Erläuterungen wie FAQ u. Ä. herausgegeben werden, denn Verordnungen und Gesetze müssen gerichtsfest sein, was sie mitunter schwer verständlich macht.
- g) In die Kommunikationsstrategie sind die Beschäftigten im Gesundheitswesen aktiv als Zielgruppe einzubeziehen.
- h) Kommunikation zu biologischen Gefahrenlagen soll optimiert werden, um Einheitlichkeit herzustellen und wissenschaftliche Komplexität für Bürgerinnen und Bürger verständlich und nachvollziehbar darzustellen.
- i) Die Kommunikation muss weiter professionalisiert werden durch frühzeitige personelle Verstärkung von kommunikationsrelevanten Bereichen und Personen mit entsprechenden Kenntnissen sowie frühzeitige enge Zusammenarbeit der Fachebene und Presse/Öffentlichkeitsarbeit und der Festlegung von Ansprechpartnern. Gegebenenfalls ist das Heranziehen von Agenturen und externen Dienstleistern zu prüfen.
- j) Falschmeldungen muss proaktiv und systematisch entgegengesetzt werden.
- k) Wissenschaftsjournalismus ist zu stärken.
- l) Wissenschaftskommunikation muss im Studium gestärkt werden, damit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ihrer Verantwortung in der Kommunikation durch eine entsprechende Ausbildung nachkommen können.

2.8. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Sachstand

Für ein krisenfestes Gesundheitssystem ist der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) von herausragender Bedeutung. Er fördert die Gesundheit der Bevölkerung aktiv und präventiv und schützt sie nicht nur vor Infektionen, sondern auch vor umweltbezogenen Einflüssen. Dadurch soll dazu beigetragen werden, sozial bedingte und geschlechterbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen abzubauen.²⁷ Bereits vor der Coronapandemie sind Defizite im ÖGD entstanden, die in der Pandemie deutlich sichtbar wurden. Hierzu gehören die unzureichende personelle und materielle Ausstattung, eine geringe Verzahnung des ÖGD mit Forschung und medizinischer Ausbildung sowie ein Mangel an Koordination in der dezentralen Struktur des ÖGD.²⁸

Mit dem Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst vom 29. September 2020 wurde auf diese Defizite reagiert: Ab dem Jahr 2021 stellt der Bund für sechs Jahre insgesamt vier Milliarden Euro zur Verfügung, um Personal aufzustocken, den ÖGD zu modernisieren und zu digitalisieren. Um ihn neu zu strukturieren, wurde das Landesgesundheitsamts (LGA) zum 1. Januar 2022

²⁷ ÖGDG BW, § 1 und § 7.

²⁸ Ein weiteres Defizit ist die unzureichende Digitalisierung des ÖGD, welche unter 4.1.4. behandelt wird.

in das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration eingegliedert. Alle fachlich-strategischen und operativen Aufgaben werden damit zusammengeführt und Synergieeffekte geschaffen. Gleichzeitig erfolgte die Übertragung der Aufsicht über die Gesundheitsämter im Land auf die neue Abteilung. Das LGA übernimmt somit eine wesentliche Koordinierungs- und Steuerungsfunktion bei der Weiterentwicklung des ÖGD.

Mit dem Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst vom 29. September 2020 wurde auf diese Defizite reagiert: Ab dem Jahr 2021 stellt der Bund für sechs Jahre insgesamt vier Milliarden Euro € zur Verfügung, um Personal aufzustocken, den ÖGD zu modernisieren und zu digitalisieren. Um ihn neu zu strukturieren, wurde das Landesgesundheitsamts (LGA) zum 1. Januar 2022 in das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration eingegliedert. Alle fachlich-strategischen und operativen Aufgaben werden damit zusammengeführt und Synergieeffekte geschaffen. Gleichzeitig erfolgte die Übertragung der Aufsicht über die Gesundheitsämter im Land auf die neue Abteilung. Das LGA übernimmt somit eine wesentliche Koordinierungs- und Steuerungsfunktion bei der Weiterentwicklung des ÖGD.

Herausforderungen

Um zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit beitragen zu können, muss der ÖGD stärker in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtet werden. Dazu muss sein Aufgabenspektrum den Anforderungen entsprechend wachsen. Insbesondere soll sein Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit gestärkt werden, indem die Förderung und Prävention für sozial benachteiligte Menschen weiterentwickelt werden. Für ein anwachsendes Aufgabenspektrum ist es neben einer besseren personellen und materiellen Ausstattung besonders wichtig, den ÖGD bedarfsgerecht multiprofessionell aufzustellen, d. h. Personal mit unterschiedlicher Fachexpertise einzustellen (*Public Health*, Epidemiologie, Biologie bzw. Virologie, Medizin und Pflege).

Der Personalaufwuchs ist mit der Umsetzung des Pakts für den ÖGD in Baden-Württemberg in vollem Gange. Allerdings gestaltet sich insbesondere die Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten für den ÖGD schwierig. Um einer bedarfsgerechten und zukunftsorientierten Personalentwicklung Rechnung zu tragen, wurde der ÖGD für weitere Facharztqualifikationen und andere Abschlüsse eines naturwissenschaftlichen oder gesundheitswissenschaftlichen Studiengangs geöffnet.²⁹ Weitere Schritte sind notwendig, um einerseits mehr Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit im ÖGD zu gewinnen und andererseits Multiprofessionalität zu erreichen. Auch ist es notwendig, fachlich qualifizierte Pflegende in die Arbeit des ÖGD systematisch mit einzubeziehen, um eine verbesserte Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege zu erreichen.

Zudem muss der ÖGD eine stärkere wissenschaftliche Fundierung erhalten, etwa durch angewandte *Public-Health*-Forschung, einen systematischen Austausch zwischen Praxis und Wissenschaft und eine Stärkung in der ärztlichen Ausbildung. Zum 1. Oktober 2021 trat die Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) in Kraft, mit der der ÖGD in der ärztlichen Ausbildung gestärkt wurde. Dadurch sind Kenntnisse zum öffentlichen Gesundheitswesen und zur Bevölkerungsmedizin prüfungsrelevante Teile des Medizinstudiums und die praktische Ausbildung in der Famulatur und im Praktischen Jahr kann auch in einem Gesundheitsamt geleistet werden. Darüber hinaus sind weitere Schritte notwendig, um den ÖGD stärker mit der Forschung und Ausbildung zu verzahnen.

²⁹ ÖGDG BW, § 4 Absatz 1, LT-Drs. 17/2934, S. 45.

Auf akute Krisen ist der ÖGD zurzeit strukturell nicht ausreichend vorbereitet. In den Gesundheitsämtern sind dauerhaft bestehende Strukturen für Krisensituationen mit fachlich qualifiziertem Personal aufzubauen, die im Bedarfsfall sofort aktiviert werden können (Kriseninterventionsteams). Um seine Fachexpertise einzubringen, ist der ÖGD bei gesundheitlichen Notlagen einzubinden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission sieht den Öffentlichen Gesundheitsdienst als tragende Säule einer krisenfesten Gesellschaft an und richtet folgende Empfehlungen an die Landesregierung:

- a) Der ÖGD soll zukünftig mehr Aufgaben in der Gesundheitsförderung und Prävention wahrnehmen, beispielsweise sollte das Impfen im ÖGD wieder zugelassen werden. Das Aufgabenspektrum ist von der Landesregierung zu evaluieren und zu differenzieren. Sein Aufgabenfeld muss den Anforderungen entsprechend wachsen. Dazu sind ein personeller und finanzieller Aufbau genauso wie eine starke Vernetzung der befassten Stellen untereinander notwendig.
- b) Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung für marginalisierte Gruppen sind als Kernaufgaben des ÖGD zu stärken.
- c) Der ÖGD muss sich für andere Professionen öffnen, insbesondere für die Pflege, und zukünftig multiprofessionell und interprofessionell aufgestellt sein. Zu bedenken ist insbesondere, wie *Community Health Nurses* im ÖGD eingesetzt und Betriebsärztinnen und Betriebsärzte stärker eingebunden werden können.
- d) Auf attraktive Beschäftigungsmöglichkeiten im ÖGD muss hingearbeitet werden.
- e) Der ÖGD soll in der Lehre im Medizin- und Pflegestudium sowie in der Weiterbildung der Allgemeinmedizin gestärkt und mit einer ÖGD-Quote bei den Studienplätzen hinterlegt werden. Zusätzlich bedarf es einer besseren Vernetzung des ÖGD mit Wissenschaft und Forschung, etwa in Form von Lehr- und Forschungsgesundheitsämtern. Es wird empfohlen, eine Gesamtkonzeption der Aus-, Fort- und Weiterbildung für den ÖGD in Baden-Württemberg, vernetzt mit Wissenschaft und Forschung zu entwickeln.
- f) In den Gesundheitsämtern sollen dauerhaft bestehende Krisenstabsstrukturen (Kriseninterventionseinheiten) für Ereignisse wie Pandemien, Hitzewellen und weitere Szenarien gesundheitlicher Notlagen aufgebaut werden.
- g) Gleichzeitig ist der ÖGD bei gesundheitlichen Notlagen in bestehende Strukturen des Katastrophenschutzes in verantwortlicher Funktion einzubinden.
- h) Auf Landesebene soll ein Gremium, wie etwa eine Arbeitsgruppe, mit Beteiligung aller Ebenen und Ressorts eingerichtet werden, um langfristig den krisenbezogenen Gesundheitsschutz zu planen.
- i) Es ist vorab zu überlegen, wie ein kurzfristiger Aufwuchs an Personal in Gesundheitsämtern im Krisenfall möglich ist. Empfehlenswert ist die Vorhaltung von fachlich qualifiziertem Stammpersonal innerhalb des ÖGD, das für koordinative Aufgaben geschult und quantitativ so aufgebaut ist, dass es kurzfristig Personalaufwuchs mit einzulernenden Kräften ermöglichen kann.
- j) Die Landesregierung soll prüfen, inwiefern existierende EU-Förderungen zur Stärkung des ÖGD besser ausgeschöpft werden können.

2.9. Forschung und Daten

Sachstand

Zielgerichtete Gesundheitspolitik ist darauf angewiesen, auf verlässliche (empirisch abgesicherte), umfassende und aktuelle Daten zurückzugreifen. Die Coronapandemie hat deutlich gemacht, dass in Deutschland insbesondere Daten zu den Verläufen und Folgen von Infektionen

sowie zu Behandlungen und Impfungen fehlen bzw. nicht systematisch erhoben werden. Die Forschung musste sich häufig auf Daten aus dem Ausland verlassen, wie beispielsweise aus Dänemark, Israel oder den USA. Dabei kann die Nutzung sog. „Big Data“ für eine wissenschaftliche Betrachtung verschiedener Themen der Gesundheitspolitik entscheidend sein. Wichtig ist neben einer digitalen und umfassenden Datenakquise auch deren fundierte Zusammenführung und Analyse als Basis politischen Handelns. Dies betrifft die medizinischen Daten von GKV und PKV ebenso wie die Daten der Pflegeversicherung, der Berufe im Gesundheitswesen und weitere Daten. Dabei ist es wichtig, die relevanten und bereits vorhandenen Datenpools zu identifizieren, ggf. zusammenzuführen und zu analysieren, welche Daten (noch) nicht vorhanden sind und regelmäßig im Sinne eines Monitorings erhoben werden müssen. Beispielsweise bedarf es einer zielgerichteten Forschung in Schwerpunkten wie Begleitforschung zur Coronapandemie (z. B. zu den langfristigen Auswirkungen der Pandemiemaßnahmen auf die körperliche, psychische, soziale und geistige Entwicklung), Forschung zur gesundheitlichen Situation relevanter Bevölkerungsgruppen (z. B. Kinder und Jugendliche) oder forschendes Monitoring von Gesundheitsproblemen ärmerer Menschen.

Herausforderungen

Bislang gibt es keine umfassende Gesundheits-Forschungsagenda, welche die verschiedenen Forschungsrichtungen aus den unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen zusammenführt. Einen guten Ansatz liefert hier die „Forschungsagenda 2018–2025 – Evidenz erzeugen – Wissen teilen – Gesundheit schützen und verbessern“ des RKI.³⁰ Dabei gilt es, eine Agenda zu entwickeln, die multiprofessionell ausgerichtet ist und sowohl die Ist-Situation als auch zukünftige Lösungswege im Blick hat. Darüber hinaus müssen Projekte wie der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (Kooperationsprojekt der Universität Bielefeld und der Hertie School unter Förderung der Robert Bosch Stiftung)³¹ hinzugezogen werden.

Es gibt aktuell eine Vielzahl von gesundheitsbezogenen Datenerhebungen in Bund und Land (z. B. RKI, Statistisches Bundesamt, GENESIS, Kranken- und Pflegekassen). Dieser beinahe unüberschaubaren Fülle von Daten im Gesundheits- und Pflegewesen stehen Probleme der gemeinsamen/kooperativen Datennutzung gegenüber. Auch sind die Daten nicht nutzerfreundlich aufbereitet und zugänglich. Datenbanken wie Eurostat oder auch die Datenbank des NHS (Großbritannien) können als Best-Practice-Beispiele einen Weg zur Entwicklung von gesundheitsbezogenen Datenbanken aufzeigen.

Insgesamt müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Gesundheitsforschung und -datennutzung verbessert werden. Die Landesregierung hat die Positionen Baden-Württembergs basierend auf der Roadmap Gesundheitsdatennutzung³² in der Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsdatennutzung eingebracht, die die aktuellen Normsetzungsverfahren bei der EU und im Bund begleitet. Mit den Gesetzentwürfen zum Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) und zum Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) sind viele Anliegen des Landes aufgegriffen worden.

³⁰ RKI, Forschungsagenda, 2018.

³¹ Schaeffer et al., Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz: Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken, 2018.

³² Stellungnahme Baden-Württembergs zu den Referentenentwürfen DigiG und GDNG, LT-Drs. 17/5089.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission richtet folgende Empfehlungen im Bereich Forschung und Daten an die Landesregierung:

- a) Eine Forschungsagenda Gesundheit für Baden-Württemberg in Kooperation mit dem Bund und bereits bestehenden Institutionen soll entwickelt werden. Dabei sollen nicht nur die einschlägigen Wissenschaftsdisziplinen (insbesondere Medizin, Pflege, Soziologie, Psychologie) einbezogen werden, sondern auch gesellschaftlich relevante Akteure.
- b) Ein interdisziplinär angelegtes Forschungsprogramm „Gesundheit und Krisenfeste Gesellschaft“ sowie spezielle Forschungsförderung in den Bereichen „Gesundheit und Pflege“, „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“, „psychische Gesundheit“ und „Gesundheit wirtschaftlich benachteiligter Bevölkerungsgruppen“ sollen eingerichtet werden.
- c) Stärkung der Gesundheitsforschung und Gesundheitswissenschaft, das heißt vereinfachte Genehmigungsverfahren für experimentelle und klinische Studien ohne Beeinträchtigung der Sicherheit (siehe *Rolling Review* bei Impfstoffen).
- d) Für die Behandlung und Forschung der an Long Covid sowie ME/CFS Erkrankten sollen Gelder bereitgestellt werden, um die Beratungs- und Behandlungsangebote auszubauen und zu verbessern.
- e) Die Landesregierung soll sich auf EU-Ebene für die Erforschung von Infektionskrankheiten mit pandemischem Potenzial einsetzen und eine schnell umsetzbare und rechts sichere Zusammenarbeit unterschiedlicher Einrichtungen im öffentlichen und privaten Sektor – national und international – realisieren.
- f) Es ist wichtig, bestehende Strukturen zur translationalen und klinischen Forschung zu erhalten und zu stärken. Hierbei spielen Institutionen wie die Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung (DZG) und das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg eine entscheidende Rolle. Durch die Sicherung und Weiterentwicklung dieser Einrichtungen kann eine solide Basis geschaffen werden, um Forschungsergebnisse aus dem Labor in die klinische Anwendung zu überführen.
- g) Die Landesregierung soll sich auf EU-Ebene für die Erforschung von Infektionskrankheiten mit pandemischem Potenzial einsetzen.
- h) Öffentliche Investitionen in die Forschungs- und Entwicklungsstandorte sollen gestärkt werden, um die Lücke zwischen Grundlagenforschung und Vermarktung oder Marktreife der Produkte durch öffentliche Investitionen zu überwinden. Darüber hinaus soll geprüft werden, ob Vereinfachungen von Genehmigungsverfahren (z. B. bei klinischen Studien) möglich sind, Ethikvoten sollten z. B. nicht an jedem Standort neu eingeholt werden müssen.
- i) Die Landesregierung soll darauf drängen, dass ein Austausch von Daten im Gesundheitsbereich auf nationaler Ebene innerhalb der (deutschen) Länder und eine Verknüpfung mit europäischen Datenbanken erfolgt. Strukturen im Land sind in diesem Sinne gezielt zu fördern.
- j) Die Landesregierung soll für eine bessere Nutzung der fragmentierten nationalen, europäischen und globalen Überwachungssysteme für die gemeinsame Nutzung von Daten eintreten (z. B. hinsichtlich der Ressourcen für die Sammlung und Analyse von Daten auf nationaler oder auf regionaler Ebene, hinsichtlich der Datenqualität, der Erfassung von Kontextinformationen sowie gemeinsamer Grundsätze von Standards und Praktiken).
- k) Bestehende nationale Daten der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und der medizinischen und pflegerischen Gesundheitsversorgung sollen systematisch koordiniert und zusammengeführt werden. Datenlücken bzw. Forschungserfordernisse sollen systematisch identifiziert werden (z. B. Daten über Gesundheitsverhalten und Effektivität von gesundheitsfördernden Maßnahmen). Die Zusammenführung der erforderlichen Daten ist nur möglich, wenn gemeinsame Datenplattformen und ausreichende Rechnerkapazitäten aufgebaut werden.

- l) Bestehende Datenpools (z. B. Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen) sollen systematisch und unter rechtlicher Klärung zusammengeführt werden. Datenbanken sollen für Forschungszwecke geöffnet werden.
- m) Eine aktuelle, interdisziplinäre und umfassende Gesundheits- und Pflegeberichterstattung soll ausgebaut werden. Sie soll insbesondere Daten enthalten, die für die Planung in Landkreisen, Städten und Gemeinden benötigt werden, und die Sozial- und Gesundheitsberichterstattung auf Länder- und Bundesebene verknüpfen.
- n) Impfnebenwirkungen sollen verpflichtend und strukturiert gemeldet werden.

2.10. Notfallpläne

Sachstand

1999 rief die WHO jedes Land auf, nationale Pandemiepläne zu entwickeln. In Deutschland hat das RKI die Federführung. Es hat 2014 vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der Pandemie 2009 („Schweinegrippe“) eine wissenschaftliche Diskussion angeregt und einen (weiteren) nationalen Pandemieplan entwickelt, der mittlerweile mehrfach aktualisiert wurde. Die einzelnen Bundesländer verfügen ebenfalls über Pandemiepläne, die durch Gesetze und Verordnungen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen angewendet werden. Der Influenza-Pandemieplan Baden-Württemberg ist ein Modul des Seuchenalarmplans, der regelmäßig überarbeitet wird und in dessen Weiterentwicklung bereits einige Akteure gesetzlich verpflichtend eingebunden sind (z. B. die Landesapothekerkammer). Im Wesentlichen enthalten die Pandemiepläne Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung hinsichtlich einer potenziellen Ausbreitung von Infektionskrankheiten, zur gesundheitlichen Versorgung und Aufrechterhaltung der essentiellen öffentlichen Dienstleistungen sowie zu zuverlässigen und zeitnahen Informationen.

Die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen waren aufgefordert, betriebliche Pandemiepläne zu entwickeln und Notfallszenarien einzuüben. Expertinnen und Experten haben in den öffentlichen Anhörungen darauf hingewiesen, dass insbesondere die Umsetzung in den Ländern mitunter unterschiedlich war und die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in unterschiedlicher Weise mit den Notfallplänen und deren Einübung umgegangen sind, sie also unterschiedlich gut auf die Coronapandemie vorbereitet waren. Auch die Einbindung der relevanten Berufsgruppen und Träger von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen verlief unterschiedlich stark.

Herausforderungen

Die Coronapandemie hat gezeigt, wie wichtig aktuelle, interdisziplinär erarbeitete und landesweit abgestimmte Notfallpläne sind, da sie ein rasches Handeln und Eingreifen ermöglichen. Dabei sollten in die Ausarbeitung und Übung der Pläne möglichst alle Akteure, ausgehend von den Ministerien und Verwaltungsbehörden über die zentralen Berufsgruppen und Interessenvertretungen bis hin zur Bevölkerung, miteinbezogen werden. Dies stellt eine komplexe Anforderung dar, insbesondere weil die Pläne bestenfalls vor Eintritt eines Notfalls erarbeitet und erprobt wurden. Ein wichtiger Schritt ist hier, die bereits vorhandenen Pläne in feststehenden Intervallen und ggf. anlassbezogen zu überprüfen und zu überarbeiten. Ziel muss es sein, durch die Notfallpläne weitestgehend Entscheidungen rechtlich abzusichern und den Verantwortungstragenden Handlungsspielräume zu lassen, um zeitnahe Entscheidungen treffen und kommunizieren zu können. Die Einbindung der Bevölkerung in Entwicklung und Einübung ist nicht nur sinnvoll, sondern auch herausfordernd, denn die Bevölkerung zeichnet sich durch überaus heterogene Lebensbezüge aus. Vor diesem Hintergrund muss überdacht werden, wie insbe-

sondere die Bevölkerungsgruppen repräsentiert werden können, die sich erwartungsgemäß an diesen Entwicklungsprozessen nicht beteiligen (können).

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission sieht die Erarbeitung und Vorhaltung von Notfall-Plänen als entscheidenden Aspekt an und empfiehlt der Landesregierung dazu Folgendes:

- a) Die Landesregierung soll prüfen, wie das aufgezeigte Spannungsverhältnis für Verantwortungsträgerinnen und Verantwortungsträger zwischen schnellen Entscheidungen im Krisenfall und nachträglicher Aufarbeitung im Haftungsrecht aufgelöst werden kann.
- b) Der Seuchenalarmplan soll periodisch aktualisiert und neue Erkenntnisse eingearbeitet werden.
- c) In Krisenplänen sollen mögliche Cyberattacken auf Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden und Alternativen oder Redundanzen zu digitalisierten Prozessen und Informationen bedacht werden.
- d) Spezifische Krisenpläne sollen für spezifische Ereignisse unter Einbezug von Expertinnen und Experten sowie den relevanten Akteuren partizipativ entwickelt werden.
- e) Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung sollen in der Erarbeitung von Krisenplänen unter besonderer Berücksichtigung der Personalplanung unterstützt werden, indem etwa ein Pool an ungebundenen, nicht an der Regelversorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten über die Ärztekammer gepflegt und entsprechende Kommunikationskanäle vorgehalten werden.
- f) Ein übergeordnetes Krisenkonzept soll erarbeitet werden, in dem Kommunen und Landkreise (evtl. auch über die Gesundheitskonferenzen) mit den Einrichtungen der Daseinsvorsorge und der Gesundheitsversorgung zusammenarbeiten, beispielsweise bezüglich einer Notstromversorgung bei Stromausfällen oder einer Treibstoffbevorratung für ambulante Pflegedienste.
- g) Eine Notstromversorgung von Arztpraxen, die auch ambulante Operationen durchführen, soll geprüft werden.
- h) Notfallpläne für die Sicherstellung des Rettungsdienstes sollen erstellt werden.
- i) Die Landesregierung soll prüfen, ob substanziale Konzepte zur Sicherstellung der Energieversorgung des Rettungsdienstes und ärztlichen Bereitschaftsdienstes in den verschiedenen Szenarien von den dafür verantwortlichen Trägerinnen und Trägern bereitgehalten werden.
- j) Ein generischer Pandemieplan für respiratorische Erreger soll anstelle des bisherigen Influenzapandemieplans entwickelt werden.
- k) Die Landesregierung soll prüfen, ob Apotheken und vollversorgende Arzneimittelgroßhandlungen als Kritische Infrastrukturen zu berücksichtigen sind, um im Krisenfall das weitere Funktionieren ihres Betriebes zu gewährleisten und somit die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können.
- l) Einrichtungen für Menschen mit Behinderung oder Sammelunterkünfte für Geflüchtete sollen bei der Erstellung von spezifischen Notfallplänen mit besonderer Beachtung des Infektionsschutzes und etwaigen Isolierungsbedarfs in Einzelzimmern unterstützt werden, indem beispielsweise im Rahmen des Pandemieplans Hilfestellungen in Form von Checklisten bereitgestellt werden.
- m) Insgesamt soll die Ausarbeitung und Übung der Pläne in den Ministerien und Verwaltungsbehörden des Landes unter Einbeziehung der zentralen Berufsgruppen und Interessenvertretungen bis hin zur Bevölkerung aus den Erfahrungen der letzten Jahre flächendeckend fortgesetzt und zielführend überarbeitet werden. Dabei sind vulnerable Gruppen wie Wohnungslose, Suchtabhängige, Geflüchtete, Kinder und Jugendliche sowie Menschen in der Eingliederungshilfe und die von diesen besonders genutzten Einrichtungsformen in den Notfallplanungen gesondert zu bedenken und eine begleitende Schaffung von Regelungen zur Refinanzierung krisenbedingter Mehrausgaben gerade für die letztgenannten Bereiche sicherzustellen.

- n) Auf die gesetzliche Fixierung eines bundesgesetzlichen Sicherstellungsauftrags der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Schutzimpfungen soll hingewirkt werden. Solange es diesen nicht gibt, soll die Durchführung entsprechender Schutzimpfungen durch öffentlich-rechtliche Vereinbarungen auf Landesebene mit Kassenärztlicher Vereinigung und Landesärztekammer abgesichert werden – gegebenenfalls ergänzt um ein Auffangsystem ergänzender Leistungserbringer aus dem Bereich der Betriebsärzteschaft und der Apotheken, Zahnärzte und Tierärzte.
- o) Bestimmte versorgungssensible Bereiche (ambulanter Gesundheitsbereich, Pflegebereich) sollen verpflichtet werden, sich eigenständig auf krisenhafte Szenarien vorzubereiten und damit die eigene Durchhaltefähigkeit sicherzustellen.
- p) Die Einrichtung einer dezentralen Bevorratung von Schutz- und Versorgungsausrüstung bei den Bedarfsträgern soll unter Berücksichtigung der Finanzierung geklärt bzw. der Aufbau eines praxistauglichen Netzwerks, durch welches Lagerbestände landesweit unter Einschluss aller Bedarfsträger transparent (digital) abrufbar werden, vorangetrieben werden.

2.11. Stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung

Sachstand

Die Gesundheitseinrichtungen konnten während der Coronapandemie gemäß ihres gesetzlichen Auftrages die Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen und pflegerischen Leistungen aufrechterhalten. Derzeit ist allerdings die personelle und wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser überaus angespannt, sodass Insolvenzen eintreten bzw. befürchtet werden müssen. Personalmangel ist zugleich ein sehr großes Problem in allen medizinischen und pflegerischen Bereichen, nicht nur in Krankenhäusern. Dabei ist zwischen personellen Herausforderungen, die praktisch alle Akteure im Gesundheitswesen betreffen, und den wirtschaftlichen Herausforderungen, die aufgrund spezieller Effekte im Vergütungssystem in besonderem Maße für die Krankenhäuser gelten, zu differenzieren. Dieser zuvor benannte Trend muss dauerhaft umgekehrt werden.

Der Klimaschutz und folglich der nachhaltige Umgang mit Energiebedarfen gehören zu den größten gesellschaftlichen und politischen Herausforderungen unserer Zeit. Hier gilt es, im Krankenhausbau ökologisches und nachhaltiges Bauen zu etablieren, um die Krankenhäuser an die durch den Klimawandel geänderten Anforderungen anzupassen und zukunftsfähig zu machen.

Herausforderungen

Gute Gesundheitsversorgung muss für alle Menschen gleichermaßen erreichbar sein. Es sollte keinen Unterschied machen, ob jemand in der Stadt oder auf dem Land lebt. Um die Gesundheitseinrichtungen krisenfest zu machen und langfristig zu stärken, muss die Herausforderung eines sich zusätzlichen Personalmangels angegangen werden. Es gilt, einem weiteren Rückgang der verfügbaren Kräfte entgegenzuwirken und das noch vorhandene Personal zu schützen und zu unterstützen.

Die Gründe für den Ärzte- und Pflegefachkraftmangel im stationären und ambulanten Bereich spiegeln den gesamtgesellschaftlichen Wandel wider. Auch die Gegenmaßnahmen müssen daher vielfältig sein und insbesondere die Versorgungsstrukturen, die ärztlichen und pflegerischen Arbeitsbedingungen, die Aus- und Weiterbildung und die Infrastruktur im ländlichen Raum verändern, sodass sie besser mit den Bedürfnissen der nächsten Ärzte- und Pflegenden-

Generation vereinbar sind. Ressourcen und Verfahren zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen und Maßnahmen der Integration müssen evaluiert werden. Die Rahmenbedingungen ärztlicher und pflegerischer Arbeit haben sich über die Jahre nach und nach verschlechtert. Insbesondere wurde die Bürokratie über die letzten Jahrzehnte deutlich aufgebaut, qualitätssichernde Verfahren machen es notwendig, alle Arbeitsschritte zu dokumentieren. In Krisenzeiten ist es wichtig, die personellen Kapazitäten im klinischen Bereich schnell aufzubauen zu können, weshalb ein krankenhausbezogener Alarmplan zu entwickeln ist. Dieser soll Maßnahmen eines digitalen Kontakthalteprogramms zu ärztlichem und pflegerischem Personal im Ruhestand sowie in Elternzeit umfassen und dessen Potenzial, in Notfällen für einige Wochen auszuholzen, abfragen.

Auch im ambulanten Sektor haben sich die Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte gravierend geändert und die Arbeitsumfänge deutlich zugenommen. Die Freiheit der Wahl des Facharztes hat Hausärzte in ihrer Rolle als Lotsen im Gesundheitswesen geschwächt. Der demografische Wandel erreicht auch die niedergelassene Ärzteschaft mit der Folge, dass die Nachbesetzung von Arztsitzen insbesondere im ländlichen Raum zur immer größeren Herausforderung wird. Auch Arbeitszeitmodelle ändern sich, und immer mehr niedergelassene Ärzte arbeiten in Teilzeit um Familie und Beruf vereinbaren zu können. Dementsprechend nimmt der Bedarf von neu ausgebildeten Medizinerinnen und Medizinern zu.

Die Handlungsempfehlungen sollten darauf hinwirken, die Arbeitsbedingungen derart zu verbessern, dass junge Menschen gerne eine Ausbildung in diesen Berufen ergreifen und dass körperliche Ermüdung, psychische Resignation und ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf verhindert werden.

Der deutsche Gesundheitssektor trägt, wie im Abschnitt zum Klimawandel bereits erwähnt, rund 5 % zu den nationalen Treibhausgasemissionen bei. Daher sind Investitionen in Klimaschutz und Energieeffizienz in Gesundheitseinrichtungen zwingend notwendig. Der Nachhaltigkeitsaspekt muss umgehend in die Betriebe und in die Bauweise von Krankenhäusern einfließen. Das Land muss vor dem Hintergrund klimaschutz-politischer Zielsetzungen und der auch zukünftig zu erwartenden hohen Energiekostenniveaus die Krankenhaus-Förderprogramme entsprechend ergänzen und zusätzliche Fördermittel bereitstellen. Förderbereiche sind hier beispielsweise Standortoptimierungen sowie grüne und nachhaltige Gebäudeinfrastrukturen, z. B. Bestandsertüchtigung statt Neubau (Berücksichtigung CO₂-Schattenpreis), Zusammenlegung von Funktionen und tertiären Versorgungseinheiten (AEMP, Logistik, Apotheken, Labor usw.), Förderung raumsparender Lösungsansätze (Wäscheautomation, automatisierte Umkleidebereiche, Desk-Sharing usw.), Einsatz von nachhaltigen Bauelementen (Holzbau, leichte Bauweise, Bauelemente mit verminderter CO₂-Bilanz), energetische Sanierungen von Fassaden, Dächern, Fenstern, von Heizungen, Lüftungen, Energieversorgung und Leitungsführungen.

Handlungsempfehlungen

Im Bereich der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung gibt die Enquetekommission folgende Empfehlungen ab:

- a) Mit Blick auf den langfristigen Ausbau von *Green Hospitals* sollen die Investitionssummen vom Land für die Krankenhäuser im Landeskrankenhausplan aufgestockt werden, da steigende Baukosten in die Bemessung der förderfähigen Kosten einfließen müssen. Die Pauschalförderung für kleine Investitionen muss in kürzeren Abständen angepasst werden. Als Startschuss hin zu langfristigen Maßnahmen für *Green Hospitals* soll ein Sofortprogramm „Grünes und nachhaltiges Krankenhaus“ mit ausreichendem Fördervolumen und den Förderbereichen Standortoptimierungen sowie grüne und nachhaltige Gebäudeinfrastrukturen aufgesetzt werden. Bei den notwendigen Investitionskosten für

- Krankenhäuser sind auch die Vorkehrungen für mögliche Krisenlagen zu berücksichtigen wie etwa räumliche Ressourcen für Pandemiegeschehen und sonstige medizinische Notlagen. Hierfür sind die verschiedenen Investitionsfonds mit Bundesbeteiligung zu Strukturen, Digitales, Klima usw. auch durch eine Kofinanzierung nutzbar zu machen.
- b) Das Land soll einen krankenhausbezogenen Alarmplan entwickeln, der etwa die Errichtung von Notfallbehandlungseinheiten sowie von Maßnahmen eines digitalen Kontakthalteprogramms zu ärztlichem und pflegerischem Personal im Ruhestand sowie in Elternzeit umfassen soll und dessen Potenzial, in Notfällen für einige Wochen auszuholen, abfragt.
 - c) Eine gute ambulante Basisversorgung ist Voraussetzung für regionale Steuerung, Ambulantisierung und Umstrukturierung im stationären Bereich. Krankenhäuser könnten in Primärversorgungszentren mit Überwachungsbetten und Angeboten telemedizinischer Art umgewandelt werden, sodass Spitzenmedizin in die Fläche gebracht werden kann.
 - d) Die sektorenübergreifende medizinische Versorgung soll durch Verzahnung der Gesundheitsversorgung einschließlich der ambulanten Notfallversorgung mit Gesundheitsförderung, Rehabilitation und sozialen Einrichtungen sowie bürgerschaftlich engagierten Strukturen vorangetrieben werden. Das Ziel soll eine nahtlose, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung sein, die verstärkt kommunal und regional mitgestaltet wird.
 - e) Der Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Einrichtungen soll verbessert und der gesundheitliche Arbeitsschutz mit Beratungscharakter ausgebaut werden.
 - f) Die Landesregierung soll 150 neuen Medizinstudienplätzen mit starker Orientierung an der Hausarztaktivität unter Berücksichtigung einer Landarztkapazität und einer neu einzuführenden ÖGD-Quote schaffen.
 - g) Mit Blick auf Krisensituationen soll geprüft werden, wie die Steuerungs- und Finanzierungsverantwortung beim Land verortet und verstärkt werden kann.
 - h) Förderprogramme für Haus- und Kinderärzteausbildung und -ansiedlung auf dem Land sollen ausgebaut werden, um bereits aktuell bestehenden Engpässen entgegenzutreten. Zudem soll die generelle Attraktivität davon, sich niederzulassen, gesteigert werden, z. B. durch Bürokratieabbau (Hygienebestimmungen etc.), die Flexibilisierung der Niederlassungsmöglichkeiten für alle medizinischen Fachgruppen sowie die Ermöglichung verschiedener Praxismodelle.

2.12. Pflege

Sachstand

Die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen konnten während der Coronapandemie gemäß ihres gesetzlichen Auftrages die Versorgung der Bevölkerung mit pflegerischen Leistungen aufrechterhalten. Allerdings ist es mitunter zu gravierenden personellen Engpässen gekommen, so dass beispielsweise in der zweiten Coronawelle im Herbst 2020 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege auf die zeitlich befristete Unterstützung der Bundeswehr angewiesen waren, um die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner aufrechtzuerhalten. Derzeit ist die personelle und wirtschaftliche Lage der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen überaus angespannt, sodass Versorgungskapazitäten reduziert werden und auch hier Insolvenzen eintreten bzw. zu befürchten sind.

Die Arbeitsbedingungen hatten sich unter den Bedingungen der Coronapandemie weiter verschlechtert. Bereits im Jahr 2018 haben die drei Bundesministerien für Gesundheit (BMG), Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie Arbeit und Soziales (BMAS) die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) ins Leben gerufen, um den Arbeitsalltag von Pflegenden deutlich zu verbessern. Mittlerweile liegen erste Ergebnisse vor, so ist es etwa gelungen, die Pflegenden der Langzeitpflege verlässlich nach Tarif zu entlohen („Tariftreuegesetz“) und eine neues Personalbemessungsverfahren auf den Weg zu bringen (nach § 113c SGB XI).

Pflegefachpersonen haben im internationalen Vergleich deutlich weniger professionelle Entscheidungs- und Handlungsspielräume und sind bei vielen pflegerischen Handlungen auf die Verordnung von Ärztinnen und Ärzten angewiesen. Den Pflegefachkräften deshalb mehr Kompetenzen zu übertragen, ist ein sinnvoller, zeitlich überfälliger und bereits eingeschlagener Weg. Durch die Einführung der Vorbehaltsaufgaben in § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG) und die Möglichkeit der Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten nach § 14 PflBG wurden den Pflegefachkräften bereits mehr Kompetenzen übertragen und das Berufsbild insgesamt aufgewertet.

Zur Verbesserung der Infrastruktur in der Langzeitpflege fördert das Land Baden-Württemberg Kommunale Pflegekonferenzen, die darin unterstützen sollen, eine leistungsfähige, quartiersnahe und aufeinander abgestimmte Versorgungsstruktur in der Pflege zu schaffen. Die ersten Kommunalen Pflegekonferenzen wurden vor drei Jahren gegründet. Im Jahr 2023 sind 38 Bewerbungen für Kommunale Pflegekonferenzen eingegangen. Sie haben sich damit in der Kürze der Zeit als ein wichtiges Instrument zur Bewältigung des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels in der Langzeitpflege erwiesen. Mit ihrem Governance-Ansatz sind sie in der Lage, die Rolle der Kommune in der Langzeitpflege zum Wohle der pflegebedürftigen Menschen vor Ort zu stärken.

Seit 2020 gibt es eine generalistische Ausbildung in der Pflege. Damit hat sich Deutschland internationalen Gegebenheiten in der Ausbildung der Pflege angeschlossen und zugleich die hochschulische Ausbildung (Pflegestudium mit staatlicher Berufszulassung) ermöglicht. Die Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung ist noch nicht umfassend abgeschlossen und erfordert bzw. bindet noch immer Ressourcen. Dies gilt auch für die Einführung und Umsetzung der generalistischen Helferausbildung und muss bei den Aufgaben des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration weiter hohe Priorität haben. Dies gilt gleichermaßen für die hochschulische Pflegeausbildung. Leider ist es derzeit rechtlich noch nicht möglich, dass medizinische Rehabilitationseinrichtungen als Träger der praktischen Ausbildung in der Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann fungieren.

Das Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) und das geplante Pflegekompetenzgesetz, ab 2024 bringen die akademische Pflegeausbildung weiter voran. In dem der praktische Teil des Studiums aus dem Ausgleichsfonds nach dem Pflegeberufegesetz finanziert wird und Studierende dafür eine Vergütung erhalten, die der Ausbildungsvergütung bei beruflicher Ausbildung in der Pflege vergleichbar ist, werden wesentliche Hemmnisse beseitigt, die bislang zu einem Wettbewerbsnachteil zu Lasten der hochschulischen Pflegeausbildung beigetragen haben.

Herausforderungen

Die Arbeitsbedingungen und die personellen Engpässe haben sich während der Coronapandemie verschlechtert bzw. verstärkt. Die hohen Belastungen können aktuell in Studien belegt werden und dokumentieren sich in den Krankheitsstatistiken. Die Ergebnisse der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) müssen weiter umgesetzt werden, damit insbesondere die personelle Situation beispielsweise durch die neuen Personalbemessungsverfahren in der Langzeitpflege verbessert wird. Auch müssen noch immer verstärkt Ressourcen aufgebracht werden, um die generalistische Ausbildung zu realisieren und zu stabilisieren. Um den weiter zunehmenden Fach- und Arbeitskräftebedarf im Gesundheitswesen zu sichern, ist neben der Weiterentwicklung der deutschen Ausbildungen auch weiterhin auf die Zuwanderung bzw. Anerkennung ausländischer Pflegefachpersonen und Gesundheitsfachkräfte zu setzen. Hier sind von der Landesregierung bereits Aktivitäten aufgenommen worden (Optimierungsprozesse im Anerkennungsverfahren, Runder Tisch „Zuwanderung Gesundheits- und Pflegeberufe“). Diese gilt es, schnell und nachhaltig weiter voranzutreiben.

Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen stellt auch die Erweiterung der Entscheidungs- und Handlungsspielräume von Pflegenden dar. Die Übertragung von heilkundlichen Aufgaben und die Durchführung der vorbehaltlichen Aufgaben nach PflBG führen zu mehr Autonomie in der

Berufsausübung und zu einer Förderung der interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit. Allerdings gestaltet sich die Umsetzung in der Praxis schwierig, nicht nur in Baden-Württemberg. Voraussetzungen für eine gelingende Kompetenzerweiterung sind der Ausbau und die Stärkung von Ausbildungsplätzen (fachschulisch und hochschulisch), eine zukunftssichere Ausgestaltung von Ausbildung und Studium in der Pflege auf curricularer Ebene und ggf. eine bundesgesetzliche Änderung und zusätzliche personelle sowie finanzielle Ressourcen.

Durch die neuen Personalbemessungsverfahren (in der Langzeitpflege) kommt es in der Pflege zu einem neuen bzw. erweiterten Qualifikationsmix, der curricular (auf fach- und hochschulischer Ebene) sowie durch geeignete Personalentwicklungsmaßnahmen und eine Veränderung der Arbeitsabläufe betrieblich begleitet werden muss. Während der Coronapandemie haben Pflegende einen Großteil der Hygienemaßnahmen eigenständig durchgeführt und Aufgaben übernommen, die bislang nicht im Aufgabenprofil lagen (z. B. Testungen, Isolationskonzepte). Nicht beteiligt waren sie an der Durchführung von Impfungen, was international selbstverständlich ist. Die Pflegenden waren aber kaum strukturell beteiligt an den Entscheidungsgremien auf Trägerebene oder auf der politischen Ebene. Die geringen Mitwirkungsmöglichkeiten haben mitunter dazu geführt, dass die Probleme vor Ort bei der Umsetzung der Schutzkonzepte (beispielsweise bei demenziell erkrankten Personen) nicht ausreichend bekannt waren.

Die weitaus meisten pflegebedürftigen Menschen werden von ihren Angehörigen und Freunden (mit) betreut. Die systematische Verknüpfung von Pflege durch Angehörige und professioneller Pflege ist bislang nur wenig konzeptionell abgesichert. Die Unterstützungssysteme von pflegenden Angehörigen müssen deshalb weiter ausgebaut werden. Entscheidend ist hier auch, dass die interdisziplinäre Versorgung von pflegebedürftigen Menschen sich verbessert und nicht etwa die Angehörigen selbst diese Zusammenarbeit herstellen.

Handlungsempfehlungen

Im Bereich der Pflege gibt die Enquetekommission folgende Empfehlungen an die Landesregierung ab:

- a) Die Kompetenzen des Pflegepersonals sollen in der Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere zur Befähigung vulnerabler Gruppen, ausgeweitet werden. Zudem soll die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten an Pflegepersonal durch Modellprojekte schnell angestoßen und erprobt werden. Es sind außerdem neue Wege der Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten (sowohl Haus- als auch Fachärztinnen und -ärzten) und Pflegenden zu gehen. Unter den entsprechenden gesetzlichen Voraussetzungen sollen Primärversorgungspraxen zugelassen werden, die von Pflegepersonal geleitet werden, welches etwa chronisch Kranke behandeln und Rezepte ausstellen darf. Gleichzeitig ist darauf hinzuwirken, die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen so zu verbessern, dass Resignation und ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf verhindert werden, insbesondere für den Bereich der öffentlichen Hand.
- b) Es gilt, Rahmenkriterien und Vorschläge zur Umsetzung verschiedener Teilzeitmodelle, die sich an den besonderen Bedarfen der Auszubildenden orientieren, umzusetzen.
- c) Pflegende Familien bzw. An- und Zugehörige sollen institutionell angebunden werden. Hier eignen sich die ambulanten Pflegedienste, die bereits den Großteil der Beratungsbesuche durchführen. Auch wird angeregt, dass die pflegenden Familien auf ein Notfallsystem zurückgreifen können (beispielweise eine Notfallnummer mit 24-Stunden-Präsenz).
- d) Das „Innovationsprogramm Pflege“ soll weitergeführt und gestärkt und die Einführung einer quartiersbezogenen Pflegeinfrastrukturförderung geprüft werden.
- e) Pflegedienste sollen angesichts von dessen Finanzierungsverantwortung für Pflegeeinrichtungen vom Bund in die kommunalen Strukturen der Bevorratung (für Medikamente, Schutzausrüstung, Lebensmittel und Trinkwasser) eingebunden werden, da Pflegedienste aus Mangel an finanziellen Mitteln und Lagerfläche selbst keine adäquate Vorsorge für Krisen treffen können.

- f) Kommunale Pflegekonferenzen sollen dauerhaft und in allen Stadt- und Landkreisen als Plattformen zur Planung und Steuerung der pflegerischen Infrastruktur vor Ort mit den relevanten örtlichen Akteuren in der Langzeitpflege und im Gesundheitswesen unter Prüfung einer Kooperation mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen etabliert werden. Eine Verstetigung der Finanzierung der Kommunalen Pflegekonferenzen ist auch in Anbetracht der Modellvorhaben gem. § 123 SGB XI zwingend geboten.
- g) Die aus dem Ideenwettbewerb zum Verbleib im Beruf gewonnenen Projektideen sollen nach positiver Evaluation verstetigt und in ein Förderprogramm überführt werden.
- h) Die Ausbildungsoffensive Pflege des Bundes soll landesweit kommunikativ unterstützt werden, eine ergänzende Landesoffensive ist zu prüfen und eine Attraktivitätssteigerung des Berufs durch geeignete Arbeitsbedingungen grundsätzlich voranzutreiben.
- i) Beim Bund soll darauf hingewirkt werden, dass Pflegepersonal angemessener bezahlt wird und Pflegeeinrichtungen nicht nur für die Mindestbesetzung finanziert werden, sondern so, dass gute Rahmenbedingungen geschaffen werden können, wie zum Beispiel verlässliche Arbeitszeiten, Kinderbetreuung, Springerpools etc. Zu bedenken sind außerdem systematische Verbesserungen in der Vergütung, insbesondere Zuschläge für besonders anstrengende bzw. belastende Tätigkeiten wie besonders bei Nacht- und Wochenendarbeit.
- j) Damit auch Rehakliniken ausbilden können, ist auf eine Gesetzesänderung auf Bundesebene hinzuwirken.
- k) Die curriculare und praktische Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung ist ebenso weiter zu begleiten wie die Einführung der generalistischen Helferausbildung, die ebenfalls curricular geregelt werden muss.
- l) Die landesgesetzlich zu regelnde Ausbildung in der Pflegeassistenz soll passgenau zur generalistischen Ausbildung weiterentwickelt werden, um die Durchlässigkeit im Bildungssystem Pflege zu gewährleisten. Ein modulares Ausbildungssystem ist zu etablieren.
- m) Die Akademisierung der Pflege ist voranzutreiben, indem Studienplätze ausgebaut und finanziert werden sowie mehr Praxisplätze geschaffen werden. Dabei soll die Vergütung der praktischen Einsätze im Pflegestudium gesichert und ein Masterabschluss und eine Promotion in der Pflegewissenschaft ermöglicht werden, um ein Studium attraktiver zu machen.
- n) Die Ausbildung in der Pflege soll weiter unterstützt werden, indem Lernortkooperationen zwischen Schulen und Praxisstätten vom Land vernetzt werden. Zum Beispiel durch eine Verstetigung der regionalen Koordinierungsstellen für die generalistische Pflegeausbildung, nach Möglichkeit in Kooperation mit den Kommunalen Pflege- und Gesundheitskonferenzen.
- o) Neues Personal soll gewonnen und das bisherige beibehalten werden, wie z. B. im Modellprojekt der Uniklinika zur Weiterbildung in Intensivpflege und ambulanter Notfallversorgung.
- p) Die Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege ist zu beschleunigen und zu vereinfachen.
- q) Zur Novellierung des Pflegeberufegesetzes soll eine Forderung an den Bund gerichtet werden mit dem Ziel, eine einheitliche Finanzierung auch für die generalistische Pflegehilfe sowie für die praktische Ausbildung und die Vergütung bei der hochschulischen Ausbildung zu schaffen. Im Bereich der hochschulischen Ausbildung haben die Forderungen des Landes in Form des Pflegestudiumstärkungsgesetzes bereits Erfolg gezeigt.
- r) Es sollen mehr Ausbildungsplätze in der Pflege sichergestellt werden.
- s) Beratungs- und Therapieangebote für das Pflegepersonal sind auszubauen, um Belastungserfahrungen zu verarbeiten.
- t) Ein Berufsverzeichnis für Gesundheits- und Pflegeberufe soll aufgebaut werden, durch welches staatlich anerkanntes Pflegefachpersonal erfasst wird. Es soll auch aktuell nicht im Gesundheits- und Pflegewesen tätige Pflegefachpersonen erfassen, die dann im Krisenfall angesprochen und eingesetzt werden können. Es ist darauf zu achten, ehrenamtlich Tätige nicht im Berufsverzeichnis, sondern ggf. getrennt von Fachpersonal zu erfassen.

- u) Mehr Möglichkeiten zur Partizipation, Selbstbestimmung und sozialen Teilhabe älterer Menschen sollen geschaffen und auch in Krisen aufrechterhalten werden. Zudem sollen geeignete Fürsprecherinnen und -sprecher wie z. B. Angehörige dazu befähigt und darin begleitet werden, wenn Pflegebedürftige ihre Interessen selbst nicht mehr vertreten können.

2.13. Gesundheitswirtschaft

Sachstand

In Krisen können je nach Lage ganz unterschiedliche Güter zur Mangelressource werden. In der Coronapandemie waren das vor allem Schutzausrüstung, bestimmte Medizinprodukte wie Beatmungsgeräte und Arzneimittel wie Antibiotika, fiebersenkende Mittel und Impfstoffe. Auch nach der Pandemie sind Engpässe bei Medikamenten zu verzeichnen. Die Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten in Deutschland und Baden-Württemberg ist abhängig von der Produktion im Ausland. Starke Abhängigkeiten bestehen im Bereich der patentfreien verschreibungspflichtigen Arzneimittel und Wirkstoffe von Lieferanten in kostengünstiger produzierenden Nicht-EU-Staaten (hauptsächlich Indien und China). Auch wenn es heimische Produktionsstätten gibt, stammen chemische Grundstoffe und Wirkstoffe vielfach aus dem Ausland.³³ Fragile Lieferketten in Krisenzeiten führen dann zur Mangelversorgung.

Die Gesetzgebungskompetenz für Arzneimittel liegt auf Bundes- und EU-Ebene. Auf Landesebene beschäftigt sich die Arbeitsgruppe „Arzneimittel- und Medizinprodukteverordnung“ des Forums Gesundheitsstandort Baden-Württemberg mit der Evaluation von Liefer- und Versorgungsempässen. Sie gibt Handlungsempfehlungen zu Maßnahmen, die zur Arzneimittelversorgung auf Landesebene umgesetzt werden.³⁴

Zum Aufbau und Betrieb einer Notfallreserve des Landes Baden-Württemberg bis 2027 an persönlicher Schutzausrüstung (PSA) und Desinfektionsmitteln für künftige Pandemien liegt inzwischen ein Konzept vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration vor. Es beinhaltet einerseits den Aufbau einer physischen Notfallreserve an PSA und andererseits die Sicherung von Produktionskapazitäten über Rahmenvereinbarungen. Die Notfallreserve dient der Versorgung von Landesbeschäftigte im Pandemiefall.

Herausforderungen

Die landesweite Versorgungssicherheit im Bereich von Arzneimitteln, Medizinprodukten und Schutzausrüstung muss an erster Stelle stehen. Die heimische Gesundheitswirtschaft ist bei der Produktion und Vorhaltung von lebensnotwendigen Arzneimitteln und Medizinprodukten in die Verantwortung zu nehmen. Die Sicherung der Arzneimittelversorgung in Deutschland ist zunehmend auch eine strategische Frage. Dabei ist es nicht realistisch, die gesamte Arzneimittelproduktion in die Europäische Union oder nach Deutschland zurückzuholen. Stattdessen sollte sich das Land für diversifizierte Lieferketten und grundlegende Produktion am Standort einsetzen. Letzteres gilt gerade bei Wirkstoffen für versorgungsrelevante Arzneimittel, wie etwa Antibiotika. Dabei sind Ziele der Nachhaltigkeit, Klimaneutralität und Umweltverträglichkeit zu berücksichtigen, insbesondere im Hinblick auf globale Märkte. Geklärt werden sollte von der Landesregierung, in welchen Bereichen sich zentrale oder eher dezentrale

³³ LT-Drs. 17/5089, S. 106.

³⁴ FGBW, Was kann auf Landesebene unternommen werden, um die Arzneimittellieferengpass-Problematik kurz- und langfristig zu verbessern? Handlungsempfehlung als Grundlage für eine Vorlage für den Herrn Minister, 2023.

Strategien zur Bevorratung anbieten, um die Lieferkettenproblematik zu beheben und wer – über die Beschäftigten des Landes hinaus – prioritär mit Schutzausrüstung ausgestattet werden sollte (z. B. Pflegeheime/-dienste).

Die Förderung von Forschung und Produktion von lebensnotwendigen Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie eine Wertschöpfung im Inland und vor Ort in Baden-Württemberg sind eine logische Konsequenz. Die pharmazeutische Industrie benötigt berechenbare Rahmenbedingungen. Der Standort für Forschung, Entwicklung und Produktion muss attraktiv werden, sodass Arbeitsplätze entstehen und gehalten werden und die Wertschöpfung in Baden-Württemberg stattfindet. Zudem sollte die Reaktionsfähigkeit der Forschung, Entwicklung und Produktion weiter gefördert werden, da sie in akuten Krisen entscheidend sein kann. So können beispielsweise durch kurzfristige Umstellungen in der Produktion versorgungskritische Produkte substituiert werden. Für die Hersteller von Medizinprodukten in Baden-Württemberg stellt die europäische Medizinprodukteverordnung (*Medical Device Regulation; MDR*) eine wesentliche Herausforderung dar. Sie benötigen Unterstützung bei der Umsetzung der neuen Anforderungen für die Zulassung und Zertifizierung von Medizinprodukten, die sich für die Hersteller in Kostensteigerungen und erhöhtem bürokratischem Aufwand niederschlagen können.

Handlungsempfehlungen

Im Bereich der Gesundheitswirtschaft gibt die Enquetekommission folgende Empfehlungen an die Landesregierung ab:

- a) Konzepte zur landesweiten Versorgungssicherheit bei der Beschaffung, Bevorratung und Ausgabe von Medikamenten, Medizinprodukten und Schutzgütern mit umfassenden Strategien (zentral oder eher dezentral) sind zu entwickeln, vorzuhalten bzw. vorhalten zu lassen und fortlaufend zu aktualisieren.
- b) Das Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg (Forum GSBW) ist intensiv fortzusetzen, auszubauen und zu vertiefen. Es soll sich an den politisch priorisierten Themen, die sich auch in diesem Abschlussbericht wiederfinden, wie z. B. der Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln orientieren. Die vorliegenden Empfehlungen des Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg zur Problematik der Arzneimittelengpässe sind aktiv anzugehen.
- c) Zu den Themen Arzneimittelproduktion in Deutschland und der EU sowie Vorratshaltung von Arzneimitteln ist ein Runder Tisch im Rahmen des Forums GSBW mit allen an der Versorgungskette beteiligten Stakeholdern einzurichten. Ziel soll ein konkreter Maßnahmenkatalog sein, der entweder direkt auf Landesebene umgesetzt werden kann oder auf Bundes- oder EU-Ebene transportiert wird.
- d) Auf die Einführung eines Frühwarnsystems auf Bundesebene ist zu drängen. Es soll bei Lieferengpässen für Arzneimittel greifen, bei denen Meldepflicht seitens der Großhändler und Apotheken an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) besteht, und eine frühzeitige Meldepflicht bei Lieferschwierigkeiten im stationären und ambulanten Bereich sowie eine Auskunftspflicht der pharmazeutischen Unternehmen gegenüber dem BfArM hinsichtlich sich abzeichnender Lieferschwierigkeiten beinhalten.
- e) Grundsätze sind zu erarbeiten, die der Stärkung und Steigerung der Reaktionsfähigkeit des Forschungsstandorts Baden-Württemberg in Medizin und Gesundheit dienen und bisherige Maßnahmen ergänzen.
- f) In den für die Medizinprodukteüberwachung zuständigen Behörden sollen ausreichend Kapazitäten für die Aufgaben aufgebaut werden, und zwar gemäß der europäischen Medizinprodukteverordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte (MDR) und (EU) 2017/746 über In-vitro-Diagnostika (IVDR). Vor allem für Medizinprodukte, die

ansonsten aufgrund der Kostensteigerungen und Anforderungen an klinische Daten vom Markt genommen werden müssten („Nischenprodukte“), sowie für Notzulassungen in akuten Krisen.

- g) Die Evaluation und Umsetzung der MDR sollen weiter unterstützend begleitet werden. Bei der bereits gesetzlich für das Jahr 2027 vorgegebenen Evaluierung der MDR und IVDR ist auf sachgerechte Maßnahmen zur Deregulierung sowie zum Bürokratieabbau zu drängen und es sind die Prozesse zu beschleunigen.
- h) Fördergelder sollen nicht nur für die Forschung, sondern gezielt auch für die Produktentwicklung, Zulassung und Umsetzung von Regulatorik ermöglicht werden.
- i) Eine Senkung der Zulassungsgebühren ist zu prüfen.
- j) An den Bund ist die Forderung zu adressieren, eine Verpflichtung der Markakteure (Industrie, Großhandel) zur Vorhaltung einer Notfallreserve kritischer Medikamente wie z. B. Propofol einzuführen.
- k) Auf Bundesebene ist auf eine finanzielle Sicherung des Botendienstes der Apotheken hinzuwirken, um nicht mobile Patienten versorgen zu können. Dabei sollte die Vergütung beibehalten und auf eine kostendeckende Vergütung durch Krankenversicherung geachtet werden.

2.14. Ärztlicher Bereitschaftsdienst und Rettungsdienste

Sachstand

Die medizinische Notfallversorgung spielt eine wichtige Rolle in Krisensituationen und Katastrophen. Die Zusammenarbeit und Koordination zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen, insbesondere dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, den Rettungsdiensten und den Krankenhäusern, sind entscheidend, um eine effektive medizinische Notfallversorgung zu gewährleisten. Infolge des Terminservice- und Versorgungsgesetzes des Bundes wurde die Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) im ärztlichen Bereitschaftsdienst mit den Integrierten Leitstellen (ILS) der Rettungsdienste aufgegeben. Die KVBW hat eine von ihr selbst betriebene Service- und Vermittlungsstelle (KVBW SiS Sicherstellungs- GmbH) für die Disponierung des ärztlichen Bereitschaftsdiensts eingerichtet.

Herausforderungen

In den vergangenen Jahren wurde erkannt und von verschiedenen Fachgremien empfohlen, dass der Rettungsdienst und der ärztliche Bereitschaftsdienst wieder enger verzahnt werden müssen. Ziel muss eine barrierefreie und sektorenübergreifende Struktur der medizinischen Notfallversorgung sein. Die Struktur der Integrierten Leitstellen ist die ideale und zentrale Einheit, die sowohl die präklinische Notfallrettung als auch die bereitschaftsdienstärztliche Versorgung als primärer Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten koordiniert. Damit würden sie zu echten Hilfeleistungszentralen ausgebaut. Vom Bundesgesetzgeber müssen die Weichen so gestellt werden, dass es künftig technische Schnittstellen zwischen den Leitstellen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und den ILS gibt.

Um auf Hilfesuchen qualifiziert reagieren zu können, müssen die ILS, neben dem Rettungsdienst und dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, direkt auf verschiedene, auf den spezifischen subjektiven Notfall angepasste Angebote zugreifen können. Eine enge Verzahnung zur stationären Notfallversorgung mit einer digitalen Übersicht der stationären und ambulanten Versorgungskapazitäten in Echtzeit machen eine Notfallversorgung effektiv.

Wegen der demografischen Entwicklung soll die Landesregierung zudem beim Bund und den Kommunen auf eine stärkere Sensibilisierung in Bezug auf die Versorgung des ländlichen Raumes hinwirken.

Eine weitere Herausforderung stellt die psychiatrische Notfallversorgung dar. Hier hat die Coronapandemie gezeigt, dass es eines resilienteren Interventionsnetzwerkes bedarf, da psychisch vulnerable Personen in einer Krisensituation besonders gefährdet sind, ohne eine passende Versorgung eine erhebliche, gegebenenfalls sogar dauerhafte Störung zu erleiden. Psychiatrische Krisen- bzw. Notfalldienste sollten daher sowohl innerhalb als auch außerhalb der Regelzeiten sichergestellt und insbesondere gemeindenähe psychiatrische Angebote weiter gefördert werden. Langfristig werden durch Angebote der gemeindepsychiatrischen Krisenvorsorge eine erhöhte Sicherheit im öffentlichen Raum, eine Entlastung des ÖGD und der Ordnungsämter sowie eine Verringerung von Unterbringungsverfahren nach dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) erwartet.³⁵ Eine Verknüpfung der gemeindepsychiatrischen telefonischen Krisenhilfe außerhalb der Regelzeiten mit der Telefonhotline des ärztlichen Bereitschaftsdiensts wäre zur wechselseitigen Unterstützung der Ressourcen sinnvoll.

Handlungsempfehlungen

Um die Notfallversorgung im Land krisenfest aufzustellen, empfiehlt die Enquetekommission der Landesregierung Folgendes:

- a) Auf eine engere Verzahnung des ärztlichen Bereitschaftsdiensts und der ILS ist hinzuwirken. Sinnvoll ist eine digitale Fallweitergabe, sodass gewährleistet ist, dass Hilfesuchende in jedem Fall die geeignete Hilfe erreicht. Hierbei braucht es auch eine Verzahnung mit der Notfallreform des Bundes.
- b) Der Datenaustausch zwischen den Leitstellen, Rettungsdiensten im Einsatz und den weiteren Akteuren im Versorgungsbereich ist sicherzustellen, z. B. in Bezug auf die Verfügbarkeit von Betten in Krankenhäusern. Dazu soll eine Prüfung von geeigneten Instrumenten zur verlässlichen und verbindlichen Patientensteuerung vorgenommen werden.
- c) Der Aufbau einer gemeindepsychiatrisch organisierten Krisenversorgung soll geprüft und dann ggf. umgesetzt werden.
- d) Die personelle und sachliche Ausstattung des Rettungsdienstes ist sicherzustellen und dabei insbesondere die Energieversorgung der Rettungswachen und Rettungsmittel zu gewährleisten.
- e) Ehrenamtliche Ersthelfer sollen vermehrt in den Einsatz kommen. Dabei sollen gute Beispiele wie die Ersthelfer-App und Ähnliches zur Koordination eingesetzt werden.
- f) Der Rettungsdienst soll bei Rettungspaketen/Sicherstellungspaketen in Krisen mitbedacht werden.
- g) Gemeindenotfallsanitäter sollen eingeführt werden. Vor Pilotprojekten ist eine Experimentierklausel – entsprechend der bereits im aktuellen Entwurf für ein Gesetz zur Novellierung des Rettungsdienstgesetzes vorgesehenen Regelung – einzuführen.

³⁵ LT-Drs. 17/2934, S. 24.

2.15. Instrumente der Pandemiebekämpfung

Sachstand

Die Coronapandemie ging mit dem Übergang in die endemische Phase zu Ende. Das Risiko neuer Pandemien ist jedoch vorhanden und nimmt weiter zu. Die Gründe liegen hauptsächlich im weiteren Vordringen des Menschen in die Natur, im Klimawandel und in der zunehmenden Mobilität der Menschen. Jedes Jahr werden fünf neue Infektionskrankheiten bei Menschen festgestellt, von denen jede das Potenzial hat, sich auszubreiten und zur Pandemie zu entwickeln. Fast alle bekannten Pandemien und die meisten Infektionskrankheiten sind auf Zoonosen zurückzuführen, das heißt auf Erreger, die von Tieren auf Menschen übertragen werden und sich daraufhin unter Menschen ausbreiten. Schätzungen zufolge existieren in Tieren ungefähr 1,7 Millionen unentdeckte Viren, von denen bis zu 827 000 für den Menschen infektiös sein könnten.³⁶ Zusätzlich ist eine Zunahme an antibiotikaresistenten und multiresistenten Bakterien zu verzeichnen, die in der Behandlung von bakteriellen Infektionskrankheiten Probleme bereiten und zu einer Zunahme an Todesfällen führen, sodass von einer „schleichenden Pandemie“ der Antibiotikaresistenzen gesprochen wird.³⁷ An dieser Stelle sei erneut auf das Konzept der Planetaren Gesundheit hingewiesen, welches weiter vorne bereits erläutert wurde.

Herausforderungen

Angesichts des Risikos neuer Pandemien müssen die Erkenntnisse aus der Coronapandemie festgehalten werden. Dabei geht es darum, welche Instrumente und Maßnahmen der Pandemiebekämpfung sich bewährt haben, um sie zur Bekämpfung potenziell andersartiger Pandemien einsetzen zu können. Bei der Bewertung, ob sich Instrumente bewährt haben, sollten neben Erkenntnissen zur Wirksamkeit auch Erkenntnisse zu den langfristigen Folgen bestimmter Instrumente herangezogen werden. Dies umfassend und auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zu bewerten, übersteigt die Möglichkeiten der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“. Dennoch kann die Enquetekommission einige Maßnahmen empfehlen, die von Sachverständigen in den Anhörungen für das Land als empfehlenswert zur Vorbereitung auf mögliche neue Pandemien eingeschätzt werden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission richtet zur Vorbereitung auf potenzielle neue Pandemien folgende Empfehlungen an die Landesregierung:

- a) Die molekulare Überwachung von Krankheitserregern soll weiterentwickelt werden, indem erstens die Surveillance von akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) im Landesgesundheitsamt dauerhaft durchgeführt wird oder zumindest die Kapazitäten zur Sequenzierung von Erregern kurzfristig für akute Bedarfsfälle vorgehalten werden. Zweitens sollen auch andere Erreger als Viren berücksichtigt werden (z. B. antibiotikaresistente Bakterien). Drittens sollen ergänzende Daten (z. B. Schweregrad der Erkrankung) und weitere Datenquellen (z. B. Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen zu Krankschreibungen) in die Surveillance von Infektionskrankheiten eingebunden werden.

³⁶ IPBES, Workshop on Biodiversity and Pandemics, Workshop Report, 2020.

³⁷ RKI, Antibiotikaresistenzen, eine schleichende Pandemie: Einweihung des WHO-Kooperationszentrums für Antibiotikaresistenz am RKI, 2022.

- b) Ein dauerhaftes und möglichst flächendeckendes Abwassermanagement soll aufgebaut werden.
- c) Ein Aktionsplan gegen Antibiotikaresistenzen soll wie vereinbart aufbauend auf der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie 2030 entwickelt und seine Inhalte auch in Baden-Württemberg angewandt werden.
- d) Zu akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) soll eine Warnmeldung als Signal zur freiwilligen Nutzung von Masken und anderen Schutzmaßnahmen etabliert werden.
- e) Der Aufbau von Frühwarnsystemen für Infektionskrankheiten auf nationaler und internationaler Ebene soll unterstützt werden.
- f) Im Bund soll darauf hingewirkt werden, die vorbereitende Entwicklung breit wirksamer Impfstoffe und breit wirksamer Medikamente gegen Erregergruppen zu prüfen.
- g) Strukturen, Strategien und Vereinbarungen sollen gefunden werden, um mehr Eindeutigkeit in den Impfempfehlungen zu erreichen.
- h) Die Ermöglichung einer schnell umsetzbaren und rechtssicheren Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Einrichtungen im öffentlichen und privaten Sektor, sowohl national als auch international, ist ein weiterer Schlüsselaspekt. Hierbei gilt es, Schnittstellen zu verbessern und Präventionsmaßnahmen, insbesondere in Betrieben, zu verstärken, um die Gesundheit der Bevölkerung effektiv zu schützen.

Minderheitenvoten zu Kapitel 2. „Handlungsfeld 1 – Krisenfestes Gesundheitswesen“

Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktionen von SPD und FDP/DVP „Präventionsstrategie des Landes“ zu den Handlungsempfehlungen 2.2. „Gesundheitliche Chancengleichheit“

Die Präventionsstrategie eines Landes ist nach Auffassung von FDP/DVP und SPD von entscheidender Bedeutung, um die Gesundheit und das Wohlbefinden seiner Bürger langfristig zu fördern. Eine zentrale Säule dieser Strategie ist die Stärkung der Gesundheitsprävention und der Gesundheitskompetenz. Hierzu gehören verschiedene Maßnahmen, die darauf abzielen, Krankheiten vorzubeugen, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu erhöhen und die Lebensqualität insgesamt zu verbessern.

Eine wichtige Komponente der Präventionsstrategie ist zudem die Ausweitung der Forschungs- und Entwicklungsarbeit auf dem Gebiet der Prävention. Durch Investitionen in Forschung können die Ursachen von Krankheiten besser verstanden und präventive Maßnahmen entwickelt werden, um die Auswirkungen von Krankheiten auf lange Sicht zu verringern. Dies umfasst die Erforschung von Risikofaktoren, Früherkennungsmethoden und Präventionsstrategien, die darauf abzielen, die Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten zu senken.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Förderung der frühkindlichen Entwicklung. Die ersten Lebensjahre eines Kindes legen den Grundstein für seine spätere Gesundheit und Entwicklung. Daher ist es entscheidend, frühzeitig in die Gesundheit und das Wohlergehen von Kindern zu investieren. Dies beinhaltet Maßnahmen zur Reduzierung von Entwicklungsstörungen und Erkrankungen bei Kindern, insbesondere vor dem Hintergrund aktueller auftretender Infektionen wie der mit dem RS-Virus. Durch Programme zur frühkindlichen Versorgung können Risikofaktoren identifiziert und unterstützende Maßnahmen eingeleitet werden, um die Gesundheit und Entwicklung der Kinder zu fördern.

Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktion FDP/DVP zu den Handlungsempfehlungen 2.4. „Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen“

Nach Auffassung der FDP/DVP ist die Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen dringend zu beschleunigen, denn sie bietet enorme Potenziale. Sie ist in allen Bereichen zu nutzen und sollte darauf zielen, Personal zu entlasten, Prozesse zu beschleunigen und zu vereinfachen, Bürokratie abzubauen und Gesundheitsleistungen zugänglicher zu machen bzw. soziale Teilhabe bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu fördern. Der Zugriff auf Daten ist sektoren- und berufsgruppenübergreifend zu ermöglichen und für die Forschung und Wissenschaft verfügbar zu machen. Dabei müssen alle Maßnahmen datenschutzsensibel umgesetzt und auf ihre Wirksamkeit geprüft werden. Die stetige Entwicklung des Datenschutzes hin zu einer inhaltlich sinnvollen und ethisch angemessenen Datennutzung steht im Zentrum einer modernen Gesundheitspolitik. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es entscheidend, gesetzliche Grundlagen auf Landesebene zu prüfen und gegebenenfalls zu nutzen. Dabei sollten Datenschutzbestimmungen nicht als Hindernis, sondern vielmehr als Leitfaden für eine verantwortungsvolle Datennutzung verstanden werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die sichere Weitergabe von Daten. Hierbei ist es von großer Bedeutung, Mechanismen zu schaffen, die einerseits den Schutz sensibler Informationen gewährleisten, aber andererseits auch eine effektive Zusammenarbeit und Datenaustausch ermöglichen. Die Einführung eines Gesundheits-Datenschutz-Dialogs kann dazu beitragen, Hindernisse bei der Datenweitergabe zu identifizieren und geeignete Maßnahmen zur Änderung zu ergreifen.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen sollte nicht als Ersatz, sondern vielmehr als Ergänzung zur Entbürokratisierung verstanden werden. Es ist unumgänglich, Dokumentationspflichten verstärkt zu digitalisieren, um Prozesse effizienter zu gestalten und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Gleichzeitig ist jedoch eine kritische Überprüfung der Menge und Notwendigkeit dieser Pflichten von großer Bedeutung, um eine Überlastung der Akteure zu vermeiden. Ein gezieltes Entbürokratisierungsprogramm im Gesundheitswesen, insbesondere bei Kliniken, sollte initiiert werden, um bürokratische Hürden abzubauen und Ressourcen effektiver zu nutzen.

Insgesamt bietet die Digitalisierung im Gesundheitswesen enorme Potenziale, die es zu nutzen gilt, um sowohl die Qualität der Versorgung zu verbessern als auch effektive Maßnahmen zu implementieren. Dabei ist jedoch eine kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie eine ethisch reflektierte Herangehensweise unabdingbar. Die Dokumentationspflichten sollen verstärkt digitalisiert werden, um Prozesse effizienter zu gestalten und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Gleichzeitig ist jedoch eine kritische Überprüfung der Menge und Notwendigkeit dieser Pflichten zu beanstanden, um eine Überlastung der Akteure zu vermeiden. Ein gezieltes Digitalisierungs- und Entbürokratisierungsprogramm im Gesundheitswesen, insbesondere bei Kliniken, sollte initiiert werden, um bürokratische Hürden abzubauen und Ressourcen effektiver zu nutzen. Es gilt, eine Digitalisierungs- und Innovationsinitiative Pflege in den Ländern zu entwickeln und landesweite digitale Informationsplattformen einzurichten. Dies umfasst auch die Themen Prävention und Gesundheitsförderung und bündelt bestehende Angebote der verschiedenen Leistungsanbieter und deren Verfügbarkeit transparent und zentral. Geltende landesrechtliche Normen müssen auf Anpassungsmöglichkeiten zur Vereinfachung und Digitalisierung überprüft und, wo möglich, umgesetzt werden und die Vermittlung digitaler Kompetenzen ist bereits in der Ausbildung des medizinischen Personals und der Pflegefachkräfte von entscheidender Bedeutung. Deswegen soll sie stärker in der Ausbildungsverordnung abgebildet werden, um die Kompetenzen dauerhaft zu

stärken und auszubauen. Dies gilt auch hinsichtlich entsprechender Fort- und Weiterbildungskurse.

Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktionen von SPD und FDP/DVP „Verzahnung des ÖGD sowie regelmäßige Überprüfung des Pandemieplans“ zu den Handlungsempfehlungen 2.8. „Öffentlicher Gesundheitsdienst“

Nach Auffassung von FDP/DVP und SPD sind weitere Schritte notwendig, um den ÖGD stärker mit der Forschung und Ausbildung zu verzehnen, beispielsweise eine verstärkte und institutionalisierte Zusammenarbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) mit der universitären Medizin. Durch eine enge Verzahnung dieser beiden Bereiche können Erkenntnisse aus der Forschung schneller in die Praxis überführt werden und umgekehrt können Bedarfe aus der Praxis gezielt in die Forschung einfließen.

Die FDP/DVP und SPD fordern zudem die regelmäßige, mindestens jährliche Überprüfung und Aktualisierung des Pandemieplans des Landes Baden-Württemberg, denn diese ist von entscheidender Bedeutung für eine effektive Krisenbewältigung. Die Erarbeitung und Fortentwicklung der Pläne soll zentral vom ÖGD organisiert werden, da dieser in seiner Funktion als direkt beim Sozialministerium eingegliedertes Amt die dafür notwendigen strukturellen Voraussetzungen erfüllt. Dieser umfassende Plan umfasst verschiedene Aspekte, darunter die Strategie der Bevorratung von Schutzgütern und wichtigen Gütern, die für die Bewältigung einer Pandemie unerlässlich sind. Ein weiterer wichtiger Bestandteil des Plans ist die Festlegung einer klaren Krisenorganisation. Dies beinhaltet die Einrichtung von Krisenstäben, die mit den entsprechenden Beteiligten besetzt sind und klare Verantwortlichkeiten tragen. Die enge Zusammenarbeit mit dem Katastrophenschutz ist dabei unerlässlich, um eine koordinierte Reaktion auf Krisensituationen zu gewährleisten. Ein entscheidendes Prinzip, das bei der Umsetzung des Pandemieplans berücksichtigt werden sollte, ist die proaktive Vorgehensweise. Dies bedeutet, nicht nur auf Ereignisse zu reagieren, sondern aktiv Maßnahmen zu ergreifen, um potenzielle Krisen zu identifizieren und ihnen vorzubeugen. Dadurch kann eine schnellere und strukturiertere Reaktion auf Krisensituationen erfolgen, was letztendlich dazu beiträgt, die Auswirkungen einer Pandemie zu minimieren.

Handlungsempfehlungen:

SPD und FDP/DVP empfehlen der Landesregierung:

- a) Wir fordern, dass der ÖGD verantwortlich für die zentrale Erstellung und fortlaufende Weiterentwicklung von Pandemieplänen wird, vor allem hinsichtlich der Zuständigkeit, relevanter Ansprechpartner sowie der Koordinierung der Impfinfrastruktur. Er sollte andere wichtige Akteure wie etwa die Krankenhäuser, die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung bei der Erstellung eigener Pandemiepläne beraten.
- b) Das Land soll die Impfinfrastruktur für künftige Pandemien zentral unter dem Dach des ÖGD organisieren, so dass sie von diesem gesteuert und entsprechend geplant werden kann.

Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktion der SPD zu den Handlungsempfehlungen 2.8. „Öffentlicher Gesundheitsdienst“**Herausforderungen**

Die SPD-Fraktion ist der Auffassung, dass der ÖGD in seiner gesundheits-planerischen Dimension zur Verbesserung der Resilienz des Gesundheitssystems gestärkt werden und einen „Health-in-All-Policies“-Ansatz verfolgen soll. Für eine bessere Vorbereitung auf künftige Pandemien sind die zentrale Erstellung und fortlaufende Weiterentwicklung von Pandemieplänen unerlässlich. Die Coronapandemie hat bewiesen, dass die vorhandenen Seuchenalarmpläne viel zu wenig detailliert und völlig überholt waren. In den Plänen sollen Fragestellungen wie die Zuständigkeit im Krisenfall, relevante Ansprechpartner, die kontinuierliche Weiterentwicklung des Plans sowie die Impfinfrastruktur festgelegt werden. Des Weiteren kann der ÖGD andere wichtige Akteure des Gesundheitswesens maßgeblich bei der Erstellung eigener Pandemiepläne beraten. Beim Pandemiemanagement hat sich gezeigt, dass eine zentral organisierte Impfinfrastruktur eine gewisse Vorlaufzeit benötigt. Der ÖGD ist als Organisationseinheit dazu geeignet, die Verantwortung für die zentrale Organisation und Koordination der Impfinfrastruktur zu übernehmen. Die Potenziale der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind dabei einzubeziehen.

Handlungsempfehlung

Die SPD-Fraktion empfiehlt der Landesregierung:

- a) Das Land soll sich dafür einsetzen, den Abstand zu Vergütungsregelungen von Ärztinnen und Ärzten im Tarifvertrag des Öffentlichen Dienstes in ähnlichen Tätigkeitsfeldern zu überwinden.

Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktionen von SPD und FDP/DVP „Pandemieplänen und Schutzmaßnahmen vor Ort“ zu den Handlungsempfehlungen 2.10 „Notfallpläne“

Die SPD und FDP/DVP vertreten die Einschätzung, dass insbesondere zu Beginn die Abläufe im Sozialministerium nicht gut strukturiert waren und es den Anschein hatte, als wäre es mit der Koordination der Maßnahmen überfordert gewesen. Zur besseren Steuerung und Koordination der Maßnahmen hätte das zentrale Pandemiemanagement an das Innenministerium übergehen müssen, wenn der Katastrophenfall ausgerufen worden wäre. Doch dies ist nicht geschehen. Ziel muss es sein, für künftige Krisen – so weit wie möglich – sicherzustellen, dass es ein geordnetes Vorgehen gibt. Darüber hinaus müssen in den Pandemieplänen zwingend die Voraussetzungen dafür festgelegt werden, ab welchem Szenario der Katastrophenfall ausgerufen werden und die zentrale Zuständigkeit der Bewältigung der Pandemie an das Innenministerium übergehen muss.

Nach Auffassung von FDP/DVP und SPD enthalten die Pandemiepläne Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung hinsichtlich einer potenziellen Ausbreitung von Infektionskrankheiten, zur gesundheitlichen Versorgung und Aufrechterhaltung der essenziellen öffentlichen Dienstleistungen sowie zu zuverlässigen und zeitnahen Informationen. Ein weiterer wichtiger Aspekt dazu ist die Institutionalisierung der Krisenorganisationen, etwa in Katastrophenfällen auf lokaler Ebene sowohl in den Stadt- als auch in den Landkreisen. Dies erfordert die Festlegung von handlungsfähigen Verantwortlichen aus den Kommunen, wie Bürgermeister oder Ortsvorsteher, die in der Lage sind, schnell und zuverlässig mit den relevanten Ansprechpartnern in der

Ärzteschaft zu kommunizieren. Hierbei kann die bereits etablierte Struktur der Kreisärzteschaf-ten der Landesärztekammer eine wichtige Rolle spielen, indem sie eine ärztliche Informations-kette aufbaut, die alle Ebenen von der Kommune bis zum Land miteinander vernetzt.

Darüber hinaus müssen spezifische Notfallpläne entwickelt werden, die sich auf die Betreuung von Pflegebedürftigen und ihren Familien konzentrieren. Diese Pläne sollten für verschiedene Krisenszenarien auf regionaler, landes- und bundesweiter Ebene ausgearbeitet werden, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen müssen ebenfalls spezifisch auf verschiedene Krisenszenarien vorbereitet sein, um eine kontinuierliche Versor-gung zu gewährleisten.

Handlungsempfehlungen

Die SPD und FDP/DVP empfehlen der Landesregierung:

- a) in den Pandemieplänen die Voraussetzungen dafür festzulegen, ab welchem Szenario der Katastrophenfall ausgerufen werden und die zentrale Zuständigkeit bei der Bewäl-tigung der Pandemie an das Innenministerium übergehen muss.
- b) im Influenzapandemieplan Baden-Württemberg neben Covid-19 auch weitere Erkran-kungen zu berücksichtigen, deren Verbreitung vorwiegend über die Atemwege passiert bzw. deren Schutzmaßnahmen denen bei Krankheiten, die vorwiegend über die Atem-wege verbreitet werden, ähneln.
- c) zu prüfen, welche weiteren medizinischen Schutzpläne mindestens in Ansätzen entwi-ckelt werden sollten (Hitzealarmplan, Trinkwasseralarmplan, Strahlenalarmplan usw.).

Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktion der SPD zu den Handlungsempfehlun-gen 2.11. „Stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung“

Herausforderungen

Für ein resilientes Gesundheitswesen ist ein aktualisierter, anhand von transparenten Kriterien erstellter Krankenhausplan unerlässlich. Da dieser seit dem Jahr 2010 nicht mehr umfassend, sondern lediglich für Teilbereiche wie z. B. die Psychiatrie aktualisiert worden ist, ist es dafür höchste Zeit. Auch für die Umsetzung der geplanten Krankenhausreform ist die zeitnahe Aktu-alisierung des Krankenhausplans unabdingbar, da ansonsten die künftige Versorgungsstruktur nicht bedarfsgerecht geplant und umgesetzt werden kann. Daher fordern wir das Land auf, zeit-nah einen aktualisierten und anhand von transparenten Kriterien erstellten Krankenhausplan vorzulegen. Ein detaillierter Krankenhausplan ist außerdem notwendig, um bei einer Schlie-ßung von nicht mehr bedarfsnotwendigen Krankenhäusern eine Planung für künftige sektoren-übergreifende Strukturen wie z. B. Level -1i-Strukturen initiieren zu können. Diese können eine wichtige Rolle bei der wohnortnahen Versorgung einnehmen, da sie als Scharnier zwischen ambulanter und stationärer Versorgung funktionieren. Ziel soll es sein, die Krankenhausfinan-zierung grundlegend zu reformieren, um ein resilientes, stationäres Versorgungssystem auf-rechterhalten zu können. Für eine auskömmliche Finanzierung der Investitionskosten wollen wir die bisherigen jährlichen Landesmittel für Krankenhausinvestitionen von etwa 450 Mio. € auf 800 Mio. € erhöhen. Dabei geht es nicht nur um die Steigerung der Baukosten, sondern auch um die Berücksichtigung der Kosten für moderne Krankenhausstrukturen. Wenn ein Krankenhaus bzw. eine Krankenhausabteilung mit einer bestimmten Bettenzahl notwendig ist, dann sind auch alle relevanten Investitionskosten vom Land zu tragen.

Handlungsempfehlungen

Die SPD-Fraktion empfiehlt der Landesregierung:

- a) Wir fordern das Land auf, zeitnah einen aktualisierten und anhand von transparenten Kriterien erstellten Krankenhausplan vorzulegen, um eine zukunftsfähige klinische Versorgungsstruktur gewährleisten zu können. Dieser ist auch deshalb notwendig, um bei einer Schließung von nicht mehr bedarfsnotwendigen Krankenhäusern eine Planung für künftige sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen initiieren zu können.
- b) Wir fordern das Land auf, die bisherigen jährlichen Landesmittel für Krankenhausinvestitionen auf 800 Mio. € zu erhöhen und alle relevanten Investitionskosten zu tragen.

Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktion der SPD zu den Handlungsempfehlungen 2.11. „Stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung“

Herausforderungen

In Baden-Württemberg sind rund 2 700 Hausärztinnen und Hausärzte über 60 Jahre alt, 1 400 davon sogar über 65. Doch sie gehen zeitnah in den Ruhestand und das stellt die ambulante Versorgungslandschaft vor eine große Herausforderung. Aktuell sind bereits über 1 000 Arztsitze nicht besetzt, davon allein 927 in der hausärztlichen Versorgung. Die SPD-Fraktion ist der Auffassung, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg ihren Sicherstellungsauftrag vollumfänglich wahrnehmen muss, wozu auch die Wiedereröffnung der acht geschlossenen Notfallpraxen nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 24. Oktober 2023 gehört. Da die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hier offensichtlich kein wirksames Konzept hat, um gegen die steigende Anzahl freier Arztsitze anzugehen, sind Konzepte des Landes, das in Form des Sozialministeriums die Aufsicht über die KVBW innehat, gefragt. Das Land muss seine Verantwortung für das Ausfüllen des Sicherstellungsauftrags durch die KVBW wahrnehmen, was eine langfristige und antizipierende Planung erforderlich macht. Dies ist insbesondere bei der Suche von Nachfolgerinnen und Nachfolgern für in den Ruhestand gehende niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu berücksichtigen. Dazu soll der Aufbau einer Versorgungsstiftung zwischen Land und KVBW geprüft werden, wobei Letztere zum Ziel hat, die flächendeckende ambulante medizinische Versorgung sicherzustellen. Damit würde das Land in die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags aktiv einsteigen.

In einem resilienten Gesundheitssystem muss die sektorenübergreifende Versorgung in allen Bereichen mitgedacht werden. Deshalb muss diese auch im Pandemieplan entsprechend hinterlegt werden. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Deutschland im EU-weiten Vergleich ein Versorgungsproblem von multimorbidem Patientinnen und Patienten im Längsschnitt aufweist und die Langzeitversorgung von Patientinnen und Patienten im Vergleich zu anderen europäischen Ländern nicht optimal ist. Ziel soll eine bessere Patientensteuerung sein, um unnötige Krankenhauseinweisungen sowie einen Drehtüreffekt zu verhindern. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen wie Level -1i-Krankenhäuser oder Primärversorgungszentren können hier einen Beitrag leisten. Hierzu sind auch neue Berufsbilder bzw. Instrumente der Prävention wie Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslosen sowie Gesundheitskioske in den Blick zu nehmen. Dabei ist auch die Personengruppe der *most vulnerable persons* besonders zu berücksichtigen.

Handlungsempfehlungen

Die SPD-Fraktion empfiehlt der Landesregierung:

- a) Wir fordern das Land dazu auf, den Aufbau einer Versorgungsstiftung zwischen Land und KVBW zu prüfen, mit dem Ziel, die flächendeckende ambulante medizinische Versorgung sicherzustellen. Die Versorgungsstiftung soll die Gründung von Arztpraxen unterstützen.
- b) Das Land soll seiner Aufsichtsfunktion über die KVBW bei der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags gemäß §75 SGB V nachkommen, indem beispielsweise in ländlichen Gebieten Alternativen zur Einzelpraxis wie z. B. Gemeinschaftspraxen, MVZ o. Ä. geschaffen werden.
- c) Das Land soll die sektorenübergreifende Versorgung entsprechend im Pandemieplan hinterlegen. Durch die Einrichtung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen wie Level -1i-Krankenhäusern oder Primärversorgungszentren und das Einbeziehen von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslosen sowie von Gesundheitskiosken soll eine bessere Patientensteuerung erreicht werden, wobei die Personengruppe der sog. *most vulnerable persons* besonders zu berücksichtigen ist.

Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Krankenhausplan und Strategien im Gesundheitswesen“ zu den Handlungsempfehlungen 2.11. „Stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung“

Nach Auffassung der FDP/DVP sollen den notwendigen Investitionskosten für Krankenhäuser auch die Vorkehrungen für die Berücksichtigung möglicher Krisenlagen wie etwa räumliche Ressourcen für Pandemiegeschehen und sonstige medizinische Notlagen zugemessen werden. Hierfür sind die verschiedenen Investitionsfonds mit Bundesbeteiligung zu Strukturen, Digitales, Klima usw. auch durch eine Kofinanzierung nutzbar zu machen. Das Land soll hier zeitnah einen aktualisierten und anhand von transparenten Kriterien erstellten Krankenhausplan vorlegen, um sicherzustellen, dass die Krankenhauslandschaft den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht wird und eine flächendeckende Versorgung gewährleistet ist. Gleichzeitig bedarf es einer umfassenden Analyse des demographischen Wandels, um die zukünftigen Anforderungen im Gesundheitswesen und in der Pflege besser zu verstehen und darauf angemessen reagieren zu können.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Erarbeitung einer Innovationsstrategie Gesundheit BW, die insbesondere die Digitalisierung als Schlüssel für Prozessoptimierung identifiziert. Durch die Nutzung moderner Technologien sollen Abläufe im Gesundheitswesen effizienter gestaltet und die Qualität der Versorgung verbessert werden.

Das Land soll einen krankenhausbezogenen Alarmplan entwickeln, der Maßnahmen eines digitalen Kontakthalteprogramms zu ärztlichem und pflegerischem Personal im Ruhestand sowie in Elternzeit umfassen soll und dessen Potenzial, in Notfällen für einige Wochen auszuholen, abfragt.

Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktion der SPD zu den Handlungsempfehlungen 2.12. „Pflege“**Herausforderung**

Die SPD-Fraktion hält zur gezielten Anwerbung von ausländischen Fachkräften in Pflege und Gesundheitsberufen ein Fachkräftewillkommensgesetz für notwendig, da die bisherigen Bemühungen des Landes nicht ausreichend sind. Dazu gehört eine bessere Personalausstattung im zuständigen Regierungspräsidium Stuttgart und bei den Beratungsstellen sowie eine Beschleunigung der Verfahren durch digitale Antragstellung und verpflichtende Beratung in Form von Beratungsstellen, die die Antragstellenden von der Antragsstellung bis zum Bescheid begleiten. Bei der Einführung der generalistischen Helferausbildung ist darauf zu achten, dass die Schlussfähigkeit an die generalistische Pflegeausbildung wiederhergestellt wird. Dies kann am besten als Gesetzentwurf zu einer 23-monatigen Helferausbildung gelingen, die auch Absolventinnen und Absolventen mit Hauptschulabschluss offensteht. Dadurch können die erforderlichen Fachkenntnisse vermittelt werden, die sowohl ein sicheres Arbeiten als auch den Übergang in eine verkürzte generalistische Fachkrafausbildung ermöglichen.

Handlungsempfehlungen

Die SPD-Fraktion empfiehlt der Landesregierung:

- a) zur gezielten Anwerbung von ausländischen Fachkräften in Pflege- und Gesundheitsberufen soll das Land ein Fachkräftewillkommensgesetz vorbereiten, um die schnellere Anerkennung von im Ausland erworbenen Abschlüssen und damit den Zuzug von ausländischen Fachkräften in Mangelberufen im Gesundheits- und Pflegebereich zu ermöglichen.
- b) Das „Innovationsprogramm Pflege“ weiterzuführen und zu stärken, die Mitzuständigkeit des Landes für die Pflegeplanung wieder herzustellen und eine quartiersbezogene Pflegeinfrastrukturförderung nach § 9 SGB XI in Baden-Württemberg einzuführen.
- c) Die Entgelt- bzw. Lohnsysteme in den Kliniken, Pflegeeinrichtungen und -diensten sind an den Qualifikationsmix anzupassen und in Verhandlungen zu berücksichtigen.

Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktionen von SPD und FDP/DVP zu „Schulgeldfreiheit in Gesundheitsberufen“ zu den Handlungsempfehlungen 2.12. „Pflege“

SPD und FDP/DVP vertreten die Auffassung, dass eine Schulgeldfreiheit, wie sie in anderen Bundesländern üblich ist, längst überfällig ist. Der Mangel an Fachkräften in den Gesundheitsberufen ist akut und betrifft alle. Mit dem demografischen Wandel steigt der Bedarf weiter an, doch das Personal fehlt.

Es darf daher nicht sein, dass angehende Fachkräfte in Heilberufen noch Schulgeld zahlen müssen. Es darf niemand davon abgehalten werden, in der Gesundheitsversorgung tätig zu werden, um gleiche Chancen zu schaffen und den Fachkräftemangel anzugehen. Die Schulgeldfreiheit soll alle Schulen einschließen, um einen ausgewogenen Qualifikationsmix bei den Gesundheitsfachkräften zu fördern und um die Konkurrenz zwischen verschiedenen Ausbildungswegen und Schulträgern zu vermeiden.

Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Fach- und Arbeitskräftebedarf im Gesundheitswesen“ zu den Handlungsempfehlungen 2.12. „Pflege“

Nach Auffassung der FDP/DVP ist um den weiter zunehmenden Fach- und Arbeitskräftebedarf im Gesundheitswesen zu sichern, neben der Weiterentwicklung der deutschen Ausbildungen auch weiterhin auf die Zuwanderung bzw. schnelle Anerkennung ausländischer Pflegekräfte und Gesundheitsfachkräfte zu setzen und dieser Prozess zu vereinfachen.

Zudem sieht es die FDP/DVP an der Zeit, die Fachkraftquote zu flexibilisieren. Gut eingearbeitete Hilfskräfte könnten die komplette Grundpflege übernehmen, also die alltägliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner. Viele Hilfskräfte haben eine einjährige Ausbildung, andere verfügen über langjährige Erfahrung. Mehr Flexibilität würde den Einrichtungen und den betroffenen Familien sehr helfen. Es bedarf pragmatischer Lösungen.

So könnten darüber hinaus auch Hauswirtschaftskräfte Pflegefachkräfte bei haushaltsnahen Aufgaben entlasten. Andere Fachkräfte im Bereich Betreuung, wie z. B. Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, sollten im Sinne eines ganzheitlichen Pflegeverständnisses Berücksichtigung finden. Pflegedienstleistungen und andere Leistungsbereiche finden ebenfalls keine Berücksichtigung, ein Widerspruch zum Leistungsrecht. Wir brauchen mehr innovative Personalkonzepte. Eine zeitnahe Entwicklung der notwendigen Ausbildungsstrukturen und -inhalte für die neue Personalbemessung inklusive Auftrag zur Prüfung, welche heilkundlichen Tätigkeiten auf die Pflege delegiert werden können, ist umzusetzen.

Als Sofortmaßnahme ist eine deutliche Erhöhung der Ausbildungszahlen für die einjährige Pflegeausbildung angemessen. Neben dem Ausbau der Kapazitäten sind attraktive Ausbildungsvergütungen zu begrüßen. Zur Unterstützung der Pflegeschulen braucht es mehr Flexibilität in den Landesverordnungen. Abzulehnen sind Teilfinanzierungsregelungen für neue Pflegeschulen, wie sie beispielsweise in Bayern praktiziert werden. Es braucht eine Vereinfachung des Ausbildungszugangs und der Zulassung an der Pflegeschule für interessierte Pflegeauszubildende aus dem Ausland und Förderprogramme für die Organisations- und Personalentwicklung in der Altenpflege sollen aufgelegt werden.

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der SPD zu den Handlungsempfehlungen 2.14. „Ärztlicher Bereitschaftsdienst und Rettungsdienste“**Herausforderungen**

Hinsichtlich der psychiatrischen Krisen- und Notfalldienste ist es der SPD-Fraktion wichtig, diese auch über die gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen hinaus zu denken. Die KVBW muss ein Konzept entwickeln, mit dem es gelingen kann, die derzeit in nahezu 20 Landkreisen offenen Sitze für Psychiaterinnen und Psychiater und Psychotherapeuten zu besetzen, um eine flächendeckende psychiatrische Versorgung sicherzustellen. Bei den Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Kinder- und Jugendpsychiatern ist die aktuelle Versorgungssituation noch viel prekärer: Lediglich in drei Versorgungsbezirken sind keine weiteren Zulassungen mehr erlaubt.

Handlungsempfehlung

Wir fordern das Land auf, die KVBW dabei zu unterstützen, ein Konzept zu entwickeln, mit dem es gelingen kann, die offenen Sitze für Psychiaterinnen und Psychiater sowie für Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater zu besetzen.

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Flexibilisierung der Rettungsdienste“ zu den Handlungsempfehlungen 2.14. „Ärztlicher Bereitschaftsdienst und Rettungsdienste“

Nach Auffassung der FDP/DVP ist das Rettungsdienstgesetz so zu gestalten, dass die Rettungsdienste flexibler handlungsfähig sind. Weiterhin fordert sie die regelmäßige, mindestens jährliche Überprüfung und Aktualisierung des Pandemieplans des Landes Baden-Württemberg. Darüber hinaus wird auf deutschlandweite Kooperation und den Ausbau kommunaler Kooperationsgremien gesetzt, um eine effektive Zusammenarbeit über Sektoren und Ebenen hinweg sicherzustellen. Die regelmäßige Übung von Krisenszenarien wird als wichtige Maßnahme angesehen, um auf mögliche Krisen vorbereitet zu sein und die Resilienz des Gesundheitssystems zu stärken.

Anhang 1 Literaturverzeichnis

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung: Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Liechtenstein, abrufbar unter https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklaerungen/Broschueren_UNKonvention_KK.pdf?blob=publicationFile&v=8 (Stand 08.03.2024).

Böhm, Katharina/Bräunling, Stefan/Geene, Raimund/Köckler, Heike: Einleitung in: dieselben (Hrsg.), Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland, 2020, S. 1–14.

Boehnke, Klaus/Dragolov, Georgi/Arant, Regina/Unzicker, Kai: Gesellschaftlicher Zusammenschnitt in Baden-Württemberg 2022, 2022.

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend: Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit, 2023.

Charité – Universitätsmedizin Berlin: Abschlussbericht Migration und Gesundheitsversorgung Baden-Württemberg (MiG BaWü), 2023.

Das Progressive Zentrum: Extrem einsam? Die demokratische Relevanz von Einsamkeitserfahrungen unter Jugendlichen in Deutschland, 2023.

DGPPN: Klimawandel und psychische Gesundheit, Positionspapier einer Task-Force der DGPPN, 2023.

Dragano, Nico/Dortmann, Olga/Timm, Jörg/Mohrmann, Matthias/Wehner, Rosemarie/Rupprecht, Christoph J./Scheider, Maria/Mayatepek, Ertan/Wahrendorf, Morten: Association of Household Deprivation, Comorbidities, and COVID-19 Hospitalization in Children in Germany, January 2020 to July 2021, JAMA Netw Open, 2022, 5 (10), S. 1–14.

Dragano, Nico et al.: Zunahme psychischer Störungen während der COVID-19-Pandemie – die Rolle beruflicher und finanzieller Belastungen. Eine Analyse der NAKO Gesundheitsstudie, Deutsches Ärzteblatt, 2022 (119), S. 179–187.

Entringer, Theresa: Epidemiologie von Einsamkeit in Deutschland, KNE-Expertise 4/2022, S. 19 f.

Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg: Was kann auf Landesebene unternommen werden, um die Arzneimittellieferengpass-Problematik kurz- und langfristig zu verbessern? Handlungsempfehlung als Grundlage für eine Vorlage für den Herr Minister, 2023.

Gathmann, Christina/Gersbach, Hans/Grimm, Veronika/Wößmann, Ludger: Bildungsgerechtigkeit als [Kernelement der Sozialen Marktwirtschaft, Gastbeitrag vom 19. März 2019, abrufbar unter https://www.ifo.de/medienbeitrag/2019-03-19/bildungsgerechtigkeit-als-kernelement-der-sozialen-marktwirtschaft](https://www.ifo.de/medienbeitrag/2019-03-19/bildungsgerechtigkeit-als-kernelement-der-sozialen-marktwirtschaft) (Stand: 05.04.2024).

Hoebel, Jens/Michalski, Niels/Diercke, Michaela/Hamouda, Osamah/Wahrendorf, Morten/Dragano, Nico/Nowossadeck, Enno: Emerging socio-economic disparities in COVID-19-related deaths during the second pandemic wave in Germany. International Journal of Infectious Diseases, 2021 (113), S. 344–346.

Hoebel, Jens/Grabka, Markus M./Schröder, Carsten/Haller, Sebastian/Neuhäuser, Han-nelore/Wachtler, Benjamin/Schaade, Lars/Liebig, Stefan/Hövener, Claudia/Zinn, Sabine: Socioeconomic position and SARS-CoV-2 infections: seroepidemiological findings from a German nationwide dynamic cohort, Journal of Epidemiology & Community Health, 2022, 76 (4), S. 350–353.

Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services (IPBES), Workshop on Biodiversity and Pandemics, Workshop Report, 2020.

Koppe, Uwe/Wilking, Hendrik/Harder, Thomas/Haas, Walter/Rexroth, Ute/Hamouda, Osamah: COVID-Patientinnen und -Patienten in Deutschland: Expositionsrisken und assoziierte Faktoren für Hospitalisierungen und schwere Krankheitsverläufe, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2021, 64, 1107–1115.

Landesamt für Verfassungsschutz: Verfassungsschutzbericht, 2022.

Landeskriminalamt Baden-Württemberg: Gemeinsam gegen Antisemitismus und Verschwörungsmythen – das LKA BW startet Präventionsoffensive an allen Universitäten und Hochschulen im Land, 26.02.2024, abrufbar unter [LKA-BW: Gemeinsam gegen Antisemitismus und Verschwörungsmythen – das LKA BW startet ... | Presseportal](#).

Hickman, Caroline/Marks, Elizabeth/Pihkala, Panu/Clayton, Susan/Lewandowski, R. Eric/Mayall, Elouise E./Wray, Britt/Mellor, Catriona/van Susteren, Lise: Young People's Voices on Climate Anxiety, Government Betrayal and Moral Injury: A Global Phenomenon, 2021.

Mekel, Odile: Gesundheitsfolgenabschätzung in: Böhm, Katharina/Bräunling, Stefan/Geene, Raimund/Köckler, Heike (Hrsg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland, 2020, S. 377–386.

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg: Bildungspläne 2016 / Leitperspektiven und Leitfaden Demokratiebildung/Verbraucherbildung, abrufbar unter https://www.bildungsplaene-bw.de/_Lde/LS/BP2016BW/ALLG/LP/VB (Stand: 05.04.2024).

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg: Bildungspläne 2016/Sekundarstufe I / Wirtschaft / Berufs- und Studienorientierung (WBS), abrufbar unter https://www.bildungsplaene-bw.de/_Lde/LS/BP2016BW/ALLG/SEK1/WBS (Stand: 05.04.2024).

Ministerium für Umwelt, Klima und Energiewirtschaft Baden-Württemberg: Wassermangelstrategie Baden-Württemberg, abrufbar unter <https://um.baden-wuerttemberg.de/de/umwelt-natur/wasser/wasserversorgung/wassermangel> (Stand: 05.04.2024).

Müller, Olaf/Jahn, Albrecht/Gabrys, Sabine: Planetary Health: Ein umfassendes Gesundheitskonzept, Deutsches Ärzteblatt, 2018, 115 (40), 1751 f.

Oberrheinrat & Oberrheinkonferenz: Pandemie am Oberrhein: Passende Lösungsansätze für eine Metropolregion, 2021, S. 5.

Ravens-Sieberer, Ulrike/Erhart, Michael/Devine, Janine/Gilbert, Martha/Reiss, Franziska/Barkmann, Claus/Siegel, Nico A./Simon, Anja M./Hurrelmann, Klaus/Schlack, Robert/Hölling, Heike/Wieler, Lothar H./Kaman, Anne: Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Results of the Three-Wave Longitudinal COPSY Study, Journal of Adolescent Health, 2022, 71 (5), S. 570–578.

Regierungspräsidium Karlsruhe (Hrsg.): „Beschluss für das Jahr 2024“, Gemeinsame Prioritäten der Oberrheinkonferenz während der Deutschen Ratspräsidentschaft: Gemeinsam nachhaltig verwalten, um unsere Zukunft am Oberrhein zu gestalten“, 2024.

RKI: Forschungsagenda 2018–2025 – Evidenz erzeugen – Wissen teilen – Gesundheit schützen und verbessern, 2018.

RKI: Antibiotikaresistenzen, eine schleichende Pandemie: Einweihung des WHO-Kooperationszentrums für Antibiotikaresistenz am RKI, 2022.

RKI: Gesundheitsförderung, 2023.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen, 2023.

Schaeffer, Doris/Berens, Eva-Maria/Gille, Svea/Griese, Lennert/Klinger, Julia/de Sombre, Steffen/Vogt, Dominique/Hurrelmann, Klaus: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2, 2021.

Schaeffer, Doris/Hurrelmann, Klaus/Bauer, Ullrich/Kolpatzik, Kai (Hrsg.): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz: Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken, 2018.

SINUS-Jugendforschung: Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter Jugendlichen: Eine SINUS-Studie im Auftrag der BARMER, 2021.

Sipple, David/Wiek, Arnim (Hrsg.: Universität Freiburg, Institut für Umweltsozialwissenschaften und Geographie): Kommunale Instrumente für die nachhaltige Ernährungswirtschaft, 2023.

Staatsministerium Baden-Württemberg: Erstes Entlastungspaket für Bürokratieabbau vorgelegt: abrufbar unter [Erstes Entlastungspaket für Bürokratieabbau vorgelegt: Staatsministerium Baden-Württemberg \(baden-wuerttemberg.de\)](#) (Stand: 05.04.2024).

Staatsministerium Baden-Württemberg: Zweiter Bericht des Beauftragten der Landesregierung Baden-Württemberg gegen Antisemitismus: Sachstand und Empfehlungen, 2023.

Stellungnahme Baden-Württembergs zu den Referentenentwürfen DigiG und GDNG, 2023.

The Lancet Countdown on Health and Climate Change: Policy Brief für Deutschland, 2021.

WHO: Health in all Policies: Helsinki statement. Framework for country action, 2014.

WHO: Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development, 2017.

Winklmayr, Claudia/an der Heiden, Matthias: Hitzebedingte Mortalität in Deutschland 2022, Epidemiologisches Bulletin 2022 (42), S. 3–9.

Wirtschaftsministerium Baden-Württemberg: Pressemitteilung vom 19. Februar 2024, gemeinsam mit der IHK Region Stuttgart, abrufbar unter <https://wm.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse-und-oeffentlichkeitsarbeit/pressemitteilung/pid/entlastungsallianz-fuer-bw-ruft-unternehmen-zur-meldung-belastender-berichts-und-dokumentationspflichten-auf> sowie etwa unter <https://www.biberach.de/de/Aktuelles/Nachrichten/Nachricht?view=publish&item=article&id=2228> (Stand jeweils: 05.04.2024).

Zick, Andreas/Küpper, Beate/Mokros, Nico (Hrsg.): Die distanzierte Mitte. Rechtsextreme und demokratiegefährdende Einstellungen in Deutschland 2022/23, 2023.

Geene, Raimund/Gerhardus, Ansgar/Grossmann, Beate/Kuhn, Joseph/Kurth, Bärbel M./Moebus, Susanne/von Philipsborn, Peter/Pospiech, Stefan/Matusall, Svenja: Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland, Zukunftsforum Public Health, 2019.

Anhang 2 Abkürzungsverzeichnis

ÄApprO	Änderung der Approbationsordnung für Ärzte
AED	Automatischer Externer Defibrillator
AEMP	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte
AKNZ	Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz
ARE	Acute respiratoryische Erkrankungen
ASV	Amtliche Schulverwaltung
ATF	Analytische Task Force
BABZ	Bundeskademie für Bevölkerungsschutz und Zivile Verteidigung
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BBW	Beamtenbund Baden-Württemberg
BeJuga	Beschäftigungsförderung und Jugendhilfe gemeinsam anpacken
BFD	Bundesfreiwilligendienst
BioBW	Biozeichen des Landes Baden-Württemberg
BITBW	Landesoberbehörde IT Baden-Württemberg
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMVg	Bundesministerium der Verteidigung
BND	Bundesnachrichtendienst
BÖLW	Bund Ökologische Lebensmittelwirtschaft e. V.
BSI	Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik
BSI-KritisV	Verordnung zur Bestimmung Kritischer Infrastrukturen nach dem BSI-Gesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CBAM	Carbon Border Adjustment Mechanism
CeMAS	Center für Monitoring, Analyse und Strategie
CERT BW	Computer Emergency Response Team Baden-Württemberg
CSBW	Cybersicherheitsagentur Baden-Württemberg
CRO	Chief Resilience Officers
DEHOGA	Deutscher Hotel- und Gaststättenverband e. V.
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
DHBW	Duale Hochschule Baden-Württemberg

DigiG	Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens
DIIR	Deutsches Institut für Interne Revision
dpa	Deutsche Presse-Agentur
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DZG	Deutsche Zentren der Gesundheitsforschung
EEG	Erneuerbare-Energien-Gesetz
ELD-BS	Elektronische Lagedarstellung Bevölkerungsschutz
EMS	Electronics Manufacturing Services
EMI	Ernst-Mach-Institut
EU	Europäische Union
EU-MDR	EU Medical Device Regulation (EU-Medizinprodukteverordnung)
FAG	Finanzausgleichsgesetz
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations (Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen)
FGSBW	Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg
FReE	Fraunhofer Resilience Evaluator
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
FuE	Forschung und Entwicklung
GDNG	Gesundheitsdatennutzungsgesetz
GEKKIS	Gemeinsamer Koordinierungsstab Kritische Infrastruktur der Bundesregierung
GeKoB	Gemeinsames Kompetenzzentrum Bevölkerungsschutz (von Bund und Ländern)
GEW	Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH
GMLZ	Gemeinsames Melde- und Lagezentrum von Bund und Ländern
HAGE	Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.
HAP	Hitzeaktionplan
HERA	Health Emergency Preparedness and Response Authority (Behörde der Europäischen Kommission für Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen)
HiAP	Health in All Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern)
IAO	Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation
IAT	Institut für Arbeitswissenschaft und Technologiemanagement (an der Universität Stuttgart)

IATA	International Air Transport Association
IGF	Industrielle Gemeinschaftsforschung
INSARAG	International Search and Rescue Advisory Group
IPCC	Intergovernmental Panel on Climate Change, deutsch: Zwischenstaatlicher Ausschuss für Klimaänderungen, „Weltklimarat“)
IPCEI	Important Projects of Common European Interest
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
KBM	Kreisbrandmeister
KFS	Katastrophensforschungsstelle
KI	Künstliche Intelligenz
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
KIT	Karlsruher Institut für Technologie
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KoSt	Koordinierungsstelle Kritische Infrastruktur
KVInfoSys-Bund	Krisenvorsorgeinformationssystem Bund
KRITIS	Kritische Infrastrukturen
KsNI	Klimaschonende Nutzfahrzeuge und Infrastruktur
KV	Kombinierter Verkehr
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
LBE	Landesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement
LFK	Landesanstalt für Kommunikation Baden-Württemberg
LfV	Landesamt für Verfassungsschutz
LGA	Landesgesundheitsamt
LKJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz für Baden-Württemberg
LKatSG	Landeskatastrophenschutzgesetz
LKA BW	Landeskriminalamt Baden-Württemberg
LNA	Leitender Notarzt
LSBTIQ	Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter* und Queers
LUBW	Landesanstalt für Umwelt Baden-Württemberg
LZBW	Logistikzentrum Baden-Württemberg
MBE	Migrationsberatung für erwachsene Zugewanderte
MDR	Medical Device Regulation, auch EU-MDR

midi	Evangelische Arbeitsstelle für missionarische Kirchenentwicklung und diakonische Profilbildung
MiG BaWü	Migration und Gesundheitsversorgung Baden-Württemberg
MoFüst	Mobile Führungsunterstützung
MoWaS	Modulares Warnsystem
NOAH	Koordinierungsstelle Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe
NCT	Nationales Centrum für Tumorerkrankungen
NRK	Normenkontrollrat
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
OrgL	Organisatorischer Leiter Rettungsdienst
OZG	Onlinezugangsgesetz
PFAS	Poly- und Perfluoralkylsubstanzen
PflBG	Pflegeberufegesetz
PflStudStG	Pflegestudiumstärkungsgesetz
PSNV	Psychosoziale Notfallversorgung
PsychKHG	Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
QZBW	Qualitätszeichen Baden-Württemberg
RegMoG	Registermodernisierungsgesetz
RKI	Robert Koch-Institut
RP	Regierungspräsidium
SMEI	Single Market Emergency Instrument (Notfallinstrument für den Binnenmarkt)
SMR	Small Modular Reactor
SodEG	Sozialdienstleister-Einsatzgesetz
TCRH	Training Center Retten und Helfen
THW	Bundesanstalt Technisches Hilfswerk
TI	Telematikinfrastruktur
TRISAN	Plattform für Gesundheitsanwendungen in Deutschland
TS	TelefonSeelsorge
TÜV	Technischer Überwachungsverein
UCPM	Union Civil Protection Mechanism
UniBw	Universität der Bundeswehr

VB	Verbraucherbildung
Vb 3	Verwaltungsstabsbereich 3
VDBW	Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V.
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V. (hier: in Baden-Württemberg)
vfdb	Vereinigung zur Förderung des Deutschen Brandschutzes e. V.
VKL	Vorbereitungsklasse
VOSTbw	Virtual Operations Support Team Baden-Württemberg
VR	Virtuelle Realität
VS-NfD	Krisenvorsorgeinformationssystems der Bundeswehr
VwV	Verwaltungsvorschrift
VwV KatSD	Verwaltungsvorschrift des Innenministeriums über die Stärke und Gliederung des Katastrophenschutzdienstes
WBS	Wirtschaft/Berufs- und Studienorientierung
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
ZMZ	Zivil-militärische Zusammenarbeit