

Bericht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration zum Corona-Management des Sozialministeriums im Juni 2022

Nach über zwei Jahren mit besonderen Herausforderungen, die die Corona-Pandemie für das für den Gesundheitsschutz zuständige Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration (Sozialministerium) mit sich brachte, berichtet das Sozialministerium welche Maßnahmen und Inhalte das Corona-Management im Sozialministerium im Sinne einer Bilanzierung beinhaltete. Dabei wird die entscheidende Rolle der bundesweiten Abstimmungen, insbesondere im Rahmen der Ministerpräsidentenkonferenzen mit der Bundeskanzlerin bzw. dem Bundeskanzler, vorangestellt.

Im Folgenden werden die Schwerpunkte des Corona-Managements des Sozialministeriums dargestellt. Dabei werden die Bereiche des Infektionsschutzes, der Rechtssetzung, der Gesundheitsversorgung, der Impfkampagne sowie der Beschaffung von Schutzgütern und des Personaleinsatzes aufgegriffen. Weitere Schwerpunkte der Arbeit waren der Umgang mit vulnerablen Personen in Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen sowie die Unterstützung von Kindern, Jugendlichen, Familien und Frauen. Die Herausforderungen der Pandemiebewältigung konnten nur im Zusammenspiel mit allen Ressorts der Landesregierung, den Regierungspräsidien, den Stadt- und Landkreisen sowie Gemeinden und deren Landesverbänden sowie allen in der Gesundheitsversorgung engagierten Verbänden und Personen bewältigt werden.

Der politische Rahmen für die Bekämpfung der Corona-Pandemie wurde in den Ministerpräsidentenkonferenzen mit der Bundeskanzlerin bzw. dem Bundeskanzler sowie in den Besprechungen der Chefinnen und Chefs der Staats- und Senatskanzleien der Länder mit dem Chef des Bundeskanzleramtes abgesteckt. Die unterschiedlichen Situationen und Anforderungen der Länder sind in die Beratungen und Beschlüssen dieser Gremien eingeflossen. Ziel der Beschlüsse war es, möglichst einheitliche Grundregeln in den Ländern zu verabreden, um einen weitgehenden Gleichklang der Corona-Maßnahmen zu erreichen.

Die Ergebnisse der mehr als 45 Konferenzen der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder mit der Bundeskanzlerin und dem Bundeskanzler zur Corona-Pandemie und den mehr als 100 vorbereitenden Besprechungen der Chefinnen und Chefs der Staats- und Senatskanzleien mit dem Chef des Bundeskanzleramtes waren damit die entscheidende Basis für den Erfolg und die Durchschlagskraft der getroffenen Maßnahmen. Die dort gefassten Beschlüsse waren somit auch die Grundlage für das Vorgehen im Land, insbesondere für die Erarbeitung der Hauptverordnung Corona sowie die jeweiligen Unter-Verordnungen der Landesregierung bzw. der Fachressorts. Dabei übernahm das Staatsmi-

nisterium eine federführende Rolle. Wichtige Leitlinien und Grundlagen des Corona-Pandemiemanagements wurden auf Grundlage der Ergebnisse der Ministerpräsidentenkonferenzen mit der Bundeskanzlerin bzw. dem Bundeskanzler durch das Staatsministerium vorgegeben. Innerhalb der Landesregierung nahm der Chef der Staatskanzlei u. a. mit der Leitung der Lenkungsgruppe „SARS-CoV-2 (Coronavirus)“ und der dort erfolgten Einbindung der Kommunalen Landesverbände sowie der Durchführung der Abstimmungsgespräche mit den Chefinnen und Chefs der Staats- und Senatskanzleien der Länder eine besondere Rolle ein.

Neben diesen Abstimmungsprozessen wurden im Staatsministerium unter Beteiligung des Sozialministeriums Gespräche mit verschiedenen Experten geführt. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse sind in die Entscheidungen der Landesregierung eingeflossen.

Besonders ist die die Zusammenarbeit in der Lenkungsgruppe „SARS-CoV-2 (Coronavirus)“ der Landesregierung (Lenkungsgruppe) unter Leitung des Chefs der Staatskanzlei hervorzuheben. Die Lenkungsgruppe wurde mit Kabinettsbeschluss vom 13. März 2020 eingesetzt. Alle Amtschefs der Ressorts der Landesregierung wurden an der Arbeit der Lenkungsgruppe beteiligt. Sie hatte den Auftrag, den Gesundheitsschutz der Bevölkerung in BW sicherzustellen und dabei möglichst die Auswirkungen auf Bevölkerung und Wirtschaft – auch unserer Nachbarländer – in einem erträglichen Rahmen zu halten. Hierzu fasste die Lenkungsgruppe alle notwendigen exekutiven Beschlüsse, um eine Eindämmung des Infektionsgeschehens zu erreichen sowie die medizinische Versorgung in Baden-Württemberg zu gewährleisten. Das Sozialministerium als fachlich zentral berührtes Ressort hat die weit überwiegende Zahl von Beratungsunterlagen, Beschlussvorschlägen und Vorschlägen zur Tagesordnung vorbereitet und eingebracht. Unter Leitung des Staatsministeriums wurden diese Vorschläge politisch und fachlich bewertet. Auf der Basis dieser Ergebnisse wurden die entsprechenden Beschlüsse gefasst. Am 21. Februar 2022 wurde die Lenkungsgruppe nach der insgesamt 57. Sitzung wieder ruhend gestellt.

Einen Tag nach Auftreten des ersten Falles in Baden-Württemberg wurden die relevanten Akteure in das Sozialministerium eingeladen, um die akut zu ergreifenden Schritte zu besprechen. Hieraus ging die AG Corona hervor, in der u. a. die kommunalen Landesverbände (KLVen), Verbände der medizinischen Versorgung, der Ärztekammer und der Krankenkassen eingebunden wurden. Diese „große“ AG Corona wurde unterteilt in Teilgruppen (KLVen, Versorger und Kassen), die teils wöchentlich tagten.

Am 13. Juli 2020 fand eine Sitzung der „großen“ AG Corona statt, in der u. a. über die Erfahrungen der vergangenen Monate diskutiert wurde. Im Nachgang wurde eine „Gemeinsame Vereinbarung zur Umsetzung von regionalen und lokalen Maßnahmen zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung im Falle eines massiven lokalen Covid-

19-Ausbruchs bzw. einer zweiten landesweiten Infektionswelle“ abgestimmt und im Oktober 2020 final konsentiert. Am 26. Juli 2021 fand eine weitere Präsenzsitzung der großen AG Corona statt. Im Rahmen der Sitzung wurde eine Gemeinsame Erklärung abgestimmt, in der notwendige Maßnahmen zur Vorbereitung auf den zweiten Pandemieherbst bzw. -winter und Lehren festgehalten wurden. Am 23. Dezember 2021 fand eine digitale Sitzung der großen AG Corona statt, in der erneut eine Gemeinsame Erklärung gefasst wurde. Darin bekennen sich die Akteure angesichts des Auftretens der Omikron-Variante insbesondere zur Bedeutung von Auffrischimpfungen und infektionsschützenden Maßnahmen.

Corona wird zudem als Thema in diversen Aktuellen Debatten, Regierungsbefragungen, Fragestunden, Anträgen und Debatten im Plenum des Landtags behandelt. Im Sozialausschuss finden reguläre Sitzungen und Sondersitzungen mit Berichten von Herrn Minister Lucha über die jeweils aktuelle Lage statt. Im Finanzausschuss und Ständigen Ausschuss sind Corona-Themen regelmäßig auf der Tagesordnung. Das Sozialministerium erarbeitet Stellungnahmen zu einer Vielzahl von Parlamentarischen Initiativen bzgl. Corona. Die Beantwortung vielfältiger Anfragen von Abgeordneten rund um Corona binden viel Arbeitskraft.

Zudem hat die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) je nach Bedarf in den verschiedenen Phasen der Pandemie per Videokonferenz getagt. In der Anfangsphase täglich, im Laufe der Zeit regelhaft einmal wöchentlich als Sonder-GMK, meist mit vorgeschalteten B-Länder-Telefonkonferenzen. In Ausnahmefällen wurden zudem Amtschef-Videokonferenzen zur Vorbereitung abgehalten.

A. Infektionsschutz, Pandemie-Monitoring und Teststrategie sowie Entschädigungsleistungen nach IfSG

Zum 1. Januar 2022 wurde das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) vom Regierungspräsidium Stuttgart in das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration eingegliedert. Im Bereich Infektionsschutz und Gesundheitsschutz erfolgte die Zusammenführung der Referate 92 des LGA und Referat 51 des Sozialministeriums zu Referat 73. Die nachfolgende Bilanz führt daher die Arbeitsschwerpunkte ohne Differenzierung nach der ehemaligen Zuordnung entsprechend der Zuständigkeit auf.

1. Pandemiemonitoring

Berichterstattung und Bewertung der Lage

Bereits in den ersten Wochen nach Bekanntwerden der ersten COVID-19-Erkrankungen startete das Landesgesundheitsamt mit der Erstellung von Berichten zur epidemiologi-

schen Lage. Initial erfolgte die Berichterstattung ab 2. März 2020 für den internen Dienstgebrauch. Ab dem 6. April 2020 wurden die Berichte für die Bevölkerung auf der LGA-Webseite zur Information bereitgestellt.

Mit Stand Ende Mai 2022 wurden insgesamt 741 COVID-19-Lageberichte an Werk-, Wochenend- und Feiertagen erstellt und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Im Rahmen der Berichterstellung leisteten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des LGA schätzungsweise eine fünfstellige Zahl an Arbeitsstunden außerhalb der Rahmenarbeitszeit an Wochenenden und Feiertagen, um die Meldedaten an das Robert Koch-Institut (RKI) zu übermitteln und den COVID-19-Bericht zu erstellen.

Darüber hinaus wurden zur Information der Amtsspitze des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration, der Lenkungsgruppe SARS-CoV-2 und weiterer politischer Entscheidungsträger insgesamt 203 zusätzliche erweiterte Berichte zur Bewertung der Lage erstellt.

Laboruntersuchungen am LGA

Der erste positive Fall von SARS-CoV-2 in Baden-Württemberg wurde am 25. Februar 2020 im Landesgesundheitsamt diagnostiziert. Als eines der ersten Labore bundesweit hatte das Landeslabor des LGA bereits Ende Januar 2020 die Diagnostik von SARS-CoV-2 mittels der Polymerase-Kettenreaktion (PCR) etabliert. Spätestens mit den Reiserückkehrerinnen und Reiserückkehrern aus den Faschingsferien 2020 stieg die Zahl der Verdachtsfälle – und damit der zu untersuchenden Proben – sprunghaft an. Bis Ende März 2020 nahm die Positivrate in Baden-Württemberg kontinuierlich zu. Das Landesgesundheitsamt untersuchte einen großen Teil der Verdachtsfälle auf SARS-CoV-2 in den ersten Monaten der Pandemie selbst, bis die Durchführung der Diagnostik von vielen niedergelassenen Laboratorien ebenfalls durchgeführt wurde. Im LGA wurde durch die Beschaffung zusätzlicher Geräte und Einstellung weiteren Personals die Testkapazität im laufenden Betrieb kontinuierlich ausgebaut.

Im Zuge der erweiterten Teststrategie des Landes wurde die alljährliche Influenza-Surveillance in der Saison 2020/21 um SARS-CoV-2 erweitert und ein neues Nachweisverfahren (Multiplex-PCR) eingeführt. Dies ermöglicht in einem Arbeitsschritt zeitgleich Influenza A+B und SARS-CoV-2 nachzuweisen. Des Weiteren wurde die Vollgenomsequenzierung frühzeitig in der Pandemie als Diagnostikmethode im LGA eingeführt und kontinuierlich eingesetzt.

Surveillance

Zur molekulargenetischen Überwachung der Ausbreitung von bereits bekannten sowie neuartigen SARS-CoV-2-Virusvarianten sowie deren genomische Veränderung wurde zu Beginn des Jahres 2021 die Landesstrategie Surveillance entwickelt. Der Ministerrat hat am 1. Februar 2021 durch Umlaufbeschluss das Ministerium für Soziales, Gesundheit und

Integration und das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst mit der Umsetzung der Landesstrategie Surveillance beauftragt. Die Landesstrategie wurde zwischenzeitlich bis zum 30. September 2022 verlängert. Die Landesstrategie sah bislang vor, möglichst alle SARS-CoV-2-positiven Proben mittels Vollgenomsequenzierung zu analysieren und geht damit weit über die Coronavirus-Surveillanceverordnung (CorSurV) des Bundes hinaus, welche lediglich auf die Untersuchung und Finanzierung einer Stichprobe im Umfang von 5 bis 10 Prozent der viruspositiven Tests abzielt. Die zusätzlichen Kosten für die Sequenzierungen im Rahmen der Landesstrategie werden durch das Land getragen.

Für die Landesstrategie zur Surveillance und Kontrolle von Mutationen liegen bislang im Jahr 2021 rund 8,21 Mio. Euro zur Abrechnungen vor bzw. wurden bereits angewiesen. Im Jahr 2022 wurden bislang rund 1,85 Mio. Euro ausgezahlt.

2. Konzeptionelles und organisatorisches Pandemiemanagement und Kommunikation

Im Laufe des Pandemiegeschehens wurden zahlreiche Kabinettsvorlagen und Konzepte zu Aspekten des Pandemiemanagements erstellt, insbesondere zu den Themengebieten Kontaktpersonennachverfolgung und Teststrategie des Landes. Weiter fiel der Erlass von Verordnungen zur Absonderung von Infizierten und Kontaktpersonen in die Zuständigkeit des Sozialministeriums.

Kontaktpersonennachverfolgung

Bei der Bewältigung des Infektionsgeschehens ist seit Beginn der Pandemie eine umfassende Kontaktpersonennachverfolgung durch die Gesundheitsämter von zentraler Bedeutung zur Kontrolle der weiteren Ausbreitung der Infektionen und Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Am 1. Mai 2020 wurde ein Konzept und ein Umsetzungsplan zur Kontaktpersonennachverfolgung vorgelegt, welche die Grundlage für das Vorgehen im Land darstellten. Im Laufe der Pandemie erfolgte eine regelmäßige Anpassung des Konzepts, zuletzt mit dem vorrangigen Ziel der Fokussierung auf vulnerable Gruppen. Das Land hat seit Mai 2020 bis Ende August 2022 insgesamt 60,5 Mio. Euro für Aushilfskräfte im Bereich der Kontaktpersonennachverfolgung zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wurden während der ersten Wellen Bedienstete aus der unmittelbaren Landesverwaltung an die Gesundheitsämter zur Unterstützung abgeordnet.

CoronaVO Absonderung

Mit der ersten Absonderungsverordnung vom 23. November 2020 wurde eine verpflichtende Absonderungsregelung für die von COVID-19 unmittelbar betroffenen Personen getroffen, die Einzelanordnungen durch die örtlich zuständigen Behörden ablöste und so zur Entlastung der Behörden beitrug. Durch die Absonderungsverordnung wurde zudem die

Einheitlichkeit der Maßnahmen über alle Behördenebenen und Zuständigkeiten hinweg gewährleistet. Seit dem Erlass der ersten Corona-Verordnung Absonderung vom 23. November 2020 wurden insgesamt 17 Änderungsverordnungen oder Überarbeitungen verabschiedet.

Modellprojekte

Im Zeitraum Mai 2021 bis März 2022 wurden in Baden-Württemberg insgesamt 28 Modellprojekte mit wissenschaftlicher Begleitung durchgeführt. Dabei handelte es sich überwiegend um Modellprojekte mit Öffnungscharakter, um Lockerungsschritte unter Anwendung von geeigneten Hygiene- und Testkonzepten zunächst im kleinen Rahmen zu erproben. Grundlage für die Zulassung von Modellprojekten war die CoronaVO des Landes Baden-Württemberg, nach welcher die zuständigen Behörden im Einvernehmen mit dem Sozialministerium Modellvorhaben zulassen konnten.

Kommunikation mit den Gesundheitsämtern und der Presse

Zum Fachaustausch zum Thema Corona wurden regelmäßige Webkonferenzen mit den Gesundheitsämtern implementiert. Die erste Webkonferenz fand am 9. März 2020 statt. Seitdem wurden insgesamt 38 Konferenzen mit den Gesundheitsämtern durchgeführt. Seit Beginn der Pandemie wurden im Bereich Infektionsschutz rund 2.350 Presseanfragen zum Thema Corona beantwortet.

3. Teststrategie des Landes

Begleitend zur schrittweisen Lockerung der weitgehenden Kontaktbeschränkungen wurde mit Beschluss der Lenkungsgruppe SARS-CoV-2 vom 23. April 2020 die SARS-CoV-2-Teststrategie Baden-Württemberg implementiert, die eine breite und zielgerichtete Testung auf SARS-CoV-2 umfasst. Im Laufe des Pandemiegeschehens erfolgte eine beständige Anpassung der Teststrategie aufgrund von Veränderungen der epidemiologischen Lage, der Weiterentwicklung der Testangebote sowie auf Basis der Änderungen der Test-Verordnung des Bundes.

Die unten angefügten Testvorgaben bzw. -angebote waren und sind z. T. weiterhin Bestand der Teststrategie des Landes. Wie die Darstellung aufzeigt, wurden in Baden-Württemberg oftmals Maßnahmen und Testangebote geschaffen, die anschließend vom Bund in der Testverordnung aufgegriffen und bundesweit umgesetzt wurden.

Flächendeckende Testung in Alten- und Pflegeheimen

Ergänzend zur Teststrategie wurde ab Ende April 2020 den Gesundheitsämtern die Möglichkeit einer einmaligen flächendeckenden Testung in Alten- und Pflegeheimen sowie Einrichtungen der Behindertenhilfe mit Übernahme der hierbei anfallenden Kosten durch das

Land eröffnet. Einige Gesundheitsämter hatten sich bereits Anfang April 2020 zu einer flächendeckenden Testung entschieden (z. B. Landkreise Tübingen, Reutlingen und Böblingen), auch hierfür erfolgte eine nachträgliche Kostenübernahme durch das Land.

Finanzierung von Testangeboten für Lehrerinnen und Lehrern und für das Personal in Kinderbetreuungseinrichtungen

Im Zeitraum von Mitte August 2020 bis Mitte April 2021 wurden drei freiwillige Testangebote für Lehrerinnen und Lehrer sowie für das Personal in Kinderbetreuungseinrichtungen aus Landesmitteln finanziert. Diese wurden im Februar 2021 durch das nachfolgend aufgeführte Testangebot abgelöst.

Finanzierung von Testangeboten für Personen, die keinen Anspruch auf Testung durch die Test-Verordnung des Bundes hatten

Die Landesregierung hat am 24. Februar 2021 entschieden, den Kommunen drei Millionen Schnelltests aus der Landesreserve zur Verfügung zu stellen und damit die Teststrategie des Landes deutlich zu erweitern. Außerdem wurden sieben Millionen Schnelltests zur Selbsttestung beschafft, um diese in die Teststrategie einfließen lassen.

Bereits ab 22. Februar 2021 konnten Städte und Gemeinden über die bestehenden Strukturen hinaus Testkits aus der Notreserve des Landes für die zweimal wöchentliche Testung für Lehrpersonal und weitere in Schulen tätige Personen sowie Beschäftigte in Kindertageseinrichtungen anbieten.

Noch vor Einführung der Bürgertestung konnten die Kommunen Testkits in Eigenregie beschaffen und dafür beim Land die Beschaffungskosten geltend machen. Das Angebot an die Kommunen war bis zum 31. März 2021 befristet, wurde aber dann durch die Einführung der kostenlosen Bürgertestung durch den Bund und die ergänzenden Angebote für Schülerinnen und Schüler sowie das Personal an Schulen sowie in Kitas und der Kindertagespflege abgelöst.

Baden-Württemberg hatte für einen sicheren Start in den Präsenzunterricht im April 2021 Selbsttests an die Kommunen und Stadt- und Landkreise ausgeliefert. Damit standen nach den Osterferien für die Schülerinnen und Schüler, die Lehrerinnen und Lehrer sowie das Personal in der Kinderbetreuung zweimal in der Woche Tests zur Reduktion des Eintragsrisikos im Präsenzunterricht bzw. der Präsenzbetreuung zur Verfügung.

Finanzierung der Testkosten für Grenzpendler

Für den Fall der Einstufung von Nachbarländern als Hochinzidenzgebiet oder Virusvarianten-Gebiet hat das Land mit Kabinettsbeschluss vom Februar 2021 die Kosten für Testangebote in Baden-Württemberg für Grenzpendlerinnen und Grenzpendler übernommen. Die Corona-Einreise-Verordnung des Bundes sah zu diesem Zeitpunkt bei Einreise das Mitführen eines negativen Corona-Tests vor, der auf Anforderung vorzulegen war. Bezahlt wurden die Tests für Personen, die in Baden-Württemberg wohnen und eine Arbeitsstelle im

Ausland aufsuchen beziehungsweise für Personen, die zwar im Ausland wohnen, aber in Baden-Württemberg arbeiten. Auch Pendler zu Studien- oder Ausbildungszwecken waren umfasst. Diese Regelung ist am 8. März bzw. die Abrechnung Ende März 2021 ausgelaufen, da die Testungen von Grenzpendlern ab diesem Zeitpunkt von der Bürgertestung umfasst waren. Das Land hat für diese Testungen bislang 3,7 Millionen Euro erstattet.

Beauftragung der Apotheken

Auf Grundlage der Testverordnung des Bundes vom 16. Januar 2021 beauftragte das Sozialministerium Ende Januar 2021 die Apotheken in Baden-Württemberg mit der Durchführung von PoC-Antigen-Tests für asymptomatische Personen der folgenden drei Gruppen:

1. Sogenannte „Cluster-Schüler“, die Kontakt mit einer positiv getesteten Person hatten.
2. Folgende Kontaktpersonen:
 - a. Enge asymptomatische Kontaktpersonen von Personen mit einer bestätigten SARS-CoV-2-Infektion,
 - b. Personen, die über die Corona-Warn-App eine Warnmeldung „Erhöhtes Risiko“ erhalten haben,
 - c. Haushaltsangehörige von SARS-CoV-2-Infizierten.
3. Personal von nichtärztlichen Praxen und anderen medizinischen Heilberufen.

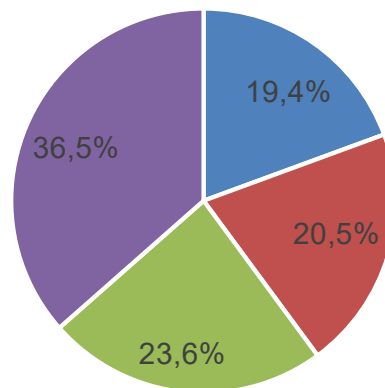
Anfang März 2021 wurde die Beauftragung der Apotheken um die Durchführung von anlasslosen PoC-Antigen-Tests bei asymptomatischen Personen entsprechend der neu in § 4 Test-Verordnung aufgenommenen Regelung (Bürgertestung) erweitert.

4. Entschädigungsleistungen nach dem IfSG

Während der Corona-Pandemie waren Maßnahmen wie Absonderungen und Schulschließungen zu treffen. Das Infektionsschutzgesetz sieht für die Betroffenen einen Entschädigungsanspruch gegen das Land für die Fälle vor, in denen Arbeitnehmer oder Selbständige einen Verdienstaufschlag erleiden, weil sie behördlich oder durch Rechtsverordnung abgesondert oder mit einem Tätigkeitsverbot belegt wurden (§ 56 Abs. 1 IfSG) oder weil sie ihre Kinder z. B. aufgrund von Schul- oder Kita-Schließungen selbst betreuen mussten und daher ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten (§ 56 Abs. 1a IfSG). Bei Arbeitnehmern tritt der Arbeitgeber in Vorleistung und übernimmt dann die Antragstellung (§ 56 Abs. 5 IfSG). Um die Betroffenen schnellstmöglich finanziell zu unterstützen wurden anstelle der originär zuständigen, aber mit dem Gesundheitsschutz in der Pandemie stark belasteten Gesundheitsämter vorübergehend bis längstens 31. Dezember 2022 die vier Regierungspräsidien mit der Abwicklung der Entschädigungsanträge nach §§ 56 ff IfSG rückwirkend zum 1. Februar 2020 beauftragt. Baden-Württemberg nimmt am ländergemeinsa-

men elektronischen Fachverfahren www.ifsg-online.de teil. Zur weiteren Verfahrensbeschleunigung in der Antragsbearbeitung können seit dem 1. Juni 2021 in Baden-Württemberg Entschädigungsanträge in der Regel nur noch elektronisch gestellt werden. Durch weitere Verfahrensvereinfachungen und Personalausbau bei den Regierungspräsidien konnte die Bearbeitungsquote bei den bisher gestellten Entschädigungsanträgen auf aktuell rund 88,5 Prozent gesteigert werden. Seit Beginn der Pandemie sind rund 321.000 Anträge bei den Regierungspräsidien eingegangen und es wurden bisher insgesamt 229 Mio. Euro ausbezahlt (jeweils Stand Ende Mai 2022). In den letzten vier Wochen gingen 3.000 bis 5.600 Anträge pro Woche neu ein, wobei der Antragseingang zeitlich versetzt mit dem aktuellen Infektionsgeschehen korreliert. Der durchschnittliche Auszahlungsbetrag pro Antrag beträgt 882,68 Euro. Rund 97 Prozent der Anträge werden von Arbeitgebern gestellt. Nur unter 5 Prozent der Anträge betreffen die Kinderbetreuung, der Hauptteil geht auf Absonderungsmaßnahmen zurück. Darauf hinzuweisen ist, dass sich der Bund im Rahmen der Gesetzgebungsprozesse bereit erklärt hat, die Mehrbelastungen, die den Ländern im Zuge der Änderung des § 56 IfSG entstehen, hälftig zu übernehmen. Die politische Abstimmung, wie diese Zusage konkret umgesetzt werden soll, läuft noch.

prozentuale Verteilung der Entschädigungsanträge auf die Regierungsbezirke im Land



■ Tübingen ■ Freiburg ■ Karlsruhe ■ Stuttgart

B. Corona-Verordnungen und verwaltungsgerichtliche Verfahren sowie (außer-)gerichtliche Staatshaftungsverfahren aufgrund der in den Corona-Verordnungen angeordneten Schutzmaßnahmen und gerichtliche Impfvverfahren

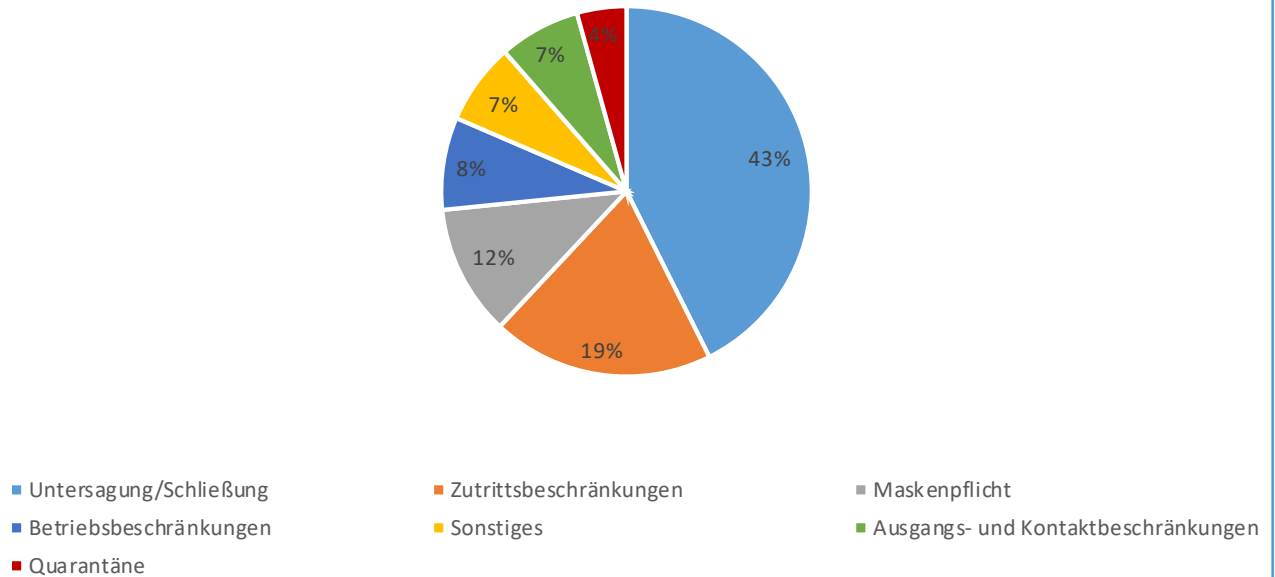
1. Corona-Verordnungen

Das Sozialministerium war seit Beginn der Corona-Pandemie bis zum heutigen Zeitpunkt – weit überwiegend federführend – am Erlass von insgesamt 62 Corona-Verordnungen der Landesregierung (darunter 12 Ersterlasse und 50 Änderungsverordnungen). Leitlinien für die Corona-Verordnungen wurden, soweit nicht ohnehin durch MPK-Beschlüsse vorgegeben, vom Staatsministerium vorgegeben. Darüber hinaus war das Sozialministerium an insgesamt 227 Corona-Fachressortverordnungen (darunter 90 Ersterlasse und 137 Änderungsverordnungen) beteiligt, wobei 113 Verordnungen durch das Sozialministerium, 89 Verordnungen durch das Sozialministerium gemeinsam mit einem anderen Fachressort und 25 Verordnungen im Einvernehmen mit dem Sozialministerium erlassen wurden. Der Umfang der Beteiligung umfasste dabei in der Regel die Ausarbeitung und Erstellung sowie die Abstimmung der Verordnungsentwürfe mit den jeweils beteiligten Ressorts. Dies führte zu einem erheblichen Arbeitsaufwand unter großem Zeitdruck, da die Verordnungen aufgrund der pandemischen Situation sowie der gesetzlichen Vorgaben in der Regel in kürzesten Zeitabständen angepasst oder neu erlassen werden mussten, was häufig mit Nacht- und Wochenendarbeiten verbunden war. Um in solchen Ausnahmesituationen flexibel und rechtssicher handeln zu können, sollten die landesrechtlichen Vorgaben zur Ausfertigung und Verkündung von Rechtsverordnungen insbesondere mit Blick auf den kommenden Herbst/Winter – zeitnah überprüft werden.

2. (Ober-)Verwaltungsgerichtliche Verfahren

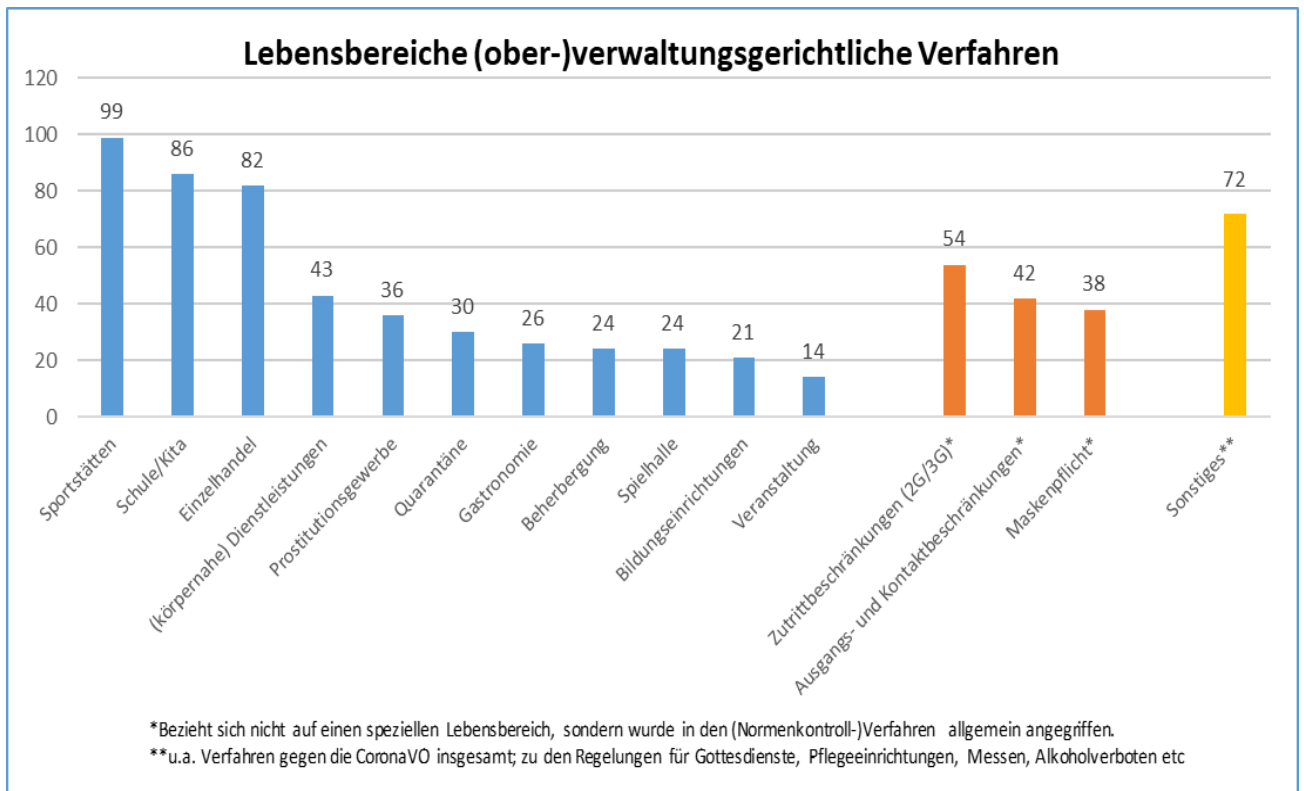
Seit Beginn der Corona-Pandemie und dem Erlass der ersten Corona-Verordnungen wurden vom Sozialministerium insgesamt 603 Normenkontrollverfahren vor dem Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg (VGH BW) sowie 88 weitere verwaltungsgerichtliche Verfahren (Eil- und Hauptsacheverfahren) geführt und bearbeitet, die sich gegen die Schutzmaßnahmen der Corona-Verordnungen richteten.

Verfahrensgegenstände (ober-)verwaltungsgerichtliche Verfahren



Davon sind derzeit noch 121 Hauptsacheverfahren beim VGH BW anhängig, die sich über den gesamten Zeitraum seit Beginn der Pandemie erstrecken und mit deren Bearbeitung das Sozialministerium voraussichtlich zumindest noch bis ins Jahr 2024 in erster Instanz umfassend beschäftigt sein wird. In den ersten drei Hauptsacheverfahren, die mit Blick auf die Betriebsschließungen in der 1. COVID-19-Pandemiewelle von März bis Juni 2020 als Musterverfahren geführt werden, hat der VGH BW die jeweiligen Anträge vollumfassend abgelehnt. Die Betriebsschließungen waren demnach rechtmäßig und verhältnismäßig, d. h. zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung sowie zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung geeignet, erforderlich und angemessen.

Im Rahmen dieser gerichtlichen Auseinandersetzungen wurden vom Sozialministerium neben den jeweils erforderlichen Kostenfestsetzungsverfahren (die teilweise in aufwendige Beitreibungs- und Vollstreckungsverfahren übergangen) über 100 Annexverfahren (u. a. Verweisungsverfahren, Anhörungsrügeverfahren sowie Streitwerterinnerungen und -beschwerdeverfahren) geführt und bearbeitet. Das Land unterlag dabei in 19 (ober-)verwaltungsgerichtlichen Eilverfahren und damit in ca. 3 Prozent der bislang entschiedenen Verfahren. Davon betrafen ca. 61 Prozent die Corona-Verordnung der Landesregierung; 11 Prozent bezogen sich auf Fachressortverordnungen, die in die alleinige Verantwortung des Sozialministeriums fielen. Hierbei muss zudem berücksichtigt werden, dass für die getroffenen Schutzmaßnahmen komplexe Abwägungsentscheidungen und erhebliche Grundrechtseinschränkungen zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung erforderlich waren, die bekanntermaßen gewissen rechtlichen Risiken ausgesetzt waren. Sollten im kommenden Herbst/Winter erneut eingriffsintensivere Schutzmaßnahmen notwendig werden, ist mit weiteren zahlreichen (ober-)verwaltungsgerichtlichen Verfahren zu rechnen.



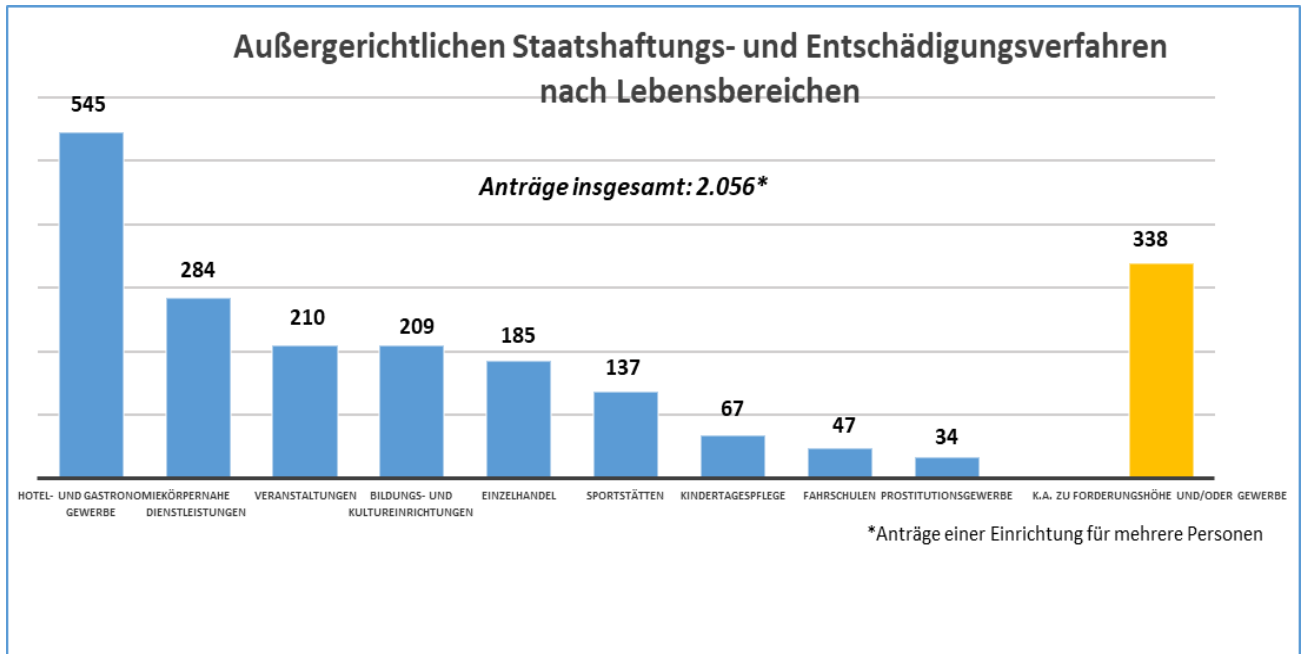
3. Erstellung einer „Gesamtakte Corona-Verordnungen“

In den gerichtlichen Hauptsacheverfahren vor dem VGH BW müssen zu den jeweils streitgegenständlichen Corona-Verordnungen die vollständigen Verwaltungsakten zum Verordnungsgebungsverfahren vorgelegt werden, die unter anderem auch umfassende Unterlagen zu den (wissenschaftlichen) Grundlagen sowie zu den Abwägungs- und Entscheidungsprozessen der Landesregierung enthalten müssen. Hierzu müssen für den gesamten Zeitraum der Pandemie seit März 2020 bis heute, die jeweils einschlägigen Akten unter Anforderung einer Vielzahl an Unterlagen bei den jeweils zuständigen Fachressorts zusammengestellt werden, was einer Aufarbeitung der gesamten Corona-Pandemie unter dem Gesichtspunkt der jeweils getroffenen Schutzmaßnahmen gleichkommt. Für die Zeiträume März bis Juni 2020 sowie November 2020 bis März 2021 ist dies bereits erfolgt. Für die übrigen Zeiten wird ein erheblicher weiterer Arbeitsaufwand entstehen.

4. Außergerichtliche Staatshaftungs- und Entschädigungsverfahren

Aufgrund der in den Corona-Verordnungen geregelten Betriebsuntersagungen und -einschränkungen gingen hauptsächlich über die Regierungspräsidien insgesamt 2.056 Forderungsschreiben ein, die auf Staatshaftungs- und Entschädigungsansprüche gerichtet waren und die vom Sozialministerium vollumfassend bearbeitet und beantwortet wurden. Es wurde insgesamt eine Forderungssumme von rund 177 Mio. Euro geltend gemacht. Die

Forderungsschreiben kamen aus allen Lebensbereichen, die von den Schutzmaßnahmen betroffen waren, wobei die meisten Anträge aus dem Hotel- und Gaststättengewerbe kamen, gefolgt von Betreiberinnen und Betreibern körpernaher Dienstleistungseinrichtungen, von Bildungs- und Kultureinrichtungen, aus der Veranstaltungsbranche sowie von Einzelhandelsbetrieben.



5. Gerichtliche Staatshaftungs- und Entschädigungsverfahren

Aufgrund der in den Corona-Verordnungen geregelten Betriebsuntersagungen und -einschränkungen wurden vom Sozialministerium bislang 23 erstinstanzliche Klageverfahren vor den Landgerichten geführt, von denen bislang zwölf im Berufungsverfahren vor dem Oberlandesgericht (OLG) Stuttgart weiterverfolgt wurden bzw. werden und von denen wiederum bereits zwei Revisionsverfahren beim Bundesgerichtshof anhängig sind. In allen bislang ergangenen Entscheidungen wurden Staatshaftungs- und Entschädigungsansprüche zugunsten der von den Betriebsuntersagungen und -einschränkungen Betroffenen zurückgewiesen und dementsprechend die Klagen in elf erstinstanzlichen Verfahren sowie in drei Berufungsverfahren vollumfänglich abgewiesen. Im Rahmen dieser Verfahren wurden insgesamt Forderungen in Höhe von rund 1,5 Mio. Euro geltend gemacht. Geklagt hatten u. a. Betriebe aus dem Hotel- und Gaststättengewerbe, Einzelhandelsbetriebe, Betreiberinnen und Betreiber von körpernahen Dienstleistungseinrichtungen, Freizeiteinrichtungen und Fitnessstudios. Es wird auch in diesem Bereich mit weiteren Klageverfahren gerechnet. Der Aufwand könnte sich nochmals erheblich erhöhen, sofern das Land in den Hauptsacheverfahren am VGH BW nicht obsiegen sollte.

6. Gerichtliche Schadensersatzverfahren wegen Absonderungspflichten

Aufgrund der in der Corona-Verordnung Einreise-Quarantäne sowie der Corona-Verordnung Absonderung des Sozialministeriums geregelten Absonderungspflichten wurden in 17 erstinstanzlichen Verfahren vor den Landgerichten und davon mittlerweile in sieben Berufungsverfahren vor dem OLG Stuttgart Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche aufgrund angeblicher psychischer Gesundheitsschäden geltend gemacht. In den bislang ergangenen 13 erstinstanzlichen Entscheidungen wurden sämtliche geltend gemachten Ansprüche (100 Prozent) zurückgewiesen und die Klagen vollumfänglich abgewiesen.

7. Sonstige Gerichtsverfahren mit Bezug auf die Corona-Verordnungen

Das Sozialministerium war zudem an zwölf weiteren verwaltungsgerichtlichen Verfahren beteiligt, in deren Rahmen eine gerichtliche Beiladung erfolgte, das Sozialministerium verfahrensbeteiligte Kommunen und Landkreise unterstützte oder diesen Weisungen erteilen musste, da Corona-Verordnungen zumindest mittelbar Gegenstand des Verfahrens waren. Darüber hinaus musste das Sozialministerium im Rahmen einer Verfassungsbeschwerde im Eilverfahren vor dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG) aufgrund eines kommunalen Versammlungsverbots kurzfristig gegenüber dem BVerfG Stellung nehmen.

8. Gerichtliche Impfverfahren

Das Sozialministerium war zudem zuständig für die Führung und Bearbeitung von insgesamt 20 Eilverfahren vor dem Verwaltungsgericht Stuttgart und drei Beschwerdeverfahren vor dem VGH BW, die auf eine vorzeitige bzw. eine sofortige Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 im Rahmen der damaligen Impfpriorisierung nach der Coronavirus-Impfverordnung des Bundes gerichtet waren. Alle Verfahren sind mittlerweile abgeschlossen; in einem Verfahren wurde der Anspruch auf eine vorzeitige Impfung durch das Land nach Einbindung der Ethikkommission bei der Landesärztekammer anerkannt, im Übrigen wurden die Eilanträge vom Verwaltungsgericht Stuttgart abgelehnt.

C. Stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung

1. Ambulante ärztliche Versorgung:

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig ein belastungsfähiges Gesundheitssystem für eine Gesellschaft ist. Insbesondere die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen hat in der Pandemie gut funktioniert – mit Ausnahmeregelungen (z. B. Ausweitung der Videosprechstunden, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auch aufgrund

Fernbehandlung für 14 Tage) wurde flexibel auf die Herausforderungen reagiert. Das Sozialministerium stimmte sich mit der für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) sowie der Landesärztekammer in der Pandemie eng ab. Insbesondere in der sogenannten AG Corona wurde das Pandemiemanagement des ambulanten Sektors mit dem Vorstand der KVBW zeitnah der sich ändernden Situation angepasst.

Auf diese Weise konnte das große Engagement der Ärzteschaft von staatlicher Seite wirkungsvoll bei der Durchführung von Testungen und bei den Impfungen unterstützt werden. Im Ergebnis konnten rund 85 Prozent der Corona-Erkrankten in Baden-Württemberg ambulant versorgt werden. Hierzu wurden folgende organisatorische Maßnahmen von der KVBW umgesetzt:

- Einrichtung und Betrieb eines Logistikzentrums,
- Versorgung der Praxen mit Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln,
- Abrechnung der nicht-vertragsärztlichen Leistungen,
- Aufbau und Betrieb von Fieberambulanzen und Abstrichstellen,
- Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten sowie MFA für die Impfzentren.
- Zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Pflegeheimen erfolgte eine Erweiterung des werktäglichen Fahrdienstes auf das Wochenende und eine Verlängerung der täglichen Dienstzeiten von 8:00 bis 19:00 Uhr.

2. Apotheken

Zu Beginn der Pandemie haben Apotheken in großem Umfang Desinfektionsmittel hergestellt und dadurch zur Abfederung von Engpässen beigetragen. Im weiteren Verlauf gab es, in regional stark ausgeprägtem Maße, Engpässe bei der Versorgung mit Arzneimitteln, die im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlung beatmungspflichtiger COVID-19-Patientinnen und -Patienten benötigt wurden. In Zusammenarbeit von Sozialministerium und Landesapothekerkammer konnte kurzfristig ein Online-Portal etabliert werden, in dem vorhandene Bestände und Bedarfe abgeglichen und eine direkte Umverteilung durch die Beteiligten selbst ermöglicht wurde. Die Zusammenarbeit mit Landesapothekerkammer und -verband gestaltete sich auch im Zusammenhang mit der Errichtung von COVID-19-Teststationen und im Bereich der Impfstofflogistik effizient und lösungsorientiert.

3. Stationäre Versorgung

Schalenmodell / Clusterkonzept

Bereits im Sommer 2020 wurde das sog. Schalenmodell entwickelt und abgestimmt. Dieses sieht ein gestuftes System von Versorgungseinrichtungen rund um die Akutversorgungskrankenhäuser vor – von Fachkliniken, Rehakliniken über Ausweichliegenschaften.

Diese können alternativ zur Versorgung der Patientinnen und Patienten herangezogen werden, wenn die Akutversorgungsstrukturen überlastet sind.

Ab Sommer 2021 wurde das Steuerungsgremium zur Koordination der Aufnahme ausländischer Patientinnen und Patienten eingesetzt und das Clusterkonzept etabliert, welches über eine gesteuerte landesinterne Verlegung von Intensivpatientinnen und -patienten regionale Überlastungen von Krankenhäusern vermeiden kann. Damit erfolgt eine enge Abstimmung mit den Notfall- und Intensivmedizinerinnen (Cluster-Koordinatorinnen). Die enge Zusammenarbeit bewährt sich nicht nur bei der Verlegung- und Ressourcensteuerung, sondern auch bei der Abstimmung wesentlicher Parameter, beispielsweise bei der Erarbeitung von Belastungsobergrenzen und der Schwellenwerte im Rahmen der Corona-Verordnungen.

Krankenhäuser

Die Krankenhäuser des Landes haben erfolgreich und mit höchster Priorität gegen die Corona-Pandemie angekämpft. Das Vorhalten und der Aufbau von Kapazitäten sowie die Lenkung und Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten führten und führen bei den Krankenhäusern zu teilweise ganz erheblichen Leistungs-, Erlös- und Kostenveränderungen. Um die Krankenhäuser bei dieser Kraftanstrengung zu unterstützen, wurden die Krankenhäuser des Landes maßgeblich mit Mitteln des Bundes und des Landes unterstützt. Nachfolgend ist detailliert die finanzielle Unterstützung für Krankenhäuser und Pflegepersonal während der Pandemie aufgelistet:

Krankenhausstrukturfonds II (2019 bis 2024)

Bundesmitten ca. 245 Mio. Euro/ Landesmitteln 240 Mio. Euro. Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) wurde die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds II (KHSF II) um zwei Jahre bis 2024 verlängert. Dessen Gesamtvolumen beträgt rund 485 Mio. Euro, bestehend aus rund 245 Mio. Euro Gesundheitsfondsmitteln und 240 Mio. Euro Ko-Finanzierungsmitteln des Landes. Das Projekt Zentralklinikum Lörrach ist das erste Projekt des Landes Baden-Württemberg, das über diesen Fonds gefördert werden soll. Mit einer Fördersumme von 191 Mio. Euro kann ein erheblicher Anteil der Gesundheitsfondsmittel bereits gebunden werden. Die weitere Bearbeitung des KHSF II steht auch im unmittelbaren inhaltlichen Zusammenhang mit dem KHZG (IT-Sicherheit, Telemedizin).

Krankenhauszukunftsfonds (2021)

Bundesmitten ca. 384 Mio. Euro/Landesmitteln 167 Mio. Euro (inkl. Universitätskliniken, Zentren für Psychiatrie). Die Bundesregierung hat mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) insgesamt 3 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt, die von den Krankenhäusern und Ländern mitzufinanzieren sind. Auf das Land entfallen hiervon rund 384 Mio. Euro, der Ko-

Finanzierungsanteil beträgt 167 Mio. Euro. Das KHZG tritt bereits jetzt in die Umsetzungsphase, die mit sehr engen gesetzlichen Vorgaben verknüpft ist und auf allen Seiten eine geordnete und mit Mehraufwand verbundene Herangehensweise bedingt.

Ausgleichszahlungen 1 (2020)

Bundesmittel ca. 992 Mio. Euro (inkl. Universitätskliniken, Zentren für Psychiatrie, Vertragskrankenhäuser). Beginnend mit der Corona-Pandemie konnten Krankenhäuser die sog. Leerstandsausgleiche und die sog. Beatmungsbettenpauschale, die nach dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz zu gewähren waren, beantragen. Von 16. März bis 30. September 2020 wurden insgesamt rund 995 Mio. Euro an die zugelassenen Krankenhäuser in Baden-Württemberg ausbezahlt. Das Verfahren war aufwändig zu administrieren, bedurfte sorgfältiger rechtlicher Betreuung und wurde auf Basis wöchentlicher Meldungen an die Krankenhäuser ausbezahlt.

Ausgleichszahlungen 2 (2020/2021)

Bundesmittel ca. 549 Mio. Euro (inkl. Universitätskliniken, teilweise Vertragskrankenhäuser). Mit dem dritten Bevölkerungsschutzgesetz wurden die Ausgleichszahlungen fortgeführt. Vom 18. November 2020 bis zum 15. Juni 2021 konnten diejenigen Krankenhäuser vom Land als ausgleichszahlungsberechtigt bestimmt werden, die im Rahmen der gestuften Notfallversorgung des G-BA mit der Notfallstufe 3 oder 2 ausgewiesen sind, wenn die 7-Tages-Inzidenz im jeweiligen Stadt- oder Landkreis entsprechend hoch war und im jeweiligen Stadt- oder Landkreis nur 25 Prozent bzw. 15 Prozent der Intensivbetten frei und betreibbar waren. Insbesondere aufgrund der vielen Parameter war der administrative Aufwand für das Land erheblich.

Pflegeprämie I (2020)

Bundesmittel ca. 20 Mio. Euro / Landesmittel ca. 10 Mio. Euro. Parallel hierzu wurden die vom Bund gewährten Pflegeprämien für die Krankenhäuser entsprechend aus Landesmitteln aufgestockt, um das Pflegepersonal vor Ort zu unterstützen. Der auf baden-württembergische Krankenhäuser entfallende Bundesanteil betrug rund 20 Mio. Euro, damit konnten etwa 20.000 Prämien von bis zu 1.000 Euro aus Bundesmitteln gewährt werden. Das Land hat die maximal mögliche Aufstockung in Höhe von 500 Euro je Prämie gewährt, in Summe somit rund 10 Mio. Euro.

Landeshilfen (2020)

Landesmittel ca. 210 Mio. Euro. Die Corona-Landeshilfen für somatische Krankenhäuser in Höhe von 210 Mio. Euro wurden Ende 2020 ausbezahlt. Die Landeshilfen teilten sich in mehrere Kostenblöcke auf und haben Mehraufwendungen, die im Zuge der Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten für die Krankenhäuser angefallen sind, ausgeglichen.

Landeshilfen (2022)

Landesmittel ca. 240 Mio. Euro. Im Staatshaushaltsplan 2022 zur Verfügung gestellte Landesmittel, die den KHG-förderfähigen Krankenhäusern zur Verfügung gestellt wurde. Auch hiermit werden Mehraufwendungen, die im Zuge der Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten für die Krankenhäuser angefallen sind, ausgeglichen.

Digitalisierungsprogramm (2022)

Landesmittel 5 Mio. Euro veranschlagt. Im Staatshaushaltsplan 2022 zur Verfügung gestellte Landesmittel, die den KHG-förderfähigen Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden sollen.

Pflegeprämie II (2021)

Landesmittel ca. 12 Mio. Euro. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf den Intensivstationen der baden-württembergischen Krankenhäuser wurde eine neuerliche Anerkennung ihrer außergewöhnlichen Leistungen bei der Bewältigung der Pandemie gewährt. Hierfür wurde den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die zur Bekämpfung der vierten Corona-Welle auf den Intensivstationen in Baden-Württemberg im Einsatz waren, eine Prämie in Höhe von bis zu 1.500 Euro gewährt.

Pflegeprämie III (2022)

Bundesmittel, Höhe noch nicht bekannt. Die Bundesvorgaben sind noch nicht bekannt.

Versorgungszuschlag (2021/2022)

Bundesmittel, derzeit ca. 73 Mio. Euro (inkl. Universitätskliniken, teilweise Vertragskrankenhäuser). Der Versorgungsaufschlag des Bundes ist mittlerweile beschlossen und soll denjenigen Kliniken, die sich an der Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten beteiligen, zur Verfügung gestellt werden. Das Verfahren muss noch abschließend festgelegt werden. Auch hier werden die einzelnen Landesbehörden wieder eng in die operative Ausführung mit einbezogen. Partizipieren können alle zugelassenen Krankenhäuser. Die Laufzeit der Versorgungszuschläge endet am 30. Juni 2022

Ausgleichszahlungen 3 (2021/2022)

Bundesmittel, derzeit ca. 348 Mio. Euro (inkl. Universitätskliniken, Zentren für Psychiatrie, Vertragskrankenhäuser). Diese Verfahren wurden als Fortsetzung der vorausgegangenen Ausgleichsverfahren vom Bund etabliert. Der Geltungszeitraum dieser zusätzlichen Hilfen läuft von November 2021 bis April 2022. Das Verfahren ist in Kürze abgeschlossen.

D. Impfkampagne

Bereits im Sommer 2020 wurde die Impfkampagne als völlig neue Aufgabe im Sozialministerium durch eine eigene Verwaltungsstruktur die Task Force Impfen etabliert. Der Aufwand zur Etablierung einer Impfinfrastruktur war erheblich und bezog eine Vielzahl von Akteuren mit ein, hervorzuheben ist dabei die enge Zusammenarbeit mit den Stadt- und Landkreisen. Die Planungen mussten diverse Male an neue Vorgaben und Rahmenbedingungen angepasst werden.

Die Impfzentren des Landes wurden vom 15. Dezember 2020 (9 Zentrale Impfzentren = ZIZ) bzw. 15. Januar 2021 (50 Kreisimpfzentren = KIZ) bis zum 15. August 2021 (ZIZ) bzw. 30. September 2021 (KIZ) betrieben. In den Impfzentren des Landes haben bis zum Stichtag am 28. März 2022 insgesamt ungefähr 4125 Personen aus dem medizinischen Bereich gearbeitet, davon waren 1803 Personen Ärztinnen und Ärzte. 2307 Personen waren medizinisches Fach- und Hilfspersonal und 14 Personen Apothekerinnen und Apotheker sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte. An den beiden vorangegangenen Stichtagen zum 28. September 2021 und zum 28. Dezember 2021 betrug die Gesamtzahl der in den Impfstützpunkten Tätigen jeweils insgesamt 5990 Personen. Am 28. September 2021 waren hiervon 3097 Personen Ärztinnen und Ärzte sowie 2493 Personen vom medizinischen Fach- und Hilfspersonal und am 28. Dezember 2021 hingegen 2584 Ärztinnen und Ärzte sowie 3406 Personen vom medizinischen Hilfs- und Fachpersonal. Hinzu kommen weitere Personen, die im Bereich der Verwaltungsaufgaben in den Impfzentren tätig waren (z. B. Empfang und Dokumentation).

An die Impfzentren waren jeweils fünf Mobile Impfteams (MIT) pro ZIZ beziehungsweise zwei MIT pro KIZ angedockt. Die MIT spielten insbesondere im ersten Quartal der Impfkampagne, als es um das Erreichen der vulnerabelsten Personengruppen ging, eine entscheidende Rolle.

Der anfängliche Mangel an Impfstoffen und die damit verbundene Impfpriorisierung, die Akzeptanz von Impfangeboten durch die Bevölkerung, die Verkürzung der Impfintervalle sowie die zusätzlich notwendigen Auffrischimpfungen und das Auftreten von Virusvarianten waren nur einige der Herausforderungen, die ein Höchstmaß an Flexibilität im Rahmen Kampagne abverlangten.

Die durch den Bund verursachte Impfstoffknappheit im ersten und in Teilen des zweiten Quartals 2021 sorgte zudem dafür, dass zunächst eine Impfpriorisierung notwendig war. Impftermine waren lange Zeit nur in geringer Anzahl verfügbar, sodass für besonders vul-

nerable Gruppen eine Warteliste eingerichtet wurde. Durch die Einbindung der niedergelassenen Ärzteschaft sowie der Betriebsärzteschaft mussten die knappen Impfstoffressourcen zunächst auf diese weiteren Akteure mitverteilt werden.

Die Terminvergabe wurde zu diesem Zeitpunkt zentral online über den Impfterminservice (kv.digital im Auftrag des Bundes) bzw. telefonisch über die 116117 durchgeführt, wobei die buchenden Call-Center-Anbieter (inkl. Gebärdenvideochat) des Landes auch auf die genannte Bundes-Software zurückgriffen. Für die telefonische Buchung wurde durch das Land ein separates Kontingent eingeführt, so dass für Personen, die keine Online-Buchungen vornehmen konnten oder wollten, noch Termine für die telefonische Buchung zur Verfügung standen. Allerdings waren sowohl telefonisch als auch online freie Termine in der Regel innerhalb kürzester Zeit ausgebucht, da die Nachfrage nach Terminen das Angebot an Impfstoff um ein Vielfaches überstieg hat. Deshalb wurde für Personen ab 80 bzw. berechnete Personen ab 65 mit der höchsten Impfpriorität eine Warteliste eingeführt, die eine vielfache vergebliche Kontaktaufnahme seitens der Impfwilligen verhindern sollte. Da für die Personen auf der Warteliste jedoch nur zusätzlicher Impfstoff in geringem Umfang zur Verfügung gestellt werden konnte und teilweise mehrere Kontaktaufnahmen seitens des Call-Centers bzw. der Impfzentren selbst zur Terminvergabe notwendig waren, nahm die Abarbeitung der Warteliste ebenfalls mehrere Wochen in Anspruch.

Die sich mehrmals ändernden Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) in Bezug auf die Nutzung von bestimmten Impfstoffen für bestimmte Bevölkerungsgruppen erschwerten die Vergabe von Zweitterminen zusätzlich. Entsprechende Grundsatzentscheidungen, etwa gegen ein Verfahren, bei dem besonders gefährdete Gruppen zu einem Impftermin eingeladen werden, sind auf Bundesebene gefallen. Das Land hat sich, etwa mit dem oben beschriebenen Wartelistenverfahren, bemüht, die Härten im System bei der Impfterminvergabe abzufedern und beispielsweise durch massive Personalaufstockung im Landes-Call-Center selbst bei Nicht-Verfügbarkeit von Terminen eine Erreichbarkeit zu gewährleisten.

Die in den Impfzentren mögliche Maximalkapazität konnte nach Anstieg der Impfstoffliefermengen des Bundes erst Ende des zweiten Quartals annähernd erreicht werden. Kurze Zeit später sank aber die Nachfrage aus der Bevölkerung nach Impfangeboten. Ab diesem Zeitpunkt war oftmals keine Terminvergabe mehr notwendig und es wurden Konzepte aufgesetzt, um Personengruppen zu erreichen, die bislang kein Impfangebot in Anspruch genommen hatten (z. B. Impfbusse für entlegene Gegenden, Informationskampagne „dranbleiben-bw“ mit Übersicht über alle Impfangebote). Gegen Ende der Laufzeit der Impfzentren sank die Nachfrage nach stationären Angeboten spürbar, sodass die Kapazitäten erneut reduziert wurden.

Aufgrund der erwarteten Bedarfe und vor dem Hintergrund der damals bestehenden STIKO-Empfehlungen setzte das Anschlusskonzept ab Oktober 2021 auf durch das Land eingerichtete MIT zur Unterstützung der niedergelassenen Ärzteschaft und anderer Leistungserbringer. Mit den MIT sollten insbesondere Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Auffrischimpfungen angefahren werden, zudem Schulen und Orte mit geringer Abdeckung durch die niedergelassene Ärzteschaft.

Ab Oktober 2021 wurden an 12 Krankenhausstandorten in Baden-Württemberg 30 MIT vorgehalten. Diese MIT waren zunächst lediglich als Unterstützung der niedergelassenen Ärzteschaft vorgesehen. Angesichts der Entwicklungen im Pandemieverlauf, der geänderten Empfehlung zur Auffrischimpfung nunmehr für alle über 18-Jährigen, des dadurch rasch wieder steigenden Bedarfes und der auf absehbare Zeit nicht ausreichenden Kapazitäten der niedergelassenen Ärzteschaft wurden die vorhandenen MIT in zwei Tranchen bis Mitte November 2021 auf Impfkapazitäten in Höhe von insgesamt 155 Impfteams aufgestockt. Der Betrieb dieser Teams war bis Ende April 2022 vorgesehen.

Der Andrang auf die Impfangebote des Landes stieg kurzfristig enorm und Hochrechnungen zeigten, dass auch diese erweiterten Kapazitäten nicht ausreichen würden, um nach Empfehlung von Auffrischimpfungen diesen neu entstandenen Bedarf sowie den weiterhin vorhandenen Bedarf an Erst- und Zweitimpfungen abzudecken. Aus dieser Lage heraus wurden die Stadt- und Landkreise im November 2021 dazu aufgefordert, kurzfristig bedarfsorientiert weitere Impfkapazitäten in ihrem Zuständigkeitsbereich zu errichten. Es wurde mit einer Maximalkapazität von insgesamt (mit den 155 MIT der Krankenhausstandorte) 595 Impfeinheiten und 308 Impfstützpunkten kalkuliert.

Angesichts relevanter Eckdaten und Entwicklungen sowie unter Berücksichtigung verschiedener Unwägbarkeiten wurde ab Februar 2022 mit insgesamt bis zu 350 Impfeinheiten sowie 135 Impfstützpunkten eine reduzierte Zahl der bislang als Maximalkapazität eingeplanten Impfeinheiten und Impfstützpunkten im Land weiterbetrieben.

Vor dem Hintergrund eines über die Sommermonate zu erwartenden niedrigen Bedarfs an Impfungen sind für die Umsetzung des Impfkonzpts im Zeitraum April bis September 2022 in jedem Stadt- und Landkreis Kapazitäten in Form von bis zu einer Impfeinheit und bis zu einem Impfstützpunkt vorgesehen. Weitere zehn Impfeinheiten werden für Bedarf bei Geflüchteten des Ukrainekriegs oder ansteigendem Bedarf in der Gesamtbevölkerung als Reserve vorgehalten.

Die staatlichen Stellen in Baden-Württemberg haben seit Beginn der Impfkampagne Ende 2020 ca. 10,6 Millionen Impfungen durchgeführt. Von diesen wurden knapp 7,2 Millionen

mit dem Impfstoff von Biontech, 1,1 Millionen mit dem Impfstoff von AstraZeneca, 2,1 Millionen mit dem Impfstoff von Moderna, 0,2 Millionen mit dem Impfstoff von Johnson&Johnson und knapp 9.000 Impfungen mit dem Impfstoff von Novavax durchgeführt.

Auf Basis der Entnahmeanträge der Jahre 2020, 2021 und 2022 wurden für die Impfkampagne des Landes Baden-Württemberg ab Dezember 2020 bis zum aktuell geplanten Betriebsende am 30. September 2022 insgesamt rund 1,378 Mrd. Euro an Mitteln für alle im Zusammenhang stehenden Maßnahmen beantragt und bewilligt. Hiervon entfallen ca. drei Fünftel auf die Phase des Betriebs von Impfzentren. Personalkosten im Kontext der personellen Unterstützung des Sozialministeriums sind dabei unberücksichtigt.

Den bewilligten Mitteln stehen Ende Mai inzwischen verausgabte Mittel in Höhe von insgesamt rund 472,7 Mio. Euro gegenüber, was einer Inanspruchnahme von ca. 34 Prozent des Gesamtvolumens entspricht.

Es verbleibt für die Abwicklung der noch offenen Abrechnungen zurzeit ein Volumen von rund 905,5 Mio. Euro.

Darauf hinzuweisen ist jedoch, dass die Kosten der von den zuständigen Stellen der Länder eingerichteten Impfzentren und Mobilen Impfteams dem Bund hälftig in Rechnung gestellt werden können. Diese Kostenbeteiligung des Bundes wurde bei den jeweiligen Einwilligungen noch nicht mindern berücksichtigt.

E. Beschaffung von Schutzgütern

Für dringend benötigte Persönliche Schutzausrüstung (PSA) gab es in der Anfangsphase der Pandemie massive Lieferengpässe. Viele Kliniken, Arztpraxen und Rettungsdienste drohten auszufallen, weil keine PSA mehr verfügbar war. Gleichzeitig brachen die diesbezüglichen Beschaffungsmärkte zusammen. In dieser Notlage wurde das Sozialministerium mit einer Vielzahl an eindringlichen Bitten um Unterstützung von Bedarfsträgern des medizinischen und pflegerischen Sektors bei der Beschaffung von PSA geradezu überschwemmt und nahm sich dieser Aufgabe im Rahmen der Notlage an, obwohl die Beschaffung von Gütern bis dato nicht in der Ressortzuständigkeit lag.

Es stand von Anfang an im Vordergrund – auch unter Berücksichtigung des dramatischen Bedarfs und der hohen Dringlichkeit bei der Weiterverteilung der Produkte, nur technisch einwandfreie und damit sichere Schutzartikel an die Bedarfsträger auszugeben. Aufgrund der besonders dringlichen Bedarfslage zu Beginn der Pandemie waren in den Anfangsmo-naten dabei lediglich formale bzw. optische und haptische Prüfungen sowie Stichproben auf die technische Wirksamkeit umsetzbar. Doch bereits in dieser Phase konnten zahlreiche mangelhafte Produkte herausgefiltert werden, bevor sie an die Bedarfsträger gelangten.

Da bei Ausbruch der Pandemie das Land über keine nennenswerten Lagerbestände verfügte, mussten zur PSA-Beschaffung internationale Lieferketten und Lieferungen seitens des Bundes genutzt werden. Dies hatte u. a. die Lieferung von FFP2-Masken zur Folge, die nicht den geltenden Normen entsprachen. Die sich daraus ergebenden Rechtsstreitigkeiten mit einigen Lieferanten dauern zum Teil aktuell noch an.

Ab dem zweiten Halbjahr 2020 normalisierten sich die Marktbedingungen im Bereich der PSA. Somit wurde die Durchführung von Vergabeverfahren unter gleichzeitiger Beteiligung mehrerer Bieter wieder möglich. Dabei kamen sowohl das Offene Verfahren als auch das Verhandlungsverfahren ohne Teilnahmewettbewerb (z. B. resiliente Beschaffung) zur Anwendung.

Im weiteren Verlauf konnte das Sozialministerium zusammen mit Dienstleistern sämtliche Lagerbestände technisch überprüfen und ein Qualitätssicherungsmanagement etablieren. Bei den ab Herbst 2020 neu zu beschaffenden Selbsttests bestanden in der Anfangsphase globale Lieferengpässe. Der immense Bedarf auf dem Weltmarkt kann durch die Hersteller nicht immer zeitgerecht gedeckt werden.

Ab Sommer 2021 konnte eine Professionalisierung der Lagerhaltung und Logistik erreicht werden. Weitere Qualitätssicherungsprozesse konnten implementiert und definiert werden. Um die Bedarfe an PSA, Antigentests und sonstigen PSA-Gütern im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie langfristig zu decken, konnte das Sozialministerium Ausschreibungsverfahren von großvolumigen Rahmenvereinbarungen mit einer Laufzeit von bis zu vier Jahren, kurzfristigen Abrufmöglichkeiten und geringen Mindestabnahmemengen abschließen.

Das Sozialministerium hat in den Jahren 2020 und 2021 zur Versorgung der Beschäftigten der Ressorts sowie der nachgeordneten Stellen, der Beschäftigten an Schulen, der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, der Wohnungslosenhilfe sowie den Mitarbeitenden in den Kindertagesbetreuungsangeboten insgesamt rund 310 Mio. Stück an persönlicher Schutzausrüstung (PSA) in insgesamt 50 Vergabeverfahren beschafft. Hierfür sind dem Land Kosten in Höhe von rund 207 Mio. Euro entstanden.

Darüber hinaus hat das Sozialministerium in den Jahren 2020 und 2021 insgesamt rd. 200 Mio. Antigenschnelltests und Antigenselbsttests in insgesamt 14 Vergabeverfahren beschafft, insbesondere für Schülerinnen und Schülern sowie des Betreuungs-, Lehr- und Verwaltungspersonals an Schulen, in Kindertagesstätten und in der Kindertagespflege, Pflegeheime, Studierende an Universitäten und Hochschulen, Auszubildende an überbetrieblichen Ausbildungsstätten. Hierfür sind dem Land Kosten in Höhe von rd. 230 Mio. Euro entstanden.

Das Land beschaffte bzw. beschafft ausschließlich Tests, die dem Stand der Technik entsprechen, vom Paul-Ehrlich-Institut (PEI) evaluiert wurden und über eine Sonderzulassung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte oder eine reguläre CE-Kennzeichnung unter Beteiligung einer benannten Stelle verfügten bzw. verfügen.

Das Land stellte von Anfang an hohe Anforderungen an die Beschaffung von Selbsttests und hat in seinen Vergabeverfahren verlangt, dass die Tests mindestens 95 Prozent der Infizierten erkennen (Sensitivität) und bei der Spezifität mindestens 98 Prozent erreichen müssen. Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) hat in Abstimmung mit dem RKI Mindestkriterien für Antigen-Tests festgelegt, die entsprechende Tests erfüllen müssen. Diese Mindestkriterien liegen hinsichtlich der Sensitivität lediglich bei mehr als 80 Prozent und hinsichtlich der Spezifität bei mehr als 97 Prozent.

Ab dem Jahr 2022 hat das Land seine bereits hohen Qualitätsanforderungen verstärkt und ausschließlich Tests beschafft, die auf der PEI-Liste bei sehr hoher Viruslast mindestens 99,9 Prozent und bei hoher Viruslast eine Sensitivität von mindestens 87 Prozent ausweisen. Dadurch ist sichergestellt, dass das Land nur besonders leistungsstarke Tests beschafft.

F. Zusätzlicher Personalaufwand im Corona-Management

Die Pandemie hat das Sozialministerium in der Anfangsphase vor Aufgaben gestellt, die über die Arbeitskapazität der bestehenden personellen Ausstattung weit hinausgingen. Insbesondere die Einheiten, die den Kern der Pandemiebewältigung zu bearbeiten hatten, waren zu Beginn der Pandemie nicht ausreichend besetzt. Viele interne Umsetzungen waren erforderlich, um die besonders betroffenen Einheiten zu stärken. Dies hatte zur Folge, dass insbesondere freiwillige Aufgaben, aber auch die Bearbeitung von wichtigen Reformvorhaben zurückgestellt werden mussten und der Fokus auf den unabweisbaren gesetzlichen und staatvertraglich festgelegten Aufgaben lag. Die notwendigen Personalabzüge aus den Fachabteilungen mussten zum Teil sehr kurzfristig erfolgen. Dies führte dazu, dass interne Arbeits- und Personalplanungen deutlich schwerer zu bewältigen waren und die inhaltlichen Aufgaben nicht im gebotenen Umfang wahrgenommen werden konnten. Die verbliebenen Mitarbeitenden wurden dadurch in sehr hohem Maße durch zusätzliche Aufgaben belastet. Externe Aushilfen durch Abordnungen oder auch im Wege der Arbeitnehmerüberlassung waren daher erforderlich.

Das Sozialministerium wurde von allen Ressorts der Landesregierung, den Regierungspräsidien, Stadt- und Landkreisen sowie weiterer Behörden, wie der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, der AOK, der Agentur für Arbeit durch Abordnungen unterstützt. Darüber hinaus wurde Personal aus der Wirtschaft und über Personaldienstleister gewonnen.

Die Zahlen an Abordnungen und internen Geschäftsaushilfen stellen sich zu einzelnen Stichtagen wie folgt dar:

- Stichtag 31. Januar 2021:
Abordnungen: 13,5 VZÄ
Interne Geschäftsaushilfen: 59,2 VZÄ
- Stichtag 31. Januar 2022:
Abordnungen: 71,4 VZÄ
Interne Geschäftsaushilfen: 53,3 VZÄ
- Stichtag 17. Mai 2022:
Abordnungen: 51,95 VZÄ
Interne Geschäftsaushilfen: 47,3 VZÄ

Im Laufe der Pandemie konnte eine dauerhafte personelle Stärkung des Sozialministeriums insbesondere im Bereich des ÖGD erreicht werden, die zusätzlichen teils auf Dauer angelegten Aufgaben erfordern jedoch weiterhin interne Geschäftsaushilfen und Abordnungen. Aufgrund der dynamischen Lage erfolgten die Personalunterstützungen mit unterschiedlichen Abordnungszeiträumen. Es bleibt zu resümieren, dass bei kurzen Abordnungen das Historienwissen und -kompetenz nicht vorhanden bzw. nicht aufgebaut werden konnte. Hierdurch entstand eine Fehleranfälligkeit des Verwaltungshandelns, die zu vermeiden gewesen wäre. Durch die häufigen Personalwechsel wurde auch die Personalverwaltung des Sozialministeriums mit einem erheblichen Mehraufwand konfrontiert. Dadurch wurden notwendige reguläre Stellenbesetzungsverfahren verlangsamt.

G. Corona-Management und Unterstützungsmaßnahmen für vulnerable Gruppen – Menschen in Alten- und Pflegeeinrichtungen/Eingliederungshilfeeinrichtungen (EGH)

Maßnahmen des Sozialministeriums zum Schutz besonders vulnerabler Gruppen haben gleich zu Beginn der Corona-Pandemie gegriffen. So hat das Landesgesundheitsamt bereits im März 2020 mit einem Informationsschreiben zu Corona-Schutzmaßnahmen Pflege- und EGH-Einrichtungen praktische Handlungshinweise gegeben. Parallel dazu wurde in der Corona-Verordnung vorübergehend ein Besuchsverbot in stationären Pflege- und EGH-Wohneinrichtungen erlassen, um Viruseinträge und Ausbruchsgeschehen zu verhindern. Die Einrichtungen wurden über die Stadt- und Landkreise im Rahmen des Möglichen bei der Beschaffung von Schutzausrüstung unterstützt.

Im April 2020 wurde die Task Force Langzeitpflege und Eingliederungshilfe eingerichtet, die sich seitdem in knapp 40 Sitzungen mit notwendigen Maßnahmen zum Schutz der vulnerablen Personen unter verschiedenen Blickwinkeln (Pflegewissenschaft, Praxis, rechtli-

che Schranken, psychosoziale Auswirkungen von Schutzmaßnahmen auf Heimbewohnerinnen und Heimbewohner etc.) befasst hat. Durch die frühzeitige Einrichtung der Task Force waren die Einbindung aller relevanten Akteure sowie eine fachlich fundierte sowie abgewogene Reaktionen auf die Herausforderungen der Corona-Pandemie stets gewährleistet.

Langzeitpflege

Ab Mai 2020 wurden unter Fortbestand kontaktreduzierender Maßnahmen Besuche in Pflegeheimen wieder ermöglicht, um die soziale Teilhabe und Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner aufrechtzuerhalten.

Im Oktober 2020 wurde umgehend mit Inkrafttreten der Coronavirus-Testverordnung (TestV) ein niedrighschwelliges Antragsverfahren eingerichtet, mit dem bei gleichzeitiger Entlastung der Gesundheitsämter den Einrichtungen der einfache Bezug von Antigen-Schnelltests ermöglicht wurde. Die Einrichtungen wurden bei der Umsetzung der TestV durch einen umfangreichen und regelmäßig aktualisierten Handlungsleitfaden unterstützt. Aufgrund von anfänglichen Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Antigen-Schnelltests auf dem freien Markt infolge der hohen Nachfrage wurde seitens des Landes mit Unterstützung der sog. Blaulichtfamilie eine Notreserve eingerichtet, über die Einrichtungen im Bedarfsfall Antigen-Schnelltests beziehen konnten.

Ab November 2020 wurden mit steigenden Ausbruchszahlen und in Umsetzung der Beschlüsse der Bundeskanzlerin und der Ministerpräsidentinnen und -präsidenten und Regierungschefinnen und -chefs der Länder regelmäßige Testpflichten für Beschäftigte und Besucher der Einrichtungen beschlossen. Ab Januar 2021 hat Baden-Württemberg als erstes Bundesland die vom Bund eröffnete Möglichkeit der Unterstützung der Einrichtungen beim Testen durch Bundeswehrkräfte genutzt, in deren Rahmen über 800 Einsatzkräfte der Bundeswehr im Land im Einsatz waren.

Am 27. Dezember 2020 begann die Impfkampagne in den Pflegeheimen, in deren Rahmen Pflegeheime in Baden-Württemberg durch Mobile Impfteams aufgesucht wurden. Der erfolgreiche Verlauf der Impfkampagne in den Pflegeheimen hat entscheidend dazu beigetragen, dass ab März 2021 ein deutlicher Rückgang bei Ausbruchszahlen und vor allem bei schweren bis tödlichen Verläufen von Corona-Infektionen in den Einrichtungen verzeichnet werden konnte. Die Einrichtungen wurden bei der Impfkampagne eng durch das Sozialministerium, die Heimaufsichtsbehörden in den Stadt- und Landkreisen und die Koordinatoren in den Impfbzentren begleitet.

Die Corona-Verordnung Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen wurde während der Pandemie laufend in der Task Force Langzeitpflege und Eingliederungshilfe mit Blick auf die Verhältnismäßigkeit der Schutzmaßnahmen und deren Auswirkungen auf Aspekte wie die soziale Teilhabe und Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflege-

und EGH-Einrichtungen evaluiert. Da sich die Vorsorge- und Schutzmaßnahmen der Verordnung neben den Pflegebedürftigen auch an die Mitarbeitenden in den Einrichtungen und Besuchende richteten, galt es, hierbei auch die Wechselwirkungen mit in den Blick zu nehmen. Aufgrund des dynamischen und wellenförmigen Verlaufs wurde die Corona-Verordnung Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen regelmäßig (knapp zwanzig Mal) an die Pandemielage angepasst. Die Einrichtungen wurden dabei stets durch Begleitinformationen und Umsetzungshinweise unterstützt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Land in enger Rückkoppelung mit den Verbänden der Leistungserbringer, den Pflegekassen, der Pflegewissenschaft und weiteren Akteuren stets die sich aus der jeweiligen Pandemielage ergebenden notwendigen Schutzmaßnahmen in den Einrichtungen getroffen hat, die sich im Rahmen des (verfassungs-)rechtlich Zulässigen und praktisch Möglichen bewegten. Hierbei ist jedoch als limitierender Faktor zu beachten, dass der Infektionsschutz in Pflege- und EGH-Einrichtungen und in der Allgemeinbevölkerung integriert betrachtet werden müssen. Eine geringe Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung schützt auch die Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen. Eine vollständige Abkoppelung des Infektionsgeschehens in Pflege- und EGH-Einrichtungen von der Situation in der Allgemeinbevölkerung ist nicht möglich. Daher muss trotz der Anstrengungen aller Beteiligten – von denen die Beschäftigten in den Einrichtungen besonders hervorzuheben sind, die seit nunmehr über zwei Jahren bis zur Belastungsgrenze und über diese hinaus die Versorgung in den Einrichtungen tragen – mit Trauer und großem Bedauern zur Kenntnis genommen werden, dass gerade in den Hochphasen der Corona-Wellen Viruseinträge in die Einrichtungen nicht gänzlich verhindert werden konnten und zahlreiche Menschen in den Einrichtungen dem Virus zum Opfer gefallen sind.

In der ersten COVID-19 Welle (bis Sommer 2020) lag der maximale wöchentliche Anteil der nach IfSG als verstorben gemeldeten COVID-19 Fälle bei fast 23 % in der Altersgruppe über 65 Jahre. Nach Beginn der Impfkampagne (ab Februar 2021) war dieser Wert deutlich reduziert und selbst während der fallstarken Delta-Welle war dieser nie über 9 % in der Altersgruppe über 65 Jahre in Baden-Württemberg gestiegen. Aktuell liegt der Anteil der verstorbenen COVID-19 Fälle in der Altersgruppe über 65+ bei weit unter 1 %.

Ein Vergleich der altersgruppenspezifischen Inzidenzen über den Pandemieverlauf zeigt, dass nach Abklingen der zweiten Erkrankungswelle die Inzidenz der über 80-Jährigen stetig den niedrigsten Wert aufwies.

Besondere Wohnformen und Tagestruktur in der Eingliederungshilfe

Anders als pflegebedürftige ältere Menschen gehört der Personenkreis der Menschen mit Behinderungen nicht per se zu den besonders vulnerablen Personengruppen in der Corona-Pandemie. Neben hochvulnerablen schwerstbehinderten Menschen jeden Alters,

die zur Hochrisikogruppe gehören, gibt es auch körperlich belastbare Menschen, die in ihrem Alltag trotz kognitiver Einschränkungen gut mit den Hygiene- und Abstandsregelung zurechtkommen. Seelisch behinderte Menschen haben in der Pandemie oftmals kein erhöhtes Infektionsrisiko, sie sind vielmehr verstärkt von Einsamkeit, Ängsten und dem Verlust alltagsstrukturierender Angebote massiv betroffen. Darüber hinaus ist es nach der UN-Behindertenrechtskonvention unerlässlich, jedem Menschen mit Behinderungen ein individuelles und größtmögliches Recht der Teilhabe an Beschäftigung, Betreuung und Bildung sowie an sozialem und familiären Miteinander zu ermöglichen. Um diese elementaren Teilhaberechte mit dem Schutz der Gesundheit aller in den Einrichtungen in Einklang zu bringen, ist es unerlässlich, Maßnahmen zum Infektionsschutz stets vor dem Hintergrund der Lebenssituation und den Teilhaberechten der Menschen mit Behinderungen zu betrachten. In der Corona-Verordnung Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen gab es daher, abweichend von der Langzeitpflege, für die besonderen Wohnformen flexiblere und an die Vulnerabilität der Bewohnerinnen und Bewohner angepasste Beschränkungen im Alltag. Umfangreiche Testungen gehörten zum Alltag.

Impfungen fanden im Wohnen und in der Tagedstruktur im Anschluss an die Impfungen in Pflegeheimen auch hier koordiniert und vorwiegend durch Mobile Impfteams statt. Die Impfquoten waren früh auf einem hohen Niveau, sowohl bei den Menschen mit Behinderungen als auch dem Fachpersonal.

Mit der Corona-Verordnung Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) wurden zudem ab März 2020 Maßnahmen in den Werkstätten für behinderte Menschen und Förderstätten, für Berufsbildungs- und Förderungswerke und für Angebote der Behindertenhilfe (Familienentlastende Dienste, Interdisziplinäre Frühförderstellen) ergriffen. Zunächst wurden Betretungs- und Beschäftigungsverbote verhängt, da Schutzkleidung und Hygienekonzepte (noch) nicht ausreichend zur Verfügung standen. Eine Notbetreuung war nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit jedoch immer zulässig, um den Bedürfnissen der betreuten Menschen mit Behinderungen nach Teilhabe und Alltagsstruktur gerecht zu werden. Schwere psychische Schäden bis hin zu Suiziden mussten vor allem für Menschen mit seelischen Behinderungen oder kognitiven Einschränkungen unbedingt verhindert werden. Bereits im Juli 2020 wurden in der Corona-Verordnung WfbM erste Lockerungen vorgesehen und den Einrichtungen und Angeboten, entsprechend der unterschiedlichen Vulnerabilität der betreuten Menschen, eher allgemeine Infektionsschutz- und Hygienevorgaben für den Betrieb und schrittweise Öffnungen auferlegt.

H. Corona-Management und Unterstützungsmaßnahmen für Kinder, Jugendliche, Familien und Frauen

1. Kinder, Jugendliche und Familien

Zu Beginn der Pandemie war in der Wissenschaft nicht klar, ob Kinder einem höheren Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind als Erwachsene. Diese Frage ist deshalb berechtigt, weil es viele Gesundheitsrisiken gibt, die für den sich entwickelnden kindlichen Organismus höher ausfallen als für den erwachsenen Organismus. Aus dieser Vorsicht erklärt sich, warum am Anfang viele besondere Schutzmaßnahmen für Kinder und Jugendliche ergriffen wurden wie beispielsweise Beschränkungen bei Jugendfreizeiten oder Maßnahmen der Jugendsozialarbeit.

In den ersten Pandemienmonaten stand auch im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe das Krisenmanagement im Vordergrund, denn es galt, die Angebote weitestgehend aufrecht zu erhalten, um dem Kinderschutz und dem Kindeswohl Rechnung zu tragen und den Zugang zu weiteren grundlegenden Leistungen für Frauen und Familien sicherzustellen. Gerade die gravierenden Herausforderungen für Familien (Wegfall der Kinderbetreuung und des Schulunterrichts, Home Office, Home Schooling etc.) zeigten, wie unverzichtbar die Hilfs- und Beratungsangebote waren.

Außerschulische Angebote für Kinder und Jugendliche, die Familienförderung (insbesondere Familienbildungs-, Familienberatungs- und Familienerholungsangebote) und die Schwangerenberatung wurden daher mit gezielten ergänzenden Hinweisen zu den Corona-Verordnungen an die Träger, teils auch mit speziellen Corona-Verordnungen in die Lage versetzt, Anpassungen vorzunehmen und ihre Aufgaben unter Beachtung des Infektions- und des Arbeitsschutzes weiterhin zu erfüllen. So wurden insbesondere digitale Angebote geschaffen und genutzt, um Beratungen aufrecht zu erhalten, (Test-)Auflagen für den Zugang und Obergrenzen für die Teilnahme an Veranstaltungen vorgenommen und Empfehlungen ausgesprochen, die sich in der Praxis grundsätzlich bewährt haben. Es hat sich jedoch auch gezeigt, dass mit der Umstellung auf digitale Angebote nicht alle Familien gleichermaßen erreicht werden konnten.

Zudem hat sich früh gezeigt, dass Kinder, Jugendliche, Familien und Frauen in der Pandemie besonders belastet waren. Insbesondere seit 2021 sind daher immer mehr Maßnahmen und Angebote für Kinder, Jugendliche, Familien und Frauen angestoßen worden, die sowohl zur Erfassung der Auswirkungen der Pandemie als auch zur besseren Bewältigung der Folgen beitragen sollten, so beispielsweise die Beauftragung eines Gesellschaftsre-

ports zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Corona-Pandemie und seine Präsentation, spezifische Familienbildungsfreizeiten für besonders belastete Familien und „Familienfreizeiten zuhause“ im Rahmen des Programms STÄRKE.

Die Pandemiebewältigung rückte v. a. mit der im August 2021 eingesetzten Task Force zur psychischen Situation von Kindern und Jugendlichen weiter in den Vordergrund. Mit allen maßgeblichen Akteuren aus der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen wurden zahlreiche Maßnahmen erarbeitet, um Kinder, Jugendliche und Familien zu stärken und die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Kapazitäten im Gesundheitswesen sowie der Kinder- und Jugendhilfe kurzfristig weiter ausgebaut und möglichst zielgerichtet genutzt werden können. Konkret wurden aufgrund der Arbeit der Task Force in Baden-Württemberg u. a. folgende Maßnahmen auf den Weg gebracht:

- Kurzfristige Erhöhung der ambulanten Behandlungskapazitäten im Bereich der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung sowie der psychiatrischen Institutsambulanzen,
- kurzfristige Erhöhung der stationären und stationsäquivalenten Behandlungskapazitäten,
- Ausbau der Familienbildungs- und -beratungsangebote sowie der Familienbildungsfreizeiten durch zusätzliche Fördermittel i. H. v. drei Mio. Euro,
- Erhöhung der Förderung für das Netzwerk Familienpatinnen und Familienpaten beim Deutschen Kinderschutzbund, Landesverband Baden-Württemberg,
- Förderprogramm für Fachberatungsstellen bei sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend,
- Umsetzung des Corona-Aufholpakets des Bundes durch Aufstockung von Stellenanteilen und Schaffung von Neustellen für die Schulsozialarbeit sowie Erhöhung der Landesförderung sowie Aufstockung von Stellenanteilen und Schaffung von Neustellen für die Mobile Jugendarbeit sowie die Mobile Kindersozialarbeit, Erhöhung der Fördersätze im Landesjugendplan sowie die Förderung der Offenen Kinder- und Jugendarbeit über die Landkreisstrukturen sowie Ausbau der Förderung der Frühen Hilfen.
- Impulse zur weitergehenden Vernetzung der Hilfesysteme, insbesondere von Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie Kinder- und Jugendmedizin,
- landesweite Durchführung von Regiokonferenzen zur Verbesserung der Vernetzung von Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe und Schulen in den Jahren 2022/2023,
- Erarbeitung einer interdisziplinären Handreichung zur Verbesserung der Zusammenarbeit vor Ort.

2. Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit:

Zur Abmilderung der Folgen der Pandemie hat das Sozialministerium im Rahmen seiner Fördermodalitäten für die Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit mehrere Anpassungen vorgenommen, u. a.:

- Bei Corona-bedingten Absagen von Angeboten können Träger auch für abgesagte Angebote eine Förderung aus Landesmitteln bis zur Höhe der ursprünglich bewilligten Förderhöhe erhalten, um Ausfall- und Stornokosten zu decken (2020, 2021 und 2022).
- Institutionell geförderte Träger können erhöhte institutionelle Förderungen beantragen, um Einnahmeverluste auszugleichen (2020, 2021 und 2022).
- Die bei der Berechnung der Tagessätze für ehrenamtliche Betreuer geltende Relation wurde auf 5 zu 1 abgesenkt (2020 und 2021).
- Web-basierte Bildungsmaßnahmen wurden als förderfähig anerkannt (2020 und 2021).
- Sukzessive wurden die Fördersätze in den Pandemie Jahren erhöht (2020 17 Euro, 2021 20 Euro und 2022 25 Euro).

Weitere Unterstützung erfuhr die Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit durch die Umsetzung des Aktionsprogrammes des Bundes und der Länder „Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche“ seitens des Sozialministeriums mit einem Gesamtvolumen von 35,7 Mio. Euro in den Haushaltsjahren 2021 und 2022.

In der aktuellen Förderperiode des Masterplans Jugend wurde ein zusätzlicher Förderschwerpunkt „Abmilderung von Corona-Folgen“ aufgenommen.

3. Gewaltschutz – gegen Gewalt an Frauen

Im Zuge der Corona-Pandemie mussten die Beratungsstellen sowie die Frauen- und Kinderschutzhäuser ihre tägliche Arbeit umstellen. Als Reaktion darauf wurde mit der Soforthilfe für die Fachberatungsstellen gegen häusliche Gewalt, gegen sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Erwachsene, Interventionsstellen, Frauennotrufe, Fachberatungsstellen gegen Menschenhandel zum Zwecke der sexuellen Ausbeutung und Fachberatungsstellen für Menschen in der Prostitution sowie der Soforthilfe für die Frauen- und Kinderschutzhäuser durch die Landesregierung ein schneller, freiwilliger Beitrag geleistet, um das Angebot auch unter den gebotenen Umständen der Corona-Krise bestmöglich zu unterstützen. Um das Zusammenleben in Frauen- und Kinderschutzhäusern dem Infektionsschutz entsprechend zu entzerren und einen Corona-bedingten erhöhten Bedarf an Schutzplätzen für gewaltbedrohte Frauen und deren Kinder sicherzustellen, wurde im April 2020 die Förderung „Ausweichquartiere und neue Schutzplätze“ eingerichtet. Insgesamt wurden für diese Hilfen mehr als 1 Mio. Euro bis dato bereitgestellt.

Um das Beratungsangebot während der Pandemie auch im ländlichen Bereich sicherzustellen, wurde die Förderlinie „Mobile Teams der Fachberatungsstellen gegen häusliche und sexuelle Gewalt sowie Prostitution und Menschenhandel zum Zwecke der sexuellen Ausbeutung während der Corona-Pandemie“ aufgesetzt. Insgesamt 24 Projekte mit einem Fördervolumen von insgesamt rund 1.275.000 Euro konnten über eine Laufzeit vom 1. November 2020 bis 31. Dezember 2021 realisiert werden. Die Mobil Teams erfahrener Fachberatungsstellen leisten, über das ganze Land verteilt, einen aktiven Beitrag zum Gewaltschutz von Frauen und Kindern, insbesondere im ländlichen Raum durch innovative, bedarfsgerechte Ansätze. Sie stellen auch eine Antwort auf den gestiegenen Bedarf angesichts des Anstiegs an häuslicher Gewalt und die besonderen Herausforderungen durch die Corona-Pandemie dar. Aufgrund der anhaltenden Pandemielage konnten insgesamt 23 Mobile Teams der Fachberatungsstellen gegen häusliche und sexuelle Gewalt sowie Prostitution und Menschenhandel zum Zwecke der sexuellen Ausbeutung bis zum 31. Dezember 2022 verlängert werden.

Mit der freiwilligen Unterstützung des Nothilfefonds für Prostituierte zur Bewältigung der Corona-Pandemie in Höhe von 65.000 Euro leistete die Diakonie Baden einen wichtigen Beitrag, um einen Teil der Frauen in der Prostitution, die ohnehin schon am Rande der Gesellschaft stehen und mit Schließung der Prostitutionsstätten ohne Einkommen und teilweise Unterkunft auskommen mussten, unbürokratisch unterstützen zu können.

Die Digitalisierung und damit verbunden die digitale Gewalt gegen Frauen haben durch die Corona-Pandemie massiv zugenommen. Im Rahmen einer neuen Förderlinie wurden Zuwendungen von rund 340 Tsd. Euro für zehn Projektstandorte und eine Koordinierungsstelle mit einer Laufzeit 1. November 2021 bis 31. März 2023 bewilligt