

Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im
Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung
des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Strukturelle und zukunftsorientierte Weiterentwicklung
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

2

**Empfehlungen für abgestimmte
Kommunikationswege und -maßnahmen
über Verwaltungsebenen hinweg
in gesundheitlichen Krisen**

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	S. 3
1. Kommunale Ebene	S. 4
1.1 ASPEKTE DER PERSONAL AUSSTATTUNG	
1.2 ASPEKTE DER KOMMUNIKATION	
2. Ebene der Länder	S. 7
2.1 ASPEKTE DER PERSONAL AUSSTATTUNG	
2.2 ASPEKTE DER KOMMUNIKATION	
3. Ebene des Bundes	S.10
3.1 ASPEKTE DER PERSONAL AUSSTATTUNG	
3.2 ASPEKTE DER KOMMUNIKATION	
4. Zusammenfassung	S. 13
5. Übersicht Beiratsmitglieder	S. 15
6. Impressum	S. 17

Einleitung

Die COVID-19-Pandemie zeigt, dass gesundheitliche Krisen weder an Bundes- oder Ländergrenzen halten noch kleinräumig oder von einzelnen Akteurinnen und Akteuren bzw. Versorgungsbereichen im Gesundheitssystem bewältigt werden können.

Die Begrenzung und Bekämpfung einer Gesundheitsgefährdungslage hängt wesentlich vom Verhalten der Bevölkerung ab. Eine Grundvoraussetzung ist, dass komplexe Sachverhalte zielgruppenspezifisch und bürgernah (klar und transparent) vermittelt werden. Die Informationen müssen die Bevölkerung nicht nur erreichen, sondern von den Bürgerinnen und Bürgern auch verstanden werden, so dass sie von diesen umgesetzt werden können.

Da Krisen dadurch gekennzeichnet sind, dass die erforderlichen Ressourcen nicht ausreichend oder nicht zeitgerecht zur Verfügung stehen, ist es essentiell, Kommunikationswege zu schaffen und zu nutzen, die einen unmittelbaren, verlustarmen Informationsaustausch sowohl über Verwaltungsebenen hinweg als auch über fachliche Zuständigkeitsgrenzen hinaus ermöglichen. Daten und Informationen müssen ohne Medienbrüche und ohne Verzug ausgetauscht werden können.

Die AG 2 – „Risiko- und Krisenkommunikation“ hat auf Grundlage des ersten Berichts des Beirats zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (Beirat Pakt ÖGD) die bisher erfolgte Risiko- und Krisenkommunikation sowie Informationsübermittlung der Corona-Pandemie detailliert betrachtet. Es wurden Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD mit Blick auf Gesundheitskrisen herausgearbeitet und vom Beirat Pakt ÖGD verabschiedet. Im Ergebnis schlägt der Beirat Pakt ÖGD hier nun Maßnahmen vor, um bei zukünftigen gesundheitlichen Notlagen – sei es einer Pandemie, einer klima- oder anders bedingten Gesundheitskrise – schneller und besser abgestimmt in der Kommunikation mit Politik, Akteurinnen und Akteuren sowie Bevölkerung agieren zu können.

1. Kommunale Ebene

1.1 ASPEKTE DER PERSONALAUSSTATTUNG

Problemaufriss: Eine gelungene Risiko- und Krisenkommunikation ist zielgruppenspezifisch und adressatengerecht und damit sehr personalintensiv. Wie in allen Bereichen der Krisenorganisation gilt auch für die Risiko- und Krisenkommunikation, dass der Personalabbau bzw. der gemessen am Aufgabenzuwachs zu geringe Personalaufbau in den letzten 20 Jahren dazu geführt hat, dass die Gesundheitsämter schon vor der Pandemie keine ausreichende Personaldecke hatten, um diesbezüglich genügend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzustellen und weiterzubilden.

Lösungsvorschläge: Es braucht eine konstant breitere Personalbasis und flexiblere Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb der Kommunalverwaltung. Deshalb sind die Umsetzung des Paktes für den ÖGD und der Personalaufbau zentral. In diesem Rahmen sind flexible Strukturen der Personalunterstützung aufzubauen, um u. a. auf steigende Infektionszahlen zeitnah mit einsatzbereitem und entsprechend qualifiziertem Personal reagieren zu können – z. B. ein Personalpool mit für Krisensituationen und Kooperationsvereinbarungen geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Arbeits- und Tarifverträge müssen eine flexible Vergütungsanpassung nach Einsatzbereich in der Krise vorsehen sowie den „24/7“-Einsatz möglichst im 3-Schicht-System plus Wochenende in Krisenzeiten vereinbaren. Dies erst im Akutfall zu regeln, ist nicht möglich. Die rechtzeitige Verlängerung von befristeten Arbeitsverträgen (z. B. mit Studierenden) muss unbürokratisch möglich sein. Darüber hinaus bedarf es für langdauernde Krisen bereits im Vorfeld einer Priorisierung bei der Aufgabenerledigung und der Festlegung zentraler kommunaler Aufgaben.

Ergänzende Anmerkungen: Bonuszahlungen – wie sie in der Corona-Pandemie zugesprochen wurden – sind oft nicht gerecht in der Höhe und Verteilung. Besser wäre es, flexible Vergütungsmöglichkeiten nach Einsatzbereich und die „24/7“-Krisenmitarbeit bereits im Arbeitsvertrag des Öffentlichen Dienstes (ÖD) vorzusehen. Die Dienstbereitschaft ist bei langen Belastungsphasen auf viele Personen zu verteilen.

1.2 ASPEKTE DER KOMMUNIKATION

1.2.1 Öffentlichkeitsarbeit

Problemaufriss: Die Abstimmung zwischen Bund und Ländern war in den letzten zwei Jahren der Corona-Pandemie nicht reibungslos, die Verordnungen des Bundes wurden häufig im Vorfeld bekannt (gegeben), noch bevor die Länder ihre Landes-Verordnungen (VO) erstellen konnten. Die Kommune erhielt dann wiederum Bürgeranfragen, ob bzw. wann welche Regelungen gelten. Verschärft wurde diese Situation durch wöchentlich neue Verordnungen.

Lösungsvorschläge: Eine effektivere Koordinierung auf Ebene der Entscheiderinnen und Entscheider mit Unterstützung durch die Pressestellen und einer verbindlichen zeitlichen Vorgabe zur Umsetzung in den jeweiligen Pressestellen ist notwendig. Bund und Länder müssen die für die Umsetzung bis zur kommunalen Ebene nötige Zeit berücksichtigen, und es sollten größere Gebiete der einheitlichen Presseinformation geschaffen werden.

Ergänzende Anmerkung: Alle Ebenen müssen sich auf Situationen vorbereiten, in denen ein digitaler Kommunikationsweg nicht funktioniert, und entsprechende Alternativen vorhalten.

1.2.2 Internetauftritt

Problemaufriss: Eine besondere Herausforderung waren die sich ständig ändernden Verordnungen zu Infektionsschutzmaßnahmen, deren In- und Außerkrafttreten direkt mit den Inzidenzen verknüpft war.

Lösungsvorschläge: Bei der Bewältigung eines Infektionsgeschehens sollten einheitliche Surveillance-Standards befolgt werden, so dass nur eine offizielle Zahl Gültigkeit besitzt und Grundlage für Maßnahmen auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene ist. Das Robert Koch-Institut (RKI) legt im infektionsepidemiologischen Meldewesen Standards fest. Nötig wäre eine Stärkung der durch das RKI koordinierten Bund-Länder-AG „Surveillance“, damit die einheitlichen Surveillance-Standards besser befolgt werden (z. B. Angleichung der Uhrzeit bei der Übermittlung der Fallzahlen ans RKI). Voraussetzung sind einheitliche Standards bei den angebotenen Softwarelösungen, die einen interoperablen, bidirektionalen Austausch ermöglichen. Die im Prinzip etablierten und eingespielten Verfahren und Strukturen zur Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern (Bund-Länder-AG Surveillance und Arbeitsgruppe Infektionsschutz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG)) müssen vor politischen Entscheidungen durch Bund und Länder verbindlich konsultiert und genutzt werden, um bei künftigen Lagen abgestimmt reagieren zu können.

Ergänzende Anmerkungen: Die Internetkommunikation hat mit Verzögerung überwiegend gut funktioniert: Jedoch kann das Internet nicht die Lösung für alle Personenkreise sein und zudem in der Krise ausfallen – auch darauf muss sich vorbereitet werden.

1.2.3 Konstante Kommunikationskanäle

Problemaufriss: Kommunikationskanäle waren im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) vertikal festgelegt. Von diesem Kanal wurde aber zeitweise über Kommune zu Land zu Bund und umgekehrt abgewichen. Die horizontale Kommunikation, insbesondere zwischen den Kommunen (Übermittlung von Meldungen und von Daten zu Kontaktpersonen), gestaltete sich auf Grund der hohen Fallzahlen in kurzen Phasen mit zeitlicher Verzögerung. Eine wesentliche Herausforderung waren die sich ständig ändernden Verordnungen. Abgesehen davon ist die technische Ausstattung der verschiedenen Akteure (insbesondere Arztpraxen und Labore) ist nach wie vor ein limitierender Faktor in der Meldekette.

Lösung: Es braucht vorab festgelegte Kommunikationskanäle und Standardvorgaben für Schnittstellen zur schnellen horizontalen Übermittlung großer Datenmengen. Diese sind außerhalb der Krise, ggf. zentral gesteuert, aufzubauen und zu nutzen, damit ein schneller Wechsel in den Krisenmodus möglich ist. Kommunale Krisenpläne sind dahingehend anzupassen und mit Bund/Land abzustimmen.

1.2.4 Kommunikation mit besonderen Zielgruppen

Problemaufriss: Es waren keine Wege der Erreichbarkeit besonderer Zielgruppen in Gesundheitskrisen festgelegt (z. B. vulnerable oder schwer erreichbare Gruppen wie ältere Personen oder Migrantinnen und Migranten, Wohnungslose). Darüber hinaus waren keine unterschiedlichen Kommunikationsmedien als Zugänge vorgedacht.

Lösungsvorschläge: Wege der Erreichbarkeit für unterschiedliche Zielgruppen müssen im Vorfeld überlegt und gebahnt werden, zumal die Zielgruppen je nach Krisensituation wechseln können. Es braucht im Verlauf einer Krise – mit Kenntnis der vulnerablen und/oder schlecht erreichbaren Gruppen – auf die einzelnen Gruppen zugeschnittene niedrigschwellige Informationskampagnen sowie aufsuchende Aufklärungsarbeit und Sensibilisierung in den Quartieren der speziellen Communities, unter Umständen in vielen Sprachen. Die Vorplanung sollte deshalb auch Instrumente der Ad-hoc-Erstellung/-Beauftragung von Informationsmaterial für verschiedene Kommunikationskanäle beinhalten.

Eine schnelle, abgestimmte, für den Nutzer kostenfreie, aufwandsarme zentrale Bereitstellung von Informationen für alle Verwaltungsebenen ist erforderlich. Wenn die Informationen und Regelungen einheitlich über alle politischen Ebenen kommuniziert werden, erreichen sie auch die Menschen und werden mit höherer Wahrscheinlichkeit umgesetzt (z. B. AHA-L-Regeln, die medial auf allen Kanälen kommuniziert wurden).

Ergänzende Anmerkungen: Es sind oft die gleichen Gruppen, die schwer erreicht werden. Hier könnten zentral Konzepte/Materialien erstellt und zur Verfügung gestellt werden. Kleinräumig und regional haben sich Test- und Impfmobile in Sozialräumen/Quartieren, insbesondere mit Sprachmittlern, als niedrigschwellige Herangehensweise bewährt. Die aufsuchende Kommunikation sollte kontinuierlich genutzt werden und nachhaltig wirken.

Erreichen der Zielgruppen allgemein:

- Jugendliche, junge Erwachsene und in sozialen Medien Aktive sind durch moderne soziale Medien-Apps besser erreichbar als durch traditionellere Informationskampagnen.
- Traditionelle Informationskampagnen sind dennoch weiterhin notwendig. Zusätzlich bedarf es insbesondere auf Ebene der Kommune aufsuchender Aufklärungsarbeit und Sensibilisierung in den Quartieren und den speziellen Communities.
- Moderne soziale Medien-Apps sollen besser genutzt werden.

2. Ebene der Länder

2.1 ASPEKTE DER PERSONAL AUSSTATTUNG

Problemaufriss: Die Grundproblematik beim Personalmangel der Länder ist vergleichbar mit der auf Kommunalebene.

Lösungsansätze: Der Personalaufwuchs und auch die flexible Personalbereitstellung im Krisenfall müssen auf allen Ebenen erfolgen. Die Länder müssen neben der Bereitstellung der Mittel für die Umsetzung des Pakts für den ÖGD auf der politischen Ebene die Ausbildung von Personal an ihren Ausbildungsakademien unterstützen und in Studiengängen der Gesundheitswissenschaften und der Medizin die Ausbildung von Personalnachwuchs fördern sowie Quereinstiege in den ÖGD erleichtern.

2.2 ASPEKTE DER KOMMUNIKATION

2.2.1 Abgestimmte Wege der Entscheidung und der daraus folgenden Kommunikation

Problemaufriss: Ankündigungen des Bundes zu Maßnahmen des Infektionsschutzes erfolgten in den letzten zwei Jahren oft, bevor die Länder ihre zur Umsetzung erforderlichen Änderungsverordnungen erstellen und verabschieden konnten. Die Umsetzung wurde länderspezifisch angepasst und war entsprechend heterogen. Für die Bevölkerung ist die Kommunikation der politischen Bundesebene am besten wahrnehmbar gewesen. Es galten für die Bevölkerung jedoch die regionalen und lokalen Verordnungen, die oft nicht deckungsgleich mit den Verordnungen auf Bundes- und Länderebene waren. Der Vorteil von regional angepassten Vorgehensweisen wurde durch die Verunsicherung der Bevölkerung hinsichtlich aktuell unterschiedlich geltender Regelungen in Bund und Ländern nivelliert.

Lösungsvorschläge: Die Umsetzung von Bundesvorgaben in den Ländern braucht Zeit oder muss bereits parallel erfolgen. Es braucht verbindliche Strukturen und Prozesse, um zentral Maßnahmen zwischen Bund und Ländern abzustimmen und die Kommunikationswege festzulegen. Dafür bietet sich eine Einheit im Krisenstab auf Bundesebene an. Hier kann die Kommunikation zur fachlich-inhaltlichen und strategischen Umsetzung von Verordnungen und fachlichen Empfehlungen im Bund und in den Ländern koordiniert werden. Das Ziel ist eine gleichzeitige und gleichgerichtete Kommunikation (über die jeweiligen Pressestellen). Um die Wirksamkeit vereinbarter Maßnahmen nicht zu gefährden und eine zeit- und inhaltsgleiche Kommunikation über Ressort- und/oder Verwaltungsgrenzen hinweg sicherzustellen, sind entsprechende Abstimmungen grundsätzlich vertraulich zu führen. Mandatsträgerinnen und -träger bzw. politisch Verantwortliche und alle weiteren Beteiligten sind auf die Vertraulichkeit zu verpflichten. Politische Entscheidungsträgerinnen und -träger müssen darin geschult werden, etablierte Krisenmanagementstrukturen zu nutzen und erprobte Krisenkommunikationsstrategien einzusetzen.

2.2.2 Konstante Kommunikationskanäle

Problemaufriss: Konstante adressatengerechte Kommunikationskanäle waren in der Corona-Pandemie nur für bestimmte Zielgruppen verfügbar. Der Einsatz der vorhandenen Kommunikationsmittel erfolgte zu langsam bzw. zu träge für eine sich derart dynamisch verändernde pandemische Lage. Podcasts, Newsletter, Twitter-Meldungen und Internetseiten erreichen vorrangig bestimmte Zielgruppen (tendenziell eher jüngere und bildungsnahe Schichten), weitere Methoden und Kommunikationswege müssen im Vorfeld mit bedacht werden (aufsuchende Kommunikation).

Die unterschiedlichen Wissensstände zwischen Ländern, aber auch zwischen (benachbarten) Kommunen sind hinderlich in der Gremienarbeit und beeinträchtigen das Image von Politik und Öffentlicher Verwaltung in der Bevölkerung. Der Vertrauensverlust schwächt die Akzep-

tanz bei der Umsetzung der Infektionsschutzmaßnahmen.

Es war zwischen Bund und Ländern, aber auch innerhalb der Länder, nicht festgelegt, wer darüber entscheidet, welche Information wann, wo und wie an die Bevölkerung weitergegeben wird. Es fehlte neben der „Experteneinbindung“ bei der Entschlussfassung auch die Vertraulichkeit der Beschlüsse oder Entwürfe und eine zeitlich und inhaltlich abgestimmte Kommunikation der Behörden. Entscheidungen auf politischer Ebene wurden zum Teil von Einzelpersonen getroffen und per Twitter verbreitet. Das Bedürfnis nach unmittelbarer Kommunikation erschwerte aber der Verwaltung den effizienten Einsatz der etablierten Strukturen des behördlichen Krisenmanagements. Bei der Information der Bevölkerung kommen Verwaltung und Politik eine besondere Verantwortung hinsichtlich der Validität und Reliabilität der Daten zu. Im Gegensatz dazu müssen soziale Medien ihre Informationen nicht prüfen oder validieren. Der kritische Medienumgang ist in der Bevölkerung nicht in allen Teilen ausgeprägt.

Lösungsvorschläge: Die Konzentration auf ausgewählte Kommunikationskanäle, die regelmäßig bzw. dauerhaft und anlassbezogen behördlich bedient werden, ermöglicht sowohl eine adäquate Personalplanung als auch eine erforderliche Qualifikation des Personals für die (Krisen-)Aufgabe. Behörden wird empfohlen, bereits außerhalb von Krisenzeiten die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Kommunikation offenzulegen bzw. darzustellen und die Verbindung zu verlässlichen Multiplikatoren aufzubauen. Dies kann bspw. durch Einbindung von Medienvertreterinnen und -vertretern in Übungen erfolgen. In die Vorbereitung auf Krisen sind alle relevanten Akteurinnen und Akteure einzubinden. Amtsträgerinnen und Amtsträger müssen verstehen, welchen Schaden spontane und nicht abgestimmte Äußerungen gegenüber der Presse anrichten können. Der Bevölkerung muss vermittelt werden, wieso die Behörden gerade in einer dynamischen Lage Zeit benötigen – etwa, um belastbare Antworten zu geben, die mit Dritten abgestimmt sind. Das hohe Informationsbedürfnis anlässlich einer allgemeinen Verunsicherung ist zwar verständlich, ein abgestimmtes Krisenmanagement ist jedoch vorrangig.

3. Ebene des Bundes

3.1 ASPEKTE DER PERSONALAUSSTATTUNG

Problemaufriss: Für die erforderliche Krisenreaktionsfähigkeit bzw. Risiko- und Krisenkommunikation war auch auf Bundesebene insbesondere bei den einbezogenen Fachgremien kein ausreichendes Personal vorhanden. Eine Krise (Corona-Pandemie) dieses Ausmaßes und mit dieser Dauer kann nur mit flexibel einsetzbarer, befristeter Unterstützung aus anderen Bereichen bewältigt werden, die qualifiziertes und erfahrenes Stammpersonal in dieser Zeit unterstützen – siehe Land und Kommune.

3.2 ASPEKTE DER KOMMUNIKATION

3.2.1 Verzahnung Kommunikation mit den anderen Ebenen

Problemaufriss: Die Verzahnung der Datenerhebung und -distribution hat nicht überall und über alle Ebenen hinweg gut funktioniert. Auf Kommunalebene war insbesondere die horizontale Übermittlung nicht hinreichend vorhanden. Kooperationen zwischen Bund und Ländern sind durch die Ebenen übergreifenden Gremien in der Infektionsepidemiologie und Surveillance gegeben, konnten aber aufgrund der zu knappen Personalausstattung nicht effektiv genug bedient werden. Teilweise waren aber auch bestimmte Informationen zur Erfassung und Übermittlung gar nicht vorgesehen, obwohl die Notwendigkeit im Vorfeld fachlich identifiziert worden war (Auslastung stationär und Intensivbetten). Bestehende Verbindungen der Bundesebene zur Landes- und kommunalen Ebene konnten genutzt werden, um Kommunikationsinhalte zu verbreiten. Rückkopplungsmechanismen und Feedbackschleifen in der Kommunikation waren nicht in Gänze vorhanden.

Lösungsvorschläge: Grundlagen (Meldepflichten, Meldetatbestände, Meldeinhalte, Meldewege, Übermittlungspflichten etc.) für den Ebenen übergreifenden Datenaustausch im infektionsepidemiologischen Meldewesen sind im IfSG detailliert geregelt. Das RKI definiert die Standards. Die für epidemische Lagen im Zuge der Novellierung des IfSG notwendigen Anpassungen und Erweiterungen müssen vorgenommen werden. Dies ist im Laufe der Pandemie mehrfach passiert. Für Krisen verschiedenster Natur, die eine gesundheitliche Notlage zur Folge haben können (z. B. Infektionen, Klima, Terror, Krieg), müssen die Inhalte und Wege des Datenaustausches zwischen Bund, Ländern und Kommunen weiter harmonisiert werden. Hier müssen insbesondere die Inhalte mit Bezug auf die zur Anwendung kommenden Meldesoftwaren deckungsgleich sein. Der Meldeweg, aber vor allem die Meldeverpflichtung muss allen Beteiligten präsent sein und umgesetzt werden. Hierfür bedarf es nicht nur

einer Novellierung der gesetzlichen Grundlagen von IfSG und Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), sondern auch einer Informations- und Übungskampagne außerhalb von Krisenlagen. Dies ist notwendig, damit alle Beteiligten (hier insbesondere die Meldeverpflichteten) das entsprechende Know-how erwerben und zur Anwendung bringen. Die Datenqualität und -quantität sind wesentliche Bausteine für eine belastbare Surveillance und somit Grundlage für Entscheidungen. Ein Modus Operandi für Krisen ist in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Koordinierung des Infektionsschutzes in epidemisch bedeutsamen Fällen (Verwaltungsvorschrift-IfSG-Koordinierung) geregelt. Diese Vorschriften sollten bei Bedarf revidiert und ebenfalls im Rahmen von Informations- und Übungskampagnen kommuniziert und umgesetzt werden. Hier bedarf es u.a. der Einbindung der Krankenhausgesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen, um möglichst alle Beteiligten im Gesundheitswesen zu erreichen.

- Für Krisen braucht es einen flexiblen Modus Operandi für den Umgang mit Daten und zusätzlichem Datenbedarf.
- Novellierung von IfSG und BDSG als Rechtsgrundlagen sind kontinuierlich nötig.
- Der Datenaustausch zwischen Bund/Ländern/Kommunen muss weiter harmonisiert werden, idealerweise durch interoperable, bidirektionale Meldesoftware, um Deckungsgleichheit bei den Meldesoftwareangeboten hinsichtlich Inhalten und Meldewege sicherzustellen. Den Softwareherstellern muss zentral mitgeteilt werden, welche Standards, Spezifikationen und Änderungen zeitnah umzusetzen sind.
- Die Meldewege sind auch losgelöst von pandemischen Zeiten zu nutzen.
- An der Umsetzung der Meldeverpflichtung ist seitens aller Beteiligten zu arbeiten.

Die internationale Abstimmung (u. a. EU, WHO) zur Kommunikation mit der Bevölkerung und der Fachöffentlichkeit ist zu verbessern. Hierzu bedarf es einer Autorisierung der Vertretungen der Mitgliedsstaaten, in diesen Gremien Entscheidungen fällen zu können. Das einheitliche Melde- und Berichtswesen von Kommune, Land und Bund ist sicherzustellen. Des Weiteren ist der Aufbau eines „Personalpools Krise“ in der Bundesverwaltung notwendig, dieser sollte durch Aufnahme von Krisenstabsausbildung in die Laufbahnausbildungen im mittleren und gehobenen Dienst sowie durch verpflichtende Lehrgänge für Beschäftigte im höheren Dienst und eine Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme an einer Krisenübung oder Ausbildung zum Fähigkeitserhalt gewährleistet werden. Perspektivisch kann auch mit der Einführung eines Rechtskonstrukts „Nationale Notlage“ eine rechtliche Gleichstellung der Helferinnen und Helfer der anerkannten Hilfsorganisationen mit den Personalressourcen von THW (Technisches Hilfswerk), BW (Bundeswehr) und Feuerwehren erfolgen.

Weiterhin:

- Verpflichtung der Behörden zur Führung eines Alarmkalenders, in dem die Verfahren und Strukturen für die Aufstellung einer besonderen Aufbauorganisation festgelegt sind.
- Verpflichtung zur Durchführung von regelmäßigen Krisenübungen (mindestens als Stabsrahmenübungen) für die gesamte Behörde.

3.2.2 Kommunikation mit den verschiedenen Zielgruppen

Problemaufriss: Kommunikation ist ein zentraler Aspekt des Krisenmanagements, das bei gesundheitlichen Gefährdungslagen zunächst in der föderalen Zuständigkeit der Länder liegt. Die Bevölkerung erwartet aber eine zentrale Kommunikation von Seiten des Bundes, die bei größeren Geschehen wie Pandemien auch fachlich-inhaltlich notwendig ist.

Die IfSG-Koordinierungs-VwV definiert Prozesse und Zuständigkeiten auf Bundesebene. Die Prozesse und Zuständigkeiten für die Kommunikation (BMG, RKI, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)...) sind aber hinsichtlich der Zusammenarbeit unzureichend geklärt. Die betroffenen Einrichtungen sind weder mit Personal noch mit Sachmitteln ausreichend ausgestattet, um den extremen Informationsbedarf der Bevölkerung und der Medien, aber auch der ganzen Fachöffentlichkeit angemessen und zeitnah zu bedienen. Alle politischen Ebenen haben über ihre Mandate hinaus Aufgaben in der Risiko- und Krisenkommunikation übernommen. In dem erforderlichen Ausmaß an notwendiger Kommunikation ist dies jedoch nicht mit den vorhandenen personellen und infrastrukturellen Ressourcen über einen solch langen Zeitraum zu leisten.

Lösungsvorschläge: Ein zentrales Vorgehen in der Kommunikation ist unabdingbar, ebenso eine klare Zuweisung von Aufgaben, z. B. an RKI und BZgA, in Abstimmung mit den Ländern. Die IfSG-Koordinierungs-VwV bedarf einer Aktualisierung in der Zusammenarbeit und Abstimmung mit beteiligten Akteurinnen und Akteuren auf Ebene des Bundes und zwischen Bund, Ländern und Kommunen. Die Institutionen müssen entsprechend ausgestattet sein. Die Einrichtung von entsprechenden personellen und infrastrukturellen Strukturen ist nötig, um sehr schnell sehr hoch skalierbare Erreichbarkeiten aufbauen zu können. Ein dauerhaft auf Bundesebene eingerichtetes „Kompetenzteam Kommunikation“ könnte die Kommunikationsaktivitäten der Akteurinnen und Akteure harmonisieren und abstimmen. Es muss das Ziel sein, die Kommunikation mit den besonderen Personenkreisen (z. B. schwer erreichbaren und/oder vulnerablen Gruppen unter Berücksichtigung der verschiedenen Nationalitäten) vorzubereiten. Die Kommunikation muss stärker wahrgenommen werden – weg von einer einseitigen Informationsübermittlung hin zu einem aktiven bidirektionalen Prozess.

Weitere, auch niedrigschwellige Kommunikationsmittel und -wege müssen angedacht und zeitnah umgesetzt werden. Dabei sind weitere Communities und deren spezifische Kommu-

nikationswege und -arten zu bedenken und einzubinden. Informationen in einfacher Sprache sollten selbstverständlich sein.

Im Interesse einer einheitlichen bundesweiten Kommunikation sollten die Vorgaben zwischen Bund und Ländern konsentiert sein.

4. Zusammenfassung

In der Corona-Pandemie hat sich erwiesen, dass sowohl in der horizontalen Risiko- und Krisenkommunikation z. B. auf kommunaler Ebene als auch in der vertikalen Kommunikation zwischen den Ebenen von Bund, Ländern und Kommunen ein großer Optimierungsbedarf besteht. Dies betrifft insbesondere die Abstimmung und Koordinierung der oft nicht deckungsgleichen Datenerhebungen, Verordnungen und Maßnahmen wie die kohärente Informationsvermittlung über alle Ebenen hinweg bis zu den Bürgerinnen und Bürgern.

So wurden z. B. Verordnungen auf Bundesebene öffentlich gemacht, bevor die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der Verordnungen durch die dafür zuständigen Länder und Kommunen erfolgen konnte. Dies führte nicht unerheblich zu Irritationen der Bürgerinnen und Bürger und wirkte sich im Ergebnis auf deren Verständnis für die Notwendigkeiten der Maßnahmen aus. Bestimmte Zielgruppen waren aufgrund sozialer, kultureller oder gesundheitlicher Bedingungen nur schwer erreichbar.

Darüber hinaus zeigten sich bei der Personalausstattung der beteiligten Gremien und Institutionen hinsichtlich einer reibungslosen Risiko- und Krisenkommunikation auf allen Ebenen Defizite quantitativer und qualitativer Art.

Zur Vorsorge und Bewältigung künftiger Krisen schlägt der Beirat Pakt ÖGD deshalb grundsätzlich eine stärkere Zentralisierung und Standardisierung der Kommunikation, ihrer Wege und Mittel vor. Im Krisenfall sollte auf Bundesebene eine zentrale Einheit im Krisenstab für Kommunikation zuständig sein. Diese sollte u.a. die Umsetzung von Verordnungen und fachlichen Empfehlungen im Bund und in den Ländern koordinieren und auf einheitlichen Kanälen kommunizieren. Entscheidend ist eine abgestimmte, gleichzeitige und gleichgerichtete Kommunikation über die Pressestellen auf allen Ebenen, deren Vertraulichkeit im Vorlauf zu garantieren ist. Entsprechend den unterschiedlichen Zielgruppen erfolgt die Information der Bevölkerung zielgerichtet über verschiedene Kommunikationswege wie soziale Medien-Apps, traditionelle Medien oder auch direkte Ansprache vor Ort bei vulnerablen Zielgruppen.

Ein flexibler Modus Operandi beim Umgang mit Daten in Krisen erfordert eine kontinuierliche Novellierung und ggf. Nachjustierung der Rechtsgrundlagen (bspw. IfSG, BDSG). Für eine zeitnahe Reaktionsfähigkeit ist eine einheitliche und eindeutige Datenlage zum Krisengeschehen unabdingbar. Hier sind die entsprechenden Institutionen zu benennen, zu beauftragen und mit den notwendigen Befugnissen zu versehen, um mittels sogenannter Surveillance-Standards eine solide Entscheidungsbasis zu generieren. Solche Monitoring-Vorgaben gilt es für alle Krisenarten zu schaffen. Diese müssen zwingend auch Standards bei den Softwarelösungen beinhalten und eine Umsetzung bis in die kommunale Ebene ermöglichen.

Die Basis für die Effizienz und Effektivität aller Maßnahmen ist die quantitative und qualitative Optimierung der Personalausstattung. In der Ausbildung der im Öffentlichen Gesundheitsdienst relevanten Berufe an Akademien oder Hochschulen müssen die speziellen für den Krisenfall notwendigen Qualifikationen nicht nur vermittelt, sondern auch entsprechende Übungen realisiert werden. Auch die bereits im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten kontinuierlich im Krisenmanagement geschult werden und an obligaten Übungen teilnehmen. Zusätzlich muss ein gesonderter Personalpool „Krise“ mit Mitarbeitenden aus dem ÖGD und anderen Organisationen aufgebaut und einsatzbereit gehalten werden, so dass auf diesen im Krisenfall direkt zugegriffen werden kann. Arbeits- und Tarifverträge sind so anzupassen, dass im Krisenfall genügend qualifiziertes Personal flexibel 24/7 und im 3-Schicht-System eingesetzt werden kann. Mit dem auf diese Weise bestens qualifizierten und vorbereiteten Personal und der empfohlenen Standardisierung und Zentralisierung der Kommunikationswege und -mittel wird die Bevölkerung zukünftig in gesundheitlichen Krisen besser informiert und geschützt sein.

Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

BEIRAT PAKT ÖGD

Der Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst – kurz Beirat Pakt ÖGD – ist ein externes unabhängiges Gremium, das vom Bundesgesundheitsministerium im Einvernehmen mit der Gesundheitsministerkonferenz berufen wurde. Auf Basis des Leitbildes für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) verfasst der Beirat Empfehlungen zu dessen struktureller und zukunftsorientierter Weiterentwicklung und begleitet die Umsetzung der von Bund und Ländern vereinbarten Paktmaßnahmen.

BEIRATSMITGLIEDER

Vorsitzender und stellvertretender Vorsitzender

Dr. Johannes Nießen

Gesundheitsamt vorgeschlagen durch den Deutschen Städtetag (Gesundheitsamt Köln)

Detlef Cwojdzinski

Einzelverständiger Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz

Einzelverständige

Prof. Dr. Peter Axer

Einzelverständiger Rechtsfragen (Universität Heidelberg)

Detlef Cwojdzinski

Einzelverständiger Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz

Gudrun Widders

Einzelverständige für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsamt Spandau von Berlin)

Sachverständige für Institutionen

Giulio Gullotta

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
Stellvertretung: Dr. Barbara Kowalzik (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe)

Dr. Kristina Böhm

Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (Gesundheitsamt Landeshauptstadt Potsdam)
Stellvertretung: Jörg Heusler (Verband der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Mecklenburg-Vorpommern e. V.)

Dirk Rieb

Bundesverband der Hygieneinspektoren e. V. (Berufsverband der Bayerischen Hygieneinspektoren e. V.)
Stellvertretung: Ralph Schröder (Bundesverband der Hygieneinspektoren, Gesundheitsamt Cuxhaven)

Prof. Dr. Martin Dietrich

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Stellvertretung: Michaela Goecke (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

Dr. Uta Nennstiel

Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie e. V. (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit)
Stellvertretung: Prof. Dr. Eva Grill (Ludwig-Maximilians-Universität München)

Prof. Dr. Ansgar Gerhardus

Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V. (Universität Bremen)
Stellvertretung: Dr. Karin Geffert (Ludwig-Maximilians-Universität München)

Dr. Birgit Walter-Frank

Gesundheitsamt vorgeschlagen durch den Deutschen Landkreistag (Gesundheitsamt Landkreis Tübingen)
Stellvertretung: Dr. Katharina Hüppe (Gesundheitsamt Landkreis Hildesheim)

Dr. Johannes Nießen

Gesundheitsamt vorgeschlagen durch den Deutschen Städtetag (Gesundheitsamt Köln)
Stellvertretung: Dr. Eike Hennig (Gesundheits- und Veterinäramt Magdeburg)

Edith Wallmeier

Eine Hilfsorganisation entsprechend § 26 Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V.)
Stellvertretung: Uwe Martin Fichtmüller (Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V.)

Dr. Beate Grossmann

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.
Stellvertretung: N.N. (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.)

Dr. Ina Zimmermann

Gesunde Städte-Netzwerk (Gesundheitsamt Stadt Nürnberg)
Stellvertretung: Dr. Beate Bokhof (Gesundheitsamt Stadt Hamm)

Dr. Osamah Hamouda

Robert Koch-Institut
Stellvertretung: Dr. Ute Rexroth (Robert Koch-Institut)

Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Oberstarzt Prof. Dr. Kai Kehe

Sanitätsdienst der Bundeswehr
Stellvertretung:
Oberfeldarzt Dr. Svenja Liebler
(Sanitätsdienst der Bundeswehr)

Ständige Gäste

Dr. Ute Teichert

Bundesministerium für Gesundheit
Stellvertretung: Dr. Anna Babette Stier
(Bundesministerium für Gesundheit)

Dr. Elke Bruns-Philipps

Bundesministerium für Gesundheit
Stellvertretung: Gesa Kupfer
(Bundesministerium für Gesundheit)

Dr. Klaus Jahn

Gesundheitsministerkonferenz (GMK)
(Hessisches Ministerium für Soziales und
Integration)
Stellvertretung: Dr. Sabine Totsche
(Hessisches Ministerium für Soziales und
Integration)

Dr. Alexander Steinman

GMK (Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege)
Stellvertretung: Dr. Roland Brosow
(Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege)

Dr. Gottfried Roller

Landesgesundheitsamt Flächenland
(Landesgesundheitsamt Baden-
Württemberg)
Stellvertretung: Stefan Brockmann
(Landesgesundheitsamt Baden-
Württemberg)

Dr. Martin Dirksen-Fischer

Landesgesundheitsamt Stadtstaat
(Hamburg Port Health Center)
Stellvertretung: Dr. Matthias Boldt
(Hamburg Port Health Center)

Jörg Freese

Ständiger Gast von Seiten der
kommunalen Spitzenverbände
(Beigeordneter des Deutschen
Landkreistages)
Stellvertretung: Stefan Hahn
(Beigeordneter des Deutschen
Städtetages)

Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

IMPRESSUM

Herausgeber

Der Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Beirat Pakt ÖGD)

Der Beirat Pakt ÖGD ist ein externes unabhängiges Gremium, das vom Bundesgesundheitsministerium im Einvernehmen mit der Gesundheitsministerkonferenz berufen wurde. Der Beirat Pakt ÖGD berät Bund und Länder.

Text AG 2 – Risiko- und Krisenkommunikation

Dr. Kristina Böhm
Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.
(Gesundheitsamt Landeshauptstadt Potsdam)

Dr. Beate Bokhof
Gesunde Städte-Netzwerk
(Gesundheitsamt Stadt Hamm)

Stefan Brockmann
Landesgesundheitsamt Flächenland
(Landesgesundheitsamt
Baden-Württemberg)

Elke Bruns-Philipps
Bundesministerium für Gesundheit

Detlef Cwojdzinski
Einzelsachverständiger für den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz

Prof. Dr. Martin Dietrich
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Dr. Martin Dirksen-Fischer
Landesgesundheitsamt Stadtstaat
(Hamburg Port Health Center)

Giulio Gullotta
Bundesamt für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe

Dr. Katharina Hüppe
Gesundheitsamt vorgeschlagen
durch den Deutschen Landkreistag
(Gesundheitsamt Landkreis Hildesheim)

Oberfeldarzt Dr. Svenja Liebler
Sanitätsdienst der Bundeswehr

Dr. Ute Rexroth
Robert Koch-Institut

Ralph Schröder
Bundesverband der Hygieneinspektoren,
Gesundheitsamt Cuxhaven

Dr. Sabine Totsche
Gesundheitsministerkonferenz
(GMK) (Hessisches Ministerium für
Soziales und Integration)

Edith Wallmeier
Eine Hilfsorganisation entsprechend
§ 26 Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz
(Arbeiter-Samariter-Bund
Deutschland e. V.)

Redaktion

Dr. Kristina Böhm
Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.
(Gesundheitsamt Landeshauptstadt Potsdam)

Elke Bruns-Philipps
Bundesministerium für Gesundheit

Detlef Cwojdzinski
Einzelsachverständiger für den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz

Giulio Gullotta
Bundesamt für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe

Dr. Ute Rexroth
Robert Koch-Institut

Gestaltung

Atelier Hauer & Dörfler GmbH,
10117 Berlin

Satz und Layout

Geschäftsstelle Pakt für den ÖGD

Stand

November 2022

Kontakt

Beirat zur Beratung zukunftsfähiger
Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst
in Umsetzung des Paktes
für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
(Beirat Pakt ÖGD)

Geschäftsstelle Pakt für den ÖGD
Unter den Linden 21
10117 Berlin

E-Mail:
GeschaeftsstellePaktOEGD@bmg.bund.de

