



Enquetekommission II

9. Sitzung (öffentlich)

18. März 2024

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:02 Uhr bis 11:45 Uhr

Vorsitz: Dr. Hartmut Beucker (AfD)

Protokoll: Thilo Rörtgen

Verhandlungspunkt:

Vor Eintritt in die Tagesordnung	3
Krisen- und Notfallmanagement im Zusammenhang mit Pandemie (Gesundheitssystem)	4
– Anhörung von Sachverständigen (<i>s. Anlage</i>)	

* * *

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Ich begrüße Sie ganz herzlich zur 9. Sitzung der Enquetekommission II „Krisen- und Notfallmanagement“.

Der bisherige Vorsitzende der Kommission, Herr Abgeordneter Dr. Martin Vincentz, hat die Niederlegung des Vorsitzes gegenüber dem Präsidenten des Landtags erklärt. Mit der Unterrichtung in Drucksache 18/8489 vom 14. März 2024 hat der Präsident bekannt gegeben, dass die zur Benennung berechnigte Fraktion der AfD mitgeteilt hat, dass der Abgeordnete Dr. Hartmut Beucker – und das bin ich – den Vorsitz der Enquetekommission „Krisen- und Notfallmanagement“ übernimmt. Ich freue mich auf unsere Zusammenarbeit und wünsche unserer Kommission gutes Gelingen.

Zunächst kommen wir zum Einverständnis mit der Tagesordnung. Die Einladung zur Sitzung ist Ihnen mit der Nummer E 18/722 zugegangen. Sofern sich nun kein Widerspruch ergibt, ist die Tagesordnung wie in der blauen Einladung beschlossen. – Den Widerspruch sehe ich nicht.

Krisen- und Notfallmanagement im Zusammenhang mit Pandemie (Gesundheitssystem)

– Anhörung von Sachverständigen (s. Anlage)

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Sehr verehrte Sachverständige, im Namen der Enquetekommission möchte ich Ihnen meinen ausdrücklichen Dank für Ihre heutige Teilnahme und für die bereitgestellten Stellungnahmen aussprechen.

Zunächst gebe ich einige organisatorische Hinweise.

(Es folgen organisatorische Hinweise.)

Dann treten wir in die erste Fragerunde ein.

Christian Berger (CDU): Guten Morgen, meine Damen und Herren! Lieber Herr Vorsitzender! An die Sachverständigen erst mal meinen herzlichen Dank. Sie haben gemerkt, das Thema bewegt uns sehr. Sie hatten sehr viele Fragen zu beantworten. Ich hoffe, es waren nicht zu viele. Wir freuen uns aber über die Antworten und bedanken uns für die ausführlichen Stellungnahmen, die wir erhalten haben. Darüber hinaus ergeben sich in unserer Neugierde weitere Fragen.

Unsere erste Frage geht an Frau Dr. Bunte. Da geht es um den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Von Ihnen möchten wir wissen: Wie gut war denn der Öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland und insbesondere in Nordrhein-Westfalen während der COVID-19-Pandemie aufgestellt, bzw. welche Bereiche haben sich bewährt, und welche Herausforderungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst haben Sie identifizieren können?

Rodion Bakum (SPD): Auch seitens der SPD-Fraktion vielen Dank, dass Sie heute anwesend sind und sich ausführlich mit dem Fragenkatalog auseinandergesetzt haben.

Unsere erste Frage geht an Herrn Cwojdzinski. Vielen Dank, dass Sie digital dabei sind. Der Vorsitzende hat natürlich recht, dass wir uns vorher eingehend mit den Stellungnahmen beschäftigt haben. Da es eine öffentliche und protokollierte Sitzung ist, wünschen wir uns von Ihnen, Herr Cwojdzinski, dass Sie zu Beginn einmal Ihre zentralen Kritikpunkte und Vorschläge erläutern.

Jule Wenzel (GRÜNE): Einen schönen guten Morgen auch von meiner Seite und vielen Dank für die Einreichung Ihrer Stellungnahmen, die sehr weitergeholfen haben.

Ich habe eine erste Frage an Frau Dr. Bunte, an Herrn Lüder und Herrn Burfeindt.

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Entschuldigung, eine Frage an einen Sachverständigen, bitte.

Jule Wenzel (GRÜNE): Gut, dann mache ich das in der nächsten Runde, auch wenn ich die Frage dann wiederhole.

Dann frage ich zunächst Frau Dr. Bunte: Können Sie darlegen, ob Gesundheitsämter bislang an Krisenübungen beteiligt waren und – wenn nicht – welche Hindernisse es bisher gab, um eine kontinuierliche Beteiligung an Übungen sicherzustellen?

Susanne Schneider (FDP): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Werte Damen und Herren Sachverständige! Auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion herzlich willkommen und danke, dass Sie heute zu uns gekommen sind und uns helfen, ein bisschen schlauer zu werden.

Meine erste Frage geht an Herrn Burfeindt vom DRK. Ich wüsste gerne: Welche Schritte sieht das Deutsche Rote Kreuz vor, um eine gesetzliche Gleichbehandlung aller ehrenamtlichen Kräfte im Katastrophenschutz zu erreichen, und wie könnten Unternehmen in eine Strategie hierzu eingebunden werden?

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Danke schön. – Wir sind mit der ersten Frageunde durch. Wir gehen alphabetisch vor. Es beginnt Frau Dr. Bunte.

Dr. med. Anne Bunte (Ärztchammer Westfalen-Lippe): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Vielen Dank, dass ich die Möglichkeit habe, Sie im Namen der Kammer, aber auch aus der Erfahrung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu Ihren Fragen Stellung zu nehmen.

Ich beginne mit der Frage der CDU: Wie waren die Gesundheitsämter als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf der kommunalen Ebene quasi aufgestellt? Was hat sich dabei bewährt? Wo waren die Herausforderungen? Wir haben seit mittlerweile fast einem Vierteljahrhundert hier in Nordrhein-Westfalen durch das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst sozusagen eine kommunale Verantwortung für die Ausgestaltung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, weil die meisten Aufgaben pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben sind. Das ist auch schon ein bisschen eine Antwort an die SPD. Das bedeutet, dass die Gesundheitsämter in sehr unterschiedlicher Weise in die Krisenstabstrukturen vor Ort mit eingebunden waren.

Sie haben natürlich immer dort, wo sie professionelle Strukturen haben, das heißt in den Großstädten, noch mal eine ganz andere Situation als im Bereich der Kreise. Bewährt hat sich aus der Erfahrung von 2009 – das war damals die sogenannte Schweinegrippe oder die spezifische Influenza, die wir dort hatten –, dass da erste Strukturen geschaffen worden waren, weil wir schon zu einem Zeitpunkt dort eben Mitarbeitende aus allen Bereichen des Gesundheitsamtes mit einsetzen mussten. Allerdings war das eine zeitlich überschaubare Situation, sodass sich da nicht die gleichen Herausforderungen gestellt haben wie jetzt unter der Coronapandemie, die ja deutlich länger war und die dann gezeigt hat, dass natürlich durch dieses Gesetz, das man in einer Zeit auf den Weg gebracht hat, als eben die Idee war, wir haben Antibiotika, also spricht bakterielle Erkrankungen, das ist alles kein Thema für uns, Viren hat man auch nicht mehr so gesehen, man sah sehr stark eben die anderen Nichtinfektionserkrankungen

als dominierend und hat ja auch nicht nur ... Das war ein großes Problem in dieser Situation – Sie haben ja gefragt, welche Herausforderungen es gab –, dass wir auch auf der Landesebene nicht mehr diese gezielte Ansprechbarkeit hatten, wie wir sie vorher hier in NRW hatten oder wie andere Bundesländer sie haben.

Um es zusammenzufassen: Bewährt haben sich erste Kenntnisse aus der Zeit von 2009 – damit konnten wir starten –, wie wir in einer solchen Situation umgehen. Das Zweite war, was sich bewährt hat: Überall da, wo der Öffentliche Gesundheitsdienst und speziell die Gesundheitsämter bereits in Krisenstabsarbeit mit einbezogen waren und auch mit geübt haben, konnte man das natürlich wesentlich schneller dort wieder etablieren, aber das große Problem ist eben, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst in den letzten 25 Jahren personell doch deutlich heruntergefahren worden ist bzw. nicht angemessen wieder aufgestockt worden ist aufgrund der zunehmenden Aufgaben, die wir in vielen Bereichen hatten, ob das jetzt Fragestellungen waren wie im Umweltbereich oder Fragestellungen eben im Infektionsschutz mit zunehmend auch höheren Anforderungen auch in der Hygieneüberwachung. Das war sicherlich ein Riesenproblem. Dazu kommt eben die föderale Struktur, dass der Kontakt untereinander über Wege gelaufen ist, die heute allerdings in der Medizin immer noch etabliert sind. Sie alle kennen das Thema des Faxens.

Ganz kurz zur Frage der SPD: Gesundheitsämter nehmen an Krisenübungen teil, aber das kann man nicht generell sagen, sondern es ist lokal davon abhängig, wie das strukturiert ist, ob sie auch ein ständiges oder ein ereignisspezifisches Mitglied sind und inwieweit sie dort in die lokalen Strukturen eingebunden sind. Das ist sicherlich etwas – das können Sie auch in der Analyse nachlesen –, was auch immer wieder eingefordert wird, dass da wirklich verbindliche Vorgaben getätigt werden müssen neben der Tatsache, dass allein eine Beteiligung an einer lokalen Übung nichts bringt, sondern das Ganze muss auch noch mal auf der Landesebene im Zusammenspiel zwischen Kommunalstrukturen und Landesstrukturen umgesetzt werden.

Ich hoffe, das war für den ersten Aufschlag ausreichend.

René Burfeindt (Deutsches Rotes Kreuz [per Video zugeschaltet]): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Abgeordnete! Vielen Dank, dass wir die Möglichkeit hatten, im Vorwege eine Stellungnahme abzugeben zusammen mit den DRK-Landesverbänden Nordrhein und Westfalen-Lippe. Ich kann leider aufgrund von Terminschwierigkeiten nur digital dabei sein. Aber Herr Dr. Lüder ist in Präsenz vor Ort, falls Sie weitere NRW-spezifische Fragen haben.

Vielen Dank an die Fraktion der FDP für die Frage. Wovon wir da sprechen, ist im Kern die bundeseinheitliche Helfergleichstellung der anerkannten Hilfsorganisationen auch im Vergleich zu THW und Freiwilligen Feuerwehren. Ich mache einmal den Bogen über den Koalitionsvertrag, der da aussagt, dass man im Rahmen dieser Legislatur auf Bundesebene eine Lösung finden möchte. Wir sehen als DRK gerade nicht, dass es sich in die Richtung einer bundeseinheitlichen Helfergleichstellung bewegt. Von daher sind wir sehr dankbar um die Initiative in NRW und auch die ersten guten Ansätze, die es dort gibt, ehrenamtliches Engagement zu fördern oder zumindest nicht zu benachteiligen. Denn die Kräfte der anerkannten Hilfsorganisationen und des DRK setzen sich

natürlich genauso für die Bevölkerung ein wie das THW oder die Freiwilligen Feuerwehren.

Von daher glauben wir, dass auch gerade im Rahmen der Pandemie das Ehrenamt wirklich dafür gewirkt hat, den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu fördern, und dass es dort an der Stelle weitergehen muss, denn gesundheitlicher Bevölkerungsschutz funktioniert nicht nur in Kliniken oder im Rettungsdienst, sondern vor allem auch im Katastrophenschutz, im Ehrenamt. Dort hakt es an vielen Stellen noch.

In NRW möchte ich Ihnen den Anreiz geben, beim BHKG noch mal zu schauen, bei dem Rahmen der Helfergleichstellung, inwiefern denn auch eine Helfergleichstellung für Aus- und Fortbildungen und Übungen dort tatsächlich umgesetzt werden kann, tatsächlich vorbehaltlos eine Freistellung und Lohnfortzahlung in all diesen Bereichen. Das wäre eine Empfehlung an unserer Stelle.

Sie hatten ja gefragt: Wie kann man auch Unternehmen dafür gewinnen, dass sie ihre Leute freistellen? Denken wir da an kleine, inhabergeführte Handwerksbetriebe. Da hakt es wahrscheinlich weniger im Rahmen der Lohnfortzahlung oder der Freistellung am gesetzlichen Rahmen, sondern einfach an der praktischen Umsetzung, denn in einem kleinen Handwerksbetrieb ist es kaum möglich, die Leute freizustellen. Wir sprechen uns dafür aus, dort nicht die Unternehmen in die Pflicht zu nehmen, sondern stark zu überzeugen, was denn die Vorteile sind, Mitarbeitende zu haben, die sich ehrenamtlich engagieren. Viele Aus- und Fortbildungen, die man im Ehrenamt gewinnen kann, auch Führungskräfteausbildung, bringen die Menschen auch in ihrem Hauptberuf weiter. Da sind wir dafür, ein Anreizsystem zu schaffen, was Unternehmen befördert, zu sehen, dass sich ehrenamtliches Engagement lohnt.

Häufig hilft ja auch ein plattes Beispiel an der Stelle. Wenn nämlich der eigene Betrieb brennt und die Freiwillige Feuerwehr nicht kommt, weil die Leute nicht freigestellt sind, ist es schwierig. Jetzt haben wir für die Freiwillige Feuerwehr eine Lösung. Aber im Rahmen der Pandemie denkt man dort auch gerne an die anerkannten Hilfsorganisationen. Wenn die anerkannten Hilfsorganisationen im Rahmen der Pandemie nicht tätig geworden wären, dann hätten wir uns alle ausmalen können, wie die Situation dann gewesen wäre. – Vielen Dank für die Möglichkeit, hier ein Statement abzugeben.

Detlef Cwojdzinski *[per Video zugeschaltet]*: Ich muss leider bitten, die Frage noch zu wiederholen. Die Frage der SPD-Fraktion ist akustisch bei mir nicht angekommen.

Rodion Bakum (SPD): Die war ganz allgemein gerichtet, auch wenn wir sozusagen das Statement gelesen haben. Wir würden gerne, dass Sie noch einmal sozusagen Ihre zentralen Kritikpunkte und auch Vorschläge in Kürze erörtern.

Detlef Cwojdzinski *[per Video zugeschaltet]*: Danke schön. Das will ich gerne machen. Herzlichen Dank auch für die Einladung.

Ich bin ja Einzelsachverständiger auch für den Beirat des ÖGDs zu diesem Themenbereich „gesundheitlicher Bevölkerungsschutz“. Wir haben uns sehr intensiv mit dieser Thematik beschäftigt. A und O sind Aus- und Fortbildung und Übung. Das ist sehr

zentral. Das ist für mich neben all den Punkten wie Bildung von Krisenstäben, materielle Ausstattung, natürlich auch die personelle Aufstellung in allen Bereichen der zentrale Punkt. Wir werden nur Erfolg haben, wenn wir die Maßnahmen, die wir für die Krisenvorsorge vorbereiten, dann eben auch tatsächlich dauerhaft an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen herantragen und dies dann auch durch Übung generieren. Dabei will ich es mal belassen. Das ist für mich der zentrale Punkt. Ich finde, der sollte im Rahmen der Arbeit der Enquetekommission – so ist meine Empfehlung – stärker berücksichtigt werden.

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Wir kommen dann zur zweiten Runde.

Christian Berger (CDU): Unsere nächste Frage geht an Professor Martin Exner. Da komme ich im Vorfeld der Frage erst mal auf Ihre Stellungnahme. Auf den Seiten 20 bis 21 der von Ihnen eingereichten Stellungnahme haben Sie abschließend Anmerkungen zu den Diskussionen in Ihren Fachgesellschaften aufgeführt. Dabei handelt es sich um Kritikpunkte am Pandemiemanagement. Unter anderem führen Sie die – ich zitiere – „Ignorierung von vorhandenem Wissen und die Ignoranz gegenüber ausgearbeiteten Plänen zum Pandemie-Management“ auf. Zitat Ende. Meine Frage dazu: Würden Sie aufbauend auf Ihren Schilderungen die These unterstützen, dass im deutschen Krisenmanagement kein Erkenntnisproblem, sondern vielmehr ein Umsetzungsproblem vorliegt?

Rodion Bakum (SPD): Auch die nächste Frage geht an Herrn Cwojdzinski. Sie haben vorgeschlagen, zukünftig Einsatzpläne generisch aufzubauen. Da würde uns Details interessieren und auch, in welchen Krisenlagen welche Maßnahmen aus Ihrer Sicht am sinnvollsten wären.

Jule Wenzel (GRÜNE): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Lüder und an Herrn Burfeindt. Sie können es sich denken, ich zielen auf die Übungen gemeinsam mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst ab und wollte fragen: Sie haben in Ihrer Stellungnahme dargelegt, dass Sie finden, dass es notwendig ist, gemeinsame Übungen zu machen. Haben Sie in Bezug darauf schon Erfahrungen gemacht, gemeinsame Übungen mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, mit den Gesundheitsämtern durchzuführen, und in welcher Regelmäßigkeit würden Sie das für angezeigt halten?

Susanne Schneider (FDP): Ich wechsele für die nächste Frage unseren Telefonjoker Hendrik Streeck ein.

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Sachverständiger EK II [per Video zugeschaltet]): Schönen guten Morgen! Ich bin leider in Berlin und kann nicht vor Ort sein.

Meine Frage richtet sich an meinen Kollegen Herrn Professor Exner. Hallo Martin, du hast in deiner Stellungnahme geschrieben, dass der ÖGD durch den Versuch des Containments überlastet gewesen wäre, und im nächsten Satz, dass es wichtig wäre, früher in die Schutz- und Mitigation-Phase überzugehen. Ich habe mich gefragt, an

welchem Punkt und welchen Kriterien man das festmachen würde, dass die Containment-Phase beendet ist und man in die Schutz- oder Mitigation-Phase übergehen sollte.

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: In der Antwortrunde beginnt Herr Professor Exner.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Martin Exner (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene): Von meiner Seite auch einen ganz herzlichen Dank für die Einladung zu dieser Anhörung.

Die Frage der CDU lautete: Haben wir ein Erkenntnisproblem oder ein Umsetzungsproblem? In der Anfangsphase – das gilt für jeden Ausbruch oder für jede Pandemie – haben wir zunächst einmal eine Phase, wo wir so viel wie möglich an Informationen brauchen: Wer ist betroffen? Was wissen wir über den jeweiligen Erreger, über dessen Virulenzen usw.? Das muss zusammengeführt werden. Und dann gab es die Frage, wie wir uns entsprechend schützen können, mit welchen Maßnahmen.

Diese Erkenntnisse waren zunächst einmal relativ rasch zu klären. Ich erinnere mich, dass wir uns relativ rasch, im März, April, mit den Pädiatern abgestimmt haben, nachgefragt haben: „Haben Sie Hinweise in Ihren Netzwerken, dass Kinder in besonderer Weise betroffen waren, oder sind es vor allen Dingen die älteren Personen, die alten Menschen, die in besonderer Weise betroffen sind?“, um dann abschätzen zu können, wen wir in besonderer Weise schützen müssen. Dabei zeigte sich schon in der Anfangsphase, dass Kinder jetzt nicht schwer betroffen waren – es gibt natürlich Ausnahmen –, aber dass es vor allen Dingen die alten Menschen waren. Umso stärker war dann klar, wir müssen die alten Menschen in besonderer Weise schützen. Das kann durchaus bei einer zukünftigen Pandemie anders sein, sodass dann in erster Linie Kinder betroffen sind. Das ist ganz wichtig, um dann so viel wie möglich im Management zu gucken, wen man zu schützen hat.

In gleicher Weise hatten wir am Anfang nach der Einführung der Impfstoffe die Frage: Was kann ich dadurch schützen? Schütze ich vor Infektion, vor Weiterübertragung? Schütze ich vor schwerer Erkrankung und Tod? Was sich sehr rasch zeigte, ist, es schützt wirklich vor schweren Erkrankungen, vor Tod. Aber im weiteren Verlauf zeigte sich bei dieser Impfung – und ich betone noch mal, dass es eine Gnade war, dass wir so frühzeitig einen Impfstoff hatten; normalerweise bedeutet die Entwicklung eines Impfstoffes zehn Jahre, und hier hatten wir innerhalb von einem Jahr schon einen Impfstoff –, nicht die Infektion wird durch die Impfung verhindert, sondern die Erkrankung. Das war ganz wichtig.

Danach hatten wir im Wesentlichen ein Umsetzungsproblem. Wie konzentrieren wir jetzt die Maßnahmen in einer Pandemie, die auch in Deutschland vorhanden ist? Da hat man nach unserer Auffassung zu stark darauf gesetzt, dass man sagt, wir wollen jede Infektion verhüten, also das Containment. Man müsste dann gucken, inwieweit man in die nächsten Phasen der Schutzphase übergehen kann, um sich stärker darauf zu konzentrieren, entsprechende Schutzmaßnahmen zu machen.

Es war auch relativ rasch klar, dass man in der ersten Phase, wo wir noch keinen Impfstoff haben – wir gehen von ca. einem Jahr aus –, besonders auf nichtpharmazeutische Maßnahmen setzen musste. Wir selber haben schon sehr frühzeitig gesagt, man muss Schutzmasken richtig tragen, als es zunächst noch nicht als evident galt. Da hätte man wesentlich rascher reagieren können.

So viel aus meiner Sicht zu dieser Frage.

Detlef Cwojdzinski [*per Video zugeschaltet*]: Die Frage war, welche Maßnahmen bei der Einsatzplanung sinnvoll sind. Es gibt grundsätzlich drei Dinge, die in jeden Einsatzplan hineingehören. Das ist als erstes natürlich die Festlegung einer Führungsorganisation. Wir wissen alle, dass vor allen Dingen Behörden, aber auch andere Einsatzorganisationen in Form von Stäben in so einer Situation arbeiten. Da ist zu beschreiben, wie die Stäbe besetzt sind, wie sie zusammenarbeiten und welche Aufgabenstellungen sie haben. Das ist das Wesentliche in so einer Krisensituation, dass ich weiß, wie ich führe.

Der zweite Punkt, der mir immer am wichtigsten ist, ist natürlich das Thema der Kommunikation. Da geht es zum einen um die erste Phase. Wenn wir eben Spontanereignisse haben, muss ich Melde- und Alarmierungswege festlegen, aber auch im laufenden Verfahren. Das dient dem Austausch von Lageinformationen usw. Das ist alles eine Frage der Kommunikation.

Und letztendlich dann eben das Thema der Öffentlichkeitsarbeit, auch ein Thema der Kommunikation, und auch all die Fragestellungen, die sich mit der internen Kommunikation zwischen den Behörden beschäftigen, sind von Bedeutung.

Wo ich in der Einsatzplanung immer noch die größten Defizite sehe, ist das Thema des Schnittstellenmanagements, die Zusammenarbeit zwischen den Behörden. Ich habe es reichlich erlebt, dass bei vielen Veranstaltungen die zuständigen Behörden zu wenig miteinander reden und zu wenige Dinge abgestimmt werden. Insofern bietet die Einsatzplanung natürlich die Chance, die Zusammenarbeit zwischen den Behörden vorzubesprechen und zu regeln.

Der größte Erkenntnisgewinn bei der Erarbeitung von Einsatzplanung ergibt sich für mich eigentlich immer durch die Erarbeitung dieser Planung. Die Pläne an sich treffen dann häufig beim Ereignis nicht ganz präzise zu – das kennen wir alle –, aber die Erarbeitung bringt eben die handelnden Personen zusammen. Deshalb ist das für mich eigentlich immer ein Schwerpunkt, der ausgesprochen sinnvoll ist.

René Burfeindt (Deutsches Rotes Kreuz [*per Video zugeschaltet*]): Die Frage zum ÖGD würde ich gerne an Herrn Dr. Lüder weitergeben, wenn Sie es gestatten.

Dr. Sascha Lüder (Deutsches Rotes Kreuz): Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Von Frau Dr. Bunte ist vorhin schon mal der Begriff der „pflichtigen Selbstverwaltungsaufgabe“ eingeführt worden. Der Katastrophenschutz und auch der Rettungsdienst sind in Nordrhein-Westfalen Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung. Dort ist bislang im Handlungsstrang, auch im behördlichen

Handlungsstrang vor allem die kommunale Ebene im Blick gewesen, sodass man sagen muss, wir haben zwar im Rettungsgesetz eine Verweisnorm auf Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, aber – hier nehme ich Bezug auf meine Ausführungen als Sachverständiger in einer der letzten Anhörungen – wir als Deutsches Rotes Kreuz sind der Auffassung, dass die Begrifflichkeiten im Brand- und Katastrophenschutzrecht des Landes noch zu eng sind, weil der Begriff „Katastrophe“ – und das ist auch eine Lehre aus der COVID-Pandemie – für viele den irrigen Eindruck hinterlassen hat, eine Pandemie sei keine Katastrophe im Sinne des Katastrophenschutzgesetzes, was aber sehr wohl der Fall gewesen ist im juristischen Sinne, was aber in der Praxis eben – das will ich deutlich machen – auch dazu geführt hat, dass bei den Trägern des Rettungsdienstes bzw. den unteren Katastrophenschutzbehörden, die ja mit den Gesundheitsämtern zusammenarbeiten müssen, entsprechend wenig – in Einzelfällen ja – zusammen geübt worden ist. Hier wäre sicherlich ein Erkenntnisgewinn aus der Pandemie, dass durch die jetzt anstehende Novelle sowohl des Rettungsgesetzes als auch des Brand- und Katastrophenschutzgesetzes die Möglichkeit bestünde, so wie wir das im Übrigen in unserer Stellungnahme auch für den Bereich der Novellierung des Brand- und Katastrophenschutzgesetzes als DRK in NRW ausdrücklich empfehlen, eine Erweiterung des Gesetzesbegriffes der „Katastrophe“ vorzunehmen, sodass damit dann auch automatisch eine stärkere Übung, also Aus-, Fort- und Weiterbildung, von Gesundheitslagen im Katastrophenschutz möglich ist und damit auch eine stärkere Kooperation von Einrichtungen und Einheiten des Katastrophenschutzes mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst festgeschrieben werden könnte.

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: An Herrn Professor Dr. Exner waren zwei Fragen gestellt worden. Ich muss gestehen, ich weiß nicht, ob beide Fragen beantwortet sind. Ich frage die beiden Fragesteller: Sind Ihre Fragen beantwortet?

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Sachverständiger EK II [per Video zugeschaltet]): Meine Frage ist noch nicht beantwortet worden.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Martin Exner (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene): Herzlichen Dank, Hendrik, für die Frage. Du hattest ja die Frage gestellt: Ab wann muss man in die Mitigation-Phase übergehen? Vielleicht noch mal dazu: Wir unterscheiden im Pandemie- und Krisenmanagement die sogenannte Containment-Phase – das heißt, man versucht, jede Infektion durch Diagnostik zu erkennen und zu vermeiden –, die Schutz-Phase und danach die Mitigation-Phase, also dass man versucht, mit den Auswirkungen so gut wie möglich zu leben, ohne jede einzelne Infektion unter Kontrolle bringen zu können.

Die Phase, die dann definiert werden muss, wann man übergeht, hängt natürlich zunächst mal davon ab, dass es in der ersten Phase richtig ist, je weniger ich über eine Pandemie weiß, wie sie übertragen wird, wer betroffen ist usw., desto mehr muss ich zunächst mal gucken, dass ich die Ausbreitung vermeide. Je mehr ich aber nachher weiß durch virologische Untersuchungen, durch Erkenntnisse aus infektionsepidemiologischen Untersuchungen, durch Erkenntnisse aus Ausbruchsuntersuchungen, wie zum Beispiel auch bei dem sogenannten Tönnies-Ausbruch, wie die

Übertragungsmechanismen sind und wer betroffen ist, kann ich versuchen, mich darauf stärker zu konzentrieren, und die am stärksten betroffenen und gefährdetsten Gruppen spezifisch zu schützen, um dann, insbesondere dann, wenn auch ein Impfstoff zur Verfügung steht – hier noch mal der Hinweis, wie dankbar wir sein müssen, dass es gelungen ist, gerade in Deutschland, einen Impfstoff nicht nur verfügbar zu haben, sondern auch verteilen zu können –, in die sogenannte Mitigation-Phase hinüberzugehen. Anders als zum Beispiel in China, wo man gesagt hat, es werden alle bis zum geht nicht mehr quarantänisiert, kann man dann mit diesen Erkenntnissen und mit der Fähigkeit, mit dem Impfstoff auch schwere Verläufe unter Kontrolle zu bekommen, in diese Mitigation-Phase übergehen. Das setzt natürlich voraus, dass man ein Einverständnis innerhalb der Gesellschaft hat bzw. auch der Experten, um dann in die jeweiligen Phasen weiter übergehen zu können nach dem Prinzip, Kollateralschäden so weit wie möglich mit gleichzeitig einem hohen Maß an Infektionsschutz verbinden zu können, dass man das dann versucht, zusammenzuführen. Das muss dann jeweils in den jeweiligen Pandemien bestimmt werden.

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Wir kommen zur nächsten Fragerunde, und das machen wir umgekehrt, nämlich wir beginnen mit Frau Schneider.

Susanne Schneider (FDP): Jetzt hatte ich mich gerade anders sortiert, aber wir kriegen das hin.

Ich habe jetzt eine Frage an Herrn Cwojdzinski. Können Sie Beispiele dafür nennen, wie Aufgabenbereiche bei längeren Einsatzzlagen an Hilfsorganisationen übergeben werden können und wie sich dadurch das Potenzial vervielfacht, wie Sie ja in Ihrer Stellungnahme angedeutet haben? Ist das schon zumindest in Teilen gelebte Praxis, oder was fehlt hier noch?

Jule Wenzel (GRÜNE): Meine Frage richtet sich abermals an Herrn Dr. Lüder und an Herrn Burfeindt. Welche Bedeutung hat die Stärkung der Resilienz für das DRK, und wie könnte diese aussehen?

Prof. Dr. Harald Karutz (Sachverständiger EK II): Ich habe eine Frage an Herrn Professor Exner. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass es Expertenstäbe und Krisenstäbe geben müsste als zwei getrennte Gremien. Mich würde interessieren, wie das Miteinander dieser beiden Gremien konkret ausgestaltet werden sollte.

Ferner würde mich im Detail die Zusammensetzung des Expertenrates interessieren, weil Sie vorschlagen, dass auch Vertreter der Bevölkerung, Sprecher der Vertretung von Bürgern mit Migrationshintergrund, Sozialfürsorge, Patientenfürsorge usw. vertreten sein sollen. Das finde ich persönlich sehr gut und extrem wertvoll und wichtig. Die spannende Frage ist aber: Wie nimmt man eine Auswahl vor, wer kommt in dieses Gremium hinein und wer nicht? Also, wenn ich an Verbände in diesem Bereich denke, das sind unfassbar viele. Wie kann verhindert werden, dass so ein Gremium am Ende zu groß und damit dann auch wieder nicht mehr arbeitsfähig ist?

Christian Berger (CDU): Unsere nächste Frage ist noch mal eine Nachfrage an Professor Exner. Ich muss das einfach nutzen, wenn wir Sie hier haben. In Ihrer Stellungnahme haben Sie von der Ignoranz gegenüber ausgearbeiteten Pandemiemanagementplänen, die schon existieren, gesprochen. Wenn ich Sie hier habe, muss ich fragen, welche konkreten Ideen Sie haben, damit das zukünftig nicht mehr passiert, damit dieses Wissen genutzt wird, damit diese Pandemiepläne besser genutzt und sinnvoll genutzt werden.

René Burfeindt (Deutsches Rotes Kreuz [per Video zugeschaltet]): Vielen Dank für die Frage. Im Kern geht es um Resilienz und welche Rolle die für das DRK spielt. Das kann ich in kurz beantworten: eine große. Ich schließe natürlich noch etwas an. Gerade für NRW als bevölkerungsreichstes Land ist es umso wichtiger. Ich glaube, wichtig ist, festzuhalten, dass im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz der Föderalismus sehr viele Vorteile mit sich bringt. NRW ist grundsätzlich gut aufgestellt, was den Bevölkerungsschutz angeht. Aber ich glaube, wenn wir auf das Thema „Resilienz“ schauen, dann haben wir über die letzten Jahre erfahren, dass sich da einiges tut. Noch vor wenigen Jahren war es so, dass politisch Verantwortliche öffentlich Schelte bekommen haben, als sie darauf hingewiesen haben, dass man sich auch als Privatperson auf Krisen und Katastrophen vorbereiten darf. Ich denke, diese Zeiten sind glücklicherweise vorbei. Dennoch müssen wir uns auf verschiedenen Ebenen vorbereiten.

Wenn wir dort auf eine Pandemie, aber auch grundsätzlich auf Krisenlagen schauen, gibt es, glaube ich, unterschiedliche Aspekte, die es dort zu bedenken gilt, einmal natürlich der klassische Bevölkerungsschutz, der Katastrophenschutz, wo es darum geht, Vorhaltungen zu schaffen, damit man Lagen abarbeiten kann. Also, da geht es ganz klassisch um Material und Fahrzeuge im Rahmen der Pandemie, um persönliche Schutzausstattung, wo natürlich Länder und auch der Bund in der Pflicht sind, eigene Vorhaltungen zu schaffen. Dann geht es um das ganze Thema „Personal“. Der Bevölkerungsschutz in Deutschland ist zu 90 % ehrenamtlich getragen. Wir hatten ja schon das Thema „Helfergleichstellung“. Also, im Kern geht es um Wertschätzung für die ehrenamtlich Helfenden und im gesetzlichen Rahmen, in dem sie dann arbeiten können, sodass man das volle Potenzial nutzen kann.

Ich möchte Ihnen an der Stelle einen Miniexkurs mitgeben. Beim Hochwassereinsatz 2021, der sich ja im Kern primär im und um das Ahrtal abgespielt hat, hatte das Deutsche Rote Kreuz etwa 3.500 Einsatzkräfte aus der ganzen Republik pro Tag vor Ort. Wir hatten im Rahmen der nicht vorhandenen Helfergleichstellung, was Freistellungen im bundesrepublikanischen Umfeld angeht, ein Riesenproblem. Es war das Problem, überhaupt Kräfte hinführen zu können, weil die gesetzlichen Regelungen überall unterschiedlich sind. Das ist natürlich ein Thema, das uns in der Pandemie in ähnlichem Ausmaß getroffen hat. Dort waren die Kräfte sehr viel stärker regional verantwortet, deswegen nicht ganz so stark, aber in Zukunft ist das natürlich ein Thema, das uns trifft.

Zum rechtlichen Rahmen: Auf Bundesebene ist es häufig ein Thema im Rahmen der Pandemie gewesen – das hat sich dann auch über die Länder, Landkreise und Kommunen durchgezogen –, dass nicht bewusst war, dass es eine Möglichkeit gibt, das

DRK als anerkannte Hilfsorganisation direkt zu beauftragen, und zwar über das DRK-Gesetz. Das Deutsche Rote Kreuz ist der Auxiliar der Bundesregierung und eine freiwillige Hilfsgesellschaft im humanitären Bereich. Wir haben häufig erlebt, dass auch im Rahmen der Pandemie Ausschreibungen stattgefunden haben, um bestimmte Aufgaben zu erfüllen, natürlich zeitkritisch, im Kern eigentlich Gefahrenabwehr. Dort wurden mit Sicherheit nicht alle Maßnahmen genutzt, um die Resilienz dort voranzubringen. Denn im Endeffekt ist Resilienz natürlich auch das, dass man die Ressourcen, die es gibt, stärkt und nutzt an der Stelle.

Ein letzter Punkt, der dort reinspielt, ist natürlich die Resilienz der Bevölkerung, das heißt der möglicherweise betroffenen Personen, sich ehrlich damit zu beschäftigen, dass wir in Krisensituationen kommen. In der Pandemie haben es die meisten Menschen mitbekommen, aber, ich glaube, das vergisst man sehr schnell. Der bewaffnete Konflikt in Osteuropa zeigt uns einmal mehr, dass das Thema „Zivilschutz“ wieder in den Vordergrund kommen muss. Darauf haben wir auch Antworten, die sehr gut sind. Also, eine sehr simple ist die Erste-Hilfe-Ausbildung, gerade auch mit dem Schwerpunkt der Reanimation, dass sich Menschen sicherer fühlen, sich selbst und anderen zu helfen.

Und dann gibt es zwei Programme, auf die ich ganz schnell eingehen möchte, die aus unserer Sicht ein großes Erfolgsmodell und dann ein Zukunftsmodell sind, einmal das Thema „Erste Hilfe mit Selbstschutzzinhalten“, das die anerkannten Hilfsorganisationen und das BBK auf Bundesebene ausgerollt haben, wo unter anderem in Bildungseinrichtungen, aber auch bei Privatpersonen ausgebildet wird. Erste Hilfe und aber auch Selbstschutzzinhalte: Wie helfe ich mir und anderen in meiner Gemeinschaft in Krisenfällen? Dort gibt es Hunderte und Tausende Schulungen bundesweit, finanziert über den Bundeshaushalt erst einmal begrenzt bis 2025. Wir haben die Hoffnung, das wird fortgeführt.

Und dann das Thema „Pflegeunterstützungskräfte“, das auch im ZSKG gesetzlich verankert ist, leider ohne Haushaltsmittelhinterlegung. Das heißt: Wie bilde ich Teile der Bevölkerung – wir denken dort an 1 bis 2 % der Bevölkerung – dahingehend aus, dass leichte Pflegeunterstützungsmaßnahmen durchgeführt werden können? Auch das ist ein Learning ganz klar aus der Pandemie: Menschen müssen sich selber helfen, müssen ihren Nachbarn helfen. Genau dasselbe gilt für den Hochwassereinsatz. Genau dasselbe werden wir auch erleben müssen, wenn es zu einem bewaffneten Konflikt kommt, dass auch Pflegende und zu Pflegende erst einmal auf sich selbst gestellt sind. Wir appellieren ganz stark, auch dieses Programm in eine Umsetzung zu bringen und dafür Haushaltsmittel zu hinterlegen, damit Pflegeunterstützungskräfte, sogenannte PUGs, die Resilienz der Bevölkerung und auch das Gesamtsystem Bevölkerungsschutz weiter stärken.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Martin Exner (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene): Herzlichen Dank für die Frage der SPD und der CDU, wie die Vertreter der Experten- und Krisenstäbe ausgewählt werden können. Das wird natürlich darauf ankommen, dass man auf der einen Seite weiß, um welchen Pandemieerreger es in dem

speziellen Fall handelt. Aber auch bei übrigen Krisen ist es ganz wichtig, dass man ein breites Vertrauen in der Bevölkerung erzielt. Ich komme gleich darauf zurück.

Speziell jetzt bei einer zukünftigen Pandemie gehen wir in der Tat davon aus, dass eine zukünftige Pandemie in erster Linie, was für uns aus hygienischer Sicht besonders kritisch ist, wahrscheinlich durch respiratorische Viren übertragen wird. Insofern sind alle diejenigen, die auf diesem Gebiet wissenschaftlich Expertise haben, natürlich gefragt.

Was die Auswahl anbelangt, da haben wir ja Mechanismen, unter anderem auch durch die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, die Experten benennen können. Was aus unserer Sicht ganz wichtig ist: Natürlich muss der Öffentliche Gesundheitsdienst vertreten sein, natürlich – das sage ich jetzt auch noch mal aus Kenntnis meines Faches – diejenigen, zu deren Aufgabe die Infektionsprävention mit den einzelnen Bereichen gehört. Aber es ist auch ganz wichtig, dass wir, um Vertrauen in der Bevölkerung zu erzeugen, Vertreter haben, die durchaus in die verschiedenen Gruppen hineingehen können. Ich möchte ein Beispiel von Anfang der 90er-Jahre nennen. Da hatten wir in Marsberg Kieselrot. Dioxine wurden vermutet. Der damalige Umweltminister Matthiesen hatte gesagt: Wir schließen nicht aus, dass Marsberg evakuiert werden muss. – Große Aufregung! Ich war damals als geschäftsführender Direktor am Hygiene-Institut des Ruhrgebiets damit befasst und habe gesagt – ich musste das untersuchen und dem Landtag Hinweise geben –, ganz wichtig ist, dass ein Vertreter der Bevölkerung vorhanden ist. Das hat so tiefgreifende Konsequenzen, dass wir Vertrauen erzeugen müssen, nicht, dass da der Eindruck entsteht, hier würde etwas über die Köpfe hinwegentschieden, sondern da muss Transparenz sein. Das bedeutet natürlich auch, dass die Hauptvertreter zum Beispiel der Migranten ... Wir selber haben gesehen, dass zum Beispiel große Migrantengruppen, die in Deutschland zu unserer Bevölkerung gehören, gar nicht in dem Maße einbezogen worden sind. Die haben ihre anderen Sender gehört. Ich hatte die Gelegenheit, mit dem Gesundheitsamt in Köln einmal in ein Brennpunktzentrum zu gehen. Das zeigte mir, dass in den Gemeinschaften – in dem Fall waren es viele russische – russische Sender gehört wurde, aber nicht das, was in Deutschland kommuniziert werden musste. Da kann man eine Auswahl treffen. Dabei zählen natürlich die Repräsentativität, die Kernkompetenzen auf den unterschiedlichen Gebieten, die dort abgegriffen werden müssen, um dann diese Empfehlungen, die vom Expertenrat gegeben werden, in die Bevölkerung hineinzugeben. Es wird immer wieder unterschiedliche Sichtweisen geben, aber je mehr man zeigen kann, hier ist Vertrauen vorhanden, weil die Vertreter mit dabei sind ... Das muss natürlich im Detail ausgearbeitet werden, wer mit dazugehört.

Der Krisenstab hat natürlich primär die Aufgabe, wie es gerade vom Deutschen Roten Kreuz ausgeführt worden ist, das organisatorisch umzusetzen. Da sind wir durchaus sehr effizient. Dass zum Beispiel der jetzige General Breuer damals diesen Krisenstab leitete, hatte damit zu tun, dass das organisatorisch hochkomplex umgesetzt werden muss.

Und jetzt zu Ihrer Frage bezüglich der Ignoranz des vorhandenen Wissens. Ich glaube, dass es ganz wichtig ist, dass die Frage, wie man mit Pandemien umgeht, am besten gelöst werden kann, wenn erfahrene Vertreter auch Mitglieder in dem Expertenrat sind,

den ich eben genannt hatte, um dann die entsprechenden Hinweise an die Politik zu geben. Die Politik braucht ja Unterstützung, um im besten Sinne agieren zu können und die richtigen Entscheidungen zu treffen. Deswegen muss die Politik letzten Endes den Hinweis von den Experten hören können und da jetzt nicht zu große Diskussionen haben.

Auch noch mal an Professor Streek: Wenn eine zukünftige Pandemie durch respiratorische Viren übertragen wird, muss zum Beispiel der Virologe, aber auch der Infektiologe und der Hygieniker und natürlich der Öffentliche Gesundheitsdienst neben den anderen Experten, die auch über die Konsequenzen wissen, vertreten sein.

Detlef Cwojdzinski [*per Video zugeschaltet*]: Die Zusammenarbeit zwischen Hilfsorganisationen findet natürlich auch im Normalbetrieb auf allen Ebenen statt, ob nun bei Großveranstaltungen oder bei kleineren Einsätzen. Das ist gelebte Praxis.

Was wir in Berlin als besondere Situation hatten, ist, dass die Hilfsorganisationen unter der Koordinierung des Deutschen Roten Kreuzes Aufgaben übernommen haben, die in anderen Bereichen durchaus staatliche Stellen übernommen haben, hier und da aber eben auch einzelne Hilfsorganisationen. Wir haben uns aufgrund vertraglicher Basis bereit erklärt, den Betrieb der sechs Berliner Impfstätten mit bis zu 20.000 Impfungen an einem Tag zu organisieren, und konnten dies mit der ersten Inbetriebnahme eines Impfzentrums am 27.12. des Jahres erfolgreich bewältigen. Am Ende sind tatsächlich sechs Impfzentren betrieben von fünf Hilfsorganisationen in Berlin über Jahre hinweg in einer guten Zusammenarbeit betrieben worden. Wir haben in dieser Zeit nachweisen können, dass wir im Prinzip flexibel diese großen Aufgaben für längere Lagen übernehmen können. Das ist, glaube ich, das Wichtige. Bei kurzen Lagen stellen sich solche Fragen nicht, aber eben bei längeren Lagen. Herr Burfeindt wird bestätigen können, dass das eine einmalige Situation war.

Wir haben das fortgesetzt eben auch bei dem Ukraine-Ankunftszentrum. Das ist genau vor zwei Jahren auf dem Gelände des ehemaligen Flughafen Tegels aufgebaut worden, welches jetzt die größte Flüchtlingseinrichtung Deutschlands mit bis zu 7.000 Plätzen ist. Auch dort findet im Augenblick die Zusammenarbeit unter vielen Hilfsorganisationen statt und auch wieder unter Federführung des Deutschen Roten Kreuzes. Ich denke, das ist ein Praxisbeispiel, das auch für längere Katastrophenlagen, also auch für Gesundheitslagen, erfolgreich eingesetzt werden sollte. Im Augenblick sehe ich allerdings keine Bestrebungen, dass das tatsächlich passiert.

Ich möchte noch einen Punkt von Herrn Burfeindt aufnehmen, nämlich das Thema der Ausschreibung und Beauftragung von Hilfsorganisationen. Wir sind in Berlin direkt beauftragt worden. Es muss in dieser Situation immer schnell gehen. Die herkömmlichen Ausschreibungsverfahren bieten überhaupt nicht die Chance, solche schnellen Entscheidungen zu treffen. In Berlin hat man das gemacht und auch fortgesetzt. Aber das ist durchaus ein Punkt, über den man auch mal nachdenken sollte, ob es nicht für diese Ausnahmesituation Ausnahmeregelungen geben sollte.

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Wir eröffnen die nächste Fragerunde mit der CDU.

Dr. Klaus Göbels (Sachverständiger EK II): Ich springe ein. Ich habe eine Frage an Frau Dr. Bunte zu den strukturellen Themen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Du hattest eben schon ausgeführt, der Öffentliche Gesundheitsdienst steht vor erheblichen Herausforderungen, und es gibt keine eigene Fachgesellschaft, wie das bei den anderen medizinischen Fachdisziplinen ist. Es ist ein bisschen eine gewisse medizinische Sackgasse, anders als in anderen Bereichen. Wäre es da nicht sinnvoll, wenn man ganz formal solche Kooperationen, da, wo es geht, mit universitären Strukturen etabliert, um einfach eine bessere Zusammenarbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu ermöglichen? Das gibt es ja zum Beispiel in Maastricht, wo es einen sehr großen Public-Health-Bereich gibt, wo man sich zum Beispiel Stellen teilt, Hälfte ÖGD, Hälfte Universität. Wäre das auch für NRW in den Städten und Gemeinden, wo das möglich wäre, eine Option?

Rodion Bakum (SPD): Meine Frage geht auch an Frau Dr. Bunte, und zwar nach den Kommunikations- und Informationswegen sozusagen als Lehre aus der Pandemie, wie wir das in Zukunft am effektivsten organisieren können. Vielleicht können Sie in dem Zusammenhang auf die Pläne eines Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit eingehen, ob das aus Ihrer Sicht viele der Dinge schon mal klären würde.

Jule Wenzel (GRÜNE): Meine Frage richtet sich ebenfalls an Frau Dr. Bunte. Sie haben in Ihrer Stellungnahme ebenfalls von der Resilienz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gesprochen. Da haben Sie angegeben, dass es natürlich einen Personalaufwuchs geben soll. Das haben Sie auch schon in Ihrer ersten Beantwortung genannt. Zusätzlich haben Sie die notwendigen Sachmittel angesprochen. Können Sie dazu noch einmal näher ausführen, was genau Sie sich darunter vorstellen in der Vorhaltung und ob Sie noch weitere Punkte zur Resilienz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes haben, die in Ihrer Stellungnahme noch nicht berücksichtigt wurden?

Susanne Schneider (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Professor Exner. Sie haben in Ihrer Stellungnahme mehrfach den Öffentlichen Gesundheitsdienst angesprochen. Wie könnte denn die Hierarchie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes allgemein oder auch der ÖGD überhaupt in seiner kommunalen Struktur restrukturiert werden, um seine Funktion zu verbessern?

Dr. Hartmut Beucker (AfD): Jetzt greife ich mal ein mit einer Frage an Herrn Gerdes. Ihre Unternehmensberatung erarbeitet ja vielfältige Sicherheitskonzepte für ein breites Spektrum an Möglichkeiten. In welchem Bereich sehen Sie aktuell die größten Gefahren?

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Fangen Sie doch gleich an, Herr Gerdes.

Holger Gerdes (Technische Unternehmensberatung Jastrob GmbH & Co. KG): Ich bin ein bisschen dazu gekommen wie die Jungfrau zum Kinde, weil Herr Jastrob kurzfristig erkrankt ist und ich einspringen musste.

Die Unternehmensberatung macht ganz viel in der Beratung von Kommunen hinsichtlich Katastrophenstäben und Führungsstrukturen. Da ist das, was eben schon angesprochen worden ist, auch von unserer Seite beobachtet worden. Es gibt eine große Unsicherheit bei den Städten und Verwaltungen, wie man in einem solchen Fall reagieren kann, weil – das ist ganz klar – sie es nicht gewohnt sind. Man hat es in der Pandemie – das war die Beobachtung, die wir machen konnten – gemerkt, dass mit der Zeit eine Gewöhnung eingetreten ist, die dazu geführt hat, dass die Handlungen sicherer und die einzelnen Stäbe in den Städten handlungssicherer wurden. Das ist für uns ein Zeichen, dass man in der Zeit, wo man Ruhe hat, investieren muss, damit die Kommunen in der inneren Arbeit, aber auch in der Zusammenarbeit mit den anderen Kommunen sicherer und geschult werden.

Kleines Beispiel: Ich wohne in Herne. Im Umkreis von 1.000 m gibt es bei mir drei kreisfreie Städte und einen Landkreis. Ich habe mich immer gefragt: Welche Inzidenz gilt denn für mich? Da wird es deutlich. Da hat es nach meiner Beobachtung keine Zusammenarbeit gegeben.

Eine kleine Bemerkung am Rande. Zu der Zeit war ich Verwaltungsleiter in der Fortbildungsakademie in Herne des Innenministeriums und war von den Maßnahmen direkt betroffen. Ich bin ständig vor einer Schranke gelaufen. Es kamen dann immer Datenschutzausschreibungen, genau das, was eben schon mal gesagt wurde. Ich bin nicht zuständig. Wer ist überhaupt zuständig? Das war selbst für mich, obwohl ich intern sicherlich nach 46 Dienstjahren sehr gefestigt war, immer wieder eine neue Erfahrung, an diese Stelle zu kommen, wo ich gedacht habe: Mensch, das muss doch geregelt sein. – Es war aber nicht geregelt.

Noch eine Bemerkung am Rande: Ich glaube, dass es ein großer Fehler war, in Nordrhein-Westfalen keinen Krisenstab einzurichten. Denn dadurch fehlte eine zentrale Stelle, die gesteuert hat. Ich weiß, dass ich an einem Freitag fast verzweifelt bin. Da habe ich vier unterschiedliche Versionen der COVID-Schutzverordnung bekommen. Es war keiner da, der es gemacht hat. Da eine solche Stelle zu haben, hätte sicherlich vieles einfacher gemacht. Ich glaube, dass diese Strukturen, die damals geschaffen wurden, viel zur Verunsicherung auch der kommunalen Strukturen, aber auch im Land beigetragen haben.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Martin Exner (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene): Ich bin vonseiten der FDP gefragt worden, wie man die Hierarchie beim Öffentlichen Gesundheitsdienst weiter optimieren kann. Ich muss dazu sagen, zwei Jahre war ich am Gesundheitsamt in Köln und habe dort die Abteilung für Seuchen- und Umwelthygiene geleitet. Mir ist als Hygieniker – frisch habilitiert, von der Universität kommend – sehr deutlich geworden, welche wichtige Funktion der Öffentliche Gesundheitsdienst hat. Wenn wir Health in All Policies umsetzen wollen, dann müssen wir gucken, wie wir auch in der Konkurrenz zu anderen klinischen Fächern in der Medizin den Öffentlichen Gesundheitsdienst attraktiv machen können. Ein Mediziner, der in der Regel über ein oder zwei Fachärzte verfügt, hat erst mal ein sehr langes Studium hinter sich, fünf Jahre, plus noch mal fünf Jahre einer weiteren Facharztausbildung. Er kommt dann in eine kommunale Hierarchie hinein, die ihm relativ wenig

Bewegungsfreiheit gibt. Deswegen müssen das Gesundheitsamt und der Öffentliche Gesundheitsdienst in seiner Bewegungsfreiheit und seiner Attraktivität angehoben werden, herausgehoben werden aus dieser kommunalen Hierarchie, wo sie dann mit ganz anderen Aufgaben unter einem Dezernat zu tun haben. Früher – ich weiß es von dem kürzlich verstorbenen früheren Amtsarzt von Köln, Herrn Dr. Leidel – früher hatte der Amtsarzt in Köln einen eigenen Stempel. Neben mir sitzt ja die ehemalige Amtsärztin von Köln. Das fand ich der Bedeutung dieser Funktion angemessen. Insofern muss man sich wirklich Gedanken machen, wie man das entsprechend stärker herausheben kann. Dann wird es ganz wichtig sein, dieses Netzwerk, von dem Frau Dr. Bunte eben gesprochen hat, auch hin zu den Universitäten zu verfestigen, damit man wirklich die neuesten Informationen aus der Universität in dieses sehr verantwortungsvolle Amt mit einbeziehen kann. Ich denke, es ist den Schweiß der Edlen wert, darüber nachzudenken, wie man das entsprechend verbessern kann.

Das bedeutet nicht, dass ich die anderen Aufgaben in der Kommune nicht in gleicher Weise für ganz wichtig halte, aber es ist die Frage, inwieweit man das für den ärztlichen Nachwuchs verbessern kann. Ich selber bin der Auffassung, dass es sehr sinnvoll ist, Ärzte mit dieser Funktion einzubeziehen, weil man das ansonsten nicht unbedingt versteht. Das war immer Tradition. Es gibt große Vorbilder mit ärztlichem Sachverstand auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Das ist keine Missachtung gegenüber den vielen Kollegen, die aus der Juristik oder aus den Gesundheitswissenschaften kommen, aber sie haben auch Aufsichtsfunktionen, zum Beispiel in den medizinischen Bereichen. Da brauchen Sie entsprechend Sachverstand.

Dr. med. Anne Bunte (Ärztchamber Westfalen-Lippe): Vielen Dank für die Fragen. Ich starte mit den strukturellen Themen. Das passt ja ganz gut; morgen ist der Tag des Gesundheitsamtes

Dazu, wo ich es andocke, gebe ich den ganz kurzen Tipp: Der Arbeitsschutz ist auch unabhängig, also über die verschiedenen Bereiche hinausgreifend. Da ist es sicherlich überlegenswert, wie man es da macht.

Wie ist es mit den Fachgesellschaften? Wir haben nicht erst seit dem Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen, der sich nach der Pandemie dazu geäußert hat, oder auch dem Pakt für den ÖGD – das hat Herr Cwojdzinski schon mehrfach schon angesprochen – an einzelnen Stellen – das ist einfach das Problem dieser föderalen Strukturen – eine langjährige Zusammenarbeit, auch formale Kooperationen mit universitären Strukturen. Da weise ich darauf hin, dass wir Multiresistente-Erreger-Netzwerke haben. Ich selber habe ja zwei Gesundheitsämter in unterschiedlichen Situationen geleitet. Professor Exner machte darauf aufmerksam, dass ich knapp zehn Jahre Köln geleitet habe und deutlich über zehn Jahre das Gesundheitsamt des Kreises Gütersloh. Wir haben mit beiden Gesundheitsämtern Kooperationen im Rahmen des MRE-Netzwerkes gehabt, wo die Kommune gezahlt hat und auch nicht alleine. Das war das wirklich Sinnvolle dabei: keine Einzellösungen, sondern in Ostwestfalen-Lippe gibt es das entsprechende Multiresistente-Erreger-Netzwerk, wo alle Gesundheitsämter, sprich alle Kreise plus die kreisfreie Stadt Bielefeld, schon seit fast 20 Jahren – zwar nur einen kleinen Stellenanteil – einen Stellenanteil an der Universität

Bielefeld zunächst mit den Gesundheitswissenschaften und mit dem Aufbau der medizinischen Fakultät auch mit der medizinischen Fakultät finanzieren, sodass es eine Kooperation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit universitären Strukturen gibt. In Bonn – dadurch ist die Zusammenarbeit mit Professor Exner gewachsen – ist dann ebenfalls ab 2009 ein solches Multiresistente-Erreger-Netzwerk aufgebaut worden, auch da von der kommunalen Seite aus. Hier müsste man, damit das wirklich eine gewisse Einheitlichkeit der Struktur hat, vonseiten des Landes auch noch wesentlich stärker ...

Da kommt dann die Frage: Wie ist das mit dem Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit? Ich finde, das ist zwingend. Schauen Sie einfach in unsere Nachbarbundesländer. Wir haben in Nordrhein-Westfalen – Professor Exner machte darauf eben aufmerksam – Strukturen gehabt, wie eben die entsprechenden Landesämter. Das damalige Landesamt für die öffentliche Gesundheit hat X mal den Namen gewechselt. Es ist immer die Frage, wie wir das nennen. Es war dann mehr ein Institut. Jetzt soll es sozusagen wieder den amtlichen Charakter bekommen. Aber wir haben halt in Nordrhein-Westfalen zum Beispiel keine Möglichkeit mehr, dass wir im Rahmen einer Pandemie ... Da ist auch die große Frage, welche Erreger eine Rolle spielen. Sie wissen, dass wir derzeit nicht sagen können, was das nächste sein wird. Es wird, wie Professor Exner sagt, vermutlich vor allem, wenn es eine solche Bedrohungslage darstellt, ein respiratorischer Erreger sein. Ob das jetzt aus dem Bereich der sogenannten Vogelgrippe-Erreger ist, ob es noch mal Corona ist – wir haben ja auch andere Coronaviren, die durchaus in anderen Ländern eine Rolle spielen – oder ob es die Thematik der multiresistenten Erreger, der bakteriellen Erreger ist, wissen wir nicht. Aber wir haben in Nordrhein-Westfalen keine Strukturen mehr.

Wir hatten uns ja relativ früh, nämlich aus der Erkenntnis heraus, als die ersten pandemisch potenziellen Erreger kamen wie damals SARS-CoV-1 oder MERS-Corona, wo dann auch die ersten universitären Kliniken hier in Nordrhein-Westfalen plötzlich Probleme hatten, zusammengesetzt aus den großen Gesundheitsämtern, die eigentlich die höchste Expertise und auch Personalkapazität haben, mit den Universitäten, aber auch mit den beiden Ärztekammern, mit den kommunalen Spitzenverbänden und sind ans Land herangegangen und haben gesagt, der Erreger hält nicht an den Grenzen einer Kommune. Das ist ja auch eben noch mal sehr deutlich und plastisch dargestellt worden aufgrund der persönlichen Erfahrungen. Hier müssen wir wieder Landesstrukturen schaffen.

Das heißt, wir brauchen eine verbindliche universitäre Kooperation. Ich hätte mir sehr gewünscht, dass man das, was jetzt auch mit dem Pakt sozusagen angesprochen war, nämlich auch Professuren über die Ebene des Landes und der Kommunalstrukturen zu schaffen ... Es gibt den Ansatz, dass die Ärztekammer Westfalen-Lippe, die ja mehrere Universitäten in ihrem Bereich hat, nicht so viele wie Nordrhein, eine entsprechende Resolution getätigt und gesagt hat, wir müssen das auch über das Land gut verteilen. Zum Beispiel wäre es sinnvoll im Rahmen des Paktes und aus Erfahrung eben der Coronapandemie, einen Lehrstuhl in Bielefeld einzurichten.

Und auch bei der Finanzierung muss man, ähnlich wie bei den Multiresistente-Erreger-Netzwerken, schauen, wie wir das als eine Gemeinschaftsaufgabe hinbekommen.

Aber das wird nicht einzeln auf einer Ebene eines Kreises, einer kreisfreien Stadt mit einer Universität lösbar sein, sondern das ist etwas, das muss für das Land systematisch gemacht werden. Ein erster Schritt ist getätigt, da kann man andocken jetzt über die Multiresistente-Erreger-Netzwerke. Die in Bielefeld und in Bonn sind aber, wie gesagt, in der Ausgestaltung sehr unterschiedlich. Sie wissen, dass sich diese Ausgestaltungsstrukturen natürlich auch in den Möglichkeiten zeigen, etwas zu machen.

Schauen wir einfach in andere Bundesländer, die andere Strukturen haben. Das Saarland hat zum Beispiel einen universitären Auftrag gegeben, kann die Expertise für die Gesundheitsämter abfragen, wenn dort eine solche Situation ist, oder eben andere Bundesländer, die unverändert die Expertise selber noch vorhalten, egal, ob das Niedersachsen, Baden-Württemberg oder Bayern ist. Die haben sogar Statistiken und Berichte, wo sie deutlich zeigen, was sie in der Verantwortung für ihr Bundesland und auch in der Verantwortung für den lokalen öffentlichen Gesundheitsdienst, der da natürlich ein bisschen anders strukturiert ist, machen, was sie an Unterstützung geben.

Wir haben sowohl damals bei der neuen Influenza, der Schweinegrippe, 2009 als auch bei den neuen Erregern immer ein bisschen neidvoll nach Niedersachsen geschaut. Der Kreis Gütersloh hat ja eine Grenze zu Niedersachsen. Die konnten nämlich ihre Proben in ihr entsprechendes Landesamt geben, wir mussten die nach Berlin geben.

Das wären Dinge, wo man die Verwissenschaftlichung des ÖGD durch eine gute Kooperation nach vorne bringen kann. Isolierte Strukturen aufzubauen, bringt überhaupt nichts. Man muss es auch über größere Gruppen machen. Zum Beispiel kann man die Ebene der Bezirksregierungen ganz gut nehmen, man kann es auch anders aufteilen.

Die ÖGD-Professuren sollten dabei ein Teil sein. Diese sind sehr unterschiedlich. Der Zwischenbericht zeigt, dass das in den unterschiedlichen Bundesländern, wenn man es auf den Weg gebracht hat, auch unterschiedlich ausgestaltet ist. Das müsste systematisiert werden, eben mit einer anteiligen Finanzierung über Bund, Land und Kommune, damit es wirklich auch nachhaltig ist.

Dann war die Frage Kommunikationswege und Kooperationen und auch da die Rolle des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit, was jetzt auf den Weg gebracht werden soll. Schon als wir uns mit der Initiative zur Optimierung des Infektionsschutzes – das ist die Gruppe, die ich eben geschildert habe, die bereits 2013 gestartet ist; aus der Situation 2015 haben wir ja die ersten Papiere auf den Weg gebracht ..., dass man das noch mal aufgreift, weil es ist nicht vermittelbar. Es ist ja eben sehr plastisch dargestellt worden, dass man an der Grenze einer Kommunalstruktur plötzlich andere Spielregeln hat.

Und wir haben auch ganz deutlich gesehen – das wurde auch durch mehrere Beiträge deutlich –, dass man immer ein bisschen schauen muss: Was haben wir für eine Situation? Das ist nicht vor Ort allein lösbar, sondern es muss mit der Landesebene gemacht werden. Ein schönes Beispiel ist der Lassa-Fall an der Uniklinik in Köln, damals ein Transport aus Afrika heraus, aus einem Land, das zu dem Zeitpunkt noch keine Lassa-Fälle hatte. Es ist ein Virales Hämorrhagisches Fieber ähnlich wie Ebola, das sagt Ihnen wahrscheinlich eher etwas, auch von der Bedeutung der Ansteckungsfähigkeit. Wir haben damals erlebt, wie schwierig es ist, wenn Sie so viele einzelne

Partner haben, wie wir es hatten durch die unterschiedlichen Gesundheitsämter, ohne eine zentrale Struktur. Wir hatten andererseits auch Betroffenheiten in den USA oder in Belgien. Da hatten Sie eine klare Ansprechstruktur. Und für mich und für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist dieses Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit ein erster Schritt, wo wirklich gerade für solche Situationen wie eine Ausbruchssituation oder eine pandemische Situation strukturiert zusammengearbeitet wird.

Kommunikationswege und Kooperationen der Gesundheitsämter untereinander habe ich kurz am Beispiel der Multiresistente-Erreger-Netzwerke, aber auf freiwilliger Basis, dargestellt. Das muss systematisiert werden. Sie haben ja gehört, wie systematisch komplett dieses ganze Katastrophenmanagement, der Bevölkerungsschutz eigentlich aufgestellt ist und dass es auch da noch optimierbar ist. Das haben wir in den Gesundheitsämtern nicht.

Und Sie haben ja auch mitbekommen, dass allein die digitale Kommunikation eine Herausforderung dargestellt hat und auch immer noch darstellt. Wir haben zwar jetzt im Pakt für den ÖGT Mittel zur Digitalisierung, aber die klaren Vorgaben, dass wir wirklich einheitliche Schnittstellen, Plattformen und Ähnliches haben, sind noch nicht so weit wie die Mittelvergabe, die auch da – wir haben eben über Ausschreibungen gesprochen – durch die Rahmenbedingungen jetzt schon vorgeprescht sind. Das heißt, an vielen Stellen bei 53 Gesundheitsämtern allein in NRW haben wir oft gleiche Zielsetzungen, aber jeder arbeitet für sich. Das ist auch etwas, wo sicherlich nachjustiert werden muss.

Dann war die Frage zur Resilienz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Der Personalaufwuchs ist zwingend. Die Beteiligung an den entsprechenden Krisenstäben vor Ort ist nur möglich, wenn sie entsprechendes Personal und qualifiziertes Personal haben, das dort auch eingesetzt werden kann. Die Resilienz kann ich nur mit einem sinnvollen Personalaufwuchs – die großen Herausforderungen hat Professor Exner schon dargestellt – ... Der Arbeitsplatz im ärztlichen Bereich muss entsprechend attraktiv sein, wo wir auf vielen Stellen schon das Problem haben, aber auch im pflegerischen Bereich. Es sind ja auch Hygienefachkräfte in den Gesundheitsämtern, es sind Kinderkrankenpflegekräfte oder Krankenpflegekräfte, die dort arbeiten. Das sind halt alles Mangelberufe. Trotzdem müssen wir schauen, dass das wirklich attraktiv ist, dass wir dort auch diese Expertise haben, denn es hat sich wirklich gerade in der Kommunikation vor Ort gezeigt: Mit Pflegeeinrichtungen, mit Krankenhäusern, mit Arztpraxen können Sie dann am besten kommunizieren und entsprechende Abstimmungen treffen. Das ist digital heute durch Konferenzen, wie es ja auch gerade jetzt ist, gut machbar. Aber Sie müssen die notwendige Expertise haben. Sie können nicht allein mit Verwaltungsformulierungen oder aber auch mit entsprechender juristischer Expertise die Menschen mitnehmen, und Sie müssen sie ein Stück mitnehmen, damit müssen Sie ihre Sprache sprechen. Also, es heißt unverändert interdisziplinär, aber gerade für pandemische Situationen müssen Sie auch die Fachexpertise haben. Das stärkt die Resilienz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Die Reihenfolge in der nächsten Fragerunde möchte ich nach der Sitzordnung machen. Das gibt der SPD die Gelegenheit, zuerst eine Frage zu stellen.

Christina Weng (SPD): Ich möchte Frau Dr. Bunte noch mal fragen, und zwar relativ spezifisch. Wir kennen die Kleeblattsituation. Wir haben damals seitens Nordrhein-Westfalen auch im europäischen Umfeld geholfen, wenn es um medizinische Kapazitäten ging. Da würde mich noch mal interessieren, in dieser übergeordneten Struktur, wenn wir diese Komplexität sehen, wie würden wir das in Zukunft weitermachen können, wohl wissend, dass wir gerade hier im Gesundheitswesen auch in Nordrhein-Westfalen die Ressourcen ein Stück weit herunterfahren? Wie kann das dialogische Hilfsangebot dann in so schwerwiegenden Fällen auch im europäischen Umland sein?

Jule Wenzel (GRÜNE): Ich habe keine weiteren Fragen.

Christian Berger (CDU): Unsere nächste Frage geht an Herrn Cwojdzinski. Da möchten wir wissen, welche Erfahrungen Sie zum Thema der Krankenhausalarmplanung im internationalen Kontext haben und welche Best-Practice-Beispiele Deutschland im Hinblick auf die Verbesserung des Krisenmanagements und des Gesundheitsschutzes umsetzen könnte.

Susanne Schneider (FDP): Frau Dr. Bunte, Sie hatten gesagt, die Zusammenarbeit unter den Gesundheitsämtern sei deutlich ausbaufähig. Ich erinnere mich gut daran, dass man während der Pandemie digitale Angebote zur Verfügung gestellt hat, die aber nur sehr zögerlich angenommen wurden. Was könnten Sie sich denn vorstellen, um diese Zusammenarbeit zu verbessern, und wie könnten wir vor allem auch mehr qualifizierte Menschen in die Gesundheitsämter hineinbringen?

Dr. Hartmut Beucker (AfD): Für die AfD stelle ich an Herrn Gerdes eine Frage. Wenn Sie Ihre Kundschaft betrachten, Unternehmen, Büros, was raten Sie denen, um ihre Resilienz zu verbessern, was ja auch das Gesundheitssystem entlasten würde?

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Wir beginnen mit Herrn Gerdes.

Holger Gerdes (Technische Unternehmensberatung Jastrob GmbH & Co. KG): Die Arbeit in den Betrieben oder Organisationen würde ich auf drei verschiedene Säulen stützen. Das eine ist natürlich die Information der Menschen, die dort arbeiten, über die Notwendigkeiten. Vieles von dem, was meine Generation gelernt hat, ist mittlerweile verschütt gegangen. Wir hatten eben auch schon den Hinweis zum Zivilschutz. Ich kann mich entsinnen, als Gymnasiast hatte ich noch Unterricht in Zivilschutz. Heute diskutieren wir wieder darüber. Das sind so Sachen, die würde sich der Gesundheitssektor sicherlich auch wünschen, dass in den Betrieben auch da das Ganze mit dem gleichen Augenmerk oder mit der gleichen Hingabe betrachtet wird wie der Arbeitsschutz selber. Für mich ist es auch ein Teil des Arbeitsschutzes. Das ist nach

meiner Erfahrung nicht ganz ins Blut übergegangen, aber darauf sollte man immer wieder hinweisen.

Das Zweite ist, dass man natürlich in den Betrieben die Voraussetzungen schaffen muss, dass man mit solchen Lagen überhaupt fertig wird. Auch da wieder einen Blick zurück: Als ich vor 47 Jahren angefangen habe, gab es in jeder Amtsstube ein Waschbecken, wo man sich die Hände waschen konnte. Die sind alle eingespart worden. Das hat natürlich auch dazu geführt, dass man sich nicht mehr so häufig die Hände gewaschen hat. Das ist ein ganz klares Hygieneproblem. Darauf muss man in den Betrieben hinweisen. Immer wieder, wenn ich dorthin gehe und nach einem Hygienekonzept gefragt werde, frage ich: Wo sollen sich die Leute die Hände waschen? Das ist ein Basic, so was ganz einfaches, wo ich dann schon vielfach Schulterzucken erfahre.

Das Dritte ist üben, üben, üben, üben, damit man auch in dem Augenblick die Handlungssicherheit hat, wenn es dann zum Fall kommt. Die meisten Betriebe üben schon das Übliche oder das Eigentliche nicht, was man im Brandschutz oder bei der Ersten Hilfe üben sollte. Das ist da schon verschüttet. Wie soll es dann bei diesem komplizierten Thema besser werden?

Ich glaube, da muss man einfach dicke Bretter bohren, damit es dafür Verständnis gibt. Die Pandemie ist weg, und die nächste Pandemie ist für viele so weit weg, dass sie daran nicht denken, sodass es für sie auch keine Bedeutung mehr hat. Aber das sagt uns ja keiner. Ich glaube, mit 2 % ist die nächste Pandemie schon vorhergesagt. Die kann morgen kommen, jetzt nicht morgen als morgen, sondern als Hinweis, dass es sehr kurzfristig sein kann. Das ist für viele aber ganz weit weg. Beim Fliesenleger, beim Elektrikerbetrieb kann ich das noch ein bisschen verstehen, die haben zurzeit ganz andere Sorgen, aber in den Behörden ist es auch nicht besser. Ich glaube, wenn wir da zu einem besseren Verständnis und zu einer besseren Aufklärung kommen, dann sind wir schon ein ganzes Stück weiter.

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Die nächste Antwort bürde ich Herrn Cwojdzinski auf.

Detlef Cwojdzinski *[per Video zugeschaltet]:* Danke, aber das ist keine Bürde, weil Krankenhausalarmplanung ist seit vielen Jahrzehnten mein Heimthema. Deshalb kann ich das freiweg beantworten.

Ich glaube, dass wir gar nicht international schauen müssen, was ich auch gemacht habe. Ich selber war in Brasilien und Jordanien. Vielmehr brauchen wir bei der Krankenhausalarmplanung eigentlich nur nach Deutschland zu schauen. Die großen Beispiele kommen tatsächlich aus Berlin, Hamburg und Frankfurt, aber eben auch aus Nordrhein-Westfalen. Die Kölner Kliniken sind alle gut vorbereitet, und es gibt in Nordrhein-Westfalen eben auch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung, die jetzt das zehnjährige Bestehen feiern wird, im April die Jahrestagung durchführen wird. Es gibt also hinreichend Praxisbeispiele zur Krankenhausalarmplanung, woran man sich bedienen könnte, wenn man sein eigenes Haus noch nicht ertüchtigt hat.

Nach meiner Einschätzung wird es in Deutschland ein Stück weit immer besser, aber es gibt in der Fläche einfach noch nicht die Umsetzung, die notwendig wäre. Es gibt in allen 16 Bundesländern die notwendigen Rechtsgrundlagen. Die Krankenhausalarmplanung ist Länderangelegenheit. Es fehlt aber an der Umsetzung, weil die staatlichen Behörden eben auch hier nicht die Koordinierungsfunktion übernehmen. Es fehlt ein Stück weit natürlich auch die Finanzierung für bestimmte Vorsorgemaßnahmen, und es fehlt natürlich vor allen Dingen die Finanzierung von Krankenhausübungen, die nur im Einzelfall in Deutschland tatsächlich kostenmäßig übernommen wird. Also, ich denke, wir haben die Praxisbeispiele in Deutschland, vollkommen unproblematisch, brauchen gar nicht international zu schauen. Wir haben auch hier das Umsetzungsproblem, das heute schon mehrfach angesprochen worden ist.

Dr. med. Anne Bunte (Ärztekammer Westfalen-Lippe): Eine kurze Rückfrage muss ich stellen. Es geht um die Frage der SPD, die übergeordneten Strukturen im Gesundheitswesen und da besonders auch das europäische Umland. Das bezieht sich wahrscheinlich auf die Krankenhausbehandlungen, die Sie da im Blick haben.

(Christina Weng [SPD]: Ja!)

Da kann ich an Herrn Cwojdzinski nahtlos anschließen. Da sind die Gesundheitsämter selber nicht direkt drin, aber es ist natürlich über die entsprechenden Kleeblattprinzipien wie auch die Krankenhauseinsatzplanung in NRW – aus Köln kenne ich das zur Genüge – ... Wir haben das gerade beim Lassa-Fall gut probieren können. Das war nämlich zum Glück eine Probe unter Echtzeitbedingungen. Das Entscheidende ist das, was gerade schon gesagt worden ist. In dieser Zeit, in der keine pandemische Situation ist, ist diese Kooperation wichtig, dass man sich kennt, dass man miteinander arbeitet. Das muss einerseits hier auf der Landesebene deutlich verstärkt werden in Zusammenarbeit gerade auch mit den großen Rettungsdienstträgern, denn zunächst werden ja gerade die großen Krankenhäuser in Anspruch genommen. Dann muss es eben in den Strukturen laufen. Es muss enger verzahnt laufen zwischen den verschiedenen Bereichen. Das ist ja auch heute deutlich geworden. Auf der einen Seite ist es der Gesundheitsbereich, auf der anderen Seite ist es eben der Bereich des Bevölkerungsschutzes, des Katastrophenschutzes, des Rettungsdienstes. Diese Verzahnung ist einfach zwingend. Auf der kommunalen Ebene in den Krisenstäben ist es eigentlich dadurch, dass man sehr nah ist, teilweise im gleichen Gebäude, immer ein Stückchen einfacher, auch überschaubarer. Das ist natürlich auf der Landesebene eine andere Herausforderung.

Und wenn ich dann noch auf die europäische Ebene gehe, das ist da, wo es bereits gute Bezüge gibt, und die gibt es ja gerade auch mit Netzen im Bereich des Gesundheitswesens, ob es das Euregio-Netzwerk ist, in einer engen Zusammenarbeit damals auch auf den Weg gebracht worden vom Vorstand des Uniklinikums in Münster, von Professor Friedrich, der das auf den Weg gebracht hat, aber auch andere, euPrevent, wo wir schon solche Erfahrungen haben, wie auch eben im Bereich der Planung solcher Kapazitäten, die ja schon gut etabliert sind. Aber der Austausch und der Austausch auch nicht nur auf behördlicher Ebene, sondern wirklich mit den Beteiligten ist sicherlich ausbaufähig, weil auch da die Landesgrenzen nur eine sehr bedingte Rolle

spielen. Die Menschen leben in dem einen Land, nicht nur in dem einen Bundesland oder in dem einen Kreis, in der einen kreisfreien Stadt, sondern auch in einem unserer benachbarten europäischen Länder.

Dann zur Zusammenarbeit der Gesundheitsämter untereinander, das mit den digitalen Angeboten. Ich habe noch mal die Gelegenheit genutzt, mich mit Kollegen etwas breiter auszutauschen. Das ist immer noch nicht optimal. Wir haben SORMAS gehabt – ich selber habe SORMAS eingesetzt –, was uns aber nicht ermöglicht hat, dass wir uns digital austauschen konnten. Ganz im Gegenteil, wir haben viele, viele Probleme gehabt. Wir hatten zwar GPS-Standortangaben, aber es gab keine Möglichkeit, unsere Kataster, das heißt Straßen, Orte usw., einzupflegen. Also, es begann schon bei diesen ganz banalen Problemen wie ein datengesicherter Austausch mit anderen Gesundheitsämtern. Das ist sozusagen die Lehre aus dieser Situation. Das muss weiter wirklich eng im Blick behalten werden. Auch jetzt ist es noch so: Auf der Internetseite zum Beispiel von SORMAS steht, Bayern setzt es ein. Ich habe eine Anfrage an Bayern getätigt. Die Kollegen aus den Gesundheitsämtern haben mir zurückgemeldet, dass es dort nicht eingesetzt wird, weil eben auch die Praktikabilität nicht so gegeben ist, wie es eigentlich zwingend ist. Auch da wieder das Problem, wenn es keine klaren Vorgaben von Bundesebene gibt, wie das bei DEMIS der Fall ist. Das ist die entsprechende Erfassung der Labordaten, die bundesweit einheitlich nach genauen Kriterien erfolgt durch die Krankenhäuser, durch die Arztpraxen, durch die Labore. Bei der Weitermeldung über die Länder an das Robert Koch-Institut und dann bei der Verarbeitung auf der kommunalen Ebene besteht noch viel Bedarf. Das ist weniger eine technische Frage als eine Frage der Abstimmung, was wir einsetzen, wie wir die Schnittstellen schaffen und wie wir damit einen digitalen Austausch schaffen, wie wir ihn auch zwingend brauchen, damit man nicht unnötig Zeit in einer Situation, in der Zeit ein knappes Gut ist, verliert.

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Die nächste Fragerunde beginnen wir mit der CDU.

Christian Berger (CDU): Unsere nächste Frage geht an das Deutsche Rote Kreuz. Wenn wir hier schon jemanden aus dem Verbindungsbüro haben, möchte ich noch eine Frage zur Koordination und Zusammenarbeit stellen, und zwar: Welche konkreten Maßnahmen könnten hier ergriffen werden, um die Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Hilfsorganisationen auf der einen Seite und den staatlichen Stellen auf der anderen Seite zu optimieren und im Krisenfall hier auch Synergien zu nutzen?

Rodion Bakum (SPD): Wir stellen unsere letzte Frage in der heutigen Anhörung an Herrn Cwojdzinski verbunden mit dem Dank an Sie, aber auch an alle anderen Sachverständigen, dass Sie uns heute entsprechend bereichert haben. Wir wollen nicht unterschlagen, dass Sie sehr ausführlich auch eigene Vorschläge unterbreitet haben. Auf einen Vorschlag wollen wir eingehen, nämlich die Überlegung bei längeren Einsatzlagen, Aufgabenbereiche ganz mutig komplett an die Hilfsorganisationen zu übertragen. Da würden wir gerne von Ihnen wissen, welche Einsatzbereiche das sein

könnten. Womöglich lässt der Herr Vorsitzende zu, dass auch ein Vertreter des DRK darauf eingehen kann, nachdem Herr Cwojdzinski ausgeführt hat.

Jule Wenzel (GRÜNE): Keine Frage mehr.

Susanne Schneider (FDP): Ich habe auch keine Fragen mehr.

Dr. Hartmut Beucker (AfD): Meine Frage hätte ich gerne von Herrn Professor Dr. Exner beantwortet. Auf Seite 9 Ihrer schriftlichen Stellungnahme weisen Sie auf Herrn Professor Dr. Ioannidis von der Stanford University hin. Der hat in einer Studie aus dem Jahr 2020 die Infektionssterblichkeit bei Corona mit 0,2 % beziffert. Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund die Verhältnismäßigkeit der Coronamaßnahmenpolitik?

René Burfeindt (Deutsches Rotes Kreuz [per Video zugeschaltet]): Ich fange an, wobei ich glaube, dass es klug ist, zumindest im Verlauf der Frage an Dr. Lüder zu übergeben.

Zur Zusammenarbeit der Hilfsorganisationen gibt es zwei Punkte, die man hier ausbreiten kann. Das eine ist das sogenannte interoperable Krisenmanagement. Ich möchte da den geschätzten Kollegen Cwojdzinski unterstützen. Die Zusammenarbeit unter den Hilfsorganisationen kann sehr wohl sehr gut funktionieren, weil wir ein riesiges Potenzial haben. Auf Bundesebene ist es so, dass wir eben genau im Rahmen dieses interoperablen Krisenmanagements einmal festgelegt haben, wie wir miteinander arbeiten. Das wäre eine Empfehlung, sich das einmal anzuschauen, ob das auch für NRW ein Konstrukt sein könnte.

Das Zweite ist im BBK die Geschäftsstelle GeKoB, Gemeinsames Kompetenzzentrum Bevölkerungsschutz, tatsächlich in aller Munde. Ich glaube, das ist ein Instrument, das den Bevölkerungsschutz in Deutschland zumindest etwas stärker strukturiert. Auch da der Anspruch als Deutsches Rotes Kreuz als Auxiliar der deutschen Behörden, dort mitzuwirken. Das ist alles mittlerweile im Werden. Die Länder haben da teilweise unterschiedliche Ansichten. Ich kann Ihnen nur empfehlen, mit den guten Erfahrungen, die Sie in NRW mit dem Deutschen Roten Kreuz und den anderen Hilfsorganisationen gemacht haben: Vertrauen Sie auch auf der Bundesebene auf diese Kompetenz.

Wenn Sie erlauben, würde ich jetzt gerne an Herrn Dr. Lüder weitergeben.

Dr. Sascha Lüder (Deutsches Rotes Kreuz): Die Zusammenarbeit zwischen den anerkannten Hilfsorganisationen hier in NRW ist sehr gut. Sie haben das sicherlich selbst oft in vielen Bereichen in Ihren Wahlkreisen erleben können und erleben das. Das gilt für den Bereich der alltäglichen Gefahrenabwehr genauso wie in krisenhaften Situationen der letzten Jahre, von denen es ja einige gegeben hat, auch in ganz unterschiedlicher Ausprägung. Es hat sich eigentlich immer wieder in dem hier in NRW wie insgesamt in Deutschland bewährten System der Aufwuchsfähigkeit geäußert, dass Lagebilder, die einzelne Schadenlagen zum Anlass genommen haben für eine Zusammenarbeit, genauso erfolgreich zwischen den anerkannten Hilfsorganisationen

bespielt werden können wie Großeinsatzlagen, wie Katastrophen. Diese Aufwuchsfähigkeit ist am Ende in den anwendbaren Gesetzen, nämlich dem Rettungsgesetz und dem Brand- und Katastrophenschutzgesetz, jedenfalls im Regelfall auf Stufenlosigkeit ausgelegt.

Uns ist wichtig, zu betonen, dass das eben sowohl im Rettungswesen als auch im Brand- und Katastrophenschutz am Ende – ich erwähnte den Begriff vorhin schon – sogenannte Pflichtaufgaben der Kommunen zur Erfüllung nach Weisung sind. Das heißt, die Zusammenarbeit zwischen den anerkannten Hilfsorganisationen kann am Ende im Praxisfall, in der gelebten Praxis, eigentlich immer nur dann gut funktionieren, wenn ein Aufgabenträger, also eine Kommune, aus seiner Perspektive mit den anerkannten Hilfsorganisationen zusammenarbeiten möchte. Das ist durchaus von Kommune zu Kommune unterschiedlich. Wir haben sicherlich hervorragende Formen von Zusammenarbeit zwischen Behörden und Organisationen, aber es gibt eben auch an der einen oder anderen Stelle, die ich jetzt nicht namentlich nennen möchte, aber auf Nachfrage gerne, noch Nachholbedarf. Das betrifft ganz verschiedene Bereiche. Das betrifft zum Beispiel den Bereich der Ehrenamtsförderung, aber das betrifft zum Beispiel gerade im Rettungswesen die Ermöglichung, dass die anerkannten Hilfsorganisationen überhaupt im Alltäglichen, nämlich im Rettungswesen, mitarbeiten können, denn eine Ertüchtigung der Helferinnen und Helfer, die im Rettungsdienst ehrenamtlich mitmachen, dient am Ende auch einem funktionsfähigen Katastrophenschutz. Das ist ein Gesamtsystem, das bedingt sich einander. Insoweit halten wir – das Wort der Ausschreibung ist vorhin schon in einem anderem Kontext genannt worden – die sogenannte Bereichsausnahme Rettungsdienst, die wir ja in einem langwierigen Rechtssetzungsverfahren auf den verschiedenen Ebenen, auf europäischer Ebene, auf Bundesebene, aber hier auch auf Länderebene, so in Nordrhein-Westfalen, erreichen konnten, ... jetzt auch am Ende zu stützen, denn am Ende ist eine Ertüchtigung des Ehrenamts im Rettungsdienst nichts anderes als das Eintrittstor für einen funktionierenden Katastrophenschutz, und der – das ist vorhin ja auch schon gesagt worden – wird auch hier in Nordrhein-Westfalen zu etwa 90 % vom Ehrenamt getragen.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Martin Exner (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene): Sie hatten nach der Arbeit von Herrn Ioannidis gefragt, worin ja unter anderem die COVID-19-Mortalität als ein Maßstab für die Effizienz von Maßnahmen dargestellt ist. Wir haben in unserer Stellungnahme gesagt, das kann ein Vergleich sein, um zu gucken, in welchen Ländern es denn gut gelaufen ist, was die Mortalität angeht, wo die wenigsten Todesfälle, aber gleichzeitig auch die wenigsten Kollateralschäden, Depressionen und Bildungsverluste usw., aufgetreten sind. Das wird, glaube ich, für das Aufarbeiten durchaus wichtig sein.

Wenn Sie sich die Tabellen ansehen, unter anderem die Abbildung 3, wo die Mortalität im Vergleich der OECD-Länder aufgeführt ist, da sind zum Beispiel die Vereinigten Staaten, die über ein phantastisches CDC verfügen, und auch England deutlich höher als der OECD-Durchschnitt und Deutschland. Wir lagen, was die Mortalität nach dieser Tabelle angeht, unter den OECD-Fällen. Das heißt, wir waren besser. Aber es gibt eine Reihe von Ländern, wo es noch besser war und wo auch offensichtlich die Kollateralschäden nicht in dem Maße vorhanden waren. Das wird man sich im Detail

ansehen müssen, um sich zu fragen, was man dort besser umsetzen konnte. Offensichtlich ist in Norwegen, das sehr gute Ergebnisse hatte, die Kooperation innerhalb des Landes mit hohem Vertrauen der Bevölkerung gut gelaufen. Das kann man natürlich nicht so ohne Weiteres übertragen auf ein Land wie die Bundesrepublik, die mitten in Europa liegt. Nichtsdestotrotz kann man wertvolle Anregungen erhalten.

Unser Ziel war es einfach, sich einmal mit solchen Statistiken zu befassen, auch altersstandardisiert. Auch das muss man berücksichtigen nach dem Grundprinzip Best Practice, wer es am besten geschafft hat, bezogen auf einen solchen Parameter „Mortalität“ als den gravierendsten Parameter, aber auf der anderen Seite auch darauf, was es an Kollateralschäden gibt. Das wird eine Aufgabe sein, die in der nächsten Zeit sicher wichtig sein wird.

Detlef Cwojdzinski [*per Video zugeschaltet*]: Die Frage nach den Aufgabenbereichen kann ich beantworten. Das ist sehr vielfältig. Ich kann es aus den Beispielen, die ich selber erlebt habe, darstellen. Wir haben uns anfangs bei der Betriebsführung für die Impfzentren im Prinzip auf ganz allgemeine Betriebsaufgaben beschränkt und haben im Prinzip die Organisation eines Impfzentrums aufgebaut und zum Laufen gebracht. Das waren zunächst rein organisatorische Maßnahmen. Das ging dann aber relativ schnell weiter, indem wir weitere Aufgaben übernommen haben, wie zum Beispiel die komplette Steuerung des Arzteeinsatzes, die komplette Übernahme der Impfstofflogistik und auch die Einsatzführung für die mobilen Teams, die wir dann von der Bundeswehr übernommen haben. Aber bei den Impfzentren waren es im Wesentlichen organisatorische, logistische Aufgaben, die wir übernommen haben.

Im Bereich der Flüchtlingsunterbringung betrifft das den kompletten Bereich, der sich eigentlich im sozialen oder aber auch im Gesundheitsbereich abspielt. Das sind all die Fragestellungen der sozialen (*akustisch unverständlich*) von der einfachen Betreuung bis hin zur psychosozialen Notfallversorgung, die Hilfsorganisationen in diesem Bereich abdecken können. Im Gesundheitsbereich ist es natürlich auch die ambulante Versorgung bis hin zur hausärztlichen Versorgung, die wir dort teilweise übernehmen. Im Prinzip können Hilfsorganisationen den kompletten Bereich der Notfallversorgung abdecken, bis auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst und das, was in den Krankenhäusern passiert, aber alle anderen Dienstleistungen sind in der Regel irgendwo in Hilfsorganisationen verortet und können an der Stelle übernommen werden.

Die allgemeinen organisatorischen Dinge, viele Dinge im Gesundheits- und Sozialbereich können abgedeckt werden. Das ist ein sehr breites Spektrum, was natürlich gerade bei Krisenlagen, die in irgendeiner Form mit dem gesundheitlichen Bevölkerungsschutz zu tun haben, ganz wesentlich ist.

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Ich habe eben das Signal bekommen, es war noch Bedarf für eine Erweiterung der Antwort vom DRK. War das so?

Rodion Bakum (SPD): Eine Reaktion des DRK auf das, was Herr Cwojdzinski gesagt hat.

René Burfeindt (Deutsches Rotes Kreuz [per Video zugeschaltet]): Ich würde es mal probieren und es kurzhalten. Wenn es Ergänzungsbedarf von Herrn Dr. Lüder gibt, natürlich immer gerne.

Beim Deutschen Roten Kreuz nennen wir das „komplexes Hilfeleistungssystem“, also alle unsere Ressourcen im Bevölkerungsschutz einzubringen. Das ist unabhängig davon, ob es eine pandemische Lage oder eine andere Krisenlage ist. Im Endeffekt können wir nahezu jede Dienstleistung – das hat der Kollege Cwojdzinski gerade schon dargestellt – erbringen, die sich im medikosozialen Bereich befindet. Das Deutsche Rote Kreuz beschäftigt rund 180.000 Menschen in Deutschland und hat 450.000 Ehrenamtliche. Im Kern sind wir auch agiler als Behörden, wenn es um Umsetzung von Themen geht, obwohl das Rote Kreuz diese gewisse Größe hat. In der Pandemie selber hatten wir zu allen Dienstleistungen, die im Regelbetrieb stattfinden, bis zu 14.000 Einsatzkräfte pro Tag in unterstützenden Funktionen.

Alle Beispiele, die eben aufgezählt wurden, finde ich sehr treffend, weil sie das beschreiben, was wir tun. Wir haben allerdings auch Dienstleistungen abgedeckt, die man wahrscheinlich bei uns nicht als allererstes vermuten würde, vor allem das Thema „Logistik“, ob es um Impfstoffe oder um Trinkwasserversorgung im Ahrtal geht. Wir haben sehr große Expertise im Bereich der Information und Kommunikation. Auch da wieder das Ahrtal, Kommunikation über eine Länge von etwa 60 km im Tal über viele Monate hergestellt. Und dann sollte man, glaube ich, nicht vergessen, dass das Deutsche Rote Kreuz eben nicht nur Bevölkerungsschutz und sozial ist, sondern auch im Rahmen der internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung in der internationalen Zusammenarbeit als größte humanitäre Bewegung der Welt tätig ist. Da möchte ich Ihnen ein sehr simples Beispiel geben, auch wieder aus dem Hochwassereinsatz, und zwar im Örtchen Mayschoß im Ahrtal. Dort konnten wir eine Kläranlage in den Einsatz bringen, die tatsächlich als Pilotkläranlage für Cox's Bazar in Bangladesch gedacht war. Davon stehen mittlerweile drei im Ahrtal. Das ist eine Expertise. Da ist mir nicht bewusst, dass das irgendeine andere Organisation kann.

Deswegen meine persönliche Empfehlung: Sprechen Sie mit den Menschen des Deutschen Roten Kreuzes auf jeder Ebene. Da ist eine erstaunliche Breite an Dienstleistungen abzurufen.

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Vielen Dank, Herr Burfeindt, für diesen kleinen Werbeblock.

Diverse Signale von den Fraktionen lassen mich meinen nächsten Satz so formulieren: Besteht bei der CDU noch Fragebedarf? – Das ist nicht so.

Dann sind wir am Ende der Anhörung angekommen. Ich bedanke mich noch einmal ganz herzlich bei den Sachverständigen. Wir als Abgeordnete sind weniger Sachverständige und daher dringend auf Sie angewiesen. Umso dankbarer sind wir für Ihre Mitarbeit. Ich danke auch den interessierten Gästen, die es in den Landtag geschafft und uns heute mit ihrer Anwesenheit beehrt haben.

Ich weise noch hin auf die Sitzung unserer Kommission um 13:30 Uhr.
Damit schließe ich um 11:45 Uhr diese Sitzung.

gez. Dr. Hartmut Beucker
Vorsitzender

Anlage

12.04.2024/15.04.2024

Anhörung von Sachverständigen
Enquetekommission II
Krisen- und Notfallmanagement im Zusammenhang mit Pandemie
(Gesundheitssystem)
am 18. März 2024
10.00 Uhr bis (max.) 12.30 Uhr, Raum E3 D01, Livestream

Tableau

Stand 15.03.2024

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Robert Koch-Institut Dr. Ute Rexroth Berlin	<i>Keine Teilnahme</i>	---
Ärztekammer Westfalen-Lippe Dr. med. Johannes Albert Gehle Münster	Dr. med. Anne Bunte	18/1356
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Dr. Johannes Nießen Köln	<i>Keine Teilnahme</i>	---
Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. Professor Dr. med. Dr. h.c. Martin Exner Berlin	Professor Dr. med. Dr. h.c. Martin Exner	18/1353 (Neudruck)
Detlef Cwojdzinski Berlin	Detlef Cwojdzinski per Video	18/1319
Deutsches Rotes Kreuz (DRK) DRK-Generalsekretariat René Burfeindt Berlin	René Burfeindt per Video Dr. Sascha Lüder	18/1355
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein- Westfalen Dr. med Simone Gurlit Bochum	<i>Keine Teilnahme</i>	---

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Technische Unternehmensberatung Jastrob GmbH & Co. KG Olaf Jastrob Geilenkirchen	Holger Gerdes	---