

Anhörung von Sachverständigen

Enquetekommission II(EK II)

Krisen-und Notfallmanagement (staatliche Ebenen)

am 18. März 2024, 13:30 Uhr bis 16:00 Uhr

Landtag Nordrhein-Westfalen



Sehr geehrter Herr Präsident,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

wie gewünscht finden Sie nachstehend meine schriftliche Stellungnahme, die auf dem Ihrerseits übersandten Fragenkatalog basiert.

Mit freundlichen Grüßen

i.O. gez.

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Falcke

0. Vorbemerkungen

Im dem der EK II zu Grunde liegenden Zeitraum war ich in unterschiedlichen Funktionen tätig; sie werden in der folgenden Stellungnahme kenntlich gemacht, soweit erforderlich.

- Zunächst war ich Beigeordneter der Landeshauptstadt Düsseldorf (LHD) u.a. für Gesundheit; damit lag in meinem Verantwortungsbereich auch das – in der Pandemie gesundheits-fachlich federführende - Gesundheitsamt der LHD.
- Ab 2020 bin ich als der Beauftragte der Landesregierung des Landes Nordrhein-Westfalen für Informationstechnik (CIO NRW) in die Maßnahmen der Landesverwaltung involviert gewesen, um die Ausbreitung der Pandemie mit digitalen Mitteln einzudämmen.
- Über den gesamten Zeitraum war ich zudem als Oberstarzt d. R. der Verbindungs-Staboffizier Sanitäts- und Gesundheitswesen zwischen dem Bundeswehr-Landeskommando NRW und unserer Landesregierung (SenMgr GesVers ZMZ LKdo/LReg NW).

I. Wissenschaftlicher Austausch

Nicht für jede denkbare Ausnahmesituation kann entsprechendes verwaltungsinternes Fachwissen vorgehalten werden, um das Ausmaß einer Bedrohung einordnen zu können oder geeignete Maßnahmen zur Abwehr vorzuschlagen. Daher ist es folgerichtig, wenn – wie im Verlauf der Covid19-Pandemie geschehen – in der Staatskanzlei ein Beraterkreis eingesetzt wurde, der mit Expertinnen und Experten unterschiedlicher Fachrichtungen besetzt war; hier durfte ich mehrfach zum Thema Digitalisierung vortragen, was regelmäßig zu einem fruchtbaren Austausch führte. Im Gegensatz dazu steht der auf Bundesebene eingerichtete Stab mit dem (zu) eindeutigen Schwerpunkt Medizin (nicht: Gesundheit -> insoweit ist dies auch meine Antwort auf Frage I. 5.).

Ebenso erfolgreich war die enge Kooperation mit dem multiprofessionell zusammengesetzten Team des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI), das seitens des damaligen Digitalministeriums im Zuge der Evaluierung des Projektes #digitalvscorona (siehe I. weiter unten) eingesetzt wurde.

Anders als bei den Krisen- und Katastrophenstäben (siehe unten), die organisatorisch 24/7/365 vorgehalten werden und bei sich abzeichnendem Bedarf „nur“ aktiviert werden müssen, sind diese Beraterkreise anlassbezogen etabliert worden; allein dies macht Sinn, müssten doch ansonsten bei der Vielzahl an denkbaren Szenarien ebenso viele Beratungs-Strukturen lediglich auf Verdacht bereitstehen.

Alle diese Gremien haben – situativ, aber auch organisatorisch-anlassbezogen bedingt - sowohl remote als auch in Präsenz getagt, wobei sich diese Mischung aus längeren Diskussionsrunde „Auge in Auge“ und eher informatorisch virtuellen Besprechungen m.E. als optimal bewährt hat. Die IT-technischen Voraussetzungen zur Unterstützung derartiger Besprechungen dürften mittlerweile überall vorhanden sein – in der Landesverwaltung auf jeden Fall.

Im Zusammenhang mit der Frage I. 4.: „...Qualitätsverluste im digitalen Austausch...“ ist ein Exkurs auf die Nutzung digitaler Instrument zur Covid19-Bewältigung sinnvoll.

Aus der bundesweit suboptimalen Implementierung von SORMAS (= die den Gesundheitsämtern seitens des Helmholtz-Instituts - und damit der Bundesregierung - kostenlos zur Verfügung gestellte Software zur Unterstützung bei der Bewältigung der Covid19-Pandemie) müssen Konsequenzen gezogen werden. Bei einstimmiger Beschlusslage der Ministerpräsidentenkonferenz gemeinsam mit der seinerzeitigen Bundeskanzlerin ist es auch in NRW trotz erheblicher – organisatorischer, technischer, personeller und finanzieller - Anstrengungen nicht gelungen, diese Software in den Kommunen flächendeckend zur Anwendung zu bringen. Ein wichtiges Instrument insbesondere zur epidemiologischen, kommunale Grenzen übergreifenden Aufbereitung des Infektionsgeschehens wurde so nicht genutzt (siehe auch Lösungsvorschlag unter III.).

Um digitale Insellösungen wie im Kontext SORMAS zu vermeiden, ist NRW gemeinsam mit anderen Bundesländern bei den Apps zur Zugangskontrolle in z.B. gastronomischen Betrieben einen anderen Weg gegangen und hat die Entwicklung einer „Verbindungssoftware“ zwischen der Vielzahl der am freien Markt entwickelten Apps und den Gesundheitsämtern gefördert.

Ebenfalls positiv soll hier ein weiteres Projekt der Landesverwaltung hervorgehoben werden: Unter dem Hashtag #digitalvscorona wurden gemeinsam mit ausgewählten Kommunen digitale Tools insbesondere zur Aufrechterhaltung von sozialen Interaktionen während des Lockdown erprobt und die Ergebnisse ausgetauscht. Die Möglichkeiten der Digitalisierung sind jedoch bei weiten nicht ausgenutzt worden; so ist in NRW z. B. aus rechtlichen Gründen eine online-gestützte Covid19-Testung untersagt worden, die anderenorts möglich war.

Eine Ausnahmesituation wie die Covid19-Pandemie betrifft alle Facetten des (öffentlichen und privaten Lebens), tangiert alle Lebensbereiche. Zu jedem dieser Aspekte gibt es wiederum zahlreiche ausgewiesene Experten, aber genauso viele „Experten in eigener Sache“, die sich durchaus nachvollziehbar mit ihrer sehr persönlichen Sicht äußern. Dies erschwert naturgemäß eine Kommunikation „aus einem Guss“. Umso wichtiger ist es, dass die offizielle Kommunikation, die „Absenderkennung offizielle Informationshoheit“, als solche erkennbar ist, eng getaktet erfolgt und zentral gesteuert wird. Und dabei möglichst stets mit demselben „offiziellen Gesicht“ verbunden ist. Zur operativen Unterstützung böte sich im Falle einer Pandemie das Landesgesundheitsamt (LGA) an (siehe auch III.), das dann allerdings in die Lage versetzt werden muss, im Bedarfsfall hochprofessionell agieren zu können.

II. Zusammensetzung von Krisenstäben

Die Teilnehmerkreise der Krisen-/ Katastrophenstäbe sind durch die jeweiligen Geschäftsordnungen festgeschrieben. Dem konkreten Anlass entsprechend, dessentwegen der Krisenstab zusammentritt, können bei Bedarf die entsprechend erforderlichen (internen und externen) Expertinnen und Experten hinzugezogen werden, wenn sie nicht von Beginn an involviert sind. So hat beispielsweise bei der Landeshauptstadt Düsseldorf (LHD) während der Covid19-Pandemie der gesundheitsfachlich verantwortliche Leiter des Gesundheitsamtes den Leiter der Feuerwehr in dessen Rolle als operativer Leiter des Krisenstabes kontinuierlich unterstützt; Vertreter der Universitätsklinik oder der Kassenärztlichen Vereinigung hingegen sind jeweils bei Bedarf einbezogen worden.

Beide Krisenstabsvertreter der LHD (Feuerwehr und Gesundheitsamt) gemeinsam haben die Mitglieder des Rates der LHD regelmäßig und umfassend über den infektionsepidemiologischen Sachstand sowie die getroffenen und beabsichtigten Maßnahmen informiert. Diese Informationen erfolgten in öffentlicher Sitzung, so dass eine offizielle Kommunikation gewährleistet war.

Im lokalen / regionalen Krisenstab ist routinemäßig auch ein militärfachlicher Vertreter der – lokalen - Organisationsstruktur der Bundeswehr (so genanntes Verteidigungs-Kreis- oder Bezirkskommando) eingebunden. Er berät die Kommune / die Bezirksregierung bei einem eventuell notwendigen Antrag auf Hilfeleistung seitens der Bundeswehr. Um eine gegebenenfalls erforderliche Sanitätsdienst fachliche Unterstützung seitens der Bundeswehr landesweit zu koordinieren, ist in jedem Bundesland darüber hinaus beim jeweiligen Landeskommando der Bundeswehr organisatorisch ein so genannter „Verbindungsoffizier ZMZ (=zivil-militärische Zusammenarbeit“) angegliedert.

Anders als in anderen Ländern hatte die Landesregierung NRW während der Covid19-Pandemie keinen Katastrophenstab unter Federführung des Innenministeriums (IM) eingerichtet. Hierbei muss man bedenken, dass andere zur Krisenbewältigung eingerichtete Strukturen ihrerseits gleichwohl auf das IM ausgerichtet sind: Auf kommunaler Ebene organisieren die Feuerwehren, die landesweit beim IM koordinierten werden (z. B. im Rahmen der so genannten überörtlichen Hilfe), den Krisenstab (s.o.). Ebenso sind die in der Bewältigung von Krisensituationen ausgebildeten und geschulten Polizistinnen und Polizisten Beschäftigte im Geschäftsbereich des IM.

Darüber hinaus gilt auch für die unterstützende Einbindung der Landeskommandos der Bundeswehr (s.o.), dass sie auf die Innenministerien der Länder ausgerichtet sind. Aus diesem Grund bin ich in der Konsequenz der besonderen nordrhein-westfälischen Krisen-Organisation in meiner Rolle als Verbindungsoffizier ZMZ zu keinem Zeitpunkt in das Unterstützungsgeschehen involviert gewesen – gänzlich anders als z.B. im Freistaat Bayern, in dem mein entsprechendes Pendant nahezu rund um die Uhr gefordert war.

III. Zuständigkeiten im föderalen System

Eine Pandemie ist definitionsgemäß ein weltumspannendes Ereignis. Es liegt in der Natur der Sache, dass eine solche Situation nicht allein auf lokaler Ebene erfolgreich bewältigt werden kann. Hier sind vielmehr alle internationalen und nationalen Ebenen – in Deutschland somit auch des föderalen Systems – gemeinsam gefordert. Allerdings scheint an einigen Punkten eine zentralere Bündelung von Verantwortlichkeiten und operativen Eingriffsmöglichkeiten sinnvoll.

Analog dem bundesweit aktiven THW, dem technischen Hilfswerk, ist durchaus eine zentrale Stelle zur Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen, ein GHW (“gesundheitliches Hilfswerk“), denkbar. Sie unterstünde einer zentralen Bundes-Steuerung; die zur Hilfeleistung beorderten

Personen (analog zur Freiwilligen Feuerwehr?) könnten so am Arbeitsanfall orientiert, bedarfsgerecht flexibel, bundesweit kommunale Grenzen überschreitend zum Einsatz kommen. Auch die aktuell immer „mühselig“ über Hilfeleistungsanträge herbeizurufende Bundeswehrunterstützung wäre damit entbürokratisiert. Anders hingegen im Covid19-Fall, wo die Bundeswehr-Soldatinnen und Soldaten regelmäßig in der Gemeinde geholfen haben, der sie als Unterstützungskräfte auf Antrag ursprünglich zugewiesen wurden.

Ein weiterer Vorteil einer derartigen zentralen Funktion in einer die gesamte Bundesrepublik betreffenden Krisensituation läge auch in einer bundeseinheitliche Auslegung bestimmter gesundheitlicher Restriktionen („Welches Fußballspiel darf stattfinden?“). Will man – aus föderaler Sicht durchaus nachvollziehbar – auf eine so weitgehende Zentralisierung verzichten, so zielt das von der Landesregierung nunmehr beabsichtigte Landesgesundheitsamt NRW in dieselbe – m. E. richtige - Richtung.

Abgesehen davon, dass die bisherige und schon immer unlogische Trennung in eine Einrichtung für „Gesundheit bei der Arbeit“ und eine solche für „Gesundheit außerhalb der Arbeit“ damit aufgehoben wird, ermöglicht so eine zentrale Behörde (wenn sie denn entsprechende amtliche Kompetenzen zugewiesen bekommt) zum Beispiel im Pandemiefall eine zumindest landesweit zentrale Krisenabwehr-Steuerung, ein einheitliches, operatives Vorgehen oder auch die entsprechende Datenerhebung und Übermittlung etc. (siehe auch unter I. Kommunikation). Der Aufbau einer entsprechend zusätzlichen fachlichen Krisenbewältigungskompetenz auf Ebene eines jeden kommunalen Gesundheitsamtes wäre dann nicht mehr erforderlich. Auch die oben bereits im Kontext SORMAS angerissenen Herausforderungen (siehe I.) ließen sich durch eine derartig zentrale Zuständigkeit lösen, indem die Digitalisierung als Instrument der Aufgabe folgt.