

Stellungnahme des Kreises Herford

im Rahmen der Überarbeitung des Pandemieplanes des MAGS NRW vom 12.06.2006

hier: Anhörung von Sachverständigen des Parlamentarischen Begleitgremiums Covid-19-Pandemie am 08.03.2022

Allgemeine Anmerkungen

- Der Pandemieplan des Landes ist ausgerichtet auf eine Grippepandemie und orientiert sich bei den Regelungen an den Erfahrungen mit derartigen Pandemien.
Aufgrund der Erfahrungen der letzten beiden Jahre ist eine allgemeinere Ausrichtung erforderlich.
- Einleitend sollten die Ziele, die mit den Maßnahmen erreicht werden sollen, definiert werden:
 - Reduktion der Morbidität (Krankheitshäufigkeit) und Mortalität (Häufigkeit von Todesfällen) in der Bevölkerung,
 - Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens, insbesondere der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung, des Rettungsdienstes, der ambulanten und stationären Pflege, ...)
 - Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (Polizei, Feuerwehr, ...) sowie Sicherstellung der allgemeinen Versorgung (Lebensmittel, Strom, Wasser, Gas, Entsorgung, ...) – der sog. kritischen Infrastruktur
 - zuverlässige und zeitnahe interne und externe Kommunikation
- Der Pandemieplan baut auf den Strukturen des FSHG (jetzt BHKG) auf und sieht einen interministeriellen Krisenstab der Landesregierung unter Federführung des NRW-Innenministeriums vor.

Die Krisenstrukturen des BHKG sind im Wesentlichen ausgerichtet an Szenarien wie Großbränden, Zugunglücken, Sturm- und Hochwasser, Starkregenereignisse etc. – also akute und in der Regel nicht über mehrere Monate / Jahre andauernde Schadensereignisse. Bei diesen Schadensereignissen ist ein Krisenstab im Innenministerium sinnvoll. Nach den Erfahrungen im Rahmen der Corona-Pandemie ist ein Krisenstab im für Gesundheit zuständigen Ministerium die bessere Alternative. Hier ist das entsprechende know-how vorhanden und hier werden die entsprechenden Regelungen verfasst und Entscheidungen getroffen.

- Von grundlegender Bedeutung ist die interne und externe Kommunikation. Ein überarbeiteter Pandemieplan sollte die Strukturen dieser Kommunikation festlegen, damit die örtlichen Behörden nicht über die Presse von getroffenen Entscheidungen auf Landesebene erfahren. Die Einhaltung definierter Kommunikationswege ist ein wesentlicher Bestandteil für das Vertrauen der Öffentlichkeit in die (Gesamt-)Organisation des Krisenmanagements.
- In diesem Rahmen sind auch die Meldewege (z.B. von Infektionszahlen) zu optimieren (z.B. Meldung positiver Befunde direkt durch die untersuchenden Labore an das LZG und die Gesundheitsämter). Daneben sind den Gesundheitsämtern vollumfänglich funktionierende Softwarelösungen bzw. Schnittstellen zu vorhandenen Programmen zur Verfügung zu stellen. Insbesondere der Austausch von Daten zwischen den Gesundheitsämtern muss vereinfacht werden (SORMAS bietet diese Funktion immer noch nicht, obwohl das ein Hauptargument für die Einführung war).

Anmerkungen zu einzelnen Regelungen des Pandemieplanes

- In den Pandemieplan (Ziffer 2.1 des Pandemieplanes) sollte eine Regelung aufgenommen werden, nach der u.a. Verhaltensmaßnahmen, erforderliche Einschränkungen, Test- und Quarantäneregelungen durch Verordnungen des Landes festgelegt werden, die unter Berücksichtigung des regionalen / örtlichen Ausbruchsgeschehens durch Maßnahmen der Kreise / kreisfreien Städte ergänzt werden.
- In den Prozess der Zusammenarbeit (Ziffer 2.2) sollten neben den genannten Stellen auch die Hilfsorganisationen eingebunden werden. Durch eine frühzeitige Einbindung kann das dort vorhandene know-how und Unterstützungspotential effektiv und schnell genutzt werden.
- Darüber hinaus sollten hier auch explizit die unteren Gesundheitsbehörden genannt werden, die in der Pandemiebekämpfung vor Ort eine zentrale Rolle haben.
- Der Umfang der Vorhaltung von persönlicher Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel u.a. sollte landeseinheitlich definiert werden (Ziffer 4.1).
- Im Rahmen der Diagnostik (Ziffer 4.3.2) sollten Testzentren und Teststellen genannt werden.
- Die Annahme, dass im Rahmen des Krisenmanagements vor Ort „Kriterien für Praxen und Krankenhäuser bis hin zur deren erforderlichen gerätetechnischen Ausstattung“ festgelegt werden (Ziffer 4.3.3), erscheint unrealistisch. Selbst die Erfassung der Ausstattung

der Praxen und Krankenhäuser und deren permanenter Aktualisierung erzeugt einen Arbeitsaufwand, der voraussichtlich nicht leistbar ist. Darüber hinaus ist eine Festlegung der „erforderlichen gerätetechnischen Ausstattung“ und deren Durchsetzung schwer bzw. nicht möglich.

- Der Umfang der Aufgabe der Gesundheitsämter, die Vorbereitungen der Praxen und Krankenhäuser auf einen Pandemiefall abzufragen, muss konkretisiert werden. In Bezug auf die Krankenhäuser erscheint das noch möglich, da es in den Häusern entsprechende Planungen gibt – in Bezug auf die Praxen der niedergelassenen Ärzteschaft ist das nicht händelbar.
- Sofern Schulungen der Ärzteschaft aus ausgewählten Arztpraxen und Krankenhäusern sowie ggf. des nicht-ärztlichen Praxispersonals durch die Gesundheitsämter erfolgen sollen (Ziffer 4.6), entsteht hierfür ein zusätzlicher Personalbedarf. Sinnvoller erscheint hier eine generelle Schulungsverpflichtung über die jeweiligen Arbeitgeber, Institutionen und Verbände, wie der Ärztekammern (wie sie auch allgemein angeführt wird).
- Statt der genannten „Stammimpfstellen“ (Ziffer 5.2.1) sind hier besser stationäre und mobile Angebote der Kreise und kreisfreien Städte zu nennen, die das Impfangebot der niedergelassenen Ärzteschaft bei Bedarf ergänzen. Mit dem Pandemieplan ist auch zu regeln, wer das Personal und die erforderliche Infrastruktur stellt und wer die Kosten trägt.