

Stellungnahme des ÖGD-Verbandes zu den Fragen der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ des Landtags Baden-Württemberg

Der Landesverband für den Öffentlichen Gesundheitsdienst nimmt mit folgenden Empfehlungen Stellung zu den Punkten a), b), c), d), f) und g) des Einsetzungsbeschlusses der Enquete-Kommission „Krisenfeste Gesellschaft“ des Landtags Baden-Württemberg.

Inhalt

Fazit und zentrale Botschaften	2
Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in einer Krise	4
Ad 1: Gefahrenabwehr	5
Ad 2. Fachliche Beratung der Politik, anderer Ressorts und Gremien zu medizinischen Fragestellungen	7
Ad 3. Koordinierende, dem Allgemeinwohl verpflichtete Rolle als ein Akteur in der gesundheitlichen Versorgung im Sinne einer sektorenübergreifenden Vernetzung der medizinischen (und gegebenenfalls sozialen) Systeme	8
Ad 4. Information und Beratung der Bevölkerung	9
Ad 5 Darstellung der gesundheitlichen und versorgungsrelevanten Lage	10
Ad 6 Wissenschaftliche Kooperation mit Universitäten und Forschungsverbänden	11
Ad 7 Beobachtung der medizinischen Versorgungsstrukturen	12

Fazit und zentrale Botschaften

- Die Definition des krisenbezogenen Gesundheitsschutzes als Kernaufgabe im Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) mit entsprechendem Stellenaufbau in unteren und obersten Gesundheitsbehörden ist erforderlich, um Krisenreaktionen vorzubereiten und damit in Krisen handlungsfähig und resilient zu sein.
- Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Vorbereitung auf sowie Gefahrenabwehr von gesundheitlichen Krisen, die durch die Umwelt und den Ausfall von KRITIS-Strukturen bedingt sind, ist notwendig, um als Gesundheitsbehörde tätig werden zu können und ausreichende Ressourcen für die Umsetzung zu erhalten.
- Die Etablierung einer Landesarbeitsgruppe „gesundheitliches Krisenmanagement“ u.a. mit Beteiligung von Sozialministerium und Landesgesundheitsamt, Innenministerium, Landkreis- und Städtetag, ÖGD-Verband und einzelnen Gesundheitsämtern und ggf. weiteren Einrichtungen ist erforderlich, um alle Ebenen der Öffentlichen Verwaltung für die Vorbereitung auf und Gefahrenabwehr in gesundheitlichen Krisen zu vernetzen.
- Die Festschreibung ausreichender qualifizierter Ressourcen zur Etablierung, Erhaltung und Gestaltung von Netzwerken im Sinne der sektorenübergreifenden Versorgung im ÖGD und den anderen Akteuren der medizinischen Versorgung ist für eine rasche Aktivierung dieser Netze zur gegenseitigen Absprache und Unterstützung in einer gesundheitlichen Krise und damit eine ausreichende Krisenresilienz der medizinischen Versorgung erforderlich.
- Es ist essentiell, die wissenschaftliche Ausrichtung der Arbeit in den Gesundheitsbehörden im ÖGDG festzuschreiben. Die hierfür notwendige qualitative und quantitative Personalausstattung für die wissenschaftliche Arbeit selbst, die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen sowie die Anbindung von Gesundheitsämtern an universitäre Einrichtungen sollten ebenfalls gesetzlich festgeschrieben werden.
- Um Gesundheitsämter resilient und in der Lage zu halten, ihren zentralen Aufgaben gerecht zu werden, ist es in der Krise erforderlich, ihre Zuständigkeiten und Aufgaben auf das fachlich Wesentliche zu beschränken und darüberhinausgehende Aufgaben an andere Stellen zu delegieren.
- Die Bereitstellung von einheitlichen, kompatiblen, qualitativ hochwertigen und skalierbaren Softwarelösungen durch mind. die Landesebene, besser noch die Bundesebene, die eine zentrale Auswertung und deren Rückspiegelung an die kommunale Ebene und die Auswertung der Daten im Hinblick auf wissenschaftliche Fragestellungen zusammen mit Forschungseinrichtungen ermöglichen, ist für das rasche Erkennen von Krisen, eine schnelle, evidenzbasierte Reaktionsfähigkeit in Krisen und die Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen im Zusammenhang mit der Krise erforderlich. Hierfür aufbauorganisatorische Verstärkung von Projektarbeit und Projektergebnissen aus dem Projekt Digitalisierung ÖGD BW im Sinne einer nachhaltigen Verwaltungsmodernisierung der GÄ BW; bspw. durch zentrale Steuerung des Anforderungs- und Innovationsmanagement, um nachhaltig

einheitliche Strukturen der Bearbeitung, Qualität und Digitalisierung zu schaffen und zu erhalten.

- **Die Beteiligung Baden-Württembergs an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf ist**
 - **zur Sicherstellung hochwertiger und bundesweit vergleichbaren Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (Ärzte, Hygienekontrolleure, Sozialmedizinische Assistentinnen) und**
 - **für den Zugang zu den dortigen Veranstaltungen, Strukturen und Netzwerken auch mit Bundeseinrichtungen wie dem RKI, auch im Hinblick auf eine erfolgreiche Planung und Bewältigung von Krisenlagen****dringend erforderlich.**
- **Die Besetzung des Vb6 innerhalb von Verwaltungsstäben in kreisfreien Städten ohne eigenes Gesundheitsamt muss rechtlich geklärt werden.**
- **Die Festlegung einer verpflichtenden qualifizierten Personalressource bezogen auf die Einwohnerzahl für die Bereiche Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung, Gesundheitsplanung und Prävention ist erforderlich, um im Krisenfall alle Bevölkerungsgruppen vertrauensvoll ansprechen zu können.**
- **Es ist erforderlich, resiliente Strukturen in der ambulanten und stationären Versorgung durch Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung, Verbesserung der Pflege sowie die bessere Organisation der stationären Versorgung zu schaffen.**
- **Die Beibehaltung eines*r Beauftragten der KV Baden-Württemberg in den Kommunen (analog dem Pandemiebeauftragte*r) als dauerhafte Verbindungsstrukturen der Kommunen in die niedergelassene Ärzteschaft wird dringend empfohlen.**
- **Die Schaffung / Stärkung von primär präventiven Instrumenten zur Stärkung der seelischen und sozialen Gesundheit insbesondere in und nach Krisen ist für eine gesunde und krisenresiliente Gesellschaft dringend notwendig.**

Einleitung

Wir wollen im Folgenden aus unseren Erfahrungen in der Pandemie und aus unseren Erfahrungen mit anderen Krisen versuchen, die genannten Fragen zumindest in Teilen zu beantworten.

Die Corona Pandemie ist eine besondere Krise – sie kam (für die meisten) unerwartet, dauerte (bzw. dauert noch) lange und betrifft alle Länder. Andere Krisen werden andere Charakteristika zeigen. Zwei Beispiele seien genannt:

- die Klimakrise kommt mit Ankündigung, es ist möglich sich vorzubereiten, sie wird sehr lange dauern, es wird zahlreiche auch akut und unerwartet auftretende Unterkrisen geben, wie beispielsweise Extremwetter-Ereignisse, und es gibt Prognosen zum Fortschreiten.
- Krisen im Zusammenhang mit CBRN-Unfällen sind unerwartet, dauern eher kurz und sind in der Regel lokal begrenzt.

Ziel ist es, hierfür übergreifende Maßnahmen und Strukturen zu finden, zu etablieren und beizubehalten.

Folgende übergreifende Bedarfe werden für jede Krise relevant und müssen in einem Konzept mitgedacht werden:

- Info / Beratung der Bevölkerung zu Situation, Risiken und Schutzmaßnahmen sowie Verhalten
- Ambulante und stationäre medizinische Versorgung der akut Erkrankten / Verletzten
- Rasche Datengeneration zur Lagebeschreibung sowie zur Planung und Nachsteuerung von Maßnahmen
- Rasche wissenschaftliche Bearbeitung dringender Fragen
- Psychosoziale Versorgung der durch die Krise und / oder die Maßnahmen belastete Bevölkerung, insbesondere für vorbelastete und vulnerable Gruppen

Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in einer Krise

Die folgenden Aufgaben des ÖGD sind zur Bewältigung jeder gesundheitlichen Krise, ggf. in unterschiedlichem Maße, relevant. Dabei handelt es sich nicht nur um gesetzlich festgeschriebene Aufgaben, sondern auch um solche, die nach allgemeiner Auffassung in Krisensituationen Aufgabe der Gesundheitsbehörden sind und deren Erfüllung von ihnen erwartet wird:

1. Gefahrenabwehr nach dem Infektionsschutzgesetz sowie von umweltbezogenen gesundheitlichen Bedrohungen
2. Fachliche Beratung der Politik sowie anderer Ressorts und Gremien zu medizinischen Fragestellungen; diese Rolle ist formalisiert in der Funktion als ständiges Verwaltungsstabsmitglied VB 6 gemäß VwV Stabsarbeit bzw. in entsprechenden Gremien auf Landes- bzw. Bundesebene

3. Koordinierende, dem Allgemeinwohl verpflichtenden Rolle als ein Akteur in der gesundheitlichen Versorgung im Sinne einer sektorenübergreifenden Vernetzung der medizinischen (und gegebenenfalls sozialen) Systeme
4. Information und Beratung der Bevölkerung
5. Darstellung der gesundheitlichen und versorgungsrelevanten Lage
6. Wissenschaftliche Kooperation mit Universitäten und Forschungsverbänden
7. Beobachtung der medizinischen Versorgungsstrukturen

In allen genannten Bereichen ist eine vertikale und horizontale Integration notwendig. Für eine zuverlässige Erfüllung dieser Aufgaben des krisenbezogenen Gesundheitsschutzes sind folgende interne Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes notwendig:

- Digitalisierung
- Bevölkerungsbezogener Gesundheitsschutz mit den Bereichen Infektionsschutz, und umweltbezogener (einschließlich klimabezogener) Gesundheitsschutz
- Gesundheitsberichterstattung
- Gesundheitsplanung
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Verwaltung

Diese Fachbereiche haben unterschiedliche Methodenkompetenzen, die insbesondere in Krisen synergistisch genutzt werden können.

Ad 1: Gefahrenabwehr

Eine konsequentere Vorbereitung auf Krisen - oder Katastrophensituationen, wie sie in §2 LKatSchG vorgesehen ist eine kontinuierliche Aufgabe und erfordert entsprechende personelle und materielle Ressource in den Kommunen sowie auf Landes- und Bundesebene. Hier sind klare Richtlinien zur Personalbemessung für Katastrophenschutzaufgaben sowie zur materiellen Ausstattung erforderlich. Diese fehlen bislang.

Sinnvoll wäre für die Gesundheitsämter **die Definition des krisenbezogenen Gesundheitsschutzes als Kernaufgabe im Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) mit entsprechendem Stellenaufbau in unteren, mittleren und obersten Gesundheitsbehörden.**

Wichtig ist darüber hinaus ein systematisches Planungs- und Schulungsprogramm für Mitarbeitende von Gesundheitsämtern mit dem Ziel, in der Fläche vergleichbare Strategien und Vorgehensweisen im Katastrophenschutz zu etablieren. Dies sollte landesweit wie bundesweit und für verschiedene Krisenarten (CBRN-Lagen, Extremwetterereignisse, Hochwasser, Stromausfall, Trinkwasserausfall, Dürre, Hitze, Kälte, Kriegslagen u.a.) erfolgen. Es ist unrealistisch, in jedem Landkreis / jeder kreisfreien Stadt, möglicherweise auch in jedem Bundesland, die gesamte, für jegliche Krisenbewältigung erforderliche Material- und Personalausstattung vorzuhalten. Deshalb sollten für verschiedene Krisenszenarien auf Landesebene ein bis zwei Zentren definiert und ausgestattet werden, die auf eine landesweite Bewältigung von spezifischen Krisenlagen vorbereitet sind und im Krisenfall den betroffenen Kreis/ die betroffene Stadt unterstützen. Besonders geeignet sind hierfür Verwaltungseinheiten mit großen, gut ausgestatteten Berufsfeuerwehren und/oder großen Gesundheitsämtern. Zusätzlich sollte das Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz am Landesgesundheitsamt

personell und sachlich besser aufgestellt werden, um im Krisenfall das jeweilige Zentrum unterstützen zu können.

Verschiedene vorstellbare Krisenszenarien erfordern eine bundesweite Planung wie z.B. das Konzept der Analytic Task Forces (ATF) und die Arbeit des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) zeigen. In diesem Sinn ist eine bundesweite Vereinheitlichung von Krisenbewältigungsstrategien sinnvoll, um in der Krise von Anfang an gemeinsam handeln zu können. Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bildet die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW) hierfür eine entsprechende Plattform. Dort werden bereits bundesweite Schulungsmaßnahmen u.a. gemeinsam mit dem BBK angeboten. Die AÖGW wird von allen Bundesländern außer Baden-Württemberg und Bayern getragen. Dies bedeutet, dass baden-württembergische Mitarbeitende des ÖGD Teilnahmegebühren für Schulungen der AÖGW zahlen müssen und nachrangig Teilnahmepätze erhalten. Das behindert nicht nur den direkten Wissensgewinn durch die Schulungen, sondern auch die Vernetzung mit anderen Bundesländern wie z.B. den Nachbarbundesländern Rheinland-Pfalz und Hessen. **Eine Beteiligung Baden-Württembergs an der AÖGW und damit der Zugang zu den dortigen Veranstaltungen, Strukturen und Netzwerken wäre auch für eine erfolgreiche Planung von Krisenlagen dringend erforderlich.**

Rechtliche Klarheit sollte auch zur Frage der Zuweisung gesetzlicher Aufgaben an die Gesundheitsämter im Rahmen von Krisenlagen geschaffen werden. Gesundheitsämter sind als Fachbehörden in gesundheitlichen Krisenlagen schon allein aufgrund ihrer Fachexpertise in extremem Maß involviert. Während der Pandemie waren die Gesundheitsämter durch die Zuweisungen einer Vielfalt wechselnder, teilweise komplett neuer Aufgaben in den Kommunen überfordert. Darüber hinaus wurden sowohl von Bund als auch Land fortlaufend weitere Zuständigkeiten und Aufgaben auf sie übertragen. Eine Entlastung von zusätzlichen Aufgaben kann in einer Krisensituation entscheidend sein. Dies ist bspw. mit der Übertragung der Entschädigungen nach §§ 56ff IfSG auf die Regierungspräsidien gut gelungen. Die Rückübertragung dieser Aufgabe, die Organisation der Teststelleninfrastruktur sowie die Überprüfung ihrer Abrechnungen nach Bundestestverordnung sowie die Bearbeitung der Einrichtungsbezogenen Impfpflicht sind jedoch keine Aufgaben, für die es den medizinischen Sachverstand der Fachkräfte im ÖGD braucht. Die enorme Belastung insbesondere der Fachkräfte des ÖGD während einer Pandemie durch weitere, nicht fachliche Aufgaben zu steigern, schwächt die wichtigsten Aufgaben, nämlich die Gefahrenabwehr, die fachliche Beratung der anderen Ressorts sowie die zeitnahe und umfassende Information der Bevölkerung. Selbst wenn ein ausreichender Personalzuwachs für die Erledigung dieser neuen Aufgaben finanziert würde (was nicht geschehen ist) ist dies eine Belastung der Organisationsfähigkeit und damit der ohnehin stark belasteten Führungskräfte. **Um Gesundheitsämter resilient und in der Lage zu halten, ihren zentralen Aufgaben gerecht zu werden, ist es in der Krise erforderlich, ihre Zuständigkeiten und Aufgaben auf das fachlich Wesentliche zu beschränken und darüberhinausgehende Aufgaben an andere Stellen zu delegieren.**

Krisen unterhalb des Katastrophenfalles werden aufgrund des Klimawandels und angesichts der Vulnerabilität von KRITIS-Strukturen wie z.B. Trinkwasser- oder Elektrizitätsversorgung mit sehr großer Wahrscheinlichkeit künftig häufiger auftreten. Die Zuständigkeiten für eine medizinisch qualifizierte Vorbereitung auf und Bewältigung von umweltbedingten insbesondere klimabedingten Gesundheitskrisen sowie gesundheitlichen Auswirkungen bei Ausfall von KRITIS-Strukturen sind gesetzlich in Baden-Württemberg auf kommunaler Ebene nicht geregelt. Der ÖGD hat nach §13 ÖGDG lediglich die Aufgabe, die Einwirkungen aus der Umwelt auf die menschliche Gesundheit zu beobachten, zu bewerten und dazu zu beraten. Für

Krisen durch Ausfall von KRITIS ist keine Festlegung der gesundheitlichen Gefahrenabwehr vorhanden. Es ist daher dringend notwendig, diese gesetzliche Lücke zu schließen und Zuständigkeiten für Planung und Gefahrenabwehr von derartigen Krisen festzulegen. Sollten diese Zuständigkeiten dem ÖGD übertragen werden, ist hierfür auf allen Verwaltungsebenen ein Strukturaufbau mit entsprechenden Ressourcen erforderlich. Die Erfahrungen einzelner Ämter, die sich bereits mit einem entsprechend Strukturaufbau im krisenbezogenen Gesundheitsschutz auf kommunaler Ebene beschäftigen, zeigen, dass die Personalressource für eine angemessene Planung und Bewältigung dieser Aufgaben erheblich ist. **Es wird daher dringend gefordert, eine gesetzliche Grundlage für die Planung und Gefahrenabwehr von durch die Umwelt und den Ausfall von KRITIS-Strukturen bedingten Krisen sowie ausreichende Ressourcen für die Umsetzung zu schaffen.**

Ad 2. Fachliche Beratung der Politik, anderer Ressorts und Gremien zu medizinischen Fragestellungen

Die Pandemie hat gezeigt, dass auf kommunaler Ebene die Entscheidungsfindung z.B. innerhalb von Verwaltungsstäben neben der gesundheitlichen Expertise regelhaft eine ressortübergreifende Unterstützung erfordert. In diesem Sinne sind Gesundheitskrisen Paradebeispiele für *Health in all Policies*. Diese Notwendigkeit der Kooperation verschiedener Ressorts zur Bewältigung der Krise bietet die Chance, kooperative Strukturen zu verstetigen. Insbesondere ist die rasche Verfügbarkeit über große operative Personalreserven eines der wesentlichsten Kriterien für die Resilienz von kommunalen Strukturen in der Krise. Die Bedeutung des ÖGD rührt aber auch aus der Aufgabe, andere Ressorts zu gesundheitlichen Fragen zu beraten, im Falle der Pandemie insbesondere zu infektionshygienischen Fragestellungen, damit diese anderen Ressorts ihre jeweiligen Aufgaben gut erfüllen können.

Eine zu klärende Problematik besteht für die 6 kreisfreien Städte ohne eigenes Gesundheitsamt (Ulm, Heidelberg, Karlsruhe, Baden-Baden, Freiburg, Pforzheim). Deren Verwaltungsstäbe werden durch die zuständigen Gesundheitsämter beraten, formal haben diese dort aber keinen Sitz. Dies schafft in der Krise eine erhebliche Mehrarbeit für die betroffenen Gesundheitsämter, die durch klare Vorgaben / Handreichungen vereinfacht werden könnten.

Eine weitere Schnittstelle betrifft die nach Infektionsschutzgesetz-Zuständigkeits-VO des Landes Baden-Württemberg für die Umsetzung und Überwachung der Maßnahmen, die zum Schutz der Bevölkerung vor gesundheitlichen Gefahren angezeigt sind, zuständigen Gemeinden. In der Pandemie hat sich gezeigt, dass insbesondere kleine Gemeinden kaum in der Lage waren, dieser Aufgabe gerecht zu werden. Absonderungen, Dokumente von Reiserückkehrern und weitere Pflichten konnten kaum bis nicht kontrolliert werden. Das hat sich in der Bevölkerung rasch herumgesprochen und führte zu einer geringen Compliance bzgl. der Maßnahmen. Die Gemeinden müssen in einer solchen Krise in die Lage versetzt werden, ihren Aufgaben nachzukommen und entsprechende Unterstützung, insbesondere auch personell, bekommen.

Die kontinuierliche Zusammenarbeit der unteren Gesundheitsbehörden mit dem Sozialministerium und dem Landesgesundheitsamt, wie sie im Verlauf der Pandemie etabliert werden konnte, muss erhalten bleiben. Die in regelmäßigem Intervall stattfindenden Videokonferenzen zwischen den Amtsleitungen der Gesundheitsämter und dem Sozialministerium, häufig unter Beteiligung des Ministers selbst, die während der Pandemie eingeführt wurden, sollten dauerhaft weitergeführt werden. Wichtig wäre es, auch außerhalb

von Besprechungen ein vertrauliches Feedback-System an das Sozialministerium zu ermöglichen, z.B. in Form einer Sprecher*innenfunktion der Amtsleitungen. Schon frühzeitig hat der Landkreistag den ÖGD in Anhörungsverfahren eingebunden, hier insbesondere die beiden Vorsitzenden der AG Gesundheit. Deren Eingaben haben im Verlauf der Pandemie Eingang in die Verordnungen des Landes bekommen.

Anders ist dies bei Anhörungen auf der Bundesebene: durchgängig hat der ÖGD auf dieser Ebene der Exekutive im Rahmen von Gesetzesänderungen nicht ausreichend Gehör gefunden. Bei der letzten großen IfSG-Änderung zum 16.9.2022 haben die Vertreter*innen des BVÖGD eine Frist von ca. drei Stunden für eine Stellungnahme gehabt, was weder eine fundierte Stellungnahme noch eine Abstimmung innerhalb des BVÖGD nicht möglich macht. Die Art und Weise, wie sich ein Gesetz auf seiner Wirkebene auswirkt, sowie Hemm- und Förderfaktoren können von den vor Ort Tätigen mit am besten beurteilt werden. In diesem Sinne sollten die Partizipations- und Beratungsstrukturen im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren zu Krisenlagen angepasst werden.

Der Austausch sowie die Planung auf Landesebene sollte durch weitere Formate ergänzt werden, z.B. durch die Etablierung einer **Landesarbeitsgruppe „gesundheitliches Krisenmanagement“** mit **Beteiligung des Sozialministeriums und des Landesgesundheitsamtes, des Innenministeriums, Landkreis- und Städtetag, ÖGD-Verband und einzelnen Gesundheitsämtern** und ggf. weiteren Einrichtungen. Baden-württembergische Kommunen würden den Aufbau entsprechender Strukturen vor Ort eher umsetzen, wenn von Seiten des Landes eine Initiative zur Einrichtung von Krisenstrukturen im Gesundheits- und Katastrophenschutzbereich unternommen würden.

Ad 3. Koordinierende, dem Allgemeinwohl verpflichtete Rolle als ein Akteur in der gesundheitlichen Versorgung im Sinne einer sektorenübergreifenden Vernetzung der medizinischen (und gegebenenfalls sozialen) Systeme

Zentrale Notaufnahmen und Intensivstationen sind neben der ambulanten Versorgung eines der Frühwarnsysteme zur Erkennung gesundheitlicher Krisen. Hier fallen neue Erkrankungen oder schwerer Verläufe bekannter Erkrankungen als erstes auf. Diese Sentinelfunktion der Kliniken und ambulanten Praxen ist mit Surveillance-Instrumenten der RKI bereits aufgenommen (RKI). Eine sektorenübergreifende Absprache ist in den getrennt organisierten ambulanten und stationären Systemen nicht angelegt. Um die ambulante Versorgung in einer Krise sicher zu stellen und die Kliniken zu entlasten, sind gemeinsame Absprachen notwendig. Dies wurde in der Pandemie sehr erfolgreich vom Öffentlichen Gesundheitsdienst initiiert und moderiert. Dessen sektorenübergreifende Rolle muss weiter konsequent gestärkt werden, um insbesondere im Hinblick auf zunehmende Personalknappheit im medizinisch-pflegerischen Sektor eine gute Grundversorgung erreichen zu können. Wesentlich für belastbare, flexible und reaktionsschnelle Krisenstrukturen sind auf allen Ebenen die Vernetzung und das persönliche Kennen der Entscheidungstragenden und -Umsetzenden schon vor der Krise. Das bringt für gesundheitliche Krisen aufgrund des in streng getrennte Sektoren aufgeteilten und in großen Teilen privatisierten Gesundheitssystems besondere Herausforderungen mit sich. Hierbei ist vor allem die gegenseitige Kenntnis und Anerkennung der Aufgaben, Rollen und Möglichkeiten der verschiedenen Player wichtig. Dies bedeutet einen kontinuierlichen Dialog zu gemeinsamen Arbeitsfeldern, aber auch Abgrenzungen, und möglichen Krisenszenarien. Ein

Aufbau dieser Strukturen und vor allem des Vertrauens der Akteure untereinander ist in einer Krise nicht mehr in ausreichendem Maße möglich.

Geeignete Methoden zur Etablierung einer derartigen Zusammenarbeit sind partizipative Formate, auf kommunaler Ebene z.B. der interprofessionelle Dialog im Rahmen von Fachdialogen nach § 2 Satz 4 LGG, Formate der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit oder Reallabore. Auch bereits bestehende Kommunikationsformate sind dafür geeignet. Aus unserer Sicht ist es sinnvoll, bestehende Netzwerke zu anderen Themen dafür zu nutzen, in denen die relevanten Akteure vertreten sind, wie bspw. die von den Gesundheitsämtern koordinierten MRE-Netzwerke, Arbeitsgruppen zu Versorgungsfragen wie docs4Pfenz im Enzkreis oder der Good Practice Guide Hygiene der stationären Einrichtungen Mannheim sowie viele andere mehr. Die Leitung solcher Netzwerke durch den ÖGD hat sich als zielführend erwiesen, weil der ÖGD dem Allgemeinwohl verpflichtet ist und nicht, wie andere Akteure, Partikularinteressen vertritt. **Eine gelingende Gestaltung von und dauerhafte Beteiligung an Netzwerken, die sich mit abstrakten, in der Zukunft liegenden Fragestellungen beschäftigen, ist in den bereits vorhandenen Strukturen ohne zusätzliche Ressourcen und gute Führung äußerst gering.**

Ad 4. Information und Beratung der Bevölkerung

Entscheidend sind in gesundheitlichen Krisenlagen niederschwellige Informations- und Beratungsangebote. Dabei ist ein einheitlicher Inhalt und Duktus dieser Informationen auf Bundeslandes und kommunaler Ebene ein wichtiger Aspekt. Hierfür sollten Kooperationsformen und Austauschmöglichkeiten gefunden werden. Beispielsweise ist denkbar, dass von Bundes oder Landesebene Versatzstücke von Pressemitteilungen vorzeitig an die kommunale Ebene weitergegeben werden und hier regional angepasst werden können.

Neben der Einheitlichkeit ist die **Einfachheit der Botschaft** ausschlaggebend für ihre Verständlichkeit und damit ihre Akzeptanz. Studien verschiedenster Fachrichtungen zeigen, dass selten mehr als drei Botschaften aufgenommen werden können. Hierfür ist eine Stärkung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie der eine Stärkung Medienfähigkeit der fachlich Verantwortlichen auf des ÖGD auf Bundeslandes und kommunaler Ebene anzustreben. Hierfür könnten beispielsweise Kurse durch die BzGA konzipiert und angeboten werden.

Es sollte auch evaluiert werden, wie sich verschiedene Informationsangebote auf unterschiedlichen Ebenen ergänzt haben und wie hier Verbesserungen im Sinne von Synergieeffekten zu schaffen sind. Sehr zu begrüßen wären landes- oder bundesweit einheitliche Informations- und Beratungssysteme einschließlich (teil-) digitaler Instrumente wie Chatbots oder Helpdesks, die anfragende Bürger*innen an die kommunal für sie zuständigen Beratungsstrukturen weiter vermitteln können, ähnlich wie es für Impf- oder Testprotale auch gelungen ist. Dies würde Kommunen entlasten und Bürger*innen eine klare Orientierung geben. Wichtig hierbei ist die Vermittlung von Informationen auch in einfacher Sprache sowie mehrsprachig.

Bürger mit Migrationshintergrund anzusprechen und zu erreichen hat sich sowohl bezgl. allgemeiner Informationen und Beratung, aber auch im Rahmen von Absonderungsmaßnahmen als schwierig erwiesen. So wurde im Gesundheitsamt Pforzheim Enzkreis eine mehrsprachige Hotline geschaltet (Kurdisch, Arabisch und Farsi), die nach einigen Monaten wieder eingestellt

wurde, weil fast niemand anrief. In Einzelfällen konnten Familien durch Sprachmittler, die zufällig im Amt tätig sind, beraten werden. Eine systematische flächenhafte Abdeckung der wichtigsten Sprachen war nicht leistbar. Hier wären zentrale Video-Übersetzerdienste hilfreich, die rasch angefordert werden können und deren Finanzierung gesichert ist. Noch effektiver ist sicherlich eine aufsuchende Arbeit, bspw. in Kooperation mit anderen aufsuchenden Diensten aus dem sozialen und caritativen Bereich. Ein Zugriff auf diese war während der Pandemie jedoch kaum möglich. Hier sollten vorbereitende Strukturen geschaffen werden.

Um verschiedene Bevölkerungsgruppen erreichen zu können und vertrauensvoll mit ihnen arbeiten zu können ist ein Beziehungsaufbau außerhalb der Krise notwendig. Hierfür können Strukturen und Angebote des ÖGD genutzt und zielgerichtet weiter ausgebaut werden, die aus anderen Fachlichkeit stammen – wie Gesundheitsförderung und Prävention (GF/Präv) sowie Kinder- und Jugend-Gesundheitsdienste (KJGD). Diese Fachbereiche sind durch eine Vor-Ort-Tätigkeit gekennzeichnet, sie kennen die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen und wissen, wie sie erreicht werden können. Insbesondere Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, der Suchthilfe und der Selbsthilfe sind in kommunalen Settings tätig. Sie können die Kommunikation mit der Bevölkerung wesentlich erleichtern. Auch hier gilt, wie schon für die Kooperation mit anderen Akteuren der medizinischen Versorgung oben geschildert, dass Netzwerkpflege eine wichtige, schwierige und personalintensive Aufgabe ist. **Auch diese Aufgabe muss mit konkreten qualifizierten Personalressourcen hinterlegt werden damit landesweit alle Bevölkerungsgruppen vertrauensvoll erreicht werden können.**

Ad 5 Darstellung der gesundheitlichen und versorgungsrelevanten Lage

Für eine zeitnahe Darstellung der gesundheitlichen und versorgungsrelevanten Lage werden zum einen verlässliche, anpassungsfähige und skalierbare digitale Instrumente benötigt, und zum anderen Mitarbeitende, die diese Instrumente nutzen können und die Methoden der Gesundheitsberichterstattung beherrschen.

Eine gut durchdachte, bis auf Bundesebene vernetzte **Digitalisierung** aller Behörden des ÖGD ist zentral für eine einheitliche und qualitätsgesicherte Erledigung der Aufgaben sowie zur Auswertung der Maßnahmen. Gute Software-Programme übernehmen stupide, repetitive Aufgaben und entlasten dadurch Mitarbeitende; sie führen zu einer einheitlichen und auswertbaren Datenbasis und ermöglichen damit die Auswertung der Maßnahmen und die unterstützen die Forschung.

Auf Bundesebene ist mit DEMIS vom RKI ein Instrument geschaffen worden, das diese Vernetzung übernehmen soll. Bisher wurde DEMIS, mit dem Anspruch, mit dem es vor nun bald 10 Jahren im Infektionsschutzgesetz (IfSG) verankert wurde, nur in Teilen umgesetzt. Die Gesundheitsämter haben nur eingeschränkter Möglichkeit, sich beim RKI über regionale, kreisübergreifende Infektionsgeschehen zu informieren. Dies wird auch von ausgewiesenen IfSG-Expert*innen kritisiert (Unveröffentlichte Daten des Zentrums für Öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Universität Tübingen). Für die Entscheidung über die richtigen Maßnahmen vor Ort ist jedoch eine bilaterale Informationsweitergabe in Krisen erforderlich, also auch vom Bund an die Kommunen.

Hier sind erste gute Schritte in Baden-Württemberg gemacht mit der Einrichtung eines Digitalisierungsreferates im SM / LGA und der von dort erfolgten engen Einbindung der 38 Gesundheitsämter in ein ehrgeiziges, übergreifendes Projekt zur Digitalisierung im ÖGD,

finanziert auch aus Mitteln aus dem Pakt für den ÖGD. Diese gemeinsame Arbeit, die zusätzlich zur Routinearbeit erfolgt, muss gestärkt und nachhaltig erhalten bleiben, ggf. auch nochmals durch Ressourcen unterstützt. **Projektarbeit und Projektergebnisse aus dem Projekt Digitalisierung ÖGD BW müssen im Sinne einer nachhaltigen Verwaltungsmodernisierung der GÄ BW aufbauorganisatorisch verstetigt werden; bspw. durch zentrale Steuerung des Anforderungs- und Innovationsmanagement, um nachhaltig einheitliche Strukturen der Bearbeitung, Qualität und Digitalisierung zu schaffen und zu erhalten.** Dafür benötigt es sowohl auf Landes- als auch auf kommunaler Ebene weitere Ressourcen: Eine Stärkung der schon jetzt interdisziplinär aufgestellten Gesundheitsämter durch Digitalisierungsexpert*innen ist notwendig, um die fachliche Expertise mit der technischen verknüpfen zu können. Für die Entwicklung, Einführung und Betreuung zentraler digitale Instrumente muss die fachlich zuständige Landesstelle personell nachhaltig aufgestellt werden. Hierfür sind mindestens fünf unbefristete Stellen im gD und hD zu schaffen.

Softwarehersteller müssen eine mehrjährige Finanzierung zugesichert bekommen, um bereit zu sein, ihre Produkte langfristig weiter zu entwickeln und im Krisenfall rasch anzupassen. Ob es sich hier um private oder öffentliche Hersteller handelt ist zweitrangig.

Wünschenswert wären im Hinblick auf die aktuelle sowie auf künftige Pandemien die Bereitstellung von einheitlichen, intern und extern kompatiblen und qualitativ hochwertigen und skalierbaren Softwarelösungen durch die Bundesebene, die eine zentrale Auswertung und deren Rückspiegelung an die kommunale Ebene und die Auswertung der Daten im Hinblick auf wissenschaftliche Fragestellungen zusammen mit Forschungseinrichtungen ermöglichen.

Gesundheitsberichterstattung ist eine der Aufgaben im öffentlichen Gesundheitsdienst, die im ÖGDG qualitativ, aber nicht quantitativ verankert ist. Das bedeutet, dass der Erfüllungsgrad nicht vorgegeben ist, anders als beispielsweise im Infektionsschutz oder in den Einschulungsuntersuchungen. In Situationen der Personalknappheit werden Ressourcen innerhalb der Gesundheitsämter häufig zugunsten der vollständig zu erfüllenden Pflichtaufgaben allokiert und Arbeitsbereiche für Gesundheitsförderung, Prävention oder Gesundheitsplanung nicht in dem Maß personell besetzt, dass sie flächendeckend Wirkung entfalten können. Für eine gut funktionierende Lage-Darstellung, für die Nachsteuerung von Maßnahmen so wie für die wissenschaftliche Evaluation ist dieser Bereich jedoch zentral. Um hier Abhilfe zu schaffen und **Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken**, wäre eine verpflichtende qualifizierte Personalressource bezogen auf die Einwohnerzahl für diese Bereiche sinnvoll.

Ad 6 Wissenschaftliche Kooperation mit Universitäten und Forschungsverbänden

Die engere, einfachere und bessere Zusammenarbeit der Universitäten und Forschungseinrichtungen mit dem ÖGD muss Standard werden. In den Gesundheitsämtern liegen große Datenmengen zur Pandemie und vielen anderen Arbeitsbereichen vor, die nur verzögert zur Verbesserung der Darstellung der Situation und der Prävention genutzt werden können.

Einige Post-Covid-Studien konnten aus einer solchen Kooperation erfolgreich starten. Noch immer unklar ist allerdings, welche Maßnahmen in der Bekämpfung der Auswirkungen der Pandemie wie erfolgreich waren und wie sie verbessert werden könnten. Voraussetzungen für eine verbesserte Kooperation sind

1. gute digitale Instrumente zur Erhebung einheitlicher, und damit zusammenführbarer und vergleichbar Datensätze, die zur Auswertung genutzt werden können (siehe auch ad 4)
2. Kooperationsformate zwischen ÖGD und Wissenschaft, wie sie u.a. aktuell in einem BMG-Forschungsprojekt ausprobiert werden (Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und Public Health Forschung - Bundesgesundheitsministerium) sowie über eine wissenschaftliche Abordnungsstelle für Mitarbeiter*innen der Gesundheitsämter an das Zentrum für Öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung der Universität Tübingen . Die Ergebnisse dieser Projekte müssen in nachhaltige, strukturell verankerte, personell unterfütterte Verbände und Strukturen münden, innerhalb derer Forschungsfragen auch aus Krisen erforderlichenfalls rasch beantwortet werden können.

Wissenschaftliche Erkenntnis und Methoden sind die Grundlage medizinischen, auch bevölkerungsmedizinischen Handelns. Dies gilt gerade für das Handeln in Krisen: Gesundheitsämter können viele ihrer Kernaufgaben auch in der Krise nur erfüllen, wenn sie fachlich in der Lage sind, dies mit wissenschaftlichen Methoden zu tun. **Daher ist es essentiell, die wissenschaftliche Ausrichtung der Arbeit in den Gesundheitsbehörden im ÖGDG festzuschreiben. Die hierfür notwendige qualitative und quantitative Personalausstattung für die wissenschaftliche Arbeit selbst, die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen sowie die Anbindung von Gesundheitsämtern an universitäre Einrichtungen sollten ebenfalls gesetzlich festgeschrieben werden.**

Baden-Württemberg hat hier mit der Gründung des Zentrums für Öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung (ZÖGV) an der Universität Tübingen einen wichtigen Schritt gemacht. Dort finden inzwischen gemeinsame Forschungsk Kooperationen zwischen ÖGD und Wissenschaft statt, wenn auch noch nicht in ausreichendem Maß. Zudem werden bundesweite mehrere Projekte vom BMG gefördert, die Modelle der Zusammenarbeit von ÖGD mit wissenschaftlichen Einrichtungen erproben. Die Ergebnisse dieser Projekte müssen ausgewertet und erfolgreiche Formate der Kooperationen dann auch konsequent umgesetzt werden. Denkbar sind nachhaltige Forschungsverbände von mehreren Gesundheitsämtern und wissenschaftlichen Einrichtungen. Wichtig ist bei der Zusammenarbeit zwischen ÖGD und Wissenschaft, dass Gesundheitsämter flächendeckend und nicht nur vereinzelt hiervon profitieren und dass das Öffentliche Gesundheitswesen als eigenständige Expertise von der Wissenschaft anerkannt wird. Im Hinblick auf die Krisenbewältigung wären die Entwicklung einfacher Evaluationsverfahren, die sich auch bei aus der Krise geborenen Maßnahmen ohne wissenschaftliches Personal durchführen lassen, wesentlich; außerdem eine rasch verfügbare wissenschaftliche Begleitung bei der Bearbeitung von Forschungsfragen, die aus einer Krise entstehen. Bspw. wäre es hilfreich und kostenrelevant zu klären, wie groß der präventive Beitrag von Schnelltests in der Omikron-Welle tatsächlich ist.

Ad 7 Beobachtung der medizinischen Versorgungsstrukturen

Akutstationäre Versorgung

Die **Resilienz stationärer Versorgung** wie der **stationären Pflege** hängt in der Pandemie entscheidend von der Personalressource ab. Die aktive Bettenressource (die Anzahl der Betten, die ärztlich und pflegerisch betreut werden können) insbesondere in den Intensivstationen und in den stationären Pflegeeinrichtungen sank im Verlauf der Pandemie aufgrund rückläufiger Anzahl von Pflegefachkräften. Nach Rückmeldung der Kliniken sind seit Mitte 2021 nachhaltig 20 bis 30% des Pflegepersonals durch die Krise verloren gegangen. Die Gewinnung neuer Pflegekräfte gestaltet sich äußerst schwierig. Deutschland ist europaweit eines der Schlusslichter, was die verpflichtende Regelpersonalbemessung in der stationären Pflege angeht und fast das einzige Land ohne Mindestpersonalschlüssel für Normalstationen in Krankenhäusern bei allerdings auch einem der höchsten Verhältnisse Krankenhausbetten / Einwohnerzahl. Diese Voraussetzungen, also **viele Betten mit relativ schlechter Relation von Pflegekraft zu Krankenhausbett, führen in Gesundheitskrisen mit erhöhtem Bedarf an medizinischem Personal zu einer mangelhaften Resilienz**. In Deutschland sind mit 13,9 Pflegekräften je 1000 Einwohner Verhältnis zur Bevölkerung sind in Deutschland deutlich mehr Pflegekräfte tätig als in OECD-Schnitt mit 8,6 Pflegekräften je 1000 EW (Quelle: [ae3016b9-en.pdf \(oecd-ilibrary.org\)](#), abgerufen 24.11.2022). Das Einkommen der Pflegekräfte ist von 2011 bis 2021 um 34% gestiegen (Quelle: Statistisches Bundesamt, [Zahl der Beschäftigten im Pflegedienst in Kliniken binnen zehn Jahren um 18 % gestiegen - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](#), abgerufen am 24.11.2022). Hier scheint es sich um ein Verteilungsproblem und möglicherweise ein Problem der Arbeitsplatz-Attraktivität zu handeln. Empfehlungen zur Abhilfe sind in der Erhebung „*Ich pflege wieder, wenn...*“ gelistet ([Ich pflege wieder wenn ... - Potenzialanalyse \(arbeitnehmerkammer.de\)](#)).

Der ÖGD hat nicht die Kompetenz, hier Lösungswege aufzuzeigen. **Die Schaffung resilienter Strukturen in der stationären Versorgung scheint uns allerdings zentral in der Stärkung der akutstationären Versorgung, die für die Bewältigung gesundheitlicher Krise zentral ist.**

Stationäre Pflegeversorgung

Die stationäre Altenpflege ist der Bereich, in dem sich der ÖGD während der Pandemie in besonderer Weise engagiert hat. Trotzdem ist die Wahrnehmung der Zusammenarbeit ÖGD – Einrichtungen der Altenpflege und Eingliederungshilfe kritisch und die Erfolge der Maßnahmen durch den ÖGD unklar. Eine klare Verbesserung der gesundheitlichen Lage in den APH ist erst durch die Corona-Impfung entstanden. Auch hier sind stehende Austauschformate, wie sie in zahlreichen Kreisen und Städten während der Pandemie entstanden sind, hilfreich und müssen verstetigt werden.

Als sehr sinnvoll wird die **verpflichtende Beschäftigung von hygienebeauftragtem Personal in den Pflegeeinrichtungen** bewertet. Die Länder haben hierzu nach §35 IfSG Verordnungen zu erlassen. Die Empfehlungen des ÖGD-Landesverbandes hierzu ist die verpflichtende Beschäftigung von hygienebeauftragtem Fachpersonal, das mindestens nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) als „Hygienebeauftragte in Pflegeeinrichtungen“ qualifiziert ist ([Leitlinie: Hygienebeauftragte\(r\) in Pflegeeinrichtungen - Stand 2011 \(krankenhaushygiene.de\)](#)). Die Übernahme dieser Aufgabe sollte dauerhaft honoriert werden, wie es für die entsprechende Interimsregelung für den Winter 2022/2023 vorgesehen ist. Hygienebeauftragtes Personal sollte im Umfang von 1 VK pro 500 Pflegeheimbewohner*innen für hygienebezogene Aufgaben freigestellt werden.

Darüber hinaus ist für eine krisenfeste Funktionsfähigkeit von stationärer Versorgung und Pflege eine autarke Versorgung mit Strom und Trinkwasser für diese Einrichtungen

erforderlich. Dies könnte durch eine gesetzliche Verpflichtung zur Einrichtung von einrichtungsspezifischen Notstromaggregaten und Notbrunnen erreicht werden.

Ambulante Versorgung

In gesundheitlichen Krisen ist in der Regel die allgemeinmedizinische Versorgung erster und wichtigster Ansprechpartner. Eine stabile ambulante Versorgung schützt stationäre Strukturen: je mehr Patienten in der ambulanten Versorgung versorgt werden können, desto weniger schlagen in den Kliniken auf ohne kritisch krank zu sein und blockieren dort Ressourcen. In der Pandemie hat sich gezeigt, dass ein gut aufgestellter ambulanter allgemeinmedizinischer Sektor die stationären Strukturen deutlich entlasten kann (dies haben bspw. die Absprachen in der sektorenübergreifenden Steuerungsgruppe medizinische Versorgung Corona, Enzkreis und Pforzheim wie auch in anderen Kreisen, eindrucksvoll gezeigt; Protokolle können b.B. zur Verfügung gestellt werden). Um Krisenresilienz der medizinischen Versorgung zu verbessern muss **die hausärztliche Versorgung gestärkt und stabilisiert werden**. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in mehreren Gutachten eine hausarztzentrierte ambulante Versorgung gefordert (zuletzt im Gutachten von 2018). In Baden-Württemberg ist beispielsweise die hausarztzentrierte Versorgung etabliert und evaluiert worden ([HZV-Evaluation | Hausarzt-BW](#)). Das Konzept der sektorenübergreifenden Primärversorgungsverbünde wird aktuell erprobt und wissenschaftlich ([Sektorenübergreifender Primärversorgungsverbund | Universitätsklinikum Tübingen \(uni-tuebingen.de\)](#)). Hier muss die Politik den Zielkonflikt zwischen hochspezialisierten fachärztlichen Angeboten und einer soliden Basisversorgung für alle entscheiden. Beides ist vor allem aufgrund der eingeschränkten Ressource Ärztliche Kraft nicht erreichbar.

Die Einbindung von ambulanten Versorgungsstrukturen in die Bewältigung von gesundheitlichen Krisen gelingt aufgrund des überwiegend privatwirtschaftlichen Charakters dieser Strukturen und der großen Zahl der Einzelakteure nur punktuell und nur auf freiwilliger Basis, abhängig vom Engagement einzelner. Gesundheitsämter haben hier nur eine eingeschränkte Einflussmöglichkeit. Hier wären verpflichtende Regelungen für alle ambulanten Versorgenden zur Beteiligung an Krisenbewältigung erforderlich. Im Gegensatz zu den allermeisten anderen Bundesländern existiert in Baden-Württemberg keine Medizinalaufsicht für Gesundheitsfachberufe durch die Gesundheitsämter. Somit besteht auch keine Anmeldepflicht für selbständig tätige Angehörige von Gesundheitsfachberufen oder entsprechenden Einrichtungen beim zuständigen Gesundheitsamt. Daher liegen den Gesundheitsämtern im Krisenfall keine Listen mit an der ambulanten Versorgung beteiligten privatwirtschaftlichen Unternehmen und Einzelpersonen vor wie z.B. ambulanten Pflegediensten, Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen, was den Zugriff auf diese Gruppe von Angehörigen von Gesundheitsfachberufen erheblich erschwert. Mit der niedergelassenen Ärzteschaft gelingt eine Informationsübermittlung oder Kontaktaufnahme oft nur über kooperationsbereite Vorsitzenden der Kreisärzt*innenschaft. Hilfreich, aber bei weitem nicht ausreichend war hier die Etablierung von **Pandemiebeauftragten** durch die KV BaWü. **Diese Verbindungsstrukturen der Kommunen in die Ärzteschaft sollte dauerhaft erhalten bleiben und im Sinne eines Netzwerkes in die niedergelassene Ärzteschaft ausgebaut werden.**

Einige Praxen sind mit Unterstützung der Kommunen in Vorleistung gegangen und haben Fieberambulanzen o.ä. errichtet, bevor die KV die formalen Vorgaben dazu herausgegeben hat. Das hat in einigen Fällen dazu geführt, dass engagierte und kooperative Allgemeinmediziner*innen immer noch auf die Erstattung von Leistungen warten. Hier braucht es **flexiblere Regelungen der Vergütung in Krisenzeiten**, um die Kreativität und Unterstützungsbereitschaft der niedergelassenen Ärzteschaft nicht zu verlieren.

Insbesondere in Pandemielagen können **telemedizinische Versorgungsangebote** hilfreich sein, um infektiöse Patient*innen versorgen zu können, ohne zu riskieren, dass sie Erreger in die medizinischen Einrichtungen eintragen. Telemedizinische Angebote sollten komplementär durch aufsuchende medizinische Angebote in kritischen Fällen ergänzt werden, so wie es z.B. in Köln in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt während der Pandemie praktiziert wurde.

Im ambulanten Bereich sind von einem Stromausfall insbesondere Dialyseeinheiten und Heimbeatmete unmittelbar lebensbedrohlich betroffen. Daher sollte es für ambulante Dialyseeinrichtung eine Pflicht zur Sicherstellung der Stromversorgung geben. Für die Versorgung von Heimbeatmeten im Stromausfall wäre hilfreich, wenn die Heimbeatmeten bei der Leitstelle bekannt und im GIS gemappt wären, um die Grundvoraussetzungen für ihre Versorgung im Stromausfall zu schaffen. Dies könnte über eine Meldepflicht von Heimbeatmungen erreicht werden.

Als mittlerweile nicht mehr zielführend wird der große Ressourcenverbrauch für die Teststellen angesehen, siehe hierzu auch die gemeinsame Stellungnahme der Leitungen der Gesundheitsämter vom März 2022

Rettungswesen

Rettungsdienst und Hilfsorganisationen müssen in die ressortübergreifende Planung von Krisenlagen einbezogen werden, um ableiten zu können, wo für sie Handlungsbedarfe bestehen. Insgesamt hat sich im Verlauf der Pandemie gezeigt, dass z.B. für die Umsetzung von Impfkampagnen nicht ausreichend Personal der Hilfsorganisationen zur Verfügung stand, weil es hauptberuflich bereits im überlasteten Gesundheitswesen tätig war und somit nicht für die Aufgaben im Rahmen der Hilfsorganisationen freigestellt werden konnte. Hier zeigt es sich, dass für zusätzliche Aufgaben im Rahmen einer flächendeckenden länger anhaltenden Krise, das Rettungs- und Hilfswesen an seine Grenzen stößt.

Psychische Gesundheit

Krisen gehen mit Unsicherheit, Unklarheit, Unplanbarkeit sowie Risiken für Gesundheit und Leben der Menschen und damit psychische Belastung einher. Dieser psychischen Belastung kann durch klare und gute Kommunikation begegnet werden. Im Falle längerer Krisen wird das aber nicht ausreichend. Hierfür müssen Interventionen und Unterstützungsangebote bereitgehalten werden, die sowohl auf die Entwicklung von Verschwörungstheorien und Demokratiefeindlichkeit als auch auf die vermehrte Entwicklung von psychischen Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen und Essstörungen eingehen können. **Eine primär präventive Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung ist anzustreben.** Dies ist über gemeindebezogene Laienansätze sowie Peeransätze flächendeckend ohne wesentliche zusätzliche Personalressourcen machbar. Eine Möglichkeit hierfür ist die Schulung möglichst vieler Schlüsselpersonen, wie Polizei, Feuerwehr und Verwaltungsmitarbeiter*innen, aber auch der Allgemeinbevölkerung in Mental Health First Aid anzustreben. Entsprechende Angebote sind über das Zentralinstitut für seelische Gesundheit der Uni Mannheim erhältlich ([MHFA - Mental Health First Aid \(mhfa-ersthelfer.de\)](http://mhfa-ersthelfer.de)). Auch professionelle Angebote sollten gestärkt werden, soweit hierfür Ressourcen zur Verfügung stehen.