



Parlamentarisches Begleitgremium COVID-19-Pandemie

14. Sitzung (öffentlich)

8. März 2022

Düsseldorf – Haus des Landtags

15:35 Uhr bis 18:00 Uhr

Vorsitz: Rainer Schmelzer (SPD)

Protokoll: Steffen Exner, Vanessa Kriele, Benjamin Schruff

Verhandlungspunkt:

Pandemie-Rahmenplan für das Land NRW

3

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

* * *

Pandemie-Rahmenplan für das Land NRW

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich begrüße Sie alle zur 14. Sitzung des Parlamentarischen Begleitgremiums COVID-19-Pandemie. Mein besonderer Gruß gilt auch heute wieder den Sachverständigen, die sich bereit erklärt haben, uns für unsere Beratung zur Verfügung zu stehen.

Diese Sitzung wird per Livestream im Internet übertragen. Zudem gelten nach wie vor die Beschlüsse zu einer reduzierten Zahl anwesender Ausschussmitglieder, daher könnte es sein, dass uns Ausschussmitglieder per Video zugeschaltet sind.

An etwaige Pressevertreter geht der Hinweis, Ton- und Bildaufnahmen nun einzustellen. Ich hätte mir gewünscht, dass die Presse diesem Gremium auch nur ein einziges Mal beigewohnt hätte, dann hätte sie über COVID-19 endlich mal in einer sachlichen Art und Weise berichten können. Dieser Hinweis sei mir gestattet.

Wir wollen heute gemeinsam der Frage nachgehen, ob der Pandemie-Rahmenplan in der vorliegenden, derzeit geltenden Form geeignet ist, eine pandemische Situation in Nordrhein-Westfalen zu begleiten.

Ich danke den Sachverständigen für ihre vorab eingereichten Beiträge. Die schriftlichen Stellungnahmen bedeuten eine wesentliche Arbeitserleichterung für uns und stellen die Basis für weiterführende Fragen dar. Wie den Sachverständigen bereits im Einladungsschreiben mitgeteilt wurde, besteht zu Beginn die Möglichkeit, ein maximal zehnminütiges Eingangsstatement abzugeben. Man merkt, dass wir uns zum Ende der Legislaturperiode hin geändert haben; Frau Hielscher hat um 100 % erhöht.

Ich bitte die Vertreter der Hilfsorganisationen und der Ärztekammern, die verfügbare Zeit unter sich aufzuteilen. Das Gremium hat sich darauf verständigt, die einzelnen Hilfsorganisationen und Ärztekammern als jeweils eine Sachverständigenrepräsentanz zu betrachten. Ich denke, wir sind gut beraten, dass hier so zu handhaben. Natürlich werde ich keinem untersagen, das Wort zu ergreifen, wir müssen allerdings auf die Redezeiten achten. Mit Blick auf die anstehenden Fragen der Abgeordneten können die Statements gerne auch knapper gefasst werden, da die Erfahrung zeigt, dass die Diskussion der umfangreichere Teil ist, aber wir fangen jetzt erst einmal mit den ca. zehnminütigen Statements an.

Jürgen Müller (Landrat Kreis Herford): Keine Sorge, es werden keine zehn Minuten werden, ich habe ja eine schriftliche Stellungnahme abgegeben. Ich würde gerne ein paar grundsätzliche Dinge anführen, auch zum Pandemieplan des Landes Nordrhein-Westfalen.

Ich denke, dass alle, die ihn gelesen und den Umgang mit der Pandemie verfolgt haben, feststellen, dass er völlig ungeeignet ist. Es hat sich auch keiner daran gehalten. Das muss man ehrlicherweise sagen.

Aus meiner Sicht gibt es ein paar Punkte, die bei einer Planung in Sachen Pandemie – und wir haben über die vergangenen zwei Jahre hinweg Erfahrung gesammelt – berücksichtigt werden sollten. Es ist notwendig, dass in dem Pandemieplan klare Ziele formuliert werden. Das beginnt unter anderem mit folgenden Fragen: Was war der Auslöser der Coronapandemie? Was haben wir getan? Warum haben wir an dieser oder jener Stelle entsprechend agiert?

Zunächst ging es um den Schutz des Gesundheitssystems. Wir wollten den Zusammenbruch des Gesundheitssystems verhindern. Ich denke, dass uns das gut gelungen ist, auch mit Blick auf die Situation in den Krankenhäusern. Es ist aus meiner Sicht zwingend erforderlich, diese Ziele im Pandemieplan des Landes Nordrhein-Westfalen vorab zu formulieren, damit immer klar ist, woran man die Maßnahmen ausrichtet. Das ist der erste Punkt, der aus meiner Sicht notwendig und wichtig ist.

Der zweite Punkt ist, dass in dem Pandemieplan auf eine Standardkrisensituation abgehoben wurde, das heißt, man hat gesagt: Wir richten einen Krisenstab im Innenministerium ein. – Wir alle haben erlebt, wie dieser Krisenstab eingerichtet worden ist: gar nicht. Bei einer so besonderen Lage kann ich nur dafür plädieren, das unter Federführung des Gesundheitsministeriums zu machen. Das ist nämlich etwas anderes als eine Hochwasserkatastrophe. Man braucht andere Personen, und die Maßnahmen sind komplett anders auszurichten. Wenn man den Plan neu schreibt, lautet meine Empfehlung daher, einen Krisenstab einzurichten und diesen im Gesundheitsministerium zu verankern, weil da die Kontakte zu den Gesundheitsbehörden und die Personen sind, die man zur Bewältigung dieser Krise braucht. Das heißt nicht, dass die Hilfsorganisationen, wie zum Beispiel das Deutsche Rote Kreuz im Kreis Herford, keinen entsprechenden Beitrag geleistet hätten. Ohne sie wäre vieles nicht möglich gewesen, aber viele andere Institutionen wie die Feuerwehr können eher punktuell helfen. Was man vor allem braucht, sind Personen im Gesundheitsbereich.

Ich habe mich jeden Abend über die interne und die externe Kommunikation geärgert. Überspitzt formuliert: Wenn der Gesundheitsminister abends bei Markus Lanz sitzt und sagt, dass das für diesen und das für jenen Kreis gelte, trägt das nicht dazu bei, das Vertrauen der Bevölkerung für unsere Maßnahmen zu gewinnen und diejenigen, die vor Ort verantwortlich sind, in die Lage zu versetzen, sie umzusetzen. Wir sind nicht sprechfähig, weshalb es aus meiner Sicht zwingend notwendig ist, im Pandemieplan Regelungen für eine feste interne Kommunikationsstruktur zu treffen. Außerdem ist es notwendig – und deswegen habe ich das mit den Fernsehbeiträgen gebracht –, zu regeln, wie die externe Kommunikation erfolgen soll. Es kann nicht sein, dass in jeder Talkshow etwas Neues gesagt wird, vielmehr ist es erforderlich, Kommunikation aus einer Hand zu schaffen.

Ich mache deutlich, warum mir das so wichtig ist: Was kommt in den Kreisen, in den kreisfreien Städten denn an? – Das Gesundheitsministerium kommuniziert mit uns unter anderem über Impfstellen. Das Schulministerium kommuniziert mit uns häufig widersprüchlich zum Gesundheitsministerium. Gleichzeitig ist da die Kommunalministerin, die auch eine Kommunikationsschiene aufgebaut hat. Das ist in Teilen immer unterschiedlich. Das muss zwingend anders geregelt werden, wenn wir solche Lagen effizienter und effektiver bekämpfen wollen.

Das nächste, was mir aufgefallen ist: In der Pandemieplanung wird das Gesundheitswesen erwähnt. Es seien Aufgaben an die Gesundheitsämter zu übertragen; unter anderem betrifft das die Frage, wie die Krankenhäuser auszurüsten sind. Wie sieht es mit Arztpraxen aus? – Ganz ehrlich: Für das Gesundheitsamt des Kreises Herford sind Fragen danach, wie die Arztpraxen auszurüsten, welche Vorbereitungen zu treffen und welche Schulungen zu machen sind, nicht beantwortbar. Da braucht es andere Wege. Hier sitzen Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Organisationen, die unterschiedliche Kompetenzen haben. Ich kann nur an Sie appellieren, das anders zu regeln.

Hinzu kommt die Frage, wen man in der Krise berücksichtigt. Das Gesundheitswesen wurde angesprochen. Ja, darauf müssen wir den Fokus richten. In der Pandemieplanung ist viel von Organisationen der Sicherheit die Rede. Diese muss man berücksichtigen. Komplette vermisst habe ich die kritische Infrastruktur. Für mich sind zum Beispiel bei der Frage danach, wen man impft, die Netzbetreiber bzw. diejenigen Personen, die die Leitstellen unterhalten, entscheidend. Im Kreis Herford in Ostwestfalen-Lippe gibt es einen Netzbetreiber mit 40 bis 50 Leitstellen. Ohne die Funktionsfähigkeit dieser Leitstellen geht da gar nichts. Die werden aber nicht bedacht bzw. erwähnt. Das gehört in einen solchen Pandemieplan hinein.

Mit Blick auf die Organisationen, die da aufgeführt worden sind, habe ich auch die Pflegeeinrichtungen vermisst. Auf die Pflegeeinrichtungen haben wir während der Zeit der Pandemie den Fokus gerichtet. Hier tauchen sie nicht auf, obwohl sie in eine solche Pandemieplanung hineingehören. Das gilt auch für die Einrichtungen für Behinderte. Das sind Gruppen, die wir besonders in den Blick nehmen müssen und für die in der Planung klare Maßnahmen bzw. Handlungsrichtlinien festgeschrieben sein müssen.

Darüber hinaus vermisse ich klare Regeln dazu, wie wir mit einer derartigen Pandemie künftig umgehen. Welche Regelungen werden getroffen? Wie sieht das Instrumentarium aus, aus dem man die einzelnen Maßnahmen ziehen kann? Auch das gehört für mich in einen Pandemieplan hinein.

So viel aus meiner Sicht, detailliert habe ich es in der schriftlichen Stellungnahme beschrieben.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Wir gehen jetzt zu den Statements der Hilfsorganisationen über. Die Dame und die Herren haben sich darauf verständigt, dass Herr Schimanski für das Rote Kreuz beginnt; für den ASB, die Malteser und die Johanniter wird Herr Kirner ergänzen.

Steffen Schimanski (Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Nordrhein e. V.): Ich kann mich einigem von dem, was Herr Müller gerade angeführt hat, anschließen, habe aber auch einen kleinen Widerspruch anzubringen.

Ich meine, dass es, wenn man auf die Pläne schaut, zentral ist, sich mit den Schutzzielen zu befassen. Wenn wir vom Pandemie-Rahmenplan sprechen, ist etwas unklar, um welche Art von operativem Plan es sich tatsächlich handelt und wen er adressiert. Wir diskutieren im Rahmen der Weiterentwicklung des Bevölkerungsschutzes darüber,

in Zukunft eine Bedarfsplanung für den Katastrophenschutz zu etablieren, wie wir es vom Rettungsdienst, von der Feuerwehr kennen. Das wäre natürlich ein völlig anderer Plan als der vorgelegte. Gleichwohl bleibt die Kernfrage, was das Ziel des Plans und letztlich auch des staatlichen Handelns ist.

Für uns als Hilfsorganisationen steht ein noch stärker integrierter Krisenmanagementansatz im Vordergrund. In diesem Zusammenhang steht auch mein kleiner Widerspruch. Offen gesagt möchte ich hier nicht die Diskussion führen, ob der Krisenstab besser bei der Staatskanzlei bzw. beim Ministerpräsidenten oder beim Innenministerium angesiedelt wäre. Der Mechanismus eines Krisenstabs sollte aber darauf beruhen, eine zentral koordinierende Stelle einrichten bzw. etablieren, umfassend Krisenmanagement betreiben sowie eine einheitliche Kommunikation nach innen und nach außen sicherstellen zu können. Das gilt insbesondere auch dann, wenn man einen Rahmen beschreiben möchte, der auf durch unterschiedliche Viren ausgelöste Pandemien vorbereitet ist. Schließlich gibt es durchaus Unterschiede zwischen Corona-, Influenza- oder Ebolaviren. Es wäre also ein wichtiger Ansatz für uns, in der einen oder anderen Art und Weise eine zentrale Schutzzieldefinition vorzunehmen und für eine zentrale Steuerung, eine zentrale Kommunikation zu sorgen. Dazu gehört auch, mit Blick auf die relevanten Akteure, nicht nur der Verwaltung, für einen Austausch, ein einheitliches Lagebild zu sorgen. Eventuell muss auch die Ermächtigung beschrieben werden, die notwendig wird, um die richtigen Maßnahmen zu ergreifen.

Wir haben in den vergangenen Monaten bei verschiedenen Gelegenheiten die Absenkung des Versorgungsniveaus des Rettungsdienstes diskutiert. Glücklicherweise ist es in Nordrhein-Westfalen bzw. in Deutschland nicht dazu gekommen, jedenfalls nicht großflächig. Aber wenn sich die pandemische Lage an der einen oder anderen Stelle weiter verschärft hätte, wären unter Umständen entsprechende Fragen aufgekommen. Man kann nicht erst dann, wenn es darum geht, Leben in Pflegeheimen zu retten, versuchen, herauszufinden, wer im Detail entscheidungsberechtigt ist und ob das im Infektionsschutzgesetz, im Bevölkerungsschutzgesetz oder vielleicht sogar im Rettungsgesetz geregelt ist.

Sie können viele Details in unserer Stellungnahme nachlesen. Den Damen und Herren Abgeordneten geht in diesen Tagen außerdem ein Papier zu, in dem sich das Deutsche Rote Kreuz zur Landtagswahl positioniert, und in dem wir zum Bevölkerungsschutz ausführen. Vielleicht hat der eine oder andere es schon bekommen. Für uns ist jedenfalls vor allem ein integrierter Ansatz wichtig, ein Verständnis von Krisenmanagement von A bis Z.

Nils Kirner (Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., Landesverband Nordrhein-Westfalen): Auch unser Papier ist Ihnen zugegangen; der Arbeiter-Samariter-Bund, die Johanniter-Unfall-Hilfe und der Malteser Hilfsdienst haben eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben. Ich möchte aufgreifen, was der Kollege gerade sagte.

Wichtig ist, dass wir mit unseren Hilfsorganisationen bzw. Kräften häufig die ersten und an vorderster Linie tätig waren, wenn es darum ging, ad hoc, teilweise auch über Nacht, entsprechende Einrichtungen aufzubauen, sei es zum Testen oder Impfen. Eine solche Einbindung hätten wir uns stellenweise auch mit Blick auf die Abarbeitung in den

Stäben gewünscht. Man hätte zum Beispiel auf Landesebene einen entsprechenden Fachberater der Hilfsorganisationen entsenden können, um genau festzulegen, was die Hilfsorganisationen in den jeweiligen Fällen leisten können. Wie können sie adäquat unterstützen? Wie kann man das Ganze nachher vom Ad-hoc- in den Regelbetrieb überführen?

Schon thematisiert wurde die Lagedarstellung und -erfassung. Wir haben streckenweise Anfragen zu unseren Lageberichten für die Lageberichte des Landes bzw. des Krisenstabs oder des MAGS vermisst, insbesondere dazu, wo wir gerade tätig sind bzw. wo wir gerade unterstützen. Daraus hätte man unter Umständen Schlüsse ziehen können, was noch für Ressourcen vorhanden sind.

Es klang schon an, dass die Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes umfangreich geholfen haben. Hier ist im Nachgang zu betrachten, ob und wie die Einsatzeinheiten unter Umständen ertüchtigt werden sollten, um adäquat helfen zu können. Ich gehe ein bisschen ins Detail: Auch eine Sanitätsgruppe einer Einsatzeinheit kann, wenn sie dementsprechend befähigt wird, unter Umständen eine Impf- oder Teststelle aufbauen.

Teilweise besteht das Problem, dass wir keine klaren Zuständigkeiten haben. Mit einem Rettungsdienst, der an das Gesundheitsministerium, und einem Katastrophenschutz, der an das Innenministerium gekoppelt ist, geht es ab und zu etwas auseinander. Das gilt vor allem, wenn es darum geht, die Kräfte in den Einsatz zu bringen, aber auch, wenn man schauen will, auf welcher Rechtsgrundlage man das macht. Der Aspekt, wie man mit Lohnausfall und Ähnlichem für ehrenamtliche Kräfte umgeht, spielt hier ebenfalls eine Rolle.

Alles Weitere steht in unserer Stellungnahme. Ich bedanke mich für die Gelegenheit, hier sprechen zu dürfen.

Arndt Winterer (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen): Mir liegt daran, deutlich zu machen, dass ich Ihre Arbeit nicht dadurch erschweren wollte, dass ich keine Stellungnahme abgegeben habe. Der schlichte Grund ist: Ich bin noch nicht soweit. Ich denke viel darüber nach, und was ich jetzt mache, ist gewissermaßen ein Statement in Progress. Es gehört wahrscheinlich zum Elend dieser Zeit, dass die Ruhe fehlt, die man bräuchte, um gedanklich einen Schritt zurückzutreten, die Dinge zu betrachten und zu fragen: Stimmt die Richtung? Stimmen die Proportionen? Wo machen wir etwas grundlegend falsch?

Ich meine, dass in diesem Pandemie-Rahmenplan wenig Falsches steht, aber da steht auch nicht viel Hilfreiches, vielmehr steht da ewig Wahres. Seitens der Ärztekammern hieß es: So richtig hilfreich war das alles nicht, was wir da vorgefunden haben. – Da bin ich dabei, trotzdem meine ich, dass man wird planen müssen, da so viele Details zu regeln sind. Ich fühle mich aber größtenteils nicht berufen, diese wichtigen Details zu regeln, da das vor allem den Hilfsorganisationen und Kommunen zukommt. Es geht darum, dass wir grundsätzliche Haltungen einnehmen wollen.

Ein wichtiger Punkt ist, dass wir bei einem Pandemie-Rahmenplan – egal, wie er aussieht – vermeiden müssen, im Rückblick nach richtigen Lösungen für vergangene

Probleme zu suchen. Das ist natürlich einfach. Rückblickend weiß man immer, was man vielleicht hätte besser machen können. Die Erfahrung dieser Pandemie ist jedoch, dass wir jede gerade frisch gewonnene Gewissheit praktisch im nächsten Moment wieder verlieren können: Gangel, Ischgl, Tönnies, Delta- und Omikronwelle, die erste Vollimmunisierung, die erste und die zweite Boosterung. Wir müssen also versuchen, uns für künftige, im Wesentlichen nicht bekannte pandemische Lagen zu wappnen. Das beginnt ehrlich gesagt bereits mit der nächsten Welle. Spätestens im nächsten Winter werden wir jedenfalls wieder gefordert sein. Wird es überhaupt eine Welle oder nur eine Delle? Ich jedenfalls könnte Ihnen nicht sagen, wie es aussehen wird. Vielleicht ist es Omikron light bzw. lighter, vielleicht eine verhängnisvolle Kombination aus Omikron und Delta, vielleicht irgendetwas ganz anderes. Wenn ich es richtig verstehe, ist das evolutionäre Muster dieses Virus noch nicht stabil. Das ist ein Problem.

Deshalb: Der Blick zurück – ja, der ist wichtig. Man hat Fehler gemacht, die man möglichst nicht wiederholen sollte. Ich halte es aber nicht für klug, zu meinen, dass es uns im nächsten Winter sicher helfen wird, alles zu wiederholen, was wir während der Alpha-, Delta- oder Omikronwelle gemacht haben. Das heißt, wir müssen unsere Reaktionsfähigkeit, unsere allgemeine infektiologische Handlungskompetenz erhöhen. Um eine Anleihe bei einem Begriff zu machen, der mir eher aus der seelischen Gesundheit vertraut ist: Wir müssen unsere Pandemieresilienz erhöhen.

Insofern freue ich mich sehr über den Austausch heute. Ich freue mich auch, dass Sie mich quasi genötigt haben, mir immer mal wieder die Zeit zu nehmen, um darüber nachzudenken. Ich hoffe, Sie verzeihen mir, dass das wie gesagt ein Statement in Progress ist.

Ich möchte einige Dinge ansprechen bzw. Ihnen für diesen Austausch anbieten. Das ist zunächst Surveillance; die Beobachtung, die Daten. Sie alle wissen, dass diese Pandemie in unfassbarem Maße durch Daten und Statistiken begleitet wird. Ich zumindest habe das vorher so noch nicht erlebt. Ich meine, dass das in einer der vorigen Ausschusssitzungen schon einmal angesprochen wurde. Wir haben in diesem Jahr fast 1,9 Millionen neue Infektionsfälle, das ist ein Drittel mehr als alle Infektionsfälle bis zum Ende des vergangenen Jahres. Es mag Sie überraschen, aber ich würde sagen, dass das bedeutet, dass sich dieses oft und viel kritisierte Meldesystem trotz einiger Schwächen im Grundsatz bewährt hat. Das gilt vor allem deshalb, weil die Kommunen mit ihren Gesundheitsämtern seit mehr als zwei Jahren unfassbar gute Arbeit leisten. Die Zahlen waren für uns alle unvorstellbar. Ich meine, dass das normale Infektionsniveau bei 70.000 Fällen pro Jahr lag und nicht bei 1 Million oder 2 Millionen in wenigen Monaten. Das bedeutet aber natürlich auch, dass die von uns praktizierte Vollerfassung, die bei vielen Erregern bzw. Krankheiten Sinn macht, angesichts der Omikronwelle und des jetzigen Immunisierungsstands viel von ihrem Sinn verloren hat.

Zur Wahrheit gehört aber auch, dass wir vieles nur deshalb wissen, weil wir diese Vollerfassung praktiziert haben. Vermutlich hat jeder von uns die Reproduktionszahl vor Augen bzw. schaut ab und zu, ob es eher hinunter oder hinauf geht. Bei 1 wissen wir: Oh, jetzt kippt es; 1,2 ist schlecht, 0,8 ist gut. – Um die Reproduktionsrate ermitteln zu können, muss man alle Fälle erfassen. Ich weiß nicht, was die Zauberer im RKI

machen, wenn wir das nicht tun. Eine Reproduktionszahl wie bisher können sie dann meines Erachtens jedenfalls nicht ermitteln.

Wir wissen, dass Omikron relativ selten schwere Verläufe erzeugt. Das wissen wir, weil wir die Grundgesamtheit zumindest annähernd kennen, ansonsten wüssten wir das nicht. Wir haben auch eine Vorstellung davon, wie effektiv die Impfstoffe in der Praxis, im Fallgeschehen gegen die Infektionen sind. Dafür muss man aber erfassen. Aus meiner Sicht wäre es deshalb nicht klug, die pandemische Beobachtung auf Bevölkerungsebene ersatzlos zu beenden. Wir müssen uns fragen, ob wir es schaffen, ein leistungsfähiges, bundesweites Panel, also eine Stichprobe, zu etablieren, das ausreichend stark ist, um daraus auch regional altersstrukturell differenzierte Aussagen ziehen zu können, auf die wir in Lagen wie diesen dann zugreifen. Damit muss man jetzt beginnen. Wenn wir erst im nächsten September, Oktober versuchen, damit anzufangen, wird das nichts mehr. Dann hängen wir vielleicht wieder im gleichen Dilemma wie jetzt. Auch wenn wir das machen würden, würde die Welt nicht automatisch einfacher.

Es bietet sich gerade jetzt an, zu sagen: Lasst uns doch nur die Erkrankungen erfassen. – Die müsste die Ärzteschaft melden. Das tun sie auch, allerdings zeigt die Erfahrung, dass sie das nicht ganz so verlässlich und gerne tun. Auch das diagnostische Verhalten der Ärzte ist durchaus sehr unterschiedlich.

Wenn wir das machen, sind wir noch nicht aus allen Problemen heraus. Der Bund bindet gerade die Krankenhäuser an. Man muss erst einmal schauen, ob das Digitale klappt. Viele beschäftigt auch, was die Krankenhausinzidenz mit den Kapazitäten zu tun hat. Das sind zwei voneinander unabhängige Indikatoren, die zwei sehr verschiedene Dinge beschreiben. Dieses Problem löst man nicht dadurch, dass man die Krankenhäuser digital anbindet, vielmehr muss man sich klarmachen: Welche Größe für was? Und was will ich eigentlich wissen?

Ich will kurz ein weiteres Stichwort nennen, das in diesen Bereich gehört, mit dem wir aber – Gott sei Dank! – nicht zu viel zu tun haben: das Impfmonitoring. Wir wissen alle, wie wichtig es ist, dass wir den Impfschutz voranbringen. Vor allem in den Kommunen ist es wichtig, zu wissen, wer wo und wie geimpft wurde. Wo sind unsere Impflücken, von denen wir in der Summe wissen, dass sie da sind? Wo sollen die differenzierten Angebote hin? Wenn ich es richtig verstehe, leistet das bundesweite Impfmonitoring das alles nicht. Das ist schlecht, das ist wirklich nicht gut. Das müssten wir aus meiner Sicht ändern, wie auch immer.

Wenn man über das Monitoring redet, ist der vermeintlich Schuldige üblicherweise schnell gefunden: die Digitalisierung. Die Gesundheitsämter seien nicht digitalisiert genug. Herr Landrat, sie werden mir wohl zustimmen, dass die Gesundheitsämter natürlich digitalisiert sind. Die Kommunen sind digitalisiert, die Labore sind digitalisiert, die Ärzte sind digitalisiert, alle sind digitalisiert. Das kann niemand ernsthaft in Frage stellen. Da wird doch nicht mehr mit Papier und Bleistift gearbeitet. Das Problem ist: Das fließt nicht zusammen. Die Verknüpfung dieser digitalen Systeme, schon der Austausch innerhalb von Einrichtungen, zwischen verschiedenen Programmen ist schwierig. Sie kennen das wahrscheinlich alle aus Ihrem eigenen digitalisierten Alltag. Zwischen Akteuren funktioniert es nicht, zwischen Gebietskörperschaften funktioniert es nicht. Das ist aber

kein Problem des ÖGD, das ist auch kein Problem des Gesundheitswesens – wenn auch schon eher –, sondern ein Problem unserer Gesellschaft insgesamt. Jedenfalls ist es keinesfalls ein Problem der einzelnen Gesundheitsämter. Insofern wundere ich mich sehr, dass sie so stillhalten und sich immer wieder sagen lassen, wie schlecht sie digitalisiert seien. Ich halte das schlicht für ungerecht, das ist nicht der Punkt.

Für das enge Gebiet des Infektionsschutzes gibt es nach meinem Verständnis eine sehr klare und überzeugende Orientierungsmöglichkeit: DEMIS. Diese Abkürzung haben Sie wahrscheinlich schon einmal gehört, sie steht für Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz. Ich persönlich habe nie einen Hehl daraus gemacht, dass ich die gemeinsame Linie von Bund und Ländern an dieser Stelle nicht für sehr klug gehalten habe. Ich stehe allerdings – Gott sei Dank! – auch nicht ständig in der Presse. Ich hätte es für richtig gehalten, mit aller Kraft in DEMIS zu investieren, weil hier der Plan steht. Stattdessen haben wir SORMAS ins Spiel gebracht, einen neuen Player, der – das muss man leider sagen – viele Hoffnungen enttäuscht hat. Vor allem hat er neue Schnittstellen geschaffen bzw. wird sie hinterlassen.

Unabhängig davon würde ich sagen, dass wir den Blick weiten müssen. Digitalisierung im Gesundheitswesen, in den Gesundheitsämtern ist richtig. Aber die Pandemie hat auch gezeigt, wie wichtig unsere informationstechnischen Möglichkeiten, unsere betrieblichen und persönlichen Digitalisierungskompetenzen sind, wenn es darum geht, in schwierigen pandemischen Lagen Kontakte zu vermeiden und das Leben zu virtualisieren. Ich würde sagen, dass wir in meinem Haus, im Landeszentrum Gesundheit, viel gelernt haben. Wir sind wesentlich kompetenter darin geworden, ohne reale Kontakte miteinander zu kommunizieren und zu arbeiten; auch wenn wir sie vermissen, natürlich vermissen wir sie. Dieses Wissen, auch das Wissen darüber, was man dann verliert, müssen wir halten, müssen wir bewahren, müssen wir vorantreiben. Wir müssen stärker aus dieser Pandemie herauskommen als wir hineingegangen sind.

Das nützt uns auch an anderer Stelle, nämlich dabei, ältere Menschen, auch in Heimen, während der Pandemie im Leben zu halten. Wenn Sie mir die persönliche Anmerkung verzeihen: Ich finde, dass das auch für Schulen weiterhin ein Thema ist. Gerade für die Kinder und Jugendlichen, die das nicht von zu Hause mitbringen, müssen wir die große Herausforderung annehmen, Bildungsprozesse zumindest in Teilen zu virtualisieren, auch abseits von Pandemien.

Ein weiterer Punkt betrifft den Infektions- bzw. Gesundheitsschutz. Wir alle haben Masken getragen, Händehygiene betrieben, Abstand gehalten und gelüftet. Das haben wir alle gelernt. Das macht mir keinen Spaß, aber ich mache es natürlich, weil ich es einsehe. Daran ist auch außerhalb einer Pandemie nichts falsch, etwa in der Influenzasaison, insbesondere was die Händehygiene betrifft. Deshalb fände ich es wichtig, dass wir das, was wir an Praxis und Routine gewonnen haben, in angemessener Dosierung beibehalten, auch wenn es nicht die größte Freude bereitet. Das sollte natürlich nicht unter Zwang, sondern aus Einsicht und Überzeugung geschehen. Deshalb ist es aus meiner Sicht sehr wichtig, dass wir es nicht lediglich hinnehmen, wenn jemand in der Öffentlichkeit ein solches Verhalten, ein solches Verantwortungsbewusstsein zeigt. Ich habe früher in Düsseldorf gewohnt, da habe ich ab und zu Asiaten

mit Masken auf den Straßen gesehen und mir gedacht: Ja, gut, wenn sie es brauchen. – Die Haltung reicht nicht. Ich meine, dass wir aufgerufen sind, dazu zu ermutigen.

Ich erinnere mich noch gut an die Anfangsphase der Pandemie. Wir hatten im Landeszentrum Gesundheit relativ früh, ohne Zwang, angefangen, Masken zu tragen. Die Kolleginnen, auch ich, wurden manchmal schon etwas komisch angeschaut, wenn wir bei externen Terminen Masken trugen. Muss das denn sein? Ist das echt so schlimm? Nehmt doch mal die blöden Masken ab! – Das waren die Sprüche, die es so gab. Aber wenn wir aus den Sitzungen hinausgingen, kam der eine oder andere und sagte: Ich fände es schon gut, wenn wir das auch machen würden. – Das hat etwas damit zu tun, wie die Normen sind. Ist das okay? Ist das klug? Oder ist das nicht klug? Verzeihen Sie mir bitte, aber ich halte es nicht für sehr klug, wenn wir die Frage, wie ich mich infektiologisch bewusst verhalte, mit Begriffen wie „Angst“, „Mut“ oder sogar „Freiheit“ und „Menschenwürde“ verbinden. Ich finde das überhöht. Es geht um kluges Verhalten, und das muss jeder Einzelne, jede Einzelne für sich abwägen. Wir sollten es nicht überhöhen, sondern als individuelle pragmatische infektiologische Verhaltenskompetenz begreifen. Das gehört auch zu unserer pandemischen Resilienz.

Ähnliches gilt für das Impfen. Wir brauchen es jetzt. Auch bei künftigen Impfkampagnen werden wir umso erfolgreicher sein, desto eher der Bevölkerung dieses Thema bewusst wird und bekannt wird, was die Chancen und Risiken von Impfungen sind. Es gilt, diese Auseinandersetzung wachzuhalten. Das wird uns auch bei der Influenza nützen, da sind die Impfquoten auch nicht so toll. Das wird uns außerdem bei den Masern nützen, wenn wir sie doch irgendwann mal ausrotten wollen. Bei diesen Fragen, generell bei gesundheitlichen Fragen, erreichen wir schon viele Menschen, aber nicht so viele, wie wir wollen.

Diese Pandemie berührt auch den Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit. Am Anfang waren insbesondere Ischgl-Reisende betroffen, also bessergestellte Menschen mit hoher Mobilität. Das ist relativ schnell gekippt. Jetzt sind vor allem Menschen betroffen, die sozial schlechter gestellt sind, die in beengten Wohnverhältnissen leben, die mit prekären Beschäftigungen ihr Geld verdienen, die keine Homeoffice-möglichkeiten haben, die mit bildungs-, kultur- oder sprachbedingten Barrieren zu tun haben. Zudem sind sie überdurchschnittlich häufig durch Vorerkrankungen belastet, die ihre Verläufe verschlimmern.

Diese grundlegenden Herausforderungen kann man nicht erst mit dem Beginn einer Pandemie angehen, das muss man als Daueraufgabe verstehen. Ich hoffe, dass wir mitnehmen, dass es uns geholfen hätte, wenn wir das verstärkt gemacht hätten. Wenn wir das machen, können wir nämlich tatsächlich vor die Lage kommen, mit der wir uns momentan so schwertun.

Rudolf Henke (Ärztammer Nordrhein K. d. ö. R.): Sie haben die Frage gestellt, ob man auf Grundlage dieses Pandemieplans weiterarbeiten kann. Der Plan selbst beantwortet das. Dort steht:

„Der Plan ist ein ‚lernendes‘ System. Er wird fortlaufend weiterentwickelt, den Erkenntnissen von Wissenschaft, Forschung und Praxis angepasst und

fortgeschrieben. Dabei sollen auch die Überlegungen zu den erforderlichen Maßnahmen der an der Bewältigung der Pandemie beteiligten anderen Ressorts berücksichtigt werden.“

Ich meine, dass das eine klare Antwort ist. Wenn ich mich richtig erinnere, hat es im Jahr 2015 auf Betreiben des damaligen Gesundheitsministeriums in Nordrhein-Westfalen eine vom Landeszentrum Gesundheit moderierte Arbeitsgruppe gegeben, die ein Gesamtkonzept für mögliche Handlungsstrukturen und Handlungsabfolgen erarbeitet und Ergebnisse vom Städtetag und vom Landkreistag Nordrhein-Westfalen, den beiden Ärztekammern und dem Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an das Gesundheitsministerium weitergeleitet hat. Die beiden Ärztekammern haben dem Landesgesundheitsminister im April 2020 in einem Brief erneut mehrere Maßnahmen aus dieser Ausarbeitung vorgeschlagen.

Insofern meine ich, dass die Weiterentwicklung das Desiderat ist. Es ist wahr, dass hier ewige, unverrückbare Wahrheiten drinstehen, nur sind das die anwendungsfernsten Wahrheiten, die gewissermaßen die Propädeutik darstellen. Wenn es um die Anwendung geht, haben wir die Erfahrung gemacht, dass das Pandemiemanagement, die Krisenreaktionsfähigkeit in der pandemische Lage und der Planungsauftrag verbesserungswürdig sind.

Wir sind dafür, dass man im Infektionsschutzgesetz des Bundes feste Krisenstäbe der Bundesländer anlegt, nach Möglichkeit unter Einbeziehung der Landesärztekammern und anderer Kundiger mit klar definierten Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten. Wenn der Bund das nicht tut, muss das jeweilige Bundesland es selber tun. Notwendig sind gesetzlich vorgegebene, regelmäßige Übungen für alle an der Umsetzung der Pläne Beteiligten, insbesondere der Krankenhäuser vor Ort. Wenn man die Evakuierung eines Krankenhauses nicht regelmäßig trainiert, ist man in der Praxis schlechter. Wenn man die Hilfsorganisation, alle, wie sie hier sind, befragt, können diese wohl bestätigen, dass Üben der wichtigste Schritt zur sicheren Praxis ist.

Notwendig sind außerdem Pandemiepläne, sowohl seitens des Bundes und der Länder als auch der Kommunen und Gesundheitseinrichtungen. Ich meine, dass jedes Krankenhaus, jede Arztpraxis, jedes MVZ einen Pandemieplan braucht. Für den Ernstfall braucht man natürlich auch Reserven von relevanten Medizinprodukten, wichtigen Arzneimitteln und Impfstoffen. Es könnte sein – das wäre zu diskutieren –, dass die Gesundheitsämter vor Ort nicht in der Lage sind, die Einhaltung dieser Reservepläne durchzusetzen, weil sie nicht sämtliche Praxen daraufhin kontrollieren können.

Wir haben am Anfang, vor zwei Jahren, erlebt, dass es Pläne gab. Diese sahen vor, dem Bedarf der vergangenen zwei Jahre entsprechend vorzuhalten, um so allem gewachsen zu sein. Dann aber war der Bestand für zwei Jahre innerhalb von sechs bis acht Wochen verbraucht. Die Nachbeschaffung war dann natürlich von einer weltweiten gewaltigen Nachfrage und der Reduzierung der Produktion geprägt, da in dem Land, in dem das alles ausgebrochen war, die Personen daran gehindert waren, den Export weiter zu bedienen. Deswegen braucht es innereuropäische Produktionsstandorte, europaweit vernetzte Meldestrukturen und möglichst kurzfristige Auftragsvergabeverfahren, wenn man benötigte Arzneimittel oder Schutzausrüstungen beschaffen will.

Ich erlaube mir den Hinweis, dass wir auch eine möglichst deutliche Steigerung der Obduktionsrate brauchen, weil das medizinische Erkenntnisse liefern würde, die wir heute noch größtenteils liegen lassen. Wir brauchen eine Verbesserung der Surveillance, um zu einer möglichst genauen Beurteilung des Pandemiegeschehens kommen und eine flexibel ausgestaltete Impfpriorisierung anhand von Zahlen, Daten, Fakten begründen zu können.

Was Zahlen, Daten, Fakten angeht: Vermutlich haben Sie recht, dass man das nicht ohne eine Bewältigung der Schnittstellenprobleme bei der Digitalisierung hinbekommen wird, aber noch wichtiger ist, dass die Zahlen, Daten, Fakten möglichst einheitlich erhoben werden und allen gleichzeitig für ihre jeweiligen Arbeiten zur Verfügung stehen. Neben den elektronischen Schnittstellenproblemen gibt es kommunikative Schnittstellenprobleme, wenn sich jeder der Akteure auf andere Zahlenkränze bezieht und jeweils andere Daten von irgendwoher bei sich berücksichtigen will. Das muss sicher stark vereinheitlicht werden. – An dieser Stelle werde ich meine Ausführungen unterbrechen und an Dr. Gehle weitergeben.

Dr. Johannes Albert Gehle (Ärztammer Westfalen-Lippe K. d. ö. R.): Ich will eigentlich nur Folgendes ergänzen: Pläne allein nützen uns nicht. Was wir brauchen, sind Strukturen, die aus den Plänen erwachsen, und die dann auch gelebt werden können. Die Beteiligten, die jetzt hier sitzen, müssen dann auch wissen, wann und wo sie in welche Strukturen eingebunden sind und welche Strukturen es sonst noch gibt. Ich habe in der Pandemie gelernt, dass man den Austausch zwischen diesen Strukturen immer wieder suchen muss, aber dafür muss man auch wissen, wer wann wo steht. Die wesentlichen Beteiligten müssen also transparent eingebunden sein, damit jeder weiß, wo er sich seine Informationen holen kann. Das haben wir im Prinzip in unserer Stellungnahme niedergelegt, deswegen will ich es nicht wiederholen.

Ich glaube fest daran, dass wir, auch auf Landesebene, eine zentrale Koordinierungsstelle brauchen, die diese Dinge in die Hand nimmt und im Ausbruchfall Maßnahmen koordinieren kann. Herr Winterer hat völlig zu Recht gesagt, dass wir noch mitten in der Pandemie seien. Das muss man einfach mal festhalten.

Wir müssen uns so aufstellen, dass wir – egal, was irgendwann kommt – mittels dieser Strukturen monitoren, auffangen und entsprechend abarbeiten können. Ich denke, das ist das zentrale Kriterium. Ein Pandemieplan allein wird uns wie gesagt nicht helfen. Wir brauchen auch die im Pandemieplan niedergeschriebenen Strukturen, damit jeder weiß, wo er steht.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Herzlichen Dank an die Sachverständigen für ihre Statements. – Herr Dr. Gehle, ich bin Ihnen sehr dankbar, dass Sie darauf hingewiesen haben, dass Corona immer noch da ist. In den vergangenen sieben Tagen habe ich in offiziellen Reden von Verantwortlichen mehr als einmal gehört, dass ausschließlich in der Vergangenheitsform über Corona geredet wurde. Das erschreckt mich, insbesondere mit Blick auf die leicht steigenden Inzidenzwerte.

Aus bekannten Gründen ist Corona in den Nachrichten an die zweite Stelle gerückt. Die erste Stelle wird uns natürlich vor Herausforderungen stellen, da wir sie auch unter Coronagesichtspunkten nicht aus den Augen verlieren dürfen.

All das, was ich mir aufgeschrieben habe, lasse ich zunächst außen vor, und wir steigen in die erste Frage- und Diskussionsrunde ein.

Angela Lück (SPD): Sehr geehrte Damen und Herren Sachverständige! Vielen Dank von der SPD-Fraktion dafür, dass Sie heute zu uns gekommen sind, um sich mit uns auszutauschen; vielen Dank auch für Ihre aussagekräftigen Stellungnahmen.

Nun haben wir von Ihnen schon einige Ergänzungen gehört, es bleiben allerdings ein paar Fragen übrig. Bei allen war die Kommunikation, sowohl die interne als auch die externe, ein Thema. Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Kommunikation durch Digitalisierung zu verbessern? Würde Ihnen das helfen? Gibt es Maßnahmen, die ergriffen werden sollten, um eine bessere und direktere Kommunikation mit den unterschiedlichen Ebenen herstellen zu können?

Die Infos, die Sie durch die Medien bekommen, sollten natürlich vorher bei den betreffenden Stellen ankommen. Das hat in den vergangenen zwei Jahren nicht immer gut geklappt, das muss man deutlich sagen. In ihren Bereichen wurde sicherlich deutlich, wo es hängt und wo es gehapert hat. In vielen Stellungnahmen wird ein Expert*innenrat, ein Krisenstab gefordert, beispielsweise angebunden an das Gesundheitsministerium.

Um auf die pandemischen Leitlinien zurückzukommen: Herr Dr. Gehle, Sie haben gefordert, dass es Strukturen geben müsse. Ja, aber wir brauchen doch einen Plan, in dem diese Strukturen festgelegt werden. Aus all Ihren heutigen Beiträgen habe ich mitgenommen, dass diese Strukturen nicht da sind. Niemand hat – wie man so sagt – den Hut auf und bestimmt, was wann wo passiert. Ich meine, dass wir dafür einen Pandemie-Rahmenplan brauchen.

Herr Winterer, wir haben jetzt seit knapp einem Jahr dieses Pandemische Begleitgremium und haben in vielen Sitzungen Experten aus unterschiedlichen Bereichen gehört, die über ihre Erfahrungen mit der Pandemie berichtet haben. Ich kann Ihnen nur ans Herz legen, sich die Protokolle durchzulesen und das in Ihr Nachdenken aufzunehmen, weil es dort viel Potenzial gibt, das Sie sicherlich gebrauchen können, um sich zu dieser Lage auch eine andere Sichtweise anzueignen. Ich meine, dass das sehr wichtig ist. Diese Erfahrungen sind für uns alle sehr wichtig, weil wir es im nächsten Herbst natürlich nicht wieder mit einer neuen Welle zu tun haben wollen, auf die wir nicht vorbereitet sind. Jetzt haben wir die Zeit, und jetzt brauchen wir Strukturen für den weiteren Verlauf dieser Pandemie.

Eines ist mir noch sehr wichtig; Herr Winterer, Sie haben es auch angesprochen: Abgesehen von Aspekten wie Hilfe und Unterstützung müssen wir in einen solchen Pandemieplan auch aufnehmen, wie wir mit den Grundbedürfnissen der Menschen umgehen. Man muss nur überlegen, was mit unseren Kindern in Kita und Schule und was mit den Menschen mit Behinderungen passiert. Sie waren plötzlich abgeschnitten, und niemand ist auf den Gedanken gekommen, sich dieser Menschen, die unser aller Fürsorge

bedürfen, anzunehmen. Darauf muss man verstärkt das Augenmerk richten. – Das waren meine dinglichsten Fragen in der ersten Runde.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Auch von der Grünenfraktion ganz herzlichen Dank für die Stellungnahmen. Ich kann da unmittelbar anschließen und würde die Fragen spiegelverkehrt hineingeben wollen. Allen Stellungnahmen habe ich entnommen, dass nicht der Rahmenplan entscheidend ist, sondern die sortierten und klar zugeordneten Strukturen. Darüber muss man sich Gedanken machen, um dann zu sagen, was man möchte.

Vieles von dem, was für den Bereich des Katastrophenschutzes aufgeschrieben wurde, etwa Bedarfsanalysen, ist für einen solchen Plan logisch ableitbar. Meine konkrete Frage lautet daher: Wäre der Auftrag nicht, das miteinander zu besprechen und voranzubringen?

Ich würde mich nicht festlegen wollen, ob der Krisenstab beim Innen- oder beim Gesundheitsministerium anzusiedeln ist. Aber der Mechanismus war schon entscheidend, und daran scheint es gehapert zu haben. Weil am Ende von jemandem Grundentscheidungen getroffen werden müssen, lauten die Fragen an die Ärztekammern, die Hilfsorganisationen und das LZG: Geht man zuerst in die Pflegeheime hinein? Wer erstellt das Lagebild? Wer macht einen Haken unter das Lagebild? Was sind die wesentlichen Faktoren? Welche Konsequenzen zieht man daraus?

Nur weil ich gesagt habe, dass das in einer einsäuligen Struktur sei, ist es noch nicht geklärt, wenn am Ende trotzdem alle drei, vier oder fünf Strukturen, die da vereint worden sind, Unterschiedliches sagen. Vielleicht können Sie mir erläutern, wie das besser werden kann.

Mich treibt natürlich die Frage nach dem ÖGD um. Herr Winterer sagte, dass er völlig zu Unrecht Haue bekommen habe. Das finde ich auch. Selbst wenn sie schlecht ausgestattet waren – was ja bestritten wird – und es deshalb nicht haben leisten können, ist es ungerecht, wenn sie Haue bekommen. Das ist auch nicht die Absicht, aber die Frage, die wir klären müssen, lautet, welche Konsequenzen wir daraus ziehen. Ziehen wir wirklich Konsequenzen? Gibt es letztlich auch eine Verzahnung?

Außerdem bitte ich die Ärztekammern um Auskünfte. Sie hatten die Bevorratung von Schutzmaterialien und verschiedene andere Punkte thematisiert. Was würden Sie vorschlagen, welche Konsequenzen daraus zu ziehen sind? Sollte man mehr bevorraten? Sollte man anders bevorraten? Sollte man andere Resilienzen aufbauen?

Nun zu zwei Punkten, die eigentlich zusammengehören: Hinsichtlich der Erstellung des Lagebilds wird verschiedentlich vorgeschlagen, alle Kompetenzen einzubeziehen. Wir haben von Herrn Karagiannidis öfter gehört, dass das DIVI und verschiedene andere nicht von Anfang an einbezogen worden und die technischen Möglichkeiten nicht so ausgebaut worden seien, dass es ein gemeinsames Lagebild gebe. Wäre es also jetzt an der Zeit, dieses Dashboard – das ist ja konkret angesprochen worden – zu verbessern, zu verkleinern, zu professionalisieren?

Meine letzte Frage geht an die Ärztekammern und Herrn Winterer. Sie schlugen ein Analysepanel vor. Soweit ich weiß, machen die Engländer das schon länger intensiv. Wir hatten das im Ausschuss, zumindest im AGS, mehrfach besprochen.

(Carina Gödecke [SPD]: Hier auch!)

– Hier auch. – Wer hindert uns daran, das zu tun?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Auch ich bedanke mich zunächst einmal für die eingegangenen Stellungnahmen, Ihre Kommentare am heutigen Tag sowie für die Möglichkeit der Rückfrage. Bei aller Kritik, die auch heute laut geworden ist, möchte ich noch einen weiteren Dank anschließen: Deutschland wäre in einer deutlich schlechteren Situation gewesen, wenn wir nicht bei den Rettungskräften, den ärztlichen Fachgesellschaften, hinsichtlich der kommunalen Selbstverwaltung und an vielen anderen Stellen so gut aufgestellt wären. Das muss man bei allem anderen auch immer wieder mal betonen.

Vieles, was heute gesagt wurde, bezog sich auf Strukturfragen, Organigramme, Kommunikationswege und konkrete Verantwortlichkeiten sowie den Mangel daran. Ich empfinde es eher als etwas erschütternd, dass es all dies offensichtlich an vielen Stellen bisher noch nicht gab. Woran lag das aus Ihrer jeweiligen Sicht? Lag die letzte Pandemie zu weit zurück?

Die Stellungnahme der Ärztekammern griff durchaus auf, dass es eine recht naheliegende Risikoanalyse gab – passenderweise zu einem Ausbruch aus der Familie der Coronaviridae –, die offensichtliche Schwachstellen im System offengelegt hat. Woran hat es letztendlich gehapert, sodass dies nicht aufgenommen und der fortzuschreibende Pandemie-Rahmenplan entsprechend weiterentwickelt wurde?

Herr Schimanski, Sie sprachen die Unterschiedlichkeit der potenziellen Szenarien an. Es gibt natürlich einige Virusfamilien, die unter Umständen eine Pandemie auslösen könnten. Dazu zählen die Grippeviren und die Coronaviren, es gibt aber auch eine Vielzahl anderer Möglichkeiten, die sich in ihren Auswirkungen bezüglich Fallsterblichkeit, Übertragbarkeit usw. sehr unterscheiden. Welche anderen allgemeinen Lösungen sind für einen solchen recht allgemein gehaltenen Pandemie-Rahmenplan überhaupt vorstellbar, sodass sie in konkreten, sehr unterschiedlichen Situationen und bei sehr unterschiedlichen Erregern allgemein zur Wirkung kommen könnten, und zwar über Strukturfragen und Verantwortlichkeiten hinaus? Ich bitte diejenigen, die sich an dieser Stelle berufen fühlen, darauf zu antworten.

Marco Schmitz (CDU): Auch vonseiten der CDU-Fraktion ein herzliches Dankeschön für die Stellungnahmen, die Sie uns zur Verfügung gestellt haben. Ich habe noch einige Nachfragen. Die erste richtet sich an die Hilfsorganisationen.

Herr Schimanski, Sie sind auf den Fachrat eingegangen. Wie soll dieser genau aussehen? Was erwarten Sie davon? Wie soll er eingebunden werden? Vielleicht könnten Sie das noch etwas deutlicher machen.

An einer Stelle habe ich gestutzt. Sie haben gesagt, natürlich wären die Hilfsorganisationen auch in der Lage, Impf- oder Teststationen aufzubauen. Aber ist das die Aufgabe

einer Hilfsorganisation? Das muss man sich auch mal fragen. In einem Akutfall, in dem wir über große Menschenmengen reden, die getestet werden müssen, bevor sie irgendwohin dürfen, kann ich mir das noch vorstellen. Aber wäre es in der Situation, die wir jetzt erlebt haben, überhaupt sinnvoll gewesen, dass Hilfsorganisationen Teststationen einrichten?

Ich habe dann noch eine Frage an Herrn Henke. Auch Ihnen vielen Dank für Ihre Stellungnahme. Etwas gestutzt habe ich, als Sie vorhin über die Daten gesprochen haben, die noch analysiert werden müssen. Sie sagten, dass mehr Obduktionsdaten analysiert werden müssten. Inhaltlich kann ich das nachvollziehen, aber ist das aus Ihrer Sicht etwas, was als Aufgabe im Pandemie-Rahmenplan enthalten sein muss?

Meine letzte Frage richtet sich insbesondere an Herrn Winterer und Herrn Henke, aber auch an alle anderen. Ich bin dankbar, dass der Pandemie-Rahmenplan vorhin als lernendes System beschrieben wurde. Hätten wir überhaupt einen Plan für diese konkrete Pandemie machen können, oder ist es so, dass wir immer nur Grundzüge festlegen können und dann wissen müssen, wie wir konkret damit arbeiten? Die heutige Sitzung hat ja genau diesen Sinn.

Ihr Brainstorming geht in genau die gleiche Richtung. Wir haben mit dieser Pandemie Erfahrungen gemacht und machen noch immer jeden Tag neue Erfahrungen. Wie können wir das in die zukünftige Arbeit einfließen lassen? Hätten Sie eine Idee, wie man daraus einen lernenden, kontinuierlichen Prozess machen kann, in den die Erfahrungen eingebaut werden – ob es nun eine Influenzapandemie, eine Coronapandemie oder eine andere Pandemie ist, die wir sicherlich zukünftig irgendwann haben werden? Das fände ich spannend.

Jörn Freynick (FDP): Auch im Namen der FDP-Fraktion ein ganz herzliches Dankeschön an die Sachverständigen für Ihre Teilnahme heute sowie für Ihre Stellungnahmen. Ich hätte zunächst eine etwas allgemeinere Frage an alle Sachverständigen; denn mir wäre wichtig, den Blick noch etwas zu weiten.

Gibt es bei Pandemie-Rahmenplänen andere Bundesländer oder Staaten, die wir als leuchtende Beispiele anführen sollten und auf die wir blicken sollten, um zu sehen, was sie gut machen und was wir daraus für unseren Pandemie-Rahmenplan in Nordrhein-Westfalen übernehmen sollten? Ich könnte mir vorstellen, dass die Hilfsorganisationen etwas dazu sagen können, vielleicht aber auch Herr Winterer oder die Ärztekammer. Haben Sie konkrete Vorschläge aus anderen Ländern, die hier fehlen?

Dann hätte ich noch einige etwas spezifischere Fragen. Die erste richtet sich an Herrn Landrat Müller. Sie sprachen vorhin von der Kommunikation. Dieses Thema wird in allen Stellungnahmen immer wieder angeführt. Können Sie einen Vorschlag machen, wie die Kommunikation zu gliedern ist? Ich versuche, mich in Ihre Lage als Landrat hineinzusetzen. Als Landrat haben Sie sicherlich einen anderen Blick auf die Pandemie als Personen an anderer Stelle – ob hoch oder niedrig – bei den Kommunen. Was gilt es in der Kommunikation zu beachten? Müssen wir es besser kanalisieren? Verstehe ich Sie richtig, dass Sie dafür eintreten, dass es einen Krisenstab auf Landesebene geben soll, der im Grunde genommen top-down kommunizieren soll? Das

würde allerdings für Ihre Behörde bedeuten, dass Sie sich in der Kommunikation zumindest etwas beschränken müssten.

Eine weitere Frage richtet sich an Herrn Schimanski vom DRK. Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme vom Kleeblatt-Prinzip. Könnten Sie mir das noch einmal im Zusammenhang zum Pandemie-Rahmenplan erläutern? Wie habe ich das zu verstehen, und wie kann man es hier am besten anwenden?

Eine ganz generelle Frage stelle ich Herrn Winterer. Welche Rolle spielen Daten in der Pandemie, und inwieweit müssen wir die Datenerhebung und -auswertung stärken? Sie sprachen das Thema mit Blick auf die Gesundheitsämter an, die digital funktionieren, die Daten aber nicht zusammenführen und, wenn ich es weiterdenke, nicht richtig auswerten. Vielleicht haben Sie Anregungen oder Wünsche, wie Daten ausgewertet und zusammengeführt werden sollten. Dies gilt vor allen Dingen in Bezug auf den Rahmenplan. Wie kann man das in einem solchen Plan schon festlegen? Ich stelle es mir als große Herausforderung vor. Welche Daten erhoben werden sollten und wie man sie auswertet, hatten wir aus meiner Sicht vor Corona noch nicht richtig auf dem Schirm.

Wir hatten in diesem Unterausschuss auch schon einmal Herrn Professor Hendrik Streeck zu Gast, der sich genau zu diesem Thema, der Auswertung von Daten, intensiv eingelassen hat. Er moniert auch heute noch, dass nicht genügend Daten erhoben werden, beispielsweise dazu, welche Gruppen besonders von Corona betroffen sind. Es könnten zum Beispiel Rückschlüsse daraus gezogen werden, welche Berufe die Personen ausüben.

Meine letzte Frage richtet sich an Herrn Henke. Sie sprachen die bei Obduktionen gewonnen Daten an. Wie aufwendig ist es, diese Daten zu erheben, und inwieweit können wir so etwas schon in einem Rahmenplan vorsehen? Gibt es schon Beispiele, oder wie würden Sie es sich vorstellen? Wir halten in Deutschland den Datenschutz generell sehr hoch und verweisen immer wieder darauf. Sehen Sie Hürden, die wir auch über einen Pandemie-Rahmenplan hinaus angehen müssten, damit Daten bei Obduktionen erhoben werden können?

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Bevor wir in die erste Antwortrunde gehen, möchte ich noch einmal auf das Thema „lernendes System“ im Zusammenhang mit dem Pandemie-Rahmenplan eingehen. Der Pandemie-Rahmenplan stammt aus dem Jahr 2006, und das lernende System wurde 2015 erstmalig aufgerufen. Ich habe es vorhin noch einmal nachgelesen: Das war unter der Moderation des Landeszentrums Gesundheit. Vielleicht kann Herr Winterer zu dieser Moderation und den Ergebnissen aus 2015, die 2020 in einen Brief mündeten – und dann kam auch die Pandemie –, noch etwas zu Datenlage und Kommunikation ausführen. Das zieht sich wie ein roter Faden durch dieses Parlamentarische Begleitgremium.

Auch die Ärztekammern haben meines Erachtens unter dem zweiten Spiegelstrich auf der zweiten Seite ihrer Stellungnahme sehr deutliche Worte gefunden. Bei der Datenlage werden wir immer wieder mit dem Datenschutz konfrontiert. Ich will daher die Frage von Herrn Freynick noch ergänzen.

Ich kann mich insbesondere erinnern, dass wir insbesondere dann, wenn es um Kinder und Jugendliche ging, über eine sehr dünne Datenlage gesprochen habe. Die Datenlage ist vor allem für die Mediziner, aber auch für die jeweiligen Akteure vor Ort ein wichtiger Punkt, um mit der Situation besser umgehen zu können. Das wären zwei kleine Anmerkungen meinerseits.

Bevor wir mit der ersten Antwortrunde starten, möchte ich noch erläutern, dass die Fraktionen sich einig waren, dass für diese Anhörung auch das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe gesetzt war. Dieses hat aber abgesagt und auch keine Stellungnahme geschickt.

Jürgen Müller (Landrat Kreis Herford): Das waren sehr interessante Fragen. Ich würde gerne mit dem Thema „Datenlage“ anfangen. Ich will – auch auf der Basis der Äußerungen von Herrn Winterer – verdeutlichen, wie wir vor Ort Entscheidungen treffen. Worauf gründe ich Entscheidungen?

Ich bin auch Verwaltungsratsvorsitzender eines Klinikums mit 800 Betten sowie Mitglied einer Gesellschafterversammlung eines Krankenhauses mit 300 Betten. Im vergangenen Jahr oder sogar Ende 2020 kam die Frage auf, was eigentlich in den Krankenhäusern passiert. Wie müssen wir vorbereitet sein? Welches Personal brauchen wir?

Wir haben uns dafür die infizierten über 65-Jährigen herausgezogen. Wir haben in einem weiteren Schritt für uns geschaut, wie viele davon mehrfach geimpft waren, und daraus haben wir eine Quote dafür berechnet, welche Erwartung wir für die gesundheitliche Versorgung in den Krankenhäusern haben. Da hat mich nicht mehr interessiert, wie hoch die Inzidenz insgesamt ist, sondern wir haben ganz zielgerichtet vor Ort geschaut, wie diese Datenlage aussah. Auch die Hospitalisierungsquote hätte für uns keine Rolle gespielt, sondern viel entscheidender war, was mit dieser Gruppe passiert ist.

Ob wir eine Inzidenz von 1.200 oder 1.800 haben, spielt, ehrlich gesagt, für Entscheidungen vor Ort überhaupt keine Rolle. Da spielen ganz andere Daten eine Rolle, die sehr viel genauer sind. Die sind für Entscheidungen wichtig. Daher kann ich nur appellieren, das auch durchaus festzuschreiben.

Ich möchte auch das Thema „Kommunikation“ noch einmal aufnehmen. Top-down-Kommunikation? – Ich hätte mir gewünscht und würde mir auch für die Zukunft wünschen, dass sowohl Bund als auch Land immer mit einer Stimme sprechen. Genau das ist auf der kommunalen Ebene nicht passiert. Auf der Landes- und Bundesebene ist es aber passiert.

Wenn Schulministerin und Gesundheitsminister unterschiedliche Dinge sagen – und das wird vor Ort sehr genau registriert –, führt dies zu erheblichen Schwierigkeiten. Deswegen lautet mein Appell hier, die Kommunikation auf Landes- und Bundesebene zu bündeln und verbindlich festzuschreiben. Das sage ich ganz bewusst; denn auf der kommunalen Ebene und gerade bei Eltern entstehen andernfalls erhebliche Nachfragen.

Ich kann Ihnen die Zahlen zu den Anfragen bei unserem Bürgertelefon präsentieren. Sie sehen dann, wann es mehr und wann es weniger Nachfragen gab. Ich kann Ihnen auch die Ursachen dazu belegen. Es wäre hilfreich, einen klaren Kommunikationskanal aufzumachen.

Auf Ebene der Polizei gibt es durchaus bestimmte Messenger-Dienste, die aus meiner Sicht geeignet sind. Man muss es sich einfach ansehen, ob tatsächlich eine Verbindung und eine klare Kommunikationsstruktur geschaffen wird, die auf wenige begrenzt ist, und in Ruhe überlegen, ob das Sinn macht. Mir hätte es geholfen.

Mir hätte es vor Ort auch geholfen, um Dinge zu erklären. Denn Erklärungen werden nicht mehr auf der Landes- und Bundesebene abgefragt, sondern vor Ort. Sie werden nicht einmal beim Landrat abgefragt, sondern bei den Mitarbeitenden an den Bürgertelefonen, bei den Mitarbeitenden, die im Kontakt mit der Bevölkerung stehen. Denen konnte ich keine Erklärung liefern, weil ich selbst keine hatte.

Ich wiederhole daher noch einmal meinen Appell, die Kommunikation auf Bundes- und Landesebene zusammenzufassen und in der entsprechenden Form zu führen.

Wenn ich darf, möchte ich auch einen Hinweis zu den Hilfsorganisationen geben, und zwar bezüglich des Aufbaus von Teststellen. Da habe ich direkt an das Thema „Tönies“ gedacht. Ich habe in dieser Sache mit dem DRK bzw. beiden Kreisverbänden im Kreis Herford mehrfach intensiv gesprochen. Die haben dort Teststellen aufgebaut. Sie sind durchaus dazu in der Lage. Diesen Hinweis möchte ich geben. Ohne diese Hilfe hätte es an der Stelle nicht funktioniert. Auch bei der Impfstelle im Kreis Herford war das DRK in der Aufbauphase vertreten. Jetzt hat es noch weiteres Personal gestellt. Auch das hätte ohne diese Hilfsorganisation – das DRK ist im Kreis Herford relativ stark – nicht funktioniert. Die können das.

Steffen Schimanski (Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Nordrhein e. V.): Ich beginne mit der Frage nach den Zuständigkeiten. Wir spielen da letztendlich mit, weil es unserem Selbstverständnis entspricht und weil wir es können.

Hier ist auch die Frage gestellt worden, warum manches nicht gemacht worden ist. Ich glaube, das hat auch etwas mit einerhaltungsfrage zu tun. Das ist vorhin auch schon mal angesprochen worden. Für uns ist es wichtig, einen integrierten Krisenmanagementansatz von A bis Z zu denken und nach Fähigkeiten zu schauen, und zwar im Zweifel nach fehlenden Fähigkeiten. Wir haben – wie auch die Feuerwehren und andere – Fähigkeiten, die über ehrenamtliche Kräfte, ausgebildetes Personal und Ausstattung schnell mobilisierbar sind und dann zum Einsatz kommen, wenn sie gebraucht werden.

Ich möchte damit die Frage nach dem Kleeblatt-Prinzip verbinden. Dabei geht es um eine strategische und überregionale Patientenverlegung zur Entlastung überlasteter Gesundheitsstrukturen. Wir diskutieren jetzt mit Blick auf die Ukraine-Krise erneut, inwiefern wir im europäischen Kontext eventuell Patiententransport überregional durchführen wollen und müssen. So haben wir es an der einen oder anderen Stelle auch in der Coronapandemie diskutiert, und das könnten wir auch im Kontext eines Ausbreitungsgeschehens diskutieren oder beispielsweise bei einem chemischen Unfall oder bei einer Cyberattacke auf ein Atomkraftwerk, wie es in den letzten Jahren diskutiert wurde.

Die Fähigkeit, Patienten zu transportieren und zu verlegen, haben der Rettungsdienst, die Hilfsorganisationen und der Katastrophenschutz mit ihrer medizinischen Expertise.

Insofern könnte man hier darüber nachdenken, überregionale Mechanismen zu entwickeln, die unabhängig vom konkreten Szenario gezogen werden könnten. Das ist unser Verständnis als DRK von einem integrierten Ansatz: Bevölkerungsschutz umfassend betrachten.

Eine Frage von Gesundheitssicherheit und Daseinsvorsorge und oft auch eine Frage der Finanzen ist es, ob man in die Vorhaltung solcher Strukturen, ihre regelmäßige Evaluation und ihre Weiterentwicklung Zeit und Energie stecken möchte.

Nils Kirner (Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., Landesverband Nordrhein-Westfalen):

Ich möchte zunächst auf die Frage der Digitalisierung eingehen. Ich meine, da müssen wir erst mal einen gemeinsamen Nenner finden. Welche Daten brauchen Sie von uns als Hilfsorganisationen – wir wissen es ungefähr – zu Fallzahlen, Häufungen und benötigten Einsatzkräften, um daraus abzuleiten, welche Kräfte uns noch zur Verfügung stehen? So wissen auch Sie, welche Kräfte wir im Sinne des Katastrophenschutzes noch in der Hinterhand haben, die unter Umständen noch mobilisiert werden können.

Der Kollege hat die Frage nach den Teststationen schon beantwortet: Ad-hoc – ich spreche jetzt nicht von Bürgertestungen über mehrere Wochen und Monate hinweg, sondern über Fälle wie das bereits angesprochene Beispiel „Tönnies“ – müssen teilweise über Nacht Strukturen etabliert und aufgebaut werden, manchmal auch über zwei Wochen wiederkehrend. Wir als Hilfsorganisationen haben gemerkt, dass sowohl unsere technische Ausrüstung als auch unsere personelle Unterweisung und Einweisung hier stark nachgebessert werden müssen. Denn da geht es um Fähigkeiten, die im Katastrophenschutz bisher so noch nicht gefordert wurden und somit auch noch nicht Einzug gehalten haben.

Ein Lagebild ergibt sich aus der Digitalisierung. Das DRK und unsere drei Verbände haben unabhängig voneinander gefordert, Fachberater der Hilfsorganisationen einzusetzen, die mit ihrer Expertise dabei unterstützen können, Informationen direkt von der vordersten Linie in die entsprechenden Stäbe einfließen zu lassen, um das Lagebild zu komplettieren.

Ingo Schlotterbeck (Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Ostwestfalen-Lippe e. V.):

Zur Ergänzung: Der Katastrophenschutz ist keine Allzweckwaffe, die alles erledigen kann. Das ist ganz wichtig; darüber sind wir uns aber, denke ich, einig. Er ist ein Mittel, mit dem man sehr kurzfristig Spitzen bedienen kann, in denen man ganz akut tätig werden muss. Danach muss es eine relativ klare Struktur dafür geben, wie weiter verfahren wird. Das muss sich nicht nur an die Hilfsorganisationen richten, sondern auch weitere Unternehmen und Firmen können angesprochen werden. Wichtig ist, dass es dann aber etwas gibt.

Eben wurde noch gefragt, wer dann den Hut aufhat. Ich bin gar nicht so vermessen, zu wünschen, dass es Bund und Land sein müssen, aber es sollte überhaupt und unbedingt eine Struktur geben – im Zweifel auf Landesebene –, die uns eine Linie vorgibt, auf der wir arbeiten können.

Ich bin gemeinsam mit Theo Windhorst organisatorischer Leiter des Impfzentrums in Bielefeld gewesen, und wir haben sozusagen abends die Nachrichten geschaut, um zu wissen, was am nächsten Morgen passieren könnte. Ich möchte gar nicht berichten, wie die Staatssekretäre, Abteilungsleiter usw. agieren mussten. Da ist dringender Handlungsbedarf, und da muss unbedingt nachgebessert werden.

Warum das bisher nicht geschehen ist, ist schwer zu sagen, weil es bei uns im Land sehr föderal strukturiert ist. Die Auswirkungen dieser Pandemie sind so riesig – keiner hätte sie so jemals erwartet –, dass keine Katastrophenschutzevaluation sie irgendwie mal mit einer relevanten Wahrscheinlichkeit hinterlegt hätte. Von daher ist es irgendwie auch eine Frage der Disziplin.

Ina Löllgen (Malteser Hilfsdienst e. V., Landes- und Regionalgeschäftsstelle NRW):

Ich möchte noch einmal auf die Fragestellung nach der Digitalisierung und deren Potenzial, unsere Kommunikation zu verbessern, eingehen. Auf der einen Seite geht es natürlich um die Kommunikation unserer Lage nach oben, damit der Krisenstab – wie auch immer er zusammengesetzt sein wird – ein Bild hat.

Auf der anderen Seite geht es auch um die Kommunikation in die andere Richtung. Wir hatten in unserer Stellungnahme schon angesprochen, dass ein landeseinheitliches Lagebild, das alle Aspekte des Bevölkerungsschutzes und des Gesundheitsschutzes darstellt, aus unserer Sicht ganz wichtig ist, um als relevante Entscheidungsgrundlage für unsere Arbeit zu dienen, ganz gleich in welchem Segment. Das kann natürlich die Digitalisierung, wenn wir uns nur einloggen müssen, um etwas abzurufen, jederzeit deutlich vereinfacht werden.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Herzlichen Dank. – Ich möchte daran anschließend noch darauf aufmerksam machen, dass gerade die Hilfsorganisationen ihre drei Verbände ganz extrem auf die Digitalisierung hingewiesen haben.

Jürgen Müller (Landrat Kreis Herford): Ich werde bei meinen Ausführungen sicherlich nicht alle meine Stichwörter abarbeiten können. Es sind einfach zu viele.

Frau Lück, Sie haben recht: Es geht um die Menschen. Das muss man sich immer wieder vor Augen halten. Das ist natürlich immer auch gemeint. Wir müssen aber auch etwas aufpassen, wenn wir davon sprechen, dass wir das Gesundheitssystem am Laufen halten müssen. Das Gesundheitssystem an sich hat überhaupt keinen Eigenwert, sondern es geht um die Menschen, die wir damit versorgen wollen. Da ist der Schaden.

Deswegen hat mich diese Sichtweise nie so richtig beruhigt. Sie suggeriert, dass infizierte bzw. erkrankte Menschen zum Arzt oder zur Ärztin ins Krankenhaus gehen, und dann wird alles wieder gut. Das ist aber nicht die Wahrheit. Wer schwer erkrankt – das war in der Delta-Welle noch typischer – und auf der Intensivstation landet, der kommt da nicht unbedingt wieder gesund raus. Gott sei Dank schaffen es welche, vielleicht jetzt auch mehr, aber viele sterben dort oder nehmen schlimmste langfristige Folgen hin. Deshalb beruhigt es mich gar nicht, dass wir genug Platz im Krankenhaus haben.

Ich hätte es am liebsten, wenn wir es schaffen, dass möglichst wenige Menschen überhaupt dorthin müssen.

Ins Protokoll habe ich hineingeschaut; ja. Das war ein echter Schatz, und es lässt mich Brücken zu anderen Themen wie der Bildungspolitik schlagen. Ich hatte nie so viel Ahnung von der Bildungspolitik, wie ich daraus ziehen konnte.

Ich komme dann aber zu der Frage nach den Strukturen und der Kommunikation. Ein bisschen ist es jetzt eine Gratwanderung. Sie wissen, dass wir die Landesregierung beraten, Sie wissen aber auch, dass wir nachgeordnete Einrichtung der Landesregierung sind.

Ich glaube, wir dürfen es uns nicht zu einfach machen, wenn wir sagen, wir brauchen eine klare, einheitliche Linie. Das Idealbild wäre, dass es einen Punkt gäbe, von dem abends um 19:00 Uhr die Losung des Tages ausgeht, sodass am nächsten Morgen alle wissen, was los ist, und das Gleiche kommunizieren. Das wäre eine tolle Welt! Klasse!

Das Problem ist aber, dass diese Pandemie uns alle so umfassend erwischt hat, dass es mit anderen Großschadensereignissen überhaupt nicht vergleichbar ist. Es geht nicht darum, dass es irgendwo brennt oder Überflutungen gibt – das haben wir in der schlimmsten Dimension gehabt –, sondern die Pandemie berührt alles, vom Kindergarten über die Schule und die Hochschule bis in die Wirtschaft, in den Sport und in die Kultur. Unser gesamtes Leben wird an allen Ecken durcheinandergewirbelt und bedroht. Ich mag mir gar nicht vorstellen, dass irgendjemand den Anspruch erheben wollte, er oder sie könnte das zentral steuern. Nein, darauf muss mit den Brillen verschiedener Fächer geschaut werden.

In Gütersloh war ich hin und wieder als Gast im Krisenstab, in anderen Fällen habe ich es auch gesehen: Ich würde mich sehr wundern, wenn nicht auch in den Kommunen diese unterschiedlichen fachlichen Blickwinkel aufeinandertreffen würden und dort die eine oder andere Frage im Detail auch anders beantwortet würde. Es ist ja nicht so, als gäbe es in der Welt nur unterschiedliche Blickwinkel auf der Landesebene oder auch noch auf der Bundesebene und darunter wäre alles klar. Meine Erfahrung ist das nicht.

Wir hatten eine Phase, in der wir mit den Kommunen vor Ort gesprochen haben, was denn nun zu tun sei. Wir haben dann die Daten geliefert. Da gab es eine ziemliche Diskussion. Ich hatte nicht den Eindruck, dass auf der anderen Seite ein Landrat, eine Landrätin, eine Oberbürgermeisterin oder ein Oberbürgermeister sitzt, der oder die nur sagt: Sag mir, was ich tun soll; ich mache es. – Nein, so war es nicht. Wir haben teilweise sehr darum gerungen, was aus Sicht des Landes, aus der beratenden Sicht des Landesentrums und aus Sicht der Kommunen das Richtige ist. Das wird sich auch nicht ändern.

Ich meine, es wird der Wirklichkeit nicht gerecht, zu sagen, dass Land sei quasi struktur- und führungslos, und es gebe eine einzige Kakophonie. Es gibt einen Ministerpräsidenten, und ich denke, auch wenn ich nie im Leben auch nur in der Nähe einer Kabinettsitzung war, dass schon klar ist, wer in Nordrhein-Westfalen am Ende des Tages im Kabinett sagt, wo es langgeht.

Ich weiß aus den Anfängen: Natürlich gab es ganz früh schon Abstimmungsgremien im Land. Die gibt es auch heute. Entschuldigung, aber so doof sind wir als Land auch nicht, dass wir nicht wüssten, dass das notwendig ist. Es war kein formeller Krisenstab, aber natürlich gab es von Beginn an Zusammenkünfte auf Ebene der Abteilungen der Häuser, um sich abzusprechen. Es gibt diese Strukturen auch heute. Sie kennen auch die Strukturen in den Bund hinein.

Verzeihen Sie mir, dass ich es jetzt auch aus Sicht eines Bürgers sage: Wenn der Bund und die 16 Länder mit ihren unterschiedlichen Blickwinkeln aufeinandertreffen, möchte ich mal den erleben, der zum Beispiel Herrn Söder sagt, er solle bitte auf Punkt und Komma genau das sagen, was vorformuliert wurde. Das erwartet niemand. Das ist nicht unsere Welt. Sie hat ihre Schwächen, sie hat aber auch ihr Gutes. Ich finde es eher gut, dass nicht zentral im Land gesagt wird: Im Kreis Herford, in dieser und jener Kommune, hat genau dies und jenes zu passieren. Die Kommune redet da sehr wohl mit und bringt ihre Detailkenntnisse ein. Das führt dazu, dass man miteinander ringt und Dinge auch nicht immer gleich sieht. Das ist so, aber das hat uns, meine ich, auch in diesem großen und vielfältigen Land Nordrhein-Westfalen nicht geschadet.

Hätten wir den richtigen Plan haben können? – Den perfekten Plan hätte es nicht gegeben. Wir wussten nicht, was da kam. Wir wussten schon angesichts des Falls „Tönnies“ nicht, wie es im Winter wird. Ich weiß noch, wie wir sprachlos vor diesen Zahlen standen, die einfach senkrecht in die Höhe schossen. Das haben wir für eine statistische Eiger-Nordwand gehalten. Dann kam Omikron, und da haben wir gesagt: Was war das denn vorher für ein Hügel? Das war ja nichts!

Versuchen Sie mal, in den Verläufen das Ereignis bei Tönnies zu finden. Das sieht aus wie eine kleine Delle, wir hielten es damals aber für den Gipfel des Vorstellbaren. Dafür gab es keinen klaren Plan.

Natürlich gab es Dinge, die wir vorher besser hätten machen können, allerdings nicht auf diese konkrete Lage bezogen. Das habe ich anzudeuten versucht. Wenn wir als Gesellschaft widerstandsfähig sein und viele schwere Verläufe vermeiden wollen, dann werden wir uns auch in ruhigen Phasen darum kümmern müssen, die Menschen zu erreichen, die sich mit der Gesundheit aufgrund ihrer Lebensbedingungen oder verschiedenster Barrieren schwertun. Wenn wir in einer Pandemie versuchen, auf Gruppen zuzugehen, die wir vorher nicht erreicht haben, um ihnen zu sagen, dass sie sich impfen lassen müssen, wird das nicht funktionieren. Wir sprechen nicht die Sprache dieser Menschen. Wir werden kein Vertrauen finden, welches wir aber brauchen, um wirken zu können. Man macht das entweder immer oder fängt es erst gar nicht an. Es mal eben an- und auszuschalten wird nicht funktionieren. Das ist meine ganz feste Überzeugung.

Zu den Daten: Wenn wir DEMIS hätten, hätten wir viel besser dagestanden. Das ist für mich klar. Falls jemand es nicht so genau weiß: Im Moment gibt es drei Ebenen und drei Datenbanken. Die Kommunen haben eine Datenbank, wir haben eine Datenbank, der Bund hat eine Datenbank. Stufenweise wird von der einen auf die andere Datenbank übertragen. Diese Datenbanken haben praktisch nie den gleichen Stand.

Auch da könnten Sie den Kommunen sagen: Meldet euren aktuellen Stand nicht um 15:00 Uhr. Das ist nicht unser Stand, weil in den Kommunen erst noch übertragen wird. – Aber die Kommune steht auch vor Ort unter Erwartungsdruck. Ich möchte den sehen, der der örtlichen Presse sagt: Wir warten noch; morgen kannst du etwas bekommen. – Das funktioniert doch nicht. Natürlich gibt es diese unterschiedlichen Kommunikationsnotwendigkeiten. Das ist keine Böswilligkeit.

DEMIS würde das beheben. DEMIS hat eine Datenbank mit parallelen, rollendifferenzierten Zugriffen. Das würde helfen. Und selbst dann würde es noch einen Unterschied machen, ob um 8:15 Uhr, 9:30 Uhr oder 17:30 Uhr auf diese Datenbank zugegriffen wird. So ist es nun einmal. Deshalb steht bei uns immer: „Meldestand ist ...“ Wenn Sie einen anderen Meldestand haben, ist das Ergebnis ein anderes. Daran wird niemand etwas ändern können.

Zur Frage, ob wir ein Panel machen wollen: Daran hindern wird uns niemand. Es wäre wünschenswert, wenn wir das bundesweit machten. Ich verstehe, dass das RKI eine Reihe von Instrumenten hat, die in diese Richtung weisen. Es gibt da so ein „Grippe-Web“, das natürlich nicht für die Coronapandemie gemacht ist. Es gibt dieses Erfassungssystem bei den Sentinelpraxen. Es gibt ein Erfassungssystem bei Krankenhäusern. Das sind aus meiner Sicht sehr ehrbare, aber auch ein bisschen hemdsärmelige und pragmatische Ansätze. Ich würde mir wünschen, dass wir dies auf ein neues Qualitätsniveau heben, zum Beispiel orientiert an den britischen Erfahrungen.

Aber da müssen die Menschen mitmachen. Ich weiß nicht, wie die Menschen reagieren, wenn sie Post bekommen, in der es heißt, sie sollten einen Abstrich und eine kleine Blutprobe entnehmen und zurückschicken. Das ist nicht, wonach man sich sehnt, aber anders funktioniert es nicht. Ich finde, man muss es versuchen.

Ich weiß auch, wie viel wir gerne noch über das wüssten, was diese Pandemie anrichtet, was sie mit uns macht und wen sie trifft. Aber erinnern Sie sich doch mal daran, wie mühsam es schon ist, unter diesem Druck überhaupt die Fälle zu ermitteln. Wenn Sie dann noch wissen wollen, wie es dem Menschen geht, in welchen Sozialbedingungen er lebt, ob er Migrationshintergrund hat – was bei Weitem nicht der einzige Unterschied zwischen Menschen ist –, welche Vorerkrankungen er hat, welche Symptome er hat und welchen Impfstoff er bekommen hat, hilft keine Digitalisierung, sondern dann muss angerufen werden. Mit diesen Menschen müssen Sie sprechen. Wer soll das denn alles machen? Darum geht es doch.

Die Digitalisierung hilft an manchen Stellen, an anderen Stellen hilft sie aber überhaupt nicht. Ich habe mal einen Anruf bekommen, in dem ich gefragt wurde, ob wir Sozialdaten, Melderegister usw. nicht in einen Topf werfen könnten. Dann wüssten wir besser, was unsere Problemgruppen sind. Ich habe darauf geantwortet: Das sollten Sie Ihrem Datenschützer am besten gar nicht erst vorschlagen. Das wird er nicht mitmachen können.

Etwas wissen zu wollen, ist das eine, aber was wir alles wissen wollen, wird uns auf der anderen Seite vorgehalten, weil wir es als Belastung an die Informierenden abgeben; weil wir es ihnen auferlegen. Aus dieser Zwickmühle werden wir auch nicht herauskommen. Informationen kosten, und diese Kosten muss man abgrenzen.

Dr. Johannes Albert Gehle (Ärztammer Westfalen-Lippe K. d. ö. R.): Herr Freynick, Sie hatten gefragt, ob es ein leuchtendes Beispiel aus anderen Ländern gab. Ich würde sagen: Nein, das gab es nicht. Es gibt natürlich Dinge, die man aus anderen Ländern lernen kann, aber wir haben das, was gelaufen ist, nicht falsch oder verkehrt gemacht. Manchmal denke ich, wir müssten erst mal anfangen, bei uns zu suchen: Was ist sinnhaft und was nicht?

Herr Vincentz, Sie haben gesagt, Kommunikationswege habe es nicht gegeben. Das würden wir nie sagen. Es gab multiple Kommunikationswege, und die haben auch stattgefunden; vor Ort, regional, landesübergreifend. Man hätte sie besser vernetzen können. Das ist das eigentliche Problem. Und dafür wären ein Pandemie-Rahmenplan und die entsprechenden Strukturen notwendig.

Wenn ich das sagen darf: Mir gehen die Diskussionen ein bisschen durcheinander. Wir reden über verschiedene Ebenen: die kommunalen Ebenen, die regionalen Ebenen, die Landesebene und die Bundesebene. Diese können wir nicht in einem miteinander vergleichen.

Es gibt manches, das kommunal gut geklappt hat. Ein Beispiel dafür ist die Vernetzung der Krankenhäuser in Bielefeld. In einer krisenhaften Situation, in der es erst hieß, man könne keine Patienten mehr versorgen und es müsse aus dem Raum Bielefeld verlegt werden, haben die Krankenhäuser spontan gesagt: Wir gestalten unser Krankenhausinformationssystem komplett offen. Jeder kann es einsehen und sehen, wie es um die anderen steht. In einer Konkurrenzsituation zwischen Krankenhäusern musste Vertrauen aufgebaut werden. So etwas kann man natürlich instrumentalisieren, indem man sagt: In einer bestimmten Situation wie einer pandemischen Lage ist so etwas machbar.

Es wurde nach dem lernenden System gefragt. IG NRW haben wir schon seit ungefähr 15 Jahren – ich weiß nicht, wie lange genau. Der eine oder andere sagt, es sei ein nutzloses System, weil darin ohnehin nie steht, was wirklich wahr ist. Das IG NRW ist in dieser Zeit aber so weit entwickelt worden, dass es heute vielleicht sogar verlässlicher ist als IVENA, das ich vorher bevorzugt hätte. Die Datenlagen, die wir über diese Systeme gewinnen, sind teilweise besser als die Datenlagen, die das RKI auf Bundesebene hat. Das muss man einfach mal so sagen. Und es geht schneller und transparenter.

Das sind Dinge, die wir aus meiner Sicht verstetigen müssen. Natürlich brauchen wir dann einen Rahmenplan, um diese Strukturen zu beschreiben: Wer hängt was wo auf? Wie sind die Hierarchieebenen? Wie kommunizieren wir miteinander? Welchen Weg wollen wir gehen?

Deswegen wird es auch nicht einen Krisenstab geben, sondern wir werden immer mehrere Krisenstäbe haben. So haben wir es zu Recht auch erlebt. Ich habe mit einem Bürgermeister einer großen Stadt gesprochen – ich möchte seinen Namen jetzt nicht nennen –, der sagte: Nach 48 Stunden kam aus dem Krisenstab des Landes, es gehe noch nicht schnell genug; deshalb habe ich angefangen zu handeln. Was macht man zum Beispiel, wenn keine Masken da sind? Man ist in die Umgebung hineingegangen.

Natürlich brauchen wir Antworten darauf, wie viele Schutzmaterialien wir selbst produzieren, wie viel in verlässlichen Ländern produziert wird und wie abhängig wir uns von anderen Ländern machen. Die Schnelltests kommen, soweit ich weiß, in der Regel aus China. Zum Teil ist das aber auch anders. Deshalb ist die Frage: Womit können wir leben? Welchen Weg gehen wir mit, und auf welche Strukturen konzentrieren wir uns?

Herr Winterer, Sie haben völlig recht: Im Ruhrgebiet, wo ich arbeite, haben wir zum Beispiel in Gelsenkirchen Communitys, die wir am Anfang nicht erreichen konnten. Mittlerweile erreichen wir sie durch aufsuchende, sprachgebundene Hilfe. In Dortmund ist es ähnlich. Die kriegen wir auch; die Leute lassen sich jetzt impfen. Aber wenn wir diese Struktur jetzt wieder aufgeben und nicht nachhaltig sind, wenn wir dies auch nach der Pandemie, die aus meiner Sicht nicht beendet ist, nicht fortführen, werden wir in zehn Jahren die gleichen Probleme wieder haben.

Deswegen geht es um Reaktionsgeschwindigkeiten und darum, die Reaktionen vernünftig zu organisieren. Es hat auch eine Konkurrenz der unterschiedlichen Organisationen gegeben. Das muss man sagen. Das gilt nicht für die Hilfsorganisationen, aber alle wollten am Anfang dabei sein. Manchmal hatte ich den Eindruck, es gab es auf einen Schlag an der einen Stelle viel zu viel Hilfe – da musste man eher die Hilfe organisieren als das, wofür man das Hilfsangebot brauchte –, und an der anderen Stelle war es zu wenig.

Wir kennen ja die Diskussion darum, wer testet: die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Hilfsorganisationen, die privaten Anbieter. Auch da kann man, denke ich, im Vorfeld Strukturen schaffen, die aufzeigen, wie es ablaufen kann.

Das bedeutet nicht, dass alles schlecht war. Das muss man klar sagen. Ohne die Spontantät wären wir in Nordrhein-Westfalen bisher nicht so gut durch die Zeit gekommen, wie wir es geschafft haben. Ohne die relativ hohe Impfquote wäre es auch nicht gelungen. Sie ist noch lange nicht hoch genug, das wissen wir, aber sie ist immer noch besser als das, was wir in vielen anderen Bundesländern gesehen haben.

Rudolf Henke (Ärztammer Nordrhein K. d. ö. R.): Frau Lück, Sie hatten gefragt, wie es mit Infos durch Medien ist, die schon vorher bei den Betroffenen ankämen. Ich gebe zu, dass ich einen Teil der Pandemiezeit auch in der Rolle eines Bundestagsabgeordneten miterlebt habe. Ich habe fürchterlich daran gelitten, dass Sie auch in dieser Rolle gar nicht immer der Erste sind, der weiß, was neu ist. Sie kommen abends auf eine Veranstaltung, und dann sagt Ihnen wieder jemand, was die Agenturen schreiben. Das werden Sie genauso erlebt haben. Sie könnten kirre werden! Sie sind im Gesundheitsausschuss auf Bundes- oder auf Landesebene; da muss es doch möglich sein, dass Sie am Abend das, was am nächsten Tag in der Zeitung steht, prognostizieren können.

Ich glaube aber, dass ist nicht mehr möglich, weil es heute einen völlig anderen Rhythmus in den Medien gibt. Die Internetauftritte ringen wechselseitig darum, immer das Neueste zu kommunizieren, und zwar möglichst mit einem kontrastierenden Akzent zu

dem schon Bekannten. Das, was kommuniziert wird, wird möglichst so kommuniziert, dass es Emotionen hinterlässt.

Ich habe mal in der Schule gelernt: Wenn es schwierig wird, gilt es, möglichst sachlich – sine ira et studio; ohne Zorn und Eifer – an Dinge heranzugehen. Aber das wird im Konkurrenzkampf von Online-Nachrichtendiensten nicht belohnt. Die werden mit Klicks dafür belohnt, dass sie es möglichst emotionalisiert transportieren.

Ich prüfe gar nicht, ob es wahr oder unwahr ist oder Fakes transportiert werden. Ich sage nur: Auch das, was total gesichert ist, wird möglichst emotionalisiert transportiert: Leuten Sorge bereiten, Leute auf Widersprüche hinweisen, Leute als Betroffene darstellen, die vielleicht gar nicht betroffen sind, Leute auf ihre Kinder und deren Schicksal oder auf die Älteren in der Familie ansprechen, Unruhe auslösen.

Das kriegen wir nicht weg, und dem ist am Ende auch keiner wirklich gewachsen. In der Medizin – jedenfalls da, wo wir ungesichertes Wissen in weiter Fülle haben und im Grunde genommen jeden Tag um neue Fortschritte ringen – ist das Widersprüchliche der Normalfall. Es gibt keine einheitliche Botschaft, sondern das, was wir heute für richtig halten, halten wir morgen für falsch und werben um das Gegenteil. Deswegen ist es sehr schwierig, zu sagen, dass wir das in einer von Pressefreiheit gekennzeichneten Kommunikationswelt und einer von Pluralismus gekennzeichneten parlamentarischen Auseinandersetzung irgendwie wegkriegen wollen.

Es war ganz am Anfang, im ersten Dreivierteljahr 2020, ein bisschen anders, weil alle so schockiert waren. Von ein paar Außenseitern abgesehen haben alle gesagt: Wir sind uns einig darüber, was wir tun wollen. Aber diese Einigkeit ist im Laufe des vierten Quartals 2020 verloren gegangen und seitdem nicht zurückgekehrt. Das macht es bis heute in Teilen sehr schwierig.

Ich weiß nicht, wie man das lösen soll. Eigentlich kann man nur an alle appellieren, sich möglichst viel Mühe zu geben, sich auf eine gemeinsame Sprachregelung zu verständigen. Aber manchmal ist das eben schwierig.

Ein Beispiel dafür ist zum Beispiel diese Geschichte mit den Obduktionen. Wir haben jetzt 124.450 Coronatodesfälle registriert. Obduktionen gab es mit ungefähr 1.100 in weniger als einem Prozent der Fälle. Im März 2020 gab es eine RKI-Mitteilung, Obduktionen bzw. Leichenöffnungen zu vermeiden, weil die Aerosolbelastung dabei so hoch sei, dass sie ein großes Risiko darstellten. Wenn es eine Facharztgruppe gibt, die wirklich den Umgang mit und den Schutz vor Aerosolen gelernt hat, dann sind es die Obduzenten. Wenn es eine Gruppe gibt, die weiß, wie sie sich selbst schützen kann, ist es diese. Deswegen haben die es auch gar nicht verstanden und gesagt, dass sie es trotzdem machen.

In einer bei der RWTH Aachen lokalisierten gemeinsamen Datenbank der Deutschen Gesellschaft für Pathologie sind aber eben nur 1.100 Obduktionen erfasst. Die Empfehlung bei unbekanntem Krankheitsbild, von denen wir nicht wissen, welchen Charakter sie haben und wie sie sich auf den Körper auswirken, ist eigentlich, jeden Verstorbenen zu obduzieren. Auch bei HIV, Ebola und anderen SARS-Infektionswellen oder der Schweinegrippe H1N1 hätten eigentlich Obduktionen immer zum Regelinstrumentarium des beschleunigten Wissenserwerbs dazugehört.

Ich erinnere an den Streit um die Frage, ob man mit oder an Corona stirbt. Erst durch Hunderte Obduktionen ist geklärt worden: Ja, man stirbt an Corona, und es gibt auch ein Paar Menschen, die mit Corona sterben, bei denen aber etwas anderes im Vordergrund steht. Diese Frage zu klären, war aber nur durch Kooperation der Pathologen untereinander möglich.

Ich kann mich erinnern, dass es ein Institut für Pathologie gab, bei dem der Chef der Pathologie gesagt hat: Das ist alles Quatsch; man stirbt nicht an Corona; unsere Daten sprechen dafür, dass man mit Corona stirbt. – Das ist später erst in der Interaktion widerrufen und korrigiert worden. Herr Püschel in Hamburg hat es dann richtiggestellt und die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pathologie mitgetragen.

Ich möchte eine letzte Bemerkung zum Krisenstab machen. Ich glaube schon, dass am Ende die Regelungskompetenz an einer Stelle liegen muss. Einer muss den Kopf für die Konzentration hinhalten. Einer muss, wenn man so will, die ministerielle Aufsicht dafür haben, dass die Daten zusammenfließen. Wir würden uns als Ärztekammer erst einmal, glaube ich, emotional für das Gesundheitsministerium aussprechen. Aber wir haben nicht wirklich tiefer wissenschaftlich geprüft, ob das Innenministerium oder das Schulministerium dafür besser geeignet wäre. Das weiß ich nicht. Wir hätten das Gefühl, dass das Gesundheitsministerium über ein großes Vorverständnis verfügt und mit den Lagen ziemlich gut umgehen kann. Wenn es überhaupt ausreichende Erfahrung gibt, dann ist diese Erfahrung dort am ehesten vorhanden.

Dann muss man zusehen, dass man es mit den anderen Ebenen des Handelns, also mit den Kommunen und auch mit den weiteren Körperschaften und Verbänden, koordiniert. Den Datenprozess und die Datenverwaltung zu konzentrieren, ist durchaus Aufgabe einer spezifischen Institution, die nach meinem Verständnis staatlich sein müsste. Aber die Erkenntnisse daraus müssten für uns alle zugänglich, transparent und nutzbar sein. Herr Köhne könnte noch etwas dazu sagen, wie man diese Daten nutzen kann.

Dr. Christian Köhne (Ärztekammer Nordrhein K. d. ö. R.): Ich beginne mit der ersten Frage von Frau Lück nach den möglichen Verbesserungen durch die Digitalisierung. Diese ergeben sich mit Sicherheit bei der Datenerhebung, und wir sind auch in der Lage, exorbitant viele Daten rasant schnell auszuwerten.

Das Ganze ist jedoch nicht trivial. Ein Problem hat Herr Winterer vorhin schon angesprochen: Wenn mehrere Datenbanken in einer Kaskade befüllt werden, entstehen unterschiedliche Datenbestände. Zur Verwunderung vieler berichtet eine Kommune dann etwas anderes als das Land, und diesem liegen noch einmal ganz andere Zahlen als dem Bund vor. Dies ist ein Aspekt, der angepackt werden muss. Eine einheitliche, von allen direkt zu befüllende Datenbank ist dabei das richtige Stichwort.

Eine andere Frage ist, welche Daten ausgewertet werden sollen und ob der Pandemieplan diese festschreiben kann. Ich behaupte: Nein. Wir wissen heute noch nicht, ob dieser Plan für Corona geschrieben wird. Vielleicht wird er auch für die Influenza oder für ein Virus aufgestellt, dessen Namen wir alle noch nicht kennen, weil es noch nicht benannt bzw. noch gar nicht bekannt ist.

Auch bei der Coronapandemie – Herr Winterer hat es vorhin schon angedeutet – stellen wir uns die Fragen, die wir uns vor anderthalb Jahren gestellt haben, heute gar nicht mehr. Es ist zwar immer noch interessant, wie ausgelastet die Intensivstationen sind, mit dieser Information können wir heute aber nicht mehr steuern. Die Normalstationen sind jetzt interessanter. Auch bei ein und demselben Virus ändern sich die Fragestellungen im Verlauf – zum Beispiel im Falle einer veränderten Immunlage der Bevölkerung.

Daher müssen wir uns immer wieder fragen, welche Daten wir brauchen. Diese müssen vor allem in einer hohen Datenqualität und auch schnell erhoben werden. Eine zentrale Institution, die sich überlegt, welche Daten zu erheben sind, wird dies allein nicht tun können. Als Quellen der Daten kommen Krankenhäuser, Praxen oder der Öffentliche Gesundheitsdienst infrage.

Wenn mit diesen nicht darüber kommuniziert wird, welche Daten zu der jeweiligen Fragestellung schnell und sicher erhoben werden können, wird es jedoch nicht klappen. Deswegen ist es ausgesprochen wichtig, Strukturen zu schaffen, in denen eine Kommunikation untereinander stattfindet. Egal, ob man sich wie hier im Ausschuss oder digital über Zoom trifft, ist es wichtig, Informationen und Wissen auszutauschen, um schnell valide Daten erzeugen zu können.

So wird zum Beispiel in Anbetracht dessen, wie die Hospitalisierungsinzidenz – darauf haben alle gehofft – über zwei, drei, vier oder fünf Wochen ansteigt, deutlich: Mit den Daten von heute kann nicht gesteuert und kein echtes Krisen- bzw. Pandemiecontrolling betrieben werden. Dafür werden wirklich schnell erhobene Zahlen benötigt. Um zu wissen, wie das geht, muss auf die Erfahrung aller – der Krankenhausgesellschaften, der KV und vielleicht auch der Ärztekammer – zurückgegriffen werden, und am Ende muss jemand die Daten erheben, interpretieren und zur Verfügung stellen.

Ein ganz entscheidender Punkt ist folgender: Wenn wir über vorhandene Daten beraten, ist es sehr wichtig, über dieselbe Datenbasis zu reden. Diese muss transparent sein, wenn auch vielleicht nicht für die gesamte Bevölkerung. Die wichtigen Player in diesem System müssen die Daten jedoch von der Quelle her kennen und selber auswerten können, damit sie über dasselbe reden, sich gegenseitig gut beraten und das Beste zur Bewältigung der Pandemie machen können. Diese Strukturen zu schaffen, ohne schon zu wissen, was im Konkreten gebraucht wird, wäre meiner Ansicht nach ein ganz zentraler Baustein des Pandemieplans.

Dies gilt auch für viele andere Dinge. Ob wir irgendwann Masken oder Handschuhe brauchen, wissen wir noch nicht. Wir sollten aber schauen, dass wir diese hier produzieren können bzw. die entsprechende Industrie stark machen, damit wir in diesem Fall reagieren können.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Bevor ich für die zweite Runde Herrn Schmitz das Wort gebe, noch ein Hinweis: Herr Köhne, Herr Henke, Sie schreiben auf der zweiten Seite Ihrer Stellungnahme unter dem zweiten Spiegelstrich bezüglich eines entscheidenden Faktors bei der Bewältigung zukünftiger Pandemien:

„Dafür ist es notwendig, auf eine Struktur zur Definition, Sammlung und Aufbereitung der Daten zurückgreifen zu können, die unter ministerieller Aufsicht organisiert ist und im Pandemiefall sehr schnell handlungsfähig ist.“

Genau dies haben Sie, Herr Köhne, doch soeben verneint und gesagt, es könne nicht in einem Plan festgeschrieben werden. – So habe ich es vernommen, aber die Definition, in der Sie festschreiben, was erforderlich ist, um darauf zurückgreifen zu können, muss doch sein, oder?

Dr. Christian Köhne (Ärztchammer Nordrhein K. d. ö. R.): Es kann natürlich vorher eine Struktur dafür festgelegt werden, wo die Daten erhoben werden und wo sie zusammenkommen, eine Datenstruktur für den Informatiker, das heißt, aus welchen Spalten die Datentabelle genau besteht, dagegen nicht.

Vorsitzender Rainer Schmelzter: Das ist für mich als Konkretisierung in Ordnung.

Dr. Johannes Albert Gehle (Ärztchammer Westfalen-Lippe K. d. ö. R.): Ich möchte noch ergänzen: In all den Krisensitzungen, an denen ich teilnehme, lerne ich zurzeit, wer welche Daten überhaupt erheben kann. Schon darum geht es. Auch deswegen brauchen wir das, was wir beschrieben haben.

Wir erfahren momentan, wie viele Menschen wo im Gesundheitswesen unterwegs sind, und erhalten plötzlich Rückmeldungen dazu, wie viele zum Beispiel in Teilzeit bzw. Vollzeit arbeiten. Bei sehr vielen Daten, die wir sammeln könnten, sehen wir jetzt klarer und brauchen dafür eine Struktur: Wer kann welche Daten liefern?

Viele Krisenstäbe fragen: Kannst du mir Daten liefern, um diese Situation abzuschätzen? Dafür braucht es eine Datenbank. Welches Datum an welcher Stelle der Struktur gebraucht wird, muss dann geklärt werden.

Marco Schmitz (CDU): Unser Vorsitzender liest offensichtlich auch die Vorlagen sehr genau, jede Stellungnahme Satz für Satz, und kann dann sagen: Nein, das haben Sie aber anders dargestellt.

Ich wollte mich gar nicht inhaltlich zu Wort melden, sondern nur klarstellen: Natürlich habe ich in keiner Weise infrage gestellt, dass unsere Hilfsorganisationen dazu in der Lage sind, solche Teststellen und Impfzentren zu betreiben, weil es gerade ihre Aufgabe ist, so etwas im Not- bzw. Katastrophenfall zu tun.

Meine Frage war vielmehr, ob es deren Aufgabe ist, dauerhaft als Betreiber einer solchen Einrichtung aufzutreten. Ist dies notwendig? Ich hatte dies ein Stück weit so verstanden und halte es für falsch. Wir brauchen die Kapazitäten der Hilfsorganisationen an anderer Stelle und nicht, um dauerhaft ein Testzentrum oder eine Impfstelle zu betreiben. Im Fall von Tönnies und in anderen Notsituationen war dies aber notwendig und richtig. Diesbezüglich bin ich falsch verstanden worden.

Ich möchte den Hilfsorganisationen für die in dieser Pandemie geleistete Arbeit danken. Mein Dank gilt auch der Kassenärztlichen Vereinigung und den Kassenärzten, die

anscheinend doch nicht nur auf dem Golfplatz gestanden, sondern zwischendurch auch geimpft haben.

Angela Lück (SPD): Diesem Dank möchte ich mich ausdrücklich anschließen, aber auch dem Landrat und der kommunalen Seite insgesamt danken.

Zu den Test- und Impfzentren. In einem Pandemie-Rahmenplan muss sicherlich auch ein Ausstiegszenario festgelegt werden. Wie soll Ihrer Ansicht nach mit den Impf- und Testzentren umgegangen werden? Wie lange sollten diese offen bleiben? Welche Alternativen sehen Sie zu den derzeitigen Strukturen? Welche Änderungen sollten vorgenommen werden?

Zu SORMAS: Herr Müller, welche Bedeutung und Funktionalität hat dieses Programm für den ÖGD?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Auch ich möchte mich dem Dank anschließen. – Bei den Themen „Tests“ und „Impfungen“ ist es zwar am augenfälligsten gewesen, aber auch bezüglich des Transports haben die Hilfsorganisationen meiner Beobachtung nach gesagt: Warum fragt ihr uns nicht, oder zumindest nicht in ausreichender Form und von Anfang an? – Dies müssen Sie im Nachhinein nicht mehr bestätigen oder irgendwie beantworten.

In den skandinavischen Ländern wurden die Impfangebote proaktiv gemacht und die Bevölkerung im Einzelnen angeschrieben. Dadurch ist genau bekannt, wer erreicht worden ist, und wer nicht. Dies machen wir bei einigen Untersuchungen, zum Beispiel auf Brustkrebs, auch, und es widerspricht dem Datenschutz nicht. Könnte man diesbezügliche Erkenntnisse übernehmen?

Vorsitzender Rainer Schmelzer: Herr Winterer, Sie haben in Bezug auf eine Anmerkung von Herrn Mostofizadeh nicht nur darauf hingewiesen, dass es sich beim LZG um eine nachgeordnete Behörde des Gesundheitsministeriums handele, sondern auch darauf, dass ab dem 20. März in der Erfassung der Daten eine ganz andere bzw. überhaupt keine Systematik mehr vorhanden sei. Wie stehen Sie zu dem von Ihnen vorhin erwähnten britischen Panel-Verfahren, in dessen Rahmen Menschen regelmäßig angeschrieben und getestet werden? – Damit gebe ich diese Antwortrunde frei.

Jürgen Müller (Landrat Kreis Herford): Zur Dauer der Aufrechterhaltung der Impfzentren. Diese ist bis Ende des Jahres geregelt, und das ist gut. Wir sollten diese Strukturen auf jeden Fall erhalten. Inwieweit sie von uns betrieben werden müssen, ist eine andere Frage.

Aus der kommunalen Erfahrung heraus halte ich zudem auch das Testen für längerfristig notwendig. In der Landkreisversammlung wurde der Wunsch geäußert, die Testzentren auch weiterhin aufrechtzuerhalten. Die Antwort lautete, dies sei aus Kostengründen problematisch. Deswegen noch einmal mein Hinweis: Ich würde gerne auch länger – mindestens bis zum Sommer – testen lassen, um den Verlauf der Welle zu

beobachten. Testzentren hat man jedoch meiner kommunalen Erfahrung zufolge auch relativ schnell aufgebaut.

Das Thema „SORMAS“ berührt bei mir einen wunden Punkt. Ich habe die Einführung dieses Programms in meinem Gesundheitsamt durchgesetzt. Da wir jedoch zuvor eine funktionierende selbstgestrickte Lösung hatten und SORMAS nach wie vor nicht durchgängig funktioniert, gerate ich jedes Mal unter Rechtfertigungsdruck, wenn ich die Kolleginnen und Kollegen treffe.

Zu den Impfzentren auf Dauer. Ich habe damals dafür gekämpft, die Struktur der Impfzentren aufrechtzuerhalten. Dies hätte sich im Kreis Herford auch organisieren lassen, weil wir über eine nicht für andere Zwecke benötigte Immobilie verfügten. Seitens des Landes wurde mir im September vergangenen Jahres deutlich geschrieben: Nein, keine Impfzentren.

Die Zeit ist darüber hinweggegangen, bei der Neuauslegung der Impfzentren gab es jedoch ein generelles Problem: Während der ersten Welle der Impfzentren war die KV insgesamt für das Personal, auch das medizinische Fachpersonal, verantwortlich, in der zweiten Runde nur noch für die Ärzteschaft. Auf die zuvor vorhandenen Strukturen – Adressen, Verträge und anderes – konnte damit nicht mehr zurückgegriffen werden, sondern sie mussten auf kommunaler Seite neu aufgebaut werden.

Mein Appell lautet: Wenn so etwas gemacht wird, sollten die über ein Dreivierteljahr eingeübten Strukturen erhalten bleiben – egal, ob die nun gut oder schlecht waren – und keine neuen geschaffen werden.

Vorsitzender Rainer Schmelzer: Wer möchte noch antworten? Bei den Hilfsorganisationen habe ich vorhin strahlende Augen gesehen, als sie hörten, dass sie Herrn Schmitz falsch verstanden hätten.

Steffen Schimanski (Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Nordrhein e. V.): Ich hatte Sie nicht falsch verstanden, Herr Schmitz, aber ich gehe trotzdem gerne noch einmal auf den Weiterbetrieb der Test- und Impfstellen ein.

Wir sind nicht nur eine Katastrophenschutz-, sondern auch eine Hilfsorganisation und ein Wohlfahrtsverband. Insofern sehen wir dort – auch im Sinne von Subsidiarität – durchaus weiterhin ein Tätigkeitsfeld bei Impfstellen und Testzentren, sicherlich aber nicht mit unserem ehrenamtlichen Personal aus dem Katastrophenschutz. Hier liegt vielleicht ein wesentlicher Unterschied.

Viel wichtiger ist es jedoch, den Übergang zu beschreiben, um zunächst mithilfe des Ehrenamts und der Fähigkeiten aus dem Rettungsdienst und dem Katastrophenschutz kurzfristigen Aufwuchs wie bei Tönnies gewährleisten, diesen dann aber auch in Regelstrukturen überführen zu können, die bestenfalls nicht heute geschlossen und morgen wieder in anderer Form eröffnet werden. Eine gewisse Planbarkeit zu erreichen ist wichtig, um beispielsweise das notwendige Personal einzustellen.

Dann sind wir gern und umfassend mit dabei, weil dies letztlich auch unsere Handlungsfähigkeit für den Katastrophenschutz erhöht. Es entspricht generell unserem

Ansatz, unsere kompletten Ressourcen in unterschiedlicher Ausprägung einzubringen, wenn sie gebraucht werden. Dazu gehört haupt- und ehrenamtliches Personal aus allen Aufgabenfeldern. Jeder Hauptamtliche in der Teststelle kann unter Umständen einen Krankenwagen mitbesetzen oder eine Registrierung in einer Impfstelle vornehmen.

Zur aktiven Ansprache der Bevölkerung zum Thema „Impfen“. Insgesamt gerieten während der Pandemie die Themen „Risikobewusstsein“, „Resilienz der Bevölkerung“, und insbesondere „Hilfsbedürftigkeit vulnerabler Gruppen“ oftmals aus dem Fokus. Dies trifft auch auf den Bevölkerungsschutz im Allgemeinen oder die aktuelle Diskussion zum Zivilschutz zu.

Eine umfassende Kampagne zur Sensibilisierung der Bevölkerung für die Risiken des Alltags muss nicht zwangsläufig die Pandemie betreffen. Es muss auch nicht – entschuldigen Sie, wenn ich es ein bisschen flapsig formuliere – der Russe sein, der vor Berlin steht. Einen Vorrat an Lebensmitteln zuhause zu haben, ist zum Beispiel auch für den Fall auch wertvoll, dass ich mir ein Bein breche, weil ich dann nicht wie sonst üblich zum Büdchen an der Ecke laufen kann, um mich zu versorgen.

Es würde die – gerne auch mehrsprachige – Ansprache und Aufklärung im Krisenfall erleichtern, wenn unter anderem durch eine eventuelle Etablierung in Lehrplänen eine positive Grundhaltung gegenüber Vorsorge und Risikobewusstsein geschaffen würde.

Nils Kirner (Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., Landesverband Nordrhein-Westfalen):

Mit Herrn Schlotterbeck und mir sitzen gleich zwei Frontschweine vor Ihnen, die schon einmal auf der organisatorischen Seite für eine Hilfsorganisation im Impfzentrum tätig waren. Leider sind auch unsere Kristallkugeln momentan nicht funktionsfähig. Wie wir gemerkt haben, ist es aber durchaus sinnvoll, zu evaluieren: Ist das Konzept, das ich gerade beim Impfen fahre – also das stationäre –, wirklich zielführend, oder muss ich es irgendwann anpassen und hinausgehen?

Dies verändert die Arbeitsweise erneut. Im Nachgang sind die Kolleginnen und Kollegen des Katastrophenschutzes wieder zuständig und sorgen – das können diese dann – für die notwendige Mobilität. Ich sagte vorhin schon: Wir müssen vielleicht auch Fahrzeuge ertüchtigen. Ein Gerätewagen des Sanitätsdienstes des Landes NRW kann in einer Großschadenslage eine bestimmte Zahl verletzter Personen versorgen, momentan aber noch keine Ad-hoc-Test- oder Impfstation irgendwo aufbauen oder eine vorübergehende mobile Unterkunft bilden.

Dies ist wichtig und verdeutlicht auch noch einmal die Verzahnung. Wie Herr Schimanski vorhin sagte, fangen wir mit Ad-hoc-Kräften an, führen das Ganze dann in den Regelbetrieb über, ändern anschließend notwendigerweise noch einmal die Strategie und greifen erneut auf Ad-hoc-Kräfte zurück. Es ist also ein dauerhaftes Geben und Nehmen bzw. Bälle-hin-und-her-Spielen.

Ingo Schlotterbeck (Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Ostwestfalen-Lippe e. V.): Wenn wir wüssten, wie wir die Pandemie beenden bzw. in einen endemischen Zustand überführen, dann hätten wir tatsächlich eine perfekte Glaskugel. Ich habe jede Sekunde und alle Facetten dieses Marathons erlebt: Impfzentrum 1 und 2

sowie das mobile Impfzentrum. Ich bin aber vollkommen damit einverstanden, wenn wir unsere Tätigkeit in Gänze einstellen, Ihnen die Insignien der Impfmacht wieder zurückgeben und Sie alles in gewohnten Strukturen übernehmen.

Solange es aber nicht funktioniert, behindert uns dieses „immer wieder rein in die Kiste, raus aus der Kiste“ sehr – vor allem mit diesen ganz anderen Strukturen, wie vorhin schon richtig angedeutet wurde. Mir ist die politische Brisanz ganz klar. Letzten Endes ist es aber unheimlich schwierig, rauszugehen und aus dem Mobilien heraus wieder etwas ganz Neues zu gestalten.

Daher wäre es in unser aller Sinne schon ganz gut, so lange einen gewissen Grundsockel aufrechtzuerhalten, bis relative Sicherheit darüber besteht, dass dieser nicht mehr benötigt wird und alles wirklich wieder in die Verantwortung der KV, der niedergelassenen Ärzte und der Betriebsmediziner zurückgeführt werden kann. Der Weg dorthin sollte zudem noch ein bisschen mit mobilem Impfen geebnet werden.

Es ist durchaus denkbar und vollkommen in Ordnung, dass auch kommerzielle Partner dabei aktiv sind. Eine gewisse Sockelstruktur bringt jedoch meines Erachtens auch in der Hinsicht Sicherheit, dass wir im Bedarfsfall wieder aufwachsen können.

Arndt Winterer (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen): Herr Müller, ich will Ihnen gerne zugestehen, dass sich Ihre Mitarbeiter sehr engagiert um SORMAS bemühen. Das erleben wir immer wieder. Sie sind extrem kompetent und bleiben dran. Natürlich leiden sie, dies hat dem Engagement aber noch keinen Abbruch getan.

Zu der ersten Frage nach dem Testen. Es hängt davon ab, was wir wissen wollen. Wenn wir uns dafür interessieren, wie viele Leute infiziert sind, auch ohne erkrankt zu sein, dann müssen wir eine Teststruktur in der aktuellen Breite vorhalten. Wenn es uns aber – in diese Richtung ging Ihre Kritik – völlig egal ist, ob die Inzidenz bei 1.000 oder 2.000 liegt, weil wir daraus nichts schließen, frage auch ich mich: Warum testen wir?

Betrachten wir statt der Infektionen die Erkrankungen, verlagert sich das Testgeschehen meinem Verständnis nach in die ärztliche Praxis oder in die Krankenhäuser. Dort wird dann die Diagnostik veranlasst. Wir können dann nicht sagen: Lass uns die Teststrukturen doch lieber erhalten, zumal sich diese meiner Meinung nach relativ schnell revitalisieren lassen.

Für das Impfen haben wir wirklich gute Strukturelemente ins Leben gerufen, die sich meinem Eindruck nach gut bewährt haben. Wir haben zentrale Strukturen praktiziert, und auch der niedergelassene Sektor hat sich meiner Wahrnehmung nach zunehmend eingebracht. Hinzu kommen die aufsuchenden Teams. Auch diese werden wir weiterhin brauchen. Wir müssen dies alles meiner Meinung nach am Leben erhalten.

Es stellt sich die Frage, ob es Sinn ergibt, eine solche zentrale Struktur hin und wieder einmal zu üben und zum Beispiel in der Influenzasaison eine Schwerpunktimpfung durchzuführen, um zu sehen: Läuft das noch? Haben wir die Hygieneabläufe noch im Griff? Kriegen wir das mit den Hilfsorganisation oder wem auch immer hin? – Anschließend können wir diese Struktur dann wieder zurückziehen, wissen dann aber: Wir können es. Geübt werden muss es. Auch dies war heute anfangs schon Thema.

Wir als Land bzw. die Kommunen haben die älteren Bürgerinnen und Bürger angeschrieben. Diese Direktansprache ist gut und wichtig. Probleme ergeben sich bei der Ansprache der Menschen, die diese Post nicht zur Kenntnis nehmen. Wie erreichen wir diese? Vermutlich geht das zum Beispiel über Vertrauenspersonen.

Zu dem Panel. Ich persönlich halte es für eine tolle Geschichte, und es leuchtet mir sehr ein. Tatsächlich ist Großbritannien uns in der Surveillance um einiges voraus. So haben wir die Mutationsinformationen im Prinzip von dort erhalten, weil die Briten in stärkerem Maße sequenziert haben. Das RKI hat damit, Gott sei Dank, begonnen.

Diese sehr starken Stichproben mit meines Wissens über 100.000 teilnehmenden Personen, die sowohl auf Infektionen als auch auf Antikörper geprüft werden, finde ich schon toll. Es erscheint mir mindestens im Vergleich zur derzeitigen Vollerfassung auch weitaus klüger. Ich habe keine Meinung dazu, ob dies hier gelingen kann, aber es wäre den Versuch wert.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Wir hatten dieses Thema schon vergangenes Jahr im Mai bzw. Juni auf der Tagesordnung, und sind der öffentlichen Wahrnehmung mit unseren Themen weit voraus. Deswegen kritisiere ich auch, dass Medien sich für dieses Gremium überhaupt nicht interessieren.

Rudolf Henke (Ärztammer Nordrhein K. d. ö. R.): Es ist immer gefährlich, wenn der Kammerpräsident sich in einen Widerspruch zur Selbsteinschätzung einzelner Ärztgruppen bringt.

Zu Anfang der Pandemie gab es jedoch meiner Meinung nach die Einschätzung, wir verfügten über gewachsene Strukturen für die Durchführung der Gripeschutzimpfung und seien darin auch gar nicht so schlecht, weil wir diese innerhalb von wenigen Monaten – immer etwa von Oktober bis spätestens Februar – hinbekämen. Es würden ca. 15 Millionen, 18 Millionen oder 20 Millionen Menschen geimpft und erhielten dadurch den Gripeschutz. Wenn wir es bei Corona auch so machten und es einfach das ganze Jahr hindurch weiterführten, dann kämen wir ohne Probleme auf die notwendigen Zahlen.

Wir sind durch die Komplexität der Realität eines Besseren belehrt worden. Deshalb war es zwar gut, dass die niedergelassenen Ärzte sich ab dem Zeitpunkt, an dem sie zuverlässig mit Impfstoff beliefert werden konnten, auch stark daran beteiligt haben, dies ist jedoch kein Argument gegen die Impfzentren oder gegen das aufsuchende Impfen in anderen Strukturen, weil eben unterschiedliche Gruppen erreicht werden.

In der Praxis eines niedergelassenen Arztes müssen die Menschen schließlich erst einmal ankommen, und ich bin sehr dafür, dass sie aus allen dafür geeigneten Strukturen heraus angesprochen werden – in den Praxen, in den Kommunen oder über die betriebsärztlichen Strukturen in den großen Betrieben.

Wir sollten auch das Dokumentationsgeschehen zum Impfen in Richtung eines Impfgisters weiterentwickeln, das dann auch genutzt werden kann, um festzustellen, wo Lücken bestehen und wen wir gezielt ansprechen sollten. Dies bezieht sich nicht nur auf Corona oder Masern, sondern würde ermöglichen, jemandem, dessen jüngste Tetanus-

impfung zehn Jahre zurückliegt, zu sagen: Hör mal, vielleicht wäre es keine schlechte Idee, bei deinem nächsten Arztbesuch auch die Frage einer Tetanusimpfung aufzuru-
fen.

Die niedergelassenen Ärzte können außerhalb der Wochenenden nicht in Hülle und Fülle aus ihren Praxen hinausgehen und aufsuchendes Impfen betreiben. Dies stellt keine Kritik dar. Es geht nicht, weil sie ihre Strukturen aufrechterhalten und wirtschaftlich arbeiten müssen. Es wertet auch ihre Möglichkeiten nicht ab, zu sagen – wie Herr Müller dies vorhin getan hat –: Bis Ende des Jahres können und sollten wir diese alternativen Strukturen noch halten.

Wir wissen nämlich nicht ganz genau, was passiert, wenn die Allgemeinverfügungen zum 20. März auslaufen. Offiziell wissen wir bisher noch nicht einmal, ob sie auslaufen. Auf Bundesebene werden Verhandlungen zwischen den beteiligten Ministerien geführt. Meinen Informationen nach sprechen dort das Justiz-, das Gesundheits- und das Familienministerium miteinander. Ich bin gespannt, ob das Ergebnis anders ausfällt. Ehrlich gesagt, hoffe ich es. Wie es sich auswirkt, wenn keine bundesweite Rechtsgrundlage für Allgemeinverfügungen mehr besteht, müssten wir abwarten.

Eine weitere Frage lautet, wie groß die Flüchtlingswelle aus der Ukraine wird und bei wie vielen Menschen unserer Einschätzung nach keine wirksame Impfung vorhanden ist. Wir würden die Impfdisziplin in der Ukraine meines Erachtens überschätzen, wenn wir in erster Linie geimpfte Flüchtlinge erwarteten. Es wird anders sein. Auch wenn diese geimpft sind, muss man sich genau ansehen, mit welchen Impfstoffen – möglicherweise überwiegt chinesischer Impfstoff –, und der dazu zu betreibende Aufwand wird Impfzentren während dieser Welle der Hilfsbereitschaft für Flüchtlinge aus der Ukraine noch eine Weile erforderlich machen.

Zum Testen. Die Anzahl der PCR-Testungen lag in der 8. Kalenderwoche bei 1,9 Millionen. Die Positivquote betrug bei einer Auslastung der Kapazitäten in Höhe von 63 % bundesweit 45,1 %. Dies spricht nicht dafür, dass es sich um eine Schrotschussdiagnostik handelt, die ständig daneben geht.

Eher stellt sich die Frage, ob die Schnelltests in der aktuellen epidemiologischen Lage so tolle Ergebnisse bringen. Auch wenn der Fall meines Enkelkinds sicher nicht beweiskräftig ist, kann ich berichten: Meine Tochter und mein Schwiegersohn sind gerade positiv auf Corona getestet. Auch ihre Schnelltests waren positiv. Zwei ihrer drei Kinder sind symptomatisch. Der PCR-Test des Kind, für das schon Ergebnis vorliegt, fiel positiv aus, alle vorher durchgeführten Schnelltests waren jedoch negativ.

Die offizielle Seite eines südlich von Nordrhein-Westfalen gelegenen großen Bundeslandes empfiehlt aktuell, ein Kind, dessen Schnelltest immer negativ ausfiel, wiederum über einen Schnelltest freizutesten. Ein möglicherweise gewünschter PCR-Test solle bitte selber bezahlt werden. Über diese Art Logik haben wir vorhin auch schon gesprochen. Dies ist nicht miteinander vereinbar, und die Menschen verstehen es nicht.

Dieses Problem belegt meines Erachtens, dass wir das Testen nicht so schnell aufgeben können, zumal es um die früheste Stufe des Risikos geht, später zu erkranken, vielleicht auch ernsthaft zu erkranken, beatmet werden zu müssen und trotz Beatmung zu sterben. Dies vorherzusehen, erscheint mir planerisch besser, als gegebenenfalls

später davon zu erfahren, dass die Intensivstationen bereits überfüllt sind. Deshalb werbe ich im Moment noch sehr dafür, weiter auch auf die Inzidenz zu schauen und sie nicht komplett zu vergessen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst wird seine Rolle daher auch nicht einbüßen. Wenn eine Allgemeinverfügung unmöglich wird, werden die Kolleginnen und Kollegen dort leider zu dem ganz traditionellen Weg der Bewältigung von Infektionskrankheiten zurückkehren müssen, also zum Nachverfolgen, zur Quarantäneverkündung und zur Isolation. Ich weiß nicht, ob dies viel populärer sein wird, als die Maßnahmen der vergangenen Monate, in jedem Fall aber wird es Personal erfordern.

Dr. Johannes Albert Gehle (Ärzttekammer Westfalen-Lippe K. d. ö. R.): Die Frage zum Öffentlichen Gesundheitsdienst aus der ersten Runde betrifft auch uns. Ich mache aus meiner Seele keine Mördergrube – und das nicht etwa, weil ich Präsident einer Ärztekammer bin.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst war für uns einmal so etwas wie das Fieberthermometer, das in der Fläche die Temperatur gemessen und immer wieder einmal Dinge aufgespürt hat – wie zum Beispiel die Legionellen, die irgendwo im Sauerland einmal im Wasser gefunden wurden. Das sollte er auch bleiben, und deswegen braucht es dort dringend einen Aufwuchs und es werden auch mehr Ärztinnen und Ärzte benötigt, allerdings nicht, weil diese sonst keine Stellen finden würden. Wir alle kennen die Situation. Sie könnten alle woanders mehr und besser, manchmal sogar einfacher Geld verdienen. Das Gerücht, im ÖGD arbeiteten alle nur von 8:00 bis 16:00 Uhr, ist Unsinn. Wer den Fall „Tönnies“ erlebt hat, weiß, welche Leistungsfähigkeit dahinter steht.

Das vorhandene Wissen muss jedoch auch zusammenfließen, und die Frage lautet: Wie gehen wir damit um? Momentan besteht eine kommunale Hoheit. Deswegen haben wir in unserer Stellungnahme auch großen Wert auf die landesweite zentrale Koordinierung gelegt, in der wissenschaftlicher Austausch stattfinden muss.

Nicht jede irgendwo auftretende Erkrankung bedeutet, dass die nächste Epidemie – schon gar nicht die nächste Pandemie – unterwegs ist. Dennoch brauchen wir ein über den Öffentlichen Gesundheitsdienst organisiertes Surveillance-System. Dafür werden auch andere Menschen benötigt – das ist völlig klar –: Biologen, Chemiker und auch solche, die einfach Listen führen und nachtelefonieren. Dabei mussten die Hilfsorganisationen meines Wissens massiv helfen, und manch ein Bürgermeister hat quasi seine gesamte Verwaltung zum Gesundheitsamt erklärt – um es einmal auf Deutsch zu sagen. Natürlich kann dabei eventuell auch moderne Datentechnik helfen.

Zu der Frage, was wir von anderen lernen können? – Ich habe am Anfang gesagt: Nichts. Ich bin aber doch bei Herrn Winterer. Mit Blick auf England müssen wir uns einmal über den Datenschutz in bestimmten Situationen unterhalten. Welche Daten können wir auswerten und welche nicht? Wir als Mediziner warten eigentlich ständig darauf, aus England, Israel oder vielleicht auch aus Amerika Daten einer größeren Gruppe zu erhalten, die uns verraten, wo wir eigentlich stehen.

In der Wissenschaft heißt es: Wir wissen eigentlich, wie es kommt. Wir können es schon zwölf Wochen vorher anhand der Daten aus Amerika sehen. Reicht dies alleine

aus? Dies stelle ich wirklich in Abrede. Wir brauchen deswegen einen vernünftig strukturierten Öffentlichen Gesundheitsdienst, der auch die Möglichkeit der zentralen Koordination bietet.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Wenn ich mich richtig erinnere, Herr Dr. Gehle, ergab sich jener aufsehenerregende Legionellenfund im Wasser einer sauerländischen Stadt, die für ein edles, kühles Getränk stand. Ohne diesen Zusammenhang wäre er fast wieder untergegangen.

Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen mehr und bedanke mich zunächst bei den Sachverständigen für die uns im Rahmen der heutigen, in dieser Legislaturperiode definitiv letzten Anhörung des Parlamentarischen Begleitgremiums COVID-19-Pandemie gegebenen Informationen, wenngleich wir an der einen oder anderen Stelle vom Ursprungsthema der Anhörung abgewichen sind. Weder der Vorsitzende noch die Mitglieder des Ausschusses sehen dies jedoch allzu eng, weil alles zum Thema gehört und diskutiert werden soll. Ihre Auskünfte und Einschätzungen tragen in jedem Fall wesentlich zu unseren weiteren Beratungen bei.

Das Protokoll dieser Anhörung kann demnächst im Internetangebot des Landtags abgerufen werden. Wir werden es Ihnen jedoch auch direkt nach Erscheinen zuschicken. Es eignet sich – wie alle anderen Protokolle auch – sehr gut zum Nachlesen.

Die Anhörung war heute der einzige Punkt auf der Tagesordnung. Dennoch würde ich gerne noch das weitere Vorgehen in diesem Gremium besprechen. Die nächste Sitzung ist für den 22. März angesetzt. Nach dem heutigen Stand würde ausschließlich die Aussprache zum Gespräch mit sachverständigen Gästen "Datenlage – Bereich Kultur/Sport" und zur heutigen Anhörung auf der Tagesordnung stehen, zu denen die Protokolle noch nicht vorliegen.

Ich gehe nicht davon aus, dass das Ausschussprotokoll zum Gespräch mit sachverständigen Gästen "Datenlage – Bereich Kultur/Sport" so weit im Vorhinein der Sitzung vorliegen wird, um schon diskutabel zu sein, oder das Protokoll der heutigen Sitzung innerhalb von acht Tagen fertig sein kann. Deswegen wäre mein Vorschlag, am 22. März nicht zu tagen.

In unseren Bericht, der vom Plenum auch angenommen wurde, empfehlen wir dem 18. nordrhein-westfälischen Landtag, erneut die Einsetzung eines solchen Gremiums zu beraten, sodass überhaupt nichts von den genannten Inhalten verloren geht, zumal diese ohnehin in Form von Protokollen vorliegen werden.

Alle nicken. Dann komme ich zum Schluss der heutigen Sitzung und damit des Parlamentarischen Begleitgremiums COVID-19-Pandemie in dieser Legislaturperiode. Die Einsetzung dieses Gremiums fand ich absolut wichtig. Wir sind das einzige bundesdeutsche Parlament mit einem solchen, und ich kann jedem Landesparlament und dem Deutschen Bundestag nur dringendst empfehlen, die Protokolle in den jeweiligen Fachgremien zu lesen.

Wir haben hier nichts Unnützes getan, sondern Erkenntnisse gewonnen, die in einer solchen Pandemie helfen können. Deswegen gilt mein Dank fraktionsübergreifend allen

Mitgliedern dieses Ausschusses. Aus meiner Sicht als Vorsitzender haben wir sehr konstruktiv und gut zusammengearbeitet.

Mein Dank gilt auch der Ausschussassistenz, die manche Sachen in sehr kurzer Zeit organisieren musste und dies auch hinbekommen hat. Zudem danke ich dem Sitzungsdokumentarischen Dienst, der uns immer hervorragend bedient und teilweise eine nicht selbstverständliche Geschwindigkeit an den Tag gelegt hat. Angesichts der Länge der Protokolle war extrem viel zu tun, und teilweise hat es mich selbst erschreckt, wie schnell mir einige Protokolle zur Unterschrift vorlagen.

Ich persönlich hoffe, dass dieses Begleitgremium auch in der 18. Wahlperiode noch einmal zusammentritt, und würde zusätzlich zur Empfehlung des Gremiums dazu raten, eine Umgangsform zu finden, durch die dieses Gremium eine noch größere Bedeutung bekommt und das hier Erarbeitete auch dort ankommt, wo es ankommen sollte. – Die Sitzung ist geschlossen, herzlichen Dank.

gez. Rainer Schmeltzer
Vorsitzender

Anlage

25.08.2022/31.08.2022

2

Anhörung von Sachverständigen
des Parlamentarischen Begleitgremiums Covid-19-Pandemie

Pandemie-Rahmenplan für das Land NRW

am Dienstag, dem 8. März 2022
15.30 bis max. 18.00 Uhr, Raum E3 A02, Livestream

T a b l e a u

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Bonn	- keine Teilnahme -	---
Kreis Herford Landrat Jürgen Müller	Jürgen Müller	17/4841
ASB NRW, DRK Nordrhein und Westfalen-Lippe, Johanniter-Unfall-Hilfe NRW, Malteser Hilfsdienst NRW c/o Verbindungsbüro des DRK bei Landtag und Landesregierung von NRW Düsseldorf	Steffen Schimanski (DRK) Ingo Schlotterbeck (ASB) Nils Kirner (Johanniter) Ina Löllgen (Malteser)	17/4839 17/4840
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) Arndt Winterer, Direktor	Arndt Winterer	---
Ärztekammer Nordrhein Düsseldorf Ärztekammer Westfalen-Lippe Münster	Rudolf Henke (ÄK NR) Dr. Christian Köhne (ÄK NR) Dr. Johannes Albert Gehle (ÄK WL)	17/4842
