



Ärztekammer Westfalen-Lippe • Postfach 4067 • 48022 Münster

Gartenstraße 210 – 214
48147 Münster
Tel.: 0251 929 – 0
www.aekwl.de

Landtag Nordrhein-Westfalen
Referat I.A.2 / EK II

Postfach 10 11 43
40002 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
18/1356

A41

Präsidium

Münster, 15. März 2024 /

**Anhörung von Sachverständigen der Enquetekommission II des Landtags NRW
„Krisen- und Notfallmanagement im Zusammenhang mit Pandemie (Gesundheitssystem)“
Hier: Stellungnahme zu einzelnen Fragen**

IV. Ambulante und stationäre Versorgung:

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

Ja - durch das **Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG)** und hier u.a. dem **§ 23 Nosokomiale Infektionen; Resistenzen sowie den dort festgeschriebenen Rechtsverordnungen durch die Länder** soll übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorgebeugt, Infektionen frühzeitig erkannt und ihre Weiterverbreitung verhindert werden.

Dieser Grundsatz gilt auch in Krisensituationen im Gesundheitswesen wie Ausbrüchen, Epidemien oder Pandemien.

Neben dieser gesetzlichen Grundlage auf Bundesebene und der **Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO) NRW** stellen die im Infektionsschutzgesetz beschriebenen Aufgaben **der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO):**

“Gemäß § 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) erstellt die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektions-epidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert Koch-Institut veröffentlicht.”

sowie wissenschaftlich basierte Empfehlungen verschiedener medizinischer Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene die Rahmenbedingungen und Grundlagen für konkrete Maßnahmen in Krankenhäusern und Arztpraxen dar.

Die Qualifizierung zum gesetzlich vorgeschriebenen Krankenhaushygieniker (m,w,d) wie auch dem Hygienebeauftragtem Arzt (m,w,d) in Krankenhäusern und Arztpraxen wird durch entsprechende Weiterbildungen bzw. regelmäßige Fortbildungen insbesondere der Ärztekammern sichergestellt.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt auf ihrer Homepage einen zuletzt 6/2023 aktualisierten Leitfaden zur Hygiene in Arztpraxen zur Verfügung

(https://www.kbv.de/html/1150_64099.php)

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

Der Informationsbedarf von Arztpraxen und Krankenhäusern sollte durch klare Kommunikationswege und Informationsangebote auf verschiedenen Ebenen unterstützt werden.

Hier haben sich in der Corona-Pandemie für die niedergelassenen Ärzte*innen die zeitnahen Informationen der Kassenärztlichen Vereinigungen und für fachliche Informationen und der regelmäßige Austausch über Versorgungsgrenzen hinweg insbesondere regional unter Moderation der Gesundheitsämter (u.a. in Form regelmäßiger Webkonferenzen, aber auch der Weitergabe aktueller Informationen über Multiplikatoren) bewährt. Zudem unterstützen die Informationen auf den Internetseiten u.a. des RKI, des MAGS NRW, der Ärztekammern oder auch von wissenschaftlichen Fachgesellschaften den Informationsbedarf.

V. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD):

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

Die Aufgaben und damit auch die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Hinblick auf ein krisenfestes Gesundheitssystem wird im **Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW)** vom 25. November 1997 (Fn 1, 14) (Artikel 3 d. Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen) normiert.

§ 1

Stellung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Gesundheitswesen

Der Öffentliche Gesundheitsdienst nimmt eigenständige Aufgaben im arbeitsteiligen Gesundheitswesen wahr.

§ 2 (Fn 15)

Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst unterstützt im Rahmen seiner Zuständigkeit nach Maßgabe dieses Gesetzes eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche, in der Wirksamkeit und Qualität dem allgemein anerkannten Stand der gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Bevölkerung. Hierbei berücksichtigt er auch das unterschiedliche gesundheitliche Verhalten, die unterschiedlichen Lebenslagen, die unterschiedlichen Gesundheitsrisiken und Krankheitsverläufe, kulturelle Hintergründe sowie die unterschiedliche Versorgungssituation von Frauen und Männern. Zuständigkeiten anderer gesetzlich verpflichteter Handlungsträger im Gesundheitswesen bleiben unberührt.

(2) Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind hierbei insbesondere

1. die Beobachtung, Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Verhältnisse und der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit,

2. der Schutz und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, die Mitwirkung bei der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten und die Hinwirkung auf ihre angemessene

gesundheitliche Versorgung; dies gilt insbesondere für sozial schwache und besonders schutzbedürftige Personen...

Diskussionswürdig ist die im ÖGDG NRW enthaltene Gestaltungsmöglichkeit der Aufgabenwahrnehmung sofern es sich nicht um Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung handelt. Die Gesundheitsämter in NRW sind somit seit mehr als 20 Jahren hier sehr unterschiedlich aufgestellt - abhängig von den auf Ebene der Kreise oder kreisfreien Städte zur Verfügung gestellten personellen und sachlichen Ressourcen.

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?

Zur Frage der Koordinierungs- und Kommunikationsstrukturen siehe auch die Antworten zu Frage V 1 und IV 4.

Die große Herausforderung in der Pandemie stellte das föderale System mit den jeweils zuständigen Institutionen auf den Ebenen Bund - Land - Kreis/ kreisfreie Stadt - kreisangehörige Stadt/ Gemeinde (zuständig für die Anordnung von Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz) dar. Der Kommunikations- und Koordinationsaufwand in einer Pandemie wie auch bei einem lokalen Ausbruch ist höher, dauert länger, kann zu unterschiedlichen Interpretationen und damit zu Nachfragen oder Hinterfragen von Sinnhaftigkeit und Angemessenheit führen.

Im Infektionsschutz zeigen sich zentrale Strukturen sowohl im Management als auch bei der Kommunikation aufgrund der damit verbundenen Verbindlichkeit überlegen - und auch für die Bevölkerung transparenter und somit nachvollziehbarer.

Lesenswert ist hierzu ein Interview mit Prof. Cornelia Betsch/ Universität Erfurt, die mit ihrem Team zwei Jahre lang die Bevölkerung zu ihrer Einstellung zur Pandemie befragt hat. 2022 endete das COSMO-Projekt (siehe auch VI 2).

“... 75 bis 80 Prozent der Menschen wünschen sich eine langfristige Lösungsstrategie, möchten einheitliche Regeln. Wenn man weiß, was zu tun ist und es umsetzen kann, stärkt das die Selbstwirksamkeit, man spürt, dass man durch die eigene Handlung etwas erreicht...”

<https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2021-02/cornelia-betsch-psychologin-gesundheitskommunikation-universitaet-erfurt-corona-politik>

Bewährt haben sich in der Pandemie regelmäßige Webkonferenzen sowohl des Landes mit den 53 unteren Gesundheitsbehörden, als auch auf der kommunalen Ebene von Gesundheitsämtern mit den Akteuren der medizinischen Versorgung.

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)?

Durch die föderalen Strukturen ist der Öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland sowohl auf der Ebene der Bundesländer (Landesgesundheitsämter, Landesinstitute für Gesundheit...) als auch auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte (Gesundheitsämter, untere Gesundheitsbehörden, Gesundheitsabteilungen...) nicht nur bezogen auf den Namen, sondern auf die Aufgaben oder die Ausstattung mit Personal und Sachmitteln unterschiedlich ausgestattet.

Durch die Corona-Pandemie wurden Defizite insbesondere bezogen auf die personelle Situation aber auch den Stand der Digitalisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und hier besonders der Gesundheitsämter deutlich. Die für die erforderliche Kontaktpersonennachverfolgung 2020 benötigten Personalressourcen mussten durch Priorisierung bzw. Verzicht auf die Aufgabenerfüllung in anderen Bereichen wie den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten oder dem gesundheitlichen Umweltschutz mit der Überwachung der Trinkwasserversorgung zunächst in den Gesundheitsämtern und aufgrund der Langfristigkeit bzw. bei Ausbrüchen in der Gesamtverwaltung zur Verfügung gestellt werden. Die personelle Unterstützung durch die durch den Bund gestellten RKI-Scouts wie auch durch zeitlich begrenzt verfügbare Mitarbeitende der Medizinischen Dienste oder der Bundeswehr haben neben zeitlich befristet eingestelltem Personal durch die Kommunalverwaltungen die erforderliche Kontaktpersonennachverfolgung in den Gesundheitsämtern häufig sichern können. Allerdings stellten die damit verbundenen permanent notwendigen Einarbeitungen wie auch sich ständig verändernde Rahmenbedingungen eine zusätzliche Herausforderung dar.

Die Großstädte in NRW haben organisatorisch wie personell von der Unterstützung durch ihre bezogen auf den Umgang mit Krisenszenarien und Bevölkerungsschutz gut aufgestellten Berufsfeuerwehren profitieren können.

Verbindliche Unterstützungsstrukturen bei gesundheitlichen Krisensituationen auf der regionalen Ebene wie auch überregional, koordiniert durch die Landesebene sowie verbindliche Strukturen

der Zusammenarbeit auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte sind für die Bewältigung derselben erforderlich.

Vor mehr als 10 Jahren startete die "Initiative zur Optimierung des Infektionsschutzes in NRW", an der neben den 3 großen Gesundheitsämtern Düsseldorf, Essen und Köln auch der Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW, die beiden Landesärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein, mehrere Universitäten wie Bonn (Prof. M. Exner) oder Münster (Prof. G. Peters) und die beiden Kommunalen Spitzenverbände beteiligt waren. Aufgrund des Austausches mit dem Gesundheitsministerium und dem Landeszentrum Gesundheit (LZG) wurden 2015 in einer Unterarbeitsgruppe unter Moderation des LZG Vorschläge für einen zukunftsfähigen Infektionsschutz in NRW erarbeitet.

In einer Resolution der Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe am 25.01.2020 wurde aufgrund der Berichte über ein neues Corona-Virus gefordert, die Strukturen im Infektionsschutz in NRW neu aufzustellen und dabei die Vorschläge der Initiative zu berücksichtigen. Erste Schritte folgten 2023 mit der Ankündigung eines neuen Landesinstitutes für Gesundheit und Arbeit oder den Überlegungen bezüglich einer "task force"/ einem Pool aus Fachpersonal der NRW-Gesundheitsämter, das verbindlich bei einem regionalen Ausbruchsgeschehen angefordert und umgehend eingesetzt werden kann.

Weitere Maßnahmen wie die Schaffung verbindlicher Optionen der Gesundheitsämter, auf die wissenschaftliche Expertise von NRW-Universitäten in Form von fachlichen Beratungen zurückgreifen zu können wie auch der Verfügbarkeit innovativer Labordiagnostik in NRW sollten folgen. In NRW gibt es anders als in anderen Bundesländern keine landeseigenen Labore u.a. zur Diagnostik neuer Infektionserreger mehr. Die Labore des Landesgesundheitsinstitutes (damals Iögd NRW) in Düsseldorf und Münster sind ebenso wie die regional verorteten Medizinaluntersuchungsstellen aufgegeben worden, wodurch nur noch bestimmte etablierte Laboruntersuchungen auf Kosten des Landes den Gesundheitsämtern zur Verfügung stehen.

In der Corona-Pandemie haben Gesundheitsämter in NRW Unterstützung bei der erforderlichen Labordiagnostik auch durch ärztlich geführte Labor-Praxen erfahren, die in Zusammenarbeit mit universitären Einrichtungen innovative Verfahren eingesetzt haben - allerdings nicht systematisiert, sondern in der Regel durch Eigeninitiative und/ oder aufgrund persönlicher Kontakte.

Um die Resilienz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und hier insbesondere der Gesundheitsämter zu stärken, sind neben einer Verstärkung des mit dem Pakt für den ÖGD verbundenen

Personalauswuchses und einer fachärztlichen Leitung der Gesundheitsämter auch die für die Aufgabenerfüllung notwendigen Sachmittel erforderlich.

Bezüglich weiterer Bedingungen ist das Gutachten des Sachverständigenrates 2023 "Resilienz im Gesundheitswesen - Wege zur Bewältigung künftiger Krisen" lesenswert.

<https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2023/>

Das Problem der Digitalisierung (nicht nur) des Öffentlichen Gesundheitsdienstes kann nicht allein im Land NRW gelöst werden, da Infektionserreger keine Ländergrenzen respektieren. Hier müssen die Vorgaben/ Standards und Rahmenbedingungen bundeseinheitlich definiert und umgesetzt werden, um "Standards zur Sicherstellung einer übergreifenden Kommunikation und Minimierung von Übertragungsfehlern im Melde- und Berichtswesen zu schaffen."

<https://gesundheitsamt-2025.de/digitalisierung/leitbild>

Laut BMG werden hierfür unter anderem zentral nutzbare Plattformen geschaffen, bereitgestellt und deren konsequente Nutzung vorangetrieben. In der Praxis allerdings scheint es zwischen der Verteilung und Verwendung der Finanzmittel aus dem Digitalpakt und den für diese Zielerreichung erforderlichen Vorgaben einen zeitlichen Versatz zu geben.

Ein positives Beispiel stellt die Entwicklung und der Einsatz des bundesweit eingesetzten Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) dar, mit dem das existierende Meldesystem für Infektionskrankheiten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) weiterentwickelt und verbessert wurde und noch weiterhin werden soll. Laut RKI werde insbesondere – beginnend bei den Meldenden (Ärztinnen und Ärzte, Labore, andere) – eine durchgängig elektronische Informationsverarbeitung ermöglicht.

VI. Kommunikation:

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

Bei den Gesundheitsämtern sind vor allem folgende Kommunikations-/ Austauschstrukturen vorhanden - allerdings aufgrund der kommunalen Ausgestaltungsmöglichkeiten unterschiedlich ausgestaltet (ob, in welcher Form, wie häufig...):

- Kommunale Gesundheitskonferenzen

- Webkonferenzen/ Treffen mit Akteuren der regionalen gesundheitlichen Versorgung wie Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzt*innen, ärztliche Leitung Rettungsdienst...
- fachlich definierte Qualitätszirkel/ Austauschformate (amtsärztliche Begutachtungsdienste, Kinder- und Jugendgesundheitsdienste, Sozialpsychiatrische Dienste, Umweltmedizin, Hygiene und Infektionsschutz/ regionale MRE- Netzwerke...) mit anderen Gesundheitsämtern im Regierungsbezirk, auf der Landesebene oder einer bestimmten Region
- Gesundheitsausschuss von Landkreis-/ Städtetag NRW
- Besprechungen mit Medizinaldezernaten der Bezirksregierungen, Landeszentrum Gesundheit (LZG) oder Gesundheitsministerium (MAGS) auf Einladung

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

- Krisenkommunikation sollte so professionell, breit und transparent wie möglich erfolgen.
- Beachtung des Verhältnisses von Wissenschaft - Politik - Medien
- Jeder trägt in seiner Rolle zu einer Lösung bei.
- gute, transparente Wissenschaftskommunikation durch partizipative Formate (Austausch Wissenschaft und Zielgruppen mit hoher Sensibilität aller Akteure im Hinblick auf zugrunde liegende Interessen)
- Verzicht auf Polarisierung
- Worte in der Öffentlichkeit mit Bedacht wählen und Verzicht auf (Erst-) Ankündigung von Maßnahmen über soziale Medien

Interessant wäre eine Analyse auf der Basis der Erhebungen im Rahmen des COVID-19 Snapshot Monitorings (COSMO) von Prof. Cornelia Betsch / Universität Erfurt, (<https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/>) die in einem Interview im April 2022 wie folgt auf die Frage nach der Art der Risikokommunikation antwortet:

<https://www.wissenschaftskommunikation.de/die-pandemie-vom-menschen-her-denken-und-nicht-nur-vom-virus-57441/> :

FRAGE: Sie sind Mitglied im Expert*innenrat Corona, der in einer Stellungnahme eine „reaktions-schnelle, evidenzbasierte, zielgruppen- und nutzerspezifische Risiko- und Gesundheitskommunikation“ fordert. Wie kann eine solche Art der Kommunikation aussehen und welche Strukturen braucht es dafür?

ANTWORT: Wir brauchen dazu Evidenz aus allen relevanten Inhaltsbereichen wie der Virologie und der Medizin, aber auch wissenschaftliche Befunde aus der Psychologie, den

Kommunikations- und Medienwissenschaften und der Gesundheitskommunikationsforschung, wie man Risiken kommuniziert: Wie lässt es sich grafisch darstellen, welche verständlichen Formate gibt es und welche Medien können welche Zielgruppen erreichen?

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?

Eine große Herausforderungen war die teilweise inkonsistente Kommunikation durch die verschiedenen Ebenen (Bund - Länder - Kommunen), wie bereits als Folge des föderalen Systems dargestellt. Eine verbindliche, klare und einheitliche Kommunikationsstrategie muss zwischen den Akteuren abgestimmt und von ihnen umgesetzt werden.

Eine Herausforderung stellt die Verbreitung von Falschinformationen dar - hier ist eine vorurteilsfreie, transparente Aufklärung über diese Falschinformationen und die Vermittlung von Fakten erforderlich, wie jetzt vom RKI als "Faktensandwiches" entwickelt und zur Verfügung gestellt.

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Impfmythen/Impfmythen_inhalt.html

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?

Diese Stellungnahme wurde aus ärztlicher Sicht und auf der Basis konkreter Erfahrungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst/ von Gesundheitsämtern und der Ärztekammer Westfalen-Lippe unter Berücksichtigung einzelner wissenschaftlichen Publikationen verfasst - stellt aber nicht eine wissenschaftliche Analyse des Pandemiemanagements und insbesondere der Krisenkommunikation dar.

U.a. im Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Abs. 9 IfSG zur Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik aus dem Juni 2022 werden Empfehlungen ausgesprochen, die bei der Gestaltung der künftigen (Krisen-) Politik gewürdigt werden sollten.

Auch die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates vom April 2022 unter dem Titel "Vulnerabilität und Resilienz in der Krise - Ethische Kriterien für Entscheidungen in einer Pandemie" enthält Empfehlungen zur Kommunikation und Information, ebenso die aktuelle Stellungnahme vom 13.

März 2024 zur Klimagerechtigkeit, in der in den Empfehlungen ebenfalls die Verantwortung aller Akteure zur Erreichung einer Lösung betont wird - Zitat: *“Die berechnigte Erwartung an die Politik, effektivere Rahmenbedingungen für den Klimaschutz zu setzen, entbindet Einzelpersonen dennoch nicht von einer individuellen moralischen Mitwirkungspflicht.”*

Diese Erkenntnisse wie auch inzwischen vorliegende Analysen aus anderen europäischen Ländern sollten genutzt werden, um mit Blick nach vorn die erforderliche komplexe Kommunikation zwischen Wissenschaft, Politik, Medien und der Bevölkerung insbesondere bezogen auf den in einer Pandemie/ gesundheitlichen Krisensituation laufenden Änderungsprozess der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der erforderlichen Anpassung der Maßnahmen so zu gestalten, dass der erforderliche gesellschaftliche Konsens so weit wie möglich erreicht werden und damit auch der zu beobachtenden Wissenschaftsskepsis begegnet werden kann.

Zur Lösung trägt jede/jeder in seiner Rolle bei.