



Wissenschaftlicher Bericht zur Corona-Impfinfrastruktur in Baden-Württemberg mit Empfehlungen für ein robustes zukünftiges Landesimpfkonzept

im Auftrag des
Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration
Baden-Württemberg



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION

■ IMPRESSUM

KORRESPONDIERENDE AUTORIN

Prof. Dr. Annegret Kuhn, MBA

Leitung (freiberuflich)

Team „Planung Impfinfrastruktur“ der
Task Force Impfen

Ministerium für Soziales, Gesundheit
und Integration Baden-Württemberg

MITAUTORIN

Dr. Monika Herrmann

Team „Planung Impfinfrastruktur“ der
Task Force Impfen

Ministerium für Soziales, Gesundheit
und Integration Baden-Württemberg

HERAUSGEBER

Ministerium für Soziales, Gesundheit
und Integration Baden-Württemberg

Else-Josenhans-Straße 6

70173 Stuttgart

GESTALTUNG UND LAYOUT

ViV Werbeagentur, Stuttgart

BILDNACHWEIS

Shutterstock/Adobe Stock Titel, ff.

Adobe Stock S. 6, S. 48

freepix S. 25

Pixabay S. 19 (Angelo Esslinger),

S. 44 (Fernandozhiminaicela)

Korrespond. Autorin S. 79

DRUCK

Colorpress Druckerei GmbH

STAND

26.06.2022



■ INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	4
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	6
TEIL 1 – EINFÜHRUNG, ZUSAMMENFASSENDE ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNGEN	7
1.1 Einführung	7
1.1.1 Präambel	7
1.1.2 Einleitung	7
1.1.3 Zentrale Eckpunkte	13
1.2 Kernaussagen, Ergebnisse und Empfehlungen	15
1.2.1 Kernaussagen	15
1.2.2 Ergebnisse des Fragebogens	16
1.2.3 Empfehlungen für ein robustes zukünftiges Landesimpfkzept	19
TEIL 2 – ANALYSE DER LANDESIMPFINFRASTRUKTUR	23
2.1 Ausgangslage der Landesimpfinfrastruktur	23
2.1.1 Rahmenbedingungen in Baden-Württemberg	23
2.1.2 Erkenntnisse aus den Vor-Ort-Besuchen	26
2.1.3 Umsetzung und Bedürfnisse aus Sicht der Kreise	27
Themenkomplex 1: Organisatorische Verortung	28
Themenkomplex 2: Einbindung Dritter in die Impfkampagne auf Kreisebene	30
Themenkomplex 3: Infrastruktur	32
Themenkomplex 4: Personal	35
Themenkomplex 5: Operative Umsetzung	37
Themenkomplex 6: Tätigkeit der niedergelassenen Ärzteschaft	41
Themenkomplex 7: Impfkazazität und Bedarfsdeckung	42
Themenkomplex 8: Erfahrungen, Herausforderungen und Bedürfnisse	44
2.2 Bewertung der Landesimpfinfrastruktur	48
2.3 Erläuterung der drei Phasen	53
2.4 Zusammenfassung der Analyse	59
TEIL 3 – ABBILDUNGEN, LITERATUR, DANCSAGUNG UND FRAGEBOGEN	60
3.1 Abbildungsverzeichnis	60
3.2 Literaturverzeichnis	60
3.3 Danksagung	62
3.4 Fragebogen	64



■ VORWORT

*Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Leserin und lieber Leser,*

ich freue mich sehr, Ihnen hiermit einen wissenschaftlichen Bericht zur Impfinfrastruktur in Baden-Württemberg mit Empfehlungen zur Fortsetzung des Landesimpfkonzeptes vorlegen zu können.

Zunächst möchte ich allen Beteiligten, die zum Erfolg dieses Berichtes sowie zum Aufbau und Erhalt der Impfinfrastruktur des Landes beigetragen haben, herzlich für diese wichtige Arbeit und ihr hohes Engagement danken. Dazu zählen alle Beteiligten in den Stadt- und Landkreisen, alle Leistungserbringer, inkl. der Hilfsorganisationen und der Ehrenamtlichen, die Krankenhäuser, die niedergelassene Ärzteschaft, die Betriebsärzteschaft, die Apothekerschaft und viele mehr, die Task Force Impfen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg und nicht zuletzt Frau Prof. Dr. Annegret Kuhn, die von Ende Januar bis Anfang März 2022 durch das Land gereist ist und diesen Bericht zusammen mit ihrem Team koordiniert und verfasst hat.

Die Reise durch das Land Baden-Württemberg sowie der eigens für dieses Projekt entwickelte webbasierte Fragebogen haben Frau Prof. Kuhn und ihrem Team ermöglicht, die bisherige Impfinfrastruktur genau zu analysieren, um daraus die richtigen Schlüsse für die Zukunft zu ziehen. Die Ärztin, Wissenschaftlerin und Managerin war dafür

im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration in allen 44 Stadt- und Landkreisen unterwegs gewesen und hat mit den Verantwortlichen vor Ort aus Politik und Verwaltung sowie mit Vertretern von Hilfsorganisationen und der Ärzteschaft gesprochen. Ich bedanke mich bei Frau Prof. Kuhn für ihren großen persönlichen Einsatz, ihre Gespräche, ihre Analyse der Situation im ganzen Land sowie die daraus resultierenden, hier beschriebenen Empfehlungen. Dieser Austausch hat dem Team "Planung Impfinfrastruktur" geholfen, sich ein detailliertes Bild über das bestehende Landesimpfangebot zu verschaffen, um davon ausgehend gemeinsam ein robustes Konzept für die Zukunft zu entwickeln.

Als wir Ende Dezember 2021 mit den Vorbereitungen für diesen Bericht und den damit verbundenen Planungen der Vor-Ort-Besuche in den Stadt- und Landkreisen begonnen haben, befanden wir uns in Baden-Württemberg in einem regelrechten „Impfmarathon“. Zum Zeitpunkt der Gespräche und der Befragung wenige Wochen später – im Februar 2022 – war die tägliche Nachfrage nach Impfungen bereits deutlich zurückgegangen. Dies war ein entscheidender Grund, weshalb die Landesregierung ab April 2022 weitere Anpassungen des Landesimpfkonzeptes beschlossen hat. Hierbei wurden schon erste Empfehlungen aufgenommen, die von den Vor-Ort-Besuchen abgeleitet und von Frau Prof. Kuhn in einem Kurzkonzzept zusammengefasst worden waren.



Dieser hier vorliegende wissenschaftliche Bericht enthält nun eine umfassende Analyse der Impfinfrastrukturen in Baden-Württemberg mit Rückblick sowie Ausblick und Empfehlungen für die Zukunft. Die Erkenntnisse basieren nicht nur auf einer Momentaufnahme der Situation des Landes im Zeitraum Ende Januar bis Anfang März 2022, sondern es sind auch sehr wichtige und überaus interessante Erfahrungen aus der gesamten Corona-Pandemie, die bei den Vor-Ort-Besuchen offensichtlich wurden, sowie wertvolle Ergebnisse der ausführlichen Online-Befragung aller Landkreise enthalten. Diese Ergebnisse, die detailliert ausgewertet wurden und hier zusammenfassend dargestellt werden, bilden gemeinsam mit den bisherigen Erfahrungen, den zahlreichen Gesprächen, Diskussionen und Sitzungen zwischen Vertretern des Landes Baden-Württemberg inkl. der Task Force Impfen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration sowie vielen weiteren Aktivitäten die Grundlage für die zukünftigen Empfehlungen des Landesimpfkonzeptes.

Natürlich kann dieser Bericht nicht alle Fragen abschließend beantworten, einige Aspekte, wie z. B. die Einbindung der niedergelassenen Ärzteschaft und der Betriebsärzteschaft oder auch konkrete Zahlen darüber, welchen Anteil an COVID-19-Impfungen zukünftig die Apothekerschaft sowie die Zahnärzte- und ggf. Tierärzteschaft übernehmen können, wurden in diesem Bericht nicht

untersucht und bedürfen ggf. einer zusätzlichen Betrachtung. Auch der Umgang mit zukünftigen neuen Pandemien kann mit diesem Bericht nicht umfassend abgehandelt werden. Die hier vorliegende umfassende Darstellung ist aber eine sehr gute Grundlage für die weitere strukturelle und organisatorische Planung, nicht nur für weitere Impfungen im Rahmen der Corona-Pandemie, sondern auch für vorausschauende Überlegungen mit Blick auf zukünftige Pandemien.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Lektüre, freue mich auf Ihre Anregungen und – vor allem – bleiben Sie gesund!

Ihr Uwe Lahl

Stuttgart, 26. Juni 2022

Prof. Dr. Uwe Lahl

Amtschef

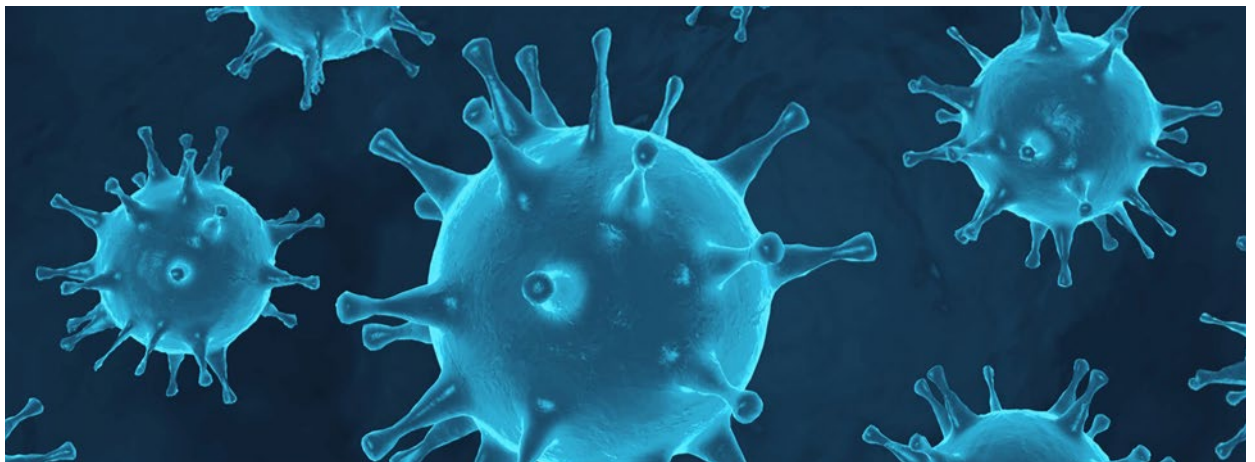
Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration

Baden-Württemberg

(01.04.2021-30.06.2022)

■ ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

CoronaImpfV	Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 und auf weitere Schutzimpfungen
COVID-19	Corona Virus Disease 2019
DIT	Dauerhafte Impfteams
KIZ	Kreisimpfzentrum
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
LAK	Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
LÄK	Landesärztekammer Baden-Württemberg
LAV	Landesapothekerverband Baden-Württemberg
LTK	Landestierärztekammer Baden-Württemberg
LZK	Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg
MIT	Mobile Impfteams
RKI	Robert Koch-Institut
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2
STIKO	Ständige Impfkommission
VOC	Variants of Concern
VOI	Variants of Interest
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZIZ	Zentrales Impfzentrum





■ TEIL 1

EINFÜHRUNG, ZUSAMMENFASSENDE ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNGEN

1.1 EINFÜHRUNG

1.1.1 PRÄAMBEL

Dieser wissenschaftliche Bericht enthält eine umfassende Analyse der Corona-Impfinfrastrukturen in Baden-Württemberg sowie Empfehlungen für ein robustes zukünftiges Landesimpfkonzept. Die vielseitigen Erkenntnisse basieren auf einer Reise durch die 44 Stadt- und Landkreise von Ende Januar bis Anfang März 2022 unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Annegret Kuhn und den damit verbundenen Vor-Ort-Besuchen der Impfstrukturen und den persönlichen Gesprächen mit den Verantwortlichen aus Politik und Verwaltung sowie Vertretern von Hilfsorganisationen und der Ärzteschaft. Darüber hinaus enthält dieser Bericht wertvolle Ergebnisse einer Online-Befragung der Kreise, die mit Hilfe eines webbasierten, eigens für dieses Projekt entwickelten Fragebogens im März 2022 erhoben wurden. Zudem sind zahlreiche weitere Erfahrungen aus der Corona-Pandemie eingeflossen. Dieser Bericht soll dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration bei der zukünftigen Planung der Landesimpfinfrastruktur als Grundlage dienen. So kann aufbauend auf bisherigen Erfahrungen, zahlreichen Gesprächen, Diskussionen und Sitzungen sowie vielen weiteren Aktivitäten gemeinsam mit der Task Force Impfen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration und weiteren Vertretern des Landes Baden-Württemberg ein robustes zukünftiges Landesimpfkonzept entwickelt werden.

1.1.2 EINLEITUNG

Ursprung und Ausbreitung von SARS-CoV-2

Die Corona-Pandemie, die ab Dezember 2019 durch die Ausbreitung des neuartigen Beta-Coronavirus SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2) ausgelöst wurde, ist die seit Jahrzehnten größte globale Gesundheitskrise (1). Die Welt ist seit Beginn der Pandemie zunehmend in eine Notsituation geraten und die gesamte Menschheit wurde vor beispiellose, bisher nicht vergleichbare Herausforderungen gestellt (2). Zunächst wurde das Länderbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in China über mehrere Fälle von Lungenentzündungen unbekannter Ätiologie informiert, die in der Millionenmetropole Wuhan in der Provinz Hubei festgestellt worden waren (3). Am 7. Januar 2020 wurde schließlich von den chinesischen Behörden SARS-CoV-2 als verursachendes Virus identifiziert (3). Der ursprüngliche Infektionsort war der Großhandelsmarkt für Fische und Meeresfrüchte in Wuhan, von wo aus sich das Virus innerhalb weniger Wochen zunächst in den Nachbarländern und dann über die ganze Welt ausgebreitet hat (4). Mittlerweile ist SARS-CoV-2 in mehr als 190 Ländern weltweit nachgewiesen worden, wobei derzeit (vgl. Daten vom 1. Juni 2022) aus den USA, Brasilien, Indien, Russland und der Türkei die höchsten Fallzahlen gemeldet werden (4).

Die durch SARS-CoV-2 ausgelöste Erkrankung wird als COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) bezeichnet. Eine Infektion mit SARS-CoV-2 kann fast unbemerkt und asymptomatisch verlaufen oder lediglich zu



grippeähnlichen Symptomen wie Hals- und Gliederschmerzen, Fieber, Husten, allgemeine Schwäche sowie Geruchs- und Geschmacksstörungen führen (5). Insbesondere bei vulnerablen Gruppen, zu denen vor allem ältere Menschen und Menschen mit Vorerkrankungen zählen, aber auch bei jungen Erwachsenen und Kindern ohne Vorerkrankungen, kann es zu schweren oder sogar lebensbedrohlichen Krankheitsverläufen kommen (5). Bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 kann sich u. a. eine schwere Lungenentzündung entwickeln, die bis zum Versagen der Atem- und Kreislauffunktion fortschreiten kann. Zudem können Erkrankungen des Nervensystems wie Kopfschmerzen und Schwindel sowie Magen-Darm-Beschwerden auftreten (6). Eine Erkrankung mit SARS-CoV-2 kann außerdem zum so genannten „Long-/Post-COVID Syndrom“ führen und gesundheitliche Langzeitfolgen verursachen, sodass noch Monate nach einer akuten COVID-19-Erkrankung eine schwerwiegende Erschöpfung und Kurzatmigkeit sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen bestehen können. Laut der Mitteilung des Robert-Koch-Instituts (RKI) vom 19. April 2022 (6) ist noch nicht hinreichend bekannt, wie häufig und mit welchen Symptomen gesundheitliche Langzeitfolgen nach einer COVID-19-Erkrankung auftreten. Je nach Datenbasis, Falldefinition und Studienmethodik (z. B. Dauer der Nachbeobachtungszeit, Anzahl der erfassten Symptome und Gesundheitsprobleme oder Vorhandensein einer Kontrollgruppe) kommen veröffentlichte Studien zu sehr unterschiedlichen Schätzungen (6). So zeigt eine Zusammenfassung von 23 Übersichtsarbeiten und 102 Originalarbeiten, dass der Anteil von Erwachsenen mit gesundheitlichen Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2-Infektion zwischen 7,5 % und 41 % liegt (6).

Zudem ist zu beachten, dass Viren sich mit der Zeit verändern bzw. mutieren können, was auch für das Coronavirus SARS-CoV-2 zutrifft. Je mehr sich das Virus verbreitet, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich weitere, potenziell gefährliche Virusvarianten entwickeln und durchsetzen. Derzeit sind ca. 1.500 verschiedene Varianten von SARS-CoV-2 bekannt (7), von denen die meisten jedoch ohne schwerwiegende Folgen bleiben. Virusvarianten gelten hingegen als „besorgniserregend“, wenn sich diese in ihren Erregereigenschaften vom ursprünglichen SARS-CoV-2 aus Wuhan deutlich unterscheiden und dadurch ansteckender sind oder durch das Immunsystem von bereits genesenen oder geimpften Personen weniger gut abgewehrt werden können (8). Die Virusvariante Delta ordnet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den „besorgniserregenden Varianten“ (VOC, Variants of Concern) zu (7). Zuletzt hat die WHO Ende 2021 auch die Virusvariante Omikron (B.1.1.529) in die Liste der besorgniserregenden Varianten aufgenommen (7, 8). Phylogenetische Untersuchungen und vergleichende Genomanalysen zeigen, dass sich die Omikron-Variante sehr von anderen SARS-CoV-2-Varianten unterscheidet, da diese vergleichsweise eine ungewöhnlich hohe Anzahl von Aminosäureänderungen besitzt, die größtenteils im Spikeprotein lokalisiert sind (7). Die Schutzwirkung der Impfung gegen Infektion bzw. Übertragung der Omikron-Variante ist im Vergleich zu früheren Varianten von SARS-CoV-2 reduziert, wobei Geimpfte mit einem gesunden Immunsystem einen guten Schutz vor schwerer Erkrankung sowie ein geringes Hospitalisierungsrisiko aufweisen, insbesondere nach drei- oder vierfacher Impfung (8).



Aufgrund der unvorhersehbaren Entwicklung von SARS-CoV-2 ist es derzeit noch unklar, ob die langfristige Virusevolution auf Omikron basieren wird oder ob sich eine andere VOC mit neuartigen Eigenschaften entwickeln wird (8). Aktuell wird davon ausgegangen, dass eine hohe Zahl an Infektionen (in humanen und animalen Populationen) die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung neuartiger Varianten bzw. Rekombinanten erhöht (9). Allerdings lässt sich nicht mit Gewissheit vorhersagen, ob zukünftige Varianten mehr oder weniger virulent als Omikron sein werden (8). Bis zum 10. Juni 2022 beläuft sich die weltweite kumulative Zahl bestätigter SARS-CoV-2-Infektionen auf mehr als 540 Mio., die Anzahl der Todesfälle in Zusammenhang mit SARS-CoV-2 stieg bis zu diesem Zeitpunkt auf mehr als 6,3 Mio. (10). Damit beläuft sich die durchschnittliche Letalitätsrate weltweit auf ca. 1,2 %. In Baden-Württemberg wurden bis zum 15. Juni 2022 insgesamt 16.199 Todesfälle im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 gemeldet (11).

Weltweit hat die Corona-Pandemie nicht nur zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Langzeitfolgen und über 6 Mio. Todesfällen durch das SARS-CoV-2 Virus geführt, sondern war in vielen Lebensbereichen mit negativen Auswirkungen verbunden. So hat die Krise soziale Unterschiede sichtbarer gemacht und die Probleme bestimmter Bevölkerungsgruppen verschärft (12). Unter der Krise haben durch den Wegfall von sozialen Kontakten, Präsenzunterricht, Sport- und Freizeitaktivitäten sowie durch umfassende Kontrollen in allen Lebensbereichen vor allem Kinder und Jugendliche sehr gelitten. Zudem hat die deutsche Wirtschaft 2020 die bis dahin schwerste Rezession der Nachkriegsgeschichte erlebt (12). Die sozialen, wirtschaftlichen und politischen Folgen sind aber im Gesamten noch nicht abzusehen.

In dieser beispiellosen Zeit der Corona-Pandemie ist es daher besonders wichtig, dass die Bekämpfung dieser Krise durch Bund und Länder mit Unterstützung jedes Einzelnen erfolgt. Um die gesundheitlichen Folgen abzuwenden und die weitere Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verhindern, wurden zunächst Maßnahmen wie das Tragen von Masken, Hygienemaßnahmen, Ausgangsbeschränkungen und -sperren, Arbeiten im Homeoffice, die Schließung von Geschäften und Restaurants sowie weitere Einschränkungen unter Aufrechterhaltung der kritischen Infrastruktur beschlossen. Die Corona-Pandemie hat aber auch Auswirkungen auf alle anderen Bereiche der Medizin und betrifft direkt und indirekt u. a. die Versorgung von Patienten mit anderen Erkrankungen, z. B. kam es bei Krebspatienten zu Veränderungen im Angebot und in der Inanspruchnahme von Leistungen. Inwiefern sich diese Effekte auf die Überlebensprognosen auswirken werden, wird sich erst in einigen Jahren erfassen lassen (13).

In dieser Notsituation hatten aber vor allem der Schutz vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 und einer schweren Erkrankung sowie die Verhinderung der Überlastung des Gesundheitssystems oberste Priorität. Die rasante Entwicklung und der weltweite Einsatz von Impfstoffen gegen SARS-CoV-2 haben sowohl zur Eindämmung der Pandemie als auch zum individuellen Schutz vor einer Infektion und schweren Erkrankung bedeutend beigetragen (14). Alle bisher verfügbaren Impfstoffe (mRNA-, Vektorbasierte, Protein-Impfstoffe) haben eine gute bis sehr gute Wirksamkeit gegen COVID-19 gezeigt, wobei sich derzeit weitere Impfstoffe in der Entwicklung befinden (15). Die Ständige Impfkommission (STIKO), die beim RKI in Berlin angesiedelt ist, bewertet in ihren Empfehlungen fortlaufend, wie ein optimaler Einsatz der Impfstoffe



in der Bevölkerung in Deutschland aussehender sollte (16). Die Sicherheit der COVID-19-Impfstoffe wurde in weltweiten klinischen Studien umfassend geprüft, wobei die Beobachtung auch nach der Zulassung fortgeführt wird. Die verschiedenen Impfstoffe schützen nicht nur gut bis sehr gut vor einer Infektion oder einer schweren Erkrankung mit der Delta-Variante (17). Weitere Daten zeigen, dass auch bei der Omikron-Variante schwere symptomatische Infektionen sowie Todesfälle verhindert werden können, auch wenn der Schutz vor Ansteckung weniger gut ist (17). Mit den Impfungen gegen SARS-CoV-2 ist es insgesamt gelungen, dass ein großer Anteil der Bevölkerung eine Immunität gegen das Virus entwickelt hat und deshalb Kontaktbeschränkungen und zahlreiche weitere Maßnahmen gelockert werden konnten.

Situation in Baden-Württemberg

Im Land Baden-Württemberg wurde bei der Eindämmung der Corona-Pandemie u. a. durch die Kampagne #dranbleibenBW bereits viel erreicht. Durch die Einrichtung der Task Force Impfen, eine Stabsstelle im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, die zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes im Zuständigkeitsbereich des Amtschefs, Herrn Prof. Dr. Uwe Lahl, angesiedelt war, wird die Impfkampagne im Land zentral koordiniert und begleitet. Zum Stichtag 13. Juni 2022 lag die Anzahl der mindestens einmal Geimpften in Baden-Württemberg in Bezug auf die Gesamtbevölkerung bei 75,2 % (Gesamtzahl 8.349.264), der vollständig Geimpften bei 73,9 % (Gesamtzahl: 8.204.353) und der Geimpften mit Auffrischimpfungen bei 62,1 % (Gesamtzahl: 6.893.786) (12). Allerdings bestehen durch Impflücken in bestimmten Bevölkerungsgruppen (z. B. ältere und kranke Menschen) und durch den

nachlassenden Schutz gegen eine Infektion im Laufe der Zeit weiterhin eine relevante Immunitätslücke, sodass im Herbst/Winter 2022 erneut eine erhebliche Belastung des Gesundheitssystems drohen könnte (18).

Unklare weitere Entwicklung der Pandemie

Die noch unklare Entwicklung der zukünftigen pandemischen Lage und das mögliche Aufkommen neuer Virusvarianten lassen derzeit keine genauen Vorhersagen in Bezug auf die Anzahl und Schwere zukünftiger Infektionen zu. Der weitere Verlauf der Pandemie hängt daher wesentlich davon ab, ob sich der überwiegende Teil der Bevölkerung auch weiterhin trotz aktuell weitgehender Reduktion staatlich angeordneter Maßnahmen umsichtig und rücksichtsvoll verhält und die Empfehlungen zur Vermeidung von Infektionen akzeptiert und umsetzt. Auch wenn aktuell saisonale Effekte dazu beitragen, dass die Übertragung von SARS-CoV-2 reduziert ist, sind aufgrund der pandemischen Lage so viele Menschen für eine Infektion mit dem neuartigen Erreger leicht empfänglich, dass es bereits jetzt im Sommer zu erhöhten Übertragungen und Ausbrüchen gekommen ist (6). Schwere Krankheitsverläufe und einer erneuten Überlastung des Gesundheitssystems kann daher nur vorgebeugt werden, wenn auch in Zukunft weiterhin ein möglichst großer Teil der Bevölkerung vollständig geimpft ist.

Laut der aktuellen Stellungnahme des ExpertInnenrats der Bundesregierung vom 08. Juni 2022 ist es wahrscheinlich, dass „das Gesundheitssystem und die kritische Infrastruktur aufgrund der verbleibenden Immunitätslücke und der abnehmenden Immunität im Laufe der Zeit (Immune Waning), der fortschreitenden Virusevolution und der Krankheitsaktivität durch COVID-19 und




andere Atemwegserreger im kommenden Herbst/Winter 2022 erneut erheblich belastet wird“ (19). Der weiteren Erhöhung der Grundimmunisierung gegen SARS-CoV-2 und auch den Auffrischimpfungen kommen daher eine zentrale Bedeutung zu, weshalb der ExpertInnenrat der Bundesregierung u. a. empfiehlt, ein Public-Health-Nurse-Konzept (Impfung durch geschulte Pflegekräfte vor Ort) für SARS-CoV-2- und Influenzaimpfungen zu etablieren und eine Rumpfstruktur der Impfzentren im Stand-by-Betrieb mit schneller Reaktivierbarkeit zu erhalten (20). Demgegenüber steht jedoch der signifikante Rückgang der Nachfrage nach Impfungen in allen Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg seit Ende Januar 2022. Auf Basis der aktuellen Informationen und aufgrund der vergleichbaren Situation im Jahr 2021 ist jedoch im Herbst/Winter 2022 mit einem signifikanten Anstieg der SARS-CoV-2-Infektionen und somit einer signifikant erhöhten Impfnachfrage zu rechnen.

Am 22. Juni 2022 setzten sich die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen gemeinsam gegenüber dem Bund dafür ein, angesichts der erneut im Herbst drohenden Corona-Welle zeitnah die gesetzlichen Voraussetzungen für schärfere Schutzmaßnahmen zu schaffen (20). Dies sei nötig, um auf einen Anstieg der Infektionen im Herbst mit geeigneten Gegenmaßnahmen reagieren zu können. Die Gesundheitsminister der vier Bundesländer forderten u. a., die Corona-Testverordnung über Ende Juni hinaus „sachgerecht“ zu verlängern. Es bedürfe auch weiterhin kostenfreier und unbürokratischer Testmöglichkeiten, um insbesondere den Schutz im Umfeld von Einrichtungen für vulnerable Personen bzw. Gruppen sicherzustellen. Die Länder drängten auch darauf, zeitnah zu klären, ob es eine allgemeine

Empfehlung für eine vierte Impfung geben soll. Die STIKO empfiehlt zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes eine zweite Auffrischungsimpfung bisher nur für Menschen ab 70 Jahren. Der Bund solle daher zusammen mit den Ländern planen, wie im Herbst und Winter geimpft werden soll (20).

Inhalt des wissenschaftlichen Berichtes

Die bisherige Impfkampagne stellte in Baden-Württemberg – vor allem aufgrund des notwendigen Umfangs, der eingeschränkten Vorhersehbarkeit und den damit einhergehenden kurzen Reaktionszeiten – für alle an der Organisation und Umsetzung beteiligten Akteure eine enorme Herausforderung dar. Um eine weitere organisatorisch und strukturell sowie auch wirtschaftlich optimierte Planung der Impfinfrastruktur vornehmen zu können, wurde innerhalb der Task Force Impfen im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration das Team „Planung Impfinfrastruktur“ unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Annegret Kuhn etabliert. Die Ärztin, Wissenschaftlerin und Managerin besuchte gemeinsam mit ihrer Mitarbeiterin Melanie Bäder in dem Zeitraum vom 25. Januar bis zum 2. März 2022 43 der 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg (ein Kreis wurde per Video interviewt). Auf Grundlage von persönlichen Gesprächen mit den jeweils Verantwortlichen vor Ort aus Politik und Verwaltung, Vertretern von Hilfsorganisationen und der Ärzteschaft sowie von Besichtigungen der entsprechenden Impfstrukturen wurde die bisherige Landesimpfinfrastruktur analysiert, um Empfehlungen für eine zukünftige robuste Planung zu entwickeln (vgl. 1.2.3 und 2.4). Zusätzlich wurde ein eigens für dieses Projekt entwickelter Fragebogen erarbeitet, der zeitgleich als webbasiertes Tool an alle Kreise versendet wurde



und dazu diene, weitere detaillierte und vergleichbare Informationen zu erhalten (vgl. 3.4). Anhand dieser umfassenden und wichtigen Informationen durch die Vor-Ort-Gespräche und auf Grundlage der mit dem webbasierten Fragebogen erhobenen Datenergebnisse wurden im März 2022 erste Erkenntnisse in einem der Landesregierung vorgelegten Kurzkonzept erläutert, das als Anlage zur Kabinettsvorlage beigelegt wurde. Die darin enthaltenen Kernbotschaften und Empfehlungen sind bereits in die Änderungen des Landesimpfkonzepes von April bis September 2022 eingeflossen (vgl. 2.3). Zusätzlich wurde in diesem Kurzkonzept eine Begründung für die Fortsetzung des Landesimpfbetriebs in den Stadt- und Landkreisen ab Anfang Oktober 2022 dargelegt.

Der hier vorliegende wissenschaftliche Bericht und die darin enthaltenen Auswertungen und Empfehlungen sollen daher als Grundlage für ein robustes zukünftiges Landesimpfkonzep dienen¹. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass die hier genannten Erkenntnisse auf Vor-Ort-Besuchen in den Kreisen beruhen, die von Januar bis März 2022 durchgeführt wurden (vgl. 2.1.2), und nicht alle anschließenden Entwicklungen umfassen. Das bedeutet u. a., dass im Frühjahr 2022 noch nicht vorhersehbar war, dass die allgemeine Impfpflicht der Bevölkerung nicht eingeführt, es aufgrund der jüngst zunehmenden Omikron-Varianten BA.4., BA.5 und BA.2.12.1 zu einem erneuten Anstieg der COVID-19-Fallzahlen kommen und der Omikron-Impfstoff erst ab Herbst 2022 erhältlich sein würde. Auch kann dieser Bericht nicht alle weiteren Fragen abschließend beantworten.

Einige Aspekte, z. B. die Höhe des Anteils an zukünftigen Impfungen der niedergelassenen Ärzteschaft sowie weiterer Leistungserbringer, wurden nicht untersucht und bedürfen einer zusätzlichen Betrachtung.

Das Ziel des zukünftigen weiterentwickelten Landesimpfkonzepes in Baden-Württemberg sollte es sein, einerseits der abnehmenden Immunität innerhalb der Bevölkerung im Laufe der Zeit sowie der Impflücke vor allem der vulnerablen Gruppen zu begegnen, um einer Überlastung des Gesundheitssystems im Herbst/Winter vorausschauend vorzubeugen. Andererseits ist es wichtig, die weitere Versorgung der Bevölkerung mit COVID-19-Impfungen in enger Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Ärzteschaft und weiteren Leistungserbringern ab Herbst/Winter weiter zu sichern. Hierbei sollten in Abhängigkeit von der benötigten Anzahl an Impfungen verschiedene Szenarien erarbeitet werden, um die Aktivitäten entsprechend verteilen und die benötigte Anzahl an Impfungen garantieren zu können. So können nicht nur die 44 Stadt- und Landkreise sowie die an der Umsetzung der Impfkampagne beteiligten Dritten (z. B. Hilfsorganisationen) entlastet werden, sondern auch wirtschaftlich optimierte und kostenreduzierte Lösungen erarbeitet werden. Unter Berücksichtigung der bereits umfassenden Erfahrung beim Aufbau von Impfstrukturen in den jeweiligen Kreisen ist es wichtig, frühzeitig ein Konzept für flächendeckende Impfangebote weiterzuentwickeln, das möglichst flexibel der jeweils aktuellen Situation der Pandemie bzw. der Impfnachfrage angepasst werden kann.

¹ Ein weiteres Ergebnis der Vor-Ort-Gespräche war der Aufbau einer Arbeitsgruppe mit Vertretern der kommunalen Landesverbände, der KVBW, LÄK, LAV, LAK, LTK und LZK.



Eine nachhaltige Strategie, die den Impfbedarf bereits im Voraus möglichst präzise abbildet, ermöglicht der Landesregierung auch eine bessere Steuerung der Kapazitäten und somit eine Kostenplanung. Hierbei ist es vor allem nötig, den Grad der Einbindung der niedergelassenen Ärzteschaft und weiterer Leistungserbringer in einer Arbeitsgruppe abzuschätzen² und gemeinsam mit den Kommunalen Landesverbänden, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), der Landesärztekammer (LÄK) und Vertretungen weiterer aktueller und zukünftiger Leistungserbringergruppen (Apothekerschaft vertreten durch den Landesapothekerverband, LAV; Landesapothekerkammer, LAK; Betriebsärzteschaft; Tierärzteschaft vertreten durch die Landestierärztekammer, LTK; Zahnärzteschaft vertreten durch Landes Zahnärztekammer, LZK) eine Strategie zu entwickeln. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg hat daher auf Empfehlung der bereisten Stadt- und Landkreise sowie des Teams „Planung Impfinfrastruktur“ am 12. April 2022 eine Arbeitsgruppe gegründet, die derzeit unter Einbeziehung der an den Impfungen beteiligten Akteure, u. a. der Kommunalen Landesverbände und Träger der berufsständischen Selbstverwaltungen, eine gemeinsame Zielvereinbarung zur „Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2“ erarbeitet.

1.1.3 ZENTRALE ECKPUNKTE

Aufgrund der hohen Bedeutung von Impfungen zur Eindämmung der Corona-Pandemie, zum individuellen Schutz vor Infektion mit SARS-CoV-2 sowie zur Vorbeugung der Überlastung des Gesundheitssystems ist ein vorausschauendes robustes, aber auch flexibles Impfkonzept des Landes Baden-Württemberg dringend notwendig. Die Schwierigkeit, ein solches Konzept zu etablieren, liegt vor allem in der Dynamik bzw. der unvorhersehbaren Entwicklung der Pandemie, die ggf. erneut einen raschen Anstieg der Impfnachfrage wie im Herbst 2021 mit sich bringen und potenziell zu einer Überlastung der Kapazitäten der niedergelassenen Ärzteschaft und der Betriebsärzteschaft führen könnte. Aus diesem Grund wurden im Frühjahr 2022 die Apothekerschaft sowie die Zahnärzteschaft als weitere Leistungserbringer in die Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV³) aufgenommen, sodass die Impfinfrastruktur entsprechend erweitert werden könnte. Dies würde auch dazu führen, dass das zukünftige Impfangebot des Landes Baden-Württemberg wirtschaftlich optimiert und kostenreduziert gestaltet werden kann, zumal von Dezember 2020 bis Mai 2022 Ausgaben in Höhe von 1,378 Mrd. € entstanden sind.

In Baden-Württemberg war der Bedarf an Impfungen von Dezember 2021 bis Anfang Januar 2022 besonders hoch: In diesem Zeitraum wurden rund 1,0 Mio. Impfungen durch die Landesimpfstrukturen sowie ca. 3,4 Mio. durch die niedergelassene Ärzteschaft verabreicht. Ab Mitte Januar 2022 hat sich die Anzahl an Impfungen sowohl durch die Landesimpfstrukturen als auch durch die niedergelassene Ärzteschaft bereits wieder signifikant reduziert (siehe Abb. 1).

² Dies erfolgt aktuell in der Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung Impfstruktur“ mit Vertretern der kommunalen Landesverbände, der KVBW, LÄK, LAV, LAK, LTK und LZK.

³ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/coronavirus-impfverordnung-coronaimpfv.html>

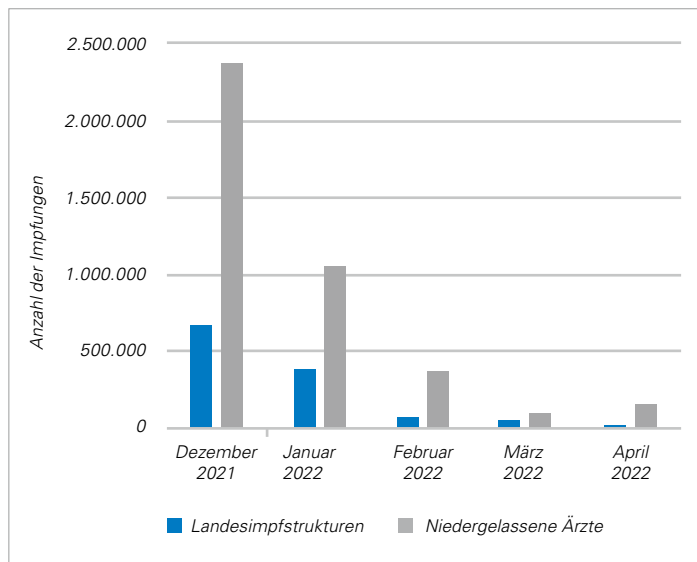


Abb. 1 Impfungen durch Landesimpfstrukturen und niedergelassene Ärzteschaft (7)

Aufgrund der signifikant niedrigeren Nachfrage nach Covid-19-Impfungen seit März 2022 erfolgte bereits eine erste Anpassung des Landesimpfkonzepts für den Zeitraum April bis September 2022. Nun ist es wichtig, ein vorausschauendes robustes, aber gleichzeitig flexibles Konzept für die Zeit ab Oktober 2022 bzw. die Zukunft zu entwickeln. Das Team „Planung Impfinfrastruktur“ empfiehlt in diesem Zusammenhang, die niedergelassene Ärzteschaft sowie weitere Leistungserbringer eng in die Entwicklung des zukünftigen Konzeptes einzubeziehen. Aus diesem Grund wäre es für die Weiterentwicklung der Impfinfrastruktur des Landes Baden-Württemberg erforderlich, die Rolle der Ärzteschaft verbindlicher festzulegen⁴. Weiterhin haben die

Vor-Ort-Besuche gezeigt, dass eine zentrale Koordination der Pandemiemaßnahmen zwischen Land und Kreisverwaltungen die Voraussetzung für eine optimale Bewältigung der Krise ist, um auf die jeweils aktuelle Situation der Pandemie reagieren zu können. Hierfür sind im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration sowie in den Kreisverwaltungen entsprechende Strukturen zu verstetigen.

Weiterhin wurden in dem im März 2022 durch das Team „Planung Impfinfrastruktur“ erstellten Kurzkonzept drei Phasen (vgl. 1.2.3 und 2.3) einer zukünftigen Impfstrategie empfohlen, um einerseits die unterschiedliche Impfnachfrage im Sommer und Winter zu berücksichtigen, und andererseits flexibel auf eventuelle Änderungen reagieren, den Stadt- und Landkreisen jedoch gleichzeitig eine gewisse Planungssicherheit geben zu können. Die erste Phase hat bereits im April 2022 begonnen und wird voraussichtlich sechs Monate andauern. Ab Oktober 2022 wird dann in Abhängigkeit von der weiteren Entwicklung der Corona-Pandemie empfohlen, in die zweite Phase überzugehen. Zusätzliche Empfehlungen, inkl. eines Stufenkonzepts je nach Impfnachfrage, die sich auf Erkenntnisse aus den Vor-Ort-Besuchen und die Ergebnisse der Befragung stützen, werden im Folgenden und insbesondere in 2.3 erläutert.

⁴ Hierzu entwickelt die Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung Impfstruktur“ aktuell Zielvereinbarungen mit Vertretern der kommunalen Landesverbände, der KVBW, LÄK, LAV, LAK, LTK und LZK.



1.2 KERNAUSSAGEN, ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNGEN

1.2.1 KERNAUSSAGEN

Folgende Kernaussagen wurden auf Basis der Erkenntnisse aus den Vor-Ort-Gesprächen in den 44 Stadt- und Landkreisen von Baden-Württemberg für die Weiterentwicklung eines robusten Landesimpfkonzepts durch die Autorinnen dieses Berichtes zusammengefasst:

- In den Kreisen wurden, finanziert durch das Land, mit sehr viel Zeitaufwand, Arbeitseinsatz, Engagement und Kreativität individuelle und effiziente Strukturen zur Impfung der Bevölkerung aufgebaut.
- Die zentrale Koordination einer derart groß angelegten, landesweiten Impfkampagne wie im Dezember 2021 kann – insbesondere in ländlichen Gebieten mit großen Kreisflächen und Einzugsgebieten – organisatorisch nicht ausschließlich von der Hausärzteschaft bzw. der niedergelassenen Ärzteschaft übernommen werden. Weder die KVBW noch die niedergelassene Ärzteschaft verfügen aktuell über entsprechende Strukturen, um eine flächendeckende strategische Konzeption zu entwickeln und diese kurz- oder mittelfristig organisatorisch umzusetzen.
- Die Impfinfrastrukturen der jeweiligen Kreise wurden an die bereits vorhandene oder teils neu aufgebaute Organisationsstruktur angepasst und sind in den meisten Fällen nicht miteinander vergleichbar. Aus diesem Grund sind die Anforderungen an eine auskömmliche Impfinfrastruktur der Kreise sehr unterschiedlich. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Online-Befragung der Kreise mithilfe eines eigens dafür entwickelten webbasierten Fragebogens wider (vgl. 3.4).
- Bei Übernahme der Gesamtkoordination einer Pandemie durch das Land ist in enger Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft und weiterer Leistungserbringer, wie der Apotheker-, Zahnärzte- und ggf. Tierärzteschaft, durch Bereitstellung entsprechender Impfstrukturen (u. a. Liegenschaften, mobile Einheiten) eine effiziente und kostengünstige Bewältigung der Impfkampagnen zu erreichen.
- Die Anzahl von Impfungen, die durch die Betriebsärzteschaft, die Apotheker- sowie die Zahnärzte- und ggf. Tierärzteschaft geleistet werden könnte, war zum Zeitpunkt der Vor-Ort-Besuche noch nicht genau zu beziffern, da diese bei der letzten Impfkampagne nicht eingebunden waren und somit Erfahrungswerte fehlen.
- Der Hausärzteverband Baden-Württemberg vertritt den Standpunkt, dass insbesondere im ländlichen Raum bereits heute Engpässe durch niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte bestehen, die sich in den kommenden Jahren durch altersbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheidende Hausärztinnen und Hausärzte weiter verschärfen werden (21). Zudem ist vor dem Hintergrund des bestehenden demographischen Wandels weiterhin die Versorgung von Menschen mit anderen Erkrankungen sicherzustellen (22).
- Zahlreiche Akteure wie die Kommunalen Landesverbände, die Kreisverwaltungen, die Hilfsorganisationen, die Ärzteschaft und weitere Leistungserbringer sowie nicht zuletzt die Ministerien haben mit sehr hohem persönlichen Einsatz und großem Erfolg zusammengearbeitet.

- Die Landkreise haben im Rahmen der Vor-Ort-Gespräche mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass die jetzigen Organisationsstrukturen der Kreisverwaltungen bisher nicht auf eine Koordination der Pandemie ausgerichtet sind, da weder die Gesundheitsämter noch der Katastrophenschutz zur mittel- bis langfristigen Bewältigung einer Pandemie über ausreichende personelle Kapazitäten verfügen. Auch Hilfsorganisationen mit zahlreichen ehrenamtlichen Mitarbeitenden sind hierfür nicht auf Dauer eingerichtet und belastbar.
- Den immensen operativen und logistischen Aufwand zur Koordination und Organisation der Impfkampagnen gilt es im Fall einer erneuten Pandemiewelle im Vorfeld vorausschauend auf viele Akteure (u. a. Ärzteschaft, Hilfsorganisationen, Verwaltung) zu verteilen, sodass sich alle Beteiligten möglichst frühzeitig und planbar darauf vorbereiten können.

Zusammenfassend ist sowohl zur weiteren Bekämpfung der aktuellen Corona-Pandemie als auch zur Bewältigung zukünftiger Pandemien sowohl im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration als auch in den Verwaltungsstrukturen der Stadt- und Landkreise eine zentrale Koordinationsstruktur erforderlich, um in akuten Situationen, aber auch mit einer möglichst vorausschauenden und verlässlichen Planung die Maßnahmen einer Pandemie landesweit einheitlich steuern zu können.

1.2.2 ERGEBNISSE DES FRAGEBOGENS

Aus der Auswertung des eigens für die Durchführung der Evaluation der Impfinfrastrukturen entwickelten, webbasierten Fragebogens, der aus 8 Themenkomplexen besteht, (vgl. 2.1.3 und 3.4), ergaben sich die im Nachfolgenden ausgeführten Ergebnisse. Von insgesamt 44 Kreisen wurden 43 ausgefüllte Fragebögen eingereicht, da die Beantwortung für den Alb-Donau-Kreis und den Stadtkreis Ulm gemeinsam erfolgte. Die Beantwortung der Fragen erfolgte durch verschiedene operativ und/oder strategisch in die Impfkampagne involvierte Ebenen bzw. Akteure. Häufig waren Landrätinnen und Landräte sowie die Ersten Landesbeamtinnen und Ersten Landesbeamten selbst eng in die Planung der jeweiligen Impfinfrastrukturen eingebunden und daher auch an der Erhebung beteiligt. Eine ausführlichere Darstellung der Vorgehensweise sowie der Rückmeldungen je Themenkomplex ist in 2.1.3 zu finden.

THEMENKOMPLEX 1

Organisatorische Verortung

- Die Impfaufgaben wurden in den meisten Kreisen an bestehende Verwaltungsstrukturen des Regelbetriebs (Dezernat/Amt/Geschäftskreis) angegliedert. In 6 Kreisen wurden Stabsstellen eingerichtet.
- Ca. 80 % der Kreise (34 von 43) arbeiteten regelmäßig mit den Gemeinden innerhalb des jeweiligen Kreises zusammen.
- Mehr als 80 % der Kreise (36 von 43) arbeiteten zum Zeitpunkt der Erhebung noch mit einem MIT-Krankenhausstandort zusammen.
- Die gewählte Organisationsstruktur hat sich in ca. 80 % (34 von 43) der Fälle gut bis sehr gut bewährt.



THEMENKOMPLEX 2

Einbindung Dritter

Der Begriff „Dritte“ umfasst in diesem Kontext z. B. den Einbezug von Hilfsorganisationen, Messe- und Eventdienstleistern oder der niedergelassenen Ärzteschaft.

- Ca. 47 % der Kreise (20 von 43) haben den Betrieb der Impfeinrichtungen ganz oder teilweise an Hilfsorganisationen übergeben.
- Mehr als 55 % der Kreise (24 von 43) haben im Rahmen der Impfkampagne eigene Personalverträge abgeschlossen.
- Die Einbindung Dritter in der jeweils entsprechenden Ausprägung hat sich in den Kreisen überwiegend (86 %, 37 von 43 Kreisen) gut bis sehr gut bewährt.
- Jeweils 7 Kreise berichten über eine regelmäßige bzw. unregelmäßige Nutzung der Kreisinfrastruktur durch die niedergelassene Ärzteschaft.

THEMENKOMPLEX 3

Infrastruktur

- Ca. 75 % der Kreise (32 von 43) gaben an, dass zum Zeitpunkt der Befragung eine zentrale Koordination der Impfeinheiten durch den Kreis stattfand.
- Bei fast allen Kreisen bestand die Impfinfrastruktur zum Zeitpunkt der Befragung aus einem oder mehreren Impfstützpunkten (40 von 43 Kreise) sowie mobilen Impfteams (MIT, 39 von 43 Kreise).
- 86 % der Kreise (37 von 43) hatten zudem dauerhafte Impfteams (DIT) in ihren Stützpunkten eingesetzt.
- Die gewählte Infrastruktur (mit MIT und/oder DIT oder keine eigenen Impfeinheiten) hat sich in 88 % der Kreise (38 von 43) gut bis sehr gut bewährt. Die Gründe hierfür waren häufig die Niederschwelligkeit und Flexibilität dezentraler, ggf. mobiler Angebote bei gleichzeitig zentraler Organisation.

- Zukünftig würden die meisten Kreise erneut eine Kombination mobiler und stationärer Angebote wählen, wobei der Anteil der stationären Angebote den der mobilen Angebote leicht überwiegen soll.

THEMENKOMPLEX 4

Personal

- Medizinisches Personal (ohne Ärzteschaft): 30 % der Kreise (14 von 43) führten selbst die Akquise und Betreuung durch. Viele Kreise übernahmen hingegen einen Teil des Aufwands für Personalakquise und -betreuung und arbeiteten zeitgleich mit dem Personaldienstleister des Landes zusammen.
- Nicht-medizinisches Personal: 21 Kreise waren selbst in die Akquise und Betreuung eingebunden. Weitere Varianten waren der Einbezug von Hilfsorganisationen (10 Kreise) und Personaldienstleistern (Dienstleister des Landes: 7 Kreise, andere Dienstleister: 11 Kreise). Unter Sonstiges wurde zudem die Inanspruchnahme von Dienstleistern für spezielle Untergruppen von nicht-medizinischem Personal (z. B. Security) genannt.
- Personal insgesamt: die Hälfte der Kreise (22 von 43) hatte Schwierigkeiten, den Bedarf an bestimmten Berufsgruppen zu decken (v. a. Verwaltungspersonal).
- Häufig wurde auf Medizinerinnen und Mediziner kurz nach dem Abschluss des Studiums sowie bereits berentete oder pensionierte Ärztinnen und Ärzte zurückgegriffen. Zudem kam es an einigen Standorten zu einer zeitweisen Einbindung der Bundeswehr.
- Bei weit über 80 % der Kreise (37 von 43) wurde Personal aus anderen Aufgabengebieten abgezogen.
- Ca. 60 % der Kreise (26 von 43) gab an, (nicht-)medizinisches Personal mit einem Vorlauf von höchstens 14 Tagen „hochfahren“ zu können. Knapp 20 % der Kreise (8 von 43) gab hingegen an, Vorlaufzeiten von mehr als 21 Tagen benötigt zu haben.

THEMENKOMPLEX 5

Operative Umsetzung

- In fast allen Kreisen (42 von 43) wurde neben einer ärztlichen auch eine organisatorische Leitung benannt.
- Etwa 90 % der Kreise (39 von 43) griffen auf Liegenschaften zurück, für die Miete entrichtet werden musste.
- 67 % der Kreise (29 von 43) hatten sich für eine zentrale Impfstofflagerung innerhalb des jeweiligen Kreises entschieden.
- Ca. 90 % der Kreise (38 von 43) nutzten zur Meldung der Impfdaten teilweise oder ausschließlich die esQlab Vollversion. Die übrigen Kreise verwendeten ausschließlich Impfen 2.0 oder hatten ihr Kreiskonzept auf der Impfleistung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte aufgebaut, die die Impfungen über ihre Meldewege meldeten.
- Für mehr als 80 % der Kreise (36 von 43) haben sich die gewählten operativen Prozesse gut bis sehr gut bewährt.

THEMENKOMPLEX 6

Niedergelassene Ärzteschaft und weitere Leistungserbringer

- In über 90 % der Kreise (40 von 43) waren Pandemiebeauftragte der KVBW eingebunden.
- Die Art der Einbindung hat sich in 67 % der Kreise (29 von 43) gut bis sehr gut bewährt, wobei insbesondere der gegenseitige Austausch und die fachliche Expertise als Erfolgsfaktoren genannt wurden.
- Ca. 75 % der Kreise (32 von 43) sehen als Einsatzgebiete für die durch einen Kreis vorgehaltene Impfinfrastruktur zukünftig vorrangig mobile Einsätze in Pflegeeinrichtungen.

THEMENKOMPLEX 7

Impfkapazität/Bedarfsdeckung

- In mehr als 90 % der Kreise (40 von 43) gab es Impfstützpunkte/Strukturen mit besonders hoher Impfkapazität. 30 % der Kreise (13 von 43) gaben zudem an, (auch) Impfstützpunkte mit einer besonders geringen Impfkapazität zu betreiben.
- Der Median der Auslastung der Impfstützpunkte lag über die Monate November, Dezember und Januar bei 80 % (Median im Einzelnen: 95,0/95,0/54,5 %).
- Der Median der Impfungen pro Impfeinheit/Tag lag über die Monate November, Dezember und Januar bei 120 (Median im Einzelnen: 120/158/93).

THEMENKOMPLEX 8

Erfahrungen, Herausforderungen und Bedürfnisse

Hierbei handelt es sich um eine Zusammenfassung der Kernpunkte aus den Rückmeldungen der Kreise, die nachfolgend zunächst ohne Wertung und Einordnung genannt werden. Es wurde nach aktuellen und zukünftigen Herausforderungen sowie weiteren Themenbereichen gefragt, die den Kreisen ein Anliegen sind.

- 5 Kreise äußerten an dieser Stelle explizit, Impfen sei Aufgabe der Regelstrukturen, weshalb ein möglichst rascher Übergang der Verantwortung herbeigeführt werden sollte.
- 9 Kreise argumentierten, ein langfristiger Verbleib einer (Teil-)Verantwortung beim Kreis sei – insbesondere im Hinblick auf den weiteren Verlauf dieser sowie das eventuelle Auftreten weiterer Pandemien – unumgänglich.



- Bei gewünschtem Verbleib einer (Teil-) Verantwortung beim Kreis sei seitens des Ministeriums für Gesundheit, Soziales und Integration zu definieren, in welchem Bereich die Impfaufgabe angesiedelt werden solle. Hierfür sei die personelle und strukturelle Situation der in Frage kommenden Bereiche (insbesondere Gesundheitsämter) zu berücksichtigen, wobei entsprechende Stellen geschaffen werden müssten.
- Wissen und Handlungskompetenz, nicht nur auf strategischer Ebene, müssten durch geeignete und langfristige vertragliche Regelungen mit den Mitarbeitenden erhalten bleiben.
- Eine möglichst langfristige Kostenzusage mit entsprechender Handlungsfreiheit für die Kreise sei von zentraler Bedeutung.
- Zusätzlich sei die Verfügbarkeit von Hard- und Software, Infrastruktur und Impfmateri- al, ggf. durch einen Verbleib, sicherzustellen bzw. müssten notwendige Neuanschaffun- gen vor Ort refinanziert werden.



1.2.3 EMPFEHLUNGEN FÜR EIN ROBUSTES ZUKÜNFTIGES LANDESIMPFKONZEPT

Aufgrund der noch unklaren weiteren Entwicklung der Corona-Pandemie ist es notwendig, ein robustes, aber gleichzeitig auch flexibles Impfkonzept für das Land Baden-Württemberg weiterzuentwickeln, das ausgehend von bisherigen Erfahrungen und Vorhersagen in mehrere Phasen unterteilt sein sollte. Die folgende Darstellung der drei Phasen basiert auf den Erkenntnissen, die bei Vor-Ort-Besuchen im Januar bis März 2022 gewonnen wurden.

PHASE 1

„Auf Sicht“ (01.04. – 30.09.2022)

Diese Phase hat bereits zum 1. April 2022 begonnen. Zur Implementierung dieser Phase wurde direkt im Anschluss an die Vor-Ort-Besuche ein Kurzkonzept erstellt, welches in den Kabinettsbeschluss der Landesregierung Baden-Württemberg vom März 2022 eingeflossen ist, der u. a. die Zuweisung von Impfkapazitäten in Höhe von maximal einer Impfeinheit sowie eines Impfstützpunktes pro Kreis vorsieht.

Situation

- Für die von April bis September 2022 definierte Phase 1 ist wie im Sommer 2021 von einer relativ geringen Infektionsrate auszugehen. Zudem sind die klinischen Symptome der aktuell vorherrschenden Coronavirus-Variante eher mild und führen sehr selten zu einer Hospitalisierung. Daher wird voraussichtlich nur eine geringe Anzahl an weiteren Impfungen von der Bevölkerung in Anspruch genommen werden, zumal viele Geimpfte derzeit noch als vollständig immunisiert gelten.
- Zum Zeitpunkt der Definition dieser Phase war noch unklar, ob es bundesweit eine

generelle Impfpflicht geben und wann der Omikron-Impfstoff zugelassen wird.

- Insgesamt wird der weitere Verlauf der Corona-Pandemie über den Sommer aber unklar bleiben. Es könnten sich weitere hochinfektiöse Virusmutanten entwickeln, die vor allem die vulnerablen Gruppen besonders gefährden könnten.
- Die Gesamtverantwortung sollte daher zukünftig weiterhin beim Land und den Kreisen liegen, da es in einer Pandemie einer übergeordneten Koordination bedarf. Die enge Zusammenarbeit zwischen Kreisverwaltung und niedergelassener Ärzteschaft sowie weiterer Leistungserbringer sollte dringend aufrecht erhalten bleiben.

PHASE 2

„Neue Welle“ (01.10.2022 – 31.03.2023)

Situation

- In der von Oktober 2022 bis März 2023 definierten Phase 2 ist aufgrund der Erfahrungen im letzten Herbst/Winter wieder von signifikant höheren Infektionsraten auszugehen. Die Impfnachfrage wird sowohl aufgrund des sich zuspitzenden Infektionsgeschehens als auch aufgrund der nachlassenden Schutzwirkung der im Winter 2021/2022 durchgeführten Impfungen steigen.
- Der weitere Verlauf der Corona-Pandemie über den Herbst/Winter ist derzeit unklar. Falls sich neue hochinfektiöse Virusmutanten entwickeln, kann es zu einer ähnlichen Situation wie im November 2021 kommen, als die niedergelassene Ärzteschaft und weitere Leistungserbringer nicht in der Lage waren, den entstandenen Impfbedarf kurzfristig vollständig zu decken.
- Auch wenn mittlerweile der Sicherstellungsauftrag durch die niedergelassene Ärzteschaft nach Verhandlung mit dem Bund unwahrscheinlich ist, würde auch

dieser voraussichtlich nicht dazu führen, dass alle Impfungen in Baden-Württemberg durch die niedergelassene Ärzteschaft und die Betriebsärzteschaft geleistet werden können. Bereits heute zeichnen sich insbesondere im ländlichen Raum Engpässe in der hausärztlichen Versorgung ab (21), weshalb nicht zusätzlich über Monate immense Organisations- und Koordinationsaufgaben übernommen werden können.

- Hieraus folgt unter Umständen, dass Pflegeheime sowie Randgruppen (z. B. ohne niederschweligen Zugang zu hausärztlicher Versorgung, mit Mobilitätseinschränkung oder sprachlichen Barrieren) nicht ausreichend mit Impfungen versorgt werden können.

Kernelemente

- Die Gesamtverantwortung der Landesimpfinfrastruktur sollte in dieser Phase weiterhin beim Land liegen. Die hierfür geschaffenen koordinativen Strukturen innerhalb der Kreisverwaltung sollten nach entsprechender Bedarfsanalyse mittelfristig verstetigt werden (siehe 3-Stufen-Konzept S. 21 und in 2.3).
- Im Grundsatz ist anzumerken, dass die gesamte Impfleistung theoretisch durch die in Baden-Württemberg bereits in ausreichendem Umfang vorhandenen Ärztinnen und Ärzte erbracht werden könnte. Einerseits sind im Land ausreichend Ärztinnen und Ärzte vorhanden, z. B. im Rentenalter oder kurz nach dem Staatsexamen ohne aktuelle ärztliche Tätigkeit, die sich auch bisher schon in der Impfkampagne engagiert haben. Andererseits haben die Stadt- und Landkreise jedoch als Problem erkannt, dass es zwar eine hohe Anzahl an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gibt, diese jedoch in der praktischen Umsetzung an ihre Grenzen kommen, da häufig nicht in ausreichendem Maße (Praxis-)Räumlich-



keiten, nicht-ärztliches Personal und freie zeitliche Kapazitäten für Koordination und Dokumentation vorhanden sind.

- Um diese Defizite auszugleichen, die Reaktionsgeschwindigkeit der Impfinfrastruktur zu erhöhen und in einer Pandemiewelle zeitnah ausreichend Impfungen für die Bevölkerung anbieten zu können, könnte(n) das Land bzw. die Kreise für (niedergelassene und freiberufliche) Ärztinnen und Ärzte entsprechende Strukturen zur Verfügung stellen. Sicherlich müssten verschiedene Abrechnungsmodalitäten für die Impfkliniken und Impfkliniken gefunden sowie Lösungen für die Bereitstellung von Liegenschaften und den Einsatz von weiterem, nicht-ärztlichem Personal definiert werden, ohne dass dabei Vorhaltekosten entstehen. Hierbei gilt es vor allem Möglichkeiten zu evaluieren, Ärztinnen und Ärzte flexibel einzubinden.

PHASE 3:

„Robuste Struktur mit einem 3-Stufenkonzept“ (ab 01.04.2023)

Situation

- In Phase 3, die ab April 2023 definiert wurde, ist ausgehend von den Erfahrungen im Frühjahr 2022 wieder mit geringen Impffzahlen zu rechnen, auch wenn die Infektionsrate hoch sein kann. Allerdings ist ebenso davon auszugehen, dass die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden klinischen Symptomen sowie die Hospitalisierungsrate wieder relativ gering sein werden, sofern zu diesem Zeitpunkt ähnliche wie die aktuell vorherrschenden Virusvarianten dominieren und der Impfstatus weiterhin hoch ist.
- Es ist jedoch zu hoffen, dass sich die Corona-Pandemie bis zu diesem Zeitpunkt bereits verändert haben wird und keine lebensbedrohlichen Infektionen mehr auftreten. Allerdings ist davon auszugehen,

dass die Corona-Pandemie noch nicht vorbei sein wird und in Zukunft weitere Pandemien auftreten können.

Kernelemente

- Für die weitere Bekämpfung der Corona-Pandemie sollte aufbauend auf einem 3-Stufenkonzept ein robustes Konzept entwickelt werden:
- 3-Stufenkonzept in Abhängigkeit vom Impfbedarf:
 1. Impfung ausschließlich durch die niedergelassene Ärzteschaft und andere Leistungserbringer wie Apothekerschaft, Betriebsärzteschaft, Zahnärzte- und ggf. Tierärzteschaft;
 2. zusätzlich Bereitstellung von Liegenschaften durch die Kommunen/Kreise, ggf. Finanzierung durch das Land;
 3. zusätzlich Organisation von Impfstützpunkten/IMP durch die Kreise mit Finanzierung durch das Land.
- Die Zusammenarbeit zwischen dem Land, der Kreisverwaltung und der Ärzteschaft ist weiterhin die Voraussetzung für die Bewältigung der aktuellen Corona-Pandemie und eventueller zukünftiger Pandemien, die durch entsprechende Gremien und Interessenvertretungen (z. B. Kommunale Landesverbände, Kammern, KVBW) mit möglichst planbaren Zahlen sichergestellt werden muss.

Weiterhin sollten die folgenden allgemeinen Empfehlungen für die zukünftige Impfinfrastruktur in Baden-Württemberg umgesetzt werden, um die langfristige Versorgung mit Corona-Schutzimpfungen für das Land Baden-Württemberg sicherzustellen bzw. zu verfestigen.



- In den nächsten Monaten sollten vorausschauende Konzepte und konkrete Zielvereinbarungen entwickelt und abgestimmt werden, um mittel- bis langfristig eine enge strategische und operative Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure, u. a. der niedergelassenen Ärzteschaft, weiterer Leistungserbringer und der Kreisverwaltungen, zu erreichen. Zudem ist darüber nachzudenken, wie sich die Kreisverwaltungen weiterhin in Bezug auf die aktuelle Corona-Pandemie, aber auch bei zukünftigen Pandemien für die damit verbundenen Aufgaben (inkl. einer Impfkampagne) rüsten können, ohne umfangreiche Strukturen vorhalten zu müssen, die nicht regelmäßig benötigt werden. Auch wäre es denkbar, pro Kreis eine Stabsstelle zur Koordination von Pandemien einzurichten.
- Für nachfolgende Pandemien sollten möglichst auf Bundesebene Gesetze und Verordnungen erarbeitet und mit den Ländern abgestimmt und verabschiedet werden. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration sollte hierauf in entsprechender Weise hinwirken.
- Zudem wurde nach Rückkehr aus den Vor-Ort-Gesprächen empfohlen, eine Arbeitsgruppe unter der Leitung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration und unter Einbindung der Kommunalen Landesverbände und Träger der beruflichen Selbstverwaltungen zu gründen. Diese soll zusätzlich zu den bereits vorhandenen, strategisch ausgerichteten Gremien im Land in zukünftige Konzepte zur Bekämpfung einer Pandemie die operative Sichtweise einbringen, themenorientiert das Wissen und die Erfahrungen verschiedener operativer Akteure bündeln und praktische wie strategische Empfehlungen aussprechen. Diese Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Impfstrukturen“ besteht nun seit 12. April 2022 und wird vom aktuellen Amtschef des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration, Herrn Prof. Dr. Uwe Lahl, geleitet.
- Um mittel- bis langfristiges ein robustes, aber gleichzeitig flexibles Landesimpfkonzept unter den aktuellen bzw. zu erwartenden Voraussetzungen der Corona-Pandemie in Baden-Württemberg zu entwickeln, sind – wie auch vom ExpertInnenrat der Bundesregierung empfohlen (18) – die Aufrechterhaltung einer Basisstruktur der Impfstrukturen im Stand-by-Betrieb mit schneller Reaktivierbarkeit und eine enge Abstimmung mit der niedergelassenen Ärzteschaft sowie weiteren Leistungserbringern erforderlich. Hiermit soll dem unklaren Verlauf der Pandemie, der möglichst mittelfristigen Planungssicherheit aller beteiligten Akteure und den hohen Kosten, die das Land Baden-Württemberg bereits investiert hat und noch investieren wird, Rechnung getragen werden.
- Insgesamt ist es das Ziel, das Gesundheitssystem und die kritische Infrastruktur sowie insbesondere die vulnerablen Bevölkerungsgruppen unter Minimierung der Belastungen für die Gesellschaft vor Infektion mit SARS-CoV-2 und schwerer Erkrankung zu schützen.



■ TEIL 2

ANALYSE DER LANDESIMPFFINFRASTRUKTUR

2.1 AUSGANGSLAGE DER LANDESIMPFFINFRA- STRUKTUR

2.1.1 RAHMENBEDINGUNGEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Impfzentren

In Baden-Württemberg wurden in dem Zeitraum vom 15. Dezember 2020 (10 Zentrale Impfzentren, ZIZ) bzw. 15. Januar 2021 (49 Kreisimpfzentren, KIZ) bis zum 15. August 2021 (ZIZ) bzw. 30. September 2021 (KIZ) insgesamt 59 Impfzentren betrieben. An die Impfzentren waren pro ZIZ jeweils fünf Mobile Impfteams (MIT) bzw. pro KIZ jeweils zwei MIT angebunden. Insbesondere im ersten Quartal spielten die MIT im Rahmen der Impfkampagne eine entscheidende Rolle, als vor allem die vulnerablen Gruppen mit Impfungen versorgt werden mussten. Die MIT setzten sich in der Regel aus einem Team von fünf Mitarbeitenden zusammen, darunter ein Arzt/eine Ärztin, zwei medizinische Fachangestellte oder Personen mit ähnlicher Qualifikation, sowie zwei Administrationskräfte, von denen eine das Einsatzfahrzeug fuhr.


Die in den Impfzentren mögliche Maximalkapazität konnte nach Anstieg der Impfstoffliefermengen erst Ende des zweiten Quartals 2021 annähernd ausgeschöpft werden. Kurze Zeit später ist aber die Nachfrage der Bevölkerung nach Impfangeboten stark gesunken. 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, #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.

Die Verfügbarkeit von Impfstoffen und die damit verbundene anfängliche Impfpriorisierung, das zeitweise intervallartige Auftreten einer deutlichen Nachfragespitze bei gleichzeitig fehlender Akzeptanz von Impfangeboten durch Teile der Bevölkerung, die Verkürzung der Impfintervalle sowie die zusätzlich notwendigen Auffrischimpfungen (Booster) und das Auftreten von Virusvarianten waren nur einige herausfordernde Faktoren, welche die Planbarkeit der Impfkampagne in dieser Phase stark einschränkten.

Mobile Impfteams ab 01.10.2021

Aufgrund der zu erwartenden Bedürfnisse setzte das Anschlusskonzept ab Oktober 2021 auf durch das Land eingerichtete MIT zur Unterstützung der niedergelassenen Ärzteschaft und weiterer 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. Es wurden 12 Krankenhausstandorte in Baden-Württemberg als MIT-Standorte ausgewählt und insgesamt zunächst 30 MIT zur Unterstützung der niedergelassenen Ärzteschaft vorgehalten. Zudem bestand für Kreise, die zur Zeit der Impfzentren Impfbusse betrieben hatten, die Möglichkeit, diese nach Rücksprache mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration weiter zu betreiben. Angesichts der Entwicklungen der Pandemie, der Kommunikation auf Bundesebene, des dadurch rasch wieder



steigenden Bedarfes und der auf absehbare Zeit nicht ausreichenden Kapazitäten der niedergelassenen Ärzteschaft wurden die vorhandenen MIT jedoch in zwei Tranchen bis Mitte November auf Impfkapazitäten in Höhe von insgesamt 155 Impfteams aufgestockt und bis zum 30. April 2022 betrieben.

Kreiskonzepte

Die Nachfrage nach Impfangeboten stieg im Herbst 2021 kurzfristig signifikant an. Hochrechnungen zeigten, dass auch diese erweiterten Kapazitäten nicht ausreichen würden, um nach erfolgter Empfehlung von Auffrischimpfungen für nahezu alle Bevölkerungsgruppen durch den Bund diesen neu entstandenen Bedarf sowie den weiterhin vorhandenen Bedarf an Erst- und Zweitimpfungen abzudecken. Aus dieser Notlage heraus wurden die Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeister sowie Landrätinnen und Landräte mit Schreiben vom 18. November 2021 dazu aufgefordert, ein Impfkonzzept einzureichen und kurzfristig weitere Impfkapazitäten in ihrem Zuständigkeitsbereich bedarfsorientiert zu errichten.

Die Kreise erhielten zur Orientierung für ihre Impfkonzzepte vom Land einzelne Vorgaben für den Betrieb von Impfeinrichtungen in ihrem Kreis sowie Informationen zum Aufbau und zur Abrechnung verschiedener Module, die sich größtenteils an bereits bekannten Kostenpositionen der Impfkampagne orientierten (z. B. Zusammensetzung von Impfteams, Logistik und Infrastruktur in Impfstützpunkten, Personaleinsatz und -vergütung, Versicherung, Akteneinlagerung). Erstmals waren auch wieder vorrangig stationäre Angebote in Form von DIT möglich, die in Impfstützpunkten tätig werden konnten.

DIT ähneln in der Zusammensetzung den MIT, sind jedoch ausschließlich zum Einsatz in Impfstützpunkten vorgesehen. Der Begriff Impfstützpunkt umfasst hingegen die rein sachliche Infrastruktur (Liegenschaft, Einrichtung, Impfmateriel) und ist somit zur Durchführung von Impfungen zwingend mit einem DIT oder einem MIT, das an diesem Tag keinen externen Einsatz fährt, zu besetzen. Die entwickelten Impfkonzzepte und Angebote mussten zur Prüfung beim Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration eingereicht werden.

Seit dem 18. November 2021, dem Zeitpunkt der Ausrufung der Impfoffensive durch die Landesregierung, hatten dann in Baden-Württemberg bis zum Jahresende mehr als 4,7 Mio. Menschen eine Impfung erhalten. Mehr als 4 Mio. dieser Impfungen waren Booster-Impfungen. Damit hatte das Land die Zielvorgabe des Bundes deutlich übertroffen. Der Fokus auf individuelle Kreiskonzepte, die zu den örtlichen Gegebenheiten passen, und niederschwellige mobile Angebote hatte sich bewährt.

Ärzterschaft

Die niedergelassene Ärzteschaft war von Beginn an in die von der Landesimpfstruktur organisierten Impfungen eingebunden, konnte jedoch erst ab Frühjahr 2021 selbst als Leistungserbringer in den eigenen Räumlichkeiten impfen. Nach der Zeit der Impfstoffknappheit und Priorisierung kehrte ab Sommer 2021 allmählich eine Art Regelbetrieb in den impfenden Praxen ein. Die Betriebsärzteschaft impfte nach einer Pilotphase im Frühjahr 2021 ebenfalls kurze Zeit später selbst.



Der Impfbetrieb geht für die niedergelassene Ärzteschaft mit einer Reihe von Herausforderungen einher, insbesondere hinsichtlich der Dokumentation und Meldung von Impfungen, dem Impfstoffhandling (Aufteilung, Lagerung, Haltbarkeit) und der organisatorischen Steuerung der Impfwilligen. Ein Schritt, um die Impfbereitschaft langfristig zu erhalten bzw. zu erhöhen, war die Anhebung der ärztlichen Pauschalvergütung auf 28 bzw. 36 EUR. Die Pauschale soll alle im Zusammenhang mit der Impfung entstehenden Kosten in der Praxis oder einer anderen Örtlichkeit decken und beinhaltet u. a. die Unterstützung bei der Vorbereitung durch eine medizinische Fachangestellte.

Um eine Doppelabrechnung und -finanzierung von Sachgütern und Leistungen zu verhindern, war eine direkte Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Landesinfrastruktur in Form gemeinsamer Impfungen nur eingeschränkt möglich. Sofern ein Nutzungsentgelt entrichtet und/oder eigene Verbrauchsmaterialien verwendet wurden, konnten Liegenschaften und Strukturen des Landeskonzeptes (inkl. Impfbussen) für Impfungen der niedergelassenen Ärzteschaft genutzt werden.

Ziel des Landes war es von Beginn an, nach der Bewältigung von Nachfragespitzen und der Deckung eines Großteils des akuten Impfbedarfs gemeinsam mit allen Leistungserbringern das Impfen in die Regelstruktur durch die Ärzteschaft zu überführen. Dies ist weiterhin Teil der aktuellen Gespräche des Landes mit allen derzeitigen und zukünftigen Leistungserbringern. Durch die Erweiterung der impfenden Regelstrukturen (niedergelassene Ärzteschaft, Betriebsärzteschaft) um weitere Leistungserbringer (Apothekerschaft, Zahnärzte- und ggf. Tierärzteschaft) soll die

Möglichkeit geschaffen werden, impfwilligen Personen noch niederschwelliger und zielgruppenspezifischer ein Angebot zu machen.

Finanzieller Umfang der Impfkampagne

Eine Überführung der Impfaufgabe in die Regelversorgung ist nicht zuletzt aufgrund der immensen Mehrausgaben durch das Landesimpfkonzert langfristig anzustreben. 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 ca. 1,378 Mrd. EUR 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 Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration sind dabei unberücksichtigt. Den bewilligten Mitteln stehen zum Zeitpunkt 25. Mai 2022 verausgabte Mittel in Höhe von insgesamt ca. 472,7 Mio. EUR entgegen.



2.1.2 ERKENNTNISSE AUS DEN VOR-ORT-BESUCHEN

Aus den Vor-Ort-Besuchen in den 44 Stadt- und Landkreisen von Ende Januar bis Anfang März 2022 wurden folgende Erkenntnisse gewonnen: Die Vor-Ort-Besuche haben gezeigt, dass in den letzten Monaten mit sehr viel Zeitaufwand, Arbeitseinsatz, Engagement und Kreativität individuelle und effiziente Strukturen zur Impfung der Bevölkerung in den Kreisen aufgebaut wurden. Die bisherige Pandemie konnte nur bewältigt werden, da zahlreiche Akteure wie die Ministerien, die Kommunalen Landesverbände, die Kreisverwaltungen, die Hilfsorganisationen, die Ärzteschaft sowie weitere Leistungserbringer mit größtem persönlichem Einsatz eng zusammengearbeitet haben.

Dabei waren die Lösungen vor Ort sehr unterschiedlich und umfassten insbesondere die Struktur der Ärzteschaft (Altersdurchschnitt, Verhältnis Hausärztinnen und Hausärzte zu Fachärztinnen und Fachärzten, Anzahl der impfenden Zahn- und Tierärztinnen und Zahn- und Tierärzte etc.), Praxisstrukturen (Medizinische Versorgungszentren, Einzelpraxen, Anzahl der Praxen insgesamt, Anzahl impfender Praxen, Anzahl der zu versorgenden Patienten pro Praxis, Anzahl der Scheine pro Praxis, räumliche Gegebenheiten etc.), die Anzahl der Impfungen durch die gesamte Ärzteschaft sowie die Einbindung der Ärzteschaft in das Impfkonzept des jeweiligen Kreises. Deutlich wurde hierbei eine starke Identifikation der Kreisverwaltung mit der Verantwortung für die Impfkampagne.

Auch die Kooperation mit der/dem Pandemiebeauftragten der KVBW sowie den Vertreterinnen und Vertretern der Kreisärzteschaft und die Kooperation mit den MIT-

Standorten unterschieden sich ebenso wie die Rolle der Kreisverwaltung und der damit verbundenen Strukturen. Bei der Art der Personalakquise und Vertragsgestaltung sowie der Einbindung von externen Dienstleistern und Hilfsorganisationen gab es ebenso unterschiedliche Ansätze. Dabei wurde deutlich, dass das Konzept teilweise auf der Relation der Anzahl der Einwohner im Kreis zur Fläche aufbaute.

Weitere unterschiedliche Lösungen und Bedingungen gab es bei der Art der Kosten und der Verfügbarkeit von Liegenschaften, aber auch bei der Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen, der Abdeckung der Pflegeeinrichtungen durch die niedergelassene Ärzteschaft (Heimärztinnen und Heimärzte), der Aktivität der Heimärztinnen und Heimärzte sowie der Anzahl von allen Apotheken bzw. Apotheken, die aufgrund ihrer Gegebenheiten Impfungen durchführen können.

Diese vielen spontanen, häufig sehr zeitaufwendigen Aktivitäten gilt es nun zukünftig mit einer möglichst vorausschauenden und verlässlichen Planung zu steuern, um mittelfristig eine robuste Struktur für weitere Impfwellen vorzuhalten. Eine zentrale Koordination und Organisation der Impfkampagne im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg und den Verwaltungsstrukturen der Stadt- und Landkreise ist daher sowohl zur weiteren Bekämpfung der aktuellen Pandemie als auch zur Bewältigung zukünftiger Pandemien erforderlich.

Es wurde deutlich, dass die zentrale Koordination einer Impfkampagne vor allem organisatorisch nicht von den Hausärztinnen und Hausärzten bzw. der niedergelassenen Ärzteschaft übernommen werden kann. Weder die KVBW noch die Ärzteschaft verfügen



über entsprechende Strukturen und personelle Ressourcen, um eine flächendeckende strategische Konzeption und Kommunikation zu entwickeln und diese organisatorisch kurz- oder mittelfristig umzusetzen. Von den meisten Kreisen wurde hingegen hervorgehoben, dass bei Bereitstellung entsprechender Impfstrukturen (u. a. Liegenschaften, mobile Einheiten) und Übernahme der Gesamtkoordination einer Pandemie durch die Kreisverwaltung in enger Kooperation mit der Ärzteschaft eine effiziente und kostengünstige Bewältigung der Impfkampagnen zu erreichen sei.

Die meisten Kreise – vor allem in ländlichen Gebieten mit großen Kreisflächen und Einzugsgebieten – sind der Überzeugung, dass die niedergelassene Ärzteschaft und die Betriebsärzteschaft Pandemiewellen wie im Dezember 2021 und ggf. erneut ab Herbst 2022 mit ihren aktuellen Strukturen nicht abfangen kann. Insbesondere im ländlichen Raum besteht bereits ein Engpass an niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte. Außerdem ist vor dem Hintergrund des bestehenden demographischen Wandels weiter die Versorgung anderer Erkrankungen sicherzustellen. Die Anzahl an Impfungen, die durch die Apothekerschaft sowie die Zahnärzte- und ggf. Tierärzteschaft geleistet werden könnte, ist derzeit noch nicht zu beziffern, da diese in die letzte Impfkampagne nicht eingebunden waren und daher Erfahrungswerte fehlen.

Allerdings ist zu beachten, dass auch die jetzigen Strukturen der Kreisverwaltungen nicht auf eine mittel- bis langfristige Koordination der Pandemie ausgerichtet sind, da weder die Gesundheitsämter noch der Katastrophenschutz für diese komplexe Situation gerüstet sind. Auch Hilfsorganisationen mit zahlreichen ehrenamtlichen Mitarbeitenden sind hierfür nicht auf Dauer eingerichtet. In


einzelnen Kreisen waren in der Pandemie mehr als 500 Mitarbeitende gleichzeitig tätig, um Impfstützpunkte aufzubauen und zu betreiben sowie die Gesamtkoordination der Impfkampagne zu übernehmen. Diesen immensen operativen und logistischen Aufwand gilt es im erneuten Fall einer Pandemiewelle im Vorfeld vorausschauend auf viele Akteure zu verteilen, sodass sich alle Beteiligten möglichst frühzeitig und planbar darauf vorbereiten können.

2.1.3 UMSETZUNG UND BEDÜRFNISSE AUS SICHT DER KREISE

Um die Umsetzung des Impfkongzeptes in den Stadt- und Landkreisen möglichst präzise zu erfassen, darstellen und vergleichen zu können, wurde ein webbasierter Fragebogen mit insgesamt 8 Themenkomplexen zu operativen und strategischen Fragestellungen entwickelt (vgl. 3.4). Die nachfolgenden Ausführungen stellen eine Zusammenfassung der Kernaussagen der Stadt- und Landkreise im Rahmen der Beantwortung des Fragebogens dar.

Von insgesamt 44 Kreisen wurden 43 ausgefüllte Fragebögen eingereicht, da die Beantwortung für den Alb-Donau-Kreis und den Stadtkreis Ulm gemeinsam erfolgte. Da einige Fragen nicht obligatorisch zu beantworten waren, beträgt die Grundgesamtheit der Antworten mitunter $n < 43$. Dies ist unter den betreffenden Abbildungen entsprechend gekennzeichnet.

Die Beantwortung der Fragen erfolgte durch verschiedene operativ und/oder strategisch in die Impfkampagne involvierte Ebenen bzw. Akteure. Häufig waren Landrätinnen und Landräte sowie die Ersten Landesbeamtinnen und Ersten Landesbeamten selbst eng in die



Planung der jeweiligen Impfinfrastrukturen eingebunden und daher auch an der Erhebung beteiligt.

THEMENKOMPLEX 1 **Organisatorische Verortung**

In Themenkomplex 1 wurde gefragt, an welcher Stelle innerhalb des Kreises die Impfinfrastruktur zum Zeitpunkt der Erhebung angesiedelt war und mit welchen Akteuren innerhalb der Landesimpf- und Verwaltungsstrukturen hierbei zusammengearbeitet wurde.

In 30 von 43 Fällen gab es innerhalb des Landratsamtes oder der Stadtverwaltung eine Angliederung an ein bestehendes Dezernat, Amt (z. B. Gesundheitsamt), Fachbereich (z. B. Brand-/Katastrophenschutz) oder eine vergleichbare Struktur. Gemäß der in den Vor-Ort-Besuchen gemachten Angaben waren die beiden vorgenannten Bereiche diejenigen, an die die Impfaufgabe mit Abstand am häufigsten angegliedert wurde. Jedoch verfügen nur 36 der 43 Kreise über ein eigenes Gesundheitsamt, das zudem durch die Anforderungen insbesondere im Bereich der Kontaktpersonennachverfolgung in der Vergangenheit stark personell beansprucht worden war. Dies gilt es bei der Fortsetzung und Verstetigung der Impfkampagne zu beachten, sodass in den betroffenen Kreisen zudem Sonderlösungen gefunden und eine Mitversorgung dieser Kreise durch das zuständige Gesundheitsamt sichergestellt werden müssten. Hierfür sind Art und Umfang der Zusammenarbeit des Gesundheitsamts mit der im Kreis für das Impfen verantwortlichen Person vorab ausgehend von individuellen Gegebenheiten zu definieren.

Eine weitere zentrale Struktur innerhalb des Landesimpfkonzpts waren die sogenannten MIT-Standorte, die von Oktober 2021 bis April 2022 vom Land finanziert wurden. Da nach Schließung der Impfzentren zum 30. September 2021 zunächst seitens des Landes nur unterstützende Strukturen vorgesehen waren, um die Tätigkeit der niedergelassenen Ärzteschaft und Betriebsärzteschaft zu ergänzen, wurden zum 1. Oktober 2021 insgesamt 12 solcher Standorte benannt. Dabei handelt es sich um Krankenhäuser, die jeweils für den eigenen sowie für weitere umliegende Kreise MIT personell ausstatten und deren Betrieb organisieren sollten. Nachdem aufgrund des sprunghaften Anstiegs der Impfnachfrage Mitte November die Stadt- und Landkreise eigene Strukturen aufgebaut hatten, stand es den MIT-Krankenhausstandorten frei, bei Bedarf MIT an die Kreise im eigenen Zuständigkeitsbereich abzugeben. Zum Zeitpunkt der Befragung arbeiteten noch mehr als 80 % der Kreise (34 von 43) mit einem MIT-Standort zusammen. Bis auf einen Kreis haben alle Kreise, die zum Zeitpunkt der Erhebung mit einem MIT-Standort kooperierten, die Zusammenarbeit mit dem ursprünglich zugewiesenen MIT-Standort fortgesetzt. Drei weitere Standorte schienen zum Zeitpunkt der Befragung eine Zusammenarbeit mit einem anderen MIT-Standort zu bevorzugen. Häufig waren dies jeweils näherliegende Krankenhäuser.

Trotz der grundsätzlich positiven Bewertung wurde die Abdeckung des Impfbedarfs in den jeweiligen Kreisen durch die MIT-Standorte in Ergänzung zur niedergelassenen Ärzteschaft und Betriebsärzteschaft vor dem 18. November 2021 von ca. 90 % der Kreise (38 von 43) als nicht ausreichend eingestuft. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit



und Integration war bereits zu einer ähnlichen Einschätzung gekommen und rief daher die Kreise im November 2021 dazu auf, sich ebenfalls und in möglichst hohem Umfang in die Impfkampagne einzubringen.

Ca. 42 % der Kreise (18 von 43) erachteten zum Zeitpunkt der Erhebung eine weitere Abdeckung ihres Kreises durch einen MIT-Standort als nicht mehr notwendig. Zwei der Kreise, die eine Zusammenarbeit mit einem MIT-Standort ab April 2022 nicht mehr als notwendig erachteten, planten zum Zeitpunkt der Erhebung auch keine Aufrechterhaltung eigener MIT/Impfeinheiten. Ca. 70 % der Kreise, die über April 2022 hinaus eine Abdeckung durch einen MIT-Standort wünschten (17 von 24), erachteten eine MIT-Abdeckung bis Dezember 2022 oder darüber hinaus als notwendig.

Neben den Landratsämtern und Stadtverwaltungen sind häufig auch Verwaltungsstrukturen auf Gemeindeebene in die Planung und Durchführung der Impfkampagne insgesamt oder zumindest einzelner Impfangebote eingebunden. Mehr als 80 % aller Kreise (36 von 43) arbeiten regelmäßig mit den Gemeinden innerhalb des Kreises zusammen. Bei sechs von acht Kreisen, die nicht mit Gemeinden zusammenarbeiten, handelt es sich um kreisfreie Städte. Es gibt hinsichtlich der Zusammenarbeit keine signifikanten Unterschiede zwischen Kreisen mit größerer und Kreisen mit kleinerer Fläche. Ebenso wenig scheint die Einwohnerzahl (respektive die angenommene Größe des Verwaltungsapparates) eine Rolle zu spielen. In den meisten Fällen wurde mit allen Gemeinden des Kreises zusammengearbeitet, in einigen Fällen verstärkt mit den Gemeinden, in denen sich Impfstützpunkte befanden.

Zusammenfassend hat sich die gewählte Organisationsstruktur in ca. 80 % der Kreise (34 von 43) gut bis sehr gut bewährt (Abb. 2). Hierunter fallen die vom Kreis aufgebaute Infrastruktur sowie die Zusammenarbeit mit Gemeinden, MIT-Standorten, ggf. weiteren Krankenhäusern und dem zuständigen Gesundheitsamt.

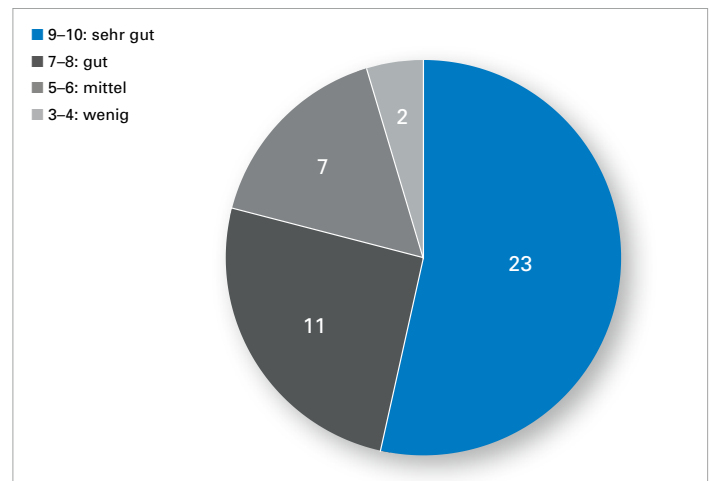



Abb. 2: Bewährung der gewählten Organisationsstruktur

Abschließend wurden die Kreise zu konkreten Voraussetzungen in den Bereichen Organisation, Personal, Finanzierung, Infrastruktur und Ausstattung befragt, die ihrer Ansicht nach für die zukünftige Planung der Impfkampagne erfüllt sein müssten. Es bestand die Möglichkeit, unter „Sonstiges“ weitere Angaben zu machen, die sich keiner der genannten Kategorien zuordnen ließen.



Als organisatorische Voraussetzung wurde überwiegend die Übernahme der Impfaufgabe durch die niedergelassene Ärzteschaft und Betriebsärzteschaft genannt, welche ggf. über einen gewissen Zeitraum weiterhin durch eine Koordination seitens des Kreises sowie ggf. MIT (betrieben durch den Kreis oder den ehemaligen MIT-Standort) unterstützt werden sollte. Ca. 20 % aller Kreise (9 von 43) sprachen sich explizit für einen längerfristigen Verbleib der Koordination der Impfaufgaben in den Verwaltungsstrukturen aus, in denen diese zum Zeitpunkt der Befragung angesiedelt war. Bezüglich der personellen Erfordernisse wurden verschiedene konkrete Zahlen angegeben, die von einer Beibehaltung des Status quo über eine Mindestanzahl an MIT bis hin zu einer gewissen Menge an Verwaltungspersonal reichten.

Hinsichtlich der Finanzierung wurde die zum Zeitpunkt der Befragung bestehende Finanzierung in einigen Rückmeldungen als auskömmlich bezeichnet. Eine Reduktion entsprechend der Bedarfe bis hin zur Erstattung von Vorhaltekosten für eine Minimalstruktur im Stand-by seien denkbar. Voraussetzungen seien jedoch eine verlässliche Kostenzusage mit entsprechendem Vorlauf und Handlungsspielraum sowie eine zeitnahe Erstattung der eingereichten Abrechnungen.

Die am häufigsten genannten infrastrukturellen Komponenten, für die hinsichtlich der perspektivischen Planung Bedarf angemeldet wurde, waren Hard- und Software (oder vergleichbare webbasierte Anwendungen), eine Grundausstattung für die Impfstützpunkte (inkl. Mobiliar) sowie Fahrzeuge für die MIT inkl. Ausstattung (Hardware, Verbrauchsmaterialien, Kühlmöglichkeiten).

Unter „Sonstiges“ wurden u. a. die Verfügbarkeit einer Dienstplanungssoftware, die Entsorgung medizinischer Abfälle und die Optimierung der Impfstofflieferung als notwendige Bedingungen für die weitere Planung genannt. Die Zusammenarbeit mit den MIT-Standorten wurde in einigen Rückmeldungen als sinnvoll, hilfreich und weiter fortzusetzen bezeichnet, während sie in anderen als Doppelstruktur betrachtet wurde, die es abzubauen gelte.

THEMENKOMPLEX 2

Einbindung Dritter in die Impfkampagne auf Kreisebene

Neben den in Themenkomplex 1 benannten Verwaltungsstrukturen waren an der Planung und Umsetzung der Impfkampagne auf Kreisebene häufig Dritte teilweise oder maßgeblich beteiligt. Insbesondere Hilfsorganisationen engagierten sich in hohem Maße und konnten ihre fachliche und organisatorische Expertise sowie weitere Haupt- und Ehrenamtliche aus den jeweiligen Kreisen einbringen. Ca. 47 % der Kreise (20 von 43) hat Hilfsorganisationen ganz oder teilweise mit dem Betrieb der Impfeinrichtungen betraut. 14 Kreise haben zusätzlich oder ausschließlich auf private Dritte und 11 Kreise auf Personaldienstleister zurückgegriffen. Sonstige Dritte waren überwiegend in Form von Sicherheits- und Reinigungsdiensten involviert. Sicherheitsdienste wurden vor allem benötigt, um die Besucherströme in den Impfstützpunkten und an den mobilen Standorten zu organisieren und den Impfstoff vor unerlaubten Zugriffen zu schützen. Dritte, die nicht in den Bereichen Sicherheit, Reinigung oder Personalrekrutierung und -verwaltung tätig waren, wurden vorrangig für die Durchführung von Impfungen, den Auf- und Abbau,



das Raummanagement, das Termin- sowie das Impfstoffmanagement eingesetzt.

Fast alle Kreise (39 von 43) mussten Liegenschaften von Dritten anmieten und konnten nicht auf eigene Liegenschaften zurückgreifen. Auch haben jeweils mehr als die Hälfte der Kreise im Rahmen der Impfkampagne Gegenstände gekauft (29 von 43 Kreisen) bzw. angemietet (27 von 43 Kreisen).

Parallel zum Landesimpfkonzzept war es den Gesundheitsämtern gemäß CoronaImpfV³ möglich, selbst als Leistungserbringer aufzutreten oder Dritte mit der Durchführung von Impfungen im Auftrag des Gesundheitsamtes zu beauftragen. In Fällen, in denen das Gesundheitsamt Teil des Kreises und somit Teil der Verwaltungsstruktur ist, die für die Planung und Durchführung der Impfkativitäten im Kreis verantwortlich war, wurden die Kapazitäten gemäß den Angaben in den Vor-Ort-Gesprächen meist eng abgestimmt. Häufig führte dies dazu, dass die innerhalb des Impfkonzzeptes vorgesehenen Kapazitäten zur Deckung des Gesamtbedarfs ausreichend waren und keine zusätzliche Beauftragung Dritter durch das Gesundheitsamt erfolgen musste. In Fällen, in denen das Gesundheitsamt nicht Teil der Kreisverwaltung ist, wurden durch das Gesundheitsamt meist nicht zusätzlich zur Kreisinfrastruktur Dritte mit der Organisation und dem Betrieb von Impfeinrichtungen betraut.

Eine weitere zentrale Personengruppe, die während der Pandemie maßgeblich an der Durchführung von Impfungen beteiligt war, ist die niedergelassene Ärzteschaft. Diese führt im Rahmen der Regelversorgung zahlreiche andere Schutzimpfungen durch und hatte im vergangenen Jahr einen großen Anteil am Fortschritt der Corona-Impfkampagne.

Eine vollständige Übernahme der Impfaufgabe war bisher aus vielfältigen Gründen nicht möglich, jedoch war die niedergelassene Ärzteschaft in mehr als 80 % der Fälle (35 von 43) zum Zeitpunkt der Befragung in das Kreiskonzept integriert. Beinahe alle Kreise, die eine Integration der Ärzteschaft in ihr Konzept bejahten (34 von 35), hatten eine Form des Informationsaustausches zwischen Kreis und Ärzteschaft eingerichtet. Zu diesem Zweck waren häufig die/der Pandemiebeauftragte oder die Vertretung der Kreisärzteschaft involviert.

Nach Angabe der Kreise gab es nur in knapp 60 % (25 von 43) eigenständige Angebote der niedergelassenen Ärzteschaft (Abb. 3). Dies beinhaltet u. a. Impfungen innerhalb des regulären Praxisbetriebs, Impfungen in den Praxisräumen außerhalb der regulären Öffnungszeiten sowie einmalige oder wiederkehrende Sonderaktionen in anderen Örtlichkeiten. Jeweils 7 Kreise berichten über eine regelmäßige oder unregelmäßige Nutzung der Kreisinfrastruktur bzw. der für die Impfkativitäten der Kreise ausgestatteten Liegenschaften durch die niedergelassene Ärzteschaft. In einigen Fällen fand eine Zusammenarbeit beim Impfstoffmanagement statt, u. a. um den Verfall von Impfdosen zu reduzieren.

Zusammenfassend hat sich die Einbindung Dritter in der Ausprägung, die in den einzelnen Kreisen aufgrund der individuellen Gegebenheiten gewählt wurde, überwiegend (in 80 % der Fälle, 37 von 43 Kreisen) gut bis sehr gut bewährt. Als Gründe wurden vor allem die Ortskenntnis, die Möglichkeit für dezentrale und individuelle Lösungen und die Nutzung der vorhandenen Netze und Strukturen vor Ort genannt.

³ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/coronavirus-impfverordnung-coronaimpfv.html>

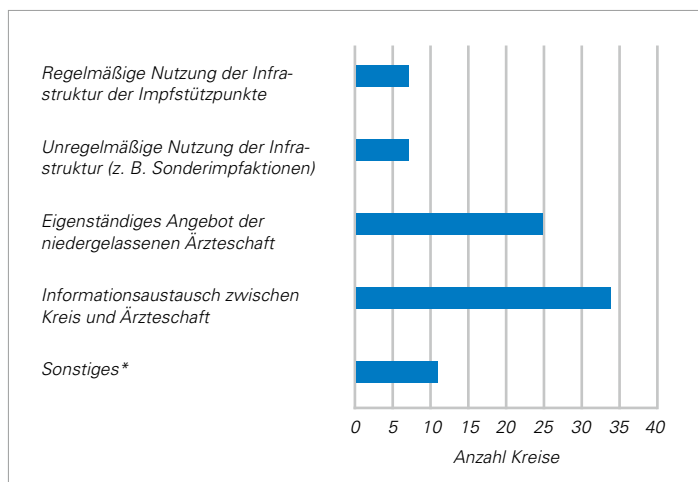


Abb. 3: Integration der niedergelassenen Ärzteschaft

Abschließend wurden die Kreise auch für die Einbindung Dritter zu konkreten Voraussetzungen in den Bereichen Organisation, Personal, Finanzierung, Infrastruktur und Ausstattung befragt, die ihrer Ansicht nach für die zukünftige Planung der Impfkampagne erfüllt sein müssten. Es bestand die Möglichkeit, unter „Sonstiges“ weitere Angaben zu machen, die sich keiner der genannten Kategorien zuordnen ließen.

Als organisatorische Voraussetzung wurde häufig, kongruent mit den Rückmeldungen zum Themenkomplex 1, die Verschiebung der Hauptverantwortung in die (erweiterte) Regeversorgung genannt. Im Falle des Verbleibs einer (Teil-)Verantwortung betonten viele Kreise die Wichtigkeit der Einbindung Dritter (z. B. Hilfsorganisationen). Diese könnten z. B. bei der operativen Umsetzung und Steuerung unterstützen, während dem Kreis weiterhin die Gesamtleitung über die Impfeinheiten, deren Einsätze sowie die Infrastruktur und Logistik obliegen würde.

Bezüglich der personellen und finanziellen Erfordernisse waren die Angaben weitgehend deckungsgleich mit den in Themenkomplex 1 genannten Voraussetzungen.

Eine häufig genannte infrastrukturelle Komponente zur erfolgreichen Einbindung Dritter war neben den oben bereits genannten Komponenten (Hard- und Software, Ausstattung und Verbrauchmaterial, Fahrzeuge etc.) die Bereitstellung von Infrastruktur für die niedergelassene Ärzteschaft.

THEMENKOMPLEX 3

Infrastruktur

In Themenkomplex 3 wurde die Wahl und Ausgestaltung der Bestandteile des Landesimpfkonzeptes im jeweiligen Kreis abgefragt. Aufgrund des konzeptionellen Rahmens bestand, vor allem hinsichtlich des Einsatzes und der Koordination von MIT und DIT, ausreichend Spielraum, um die individuellen Gegebenheiten vor Ort abzubilden. Es wurde daher zunächst abgefragt, aus welchen Komponenten (MIT, DIT, Impfbusse, Impfstützpunkte) und in welcher Anzahl die Infrastruktur im jeweiligen Kreis bestand und in welchem vorrangigen Einsatzgebiet diese vorhanden war. Fast alle Kreise unterhielten zum Zeitpunkt der Befragung einen oder mehrere Impfstützpunkte (40 von 43 Kreisen) sowie ein oder mehrere mobile Impfteams (39 von 43 Kreisen). 86 % der Kreise (37 von 43) unterhielten zudem DIT. Nur in knapp einem Viertel aller Kreise kamen Impfbusse zum Einsatz.



Drei Viertel aller Kreise (33 von 43) setzten in ihren Impfstützpunkten dauerhaft ein oder mehrere DIT ein. Andere Kreise wählten eine wechselnde Abdeckung durch MIT und ggf. DIT. Nur in insgesamt 30 % der Kreise wurde die niedergelassene Ärzteschaft dauerhaft (8 von 43 Kreisen) oder im Wechsel mit MIT und/oder DIT (5 von 43 Kreisen) in den Impfstützpunkten aktiv. Neben der Durchführung von Impfungen kommt den Impfstützpunkten als Ort der Impfung, Lager und Ausgangspunkt für mobile Einsätze eine zentrale Bedeutung innerhalb des Impfkonzeptes zu.

Der Median der eingesetzten MIT und DIT lag zum Zeitpunkt der Befragung bei jeweils 3 (Spannweite MIT: 6, Spannweite DIT: 7). Dies wird aus den Abbildungen 4 und 5 deutlich.

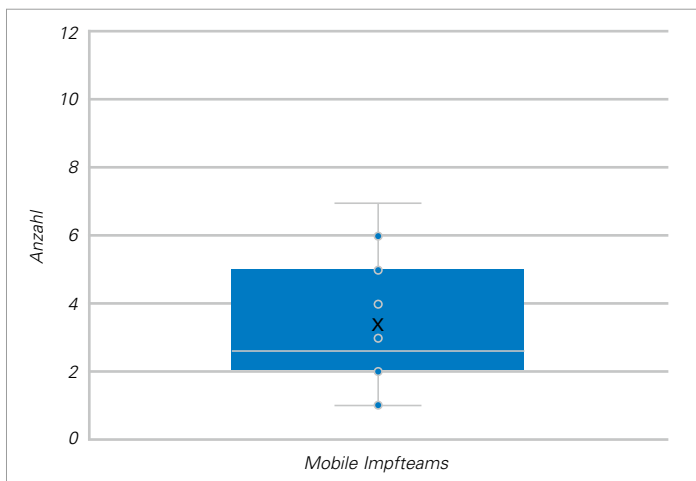


Abb. 4: Anzahl der mobilen Impfteams (n=39)

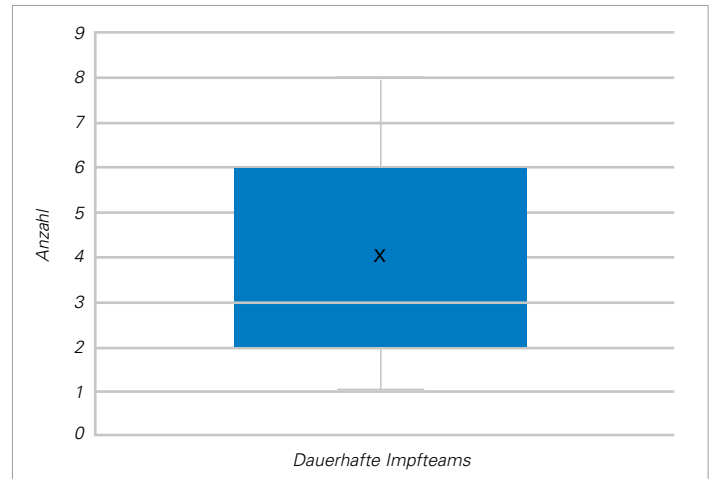


Abb. 5: Anzahl der dauerhaften Impfteams (n=37)

Sofern Impfteams mit Sondereinsätzen beauftragt wurden, handelte es sich überwiegend um Einsätze in Gemeinden, Stadtteilen oder an viel frequentierten Orten sowie Aktionen für spezielle Zielgruppen.

Die Koordination dieser Sondereinsätze sowie der regulären Einsätze oblag ebenfalls den Verantwortlichen in den Kreisen vor Ort. Ca. drei Viertel der befragten Kreise (32 von 43) gaben an, dass zum Zeitpunkt der Befragung eine zentrale Koordination der Impfeinheiten durch den Kreis stattfand. Lediglich ein Kreis wählte eine dezentrale Organisationsform. Weitere genannte Koordinationsformen waren die zentrale Koordination der Impfeinheiten durch eine Hilfsorganisation oder den MIT-Standort.

Die Kreise konnten im Rahmen der Verfügbarkeit die Liegenschaft, die als Impfstützpunkt fungierte, frei wählen. Hieraus ergibt sich ein sehr heterogenes Bild an genutzten Liegenschaften, auf die in Themenkomplex 5 näher eingegangen wird. Bezüglich der

Fortschreibung und Weiterentwicklung des Konzeptes war vor allem relevant, ob die zum Zeitpunkt der Befragung genutzten Liegenschaften auch weiterhin genutzt werden können und zu welchen Konditionen. In knapp 90 % der Fälle (38 von 43) konnten alle (9 von 43) oder ein Teil (29 von 43) der zum Zeitpunkt der Erhebung genutzten Liegenschaften über den April 2022 hinaus weiter genutzt werden. Über 80 % der Kreise (36 von 43) gaben hierzu an, dass im Falle einer Nichtnutzung oder eines Stand-by-Betriebs dennoch (Betriebs-)Kosten für die genutzten Liegenschaften anfallen. Bei mehr als 30 % der Kreise (12 von 36), die Angaben zur Höhe der Vorhaltekosten gemacht hatten, lagen diese bei bis zu 5.000 € monatlich.

Die gewählte Infrastruktur (mit MIT und/oder DIT oder ohne eigene Impfeinheiten) hat sich in 88 % der Kreise (38 von 43) gut bis sehr gut bewährt, wie nachfolgende Abbildung 6 zeigt:

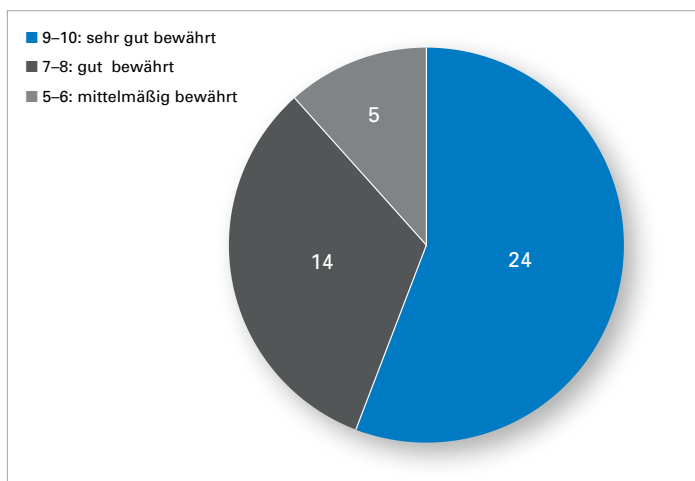


Abb. 6: Bewährung der Infrastruktur

Als Gründe wurden häufig die Flexibilität und Niederschwelligkeit dezentraler oder mobiler Angebote bei gleichzeitig zentraler Organisation genannt. Zukünftig würden die meisten Kreise erneut eine Kombination aus mobilen und stationären Angeboten wählen, wobei der Anteil der stationären Angebote den der mobilen Angebote leicht übersteigen sollte (Abb. 7).

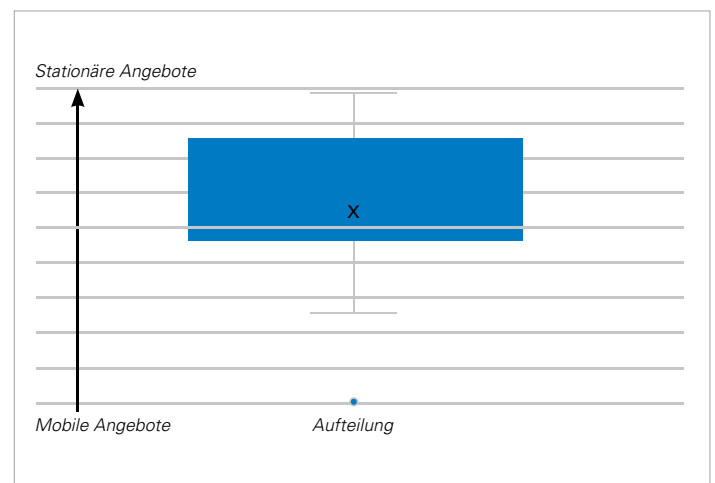


Abb. 7: Aufteilung in mobile/stationäre Angebote (n = 42)

Hierbei wurde die Bedeutung stationärer Angebote als dauerhafte, möglichst wohnortnahe Anlaufstelle betont. Mobile Einsätze seien dennoch für bestimmte Zielgruppen von zentraler Bedeutung.



THEMENKOMPLEX 4

Personal

Die Impfkampagne war nur durch die tatkräftige Unterstützung einer Vielzahl an Personen in dieser Form umsetzbar. Neben dem zentralen administrativen Personal der Landratsämter und Stadtverwaltungen zur Planung und Steuerung der Impfkampagne vor Ort wurde auf operativer Ebene vor allem medizinisches sowie nicht-medizinisches, organisatorisch tätiges Personal benötigt. Trotz vieler Gemeinsamkeiten unterscheidet sich die Vorgehensweise hinsichtlich der Personalakquise und -betreuung dennoch von Kreis zu Kreis, wie nachfolgende Daten zeigen.

a) Medizinisches Personal (ohne Ärzteschaft)

30 % der Kreise (14 von 43) übernahmen die Akquise und Betreuung des medizinischen Personals selbst. Beinahe ebenso viele Kreise (12 von 43) übernahmen einen Teil der Akquise und Betreuung selbst, arbeiteten zeitgleich jedoch auch mit dem Personaldienstleister des Landes zusammen. Alternativ wurde häufig mit Hilfsorganisationen, selbst gewählten Personaldienstleistern vor Ort und/oder dem zugehörigen MIT-Standort zusammengearbeitet (Abb. 8).

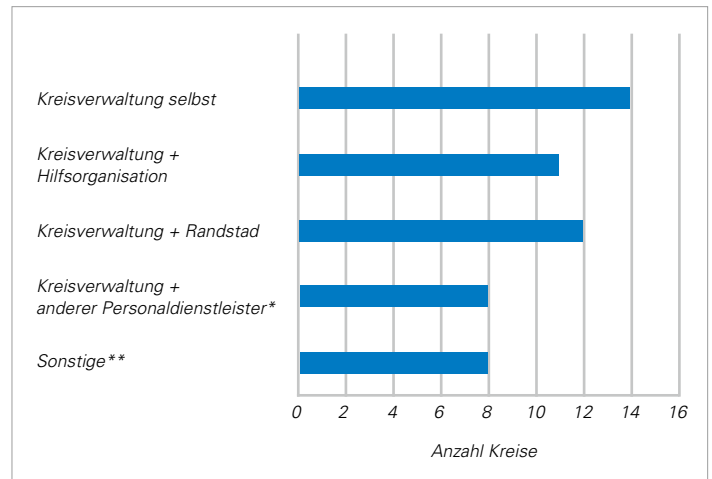


Abb. 8:
Personalakquise und -betreuung von medizinischem Personal

Anzahl und Zusammensetzung des medizinischen Personals variierten – in einigen Fällen durch geringfügige Beschäftigungen oder Stundenverträge sogar täglich. Zudem lagen den Kreisen bei einer Personalakquise und -planung durch Dritte (z. B. Hilfsorganisationen) häufig keine genauen Daten vor. Quantitative Angaben zur Zusammensetzung des Personalkörpers waren daher nur eingeschränkt möglich.

b) Nicht-medizinisches Personal

Knapp 50 % der Kreise (21 von 43) übernahmen die Akquise und Betreuung von nicht-medizinischem Personal selbst. Aufgrund des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen ist davon auszugehen, dass die Akquise von nicht-medizinischen Personal weniger schwierig war.

Alternativ wurde häufig mit Hilfsorganisationen, selbst gewählten Personaldienstleistern vor Ort und/oder dem zugehörigen MIT-Standort zusammengearbeitet.

Lediglich ein Sechstel der Kreise (7 von 43) übernahmen einen Teil der Akquise und Betreuung selbst und arbeiteten zeitgleich mit dem Personaldienstleister des Landes zusammen, wie Abbildung 9 verdeutlicht.

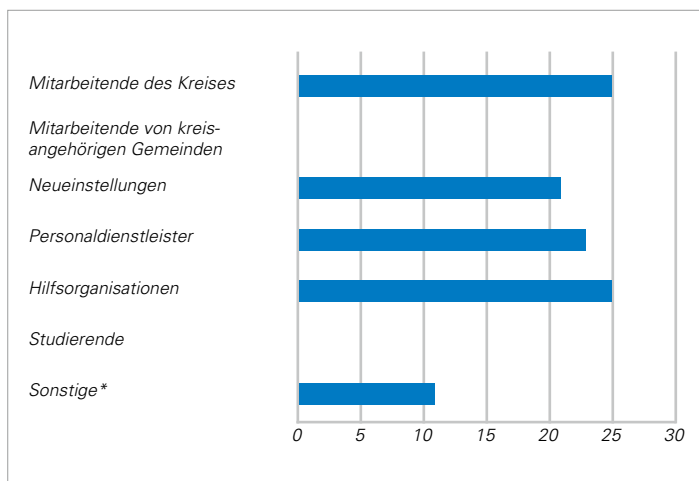


Abb. 9: Zusammensetzung des Personals

c) Personal insgesamt

Mehr als die Hälfte der Kreise (24 von 43) hatte im Rahmen der Impfkampagne eigene Personalverträge abgeschlossen. Dies führte, nach persönlicher Rückmeldung in den Vor-Ort-Gesprächen, zu einer hohen Zusatzbelastung für die Personalabteilung bzw. die Querschnittsbereiche der Landratsämter und Stadtverwaltungen.

In Bezug auf das gesamte Personal hatte rund die Hälfte der Kreise (22 von 43) Schwierigkeiten, den Bedarf an bestimmten Berufsgruppen zu decken. Dies betraf insbesondere das Verwaltungspersonal. Vermutlich aus diesem Grund wurde zur Erledigung der anfallenden Aufgaben in weit mehr als 80 % der Kreise (37 von 43) Personal aus anderen Aufgabengebieten innerhalb des Landratsamtes oder der Stadtverwaltung abgezogen. Dies betraf in besonderem Maße die Kreise mit einer Gesamtfläche von weniger als 1.000 km² (24 der 37 Kreise). In mehr als der Hälfte der Fälle, in denen eine interne Abordnung stattfand, war dies über mehr als sechs Monate möglich (20 von 37 Kreisen).

Das Abziehen von Personal aus anderen Aufgabengebieten innerhalb des Landratsamtes/der Stadtverwaltung hatte zur Folge, dass die Bewältigung der Regelaufgaben in den betroffenen Bereichen stark beeinträchtigt war. Weniger dringliche Aufgaben wurden zurückgestellt und müssen nun aufgearbeitet werden. Zudem wurde eine erhebliche Anzahl an Überstunden geleistet. Ca. 40 % der Kreise (18 von 43) gaben an, dass die zum Zeitpunkt der Befragung aufgebaute Personalstruktur mittel- und langfristig nicht haltbar sei. Dies wird vorrangig mit Schwierigkeiten bei der Akquise von Personal für die Regelstruktur des Landratsamtes/der Stadtverwaltung begründet (14 von 18 Kreisen, die Auswahl weiterer Multiple Choice Items war möglich). Eine Differenzierung zwischen Stadt- und Landkreisen zeigt, dass diese Schwierigkeiten tendenziell eher in Land- als in Stadtkreisen auftreten.

Hinsichtlich der perspektivischen Personalplanung geben 60 % der Kreise (26 von 43) an, medizinische Personalkapazitäten mit einem



Vorlauf von höchstens 14 Tagen bei Bedarf wieder hochfahren zu können. Ca. 20 % der Kreise (8 von 43) geben hingegen an, Vorlaufzeiten von mehr als 21 Tagen zu benötigen. Ähnlich verhält es sich im Bereich des nicht-medizinischen Personals. Derart kurze Reaktionszeiten wurden in der Vergangenheit immer wieder benötigt, da die Impfnachfrage über die Monate stark schwankte.

Häufig folgte nach Phasen großer Nachfrage jedoch ein massiver Rückgang der Imp fzahlen. Um die Kapazitäten dieser Entwicklung anpassen und Personal im medizinischen und nicht-medizinischen Bereich reduzieren zu können, wird deutlich mehr Vorlaufzeit benötigt als für den Personalaufwuchs. Ca. 60 % der Kreise (26 von 43) geben an, hierfür mehr als 21 Tage zu benötigen. Vor allem im Bereich der Koordination geben knapp 60 % der Kreise (25 von 43) an, wenig flexibel zu sein und im Falle einer zwingenden Kapazitätsreduktion Vorhaltekosten nicht vermeiden zu können.

Unter der Annahme der Vorhaltung einer „Basisstruktur“ gaben die Kreise folgende mittelfristigen Personalbedarfe an (jeweils Median der gemachten Angaben):

- strategische Planungsebene: 1 Vollzeitäquivalent (VZÄ)
- operative Planungsebene: 1 VZÄ
- operativ-ausführende Ebene: 1 VZÄ
- Personal in Querschnittsbereichen der Kreisverwaltung: 1 VZÄ
- medizinisches Personal ohne Ärzteschaft: 4 VZÄ
- ärztliches Personal: 2 VZÄ
- sonstiges Personal: 3,5 VZÄ (hier vor allem Dokumentation, Administration, Querschnittsaufgaben)

In Situationen besonders hoher Impfnachfrage („Peak“), die durch (externen) Personalaufwuchs nicht ausreichend schnell bewältigt werden konnten, gaben die meisten Kreise an, beinahe alle der vorgeschlagenen Maßnahmen zu ergreifen: Bereitstellung von Personal aus kreiseigenen Strukturen, Rekrutierung von neuem Personal, Einbindung von Ärztinnen und Ärzten über den Personalpool der KVBW, Einbindung der niedergelassenen Ärzteschaft, Einbindung weiterer Strukturen sowie Durchführung von Sonderaktionen.

Darüber hinaus wurden u. a. der Rückgriff auf ehemaliges Pool-Personal, die Intensivierung der Zusammenarbeit mit einer Hilfsorganisation, die Nutzung der vorhandenen örtlichen Netzwerke sowie die Ausweitung der Imp fzeiten mit damit einhergehenden Überstunden als weitere Maßnahmen angeführt.


THEMENKOMPLEX 5

Operative Umsetzung

In diesem Themenkomplex wurden verschiedene Bereiche abgefragt, die für die Durchführung der Impfkampagne vor Ort besonders relevant waren, z. B. die Räumlichkeiten und deren Ausstattung, das Impfstoffmanagement oder die Dokumentation von Impfleistungen.

a) Organisation

In der ersten Phase der Impfkampagne wurden im Rahmen des Betriebs der Imp fzentren noch konkrete Hinweise zum Aufbau der Imp fzentren und zum organisatorischen Ablauf vor Ort zur Verfügung gestellt. In der Zeit ab November 2021 waren hingegen die Kreise in der Ausgestaltung ihrer Impfstützpunkte und der Wahl des Ablaufs innerhalb dieser Stützpunkte relativ frei. Weit mehr als



40 % der Kreise (20 von 43) entschieden sich für ein modulares System, hielten also einige Stationen innerhalb des Impfprozesses (z. B. die ärztliche Aufklärung) mehrfach vor, um Wartezeiten an diesen Stationen zu vermeiden. Ca. 30 % (15 von 43) wählten hingegen eine Organisation in Impfstraßen, die dem ursprünglichen Ablaufplan der Impfzentren ähnelt.

Weitere Konzepte beinhalteten eine individuelle Strukturierung pro Impfstützpunkt sowie die Zusammenlegung sämtlicher Schritte des Impfprozesses an einer einzigen Station. Die Kapazität der einzelnen Impfstützpunkte ist in 90 % der Kreise (39 von 43) flexibel reduzierbar bzw. erweiterbar, z. B. durch den Aufbau oder die Aktivierung zusätzlicher Impfkabinen.

Um sowohl die fachliche Supervision als auch die operative Koordination medizinischer oder medizinischer Tätigkeiten zu gewährleisten, wurde bereits früh die Möglichkeit eingeräumt, eine ärztliche Leitung für die Kreise einzusetzen. In einigen Fällen wurden zudem Themen wie die Personalplanung und das Impfstoffmanagement von der ärztlichen Leitung übernommen. Ein Fünftel der Kreise (9 von 43) hatte zum Zeitpunkt der Befragung keine ärztliche Leitung eingesetzt. Wenn eine ärztliche Leitung eingesetzt wurde, handelte es sich oftmals um eine im Ruhestand befindliche Person, eine Amtsärztin oder einen Amtsarzt des Gesundheitsamts oder die/den Pandemiebeauftragte/n der KVBW.

In beinahe allen Kreisen (42 von 43) wurde neben einer ärztlichen auch eine organisatorische Leitung benannt. Die organisatorische Leitung stammte in mehr als 75 % der Fälle (32 von 42) aus einem Bereich der Landkreis-/Stadtverwaltung.

b) Räumlichkeiten, Ausstattung, Hardware, Dokumentation und Impfstoffmanagement

90 % der Kreise (39 von 43) griffen zur Einrichtung ihrer Impfstützpunkte auf Liegenschaften zurück, für die Miete in unterschiedlicher Höhe entrichtet werden musste. Um die Liegenschaften einzurichten und den Betrieb zu gewährleisten, wurden neben den vom Land zur Verfügung gestellten Gegenständen u. a. medizinische Gegenstände, Mobiliar, spezielles Impfbereich, ergänzende Möglichkeiten für Impfstoffkühlung und -transport sowie Büroverbrauchsgegenstände selbst beschafft und eingesetzt.

Häufig konnte hierfür auf kreiseigene Gegenstände oder bereits zu Zeiten der Impfzentren bis September 2021 beschaffte Gegenstände zurückgegriffen werden, die eingelagert waren. Dennoch wurden auch viele Gegenstände für die erneute Errichtung von Kreisinfrastruktur neu erworben.

Zentral war für den Impfprozess neben der personellen Ausstattung und der Ausstattung mit Impfmateriale auch die Nutzung von Hard- und Software zur Dokumentation von Impfungen und zur Meldung von Impfungen an das RKI. Die benötigte Hard- und Software wurde vom Land bereitgestellt. Allerdings kam es insbesondere Ende November 2021 aufgrund des vorangegangenen Zurückfahrens der Impfzentren beim Wiederhochfahren der Impfeinrichtungen zu Wartezeiten. Neben der Landeshardware verwendeten daher mehr als 60 % der Kreise (27 von 43) zusätzlich eigene Bestandshardware. Ca. 40 % der Kreise (18 von 43) haben zudem Hardware in unterschiedlichem Umfang neu beschafft. Das Anmieten oder unentgeltliche Leihen von Hardware war weniger relevant.



Zum Zeitpunkt der Befragung lagerte bei knapp 50 % der Kreise (21 von 43) nicht verwendete Hardware an einem sicheren Ort. Nur 30 % der Kreise (14 von 43) gaben an, sämtliche Hardware sei in Gebrauch. Knapp 60 % der Kreise (25 von 43) ließen die eingelagerte Landeshardware regelmäßig durch einen zentralen Ansprechpartner beim Kreis mit Softwareupdates versorgen.

Um Impfungen zu dokumentieren und Impfdaten zu melden, nutzten fast 90 % der Kreise (38 von 43) zum Zeitpunkt der Befragung (teilweise oder ausschließlich) die Vollversion von esQlab. 30 % der Kreise (14 von 43) gaben an, zusätzlich oder ausschließlich Impfen 2.0 zu nutzen. In einigen Fällen fand keine Meldung von Impfdaten über den Kreis statt, da die Impfungen und deren Meldung durch die niedergelassene Ärzteschaft erfolgten.

Jeweils ca. 40 % der Kreise gaben an, die Qualität der gemeldeten Daten täglich (18 von 43) oder mehrmals pro Woche (17 von 43) zu überprüfen und durch Datenbereinigung sicherzustellen. Update-Informationen zur Aktualisierung der Landessoftware wurden von den meisten Kreisen (41 von 43) per E-Mail durch die Task Force Impfen und/oder den IT-Dienstleister des Landes bezogen.

c) Impfstoff

Die anfänglich zentrale Belieferung aller Kreise mit Impfstoff durch das Land wurde im Herbst 2021 eingestellt. Ab diesem Zeitpunkt waren die Kreise selbst für die Bestellung der benötigten Impfstoffe über eine oder mehrere Apotheken ihrer Wahl verantwortlich. Die Bestellung wurde in ca. 40 % der Kreise über eine oder mehrere öffentliche Apotheken durchgeführt (12 Kreise dezent-

ral in mehreren Apotheken, 8 Kreise zentral bei einer Apotheke). Eine weitere häufig gewählte Bezugsquelle waren die Krankenhausapotheken der MIT-Standorte oder weiterer Krankenhäuser. Die Auswahl der Apotheke(n) erfolgte vorrangig (in 28 von 43 Fällen) aufgrund räumlicher Nähe zum Einsatzort des jeweiligen Kreises. Als Impfstoffe Ende November bis Anfang Dezember 2021 sehr knapp waren, hat das Land zudem Sonderlieferungen an die Kreise verteilt. Die Impfstofflieferungen gingen an das Klinikum Stuttgart und wurden dort ausgegeben.

Weit mehr als 50 % der Kreise (24 von 43) gaben an, ihre Impfstoffbestellungen mit keinem weiteren Leistungserbringer innerhalb des Kreises abzustimmen. In Ausnahmefällen haben jedoch fast alle Kreise (42 von 43) der niedergelassenen Ärzteschaft mit durch den Kreis beschafftem Impfstoff ausgeholfen. Ca. 80 % der Kreise (35 von 43) nahmen zudem im Bedarfsfall Impfstoff anderer Leistungserbringer entgegen und impften diesen an die Bürgerinnen und Bürger im jeweiligen Kreis.

Um den bezogenen Impfstoff zu lagern, entschieden sich 67 % der Kreise (29 von 43) für einen zentralen Ort innerhalb des Kreises, z. B. einen Impfstützpunkt oder die Apotheke eines Universitäts- oder Kreisklinikums. Die Auslieferung der Impfstoffe vom Lagerort erfolgte vorrangig (in 24 von 43 Kreisen) durch Abholung der MIT oder Vertretungen der einzelnen dezentralen Stützpunkte. Häufig wurden durch Personal des Kreises auch eigene Logistikabläufe etabliert. Die am häufigsten genutzten Maßnahmen zur Einhaltung der Kühlkette waren Kühlboxen für den Transport, Kühltruhen/-schränke und Datenlogger zur Dokumentation der Kühlkette. In 7 Kreisen waren Kühlräume vorhanden.

Die Überwachung der Impfstoffbestände, insbesondere vor dem Hintergrund begrenzter Haltbarkeit, erfolgte hauptsächlich (in 32 von 43 Kreisen) durch eine zentrale impfstoffkoordinierende Person. Ca. die Hälfte der Kreise (22 von 43) nutzte zudem eine EDV-gestützte Bestandsliste. Im Verlauf der Impfkampagne gab es immer wieder Phasen, in denen die Menge lieferbaren Impfstoffs nicht den Impfbedarf decken konnte. Knapp 50 % der Kreise (17 von 43) gaben zum Zeitpunkt der Befragung an, dass es bei der Anlieferung des Impfstoffs oft bis sehr oft zu einer Unterschreitung der bestellten Menge kam.

Zusammenfassend haben sich die gewählten operativen Prozesse hinsichtlich Struktur, Ablauf, Impfstoffmanagement und weiterer vorgenannter Themenbereiche für mehr als 80 % der Kreise (36 von 43) gut bis sehr gut bewährt. Dies verdeutlicht die nachfolgende Abbildung 10:

Die positiven Rückmeldungen wurden u. a. damit begründet, dass bereits bewährte Prozesse aus der Zeit der Impfzentren für die neuen Kreiskonzepte angepasst werden konnten. Zudem sei die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren entscheidend gewesen, um flexibel und kurzfristig reagieren zu können.

Abschließend wurden die Kreise, wie zuvor in den Themenkomplexen 1 und 2, hier vor dem Hintergrund der operativen Tätigkeit zu konkreten Voraussetzungen in den Bereichen Organisation, Personal, Finanzierung, Infrastruktur und Ausstattung befragt, die ihrer Ansicht nach für die zukünftige Planung der Impfkampagne erfüllt sein müssten. Es bestand die Möglichkeit, unter „Sonstiges“ weitere Angaben zu machen, die sich keiner der genannten Kategorien zuordnen ließen. Aufgrund von Doppelungen zu den Rückmeldungen in den anderen Themenkomplexen ist hier lediglich der Themenbereich Impfstoff zu erwähnen, für den sich mehrere Kreise eine Optimierung der Lieferung und des Managements wünschen.

Welche Bereiche des Impfstoffmanagements nach Ansicht der Kreise besonders herausfordernd und optimierungsbedürftig sind, wurde im Fragebogen separat abgefragt. Hinsichtlich der Bestellung und Lieferung war vor allem die bedarfsgerechte Bemessung vor dem Hintergrund der ungewissen definitiven Liefermenge und der stark schwankenden Nachfrage problematisch. Im Themenbereich Kühlung führte die Anpassung der Lieferwege zu geringeren Anforderungen (keine Ultratiefkühlung mehr), die jedoch mit einer stark verkürzten Haltbarkeit einhergingen. Für viele Kreise stellte dies eine große Herausforderung dar, weshalb der Wunsch nach einer

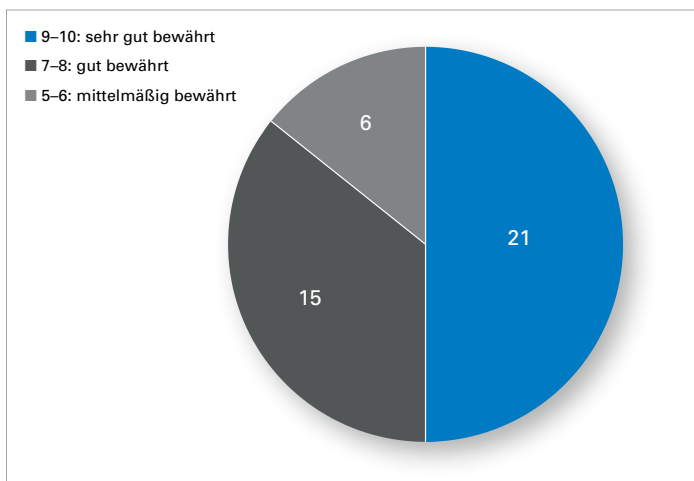


Abb. 10: Bewährung der operativen Prozesse (n=42)



Rückkehr zum früheren zentralen Liefersystem mit Lieferung von ultra-tiefgekühltem Impfstoff geäußert wurde.

THEMENKOMPLEX 6

Tätigkeit der niedergelassenen Ärzteschaft

Zur Anzahl der aktiven Leistungserbringer liegen den Kreisen keine validen Daten vor. Ebenso ist nicht bekannt, ob und in welchem Umfang weitere, bislang nicht berechnete Leistungserbringer, z. B. Tierärzteschaft, zu einem späteren Zeitpunkt in die Impfkampagne einsteigen werden.

Die/der Pandemiebeauftragte der KVBW ist in über 90 % der Fälle (40 von 43 Kreisen) in die Impfkampagne eingebunden und wurde in einigen Kreisen als medizinische Leitung bestellt. Häufiger war die/der Pandemiebeauftragte jedoch in beratender Funktion tätig oder im Rahmen eines Krisenstabs bzw. weiterer Gremien eng in den Informationsaustausch eingebunden.

Die Art der Einbindung hat sich in 67 % der Kreise (29 von 43) gut bis sehr gut bewährt (Abb. 11). Vor allem der gegenseitige Austausch und die Einbindung der fachlichen Expertise wurden als Erfolgsfaktoren genannt. Lediglich zwei Kreise gaben an, dass sich die Form und Tiefe der Einbindung wenig bis gar nicht bewährt hätten.

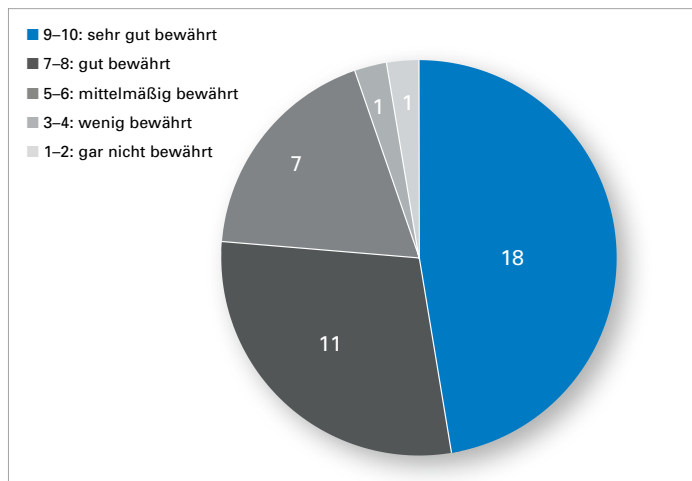


Abb. 11: Bewährung der gewählten Form und Tiefe der Einbindung der niedergelassenen Ärzteschaft (n=38)

Auf die Frage, für welche Einsatzgebiete oder Zielgruppen die durch den Kreis vorgehaltene Impfinfrastruktur zukünftig vorrangig vorgehalten werden soll, gaben drei Viertel aller Kreise (32 von 43) mobile Einsätze insbesondere in Pflegeeinrichtungen an. Mehrfachnennungen waren möglich. Für mobile Einsätze in abgelegenen Gemeinden sowie stationäre Impfangebote, insbesondere für Personen ohne Hausärztin und Hausarzt, entschieden sich jeweils ca. 60 % der Kreise (28 von 43 für Gemeindeeinsätze, 27 von 43 für stationäres Impfangebot, Mehrfachnennungen waren möglich). Nur ca. ein Sechstel der Kreise (8 von 43) wünschen sich, dass keine vorrangigen Einsatzgebiete für die Impfeinheiten definiert werden.

Erneut wurden die Kreise zu konkreten Voraussetzungen in den Bereichen Organisation, Personal, Finanzierung, Infrastruktur und Ausstattung befragt, diesmal jedoch in Bezug auf die Tätigkeit der niedergelassenen Ärzteschaft. Hierbei wurde als wichtig erachtet, dass es für die verbleibende Zeit der gemeinsamen Impfkampagnen von Landstrukturen und niedergelassener Ärzteschaft eine klare

Aufgabenverteilung qualitativer und quantitativer Natur (Sollgrößen der einzelnen Leistungserbringer) sowie eine feste Ansprechperson innerhalb der Ärzteschaft geben solle. Eine Kontinuität bei den impfenden Praxen sei ebenso wünschenswert wie der Abbau der Dokumentationserfordernisse.

THEMENKOMPLEX 7 Impfkapazität und Bedarfsdeckung

Für das Monitoring der Impfinfrastruktur waren die Betrachtung der aufgebauten Kapazitäten und deren Fähigkeit, den vorhandenen Bedarf zu decken, von zentraler Bedeutung. Themenkomplex 7 diente dazu, beide Aspekte zu beleuchten.

Ausschlaggebend für die vorhandenen Kapazitäten war die Impfleistung pro Impfeinheit und Tag. Der Median der Anzahl der Impfungen pro Impfeinheit pro Tag (sowohl DIT als auch MIT) lag über die Monate November, Dezember und Januar insgesamt bei 120 (Median aus allen drei Monaten, im Einzelnen: 120/158/93 Impfungen pro Impfeinheit und Tag). Die nachfolgende Abbildung 12 verdeutlicht dies:

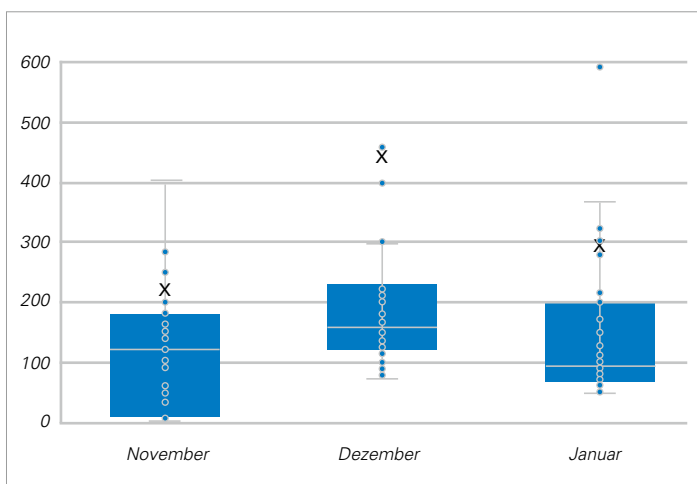


Abb. 12: Durchschnittliche Impfungen pro Impfeinheit/Tag

Es ist davon auszugehen, dass der Rückgang der durchschnittlichen Impfleistung die im Verlauf gesunkene Nachfrage abbildet und kein Indiz für eine gesunkene Leistungsfähigkeit der Impfeinheiten ist.

Der Median der Auslastung der Impfstützpunkte lag über die Monate November, Dezember und Januar insgesamt bei 80 % (im Einzelnen: 95 %, 95 % bzw. 54,5 %). Dies bildet vermutlich, analog zur Reduktion der Anzahl der Impfeinheiten pro Kreis, die gesunkene Nachfrage nach Impfungen pro Kreis ab.

In mehr als 90 % der Kreise (40 von 43) gab es Impfstützpunkte bzw. -strukturen mit vergleichsweise hoher Impfkapazität. Dies war häufig aufgrund einer optimalen geographischen Lage bzw. Verkehrsanbindung der Liegenschaft sowie wegen guter räumlicher Voraussetzungen innerhalb der Liegenschaft möglich. Impfstützpunkte bzw. -strukturen mit besonders geringer Impfkapazität gab es hingegen nur in 30 % der Kreise (13 von 43). Gründe hierfür waren ungünstige räumliche Voraussetzungen sowie die abnehmende Nachfrage an Impfungen. Bezüglich der Abdeckung der gesamten Kreisfläche mit mobilen und/oder stationären Strukturen gaben mehr als 80 % der Kreise (36 von 43) an, es habe keine Gemeinden bzw. Teilorte oder Stadtteile gegeben, in denen aufgrund räumlicher oder struktureller Gegebenheiten kein ausreichendes Impfangebot gemacht werden konnte.

In Kreisen mit Einschränkungen aufgrund räumlicher oder struktureller Gegebenheiten wurden vermehrt mobile Teams bzw. MIT eingesetzt. Zudem wurden mehrere kleine, dezentrale Impfstützpunkte geschaffen und die niedergelassene Ärzteschaft verstärkt ein-



gebunden. Beinahe alle Kreise gaben an, zu ähnlichen Anteilen einmalige Sonderaktionen und Pop-Up-Aktionen an zentralen Orten sowie eventbezogene Aktionen durchzuführen.

Zu einer Überversorgung aufgrund räumlicher oder struktureller Gegebenheiten kam es hingegen in ca. 40 % der Kreise (19 von 43). Meist (in 17 von 19 Fällen) handelte es sich um eine temporäre Überversorgung, der mit einer Reduktion von MIT-Einsätzen und Sonderaktionen begegnet wurde. In einigen Fällen wurden im späteren Verlauf die Öffnungszeiten der stationären Angebote angepasst und eine entsprechende Personalreduktion vorgenommen.

Ein möglicher Auslöser einer temporären Überversorgung kann z. B. die kurzfristig schwankende Impfnachfrage sein. Durch den Vorlauf der Impfstoffbestellung in Höhe von zunächst 14 und später 7 Tagen konnten Schwankungen bei der Bestellhöhe häufig nicht adäquat abgebildet werden. Insbesondere Überbestände an Impfstoff mussten zeitnah versorgt werden, da aufgrund der nun nicht mehr ultragekühlten Lieferung die Haltbarkeit deutlich eingeschränkt war. Um möglichst wenige Impfstoffdosen verfallen zu lassen, nutzten die Kreise neben einer Abgabe an die niedergelassene Ärzteschaft sowie der Tauschmöglichkeit mit anderen Kreisen auch die Tauschbörse der KVBW oder führten Sonderimpfaktionen durch.

Um die o. g. Schwankungen des Impfbedarfs im Rahmen der Planung und Organisation abbilden zu können, haben sich für ca. 80 % der Kreise vor allem eine Skalierbarkeit der Infrastruktur (34 von 43, Mehrfachnennungen möglich) sowie die Befristung von Dienstleistungs- und Personalverträgen (33 von 43) bewährt. Als herausfordernd wurden

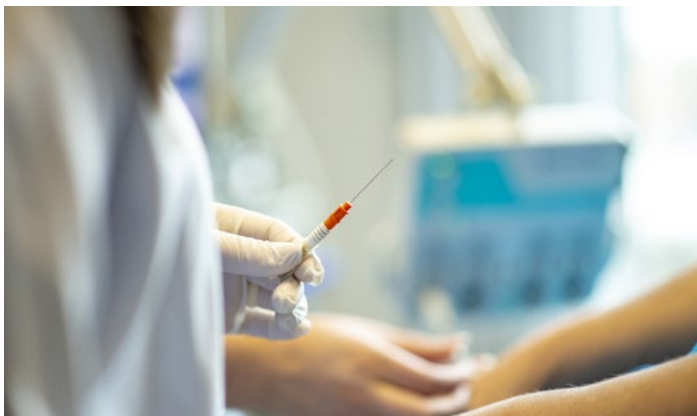
insbesondere die Bereiche Personalmanagement (Bedarfsbemessung, Vertragsanpassung), Impfstoffmanagement sowie die kurzfristige Schaffung von Räumlichkeiten (Skalierungsmöglichkeit) wahrgenommen.

Um zukünftig einen schwankenden Bedarf optimal abbilden zu können, äußerten 86 % der Kreise (37 von 43, Mehrfachnennungen möglich) den Wunsch, die nötige Ausstattung dezentral zu bevorraten. Jeweils weit mehr als 60 % der Kreise wollen zudem einen kurzfristig abrufbaren Personalpool aufbauen oder aufrechterhalten (29 von 43) sowie die aktuelle Tätigkeit des Koordinationsteams verstetigen, um auf dessen Erfahrung zurückgreifen zu können (30 von 43). Unterstützung seitens des Landes werde vor allem in Form einer gesicherten Grundfinanzierung der Infrastruktur/Räumlichkeiten (37 von 43, Mehrfachnennungen möglich) sowie einer langfristigen Kostenzusage für eine „Basisstruktur“ (37 von 43) benötigt, die in der Lage ist, einen Kapazitätsaufwuchs schnell umzusetzen.

Insbesondere als ein erster Rückgang der Impfnachfrage zu verzeichnen war, gewannen die Werkzeuge, die das Land für Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung stellte, an Bedeutung. 46 % der Kreise (20 von 43) gaben an, diese vollumfänglich oder zum größten Teil genutzt zu haben. 23 % der Kreise (10 von 43) gaben hingegen an, wenige oder keine der zur Verfügung stehenden Werkzeuge genutzt zu haben oder zu nutzen. In diesem Zusammenhang gaben gut 30 % der Kreise (15 von 43) an, nicht mit den Agenturen von #dranbleibenBW zusammengearbeitet zu haben. Kreise, die mit den Agenturen von #dranbleibenBW zusammengearbeitet haben, stufen diese Zusammenarbeit in 44 % der Fälle (12 von 27) als hilfreich bis sehr hilfreich ein. 80 % der Kreise (34 von 43) gaben an,

die Maßnahmen von #dranbleibenBW hätten wenig Aufmerksamkeit geschaffen. Lediglich ein Siebtel der Kreise (6 von 43) waren der Meinung, die Maßnahmen hätten viel Aufmerksamkeit geschaffen.

Unabhängig von der Nutzung der zur Verfügung gestellten Werkzeuge haben alle Kreise mit den lokalen Medien zusammengearbeitet. 93 % der Kreise (40 von 43) nutzten die Sozialen Medien, um Werbung für ihr Impfangebot zu machen. 76 % der Kreise (33 von 43) arbeiteten zudem mit Vereinen und lokalen Organisationen zusammen. Perspektivisch planen die Kreise, diese Maßnahmen beizubehalten und ggf. zu verstärken. Weitere, bislang in diesem Bereich weniger aktive Kreise wollen die Sozialen Medien zukünftig als Plattform nutzen. Zudem waren zum Zeitpunkt der Erhebung in einigen Kreisen Aktionen mit Handzetteln, Plakaten und/oder Newslettern anvisiert.



THEMENKOMPLEX 8

Erfahrungen, Herausforderungen und Bedürfnisse

Auf die Frage, welche aktuellen und möglichen zukünftigen Herausforderungen sich im jeweiligen Kreis für einen längerfristigen Impfbetrieb stellen, konnten offene Antworten zu folgenden Bereichen gegeben werden: administrativ, organisatorisch, personell, finanziell und sonstiges. Mehrfachnennungen und/oder besonders relevante Nennungen wurden nachfolgend innerhalb der Themenbereiche thematisch zusammengefasst. Es fand keine systematische, quantitative inhaltliche Analyse dieser offenen Fragen statt.

Administrativ und Organisatorisch

17 der 43 Kreise ließen Fragen zu Themenbereich „Administrativ“ unbeantwortet, während es im Themenbereich „Organisatorisch“ 16 von 43 Kreisen waren. Die nachfolgenden Erkenntnisse basieren somit auf den Angaben von 26 bzw. 27 Kreisen, wobei die beiden Themenbereiche aufgrund inhaltlicher Überschneidungen gemeinsam betrachtet werden.

Einige der Angaben bezogen sich auf die Rolle der Regelversorgung durch die niedergelassene Ärzteschaft. Sofern Nennungen weiter ausgeführt wurden, wurde auch die Position vertreten, dass Impfen eine Aufgabe der Regelstrukturen sei und den Kreisen keine längerfristige Aufgabe in der Impfkampagne zukommen solle. Selbst bei Anerkennung der Tatsache, dass für den Übergang in die Regelversorgung eine längere Frist erforderlich sein könnte, wurde eine kommunale Beteiligung im Übergangszeitraum hinterfragt. Sofern die Aufgabe kurz- oder mittelfristig dennoch bei den Stadtverwaltungen und den Landratsämtern teilweise verbleiben würde, sei deren



Rolle sowie die Rolle der Gesundheitsämter als Teil der genannten Strukturen zu diskutieren. Insgesamt wurde die Verortung der COVID-19-Impfungen als vorrangig herausforderndes Handlungsfeld genannt.

Zum Zeitpunkt der Erhebung wurde das Fehlen von Personalstellen zur Koordination der Impfkampagne in den Kreisen kritisch angemerkt. Die Planung der Impfungen sei neben dem regulären Arbeitsaufkommen zusätzlich zu bewältigen oder müsse derzeit mit entsprechendem Personal aus anderen Bereichen unterstützt werden. Ein möglicher mittelfristiger Übertrag der Aufgaben durch das Land auf die Kreise könne potenziell z. B. direkt in die Leitungsebene (im Umfeld der Ersten Landesbeamtin oder des Ersten Landesbeamten und/oder in Form einer Stabsstelle), in den Bereich des Brand- und Katastrophenschutzes oder den Zuständigkeitsbereich des Sozialdezernats/Gesundheitsamts erfolgen. Die Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Ärzteschaft müsse verstärkt werden und über die reine Einbindung der/des Pandemiebeauftragten hinausgehen. Ergänzende Angebote durch den Kreis seien nur in Abhängigkeit des Bedarfs und in Abstimmung mit der niedergelassenen Ärzteschaft zu initiieren.

Während ein Übertrag der Aufgaben bzw. eine dauerhafte Anbindung der Impfkampagne beim Gesundheitsamt in einigen Rückmeldungen befürwortet wurde, wurden die aktuelle Personalsituation und das seit geraumer Zeit bestehende immense Arbeitspensum als Hinderungsgründe genannt. Ein Übertrag könne nur bei vorhandener Rechtsgrundlage erfolgen und müsse mit einer klaren Definition und Zuordnung der Aufgabenbereiche einhergehen. Einige Male wurde ohne weiteren Kontext auch die Rolle der Gesundheitsämter als aktuelle und/oder zukünftige Herausforderung genannt.

Weiterhin wurden die fehlende Planbarkeit, die eingeschränkten Reaktionsmöglichkeiten auf kurzfristige Nachfrageschwankungen sowie die ggf. nicht dauerhaft mögliche Unterstützung durch bisherige Vertragspartner als Herausforderungen aufgeführt. Die fehlende Planbarkeit wurde nicht nur im Kontext der Nachfragesituation genannt, sondern auch im Zusammenhang mit den Informationen, welche die Kreise jeweils zur Weiterführung der Impfkampagne in den einzelnen Planungsphasen erhielten. Teilweise mussten hierdurch sehr kurzfristig Anpassungen oder Verlängerungen in der Vertrags- und Personalgestaltung vorgenommen werden.

Personell

Die Fragen zu personellen Herausforderungen ließen 12 der 43 Kreise unbeantwortet, so dass die nachfolgenden Erkenntnisse auf den Angaben von 31 Kreisen basieren.

Bereits im Bereich der organisatorischen Herausforderungen wurde zurückgemeldet, dass zum Zeitpunkt der Erhebung Personalstellen zur Koordination der Impfkampagne in den Kreisen fehlten. Daher mussten die zusätzlichen Aufgaben entweder neben dem regulären Arbeitsaufkommen bewältigt werden oder Personal aus anderen Bereichen der Verwaltung abgezogen werden. Ersteres ging häufig mit Überstunden in hohem Umfang einher, letzteres mit der Rückstellung verschiedener Regelaufgaben, die durch den Personalabzug nicht erledigt werden konnten. Falls erfahrenes Personal aufgrund des großen Bedarfs im ursprünglichen Tätigkeitsbereich nicht im Bereich des Impfens gehalten werden konnte, war vor allem ein entsprechendes Wissensmanagement für die nachfolgenden Kolleginnen und Kollegen entscheidend, um eine gleichbleibende Qualität zu gewährleisten.



Neben dem strategisch oder operativ planerischen Personal waren auch die Personalbedarfsbemessung, -akquise und -verwaltung für das Personal in den Impfeinheiten herausfordernd, sofern diese Aufgaben nicht an Dritte ausgelagert wurden. Aufgrund teils kurzfristiger Nachfrageschwankungen kam es immer wieder zu Phasen geringen Arbeitsaufkommens. Vertragsverlängerungen konnten zudem teilweise erst kurzfristig zugesagt werden. Diesbezüglich meldeten viele Kreise zurück, dass das Vorhalten von Personal sowie die dauerhafte Bindung kompetenter operativer Mitarbeitender herausfordernd gewesen sei.

Abschließend wurden von einigen Kreisen konkrete Personalbedarfe genannt, die zwischen einer Besetzung für 4 MIT und 0,5 VZÄ lagen.

Finanziell

Zum Themenfeld Finanzen haben 21 der 43 Kreise nicht geantwortet. Die nachfolgenden Erkenntnisse basieren somit auf den Angaben von 22 Kreisen.

Die Angaben können sowohl den beiden Bereichen der Kostenübernahme des Landes allgemein als auch der Kostenerstattung auf operativer Ebene zugeordnet werden. Hinsichtlich der allgemeinen Kostenübernahme wurden die fehlende Vertragsgrundlage bzw. die fehlende verbindliche Kostenzusage kritisiert. Eine Kostenzusage bis Ende 2022 sei wünschenswert. Zudem müsse gewährleistet sein, dass die anfallenden Kosten, inkl. entstehender Vorhaltekosten, vollumfänglich erstattet werden.

Auf operativer Ebene wurden einige derzeit anfallende Kostenpositionen genannt. Zudem wurde der Wunsch nach einem einfachen Abrechnungsverfahren geäußert. Mehrere Rückmeldungen gingen auf die veränderten Personalkosten ein, die sich in einigen Kreisen aufgrund des geringeren Personalumfangs verringert hatten. In anderen Kreisen seien die Personalkosten gestiegen, da mittlerweile nicht länger auf abgeordnetes Personal zurückgegriffen werden könne, sondern Neueinstellungen durchgeführt oder auf externes Personal von Personaldienstleistern umgestiegen werden müsse.

Sonstiges

Im Themenfeld „Sonstiges“ haben 26 der 43 Kreise keine Angaben gemacht. Die nachfolgenden Erkenntnisse basieren somit auf den Angaben von 17 Kreisen.

Die Rückmeldungen bezogen sich vorrangig auf das Impfkonzepkt insgesamt sowie auf einige operative Komponenten wie Hardware, Fahrzeuge oder Räumlichkeiten.

Bezüglich der operativen Komponenten wurde angemerkt, dass die Verfügbarkeit geeigneter Hard- und Software herausfordernd war oder potenziell verbessert werden könnte. Sofern keine vom Land gestellte Hardware oder Fahrzeuge genutzt werden können, weil diese z. B. nicht in ausreichender Zahl verfügbar sind, müssten die anfallende Kosten erstattet werden. Auch der Zugriff auf geeignete Räumlichkeiten, insbesondere für Impffaktionen, sei mitunter herausfordernd. Zudem bestehe der Wunsch, der niedergelassenen Ärzteschaft Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen.



Hinsichtlich des Impfkonzeptes insgesamt wurde die nach wie vor durch verschiedene Faktoren beeinflusste unzureichende Planungssicherheit als Problemfeld benannt. Es brauche klare, langfristig orientierte Zielvorgaben, die auch einen Zeitplan zur Übergabe der Impfungen an die Regelstrukturen beinhalten. Erwartungen an die Kreise hinsichtlich der Impfkapazität vor Ort müssten explizit formuliert werden und sich am prognostizierten Bedarf orientieren.

Offene Kommentare zu weiteren Themen

Unter der Frage 8.2 konnten die Kreise offene Kommentare zu weiteren Themen abgeben, die ihnen wichtig erschienen. Von dieser Möglichkeit machten 29 Kreise Gebrauch.

Von insgesamt 29 Kreisen, die Kommentare abgegeben haben, wurde von 9 konkret der Bedarf eines langfristigen Impfkonzeptes durch das Land angesprochen, das rechtzeitig vor dem Herbst vorliegen sollte. Es sei Aufgabe des Landes, spätestens zum kommenden Winter eine schlüssige und robuste Langfristplanung zur krisenfesten Ertüchtigung der Regelstrukturen umzusetzen. Erst wenn die gesamte Ärzteschaft den Bedarf nicht decken könne, sei als letzte Rückfallebene die kommunale Ebene zuständig.

Die Pandemie habe gezeigt, dass der staatliche Gesundheitsschutz hierfür vor allem personell nicht ausreichend aufgestellt war. Einige Rückmeldungen befürworteten eine zukünftige Verortung von Aufgaben der Pandemiebekämpfung beim staatlichen Katastrophenschutz. Es wurde vorgeschlagen, die konkrete Steuerung des staatlichen Angebots auf Ebene der Regierungspräsidien,

ggf. in Zusammenarbeit mit Generalunternehmern, zu organisieren und zu finanzieren. Ein konzeptioneller Einbezug der Bundeswehr auf Bundes- und Landesebene solle geprüft werden.

Die Schlüsselfunktion der niedergelassenen Ärzteschaft und deren vermeintliche perspektivisch alleinige Verantwortlichkeit für das Impfen wurden in einigen Rückmeldungen bekräftigt oder näher ausgeführt. Die ärztliche Selbstverwaltung sei dafür geeignet, auch im Pandemiefall einen Impfbetrieb zu organisieren. Zusätzlich müsse über neu zu schaffende Koordinierungsfunktionen an zentraler Stelle, z. B. in Form einer Kompetenzzuweisung durch das Land auf Ebene der Pandemiebeauftragten, nachgedacht werden. Die erweiterte Regelstruktur trage nur zur Kapazitätserweiterung und zum Abfangen von Nachfragespitzen bei.

Andere Angaben gehen, insbesondere für vulnerable Gruppen oder Personen, die durch die hausärztliche Versorgung nicht erreicht werden, von einer längerfristigen Aufrechterhaltung der Landesimpfstrukturen aus. Sechs der 29 Kreise sprachen sich explizit hierfür aus. Hierfür bedürfe es einer mittelfristigen Zusage für eine Grundstruktur mit pauschaler Finanzierung, um den Kreisen vor Ort Planungsfreiheit einzuräumen. Sofern Strukturen nicht benötigt würden, sichere ein Stand-by-Betrieb den Wissenserhalt und die Möglichkeit einer schnellen Wiederinbetriebnahme. Im Falle einer Fortführung des Betriebs müsse definiert werden, welcher Anteil an der gesamten Impfkampagne durch die niedergelassene Ärzteschaft erbracht werden solle. Beispielhaft wurde hierzu eine Quote von 80 % vorgeschlagen.

Zudem sei im Rahmen der Fortführung des Betriebs der Landesstrukturen die Impfstoffversorgung kritisch zu hinterfragen. Insbesondere die verkürzte Haltbarkeit, die aus der Anpassung der Lieferwege und dem Wegfall der Ultratiefkühlung im Zuständigkeitsbereich des Großhandels resultiert, sei problematisch. Eine Rückkehr zum alten System der Direktbelieferung, einhergehend mit organisatorischer und materieller Unterstützung durch das Land, solle geprüft werden. Zudem erleichtere eine gesicherte Impfstoffbereitstellung in der erforderlichen Menge die Planung erheblich.

Die bereitgestellten Materialien für Werbung und Öffentlichkeitsarbeit wurden ebenfalls von einigen Kreisen kommentiert. Es besteht der Wunsch, diese frühzeitig zur Verfügung gestellt zu bekommen, damit auch in Perioden mit niedriger Impfnachfrage eine deutlich nach außen sichtbare landesweite Öffentlichkeitsarbeit stattfinden kann. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration sei in der Pflicht, hierzu entsprechend aufzurufen und selbst aktiv auf verschiedene Zielgruppen zuzugehen. Zusätzlich sei ein kreiseigenes Marketing-Budget in Ergänzung zur #dranbleibenBW-Kampagne wünschenswert.

2.2 BEWERTUNG DER LANDES-IMPFINFRASTRUKTUR

Aufgrund der seit Frühjahr 2022 sehr niedrigen Nachfrage nach COVID-19-Impfungen war zunächst eine Anpassung der Impfstrategie mit weniger Impfeinheiten pro Kreis notwendig. Andererseits ist es nun wichtig, ein vorausschauendes robustes Konzept für die Zukunft zu entwickeln. Dabei geht es um die weitere Bewältigung der aktuellen Pandemie, aber auch möglicher neuer Pandemien. Einer der wichtigsten Bausteine ist die Impfung. Hierbei ist vor allem die zukünftige Zusammenarbeit mit der (niedergelassenen) Ärzteschaft zu fördern. Darüber hinaus sind in den Kreisverwaltungen mittelfristig verestigte Strukturen zu implementieren, um in den nächsten Monaten möglichst flexibel auf aktuelle Situationen einer Pandemie reagieren zu können. Die Bewertung beruht auf den Vor-Ort-Besuchen, der Auswertung des Online-Fragebogens und weiteren Gesprächen mit dem Landkreis- und Städtetag sowie Vertreterinnen und Vertretern der Kommunalen Landesverbände.

Die Vor-Ort-Besuche ergaben, dass die Impfinfrastrukturen der Kreise an die jeweils vorhandene oder ggf. neu aufgebaute Organisationsstruktur adaptiert wurden und in den meisten Fällen nicht miteinander vergleichbar sind. Sie sind ein Beleg für die große Kreativität und den hohen Einsatz vor Ort, um die Pandemie zu bewältigen. Aus diesem Grund sind allerdings auch die Anforderungen an eine auskömmliche Impfinfrastruktur der Kreise sehr unterschiedlich. Zudem haben die Vor-Ort-Besuche gezeigt, dass die zentrale Koordination unter den bisherigen Voraussetzungen derzeit nicht von den Hausärztinnen und Hausärzten bzw. der niedergelassenen Ärzteschaft im Gesamten übernommen werden






kann. Es sind bei Weiterführung der aktuellen Strukturen in den Kreisen jedoch auch die hohen Kosten des Landes zu berücksichtigen, da nur durch eine enge und vorausschauende Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft eine effiziente und kostengünstige Bewältigung einer zukünftigen Impfkampagne zu erreichen ist. Eine nachhaltige Strategie ermöglicht der Politik eine bessere Steuerung der erforderlichen Kapazitäten in den verschiedensten Bereichen und damit einhergehend eine höhere Effizienz und eine realistischere Kostenplanung. Hierbei wird es auch nötig sein, die Rolle der niedergelassenen Ärzteschaft (erneut) zu hinterfragen und gemeinsam mit den Kommunalen Landesverbänden sowie der KVBW eine Strategie zu entwickeln.

Die Vor-Ort-Besuche haben verdeutlicht, dass seit November 2021 mit viel Zeitaufwand und Arbeitseinsatz individuelle, in den Kreisen sehr effiziente Strukturen zur Impfung der Bevölkerung aufgebaut wurden. Die bisherigen Impfkampagnen konnten nur bewältigt werden, da zahlreiche Akteure wie Ministerien, Kommunale Landesverbände, Stadt- und Kreisverwaltungen, Hilfsorganisationen sowie die Ärzteschaft mit größtem persönlichen Einsatz eng zusammengearbeitet haben. Diese vielen spontanen, häufig sehr zeitaufwendigen Aktivitäten gilt es nun zukünftig entsprechend der in diesem Bericht dargestellten drei Phasen (vgl. 1.2.3 und 2.3) mit einer möglichst vorhersehbaren Stufenplanung in Einklang zu bringen, um für weitere Impfwellen mittelfristig eine robuste Struktur vorzuhalten. Eine zentrale Koordination und Organisation der Impfkampagne im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration und in den Kreisverwaltungen ist daher sowohl zur weiteren Bekämpfung der aktuellen Pandemie als auch zur Bewältigung zukünftiger Pandemien erforderlich.

Die meisten Kreisverwaltungen, vor allem in ländlichen Gebieten mit großen Flächen, sind der Überzeugung, dass die niedergelassene Ärzteschaft und Betriebsärzteschaft Pandemiewellen, wie sie im Dezember 2021 bestanden haben und ggf. ab Herbst 2022 wieder zu erwarten sind, mit ihren aktuellen Strukturen nicht abfangen können wird. Insbesondere im ländlichen Raum besteht bereits jetzt ein Engpass an niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten, in einigen Landkreisen wird die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte bis 2035 um ca. 50 % weiter zurückgehen. Die Anzahl von Impfungen, die durch die Apothekerschaft sowie die Zahnärzte- und ggf. Tierärzteschaft geleistet werden könnte, ist derzeit aufgrund fehlender Erfahrungswerte noch nicht verlässlich abschätzbar, wird aber als sehr gering eingeschätzt.

Allerdings ist zu beachten, dass die jetzigen Organisationsstrukturen der Kreisverwaltungen bisher nicht auf eine Koordination der Pandemie ausgerichtet waren, da aktuell weder die Gesundheitsämter noch der Katastrophenschutz über ausreichende personelle Kapazitäten zur mittel- bis langfristigen Bewältigung einer Pandemie verfügen. Auch die Hilfsorganisationen mit zahlreichen ehrenamtlichen Mitarbeitenden sind hierfür nicht auf Dauer eingerichtet und belastbar. In einzelnen Kreisen waren in der Pandemie mehrere Hundert Mitarbeitende gleichzeitig tätig, um Impfstützpunkte aufzubauen und zu betreiben sowie die Gesamtkoordination der Impfkampagne sicherzustellen. Diesen immensen operativen und logistischen Aufwand gilt es im erneuten Fall einer Pandemiewelle im Vorfeld vorausschauend auf viele Akteure zu verteilen, sodass sich alle Beteiligten möglichst frühzeitig und planbar darauf vorbereiten können.



Die Online-Befragung hat folgende Erkenntnisse ergeben:

Organisatorische Verortung (inkl. Einbindung Gesundheitsamt)

Auf Basis der schriftlichen Rückmeldungen zum Fragebogen wurde die Impfaufgabe in den meisten Kreisen an bereits bestehende Verwaltungsstrukturen angegliedert. Einer der Gründe hierfür könnte die damalige Eilbedürftigkeit gewesen sein, die eine schnelle und funktionierende Lösung ohne umfangreiche bürokratische Vorüberlegungen erforderlich gemacht hatte. Dieses Vorgehen war unter den zum Umsetzungszeitpunkt geltenden Voraussetzungen angemessen, individuelle personelle und strukturelle Gegebenheiten konnten bei der Wahl des Ortes der organisatorischen Verortung berücksichtigt werden und es war kein ad-hoc Aufbau gänzlich neuer Verwaltungsstrukturen erforderlich. Die Wahl der organisatorischen Verortung wurde von der überwiegenden Mehrheit der Kreise als gut bis sehr gut bewertet. Perspektivisch ist zu diskutieren, ob diese Heterogenität, die durch die örtlichen Gegebenheiten bestimmt ist und dadurch einige Vorteile aufweist, weiter Bestand haben soll oder ob eine Vereinheitlichung zwingend erforderlich ist, um z. B. mit entsprechender rechtlicher Grundlage perspektivisch die Weisungsmöglichkeiten der obersten Verwaltungsbehörden nutzen zu können.

Einbindung Dritter

Die Mehrheit der Kreise entschied sich für die Einbindung Dritter in die Planung und Umsetzung der Impfkampagne vor Ort. Häufig wurde hierbei auf Hilfsorganisationen und Messe- oder Veranstaltungsdienstleister zurückgegriffen. Aufgrund ihrer Erfahrung

mit der Durchführung von Großereignissen mit entsprechendem Besucherstrom sowie der Verfügbarkeit personeller Ressourcen erscheint dies sinnvoll. Bei einem erneuten Anstieg der Nachfrage sollte ggf. erneut auf diese bereits bewährten Partnerinnen und Partner zurückgegriffen werden.

Infrastruktur

Die Mehrzahl der Kreise nutzten viele oder alle verfügbaren Module der Impfkampagne (MIT und DIT, später zusammengefasst zu Impfeinheiten; Impfstützpunkte; Impfbusse), wobei teils große Unterschiede bei der Anzahl der Impfeinheiten und Stützpunkte sowie beim Fokus der Impfkampagnen (mobil oder stationär) zurückgemeldet wurden. Während einige Kreise verstärkt auf dezentrale, mobile Infrastruktur setzten, hat sich für andere die Wahl eines zentralen Standortes bei minimaler mobiler Aktivität bewährt. Angesichts der Heterogenität der Kreise in Bezug auf Fläche, Einwohnerzahl, Verkehrsinfrastruktur und weitere Parameter erscheint dies gut nachvollziehbar. Häufig wurde aufgrund der Historie der Impfkampagne auf bewährte Liegenschaften zurückgegriffen, was hinsichtlich des Organisationsaufwands sinnvoll erscheint, aufgrund möglicher Kapazitätsüberschüsse jedoch im Einzelfall zu hinterfragen ist.

Vor dem Hintergrund der Kapazitäten der erweiterten Regelversorgung und der Art und Beschaffenheit der durch die erweiterte Regelversorgung abzudeckenden Einsätze und Zielgruppen muss perspektivisch geprüft werden, ob sich eine (temporär) abzudeckende Nachfragespitze ergibt und wie dieses in der individuellen Situation optimal und in möglichst kurzer Zeit abgedeckt werden kann.



Personal

Bei der Betrachtung der Personalsituation muss bei Verfügbarkeit, Akquise und Betreuung zwingend zwischen verschiedenen Professionen unterschieden werden: medizinisches, nichtärztliches Personal, ärztliches Personal, nicht-medizinisches Personal für Dokumentation und Organisation sowie Verwaltungspersonal für die operative und strategische Planung. Je nach Profession unterschied sich der Grad der Herausforderung, den die Kreise bewältigen mussten, um in ausreichendem Umfang Personal bereitzustellen.

Bezüglich der Art der Arbeitsverträge und der verantwortlichen Stelle zur Einstellung und Abwicklung ergibt sich ein sehr heterogenes Bild. Während es sich für einige Kreise bewährt hat, einen Großteil an Personal selbst einzustellen, bedienen sich viele andere Kreise bei Dienstleistern oder Dritten (z. B. Hilfsorganisationen oder Messe- und Veranstaltungsdienstleistern). So geeignet die unterschiedliche Vorgehensweise in den jeweiligen Kreisen aufgrund regionaler Differenzen gewesen ist, so sehr unterschiedlich der Bedarf an zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen, die das Personalmanagement benötigte. Die Bereitstellung eines oder mehrerer „Best Practice-Beispiele“ könnte zu einem ressourcenschonenderen Vorgehen mit insgesamt flexibleren Personaleinsatzmöglichkeiten führen, sofern ein Personalaufwuchs seitens der Kreise zu einem späteren Zeitpunkt oder in einer nachfolgenden Pandemie erneut benötigt wird.

Ärzterschaft

Die/der Pandemiebeauftragte der KVBW war in beinahe allen Kreisen in die Impfkampagnen des Kreises eingebunden. Vor allem der gegenseitige Austausch fachlicher Expertise wurde positiv bewertet. Insgesamt war die Rückmeldung zu Art und Umfang der Einbindung jedoch unterschiedlich, was ggf. darauf zurückzuführen ist, dass die Qualität der Zusammenarbeit stark personenabhängig war. Vielfach wurde zurückgemeldet, dass die Impfaufgabe perspektivisch auf die Ärzteschaft zu übertragen sei. Allerdings haben sich viele Verantwortliche der Impfstrukturen dahingehend geäußert, dass dies der aktuellen Leistungsfähigkeit der Ärzteschaft entgegenstehen würde. Wie hoch das strukturelle Optimierungspotenzial innerhalb der Regelversorgung ist, kann nicht generell bzw. über alle Kreise hinweg beurteilt werden.

Zusammenfassend haben die Vor-Ort-Besuche und die Online-Befragung ergeben, dass in den nächsten Monaten vorausschauende Konzepte entwickelt werden müssen, um mittel- bis langfristig eine enge strategische und operative Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure zu erreichen, u. a. der niedergelassenen Ärzteschaft, der Betriebsärzteschaft, der Apothekerschaft, der Zahnärzte- und ggf. Tierärzteschaft sowie weiterer Leistungserbringer und der Kreisverwaltungen. Zudem ist darüber nachzudenken, wie sich die Kreisverwaltungen in Bezug auf die aktuelle Corona-Pandemie, aber auch für zukünftige Pandemien mit all den damit verbundenen Aufgaben, inkl. einer Impfkampagne, rüsten können, ohne dauerhaft umfangreiche und kostenintensive Strukturen vorhalten zu müssen, die nicht regelmäßig benötigt werden.



Um zusätzlich zu den bereits vorhandenen, strategisch ausgerichteten Gremien auch die operative Sichtweise in zukünftige Konzepte zur Bekämpfung einer Pandemie einbinden zu können, wurde ausgehend von ersten Erkenntnissen aus den Vor-Ort-Besuchen die Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Impfstrukturen“ unter der Leitung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration eingerichtet. In diese sind u. a. die Kommunalen Landesverbände, die KVBW, die LÄK und Vertretungen weiterer aktueller und zukünftiger Träger der berufsständischen Selbstverwaltungen (Betriebsärzteschaft, Tierärzteschaft vertreten durch die LTK, Zahnärzteschaft vertreten durch die LZK, Apothekerschaft vertreten durch die LAV und die LAK) eingebunden. In der Arbeitsgruppe werden themenorientiert das Wissen und die Erfahrungen der verschiedenen operativen Akteure gebündelt und davon ausgehend praktische wie strategische Empfehlungen erarbeitet.

Um mittel- bis langfristig unter den aktuellen Voraussetzungen der Corona-Pandemie in Baden-Württemberg ein robustes Impfkonzept auf den Weg zu bringen und bedarfsgerecht kurzfristig reagieren oder auch weitsichtig planen zu können, wird empfohlen, das Impfkonzept der nächsten Monate in drei zeitliche Phasen (Phase 1 1. April–31. September 2022, Phase 2 1. Oktober 2022–31. März 2023 und Phase 3 ab 1. März 2023) und je nach Impfnachfrage zudem in ein 3-Stufen-Konzept einzuteilen (s. Teil 1, Empfehlungen für ein zukünftiges Landesimpfkonzept).

Hiermit wird insbesondere dem unklaren Verlauf der Pandemie, der möglichst mittelfristigen Planbarkeit für alle beteiligten Akteure und den hohen Kosten, die das Land Baden-Württemberg bereits investiert hat bzw. die in Zukunft noch auf das Land zukommen werden, Rechnung getragen.

Diese zukünftige Strategie begründet sich vor allem darin, dass Pandemien keine genauen Vorhersagen zur Entwicklung und damit verbundenen Anzahl an benötigten Impfungen zulassen, und daher bei Überschreiten der Kapazitäten der (niedergelassenen) Ärzteschaft das Land unterstützend tätig werden muss. Weiterhin besteht insbesondere in ländlichen Gebieten schon jetzt ein Engpass an niedergelassenen Hautärztinnen und -ärzten sowie medizinischen Fachkräften, der in den nächsten Jahren signifikant zunehmen wird. Auch ein Sicherstellungsauftrag in Bezug auf Corona-Impfungen durch die niedergelassene Ärzteschaft würde in den akuten Phasen einer Pandemie voraussichtlich keine vollumfängliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürger erlauben. Zudem erfordert eine Pandemie, wie sich im letzten Winter 2021/2022 gezeigt hat, eine umfassende Organisations- und Koordinationsstruktur, um die große Anzahl an Impfungen auf zahlreiche krisenerfahrene Akteure verteilen zu können. Ausgehend von der Erkenntnis, dass es Nachfragespitzen des Impfbedarfs gab, sollten Instrumente zur besseren Verteilung künftiger Nachfragen entwickelt und umgesetzt werden.



2.3 ERLÄUTERUNG DER DREI PHASEN

Die Vor-Ort-Besuche der Kreise und die Online-Befragung durch das Team „Planung Impfinfrastruktur“ von Januar bis März 2022 stellen einen wichtigen Rückblick auf den vergangenen Pandemieverlauf und die Impfkampagne im Land dar, der in diesem wissenschaftlichen Bericht zusammengefasst ist. Die Ergebnisse verdeutlichen, was vor Ort durch zahlreiche Akteure geleistet wurde und worauf ggf. aufzubauen ist, falls die Kapazitäten der niedergelassenen Ärzteschaft in der Regelversorgung nicht ausreichen sollten. Auf dieser Grundlage sollten – auch im Austausch mit den Akteuren der Arbeitsgruppe „Weiterführung Impfstruktur“ – konkrete Handlungsempfehlungen formuliert werden. Die Regelungen für Phase 1 bzw. die Übergangszeit vom 1. April bis zum 30. September 2022 wurden bereits im März 2022 festgelegt und in einem Kabinettsbeschluss festgehalten. Die anderen beiden Phasen gilt es nun mit konkreten Handlungsanweisungen zu definieren, um Klarheit und Verlässlichkeit für alle Beteiligten zu schaffen.

PHASE 1

„Auf Sicht“ (01.04. – 30.09.2022)

Die folgenden Empfehlungen, die auf den Vor-Ort-Besuchen basieren, waren Grundlage der Vorbereitung der Kabinettsvorlage, die Regelungen für Phase 1 bzw. die Übergangszeit vom 1. April bis zum 30. September 2022 festgelegt hat:

- Die Gesamtverantwortung für die Impfinfrastruktur sollte beim Land und den Kreisen verbleiben, da diese über kurzfristig reaktiverbare Kapazitäten (z. B. Mitarbeitende, Liegenschaften) sowie Zugriff auf kommunale Strukturen verfügen.
- Für die Koordination und Organisation sind Zusagen des Landes für Strukturen in der Kreisverwaltung erforderlich (z. B. Stellen für die Koordination), die eine Ausweitung/Skalierung der Kapazitäten für eventuelle Impfwellen ermöglichen.
- Die Ausstattung der Infrastruktur der Kreise sollte an die aktuellen Gegebenheiten angepasst werden, z. B. Reduktion auf eine Impfeinheit, einen Impfkoordinator/eine Impfkoordinatorin und einen Impfstützpunkt. Der Verbleib der Geräte und der IT-Ausstattung sollte gewährleistet sein. Zusätzlich sollten Impfeinheiten für die Impfungen von Flüchtlingen aus der Ukraine und für Kreise vorgehalten werden, die nach Begründung eine weitere Impfeinheit benötigen.
- Eine Skalierbarkeit der Ausstattung der Kreise sollte abhängig von den Impffzahlen („Notfallkonzept“) in zwei weiteren Phasen definiert werden (3-Phasen-Konzept).
- Die vorhandene Heterogenität der Impfkonzeppte in den jeweiligen Kreisen sollte berücksichtigt werden. Dazu zählt z. B. die Entscheidungsfreiheit der Kreise, mit wem Verträge geschlossen, mit wem Kooperationen eingegangen und wie die zur Verfügung stehenden Mittel auf die Teilbereiche des Konzepts verteilt werden.
- Um den Verwaltungsaufwand auf Landesebene, aber auch in den Stadt- und Landkreisen zu begrenzen, ist eine gewisse Pauschalität zur Abrechnung verschiedener Kosten und ggf. die Festlegung von Maximalbeträgen anzustreben, um die in einer Pandemie erforderliche Flexibilität zu erreichen. Zudem wäre es wichtig, dass die jeweiligen Abrechnungen durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration möglichst zeitnah und planbar erfolgen.



- Die kalkulierten Kostenpositionen sollten untereinander deckungsfähig sein und für eigene Strukturen sowie für Kooperationen mit MIT-Standorten verwendet werden können.
- Die Beibehaltung der durch das Land beauftragten Personalagentur zur Unterstützung der Vertragsabschlüsse bzw. Verwaltung von nichtärztlichem, medizinischem Personal und nicht-medizinischem Dokumentationspersonal wird zunächst empfohlen, ist aber dahingehend zu prüfen, ob nicht andere Arten von Verträgen zum flexiblen Einsatz von Mitarbeitenden in Frage kommen (z. B. Kurzzeitverträge mit entsprechendem Stundenkontingent).
- Die MIT-Standorte sollten zum 30. April 2022 auslaufen; nach Ende dieser Laufzeit sollte kein weiterer Betrieb der MIT-Standorte vorgesehen werden. Falls ein Kreis eine Versorgung durch einen (ehemaligen oder anderen) MIT-Standort weiter benötigt, kann das jeweilige Krankenhaus als Sub-Unternehmer beauftragt werden.
- Die niedergelassene Ärzteschaft (inkl. Zahnärzte- und ggf. Tierärzteschaft) sowie die Apothekerschaft sollten eine möglichst enge Zusammenarbeit mit der Kreisverwaltung anstreben, um die Mehrzahl der Impfungen in eigenen (Praxis-)Räumlichkeiten durchzuführen; bei erheblich ansteigendem Impfbedarf sollten erneut Sonderaktionen durch die Ärzteschaft, ggf. in Zusammenarbeit mit den Kommunen, durchgeführt werden.
- Eine mittelfristige Entscheidung über die Fortsetzung des Impfbetriebs ab 1. Oktober 2022 sollte so zeitnah wie möglich erfolgen, um Planungssicherheit für die Stadt- und Landkreise zu schaffen (z. B. Weiterbeschäftigung von qualifiziertem, eingearbeitetem Personal, Aufrechterhaltung von Infrastrukturen sowie Verlängerung bzw. Abschluss von Mietverträgen für Liegenschaften).

Die o. g. Empfehlungen sollten mit folgenden Maßnahmen einhergehen, die in der Zeit bis September 2022 auf den Weg gebracht werden sollten, um den Übergang der operativen Impftätigkeit in die Regelstruktur vorzubereiten:

- Definition einer gemeinsamen Zielgröße bezüglich der Anzahl von Impfungen pro Kreis im Rahmen der Regelversorgung, die einen Schwellenwert nicht unterschreiten darf (abhängig von der Anzahl der Impfungen durch die niedergelassene Ärzteschaft, der Einwohner und Fläche pro Kreis etc.).
- Ggf. Etablierung einer Weisungsstruktur durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration gegenüber den Kreisverwaltungen, um im Bedarfsfall Unterstützung für die Regelstruktur anzuordnen.

Am 23. März 2022 hat das Land bezugnehmend auf die Empfehlungen des wissenschaftlichen Kurzberichtes folgende weitere Aktivitäten für den Übergangszeitraum beschlossen und in die Umsetzung gebracht:

- Für die Umsetzung des Impfkonzepts im Zeitraum vom 1. April bis zum 30. September 2022 wurden in jedem Stadt- und Landkreis Kapazitäten in Form von jeweils einer Impfeinheit und jeweils einem Impfstützpunkt vorgesehen, d. h. insgesamt 44 Impfeinheiten und 44 Impfstützpunkte.
- Zehn Impfeinheiten können in den Stadt- und Landkreisen bei Bedarf zusätzlich eingesetzt werden, um Geflüchteten des Ukrainekriegs ein Impfangebot zu unterbreiten oder den steigenden Bedarf zu decken. Diese zehn Impfeinheiten werden erst bei konkretem Bedarf in Betrieb genommen. Damit wird mit einer deutlich reduzierten Anzahl von maximal 54 Impfeinheiten



(bislang maximal 350) und einer ebenso deutlich reduzierten Anzahl von 44 Impfstützpunkten (bislang maximal 135) gerechnet. Diese Struktur wurde nach zwei Monaten zum 31. Mai 2022 evaluiert, um eine weitere Reduzierung der landesfinanzierten Impfinfrastruktur zu prüfen, z. B. die Auskömmlichkeit einer Impfeinheit für zwei Stadt- oder Landkreise sowie die Reduktion der zehn zusätzlichen Impfeinheiten für ukrainische Geflüchtete auf fünf Impfeinheiten.

- Für den Zeitraum vom 1. bis zum 30. April 2022 wurde die Finanzierung von 155 landeseigenen Impfeinheiten mit den bereits beschlossenen Kabinettsvorlagen „Impfbetrieb des Landes ab dem 1. Oktober 2021“, „Impfbetrieb des Landes zur weiteren bedarfsgerechten Unterstützung der Ärzteschaft“ sowie „Verlängerung und Aufstockung des Einsatzes Mobiler Impfteams bis zum 30. April 2022 inkl. der Errichtung regionaler Impfstützpunkte sowie Verlängerung und Aufstockung der personellen Unterstützung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration“ gewährleistet. Diese 155 Impfeinheiten waren ursprünglich für den Einsatz durch zwölf Krankenhausstandorte vorgesehen. Teilweise waren Impfeinheiten von Krankenhausstandorten an die Stadt- und Landkreise übergegangen, teils wurden sie aufgrund des mangelnden Bedarfs schon aufgelöst.
- Nach dem 1. April 2022 sollte der Impfbetrieb in den Stadt- und Landkreisen möglichst mit diesen bis zum 30. April 2022 finanzierten Impfeinheiten organisiert werden. Dann soll auch der Übergang von Kapazitätsnutzung und damit Mittelverwendung von den Krankenhausstandorten an die Kreise forciert werden, um eine möglichst einheitliche Infrastruktur zu etablieren.

Dies soll durch Übernahme von ggf. aufgrund bestehender vertraglicher Verpflichtungen bei den Krankenhausstandorten noch verbleibender Impfeinheiten durch den Kreis oder – wo möglich – durch die Betriebseinstellung der Impfeinheiten an den Krankenhausstandorten zugunsten des Weiterbetriebs einer bereits bestehenden Kreisimpfeinheit geschehen, sofern dies noch nicht erfolgt ist.

- Die Fortführung des Impfkonzpts und eine effektive Hochskalierung im akuten Bedarfsfall sollen durch die Umverteilung und Einlagerung der technischen Impfinfrastruktur (IT, Kühlgeräte) in den Stadt- und Landkreisen gewährleistet und für den Bedarfsfall vorbereitet werden.
- Außerdem soll die Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung und Werbung für die Impfungen fortgesetzt werden, um weiterhin die Wichtigkeit einer Corona-Schutzimpfung in der Bevölkerung zu verankern und bislang noch nicht erreichte Bevölkerungsgruppen für eine Schutzimpfung zu gewinnen. Die Corona-Hotline des Landes und die Bürgerreferenten-Hotline sollten ebenfalls mindestens bis zum 30. September 2022 weiterbetrieben werden.

Die weitere Planung soll ermöglichen, flexibel auf die sich verändernden Gegebenheiten zu reagieren, aber auch Vorhaltekosten in Form nicht ausgelasteter Impfkapazitäten zu vermeiden.

PHASE 2

„Neue Welle“ (01.10.2022 – 31.03.2023) und Phase 3 „Robuste Struktur – 3-Stufenkonzept“ (ab 01.04.2023)

Aktuell befindet sich das Land Baden-Württemberg in einer Übergangsphase, in der dringend vorausschauend das weitere Vorgehen ab dem 1. Oktober 2022 diskutiert, abgestimmt und möglichst beschlossen und zugeordnet werden muss. Dies ist Teil der Implementierung und Verfestigung einer langfristigen Versorgung mit Corona-Schutzimpfungen des Landes Baden-Württemberg (s. o.).

Der wissenschaftliche Bericht bezieht sich ausschließlich auf die Erfahrungen aus den Vor-Ort-Gesprächen und der Online-Befragung der Kreise. Es ist daher nicht im Detail geklärt, wie die Ärzteschaft die Impfungen organisiert und die zusätzliche Belastung empfunden hat, zumal es bisher keine Befragung oder Abfrage hierzu gibt. Dazu zählen u. a. die Terminvergabe und das Anmeldungs-system, die Kommunikation, die Organisation und die jeweiligen u. a. finanziellen Verantwortlichkeiten. Durch die neue Arbeitsgruppe wurde bisher initiiert, dass nicht nur die niedergelassene Ärzteschaft und die Betriebs-ärzteschaft, sondern auch die Apothekerschaft sowie die Zahnärzte und ggf. Tierärzteschaft in Bezug auf Kapazitäten und Bereitschaft befragt wurde.

Die bisher stichpunktartig formulierten weiteren zwei Phasen sollten zur Sicherung einer robusten zukünftigen Impfstruktur um eine Supra-Struktur sowie um Absichtserklärungen und Vereinbarungen ergänzt werden. Falls dies nicht geschieht, würde die Grundlage für eine strikte Steuerung im Falle neuer Pandemiewellen fehlen und dem Land würde – wie im Herbst 2021 – wieder eine nicht aus-

reichend frühzeitige Vorplanung vorgeworfen werden können. Dies könnte für das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg zu einem politischen Problem führen. Die Ziele sollten mit den maßgeblichen Akteuren auf Landesebene abgestimmte Empfehlungen für die Sicherung einer robusten dauerhaften Impfinfrastruktur ab 1. Oktober 2022 in Baden-Württemberg umfassen, die sich jeweils nach der aktuellen Pandemielage und den benötigten Impfungen richten. Darin sollten Absichtserklärungen enthalten sein, die mit Beteiligten unterschiedlicher Organisationen durchzuführen sind (u. a. Kommunale Landesverbände, KVBW).

Aufbauend auf den Erfahrungen aus den Vor-Ort-Besuchen sind daher weitere Initiativen zu empfehlen, um die nächsten beiden Phasen zu planen und mittelfristig ein robustes Konzept umzusetzen. Vor allem müssen klare Zuständigkeiten in Abhängigkeit von den Kapazitäten benannt werden. Folgendes strukturiertes Vorgehen ist zu empfehlen:

1. Erstellung von Themenblöcken und hier zu klärenden Fragen für die Sicherung einer robusten dauerhaften Impfinfrastruktur in Baden-Württemberg zur Abstimmung auf der Basis aktueller Zahlen,
2. Diskussion der Themen und zu klärenden Fragen mit den Landesverbänden und Akteuren in der AG „Weiterentwicklung der Impfinfrastruktur“,
3. Schriftliche Ausarbeitung/Vorbereitung einer gemeinsamen Empfehlung,
4. Diskussion, Abstimmung und Verabschiedung der Empfehlung mit den Landesverbänden und Akteuren in der AG,
5. Schriftliche Zusammenfassung der Empfehlungen als Grundlage für einen politischen Beschluss.



Für die Berechnung des zukünftigen Bedarfs an Impfkapazitäten ist auf Basis der bisherigen Impffzahlen und der Rückmeldungen zur Impfbereitschaft eine Bedarfsschätzung notwendig. Auch ist die Flexibilität der Kapazitäten eine Voraussetzung, da die Verteilung der Impfungen zumindest nach dem bisherigen Verlauf voraussichtlich in Wellen erfolgen wird. Nachfragespitzen in der Impfkampagne sollten durch geschicktes Terminmanagement („Einmalanmeldung“, vgl. Bayern) ausgeschlossen werden, um die Organisation, das Personal und den Landeshaushalt nicht zu überlasten. Nur falls aufgrund der jeweiligen Pandemielage nicht vermeidbar, sollte ein jederzeitiges Hochfahren der Kapazitäten auf die vorzuhaltende durchschnittliche Grundkapazität vorgesehen werden. Dazu sollen die Landratsämter und Stadtverwaltungen entsprechend flexible Verträge mit den Betreibern vereinbaren, die bei Bedarf ein rasches Wiederhochfahren der Kapazitäten ermöglichen.

Für die zukünftige Organisation der Impfkampagne in Baden-Württemberg sollte der Betrieb von Impfeinheiten (falls die Ärzteschaft und die Apothekerschaft die erforderlichen Impfungen nicht leisten kann) weiterhin auf den bewährten und erfolgreichen Strukturen der Impfeinheiten in der Trägerschaft der Landkreise und kreisfreien Städte aufbauen.

Als Ziele einer robusten dauerhaften Impfinfrastruktur sollten folgende weitere Punkte beachtet werden:

- Vermeidung von Überlastungen oder massiven Nachfragespitzen in der Impfkampagne durch Terminmanagement und Steuerung von Impfungen (z. B. gezielte Einladung vulnerabler Gruppen bereits im August),
- Übergang in den Regelbetrieb soweit möglich (Impfungen durch Ärzteschaft) und Klärung, welche Impfkapazitäten durch die Ärzteschaft, ergänzt durch Apothekerschaft, leistbar sind,
- Ausrichtung der Impfkapazitäten an Vorgaben der Wirtschaftlichkeit des Landes und des Bundes,
- Festlegung von Absichtserklärungen in Abhängigkeit vom Impfbedarf mit den verschiedenen Akteuren.

Folgende Fragen sind weiterhin zu klären:

- Wie waren die Erfahrungen der niedergelassenen Ärzteschaft mit dem Impfen im letzten Herbst/Winter?
- Wie viele Impfungen kann die niedergelassene Ärzteschaft, Betriebsärzteschaft, Apothekerschaft sowie Zahnärzte- und ggf. Tierärzteschaft dauerhaft verlässlich leisten?
- Wie können Anreize geschaffen werden, dass die niedergelassene Ärzteschaft mehr impft?
- Wie hoch ist die Anzahl an Impfungen, die dann noch für das Land bzw. die Kreise übrigbleiben?

Es wird empfohlen, folgende Daten u. a. hierfür zu verwenden bzw. zu erheben:

- Anzahl der Gesamtbevölkerung
- Anzahl der Bevölkerung ab 5 Jahren
- Anzahl an Impfungen in Baden-Württemberg gesamt
- Anzahl an Erstimpfungen, d. h. Prozentzahl bezogen auf Gesamtbevölkerung und Prozentzahl bezogen auf die über 5-Jährigen
- Anzahl an Zweitimpfungen, d. h. Prozentzahl bezogen auf Gesamtbevölkerung und Prozentzahl bezogen auf die über 5-Jährigen
- Anzahl an Auffrischungsimpfungen, d. h. Prozentzahl bezogen auf Gesamtbevölkerung und Prozentzahl bezogen auf die über 5-Jährigen

- Anteil an Impfungen in Impfzentren: Prozentzahl, Anteil an Impfungen durch niedergelassene Ärzteschaft; Anteil an Impfungen in Impfzentren
- Anzahl an Impfeinheiten (Anzahl an festen Standorten mit mobilen Teams)
- Betrieb: Tage/Woche
- Täglich max. Kapazitäten: Anzahl an Impfungen/Woche, d. h. Anzahl an Impfungen/Woche/100.000 Einwohner

Weitere Aspekte, die für die Umsetzung eines robusten Impfkonzeptes nötig sind:

IT/esQLab/Termin-Tool

- Die Dokumentation und Meldung der Impfungen an das RKI erfolgt weiterhin über die Software esQLab.
- Das Termin- und Einladungsmanagement sollte über ein neues zentrales Termin-Tool ermöglicht werden. In Anlehnung an die Erfahrungen aus Bayern und Rheinland-Pfalz sollte ein Vorgehen entwickelt werden, das künstliche Überlastungen der Impfeinheiten vermeidet, indem jede Person sich nur einmal registrieren kann. Hier wäre zu klären, ob das mit den Impfungen durch die niedergelassene Ärzteschaft, Betriebsärzteschaft und die Apothekerschaft verknüpft werden kann.
- Das Termin-Tool müsste nicht neu eingerichtet werden, hier könnte z. B. auf das Tool aus Bayern oder andere Tools aufgebaut werden, ggf. mit erforderlichen Anpassungen.
- Es ist zu klären, ob die Impfeinheiten ergänzend unabhängig über Online-Anmeldemöglichkeiten Terminvereinbarungen vornehmen können.

Impfstofflieferungen, Logistik, Beschaffungen

- Weiterhin sollte die Versorgung der Impfzentren mit Impfstoff (falls Betrieb erforderlich) über die Apotheken erfolgen.
- Falls möglich, sollte tiefgefrorener Impfstoff wiederbeschafft werden, um möglichst flexibel auf die Pandemiewelle reagieren zu können.

Kosten

- Es ist darauf hinzuwirken, dass die vom Bundesministerium für Gesundheit zugesagte Fortführung der Impfeinheiten bis Jahresende 2022 ohne Nachtragshaushalt 2022 finanzierbar sein wird, sofern der Bund weiterhin die Hälfte der geltend gemachten Kosten des Landes Baden-Württemberg bis zum 31. Dezember 2022 trägt.

Umsetzung

- Eine Abstimmung mit den Landkreisen, kreisfreien Städten sowie den Kommunalen Landesverbänden ist erforderlich.
- Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in den Landesverbänden inkl. der Pandemiebeauftragten sowie dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration sollten festgelegt werden.
- In den Kreisen ist eine Einrichtung bzw. Verstetigung einer „Stabsstelle Pandemie“ zu empfehlen.
- Falls erforderlich, sollte ein Kabinettsbeschluss zur Weiterführung der Impfeinheiten erzielt werden.

ExpertInnenrat der Bundesregierung

- Die Empfehlungen des ExpertInnenrates der Bundesregierung sind zu berücksichtigen, die u. a. den Erhalt einer Rumpfstuktur der Impfzentren im Stand-by-Betrieb mit schneller Reaktivierbarkeit befürworten (18).



2.4 ZUSAMMENFASSUNG DER ANALYSE

Zusammenfassend hat das Team „Planung Impfinfrastruktur“ unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Annegret Kuhn durch die Gespräche und Evaluation der Impfstrukturen vor Ort wichtige Erkenntnisse zusammengetragen und vorausschauende Empfehlungen für das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration entwickelt (vgl. auch 1.2.3). In einem ersten Kurzkonzept vom März 2022 wurde zunächst dargestellt, dass der hohe organisatorische und finanzielle Aufwand der Landesregierung Baden-Württemberg für die Impfinfrastruktur des Landes und die damit hohe Anzahl an Impfungen durch entsprechende Strukturen, zusätzlich zu den Impfungen durch die niedergelassene Ärzteschaft und die Betriebsärzteschaft, erfolgreich und gerechtfertigt war und somit wesentlich zum Schutz der Bevölkerung beigetragen hat. Die Vor-Ort-Besuche haben vor allem verdeutlicht, dass eine zentrale Koordination der Impfkampagne und die Kommunikation innerhalb eines Kreises nicht von der niedergelassenen Ärzteschaft und der Betriebsärzteschaft im Gesamten übernommen werden kann. Gleiches wird in der zukünftigen Impfkampagne auch für die Apothekerschaft sowie die Zahnärzteschaft und ggf. Tierärzteschaft gelten. Der bereits geleistete sehr hohe Aufwand des Landes und der Kreise, aber auch die zukünftigen Kosten sind bei Weiterführung der aktuellen Strukturen jedoch unbedingt zu berücksichtigen, da nur durch ein vorausschauendes Konzept, das in Zusammenarbeit mit den kommunalen Landesverbänden erstellt werden kann, eine effiziente und für das Land finanzierbare Bewältigung der künftigen Impfkampagne zu erreichen ist.

Diese zukünftige Strategie muss vor allem berücksichtigen, dass die Dynamik der Corona-Pandemie keine genaue Prognose der weiteren Entwicklung und der damit verbundenen Anzahl von benötigten Impfungen zulässt. Somit müssen bei Überschreitung der Kapazitäten der niedergelassenen Ärzteschaft, der Betriebsärzteschaft sowie der weiteren Leistungserbringer das Land bzw. die Stadt- und Landkreise unterstützend tätig werden, sofern es weiterhin das bundes- und landespolitische Ziel ist, einen möglichst großen Teil der Bevölkerung in einem kurzen Zeitraum zu impfen. Hinzu kommt, dass laut Hausärzterverband Baden-Württemberg in ländlichen Gebieten bereits jetzt Engpässe bestehen, die sich in den nächsten Jahren weiter verschärfen werden (21). Zudem erfordert eine Pandemie, wie sich im Herbst/Winter 2021/2022 deutlich gezeigt hat, eine umfassende, optimierte Organisations- und Koordinationsstruktur, um die große Anzahl an Impfungen auf zahlreiche krisenerfahrene Akteure verteilen zu können. Auch wäre zukünftig wichtig, die Nachfrage nach Impfungen durch entsprechende Priorisierung sowie weitere steuernde Maßnahmen (z. B. landesweite Terminvergabe) zeitlich zu entzerren. Hierzu ist ebenfalls eine zentrale Koordination und Organisation erforderlich. Abhängig vom Verlauf der aktuellen Corona-Pandemie und möglicher Szenarien ist auch zu berücksichtigen, dass es in Zukunft immer wichtiger sein wird, vulnerable Gruppen zu schützen und schwere Erkrankungen abzumildern, d. h. die Versorgung von Pflegeheimen mit Impfungen wird innerhalb der Impfkampagne weiterhin eine wichtige Aufgabe darstellen.

■ TEIL 3

ABBILDUNGEN, LITERATUR, DANKSAGUNG UND FRAGEBOGEN

3.1 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

- Abb. 1: Impfungen durch Landesimpfstrukturen und niedergelassene Ärzteschaft
- Abb. 2: Bewährung der gewählten Organisationsstruktur
- Abb. 3: Integration der niedergelassenen Ärzteschaft
- Abb. 4: Anzahl der mobilen Impfteams
- Abb. 5: Anzahl der dauerhaften Impfteams
- Abb. 6: Bewährung der Infrastruktur
- Abb. 7: Aufteilung in mobile/stationäre Angebote
- Abb. 8: Personalakquise und -betreuung von medizinischem Personal
- Abb. 9: Zusammensetzung des Personals
- Abb. 10: Bewährung der operativen Prozesse
- Abb. 11: Bewährung der gewählten Form und Tiefe der Einbindung der niedergelassenen Ärzteschaft
- Abb. 12: Durchschnittliche Impfungen pro Impfeinheit/Tag

Anmerkung: Die Datensätze der Abbildungen enthalten jeweils Angaben von 43 Kreisen (zwei der 44 Kreise in Baden-Württemberg haben den Fragebogen gemeinsam ausgefüllt). Nur bei Abweichung ist die Anzahl der Antworten angegeben.

3.2 LITERATURVERZEICHNIS

1. <https://www.bmz.de/de/entwicklungspolitik/corona-pandemie> (16.06.2022)
2. <https://www.auswaertiges-amt.de/de/newsroom/allianz-multilateralismus-corona/2333390> (16.04.2020)
3. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1090985/umfrage/fallzahl-des-coronavirus-2019-ncov-nach-laendern/> (15.06.2022)
4. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1195157/umfrage/impfungen-gegen-das-coronavirus-nach-laendern-weltweit/> (01.06.2022)
5. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html (26.11.2021)
6. <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/gesamt.html> (19.04.2022)
7. <https://www.zusammengencorona.de/covid-19/wie-gefaehrlich-sind-die-coronavirus-mutationen/> (28.04.2022)
8. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virologische_Basisdaten.html (25.07.2022)
9. Telenti A, Hodcroft E, Robertson DL. The evolution and biology of SARS-CoV-2 variants. *Cold Spring Harb Perspect Med* 2022; 27; 12(5):a041390.



10. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1104173/umfrage/todesfaelle-aufgrund-des-coronavirus-in-deutschland-nach-geschlecht/> (10.06.2022)
11. <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/die-aktuellen-corona-zahlen-fuer-baden-wuerttemberg/> (15.06.2022)
12. <https://www.lpb-bw.de/was-aendert-corona#c59098> (16.06.2022)
13. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/216717/Versorgung-von-Krebspatienten-Corona-Effekt-in-der-Onkologie> (27.07.2022)
14. <https://www.zusammengegen corona.de/impfen/gemeinschaftsschutz-solidaritaet-in-der-coronavirus-pandemie/> (08.04.2022)
15. <https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/schutzimpfung/wirksamkeit-der-covid-19-impfstoffe/#c16475> (12.04.2022)
16. <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfempfehlung-Zusfassung.html> (24.05.2022)
17. <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html> (07.06.2022)
18. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html (29.10.2020)
19. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/992814/2048684/0e393c7cf5d2b3a556fa6a8df6352d11/2022-06-08-stellungnahme-expertinnenrat-data.pdf> (08.06.2022)
20. <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/bundeslaender-wollenschaerfere-corona-massnahmen-100.html> (21.06.2022)
21. Deutscher Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg e.V.: Positionen und Forderungen des Hausärzterverbands Baden-Württemberg zum Wahljahr, 2021
22. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/medizinische-versorgung/haus-und-landaerzte/> (27.06.2022)

3.3 DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die auf unterschiedliche Art und Weise zur Erstellung dieses wissenschaftlichen Berichtes und zur Reise durch das Land Baden-Württemberg beigetragen haben.

Zuerst gebührt mein Dank Herrn Prof. Dr. Uwe Lahl, Amtschef des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, der im Dezember 2021 die Idee für dieses Projekt an mich herangetragen hatte, um die Impfstrukturen in Baden-Württemberg zu evaluieren und somit eine Basis für das zukünftige Landesimpfkonzept zu schaffen. Für seine großzügige Unterstützung im Aufbau eines neuen Teams in der Task Force Impfen und die Einbindung in zahlreiche politische Gremien sowie vor allem für den konstruktiven persönlichen Austausch und seine immer hilfreichen Anregungen, sowie insbesondere für sein geschätztes Vertrauen in meine Arbeit und meine Person möchte ich mich herzlich bedanken.

Ich bedanke mich bei der ehemaligen bzw. aktuellen Leitung der Task Force Impfen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Frau Katja Schnell und Herrn Sebastian Altemüller, die mich während des gesamten Projektes sowohl bei meiner Reise durch das Land als auch bei der Erstellung der verschiedenen Dokumente maßgeblich unterstützt haben. Der kontinuierliche Austausch und die konstruktive Kritik waren äußerst hilfreich, um das Projekt erfolgreich durchzuführen und zu einem

Abschluss zu bringen. Auch möchte ich mich bei allen weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Task Force Impfen für die gute und konstruktive Zusammenarbeit sowie die hilfreichen Kommentare beim Korrekturlesen des Fragebogens und des wissenschaftlichen Berichtes bedanken.

Ein besonderer Dank gilt Frau Melanie Bäder, Mitarbeiterin des Teams „Planung Impfinfrastruktur“ der Task Force Impfen, die mit mir nicht nur die Reise durch alle 44 Stadt- und Landkreise geplant und durchgeführt hat, sondern von Anfang an auch das gesamte Projekt begleitet hat. Mit ihrem umfangreichen Wissen über die Landesstrukturen und ihrer hervorragenden Arbeit und Unterstützung in allen Bereichen sowie ihrem unermüdlichen persönlichen und zeitlichen Einsatz hat Frau Bäder wesentlich zum Erfolg dieses Projektes und der Erstellung des wissenschaftlichen Berichtes beigetragen. Dieses Projekt und auch der Bericht hätten ohne Frau Bäder in dieser Form nicht entstehen können.

Ebenfalls möchte ich mich besonders herzlich bei Frau Dr. Monika Herrmann, Mitautorin des wissenschaftlichen Berichtes und Mitarbeiterin des Teams „Planung Impfinfrastruktur“ der Task Force Impfen für die persönlich sehr geschätzte Zusammenarbeit bedanken. Mit ihrem umfassenden Wissen und ihrer Erfahrung über die Landesgrenzen hinaus hat Frau Dr. Herrmann im Rahmen ihrer Abordnung vom Verkehrsministerium maßgeblich zum Gelingen des wissenschaftlichen Berichtes beigetragen. Die vielen konstruktiven Gespräche und Informationen haben dem Bericht eine besonders hochwertige Qualität gegeben.



Außerdem möchte ich mich ganz besonders bei den verschiedenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Teams „Planung Impfinfrastruktur“ der Task Force Impfen bedanken, die von verschiedenen Organisationen oder Einrichtungen zeitweise abgeordnet waren. Hier möchte ich vor allem Frau Faith Uwague für die hervorragende Unterstützung bei der Auswertung des Fragebogens, der Zusammenfassung der Daten und der Erstellung der Graphiken hervorheben, Herrn Viktor Hebel für die professionelle Unterstützung bei der Entwicklung und Erstellung des webbasierten Fragebogens, Herrn Dr. Levent Günes für die ausgezeichnete Formatierung der Graphiken für den wissenschaftlichen Bericht, Frau Petra Herrmann für die gute und komplexe Termin- und Reiseorganisation, sowie Frau Christina Molner, Frau Orsola Peluso und Herrn Christian Ludwig für die Begleitung der Reise durch das gesamte Land Baden-Württemberg sowie die vielen sicheren Fahrten.

Mein besonderer Dank gilt auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Landkreistages Baden-Württemberg, hier stellvertretend genannt Herr Prof. Dr. Alexis v. Komorowski, Hauptgeschäftsführer, und Herr Dr. Tim Gerhäuser, Dezernent, sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Städtetages Baden-Württemberg, hier stellvertretend genannt Frau Gudrun Heute-Bluhm, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied, und Herrn Benjamin Lachat, Dezernent, für die interessanten und konstruktiven persönlichen Gespräche in Bezug auf den Rückblick und die zukünftige Ausrichtung der Landesimpfinfrastrukturen in Baden-Württemberg.

Auch möchte ich mich herzlich bei allen Landrätinnen und Landräten sowie Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeistern der Stadtkreise in Baden-Württemberg sowie deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihren persönlichen Einsatz für die Impfkampagne im Rahmen der Corona-Pandemie, den professionellen Aufbau der Impfstrukturen des Landes, sowie den freundlichen Empfang und die äußerst konstruktiven Gespräche bei unserer Reise durch das Land bedanken. Zudem möchte ich für die kurzfristige umfassende Beantwortung des webbasierten Fragebogens meinen Dank aussprechen.

Abschließend möchte ich mich bei allen Akteuren der Impfstützpunkte, inkl. der Hilfsorganisationen sowie dem ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal, für ihre professionelle und beeindruckende, engagierte und kreative Arbeit und ihren persönlichen Einsatz sowie die Führung durch die Impfstützpunkte bei unserer Reise durch das Land bedanken.

Annegret Kuhn

Stuttgart, 26. Juni 2022

Prof. Dr. Annegret Kuhn, MBA
Leitung des Teams „Planung Impfinfrastruktur“ der Task Force Impfen
Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

3.4 FRAGEBOGEN

Fragebogen für die zukünftige Planung der Impfinfrastruktur in Baden-Württemberg auf Kreisebene

Stand: 11.02.2022

[] = Textfeld, Skala oder Anmerkungen

Ziel: Erfassung der bisherigen und aktuell vorhandenen Impfinfrastruktur in den Land- und Stadtkreisen als Basis für die Erstellung einer längerfristigen Planung der Impfinfrastruktur auf Kreisebene.

Der Fragebogen umfasst 8 Themenfelder mit verschiedenen Single- und Multiple-Choice-Fragen. Das Ausfüllen nimmt ca. 20–30 Minuten in Anspruch.

Solange Sie am selben Rechner die Umfrage ausfüllen, können Sie beliebig oft die Beantwortung der Fragen unterbrechen und wiederaufnehmen. Sie gelangen dann jeweils an die Stelle, an der Sie unterbrochen haben.

Möchten Sie die Beantwortung der Fragen durch eine andere Person/ auf einem anderen Rechner durchführen, bitte zuerst die Umfrage komplett durchklicken und am Ende nicht angeben, dass Sie der finale Bearbeitende sind.

Der Fragebogen ist möglichst bis zum 18.02.2022 zu beantworten. Später eingehende Antworten können ggf. nicht berücksichtigt werden.

0.1 Für welchen Kreis wird der Fragebogen ausgefüllt? [Text]

0.2 Durch wen (Funktion) wird der Fragebogen ausgefüllt? [Position]

THEMENKOMPLEX 1

Organisatorische Verortung

1.1 An welcher Stelle innerhalb der Kreisverwaltung ist die Impfinfrastruktur organisatorisch angegliedert?

- Stabsstelle [Name]
- Führungsebene (z. B. Dezernat / Geschäftskreis / Amt) [Name]
- Sonstige [Text]

1.2 Ist das Gesundheitsamt Teil des Kreises? (Status wird abgefragt, um die Auswertung der Ergebnisse zu vereinfachen)

- Ja
- Nein

1.3 Wird aktuell noch mit einem MIT-Krankenhausstandort gemeinsam gearbeitet?

- Nein
- Ja, mit [bitte nennen Sie im untenstehenden Textfeld den Krankenhausnamen]

1.3.1 Falls ja: Wie ist die Aufgabenverteilung zwischen dem MIT-Standort und dem Kreis? [Text]

1.4 War die Abdeckung des Impfbedarfs im Kreis durch den MIT-Standort in Ergänzung zur niedergelassenen Ärzteschaft vor dem 18.11.2021 ausreichend?

- Nein
- Ja



- 1.4.1 Falls nein: Warum nicht?
- Zu geringe Anzahl an Einsätzen im Kreis
 - Mangelhafte Abstimmung der Tourenplanung
 - Nachfrage ist zu schnell zu hoch angestiegen
 - Zu geringe Impfstoffverfügbarkeit
 - Sonstiges [Text]
- 1.5 Wäre grundsätzlich ab April 2022 eine längerfristige Abdeckung des Kreisgebietes durch den bislang zuständigen oder einen anderen MIT-Standort gewünscht?
- Nein
 - Ja, durch den bisher zuständigen Standort
 - Ja, durch einen anderen Standort: [Text]
- 1.5.1 Falls nein: sollen durch den Kreis ab April 2022 eigene MIT betrieben werden?
- Nein
 - Ja
- 1.5.2 Falls ja: wie lange werden nach heutiger Einschätzung mobile Impfeinheiten im Kreis benötigt?
[Zahl] Monate
- 1.6 Wird aktuell mit einem weiteren Krankenhaus zusammengearbeitet?
- Nein
 - Ja, mit [bitte nennen Sie im untenstehenden Textfeld den Krankenhausnamen]
Falls ja: Wie ist die Aufgabenstruktur?
[Text]
- 1.7 Findet eine Zusammenarbeit mit Gemeinden im Kreis statt?
- Nein, es findet keine regelmäßige/aktive Zusammenarbeit statt
 - Nein, die gemachten Angaben beziehen sich auf eine kreisfreie Stadt
 - Ja, mit [bitte nennen Sie im untenstehenden Textfeld die Gemeindennamen]
- 1.8 Wie hat sich die gewählte Organisationsstruktur (Kreisstruktur, Gesundheitsämter, Gemeinden, MIT-Standorte/weitere Krankenhäuser) bewährt? Bitte stufen Sie Ihre Einschätzung auf einer Skala von 1–10 ein, wobei 1 „gar nicht bewährt“ und 10 „sehr gut bewährt“ bedeutet
[Skala]
- 1.8.1 Warum? [Text]
- 1.8.2 Nennen Sie konkrete Voraussetzungen für eine zukünftige Planung.
- Organisatorisch¹: [Text]
Personell²: [Text]
Finanziell³: [Text]
Infrastruktur/Ausstattung⁴: [Text]
Sonstige: [Text]

¹ z. B. Verbleib der Impfaufgabe beim Kreis, Abwicklung der Impfaufgabe durch niedergelassene Ärzteschaft

² z. B. Anzahl an Vollzeitäquivalenten (VZÄ) pro Monat

³ z. B. Kostenrahmen pro Monat

⁴ z. B. Hardware, Fahrzeuge für MIT-Einsätze

THEMENKOMPLEX 2

Einbindung Dritter in die Impfkampagne auf Kreisebene

- 2.1 Wurden durch den Kreis auch Dritte (teilweise oder vollständig) mit der Organisation und dem Betrieb der Impfeinrichtungen betraut?
[Mehrfachantwort möglich]
- Hilfsorganisation
 - Private Dritte (z. B. Arztpraxen)
 - Messebetreiber
 - Personaldienstleister
 - Andere Gebietskörperschaften
 - Sonstige: [Text]
 - Nein, es wurden keine Dritten betraut
- 2.1.1 Falls ja: Die oben genannten wurden mit folgenden Aufgaben betraut:
[Mehrfachantwort möglich]
- Gesamtkoordination
 - Personalrekrutierung und -verwaltung
 - Impfstoffmanagement
 - Terminmanagement
 - Auf- und Abbau, Raummanagement
 - Durchführung von Impfungen
 - IT-Management
 - Security
 - Reinigung
 - Sonstige: [Text]
- 2.2 Wurden durch den Kreis weitere Rechtsbeziehungen mit Dritten eingegangen? [Mehrfachantwort möglich]
- Anmietung Liegenschaften
 - Eigene Personalverträge
 - Kauf von Einrichtungsgegenständen
 - Anmietung von Einrichtungsgegenständen
 - Sonstige [Text]
 - Nein, es wurden keine weiteren Rechtsbeziehungen eingegangen.
- 2.2.1 Falls [1.2] Nein:: Wurden durch das Gesundheitsamt auch Dritte (teilweise oder vollständig) mit der Organisation und dem Betrieb der Impfeinrichtungen betraut?
- Nein
 - Ja
- 2.2.2 Falls Ja: Welche Infrastruktur wurde durch Dritte aufgebaut?
[Mehrfachantwort möglich]
- Mobile Infrastruktur
 - Stationär, ein Standort pro Beauftragtem
 - Stationär, mehrere Standorte pro Beauftragtem
 - Sonstiges [Text]
- 2.3 Ist die niedergelassene Ärzteschaft in das Kreiskonzept integriert?
- Nein
 - Ja



2.3.1 Falls Ja: in welcher Form?

- Regelmäßige Nutzung der Infrastruktur der Impfstützpunkte für Impfangebote
- Unregelmäßige Nutzung der Infrastruktur der Impfstützpunkte für Sonderimpfaktionen
- Eigenständiges Angebot der niedergelassenen Ärzteschaft, Zeiträume und Umfang abgestimmt mit Kreis
- Informationsaustausch zwischen Kreis und Ärzteschaft
- Sonstiges [Text]

2.4 Wie hat sich die gewählte Form der Struktur (mit oder ohne Dritte in verschiedener Ausprägung) bewährt? Bitte stufen Sie Ihre Einschätzung auf einer Skala von 1–10 ein, wobei 1 „gar nicht bewährt“ und 10 „sehr gut bewährt“ bedeutet [Skala]

2.4.1 Warum? [Text]

2.4.2 Nennen Sie konkrete Voraussetzungen für eine zukünftige Planung.
Organisatorisch: [Text]
Personell: [Text] Finanziell: [Text]
Infrastruktur/Ausstattung: [Text]
Sonstige: [Text]

THEMENKOMPLEX 3

Infrastruktur

3.1 Aus welchen Bestandteilen des Landeskonzeptes setzt sich die Infrastruktur im Kreis zusammen? [Mehrfachantwort möglich]

- Impfeinheiten in Form von Mobilten Impfteams (MIT) (Angabe inkl. Anzahl MIT als Impfbusse): [Zahl]
Davon für Einsätze in stationären Pflegeeinrichtungen: [Zahl]
Davon zur Frequentierung von Impfstützpunkten: [Zahl]
Davon für Sondereinsätze in Gemeinden/an zentralen Orten: [Zahl]
Davon für sonstige Sondereinsätze/ als Springerteams: [Zahl]
Davon in Impfbussen: [Zahl]
- Impfeinheiten in Form von dauerhaften Impfteams (DIT): [Zahl]
- Impfstützpunkte: [Zahl]
- Impfbusse (Anzahl Fahrzeuge): [Zahl]
- Keine Zahlen vorhanden

3.1.1 Falls Impfteams mit Sondereinsätzen beauftragt werden, um welche Art von Sondereinsätzen handelt es sich? [Text]

3.2 Wie werden die Impfeinheiten koordiniert?

- Zentral durch eine Ansprechperson des Kreises
- Dezentral durch Ansprechpersonen in den einzelnen Impfstützpunkten
- Sonstige Koordinationsformen [Text]

- 3.3 Wie werden die Impfstützpunkte genutzt? [Mehrfachantwort möglich]
- Dauerhaft durch ein oder mehrere DIT
 - Durch ein MIT nach Bedarf
 - durch verschiedene MIT im Wechsel nach Bedarf
 - durch MIT und DIT im Wechsel nach Bedarf
 - Dauerhaft durch die niedergelassene Ärzteschaft
 - Abwechselnd durch DIT oder MIT und die niedergelassene Ärzteschaft
 - Betriebsärzteschaft

- 3.3.1 Fallen bei Nichtnutzung der Liegenschaften (z. B. im Rahmen eines Standby-Betriebs) Vorhaltekosten an?
- Nein
 - Ja, monatlich in folgender Höhe: [Text] €

- 3.4 Können die aktuell genutzten Liegenschaften über April 2022 hinaus genutzt werden?
- Nein
 - Ja, einige Liegenschaften können weiter genutzt werden.
 - Ja, alle Liegenschaften können weiter genutzt werden.

- 3.5 Wie hat sich die gewählte Infrastruktur (mit MIT und/oder DIT oder keine eigenen Impfeinheiten) bewährt? Bitte stufen Sie Ihre Einschätzung auf einer Skala von 1–10 ein, wobei 1 „gar nicht bewährt“ und 10 „sehr gut bewährt“ bedeutet [Skala]

- 3.5.1 Bitte begründen Sie nachfolgend Ihre Antwort. [Text]

- 3.6 Welche Aufteilung von mobilen und stationären Angeboten würden Sie für die Zukunft wählen [Schieberegler: Links 100 % mobile Angebote, rechts 100 % stationäre Angebote]

- 3.6.1 Bitte begründen Sie nachfolgend Ihre Antwort. [Text]

THEMENKOMPLEX 4

Personal

a) Medizinisches Personal (ohne Ärzteschaft)

- 4.1 Wer führt die Personalakquise und -betreuung durch? [Mehrfachantwort möglich]
- Kreisverwaltung selbst
 - Kreisverwaltung unter Zuhilfenahme von Hilfsorganisation
 - Kreisverwaltung unter Zuhilfenahme von Randstad (Personaldienstleister)
 - Kreisverwaltung unter Zuhilfenahme von anderem Personaldienstleister [Text]
 - Sonstiges [Text]

- 4.2 Aus welchen Komponenten setzt sich das derzeit tätige Personal zu wie vielen VZÄ bzw. Mitarbeitenden zusammen? [Mehrfachantwort möglich]
- Mitarbeitende des Kreises [Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
 - Mitarbeitende von kreisangehörigen Gemeinden (Abordnungen) [Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
 - Neueinstellungen (ggf. befristet) [Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
 - Personaldienstleister [Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]



- Hilfsorganisationen [Text (VZÄ/ Anzahl Mitarbeitende)]
- Studierende [Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
- Sonstige (mit kurzem Freitextfeld, um die sonstige Option zu definieren) [Text]
- Studierende [Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
- Sonstige (mit kurzem Freitextfeld, um die sonstige Option zu definieren) [Text]

c) Personal insgesamt

b) Nichtmedizinisches Personal

4.3 Wer führt die Personalakquise und -betreuung durch?

[Mehrfachantwort möglich]

- Kreisverwaltung selbst
- Kreisverwaltung unter Zuhilfenahme von Hilfsorganisation
- Kreisverwaltung unter Zuhilfenahme von Randstad (Personaldienstleister)
- Kreisverwaltung unter Zuhilfenahme von anderem Personaldienstleister [Text]
- Sonstiges [Text]

4.4 Aus welchen Komponenten setzt sich das derzeit tätige Personal zu wie vielen VZÄ bzw. bzw. Mitarbeitenden zusammen? [Mehrfachantwort möglich]

- Mitarbeitende des Kreises [Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
- Mitarbeitende von kreisangehörigen Gemeinden (Abordnungen) [Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
- Neueinstellungen (ggf. befristet) [Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
- Bundeswehr [Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
- Personaldienstleister [Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
- Hilfsorganisationen [Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
- Sicherheitsdienstleister [Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]

4.5 Gibt oder gab es im Rahmen der Personalakquise Herausforderungen, den Bedarf an bestimmten Berufsgruppen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, MFA, Dokumentationsassistenten) zu decken?

- Nein
- Ja

4.5.1 Falls ja, welche Berufsgruppen/ Einsatzfelder waren betroffen?

[Mehrfachantwort möglich]

- Medizinisches Personal (ohne Ärzteschaft), insb. MFA
- Medizinisches Personal (ohne Ärzteschaft), andere Berufsgruppen
- Ärztliches Personal
- Nichtmedizinisches Personal, v.a. Verwaltungspersonal
- Nichtmedizinisches Personal, andere Berufsgruppen
- Sonstige: [Text]

4.6 Wurde Personal des Kreises aus anderen Aufgabengebieten abgezogen?

- Nein
- Ja

4.6.1 Falls Ja: War dies dauerhaft (>6 Monate) möglich?

- Nein
- Ja

4.6.2 Welche Auswirkungen hat/ hatte dies auf die Regelstruktur/ Aufgabenerledigung der Kreisverwaltung?

[Text]

4.7 Sind oder waren freiwillige Helfende eingebunden, die für ihre Mitwirkungen keine finanzielle Entschädigung (außer ggf. Sachaufwand) erhalten?

- Nein
 Ja, als Ordnerpersonal
 Ja, als Dokumentationspersonal
 Ja, in sonstigen Einsatzgebieten:
[Text]

4.8 Wäre die aktuell aufgebaute Personalstruktur auch mittel- oder langfristig haltbar?

- Ja
 Nein

4.8.1 Falls Nein, warum?

[Mehrfachantwort möglich]

- Schwierigkeiten, geeignetes Personal für die Impfinfrastruktur zu finden
 Schwierigkeiten, geeignetes Personal für die Regelstruktur der Kreisverwaltung zu finden, damit das für die Impfkoordination und -durchführung abgeordnete Personal dort verbleiben kann
 Finanzrahmen lässt keine personelle Aufstockung in einem der beiden vorgenannten Bereiche zu
 Sonstige [Text]

4.9 Mit welchem Vorlauf kann Personalkapazität hochgefahren werden (Einflussfaktoren: kurzfristige Akquisition über Personaldienstleister oder Hilfsorganisation, Studierende etc.)?

4.9.1 Medizinisches Personal (ohne Ärzteschaft)

- ≤ 7 Tage
 ≤ 14 Tage
 ≤ 21 Tage
 > 21 Tage

4.9.2 Nichtmedizinisches Personal

- ≤ 7 Tage
 ≤ 14 Tage
 ≤ 21 Tage
 > 21 Tage

4.10 Mit welchem Vorlauf kann Personalkapazität heruntergefahren werden (Einflussfaktoren: Vertragslaufzeit/ Kündigungsfrist etc.)?

4.10.1 Medizinisches Personal (ohne Ärzteschaft)

- ≤ 7 Tage
 ≤ 14 Tage
 ≤ 21 Tage
 > 21 Tage

4.10.2 Nichtmedizinisches Personal

- ≤ 7 Tage
 ≤ 14 Tage
 ≤ 21 Tage
 > 21 Tage

4.11 Gibt es Bereiche, in denen Flexibilität nur in geringem Umfang möglich und daher Vorhaltekosten nicht vermeidbar sind? [Mehrfachantwort möglich]

- Koordination
 Logistik
 Sicherheitsdienst
 Sonstige: [Text]

4.12 Unter der Annahme der Vorhaltung einer „Basisstruktur“ im Kreis: wieviel Personal wäre für die folgenden Bereiche voraussichtlich mittelfristig notwendig? [Mehrfachantwort möglich]

- Strategische Planungs- und Entscheidungsebene
[Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
 Operative Planungsebene (z. B. Gesamtkoordination Impfstützpunkt/e



im Kreis, Abstimmung mit anderen Akteuren im Kreis, Qualitätssicherung)

[Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]

- Operativ-ausführende Ebene (z. B. Planung MIT-Einsätze, Verteilung Material)
[Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
- Mitarbeitende in Querschnittsbereichen der Kreisverwaltung (z. B. Personal, IT, Logistik)
[Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
- Medizinisches Personal (ohne Ärzteschaft)
[Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
- Ärztliches Personal
[Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]
- Sonstiges [Text]
[Text (VZÄ/Anzahl Mitarbeitende)]

4.13 Wie würden Sie in Situationen besonders hoher Impfnachfrage („Peak“) reagieren? [Mehrfachantwort möglich]

- Bereitstellung von Personal aus kreiseigenen Strukturen
- Rekrutierung von neuem Personal
- Einbindung von Ärztinnen und Ärzten über den Personalpool der KVBW
- Einbindung der niedergelassenen Ärzteschaft/ Betriebsärzteschaft
- Einbindung weiterer Strukturen (Apothekerschaft, Zahnärzteschaft, Tierärzteschaft)
- Durchführung von Sonderaktionen in Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren
- Sonstiges [Text]

THEMENKOMPLEX 5

Operative Umsetzung

a) Organisation

- 5.1 Wie sind die Impfeinheiten in den Impfstützpunkten strukturiert?
- Impfstraßen (Die zu impfende Person durchläuft die Stationen. Wenn es an einer Station zu Verzögerungen kommt, muss das Personal an dieser Station auf die zu impfende Person warten.)
 - Modulares System (Die verschiedenen Stationen des Impfablaufes stehen in verschiedener Anzahl [>1] zur Verfügung. Bei Verzögerungen an einer Station können zu impfende Personen, die diese Station parallel absolviert haben, bereits weiter zur nächsten Station gehen. Es entsteht wenig Leerlauf.)
 - Teilmodulares System
 - Sonstiges [Text]
- 5.1.1 Sind diese Impfstützpunkte flexibel reduzierbar und erweiterbar?
- Nein
 - Ja
- 5.1.2 Falls ja: In welchem Umfang?
- [Zahl minimale Anzahl Impfungen pro Tag und Stützpunkt]
- [Zahl maximale Anzahl Impfungen pro Tag und Stützpunkt]
- 5.2 Gibt es eine ärztliche Leitung?
- Nein
 - Ja
- 5.2.1 Falls ja, aus welchem Bereich wurde diese rekrutiert?
- Niedergelassene Arztpraxis

- Krankenhaus
- Hilfsorganisation
- aus dem Ruhestand
- Gesundheitsamt
- Sonstige Stelle innerhalb der Kreis-/
Stadtverwaltung [Text]
- Sonstige Bereich [Text]

5.2.2 In welchen Bereichen ist sie in den Gesamtprozess eingebunden?

- [Mehrfachantwort möglich]
- Fachliche Supervision
 - Operative Koordination
 - Sonstiger Bereich: [Text]

5.3 Gibt es eine organisatorische Leitung der Impfeinrichtungen im Kreis?

- Nein
- Ja

5.3.1 Falls ja, wer stellt diese?

- Gesundheitsamt
- Sonstige Stelle innerhalb der Kreis-/
Stadtverwaltung [Text]
- Hilfsorganisation
- eine im Ruhestand befindliche Person
- Sonstige Stelle [Text]

***b) Räumlichkeiten, Ausstattung, Hardware,
Dokumentation und Impfstoffmanagement***

5.4 Welche Räumlichkeiten werden für die Impfstützpunkte verwendet?

- [Mehrfachantwort möglich]
- Eigene Liegenschaft (bzw. Liegenschaft in Anteilseignerschaft), die unentgeltlich genutzt werden kann
 - Eigene Liegenschaft (bzw. Liegenschaft in Anteilseignerschaft), bei der Nutzungsersatzkosten anfallen
 - Angemietete Liegenschaft
 - Unentgeltlich nutzbare Liegenschaft eines Dritten
 - Sonstige [Text]

5.5 Welche weiteren Gegenstände zur Ausstattung der Impfstützpunkte werden neben denjenigen verwendet, die das Land zur Verfügung gestellt hat? [Mehrfachantwort möglich]

- Medizinische Gegenstände (Liegen, Desinfektionsspender, Kühlschränke etc.)
- Mobiliar (Trennwände, Stühle, Schreibtische etc.)
- Sonstige (Freitext)
- Keine weiteren Gegenstände

5.6 Woher stammen diese Gegenstände?

- Gegenstände gemietet
- Gegenstände gekauft (noch zu Zeiten der Impfzentren)
- Gegenstände für Impfinfrastruktur ab dem 18.11.2021 neu gekauft
- Unentgeltlich nutzbare Gegenstände
- Kreiseigene Gegenstände

5.7 Welche Hardware wird verwendet (z. B. PC, Laptops und Drucker)? [Mehrfachantwort möglich]

- Landeshardware
- Eigene Bestandshardware
- Neu beschaffte Hardware des Kreises
- Angemietete Hardware
- Unentgeltlich geliehene Hardware
- Sonstige: [Text]

5.8 Wie wird die Hardware des Landes gelagert, die derzeit nicht verwendet wird? [Mehrfachantwort möglich]

- Lagerung an einem gesicherten und geschützten Ort/ feste Räumlichkeit
- Hardware ist an einem Impfstandort aufgebaut
- Hardware lagert beim mobilen Impfteam
- Sämtliche Hardware ist derzeit im Gebrauch
- Sonstige Lagerung: [Text]



- 5.9 Wie wird eingelagerte Landeshardware regelmäßig, z. B. alle 3 Monate, mit aktuellen Software-Updates versorgt?
- Durch einen (externen) Dienstleister
 - Durch einen zentralen Ansprechpartner beim Kreis: [Text]
 - Keine Softwareupdates
 - Sonstiges: [Text]
- 5.10 Wie erfolgt die Meldung der Impfdaten? [Mehrfachantwort möglich]
- Über esQlab Vollversion (Landesclient)
 - Über esQlab Ambulant (Impfen 2.0)
 - Impfungen erfolgen durch die niedergelassene Ärzteschaft und werden daher durch diese gemeldet, dokumentiert und abgerechnet.
 - Über sonstigen Meldeweg: [Text]
- 5.11 In welchem Intervall wird die Qualität der eingegebenen Daten durch Bereinigung fehlerhafter Datensätze („Fehlerliste“) sichergestellt?
- Täglich
 - Mehrfach pro Woche
 - Wöchentlich
 - Seltener
 - Nie
- 5.12 In regelmäßigen Abständen werden die Updateinformationen versendet. Über welchen Weg erhalten Sie diese?
- E-Mail von der Task Force Impfen
 - E-Mail vom IT-Dienstleister des Landes
 - Über die Handbuch- und Anleitungsseite auf dem Landesclient
 - Über die Centex-Plattform
 - Diese Informationen werden nicht erhalten.
 - Sonstige: [Text]
- c) Impfstoff*
- 5.13 Wie erfolgt die Impfstoffbestellung im Kreis?
- dezentrale Bestellung bei verschiedenen öffentlichen Apotheken
 - zentrale Bestellung bei einer öffentlichen Apotheke
 - zentrale Bestellung bei/Versorgung durch eine Krankenhausapotheke
 - zentrale Bestellung bei Pharmagroßhandel
 - Sonstige: [Text]
- 5.14 Wie erfolgt(e) die Auswahl der Apotheke(n) (z. B. räumliche Nähe zum Einsatzort)? [Mehrfachantwort möglich]
- Räumliche Nähe zum Einsatzort
 - Größe/ Organisationsstruktur der Apotheke(n)
 - Sonstiges [Text]
- 5.15 Mit welchen weiteren Leistungserbringern des Kreises erfolgt die Impfstoffbestellung in Abstimmung? [Mehrfachantwort möglich]
- Ärzteschaft
 - Sonstige: [Text]
- 5.16 Wurde in Ausnahmefällen der niedergelassenen Ärzteschaft oder anderen Leistungserbringern mit durch den Kreis beschafften Impfstoffen ausgeholfen?
- Ja
 - Nein
- 5.17 Wurde durch Impfeinrichtungen des Kreises Impfstoff von anderen Leistungserbringern entgegengenommen und verimpft?
- Ja
 - Nein

5.18 Wie erfolgt die Impfstofflagerung im Kreis?

- Zentrale Lagerung an einem Ort
- Dezentrale Lagerung an verschiedenen Orten

5.19 Wie erfolgt die Auslieferung der Impfstoffe? [Mehrfachantwort möglich]

- Auslieferung an Standorte durch ein MIT
- Abholung vor Betriebsbeginn durch MIT/ Vertretung der einzelnen Stützpunkte
- Lieferung durch externe Dienstleister
- Sonstiges [Text]

5.20 Durch welche Maßnahmen wird die Einhaltung der Kühlkette sichergestellt? [Mehrfachantwort möglich]

- eigener Kühltransporter
- bedarfsbezogen angemieteter
- Kühlboxen für Transport
- Kühlräume
- Kühltruhen/-schränke
- Datenlogger
- Sonstige: [Text]

5.21 Wie werden die vorhandenen Impfstoff-Lagerbestände vor dem Hintergrund der begrenzten Haltbarkeit überwacht und gesteuert? [Mehrfachantwort möglich]

- EDV-gestützte Bestandsliste mit Angabe zur Haltbarkeit
- manuelle Bestandsliste mit Angabe zur Haltbarkeit
- zentrale impfstoffkoordinierende Person, die die Bestandsliste(n) verwaltet und Rücksprache mit der impfstoffbestellenden Person hält
- Sonstiges [Text]

5.22 Wie oft kam es bei der Lieferung/ Abholung zu einer Unterschreitung der bestellten Menge an Impfstoff? Bitte stufen Sie Ihre Einschätzung auf einer Skala von 1–10 ein, wobei 1 „sehr selten“ und 10 „sehr oft“ bedeutet [Skala sehr selten – sehr oft]

5.23 Welche Bereiche des Impfstoffmanagements waren besonders herausfordernd und warum? [Mehrfachantwort möglich]

- Bestellung [Text]
- Lieferung [Text]
- Lagerung/ Kühlung allgemein [Text]
- Impfstoffhaltbarkeit [Text]
- Sonstige [Text]

d) Allgemein

5.24 Wie haben sich die gewählten operativen Prozesse bewährt? Bitte stufen Sie Ihre Einschätzung auf einer Skala von 1–10 ein, wobei 1 „gar nicht bewährt“ und 10 „sehr gut bewährt“ bedeutet [Skala]

5.24.1 Warum? [Text]

5.24.2 Nennen Sie konkrete Voraussetzungen für eine zukünftige Planung.

- Organisatorisch: [Text]
- Personell: [Text]
- Finanziell: [Text]
- Infrastruktur/Ausstattung: [Text]
- Sonstige: [Text]

5.25 Welche Art von Sonderaktionen gibt oder gab es? [Mehrfachantwort möglich]

- Einmalige Wochenendaktion
- Pop-Up Aktionen an zentralen Orten
- Eventbezogene Aktionen (wie Weihnachten, Schulstart, etc.)
- Sonstige: [Text]



THEMENKOMPLEX 6

Tätigkeit der niedergelassenen Ärzteschaft und weiterer Leistungserbringer im Kreis

- 6.1 Welche weiteren Leistungserbringer impfen im Kreis aktuell in welchem Umfang? Bitte geben Sie, falls möglich, den Umfang in „Impfungen pro Woche“ an [Mehrfachantwort möglich]
- Betriebsärzteschaft [Impfungen/ Woche]
 - Krankenhäuser [Impfungen/ Woche]
 - Kur- und Rehakliniken [Impfungen/ Woche]
 - Apotheken [Impfungen/ Woche]
 - Sonstige: [Text] [Impfungen/ Woche]
- 6.2 Welche der nachfolgenden Leistungserbringer werden im Kreis künftig zusätzlich zu den vorgenannten Strukturen impfen? Bitte geben Sie, falls möglich, die Anzahl an Praxen an. [Mehrfachantwort möglich].
- Zahnärzteschaft [Zahl]
 - Veterinäre [Zahl]
 - nicht bekannt
- 6.3 Ist die/der örtliche Pandemiebeauftragte der KVBW eingebunden?
- Nein
 - Ja
- 6.3.1 Falls ja, welche Rolle spielt sie/er?
- Durch das SM bestellte medizinische Leitung
 - Beratende Funktion (vor Ort/ des Landratsamtes)
 - In sonstiger Weise eingebunden: [Text]
- 6.4 Wie hat sich die gewählte Form und Tiefe der Einbindung bewährt? Bitte stufen Sie Ihre Einschätzung auf einer Skala von 1–10 ein, wobei 1 „gar nicht bewährt“ und 10 „sehr gut bewährt“ bedeutet [Skala]
- 6.4.1 Warum? [Text]
- 6.4.2 Nennen Sie konkrete Voraussetzungen für eine zukünftige Planung.
- Organisatorisch: [Text]
Personell: [Text]
Finanziell: [Text]
Infrastruktur/Ausstattung: [Text]
Sonstige: [Text]
- 6.5 Für welche Einsatzgebiete bzw. Zielgruppen sollte die durch den Kreis organisierte Impfinfrastruktur vorrangig vorgehalten werden? [Mehrfachantwort möglich]
- Für mobile Einsätze, insbesondere in Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Wohnungslosenhilfe etc.
 - Für mobile Einsätze, insbesondere in abgelegenen Gemeinden mit weniger gut erreichbaren Impfangeboten
 - Stationäre Impfangebote, insbesondere für Personen ohne Hausarzt/ Hausärztin
 - Sonstige [Text]
 - Es sollten keine vorrangigen Einsatzgebiete definiert werden.

THEMENKOMPLEX 7

Impfkapazität und Bedarfsdeckung

- 7.1 Wieviele Impfungen wurden pro Impfeinheit und Tag durchschnittlich durchgeführt?
November [Zahl]
Dezember [Zahl]
Januar [Zahl]
- 7.2 Wie war die durchschnittliche Auslastung pro Impfstützpunkt und Tag in den folgenden Monaten (in %)?
November [Zahl]
Dezember [Zahl]
Januar [Zahl]
- 7.3 Gibt oder gab es Impfstützpunkte/ Strukturen mit besonders hoher Kapazität?
 Nein
 Ja
- 7.3.1 Falls ja, aus welchem Grund?
[Mehrfachantwort möglich]
 Günstige räumliche Voraussetzungen der Liegenschaft
 Günstige Geografische Lage der Liegenschaft (zentraler Standort)
 Gute Personalverfügbarkeit
 Sonstiger Grund: [Text]
- 7.4 Gibt oder gab es Impfstützpunkte/ Strukturen mit besonders geringer Kapazität?
 Nein
 Ja
- 7.4.1 Falls ja, aus welchem Grund?
[Mehrfachantwort möglich]
 Impfstoffknappheit
 Ungünstige räumliche Voraussetzungen der Liegenschaft
 Ungünstige Geografische Lage
 Personalverfügbarkeit war nicht gegeben
 Sonstige: [Text]
- 7.5 Wer führt zu welchem (geschätzten) prozentualen Anteil die Impfungen im Kreis durch?
Kreis selbst innerhalb des Landeskonzeptes [Zahl]
Gesundheitsamt/ Beauftragte Dritte [Zahl]
Niedergelassene Ärzteschaft [Zahl]
Betriebsärzteschaft [Zahl]
MIT-Standort [Zahl]
Sonstige: [Text] [Zahl]
- 7.6 Gibt oder gab es innerhalb des Kreises Gemeinden oder Teilorte/Stadtteile, in denen aufgrund der räumlichen oder strukturellen Gegebenheiten kein ausreichendes Impfangebot gemacht werden konnte oder kann?
 Nein
 Ja
- 7.6.1 Falls Ja: Welche Maßnahmen wurden oder werden ergriffen?
[Mehrfachantwort möglich]
 Vermehrt mobile Impfeinsätze
 Erhöhung der Anzahl kleiner, dezentraler Impfstützpunkte
 Verstärkte Einbindung der niedergelassenen Ärzteschaft
 Häufige Sonderaktionen
 Sonstige: [Text]
- 7.7 Gibt oder gab es innerhalb des Kreises Gemeinden oder Teilorte/Stadtteile, in denen aufgrund der räumlichen oder strukturellen Gegebenheiten eine regelmäßige Überversorgung auftritt?



- Nein
 - Ja, temporär
 - Ja, dauerhaft
- 7.7.1 Welche Maßnahmen wurden ergriffen, um das Impfangebot an den Bedarf anzupassen?
[Mehrfachantwort möglich]
- Reduzierung der Einsätze von MIT
 - (Temporäre) Schließung von Impfstützpunkten
 - Reduzierung der Sonderaktionen
 - Sonstige: [Text]
- 7.7.2 Welche Maßnahmen wurden gegen Impfstoffverfall ergriffen?
[Mehrfachantwort möglich]
- Tauschbörsen mit anderen Kreisen
 - Abgabe an niedergelassene Ärzteschaft
 - Sonstige: [Text]
- 7.8 Welche Maßnahmen haben sich besonders bewährt, um Schwankungen des Bedarfs in der Planung und Organisation abzubilden?
[Mehrfachantwort möglich]
- Befristete Dienstleistungs- und Personalverträge
 - Skalierbare Infrastruktur
 - Sonstige: [Text]
- 7.8.1 Welche Herausforderungen stellten sich Ihnen bei der Bewältigung der Schwankungen des Impfbedarfs?
[Text]
- 7.9 Welche Wünsche und Vorschläge gibt es, um künftig einen schwankenden Bedarf optimal abbilden zu können?
[Mehrfachantwort möglich]
- Kurzfristig abrufbarer Personalpool
 - Festes Koordinationsteam zur Planung
- Bevorratung der benötigten Ausstattung
 - Errichtung eines kreisinternen, multiprofessionellen Teams
 - Sonstiges: [Text]
- 7.9.1 Welche Unterstützung seitens des Landes wird hierfür benötigt?
[Mehrfachantwort möglich]
- Langfristige Kostenzusage für eine „Basisstruktur“, die bei Bedarf schnell Infrastruktur reaktivieren kann
 - Gesicherte Grundfinanzierung für Infrastruktur (z. B. Räumlichkeiten)
 - Strategieteam bestehend aus Vertretungen der Kreise
 - Sonstiges: [Text]
- 7.10 In welchem Umfang nutzen Sie die „Werkzeuge“, die das Land für Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung stellt? Bitte stufen Sie Ihre Einschätzung auf einer Skala von 1–10 ein, wobei 1 „gar keine Werkzeuge“ und 10 „alle verfügbaren Werkzeuge“ bedeutet
[keine – alle]
- 7.10.1 Welche weiteren Maßnahmen ergreifen Sie? [Mehrfachantwort möglich]
- Zusammenarbeit mit lokalen Medien
 - Zusammenarbeit mit Vereinen und lokalen Organisationen vor Ort
 - Werbung in Sozialen Medien
 - Sonstiges: [Text]
- 7.10.2 Was ist perspektivisch geplant?
- Zusammenarbeit mit lokaler Presse
 - Zusammenarbeit mit Vereinen und lokalen Organisationen vor Ort
 - Werbung in Sozialen Medien
 - Sonstiges: [Text]

7.11 Eine Zusammenarbeit mit den Agenturen von „dranbleiben-bw“ findet statt/ hat stattgefunden:

- Nein
 Ja

Falls Ja: Die Zusammenarbeit mit den Agenturen von „dranbleiben-bw“ war: [nicht hilfreich – hilfreich]

7.12 Die Maßnahmen im Rahmen von „dranbleiben-bw“ haben im Kreis

- Viel Aufmerksamkeit für die Impfkampagne geschaffen
 Wenig Aufmerksamkeit geschaffen
 Keine Aufmerksamkeit geschaffen

Falls „Keine Aufmerksamkeit geschaffen“, warum? [Text]

THEMENKOMPLEX 8

Erfahrungen, Herausforderungen und Bedürfnisse

8.1 Welche aktuellen und möglichen künftigen Herausforderungen stellen sich in Ihrem Kreis für einen längerfristigen Impfbetrieb?

Administrativ: [Text]

Organisatorisch2: [Text]

Personell: [Text]

Finanziell: [Text] Sonstiges: [Text]

8.2 Bitte geben Sie hier Kommentare zu weiteren Themen ein, die Ihnen wichtig sind: [Text]



Impfstützpunkt Rhein-Neckar im Patrick-Henry-Village am 02.03.2022: Landrat Stefan Dallinger, Prof. Dr. Annegret Kuhn, Frank Karlein, Melanie Bäder, Christoph Schulze, Dezernentin Doreen Kuss (von links nach rechts)



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION