

**Anhörung von Sachverständigen
Enquetekommission II
Krisen- und Notfallmanagement im Zusammenhang mit Pandemie
(Gesundheitssystem)**

Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Martin Exner und Dr. med. Peter Walger

Berlin / Bonn

1. Vorbemerkung:

Aufgabe der Hygiene als präventiv-medizinischer Disziplin ist die Verhütung und Bekämpfung von Gesundheitsrisiken einschließlich solcher aus der Umwelt. Dabei liegt ein besonderer Schwerpunkt auf der Verhütung, Erkennung und Bekämpfung von Infektionen, insbesondere in medizinischen Bereichen wie dem Krankenhaus. Für den Krankenhaushygieniker zählt die Abwägung der Verhältnismäßigkeit zwischen Erfordernissen der Infektionsverhütung und der Inkaufnahme grundsätzlicher Infektionsrisiken bei der Behandlung lebensbedrohlicher Erkrankungen zu den täglichen Herausforderungen. Auch die Entwicklung von Konzepten zur Verhütung, Erkennung und Bekämpfung von Pandemien basiert auf dem Erfahrungsschatz der Hygiene. Auf diesem Gebiet entwickelt die medizinische Hygiene auf den Grundlagen ihrer Pioniere wie Johann Peter Frank, Max von Pettenkofer und Robert Koch in Forschung und Praxis Strategien und Konzepte, unterstützt hierbei in enger Kooperation den öffentlichen Gesundheitsdienst und dient somit der öffentlichen Gesundheit.

Die Hygiene verfolgt dabei das Ziel, unsere Gesellschaft mit ihren Institutionen, medizinischen Einrichtungen, dem öffentlichen Leben in Städten und Kreisen sowie den Unternehmen „am Laufen“ zu halten und sie zu befähigen, mit Gesundheitsrisiken adäquat umgehen zu können und so viel wie möglich an Kollateralschäden zu vermeiden.

Im Folgenden wird in Kurzfassung auf die Mehrzahl der im Fragenkatalog gestellten Fragen aus Sicht unserer Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) eingegangen. Die DGKH hat im Verlauf der Pandemie von Beginn an und fortlaufend Stellungnahmen herausgegeben, die auf der Homepage der DGKH einsehbar sind. Sie hat hierbei die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und den öffentlichen Gesundheitsdienst unterstützt.

Frau Prof. Dr. med. U. Heudorf und Frau Dr. med. A. Bunte wird für wertvolle Anregungen sehr gedankt.

I. Pandemien, Prävention, Bevölkerung:

I.1 Welche Phasen einer Pandemie gibt es?

Während einer Pandemie kommt es zu einer globalen Ausbreitung einer Infektionskrankheit. Dabei handelt es sich in der Regel um einen unbekanntem Erreger mit Übertragungspotential auf den Menschen – nach einer beginnenden Zirkulation eines neuen Erregers kommt es zu Mensch-Mensch-Übertragungen mit anschließender globaler Ausbreitung über lokale Ausbrüche – regionale Epidemien – transregionalen Epidemien hin zur Pandemie.

Voraussetzung für eine weltweite Ausbreitung ist eine **fehlende Immunität der Weltbevölkerung** gegen den neu sich ausbreitenden Infektionserreger.

Die Ausrufung einer drohenden oder tatsächlichen Pandemie ist Aufgabe der WHO. Hiernach erfolgen als Erstes die Feststellung einer **gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite** (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV, 2005) und danach die Ausrufung einer **Pandemie** durch die WHO. Maßnahmen auf nationaler Ebene basieren auf der nationalen und lokalen Risikoeinschätzung und sollen situationsangemessen sein. Regelungen erfolgen durch nationale Pandemie-Pläne.

Nach WHO werden je nach Ausmaß der Infektionsverbreitung folgende Pandemie-Phasen unterschieden:

Phase 1	Kein Bericht über einen zirkulierenden Erreger Virus, welcher Infektionen beim Menschen verursachen könnte
Phase 2	Ein Erreger zirkuliert, welcher Infektionen beim Menschen verursacht hat und deshalb ein Kandidat für einen Pandemieerreger sein könnte
Phase 3	Sporadische Fälle oder kleinere Ausbrüche (Cluster) mit einem Erreger, aber bislang keine Mensch-zu-Mensch-Übertragungen auf regionaler Ebene
Phase 4	Mensch-zu-Mensch-Übertragungen mit Ausbrüchen auf regionaler Ebene
Phase 5	Regionale Ausbrüche in zwei Ländern einer WHO-Region
Phase 6	Regionale Ausbrüche in zwei Ländern einer WHO-Region und einem weiteren Land einer anderen WHO-Region
Post-Peak-Periode	Peak in den meisten Ländern überschritten (1. Welle)
Mögliche neue Welle	Wiederanstieg der Infektionsfälle (2. Welle)
Post-Pandemie-Periode	Übergang in die Endemie

Das **Pandemie-Management** wird nach Einteilung der WHO („WHO Pandemic Influenza Risk Management – WHO Interim Guidance“ (2013)“ in vier Phasen eingeteilt:

- Interpandemische Phase
- Alarm-Phase
- Pandemische Phase
- Übergangsphase
- Interpandemische Phase

Die Pandemie-Phasen 1 – 3 können demnach noch der interpandemischen Phase zugeordnet werden, wobei ein möglicher Pandemie kandidat unter Beobachtung steht, die Phasen 4 und 5 entsprechen einer Alarmphase, in der bereits Warnungen zum Eintreten einer Pandemie erfolgen, die dann mit der Phase 6 deklariert wird.

Die Ziele des Pandemie-Managements sind

1. Reduktion der Morbidität und Mortalität in der Gesamtbevölkerung,
2. Sicherstellung der Versorgung erkrankter Personen,
3. Aufrechterhaltung essentieller, öffentlicher Dienstleistungen und
4. Bereitstellung zuverlässiger und zeitnaher Informationen für politische Entscheidungsträger, Fachpersonal, die Öffentlichkeit und die Medien.

Die **Alarm-Phase (Alert)** einer Pandemie ist die **kritischste Phase**, die über die erfolgreiche Kontrolle einer Pandemie entscheidet. In dieser Alarm-Phase ist es notwendig, so viel wie möglich an Informationen über

- die Charakteristika und Ökologie des Erregers (Reservoir, Übertragung, Klinik, Diagnostik, Therapie)
- die besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, alte Menschen)
- Diagnostik
- Art und Schweregrade der Erkrankungsverläufe

zu erfahren. Hierauf gründen sich die nachfolgenden Strategien.

Weiterhin können im Verlauf einer Pandemie die Zeiträume mit und ohne Verfügbarkeit eines wirksamen Impfstoffes unterschieden werden. Im Zeitraum ohne verfügbaren Impfstoff muss die Kontrolle der Ausbreitung der Pandemie ausschließlich durch Hygienemaßnahmen bzw. nicht-pharmazeutische Maßnahme bestritten werden. Der Zeitraum ohne verfügbaren Impfstoff beträgt mindestens 1 Jahr.

Zeiträume im Verlauf einer Pandemie mit und ohne verfügbaren Impfstoff

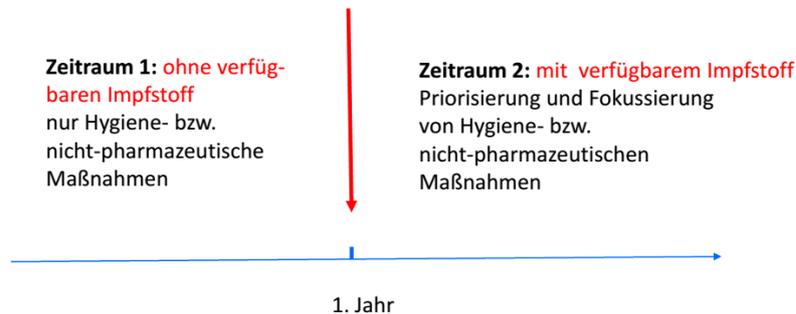


Abb. 1: Zwei Zeiträume in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit eines wirksamen Impfstoffes im Verlauf einer Pandemie

Zu den Hygienemaßnahmen bzw. nicht-pharmazeutischen Maßnahmen zählen bei respiratorischen Infektionen Masken, Distanzierung, Lüftung und Hände-Hygiene.

Impfungen bei respiratorischen Infektionen erzeugen einen deutlichen Schutz gegen schwere Verläufe oder Todesfälle, nicht aber gegen weitere Übertragungen. Auch bei SARS-CoV-2 führte die Impfung nicht zu einem sicheren Schutz vor Infektion und vor Weiterübertragung. Eine allgemeine Impfpflicht mit dem Ziel, nicht nur vor schweren Verläufen sondern auch vor Infektion und Weiterübertragung zu schützen, kann daher nicht ausreichend begründet werden.

I.2 Welche zukünftigen Gesundheitskrisen/Pandemien gelten als wahrscheinlich

Zu den wahrscheinlichen Gesundheitskrisen zählen:

- **Zukünftige Pandemien** im klassischen Sinne, die mit hoher Wahrscheinlichkeit durch virale Erreger von Atemwegserkrankungen verursacht werden. Influenza- oder SARS-Viren sind Pandemieandidaten mit dem höchsten Risikopotential. Der respiratorische Übertragungsweg stellt das höchste Potential für eine globale Ausbreitung dar. Respiratorische virusverursachte Pandemien breiten sich extrem rasch aus und sind insgesamt aus hygienischer Sicht am schwierigsten zu kontrollieren, insbesondere wenn die Erreger bereits vor Beginn von Symptomen oder durch asymptomatische Personen übertragen werden können. Andere Übertragungswege (siehe unten) sind eher weniger geeignet, globale Ausbreitungen zu bewirken.
- Die **Zunahme von Antibiotikaresistenzen** wird bereits aktuell nach WHO als „Stille Pandemie“ bezeichnet.

- Weitere Gesundheitsrisiken sind mit **dem Klimawandel und daraus resultierenden Naturkatastrophen** (Dürre, Waldbrände, Überschwemmungen) assoziiert, sowie mit
- **Kriegen** und ihrer Zerstörung der Infrastruktur.
- Eine wesentliche weitere Ursache potentieller Gesundheitskrisen ist die unzureichende Vorbereitung auf die gesundheitlichen Konsequenzen (**unzureichende oder fehlende gute Politik** - good governance).

I.2 Welche Übertragungsarten/-wege gilt es dabei zu beachten?

Bezüglich der **Übertragungswege** werden Infektionen aus hygienischer Sicht unterschieden in

- **Luftgetragene Infektionen.** Erregerhaltige Tröpfchen bzw. Aerosole werden über die Atemwege aufgenommen. (Tuberkulose, Masern, Röteln, Windpocken, Influenza, SARS-1, SARS-CoV-2)
- **Vektor-übertragene Infektionen.** Die Erreger werden durch Bisse oder Stiche von Insekten, in der Regel Mücken- oder Zecken-Arten auf den Menschen übertragen (Malaria, Dengue, Chikungunja, Zika, Leishmaniose)
- Über **Lebensmittel und Wasser sowie Abwasser** übertragene Infektionen (Cholera, Reisediarrhoe, Hepatitis A)
- Durch Kontakt übertragene Infektionen (nosokomiale Infektionen, Sexuell übertragbare Infektionen, HIV, Hepatitis B, C)

Insbesondere bei nosokomialen Infektionen u.a. durch Antibiotika-resistente Erreger müssen alle Übertragungswege durch die Krankenhaushygieniker berücksichtigt werden.

I.3 Sollte der Health in all Policies-Ansatz (Gesundheit in allen Politikbereichen) aus Ihrer Sicht Anwendung finden? Wie könnte dies konkret im Hinblick auf Koordinations- und Kommunikationsprozesse gestaltet sein? Inwieweit kann der Ansatz dabei helfen, zukünftigen Pandemien resilient(er) gegenüberzutreten?

Der „**health in all policies**“ Ansatz bedeutet, dass Gesundheit in allen Politikfeldern zu verankern ist und Ressort- sowie Politikfeld-übergreifende Zusammenarbeit im Sinne einer Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgaben verfolgt wird. Insbesondere auf kommunaler Ebene und mit den Möglichkeiten eines Präventions-Gesetzes wird dieser Ansatz erst in den letzten Jahren zunehmend auch in Deutschland verfolgt.

Aus Sicht unserer Fachgesellschaft ist dieser Ansatz als Grundforderung unverzichtbar und muss in allen politischen und administrativen Entscheidungen einbezogen werden.

Durch die Anwendung des „health in all policies“ Ansatzes kann kontinuierlich die Vorbereitung auf Pandemien und die fortlaufende Sensibilisierung in Politik, Regulierung und Administration gestärkt werden. Hierdurch steigt die Wahrscheinlichkeit einer besseren Resilienz. Voraussetzung hierfür ist die ganzheitliche Betrachtung und die Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit der gegebenen Präventions-Empfehlungen.

Dabei muss der Nutzen durch den Infektionsschutz versus die hieraus resultierenden Folgeschäden (Bildungsverluste der Kinder bei Schulschließung; Depressionen, Verlust der Lebensqualität und der Selbstbestimmung bei Alten- und Pflegeheim-Bewohnern) zwingend mit in die Risikobewertung und in diesen „health in all policies“-Ansatz einbezogen werden.

Konkret könnte dies durch die Etablierung eines „Bundesinstitutes für öffentliche Gesundheit“ oder ein „Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM)“ in Kooperation mit dem RKI gestärkt werden. Auf der Ebene des größten Bundeslandes Nordrhein-Westfalen gilt es zudem, ein Netzwerk von wissenschaftlichen Instituten, unter anderem für Hygiene und Umweltmedizin, in den medizinischen Fakultäten zu etablieren. (siehe auch hierzu V.1. und V.2)

I.4 Wie können Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen krisenfest gemacht und langfristig gestärkt werden? Welche Akteure sehen Sie hier in der Pflicht? Welche Empfehlungen haben Sie hier konkret? Welche Forderungen haben Sie an die Politik?

In Deutschland gibt es die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (**KRINKO**), die seit 50 Jahren zunächst beim Bundesgesundheitsamt und nach dessen Auflösung beim Robert Koch Institut etabliert wurde. Durch diese Kommission werden fortlaufend detaillierte Empfehlungen zur Hygiene und Infektionsprävention für medizinische Einrichtungen (Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegeheime) auf wissenschaftlicher Evidenz entwickelt und veröffentlicht. Die entsprechenden Empfehlungen gelten als „state of the art“, die KRINKO ist im Infektionsschutzgesetz (IfSG § 23) gesetzlich mandatiert. Die entsprechenden Empfehlungen werden fortlaufend unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit angepasst. Sie sind auch im internationalen Vergleich beispielhaft.

Zu den wichtigsten Hygiene-Maßnahmen bei SARS-CoV-2-Infektionen wurden im November 2023 aufgrund der Erfahrungen aus der Pandemie aktuelle Empfehlungen der Kommission herausgegeben (1).

Deutschland hat im OECD Vergleich eine hohe Bettenkapazität /1000 Einwohner, sowohl hinsichtlich normaler Krankenhausbetten als auch hinsichtlich der Anzahl an Intensivbetten und Beatmungsgeräten. Dies hat sich auch nach Einschätzung der OECD während der Pandemie als sehr vorteilhaft erwiesen(2).

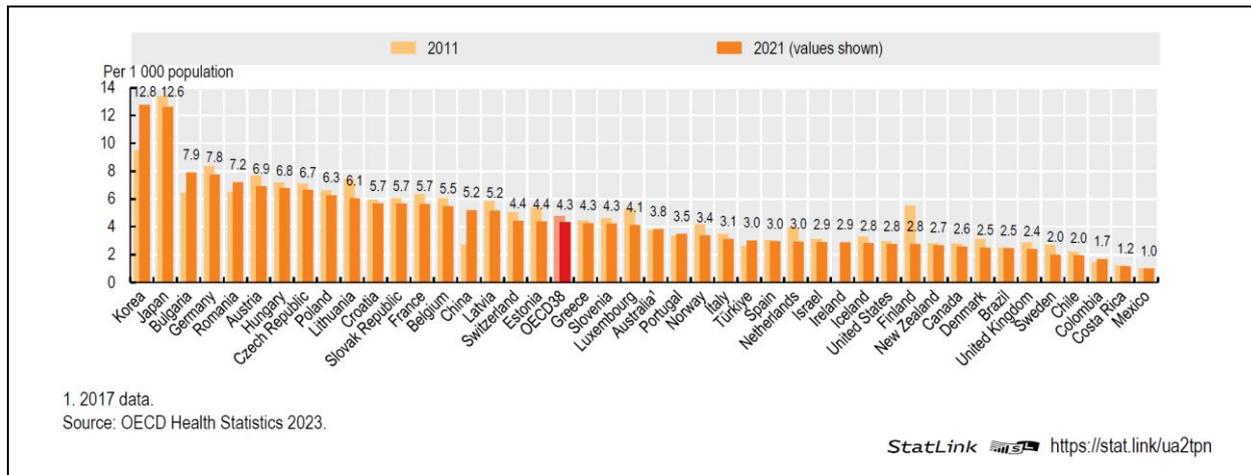


Abb. 2 : Bettenkapazität in den einzelnen OECD Ländern im Vergleich (2)

Bei der Diskussion um Schließung weiterer Krankenhäuser sollte dieser Aspekt in jedem Fall berücksichtigt werden.

Es ist zu klären, inwieweit es durch Vorhaltung von freien Betten zu einer Einschränkung der Versorgung anderer Krankheits-Entitäten kommt. Betten für geriatrische Stationen, in denen die am schwersten betroffenen alten Patienten versorgt werden, dürfen auf keinen Fall abgebaut werden. Dies bedarf einer eingehenden Evaluation.

Gerade die Einrichtungen für die am schwersten durch die Pandemie betroffene Altersgruppe, die Menschen in den **Alten- und Pflegeheimen**, hätten der besonderen Unterstützung in der Pandemie bedurft. Die Alten- und Pflegeheime waren aber auch bereits in der vor-pandemischen Situation finanziell und personell völlig unzureichend ausgestattet. Es fehlte an gut ausgebildetem Personal, an entsprechender Vorratshaltung in Bezug auf persönliche Schutzausrüstung, Mund-Nasenschutz und an professioneller Schulung des Personals im Hygienebewussten Verhalten. Die derzeitige Situation, dass Pflegeheime unter der finanziellen Belastung in Konkurs gehen müssen, stellt auch im Hinblick auf eine zukünftige Pandemie, aber auch ohne diese eine Bedrohung dar. Unter ethischen Gesichtspunkten handelt es sich hier um ein gesamtgesellschaftliches Versagen, welches nicht zu akzeptieren ist. Die Besuchsverbote und Kontaktsperrungen müssen in Anbetracht der unzureichenden Pandemie-Vorbereitung als inakzeptable und inhumane Ersatzmaßnahmen bezeichnet werden. Sie konnten den fehlenden bis mangelhaften Infektionsschutz weder ersetzen noch die hohe Zahl an Todesfällen verhindern.

Das Leiden der in Alten- und Pflegeheimen in der Pandemie untergebrachten alten Menschen und des sie pflegenden völlig überforderten Personals nachdrücklich zu beklagen, muss eingehend aufgearbeitet werden, weil es sich in einer zukünftigen Pandemie nicht wiederholen darf. Die Situation der Alten- und Pflegeheime bedarf einer besonderen Untersuchung.

I.5. Welche Präventionsstrategien in Bezug auf Infektion und Erkrankung halten Sie für angemessen? Kann das Präventionspotenzial im Sinne des One-Health-Ansatzes genutzt werden? Wenn ja, wie?

Bei der rückblickenden Analyse der Wirksamkeit des Pandemiemanagements sollten sowohl die unterschiedlichen Strategien der einzelnen Staaten als auch innerhalb der Bundesrepublik die Strategien der einzelnen Bundesländer, unter anderem in Bezug auf Mortalität, d.h. die Sterblichkeitsrate / 100.000 Einwohner nach den best practices Prinzipien in die Analyse einbezogen werden.

Nach Analyse der OECD 2023 lag die Mortalität in Deutschland unterhalb des Durchschnitts der OECD Länder. Dennoch gab es in Europa Länder, die eine geringere Mortalität zu verzeichnen hatten (2).

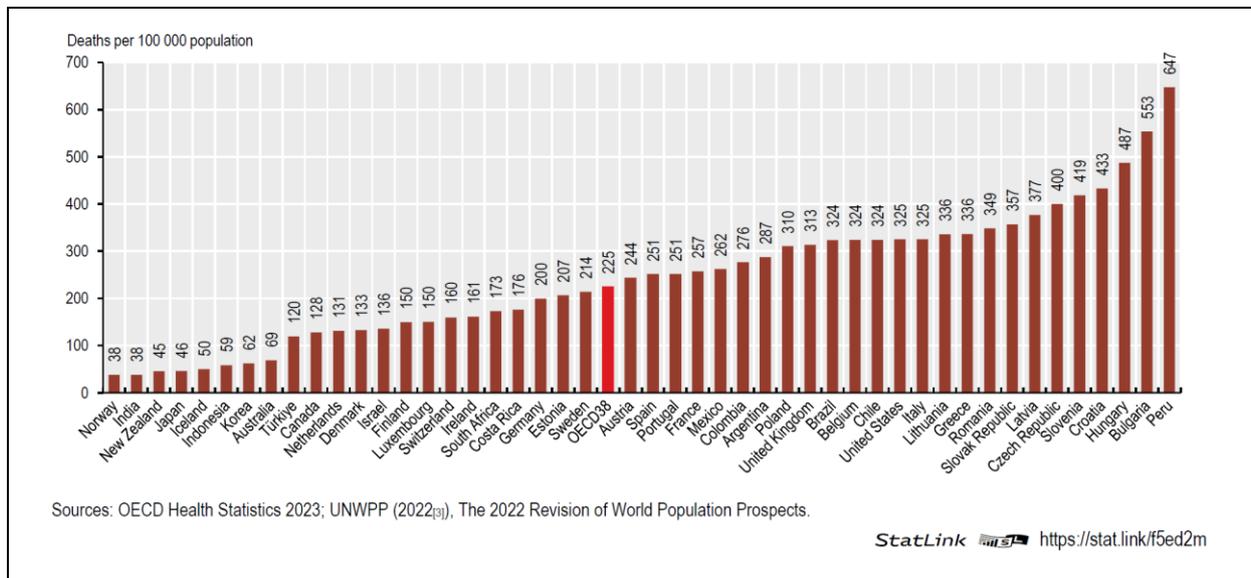


Abb. 3: COVID-19 Mortalität / 100.000 Einwohner im Vergleich der einzelnen OECD Staaten (2) .

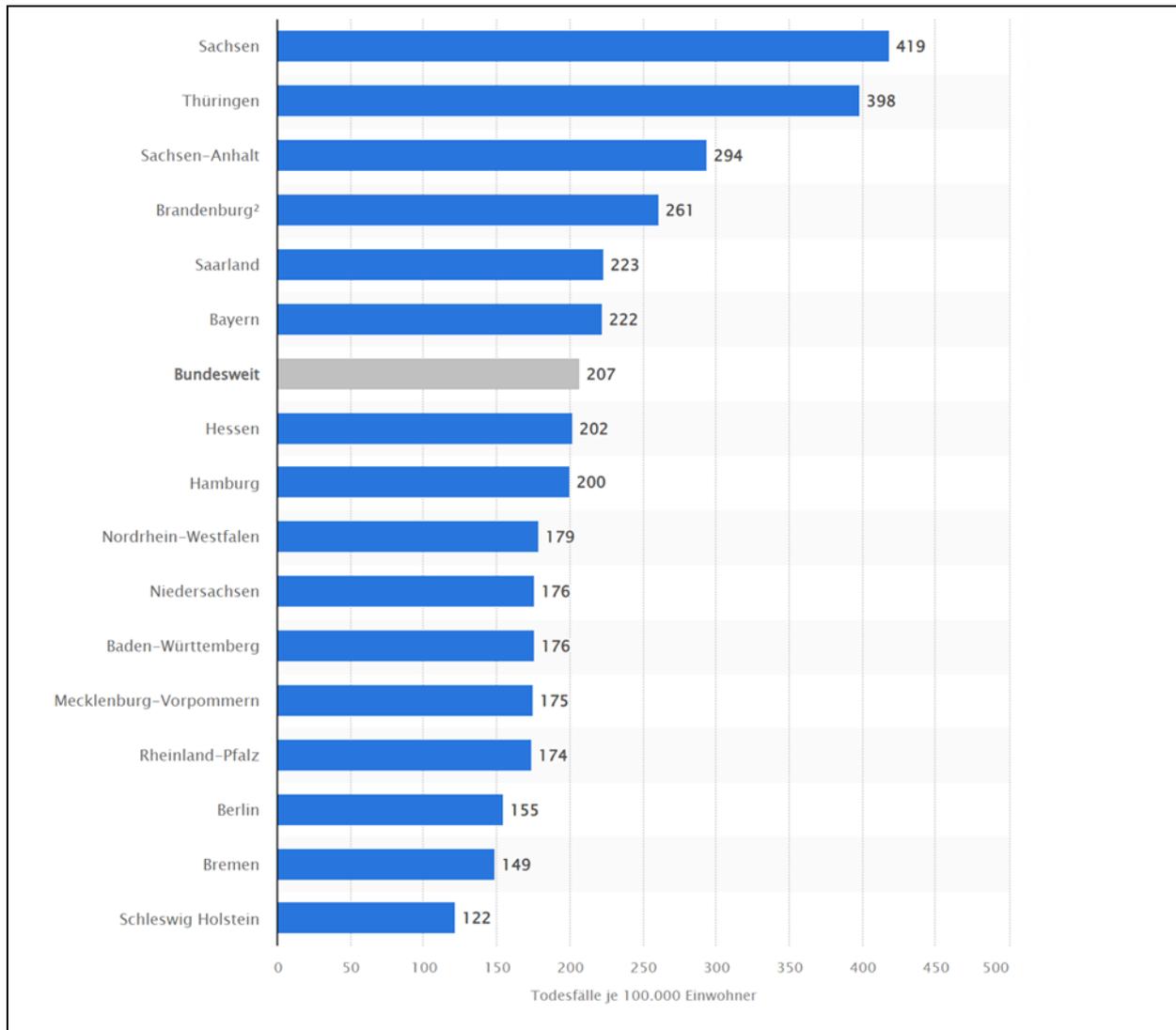


Abb. 4: Todesfälle in Zusammenhang mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) je 100.000 Einwohner in Deutschland nach Bundesländern (Stand: 19. April 2023³), Statista 2024. Bei einem Vergleich der Bundesländer müsste der Altersvergleich mit berücksichtigt werden.

Eine weitere Arbeit, die die Mortalität bei SARS-CoV-2 differenziert im Vergleich unterschiedlicher Länder behandelt, wurde von Ioannidis et al. publiziert (3)

Die möglichen Folgeschäden müssen bei der Entwicklung von Präventionsstrategien immer berücksichtigt werden. Dabei spielt in der Bilanzierung die Berücksichtigung der gesamtgesellschaftlichen Konsequenzen wie z.B. die mentale Gesundheit und die Auswirkungen auf Bildung und Ökonomie eine wichtige Rolle.

So ist es zum Beispiel nach OECD-Angaben unter anderem auch in Deutschland im Vergleich von 2022 zu 2019 zu einer deutlichen Zunahme von mentalen Gesundheitsstörungen (Angstzustände und Depression) gekommen.

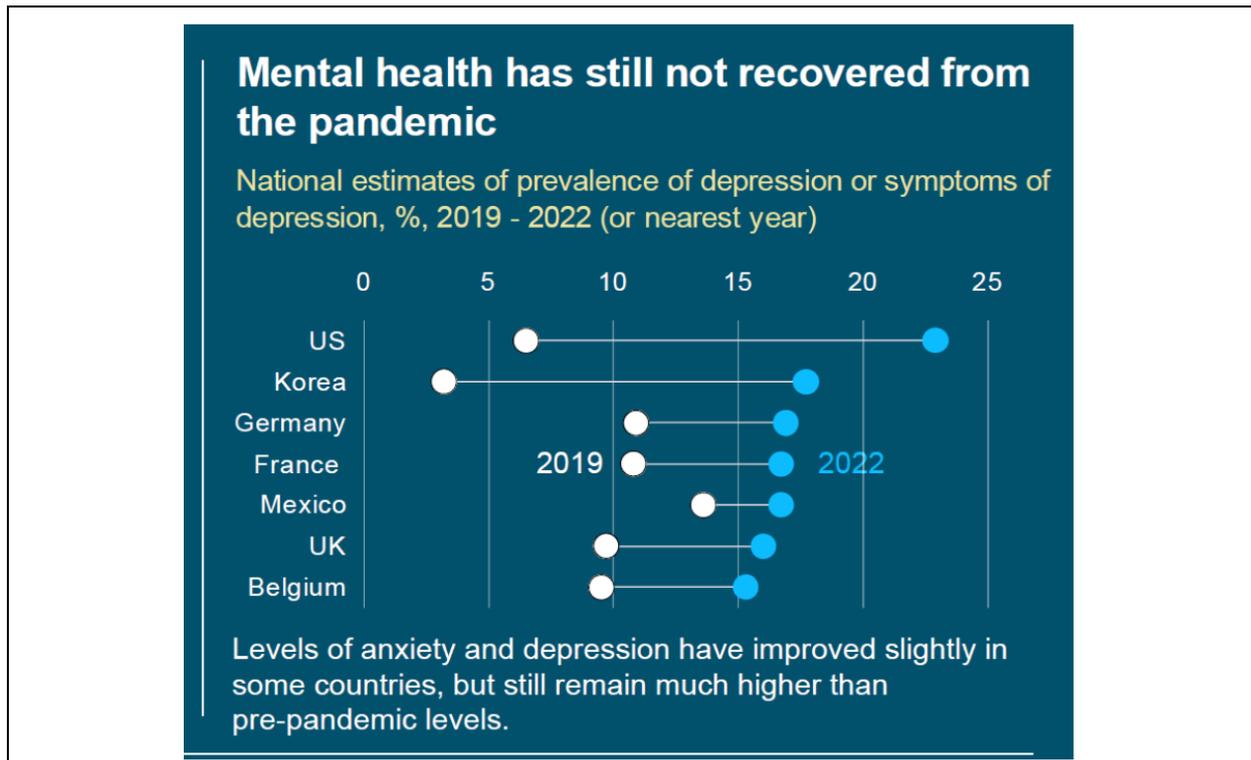


Abb. 5: Anteil von Angstzuständen und Depression im Vergleich von 2019 zu 2022, OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (2)

Zu den wichtigsten Präventionsstrategien bei der Primärprävention respiratorisch übertragbarer Infektionen zählen **eng anliegende medizinische Masken, Wahrung von Abstand, Lüftung und persönliches Hygieneverhalten wie richtiges Nießen und Husten sowie Händewaschen oder -desinfektion.**

Die KRINKO hat im November 2023 – wie bereits erwähnt - die wichtigsten Hygienemaßnahmen bei der Behandlung von Patienten im Rahmen der COVID-19-Pandemie evaluiert und in der Empfehlung „Integration von SARS-CoV-2 als Erreger von Infektionen in die endemischen Situation in die Empfehlungen der KRINKO ‚Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten‘“ eingefügt und veröffentlicht (1).



Abb. 6: Schematische Zeichnung der wichtigen Hygienemaßnahmen seitens des RKI

Bei der Versorgung von Patienten mit Verdacht auf Infektion durch SARS-CoV-2 oder COVID-19-Erkrankung ist **eine engliegende Maske (MNS oder FFP2-Maske)** zu tragen.

Dabei ist die Auswahl der Art der Maske (MNS oder FFP2-Maske) von der Art der erwarteten Exposition abhängig zu machen (4). Bemerkenswert ist, dass die KRINKO selbst bei der Versorgung von Patienten mit COVID-19-Erkrankung eine engliegende Maske (MNS) für ausreichend hält.

Eine **FFP2 Maske** ist hiernach seitens der KRINKO (4) **nur in bestimmten Situationen** mit besonders hoher Exposition wie zum Beispiel bei bestimmten Tätigkeiten im Krankenhaus z.B. beim Absaugen der Luftröhre bei einem beatmeten Patienten notwendig (sog. Aerosolgenerierende Maßnahmen). Voraussetzung ist eine dem jeweiligen Gesicht angepasste Maske, das korrekte Tragen, das geschult sein muss, und ein überprüfter Dichtsitz. Empfehlenswert ist es, die Dichtigkeit der Maske mit einem Fit-Test zu überprüfen. Bei Barträgern ist grundsätzlich kein Dichtsitz mit der FFP2-Maske zu erreichen. Zusammenfassend sind FFP2-Masken somit nur im Setting mit entsprechend ausgebildetem, medizinischem und pflegerischem Personal sinnvoll.

Der Effekt von **mobilen Luft-Reinigungsgeräten** wird seitens der KRINKO als nicht erwiesen charakterisiert und wird daher im Krankenhaus nicht empfohlen (4). Dies dürfte bei der Analyse der Vielzahl von Mobilen Luft-Reinigungsgeräten in Schulen von Bedeutung sein.

Bezüglich der Lüftung ist von großer Bedeutung, dass die wichtigsten SARS-CoV-2-Explosiv-Ausbrüche mit raumluftechnischen Anlagen (RLT) bzw. mit Luftverdriftung assoziiert waren (Ausbrüche in Heinsberg, in Fleisch-verarbeitender Industrie u.a. Kreis Gütersloh, in Kölner Altenheim mit 13 Todesfällen, im Verteilerzentrum und in diversen Industrie-Unternehmen), die durch Optimierung der Raumluftechnischen Anlagen beziehungsweise der Luftverdriftung unter Kontrolle gebracht werden konnten.

RLT-Anlagen und Luftverdriftung als wichtige Risikofaktoren sind bis heute unterschätzt. Gerade auf dem Gebiet der Raumluftechnik, der Filtration und der Luftverdriftung bedarf es weiterer notwendiger Präventionsstrategien, die bislang nicht annähernd umgesetzt werden. Die in RLT-Anlagen in öffentlichen Gebäuden verwendeten Filter (F7-Filter alter Bezeichnung) halten Viren nicht zurück (5-11).

I.6 Wie kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit (etwa: Humanmedizin, Veterinärmedizin, Umweltwissenschaften etc.) verstärkt werden? Welche Rolle spielen in diesem Zusammenhang Kommunikationsprozesse/-strukturen (u.a. mit Institutionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie politischen Institutionen/Akteuren und wiederum mit der Bevölkerung)?

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit muss zweifelslos gestärkt werden. Dies betrifft sowohl die Zusammenarbeit der Universitäten als auch der Forschungsverbünde.

Auf Bundesebene ist durch Auflösung des Bundesgesundheitsamtes 1994 die damals vorhandene Integration von Umwelt (Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene, WaBoLu) und Disziplinen in der Humanmedizin fortgefallen. Dies gilt es wieder zu erneuern durch Integration der Umweltwissenschaften zum Beispiel in das neue „Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit“ bzw. das BIPAM.

Die Kommunikation mit Institutionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes muss insbesondere durch Integration der öffentlichen Gesundheit in die medizinischen Fakultäten der Universitäten, z. B. in Form von Instituten für Hygiene und öffentliche Gesundheit an medizinischen Fakultäten gestärkt werden. Nur so kann die wissenschaftliche Reputation der öffentlichen Gesundheit verbessert werden.

Zusätzlich müssen wissenschaftliche Gesellschaften wie die neu gegründete, Deutsche Gesellschaft für öffentliches Gesundheitswesen (DGÖG) und die Deutsche Gesellschaft für öffentliche Gesundheit und Bevölkerungsmedizin (DGÖGB) die Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) anstreben. Dieser Prozess hat begonnen. Hierdurch kann eine unter den medizinischen Fachgesellschaften konsentiertere Meinung und Strategie auch für die politischen Institutionen Durchschlagskraft entwickeln. Als Fachgesellschaft für Krankenhaushygiene beklagen wir nachdrücklich, dass die Fachlichkeit der Fachgesellschaften und des ÖGD deutlich besser hätte zum Tragen kommen und von der Politik gehört werden müssen. So war in dem von der Bundesregierung einberufenen Expertenrat u.a. die Hygiene durch Repräsentanz mindestens einer ihrer Fachgesellschaften überhaupt nicht vertreten. Dennoch wurden sämtliche Hygienemaßnahmen, die in dem Zeitraum vor der Verfügbarkeit eines Impfstoffes essentiell sind, von den Hygienefachgesellschaften entwickelt. Wir haben den Eindruck, dass die Berufung der Mitglieder des Pandemie-Expertenrates eher nach deren Medienpräsenz als nach deren fachlicher Qualifikation erfolgte.

I.7 Welche Rolle spielen Notfall-Pläne bei der Vorbereitung auf zukünftige Gesundheitskrisen? Wie können die Notfall-Pläne auf allen föderalen Ebenen

weiterentwickelt und geübt werden? Welche Akteure sind in die Übungen einzubeziehen?

Notfallpläne müssen auf allen föderalen Ebenen weiterentwickelt und geübt werden. Hierbei ist das gesamte Spektrum an Akteuren (siehe unten) mit einzubeziehen und in die Übungen zu integrieren.

Bislang ist das Gesundheitsamt nur ereignisspezifisch in Übungen vertreten, jedoch nicht ständig. Die Disziplinen der Medizinischen Hygiene und der Infektiologie sollten hierbei vertreten werden. Dies ist dringend nachzuholen.

I.8 Wie ist in zukünftigen Gesundheitskrisen die Beschaffung, Bevorratung und Ausgabe von Schutzgütern, Medizinprodukten und Medikamenten idealerweise zu gestalten? Welche Schritte müssen gegangen werden, um dies zu erreichen? Welchen Handlungsbedarf sehen Sie und welche Akteure sehen Sie hier in der Pflicht? Wie kann hier eine Einigkeit erzielt werden, in welcher Menge Medizinprodukte, Medikamente und andere Güter vorgehalten werden müssen? Welche Akteure sehen Sie hier in der Verantwortung?

Insbesondere in dem Zeitraum einer Pandemie **ohne** verfügbaren Impfstoff müssen Schutzgüter wie Masken, Schutzkleidung, Desinfektionsmittel und Diagnostika (PCR, Antigen-Teste) verfügbar sein und daher für einen festzulegenden Bedarf gelagert werden. Hier sind Bund und Länder in der Pflicht.

Bezüglich der Medikamente und Impfstoffe kann eine vorausschauende Lagerung nur bedingt erreicht werden, da diese je nach Charakteristik der Pandemie entsprechend erst abgeklärt werden müssen. Impfstoffe müssen zügig im Verlauf der Pandemie entwickelt werden und können nicht schon vorher gelagert werden. Sobald ein wirksamer Impfstoff verfügbar ist, muss dieser in ausreichender Stückzahl verfügbar sein. Hierbei ist eine Priorisierung sinnvoll, die sich nach der Anzahl der besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen richtet.

Die Priorisierung der Impfungen wurde in der SARS-CoV-2-Pandemie von der STIKO empfohlen und u. A. durch Stellungnahmen des Deutschen Ethikrats und der Leopoldina begleitet, und - zumindest zu Beginn - auch durch die Impfverordnung der Politik entsprechend umgesetzt (bevor die Lehrer durch Interventionen erreicht haben, in eine höhere Gruppe eingestuft zu werden – und dadurch mit der vulnerableren Bevölkerungsgruppe der ab 70-Jährigen konkurrierte). Bzgl. einiger Medikamente und notwendiger Schutzausrüstung, insbesondere der Masken, zeigte sich die Problematik, dass viele nur im asiatischen Ausland produziert werden. Hier sollte unbedingt eine Autarkie innerhalb Europas angestrebt werden.

Wir sehen hier aber auch eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung bzw. Verpflichtung - also auch für Kommunen, Krankenhäuser, Arztpraxen, Alten- und Pflegeeinrichtungen, Apotheken, Einrichtungen von Gesundheitsfachberufen (wie Physiotherapie- oder Ergotherapie-Praxen)..., aber auch für jeden/ jede einzelne/n

Bürger*in, sich mit Fragen der Bevorratung und Beschaffung von Schutzgütern, Medizinprodukten und Medikamenten zu befassen .

I.9 Wie sollten Expertengremien (etwa in Form von Krisenstäben) aus Ihrer Sicht besetzt sein, um zukünftigen Krisen entgegenwirken zu können? Wie kann stabsmäßiges Arbeiten vor und während einer Pandemie gelingen? Wie kann die Integration von wissenschaftlicher Expertise in die eher operativ arbeitenden Krisenstäbe gelingen? Auf welchen Ebenen und bei welchen Akteuren sollten die Krisenstäben Ihrer Meinung nach angesiedelt sein?

Aus Sicht unserer Fachgesellschaft ist zu unterscheiden zwischen

- **Expertenstab** und

- **Krisenstab**.

Beide Stäbe haben wichtige Funktionen, bedürfen jedoch einer klaren Aufgabenbeschreibung und Aufgabenabgrenzung und deren Respektierung und sollten gegenseitig in den jeweiligen Stäben vertreten sein.

Die entsprechenden Stäbe sollten entweder im Bundeskanzleramt oder dem Parlament im Bundestag bzw. ggfls. in den Parlamenten der einzelnen Bundesländer angesiedelt werden.

Der **Expertenstab** hat die Aufgabe, aus medizinischer, epidemiologischer, infektiologischer, hygienisch-medizinischer, sozialer, psychologischer, öffentlich-gesundheitlicher und gesamtgesellschaftlicher Sicht begründete Strategien zu entwickeln und diese nach wissenschaftlicher Evidenz und unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit fortlaufend und zeitnah dem jeweiligen Kenntnisstand und dem Verlauf der Pandemie anzupassen.

Dabei sollten auch die Empfehlungen von WHO, ECDC sowie die internationale Fachliteratur berücksichtigt werden.

Zwingend dabei ist, dass nicht nur das Infektionsgeschehen selbst sondern auch die möglichen gesellschaftlichen „Nebenwirkungen“ bei der Entwicklung von Empfehlungen Berücksichtigung finden. Die Akteure im Expertenstab müssen sich am öffentlichen Gesundheitsschutz und dem Wohl der Allgemeinheit orientieren, also nicht nur am Infektionsschutz im engeren Sinn. Die Experten müssen aufgrund der Bedeutung ihrer Aufgabe nach ihrer fachlichen Expertise, ihrer Anerkennung in den eigenen Fachkreisen aber auch in der Bevölkerung und aufgrund ihrer persönlichen Integrität und Teamfähigkeit sorgfältig ausgewählt werden. Insbesondere die Breite der Vertretung der spezifischen Fachkreise und der Bevölkerung hat wichtige Bedeutung für die Akzeptanz der Empfehlungen.

Akteure sind – ohne Anspruch auf Vollständigkeit - wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften in der AWMF (DGKH, DGHM, DVV, DGI, DIVI, DGÖG, Psychiater) und wissenschaftlich orientierte Bundesinstitute wie RKI und deren Kommissionen STIKO und KRINKO, BBK, das in Entwicklung befindliche BIPAM in unverzichtbarer

Kooperation mit dem RKI, Forschungsverbund Universitätsmedizin, ÖGD, weitere Fachgesellschaften wie der Soziologie, den Kommunikationswissenschaften.

Vertreter der Bevölkerung, Sprecher der Vertretung von Bürgern mit Migrationshintergrund, der Sozialfürsorge, Patienten-Fürsprecher, Vertreter der Familien, Kitas und Schulen sollten ebenfalls vertreten sein.

Kernaufgabe des Expertenrates ist die Beratung der Politik und damit auch des Krisenstabes auf Basis wissenschaftlich begründeter Stellungnahmen.

Die Akteure des **Krisenstabes** haben die Aufgabe, akut, mittel- und langfristig die Empfehlungen des Expertenstabes in den politischen Gremien umzusetzen. Zu den Akteuren zählen die Vertreter der zuständigen Ministerien, der Länder, des in Entwicklung befindlichen BIPAM, des BBK, die Vertreter des Rettungsdienstes und der Polizeibehörden, des THWs, der Bundeswehr, der Hilfsorganisationen, die Krankenhausgesellschaft, die kassenärztliche Bundesvereinigung sowie Vertreter der Arbeitgeber, Gewerkschaften, Telekommunikation und der Kommunikationswissenschaft.

Entsprechende Strukturen sollten nicht nur auf Bundesebene, sondern auch auf Landes-, kommunaler und Kreis-Ebene etabliert werden.

Die Kernaufgaben des Krisenstabes liegen somit in den Bereichen der Exekutive und operativ-politischen Umsetzung auf der Basis der Empfehlungen und Stellungnahmen des Expertenrates.

Wichtig wäre eine **verpflichtende Zusammenarbeit (Webkonferenzen** machen einen zeitnahen und zielgerichteten Austausch gerade in Krisensituationen möglich) der Krisenstäbe sowohl auf als auch zwischen den Ebenen statt einer Berichtspflicht, die allenfalls zu Rückfragen führt, deren schriftliche Beantwortung wiederum Zeit kostet, die nur begrenzt zur Verfügung steht.

I.10 Welche Rolle wird der Bevölkerung im Rahmen einer Pandemiebewältigung zuteil? Durch welche Maßnahmen kann die Compliance und das Vertrauen der Bevölkerung gesteigert werden, um entsprechende Maßnahmen (Befolgung der AHA-Regeln, Tragen von Masken,...) mitzutragen?

Die Bevölkerung hat gerade im ersten Pandemie-Zeitraum ohne verfügbaren Impfstoff eine sehr hohe Verantwortung, sowohl für die eigene Gesundheit und die ihrer Familien als auch für den Schutz anderer Mitbürger. Die Bevölkerung als Gesamtheit selbstständig Verantwortlicher benötigt keine paternalistischen oder bevormundenden Vorgaben von oben, sondern gute, ehrliche und offene Informationen, insgesamt eine gute Risiko- (nicht Krisen-) Kommunikation. Dann kann davon ausgegangen werden, dass die Menschen – selbstverantwortlich und solidarisch – mitmachen.

Die **Compliance** als Umschreibung für die Regeltreue, also die Einhaltung von Gesetzen, Richtlinien und freiwilligen Kodizes kann gesteigert werden, wenn die

Ansprache an die Bevölkerung wie an verständige und verantwortungsbewusste Erwachsene gerichtet ist. Das Vertrauen in die Richtigkeit und Einsichtigkeit der Empfehlung des Expertengremiums, des Krisenstabes und die Vorbildfunktion der Politiker spielen hierbei eine ganz entscheidende Rolle.

In Unternehmen werden die Grundeinstellungen und Verhaltensweisen, die von der Unternehmensleitung vermittelt werden, als Compliancekultur bezeichnet. Sie soll allen Unternehmensbeteiligten sowie auch Kunden und Lieferanten des Unternehmens die Bedeutung vermitteln, die das Unternehmen der Beachtung von Regeln beimisst, um damit bei allen Beteiligten die Bereitschaft zu regelkonformem Verhalten zu fördern.

Voraussetzung hierfür ist - wie bereits erwähnt - die Einsichtigkeit in Wirkungsweise und Notwendigkeit sowie in die Verhältnismäßigkeit der empfohlenen Maßnahmen. Im Falle der Covid-19-Pandemie ging es um die generellen Schutzmaßnahmen wie

- Abstandswahrung,
- richtiges Tragen eng anliegender medizinischer Masken,
- Husten- und Nies-Etikette sowie Händehygiene und
- richtiges Lüften.

Dabei muss verdeutlicht werden, dass bei der Erstellung der Empfehlungen des Expertenstabes nicht nur die reine Infektionsprävention (Null-Covid-Strategie als Extrem) sondern auch die Konsequenzen (sog. Kollateralschäden) hinsichtlich psychischer, sozialer und motorischer Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, der Zusammenhalt der Familien und des sozialen Umfeldes, insbesondere der alten Menschen in den Alten- und Pflegeheimen, und die ökonomischen und finanziellen Folgen für die gesamte Gesellschaft berücksichtigt werden. Es geht um eine ganzheitliche (holistische) Betrachtung und Abwägen aller gesellschaftlichen Folgen der empfohlenen Maßnahmen.

Hierbei soll das Ziel vermittelt werden,

- so viel wie möglich an Infektionsprävention unter Berücksichtigung der jeweiligen Gefährdung der einzelnen Bevölkerungsgruppen zu erzielen und
- so wenig wie möglich gesellschaftliche und soziale Schäden zu verursachen.

Es gilt einerseits, die Infektionen so niedrig zu halten, dass es nicht zu einer Überforderung des Gesundheitswesens kommt und die schwer kranken Fälle tatsächlich alle behandelt werden können, und andererseits gleichzeitig abzuwägen, dass durch den Infektionsschutz weniger gefährdete Personengruppen nicht unnötig eingeschränkt werden (zum Beispiel Kinder und Schüler). Auch ein maximaler Schutz der hauptbetroffenen älteren Bevölkerung in Alten- und Pflegeheimen muss verhältnismäßig bleiben und darf nicht zu Einschränkungen führen, die geeignet sind, die Würde der betroffenen Personen durch Totalisolation und Besuchsverbot mit dem Verlust aller Sozialkontakte zutiefst zu verletzen.

Insgesamt müssen kurzfristige mittelfristige und langfristige Ziele und Perspektiven auf dem Weg durch die Pandemie vermittelt werden, wie sie in dem DGKH-Konzept für

die Strategie zur Folgenminderung von März 2020 dargestellt wurde, worauf ausdrücklich hingewiesen wird

https://www.krankenhaushygiene.de/pdffdata/2020_03_31_DGKH_Einladung_Lageeinschaetzung.pdf

https://www.krankenhaushygiene.de/pdffdata/2020_03_22_DGKH_Mitteilung_Ausgangssperre_RKG_Konzept.pdf

Dabei muss berücksichtigt werden, dass eine Pandemie länger dauern kann und die Maßnahmen, die empfohlen werden, über einen längeren Zeitraum mit der notwendigen Ausdauer gesellschaftlich und politisch umgesetzt werden müssen. Die Maßnahmen sollen freiwillig aufgrund der Einsichtigkeit und des Vertrauens in die Richtigkeit und Sinnhaftigkeit eingehalten werden. Sie sind dann besser und dauerhafter eingehalten als solche, die von ihnen aus nicht nachvollziehbaren Gründen als aufgezwungen angesehen werden und kontrolliert werden müssen.

Der Vorbildfunktion von Politikern kommt hierbei große Bedeutung zu.

Das Expertengremium muss seine Empfehlungen unabhängig von politischen Vorgaben in Verantwortung für die öffentliche Gesundheit entwickeln können.

Dem Expertenrat muss ein eindeutiges ggfls. gesetzliches Mandat erteilt werden, um in engem Dialog mit den jeweiligen Ländern und Regionen Ihre Aufgabe wahrnehmen zu können. Beispiel hierfür ist die gesetzliche Mandatierung von STIKO und KRINKO im Infektionsschutzgesetz (IfSG).

I.11 Wie kann sichergestellt werden, dass die ausgesprochenen Empfehlungen durch die verschiedenen Bevölkerungsgruppen wahrgenommen und verstanden werden? Wie kann hier insbesondere die Risiko- und Krisenkommunikation angepasst werden, um das Bevölkerungsverhalten einzubeziehen, um eine bestmögliche Kommunikation und Compliance und Vertrauen der Bevölkerung zu gewährleisten?

Die entsprechenden Empfehlungen müssen konzise, nicht zu verwissenschaftlicht und verständlich in den unterschiedlichen Sprachen kommuniziert werden. Es müssen alle Bürger erreicht werden, auch solche mit Migrationshintergrund und Sprachverständnisproblemen. Kulturelle Besonderheiten sind zu berücksichtigen.

Hierbei haben die Kommunikationswissenschaften eine erhebliche Bedeutung.

Dies muss auch bei der Errichtung und der zukünftigen Ausrichtung des BIPAM berücksichtigt werden. Leitfiguren des öffentlichen Lebens, die in der Bevölkerung ein hohes Ansehen haben, können hierbei eine wichtige vermittelnde Rolle spielen

Hierbei sollten die Grundprinzipien moderner Risiko- und Krisenkommunikation berücksichtigt werden, die lauten:

- **be first:** Krisen sind zeitkritisch; Informationen müssen rasch kommuniziert werden. Für die Öffentlichkeit wird die erste Informationsquelle zur bevorzugten Quelle werden

- **be right:** Genauigkeit und langfristige Richtigkeit schaffen Glaubwürdigkeit; Information können beinhalten, was bekannt ist, was nicht bekannt ist und was getan wird, um diese Wissenslücke zu schließen. Dabei muss von Anfang an vermittelt werden, dass bei einer Pandemie Lehren im Verlauf gesammelt werden und die Strategien nach Analyse zeitnah angepasst werden

- **sei glaubwürdig:** Empfehlungen müssen ehrlich und wahrhaftig vermittelt werden, um Glaubwürdigkeit zu erzeugen.

Offensichtlich ist dies besonders gut in den skandinavischen Ländern Norwegen und Schweden als den Nationen mit den niedrigsten Sterblichkeitsraten unter den OECD Ländern gelungen, wo diese Prinzipien offensichtlich realisiert wurden. Es wird empfohlen, sich über die Rahmenbedingungen in diesen Ländern intensiv zu informieren. Fehlender Bildungsverlust für die Kinder, da Grundschulen immer offen waren und auch ein gutes ökonomisches Outcome waren entsprechende Resultate. Die alleinige Fokussierung auf die Mortalität durch COVID-19 als Kriterium für eine erfolgreiche ganzheitliche Pandemiekontrolle ist nicht ausreichend.

Bei der Krisenkommunikation sollte Empathie gezeigt werden in dem Wissen, dass Krisen Schäden schaffen und das hierdurch verursachte Leiden in Worten anerkannt werden muss.

Es sollte eine respektvolle Kommunikation angestrebt werden. Eine respektvolle Kommunikation fördert die Compliance.

Inwieweit ein „Wir Gefühl“ im Sinne: „Wir haben Verantwortung in unserer Gesellschaft. Jeder von uns wirkt mit“ erzeugt werden kann, bedarf der weiteren Diskussion.

I.12 Wie können alle Bevölkerungsgruppen gezielt geschützt und eingebunden werden? Wie können vulnerable Gruppen in Gesundheitskrisen/Pandemien durch entsprechende Schutzkonzepte in den Blick genommen werden?

Die Einbindung und der Schutz aller Bevölkerungsgruppen kann u.a. dadurch verbessert werden, indem in den Expertenstab des Bundes oder des Landes und in den Krisenstab mandatierte Vertreter der Bevölkerung mit einbezogen werden. Dies gilt auch für die besonders vulnerablen Gruppen, die ebenfalls durch einen mandatierten Vertreter in dem Expertenstab mit vertreten sein sollten.

Die Definition der Vulnerabilität muss datengestützt auf der Basis wissenschaftlicher Erhebungen erfolgen. Nur auf der Basis datengestützter Analysen können gezielte Schutzkonzepte, die auf die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sind, entwickelt und hierbei Hilfen zur Realisierung ermöglicht werden. Die Definition der Vulnerabilität ist kein Ergebnis von Selbsteinschätzung, Lobbyarbeit oder von Aktivitäten in den sozialen Medien, sie ist das Ergebnis wissenschaftlicher Analysen von Todesfällen und schweren Krankheitsverläufen.

I.13 Wie können die Umstände, die eine bestimmte Bevölkerungsgruppe erst vulnerabel macht, behoben werden? Welche Akteure sind hier zuständig? Gibt es dazu entsprechende Strategien und/oder Konzepte?

Nicht alle Faktoren, die eine Bevölkerungsgruppe vulnerabler macht, können behoben werden. Das Alter ist ein eigenständiger Risikofaktor und kann nicht verändert werden. Dies muss bei der Entwicklung der Konzepte berücksichtigt werden. Auch das Vorhandensein von Vorerkrankungen oder bestimmter Risikofaktoren wie z. B. extremes Übergewicht sind Aspekte von Vulnerabilität, die zumindest akut nicht behoben werden können.

Andere Faktoren hingegen können zumindest in ihrer Auswirkung verringert werden wie soziale Faktoren, Zugang bzw. wirtschaftliche Hilfen durch leicht verständliche Information und zu Schutzmaßnahmen.

Mit zunehmendem Impfschutz ändern sich die Anzahl und die Zusammensetzung der Bevölkerungsanteile mit Vulnerabilität. Entscheidend hierbei ist aber eine zielgerichtete und richtige Kommunikation über die Effekte einer Impfung, die vor Tod und schwerem Verlauf nicht aber vor weiteren Ansteckungen schützt. Die Defizite in der Kommunikation über die Effekte von Impfungen durch die Fehlannahme eines Schutzes vor Ansteckungen haben dazu beigetragen, dass der ursprüngliche Begriff der Vulnerabilität nicht angepasst wurde und Vertrauen in das Pandemiemanagement verloren ging. Vulnerabilität in Zeiten ohne und mit Impfung unterliegt einer fundamentalen Änderung der durch Infektionen betroffenen Personengruppen.

I.14 Durch welche Maßnahmen kann die Befähigung zum Selbstschutz und die Selbsthilfefähigkeit der Bürger gesteigert werden? Wie kann eine persönliche Notfall- und Katastrophenvorsorge im Rahmen von Pandemien gelingen?

Die Steigerung kann durch gute und motivierende Kommunikation (siehe vorne) erreicht werden. Entscheidend ist eine konzise Empfehlung, womit und wie vorgesorgt werden kann. Eine ausreichende Verfügbarkeit von Materialien zum Selbstschutz wie medizinische Masken ist dabei nur ein Aspekt.

Der ausformulierte Pandemieplan von 2017 und seine Anpassung an Covid-19 von 2020 stellt eine ausgezeichnete Blaupause für zukünftige Strategien im Falle einer neuen Pandemie dar.

Entscheiden ist aber eine offene, transparente und breite Aufarbeitung des vergangenen Pandemiemanagements, die nach Meinung der DGKH in die Parlamente gehört und z. B. durch Enquete-Kommissionen mit interdisziplinär aufgestellter Expertenberatung erfolgen sollte.

I.15 Welche Strategien gibt es zur Erhöhung der Selbstschutzzfähigkeit der Bürgerinnen und Bürger?

Zur Erhöhung der Selbstschutzzfähigkeit der Bürger der Bevölkerung wurde von unserer Fachgesellschaft eine leicht lesbare Fibel, nämlich der Corona Knigge am 17. 12. 2020 herausgegeben.

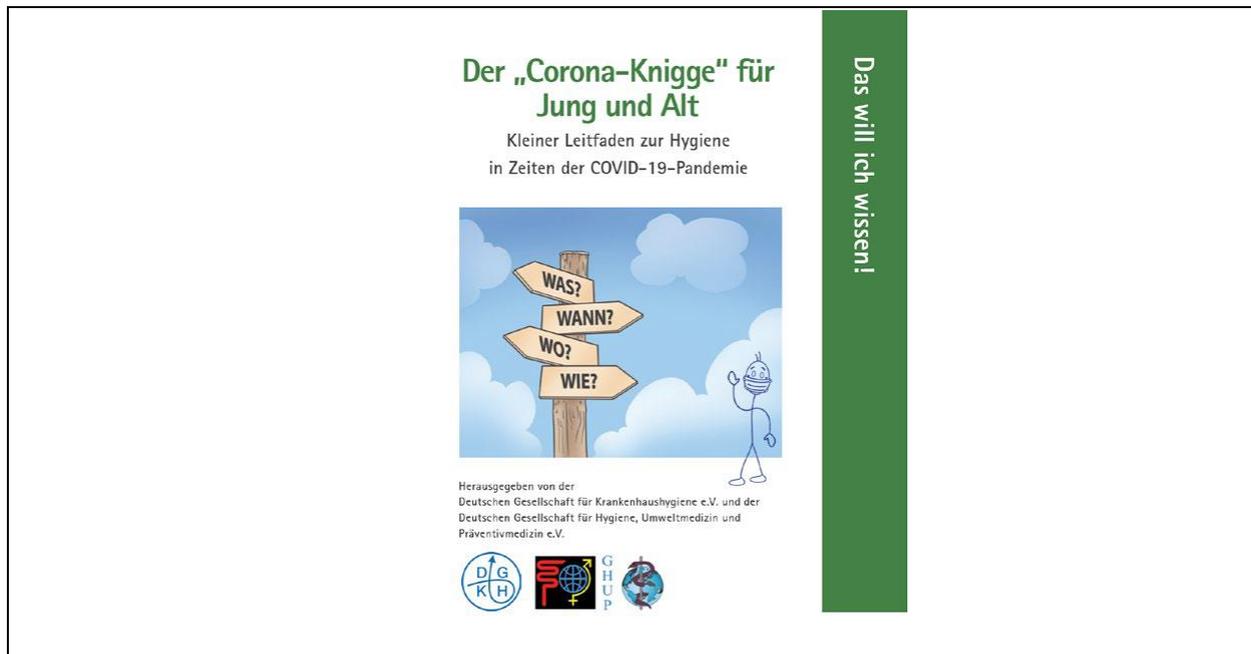


Abb. 7 : Ausgabe des Corona Knigge für Jung und Alt der DGKH und GHUP 2020 https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2020_12_Broschuere_Hygieneknigge_DGKH_GHUP.pdf

Hierin wurden für den Alltag Empfehlungen als Hilfestellung für die Umsetzung der Hygiene-Maßnahmen gegeben.

Eine breite, didaktisch hervorragend ausgearbeitete Kampagne wie die Verkehrserziehung „Der siebte Sinn“ oder die Anti-AIDS-Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kann hier als Vorbild dienen.

Je nach Katastrophen-Szenario oder konkreter Pandemie könnte eine verbindliche Teilnahme an Trainings-Kursen - ähnlich wie bei den Erste-Hilfe-Kursen als Voraussetzung für den Führerschein - erwogen werden.

I.16 Abschließende Anmerkungen zu den Diskussionen in unserer Fachgesellschaft

In unserer Fachgesellschaft wurden u.a. nachfolgende Kritikpunkte am Pandemie-Management diskutiert. Hierzu zählten:

- Die Ignorierung von vorhandenem Wissen und die Ignoranz gegenüber ausgearbeiteten Plänen zum Pandemie-Management (nationaler Pandemieplan und dessen Updates) und die defizitäre Nutzung von Evidenzkriterien bei der Begründung von Pflichtmaßnahmen.
- Die fehlende Nutzung des breiten Wissensschatzes im Bereich des praktischen Infektionsschutzes von Experten aus Hygiene und öffentlicher Gesundheit

- Die einseitige Einbeziehung nur einiger weniger ausgewählter, durch deren Medienpräsenz qualifizierter Experten ohne Erfahrung in der Pandemie-Bekämpfung und im praktischen Infektionsschutz.
- Die fehlende Nutzung des Wissensschatzes der Immunologie und die damit verbundene Fehleinschätzung der Impfwirkungen. In diesem Kontext sah sich die DGKH im Verbund mit zahlreichen weiteren Fachgesellschaften berufen, die Ständige Impfkommission (STIKO) gegenüber politischem Druck und unsachgemäßer Kritik zu verteidigen.
- Fehlende Generierung belastbarer Daten und Etablierung von Studien
- Fehlende Beachtung der Grundregeln einer guten Informationsbeschaffung, der hierauf basierenden Entscheidungsfindung und der unzureichenden Berücksichtigung der unterschiedlichen Aspekte der Pandemie-Folgen.
- Die Regeln einer guten Risiko-Kommunikation wurden überschattet durch die Erzeugung von Angst, um die Bevölkerung zur Befolgung der entsprechenden Regeln zu bewegen.

III. Psychische Belastungen bei Kindern während und nach der Pandemie

III1 und III. 2 nicht beantwortet

III.3 Im Falle einer erneuten (infektiologischen) Bedrohungslage und angesichts gestiegener psychotherapeutischer Behandlungszahlen von Minderjährigen: Inwieweit würden Sie es als sinnvoll erachten, Minderjährige von sogenannten (Hygiene-)Schutzmaßnahmen und Kontaktbeschränkungen weitgehend auszunehmen? (Schließlich gilt mittlerweile als gesichert, dass Kinder nie sogenannte Pandemietreiber waren.)

Inwieweit Minderjährige von sog. Hygiene-Schutzmaßnahmen und Kontakt-Beschränkungen sinnvoller Weise ausgenommen werden, hängt von der jeweiligen Bedrohungslage ab.

Sollten Kinder bei einer zukünftigen Pandemie – anders als bei der jetzigen SARS-CoV-2-Pandemie in besonderer Weise zu den Geschädigten zählen, müssen. entsprechende Maßnahmen auch zum Schutz der Kinder ausgerichtet werden.

Im Fall von SARS-CoV-2 waren Kinder jedoch nicht primär gefährdet, sondern hauptsächlich die alten und vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Die betroffene Bevölkerungsgruppe kann in einer zukünftigen Pandemie anders als in der jetzigen sein. Dies muss so zeitnah wie möglich im Verlauf einer Pandemie geklärt werden.

Grundsätzlich gilt es aber, hygienisches Basisverhalten (Händewaschen, Essens- und Toilettenhygiene) altersgerecht in den KITA- und Schulalltag zu integrieren. Voraussetzung dazu ist allerdings eine solide Grundausstattung der Einrichtungen mit ausreichenden Sanitärstrukturen.

IV. Ambulante und stationäre Versorgung:

IV.1 Existieren basishygienische Maßnahmen zur Prävention von Gesundheitskrisen/Pandemien in Krankenhäusern und niedergelassenen Arztpraxen? Sind diese verpflichtend anzuwenden?

Mit den seit 1976 fortlaufend entwickelten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektions- Prävention der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO), die gesetzlich mandatiert sind, existieren in Deutschland umfassende basis-hygienische Empfehlungen zur Hygiene, die grundsätzlich auch auf die Pandemien in Krankenhäusern und niedergelassenen Arztpraxen anwendbar sind.

Durch die gesetzliche Mandatierung dieser Empfehlungen im Infektionsschutzgesetz sind diese verpflichtend einzuhalten. Zur Umsetzung gehört die Ausstattung mit professionellem Hygiene-Fachpersonal auf der Grundlage verbindlicher Richtzahlen. Darüber hinaus existieren Empfehlungen der Hygiene-Fachgesellschaften wie der DGKH, der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM), der Gesellschaft für Hygiene und Umweltmedizin (GHUP) und des Verbundes für Angewandte Hygiene (VAH) sowie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Dennoch müssen diese Empfehlungen deutlich besser im Medizinstudium vermittelt werden, was derzeit nicht der Fall ist. Insofern besteht Handlungsbedarf. Es wird daher angeregt, die Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen zu hinterfragen, ob bei der Ausbildung von Medizinstudenten die Empfehlungen der KRINKO und des medizinischen Fakultätenrates mit einer 20-stündigen verbindlichen Ausbildung Krankenhaushygiene umgesetzt werden und dies streng zu prüfen. Ohne eine derartige Ausbildung kann die Umsetzung dieser - auch im internationalen Vergleich vorbildlichen - krankenhaushygienischen Empfehlungen nicht nachhaltig gesichert werden.

IV.2 Welche hygienischen Herausforderungen bestehen im Kontext von Gesundheitskrisen/Pandemien? und

IV.3 Wie haben sich Krankenhäuser und Arztpraxen gezielt auf die Corona-Pandemie vorbereiten können? Wie kann eine effiziente Vorbereitung auf zukünftige Krisen gestaltet werden (personell, technisch-materiell sowie strukturell; nicht zuletzt vor dem Hintergrund, Infektionsketten zu unterbrechen und Ansteckungen zu vermeiden)?

IV. 4 Wie können die Praxen und Krankenhäuser – vor dem Hintergrund des enormen Informationsbedarfes während Gesundheitskrisen/Pandemien - kommunikativ unterstützt werden? Welche Akteure sind hier beteiligt?

IV. 5 Existieren entsprechende Notfall-Pläne für Praxen und Krankenhäuser? Ist die Erstellung beziehungsweise das Bestehen derartiger Pläne verpflichtend?

Die Vorbereitung auf eine entsprechende Pandemie war im Rückblick verbesserungsbedürftig.

Es fehlte anfangs an den notwendigen Schutzmaßnahmen wie medizinische Masken etc. Dennoch zeigte sich, dass durch die im OECD - Vergleich hohe Betten Kapazität als auch an Intensivbetten in Deutschland eine gute medizinische Versorgung gewährleistet werden konnte.

Dennoch sollte in Vorbereitung auf zukünftige Pandemie die notwendigen Schutzmaßnahmen in bestimmten Zeitabständen in den Krankenhäusern und übrigen medizinischen Einrichtungen trainiert werden, um Defizite zu erkennen.

IV. 6 Wie kann der Verbreitung antibiotikaresistenter Keime durch gezielte Hygienemaßnahmen in Krankenhäusern entgegengewirkt werden (etwa: baulich-funktionelle Maßnahmen, Information/Schulung des Personals)?

Die Vermeidung der Verbreitung antibiotikaresistenter Keime ist Teil einer generellen Strategie der Vermeidung von Infektionen, die im Rahmen einer medizinischen Versorgung auftreten. Resistente Keime machen etwa einen Anteil von ca. 10% aller Erreger nosokomialer (d. h. im Krankenhaus erworbener) Infektionen aus.

Zu den speziellen Maßnahmen, die auf resistente Erreger fokussieren, gehören ein **Aufnahme-Screening** bei speziellen Risiken (Auslandsaufenthalt, Herkunft aus Risikogebieten, vorbekannte Infektionen oder Besiedlungen mit einem resistentem Erreger, Risiken durch Voraufenthalte oder antibiotische Vortherapien, Kontakte zu Personen mit resistenten Erregern, etc.). Bei Nachweis oder Verdacht bis zum Ausschluß sind spezielle Barrierschutzmaßnahmen einschließlich Isolation in einem Einzelzimmer erforderlich.

Früherkennung in der Notaufnahme, getrennte AufnahmeprozEDUREN im Falle von Häufungen (separierte Eingänge, Wegeführung, Einrichtung von Isolationsstationen etc.) und separierte Prozesse in Versorgung, Diagnostik und Entlassung betroffener Patienten sind etablierte Maßnahmen des Infektionsschutzes bei Antibiotikaresistenten Erregern, die aber auch im Falle übertragbarer Krankheiten wie im Kontext einer Pandemie zur Anwendung kommen.

Baulich-funktionell sind eine ausreichende Zahl an Einzelzimmern mit Vorschleusen, die Abtrennbarkeit separierter Versorgungsstrukturen und eine flexible Trennung der Wegeführungen notwendige Voraussetzungen.

Das Personal in Krankenhäusern ist weitgehend und regelmäßig geschult in der Anwendung von Schutzkleidung und der speziellen Erfordernisse eskalierender Barrierschutzmaßnahmen bis hin zur kompletten Isolation einzelner Patienten oder ganzer Stationen.

a) Krankenhäuser

IV.7 Welche Rolle spielen antibiotikaresistente Keime in Krankenhäusern im Hinblick auf zukünftige Gesundheitskrisen/Pandemien? Welche Rolle wird in diesem Kontext dem One-Health-Ansatz zuteil?

Antibiotika-resistente Erreger (synonym: MRE = Multiresistente Erreger) sind insbesondere für Krankenhäuser eine der großen Herausforderungen, die von der WHO auch als „Stille Pandemie“ bezeichnet wird.

Weltweite Erhebungen haben ergeben, dass bis zum Jahr 2050 mit jährlich 10 Millionen Todesfällen zu rechnen ist, die unmittelbar durch Infektionen mit MRE verursacht werden. In 2019 waren es weltweit fast 5 Millionen Todesfälle im Zusammenhang mit MRE-Infektionen, von denen 1,27 Millionen unmittelbar Folge der MRE-Infektion waren. Für Europa wurden für das Jahr 2020 über 35.000 Todesfälle beschrieben bei steigender Tendenz für die nächsten Jahre.

Die Sicherung eines sorgfältigen Umgangs mit den vorhandenen Antibiotika bei eher deprimierender Perspektive auf neue Substanzen stellt eine große Herausforderung auch für das deutsche Gesundheitswesen dar. Die Fortbildung der Ärzteschaft in Antibiotic Stewardship und die Weiterbildung von Fachärzten der Infektiologie oder mit einer Zusatzweiterbildung in Infektiologie steckt im Vergleich zu vielen unserer europäischen Nachbarländern erst in den Kinderschuhen. Es mangelt an Bereitstellung erforderlicher Ressourcen in den ärztlichen Personalbeständen der Krankenhäuser. Antibiotic Stewardship wird vielerorts eher als Problem einer privaten Qualifizierung einzelner Ärzte angesehen, dessen Sinn zwar gesehen wird, für das aber keine Deputate bereitgestellt werden.

Neben den Maßnahmen wie Schulung zum adäquaten Einsatz von Antibiotika (Antibiotic Stewardship) sowie gezielten Hygienemaßnahmen durch Desinfektion Sterilisation, Aufbereitung von Patientenzimmern und gegebenenfalls Isolierung zeigen sich auch hinsichtlich der Abwasserentsorgung baulich-funktionelle Defizite, die einer staatlichen Unterstützung von medizinischen Einrichtungen dringend bedürfen.

Bezüglich der Abwasserproblematik wird auf das sog. Verbundforschungsvorhaben (HyReKA) hingewiesen, worin gezeigt wird, dass insbesondere Krankenhäuser die entscheidende Quelle für antibiotikaresistente Erreger und Rückstände von Antibiotika darstellen. Die Bedeutung des Abwassers im direkten Expositionsbereich für Patienten im Krankenhäusern (Waschbecken, Duschabläufe, Toiletten) geht weit über die Bedeutung anderer Quellen wie z.B. industrielle Tierproduktion, etc. hinaus.

Durch gezielte Abwasseraufbereitung kann das Risiko einer Ausbreitung antibiotikaresistenter Erreger in die Umwelt vermieden werden. Mit den Ergebnissen des HyReKA-Projektes sind detaillierte Vorschläge unter anderem in Abstimmung mit dem Umweltbundesamt gegeben worden.

VI.8 Wie ist das Abwassermanagement in Krankenhäusern zu organisieren? Welche Schwierigkeiten durch das derzeit bestehende Abwassermanagement haben sich im Rahmen der Corona-Pandemie herauskristallisiert?

Das Abwassermanagement im Rahmen der Corona-Pandemie hat sich nicht als problematisch herausgestellt. Das Abwasser kann jedoch eine wichtige frühzeitige Information über das Auftreten von Pandemie Erregern wie SARS- CoV-2 geben.

SARS-CoV-2-Infektionen über das Abwasser sind bislang nicht berichtet worden.

IV.9 Stehen Richtlinien und Empfehlungen zum Schutz von Patienten sowie des Personals vor im Krankenhaus erworbenen Infektionen sowie zur Prävention und Kontrolle von antibiotikaresistenten Erregern zur Verfügung? Wenn ja, welche?

Hierzu wird auf die o.a. KRINKO Empfehlung hingewiesen, worin sich detaillierte Empfehlungen zu antibiotikaresistenten Erregern wie MRSA, VRE, Gram-negative Erreger (3- und 4MRGN) finden und in einzelnen Empfehlungen auch Maßnahmen von Antibiotic Stewardship zur Prävention nosokomialer Infektionen formuliert werden. Das Infektionsschutzgesetz verpflichtet die Krankenhausträger zur regelmäßigen Erfassung von Erregern, deren Resistenzen und den Antibiotikaverbräuchen und deren Bewertung. Es besteht somit eine gesetzliche Verpflichtung für Antibiotic Stewardship. In weiteren wissenschaftlichen Leitlinien werden konkrete Maßnahmen zum rationalen Einsatz von Antibiotika detailliert empfohlen u. A. in der S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ (AWMF-Reg.-Nr. 092/001) und in der S2k-LL der Paul Ehrlich Gesellschaft „Kalkulierte parenterale Initialtherapie bakterieller Erkrankungen bei Erwachsenen“ (AWMF-Reg.-Nr. 082-006). Eine seit der letzten Novellierung des Infektionsschutzgesetzes 2011 mandatierte Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART), konstituiert im Dezember 2013, hat bis heute keinen relevanten Beitrag der ihr zugedachten Aufgaben geleistet (Nach RKI-Angaben: *Empfehlungen für Standards zu Diagnostik und Therapie von Infektionskrankheiten nach aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft zu erstellen. Sie nimmt auf dieser Grundlage eine medizinisch-epidemiologische Nutzen-Risiko-Abwägung zwischen dem individuellen Interesse an einer wirksamen Behandlung und dem öffentlichen Interesse an einer Erhaltung der Wirksamkeit von Antiinfektiva vor und berücksichtigt Belange der praktischen Durchführung.* (https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/ART/ART_node.html).

Hier bedarf es einer dringenden Evaluation ihrer Besetzung und Leistungsfähigkeit.

b) Niedergelassene Ärzte

iV.10 Wie konnten im Rahmen der Corona-Pandemie die räumlichen Voraussetzungen geschaffen und Praxisabläufe umorganisiert sowie Schutzmaßnahmen für Patienten und Personal in den niedergelassenen Arztpraxen geschaffen werden?

c) Stationäre und ambulante Pflege

IV.11 Gibt es verbindliche Notfallpläne für die ambulante und stationäre Pflege? Falls nein, haben Pflegeheime in der Regel Notfallpläne? Werden diese regelmäßig beübt? Wenn nein, warum nicht?

IV. 12 Wie hat während der Corona-Pandemie die Zusammenarbeit und Kommunikation mit anderen Akteuren funktioniert? Welche Akteure waren beteiligt?

IV.13 Was waren die drei größten Herausforderungen während der Corona-Pandemie? Welche Erkenntnisse konnten Sie daraus ziehen? Welchen Handlungsbedarf sehen Sie hier und welche Akteure sehen Sie mit welchen Maßnahmen in der Pflicht?

V Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD):

V.1 Welche Rolle spielt der Öffentliche Gesundheitsdienst im Hinblick auf ein krisenfestes Gesundheitssystem?

Für ein krisenfestes Gesundheitssystem hat der öffentliche Gesundheitsdienst eine unverzichtbare Bedeutung. Insofern muss der öffentliche Gesundheitsdienst nicht nur personell, sondern auch im Hinblick auf dessen Expertise und Unabhängigkeit in den entsprechenden Entscheidungen gestärkt werden.

Der Amtsarzt als Vertreter des öffentlichen Gesundheitsdienstes und als der ärztliche Leiter im kommunalen Bereich steht in der kommunalen Hierarchie an einer untergeordneten Stelle unter Dezernenten und Stadtdirektoren. Hierdurch kann sich der öffentliche Gesundheitsdienst aus Sicht der DGKH nur unzureichend entfalten, um seiner wichtigen ärztlich bestimmten Funktion als Stütze des öffentlichen Gesundheitsschutzes der Bevölkerung nachkommen zu können. Die untergeordnete Stellung unter eine politische Weisung führt häufig zu einer deutlichen Einschränkung, was sich auch bei der Nachwuchsgewinnung widerspiegelt

Nachdrücklich wird beklagt, dass in zunehmenden Maße die Leitung von Gesundheitsämtern Juristen und Gesundheitswissenschaftlern ohne ärztliche Approbation überantwortet wird. Diese Situation ist nicht akzeptabel, da sowohl die Pandemiebekämpfung als auch die Wahrnehmung anderer Aufgaben der Gesundheitsförderung, der Gesundheitsfürsorge als auch des öffentlichen Gesundheitsschutzes in den Händen einer ärztlichen Leitung liegen muss.

V.2 Welche Akteure gehören auf Kommunal-, Landes- und Bundesebene zu dem Öffentlichen Gesundheitsdienst? Welche Aufgaben haben die einzelnen Akteure?

Zu den Akteuren auf Kommunal-, Landes und Bundesebene des öffentlichen Gesundheitsdienstes gehören auf kommunaler Ebene und Kreisebene die Gesundheitsämter, die sich jedoch – wie bereits unter V.1 ausgeführt – in einer untergeordneten hierarchischen Ebene der kommunalen Strukturen befinden. Auf Landesebene befinden sich die Akteure in den zuständigen Bezirksregierungen mit dem Dezernat 24 (Öffentliche Gesundheit et al.) und auf Landesebene im Landes-Gesundheitsministerium (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales), dem das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG) zugeordnet ist, das zum neuen Landeszentrum für Gesundheit und Arbeitsschutz (LfGA) umgewandelt werden soll. Zum Teil befinden sich weitere Bereiche mit Relevanz für den Gesundheitsschutz

im Landes-Umweltministerium mit den Abteilungen für Trinkwasser-, Badewasser-, und Abwasserhygiene und Abteilungen mit Zuständigkeiten für den Emissions- und Immissionsschutz.

Auf Bundesebene gehören die Akteure

- zum Bundesgesundheitsministerium (BMG), welchem das Robert-Koch-Institut und das Paul-Ehrlich-Institut (Zulassung von Impfstoffen) sowie das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sowie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) zugeordnet sind.
Das Bundesgesundheitsamt (BGA) wurde 1994 aufgelöst, weswegen Deutschland seit dem nicht mehr über ein zentrales Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit verfügt. Vor Auflösung gehörten das RKI, das Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene (WaBoLu) und das BfArM dazu.
- zum Bundesumweltministerium, zu dem das Umweltbundesamt (UBA) gehört. mit der Abteilung für Wasser-, Boden- und Lufthygiene, die aus dem früheren WaBoLu hervorging.
- zum Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), dem das Bundesinstitut für Risiko Bewertung (BfR) zugeordnet ist.

Auf Bundesebene soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) in das zukünftige Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM), das dem BMG zugeordnet ist, integriert werden. Die genauen Strukturen sind bislang in der Entwicklung.

Aus Sicht der von uns vertretenen Fachgesellschaft wäre eine Eingliederung und Zusammenführung des früheren Institutes für Wasser-, Boden- und Lufthygiene wieder in den Zuständigkeitsbereich des Bundesgesundheitsministeriums anstelle des Umweltministeriums (ebenso auch auf Landesebene) dringend erforderlich. Ebenso sollte das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) aus dem Landwirtschaftsministerium in das Bundesgesundheitsministerium überführt werden, um hierdurch wieder eine einheitliche Struktur für Öffentliche Gesundheit zu erzielen und bei den Akteuren eine Corporate Identity zur Öffentlichen Gesundheit zu erreichen, die derzeit derart diversifiziert ist, dass Schaden für die öffentliche Gesundheit resultiert.

Die kommunalen Gesundheitsämter bedürfen einer Restrukturierung, um Ihnen im Hinblick auf die Bedeutung für die öffentliche Gesundheit, auch im Sinne von „health in all policies“, eine wesentlich stärkere, unabhängigere Stellung in der kommunalen Hierarchie zu verleihen. Diese Strukturen müssen in der nächsten Zeit dringend reformiert werden.

Zusätzlich setzen wir uns als Fachgesellschaft mit allem Nachdruck dafür ein, den Gesundheitsämtern ein Netzwerk von universitären Instituten und Laboratorien zum Teil in privater Trägerschaft zu zuordnen, wie dies früher mit den medizinischen Untersuchungs-ämtern bzw.- stellen der Fall war.

Hierdurch würden die Untersuchungs- und Kommunikationsstrukturen, die in einer Pandemie und beim Ausbruch-Management dringend erforderlich sind, deutlich verbessert werden. Hierzu gab es bereits vor mehr als 10 Jahren entsprechende

Vorschläge an das Landesgesundheitsministerium. Wir halten eine Verbesserung der derzeitigen Situation für dringend geboten.

V.3 Welche Koordinierungs- und Kommunikationsstrukturen sind im Öffentlichen Gesundheitsdienst auffindbar? Haben sich die vorhandenen Strukturen im Rahmen der Corona-Pandemie als wirksam erwiesen? Sehen Sie Verbesserungsbedarf/-potenzial?

Siehe V.2

V.4 Welche Herausforderungen sehen Sie aktuell für den Öffentlichen Gesundheitsdienst? Welche konnten im Rahmen der Corona-Pandemie aufgedeckt werden? Wie kann den Herausforderungen zukünftig entgegengewirkt werden, um auf derartige Dauerbelastungen vorbereitet zu sein (etwa personell und materiell)?

Der öffentliche Gesundheitsdienst, insbesondere auf kommunaler Ebene, war lange Zeit durch den Versuch eines Containments, um jede Infektion von SARS-CoV-2 aufzudecken und entsprechend zu kontrollieren, personell vollkommen überlastet und überfordert.

Entsprechend den bereits aus früheren Jahren vorliegenden Pandemie-Plänen hätte wesentlich früher auf die Protection- und die Mitigation-Phase fokussiert werden müssen. Dies galt insbesondere ab dem Zeitpunkt, ab dem ein wirksamer Impfstoff verfügbar war.

Dadurch konnte der öffentliche Gesundheitsdienst andere wichtige Aufgaben, wie zum Beispiel im Bereich der Kinder und Jugendmedizin, im Jugendschutz, bei den frühen Hilfen oder der Begehung von medizinischen Einrichtungen und insbesondere Beratungen und Hilfen zum Schutz von Alten- und Pflegeheimen, deren Personal und Bewohner häufig nicht ausreichend wahrnehmen.

Das dahinterstehende Problem ist das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, das diese Aufgaben als pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben definiert und somit die Umsetzung in die Entscheidung des jeweiligen Oberbürgermeisters/ der jeweiligen Landräte und der politischen Gremien legt.

Das Föderalismusproblem in der Pandemie, die vor Landesgrenzen keinen Halt macht, ist kein reines NRW-Problem, aber eines, das im Rahmen der Vorbereitungen für das Management künftiger Pandemien/ Krisensituationen diskutiert werden sollte.

Die Blockade durch die Überlastungen in der Containment-Phase muss als eine der wesentlichen Defizite im Rückblick auf die abgelaufene Pandemie gewertet werden.

Durch die entsprechende Abbindung in der Containment Phase wurde aufgrund der personellen Überlastung die Einbindung der Bundeswehr notwendig. Diese Einbindung der Bundeswehr hat sich zweifellos bewährt. Die Bundeswehr hat in weiteren Krisensituationen wie zum Beispiel im Fall eines Krieges nicht die Aufgabe, Gesundheitsämter in dieser Form zu unterstützen sondern steht dann am „scharfen Ende“, worauf die Bundeswehr immer wieder hinweist.

Konkret kann einer derartigen Dauerbelastung nur dadurch entgegen gewirkt werden, dass man von der Containment-Phase frühzeitiger, entsprechend den Pandemieplänen, auf die Schutz- beziehungsweise Mitigation-Phase umschwenkt und hierdurch wesentliche Potentiale der Gesundheitsämter freisetzt.

VI. Kommunikation.

Die nachfolgenden Fragen werden gemeinsam beantwortet

VI.1 Welche Kommunikationsstrukturen sind im Gesundheitssystem auf Kommunal-, Landes- und Bundesebene aufzufinden?

VI.2 Welche Prinzipien einer gelungenen Risiko- und Krisenkommunikation gibt es aus Ihrer Sicht?

VI.3 Welche Herausforderungen und welche Erfolge haben sich hinsichtlich der Risiko- und Krisenkommunikation im Rahmen der Corona-Pandemie herausgestellt? Welche konkreten Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen lassen sich daraus ableiten?

Die Kommunikation im Gesundheitssystem ist nur bedingt gelungen. Die Grundprinzipien einer guten Risiko-Kommunikation – wie sie oben dargestellt wurden - sind nur zum Teil beachtet worden. Die Verlagerung in journalistische Formate wie Talkshows, in denen Gesprächspartner nach komplett anderen Kriterien ausgesucht wurden, als es dem Ernst der Lage angemessen war, und die Schaffung neuer Formate wie der Ministerpräsidenten-Runde mit ihrer Überlagerung durch parteipolitische Wahlkampfauftritte (Laschet versus Söder) waren ungeeignet, um Vertrauen in verantwortungsvolles Regierungshandeln zu fördern. Dem entsprach ein zum Teil emotionalisierter Schwenk hin zu einer „Null-Covid-Strategie“ nach chinesischem Vorbild, für das es zunehmend omnipräsente „Experten“ gab, die den Spielraum für kritische Positionen mit Hilfe der Medien massiv einengten und der Ministerpräsident unseres Landes, Herr Laschet, nicht verhindern konnte, als unfähiger Krisenmanager und heimlicher Querdenker an den Pranger gestellt zu werden.

Notwendig ist es, die Risiko- und Krisenkommunikation dringend zu verbessern und hierbei die Grundprinzipien einer respektvollen Krisen- und Risiko-Kommunikation zu beachten.

Nachdrücklich wird kritisiert, dass zu stark auf „Ängste“ anstatt auf die Befähigung zur Stärkung der Selbstverantwortung und der Solidarität bzw. der solidarischen Verantwortung in unserer Gesellschaft abgehoben wurde und häufig eine Form der Kommunikation gewählt wurde, die nicht den verständnisvollen Erwachsenen angesprochen hat, sondern eher aus der Perspektive „von oben nach unten“ kommuniziert wurde.

Auf die Vorbildfunktion von Politikern wird nochmals hingewiesen

VI.4 Wie kann es aus Ihrer Sicht gelingen, dass Akteure aus Politik, Wissenschaft und des Gesundheitssystems effizient(er) und zielführend(er) miteinander und wiederum mit der Bevölkerung kommunizieren?

Entscheidend ist, dass die Politik sich einer Evidenz-basierten Empfehlung eines breit aufgestellten Expertenrates nicht verschließt. Der Expertenrat muss das Mandat erhalten, den jeweiligen Stand des Wissens so aufzubereiten, dass diese Basis für politische Entscheidungen, für den Krisenstab und für die Kommunikation mit dem Bürger als Grundlage dient.

Die Politik wiederum muss ihrer Rolle in der Umsetzung der entsprechenden Empfehlungen mit Unterstützung des Krisenstabs, der wiederum auch in den Ländern und Kommunen abgebildet sein muss, gerecht werden.

Die Verführung für Politiker, sich über eine Pandemie oder eine Krisensituation zu profilieren und Wahlen zu gewinnen, ist sehr groß, muss jedoch im Sinne einer zielführenden Umsetzung der entsprechenden Erkenntnisse sehr zurückhaltend wahrgenommen werden. Hier müssen sich die politischen Akteure und ebenfalls die Wissenschaftler im Expertenrat eigene Regeln – auch im ethischen Sinne - auferlegen.

Beispiel hierfür können Länder wie Norwegen oder Schweden darstellen. Es wird dringend empfohlen, sich mit den Strukturen in diesen Ländern kritisch-konstruktiv auch im Hinblick auf eine Übertragung auf deutsche Gegebenheiten auseinander zu setzen.

VII Hilfsorganisationen

Die Fragen zu den Hilfsorganisationen werden allgemein beantwortet.

Hilfsorganisationen wie - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - das Rote Kreuz, Malteser- oder Johanniter-Hilfsdienste, das technische Hilfswerk, etc. haben wichtige Funktionen in einer Krise bzw. einer Pandemie.

Die Bundeswehr hat in gleicher Weise hervorragende Arbeit geleistet.

Dennoch fehlt eine bundeseinheitliche Regelung für die zivil-militärische Zusammenarbeit. Ein entsprechendes bundeseinheitliches Gesetz muss dringend erlassen werden.

Dabei ist insbesondere auch zu regeln, dass es in einer Krisen- und Pandemie-Situation nicht zu einer Konkurrenz unter den Hilfsorganisationen kommt, die nur nachteilige Auswirkung hat.

Die Strukturen in der Bundesrepublik Deutschland müssen so zusammengeführt werden, dass jede Institution weiß, welche Kernaufgaben ihr im Kontext und in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen obliegt.

Hier besteht aus Sicht unserer Fachgesellschaft erheblicher Regelbedarf.

Abschließend wird auf die KRINKO Empfehlung zum strukturierten Ausbruchmanagement aus dem Jahr 2002 hingewiesen, worin nach nosokomialen Ausbrüchen folgende Fragen beantwortet werden sollten (12):

- War eine rechtzeitige Erkennung des Ausbruchs gewährleistet?
- Haben das Ausbruchmanagement-Team und die Kommunikationsketten effizient gearbeitet?
- Waren die eingeleiteten Sofortmaßnahmen und die gezielten Maßnahmen richtig und notwendig?
- Sind trotz der eingeleiteten Maßnahmen weitere Erkrankungen aufgetreten?
- War eine effiziente Ursachenklärung durch hygienische, mikrobiologische und epidemiologische Untersuchungen gewährleistet?
- Gelingt eine ursächliche Klärung der Infektionsquellen und Infektionsketten?
- Bleiben Fragen z. B. zu Infektionsquellen/ Infektionsketten oder zu den Krankheitserregern bestehen?
- Welche Präventionsstrategien haben sich bewährt?
- Welche Präventionsstrategien mussten modifiziert oder neu etabliert werden?
- Sind zusätzliche Aufwendungen und Kosten durch die Gefährdungssituation bzw. den Ausbruch entstanden?

Insofern ist die Klärung dieser Fragen auch nach Beendigung einer Pandemie, einem Infektionsausbruch globalen Ausmaßes, sinnvoll.

Literatur:

1. KRINKO. Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz. 2023;66:1279 - 301.
2. OECD (2023), . Health at a Glance 2023: OECD Indicators, . <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>. 2023.
3. Ioannidis JPA, Zonta F, Levitt M. Variability in excess deaths across countries with different vulnerability during 2020-2023. Proc Natl Acad Sci U S A. 2023;120(49):e2309557120.
4. KRINKO. Integration von SARS-CoV-2 als Erreger von Infektionen in der endemischen Situation in die Empfehlungen der KRINKO „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:1279–1301 2023;66:1279 - 301.
5. Hurrass J, Golmohammadi R, Bujok S, Bork M, Thelen F, Wagner P, et al. Explosive COVID-19 outbreak in a German nursing home and the possible role of the air ventilation system. J Hosp Infect. 2022;130:34-43.
6. Helleis F, Klimach, T. and Pöschl, U. Vergleich von Fensterlüftungssystemen und anderen Lüftungs- bzw. Luftreinigungsansätzen gegen die Aerosolübertragung von COVID-19 und für erhöhte Luftqualität in Klassenräumen. . <https://zenodo.org/record/6049289#YsnPL3YzY2w> 2022.
7. Zacharias N, Haag A, Brang-Lamprecht R, Gebel J, Essert SM, Kistemann T, et al. Air filtration as a tool for the reduction of viral aerosols. Sci Total Environ. 2021;772:144956.

8. Moriske H, et al. . Aktuelle Empfehlungen zur lufthygienischen Prophylaxe in Schulen während der COVID-19-Pandemie, Version 1.1, 14. Dezember 2021. . <https://www.picde/5099053/schulbetriebpandemie>. 2021.
9. Streeck H, Schulte B, Kummerer BM, Richter E, Holler T, Fuhrmann C, et al. Infection fatality rate of SARS-CoV2 in a super-spreading event in Germany. *Nat Commun.* 2020;11(1):5829.
10. Lu J, Gu J, Li K, Xu C, Su W, Lai Z, et al. COVID-19 Outbreak Associated with Air Conditioning in Restaurant, Guangzhou, China, 2020. *Emerg Infect Dis.* 2020;26(7):1628-31.
11. Gunther T, Czech-Sioli M, Indenbirken D, Robitaille A, Tenhaken P, Exner M, et al. SARS-CoV-2 outbreak investigation in a German meat processing plant. *EMBO Mol Med.* 2020;12(12):e13296.
12. KRINKO. Ausbruchmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2002;45:180 - 6.