

4 Risikokommunikation

4.1 Einführung

B. Ebert, P. Dickmann

Das Kapitel „Risiko- und Krisenkommunikation – Kommunikation vor, in und nach der Krise“ richtet sich an Ausbilder, Schulungsverantwortliche und Multiplikatoren, die sich in Vorbereitung auf mögliche biologische Gefahrenlagen über Risiko- und Krisenkommunikation informieren möchten.

Das Management einer biologischen Gefahrenlage kann in vier Phasen eingeteilt werden (Australian Government, 1999), die unterschiedliche Kommunikationsstrategien erfordern:

1. a) **Vorbeugung** (*prevention/mitigation*)
umfasst alle Maßnahmen, die das Auftreten von Katastrophen verhindern bzw. ihre Auswirkungen verringern können.
1. b) **Vorbereitung** (*preparedness*)
umfasst alle Maßnahmen, die im Schadensfall die rasche Mobilisierung und Verteilung der benötigten Ressourcen sicherstellen sollen.
2. **Reaktion** (*response*)
umfasst alle Handlungen, die unmittelbar vor, während oder nach Eintritt eines Großschadensereignisses zur Minimierung von dessen Auswirkungen unternommen werden.
3. **Wiederherstellung** (*recovery*)
umfasst alle Maßnahmen der Unterstützung vom Schadensereignis betroffener Gemeinden beim Wiederaufbau der physischen Infrastruktur und der Wiedererlangung des emotionalen, sozialen, wirtschaftlichen und physischen Wohlbefindens.

Nach Abschluss der Phase 3 beginnt automatisch wieder Phase 1. Kommunikation ist in den Phasen 1a und b Risikokommunikation, in den Phasen 2 und 3 Krisenkommunikation.

Die beiden einführenden Beiträge dieses Kapitels beschäftigen sich zunächst mit Definitionen und Auslegungen der Begriffe Risiko- und Krisenkommunikation und der Wahrnehmung von Infektionsrisiken in der Gesellschaft.

Im Beitrag **4.2 Risikokommunikation** wird zunächst der Begriff „Risiko“ aus mathematisch-naturwissenschaftlicher und psychologischer Sicht vorgestellt. Aus diesen beiden Betrachtungsweisen ergeben sich Missverständnisse, die eine Kommunikation erschweren können. Anschließend werden die Begriffe Risiko- und Krisenkommunikation abgegrenzt. Ziel der *Risikokommunikation* ist es, vor einer krisenhaften Situation kulturell verankerte Handlungsgewohnheiten zu thematisieren und das Wissen über adäquate präventive Verhaltensweisen in der Bevölkerung zu etablieren. Die *Krisenkommunikation* betrifft hingegen die Information und Aufklärung in einer konkreten (biologischen) Gefahrenlage und ist häufig von Unsicherheiten, Entscheidungszwängen und Knappheit an Zeit und Personal geprägt. Die Autoren betonen die Notwendigkeit, bereits vor einer zu erwartenden Krise proaktive Informationsangebote an Politik, Presse und allgemeine Öffentlichkeit zu richten und entwickeln konkrete Schritte für diese Arbeit. Ergänzend wird im Anhang eine Übersicht der Kommunikationsstrategien in den verschiedenen Phasen des Krisenmanagements, d. h. vor, während und nach einer Krankheitswelle, gegeben.

Der Beitrag **4.3 Die Angst der Gesellschaft vor Infektionen** beleuchtet die Wahrnehmung von Infektionskrankheiten und -risiken in der Bevölkerung. Sie sind der Boden, auf den die Sachinformationen der Experten und Kampagnen treffen und müssen bei der Konzeption von Aufklärungsmaßnahmen berücksichtigt werden. Die bisherigen Erfahrungen mit Infektionsausbrüchen zeigen, dass eine verunsicherte Bevölkerung durchaus medizinische und logistische Maßnahmen behindern kann (z. B. „besorgte Gesunde“). Dieser Effekt wird eher

durch ein Zuwenig als durch ein Zuviel an Informationen ausgelöst. Daher ist es für die Bewältigung biologischer Gefahrenlagen wichtig, im Vorhinein eine Aufklärung der Bevölkerung über Gefahren und mögliche Vorbereitungs- und Schutzmaßnahmen zu betreiben.

Es folgen drei praxisorientierte Beiträge zur Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, der Informationsversorgung der Einsatzkräfte und zum Umgang mit Betroffenen.

Der Beitrag **4.4 Besser informieren: Instrumente der Presse und Öffentlichkeitsarbeit** gibt Hinweise für die Vorbereitung eigener Informationsaktivitäten im Fall einer biologischen Gefahrenlage. Die Kommunikation in dieser Lage umfasst die gezielte Pressearbeit, Informationsangebote für Bürgerinnen und Bürger sowie den Einsatz von Multiplikatoren aus der Fachöffentlichkeit. Das erfahrungsgemäß hohe Informationsbedürfnis der Öffentlichkeit geht mit einer hohen Belastung der Auskunft gebenden Stellen einher. Die Personal- und Ressourcenplanung wird ebenso thematisiert wie die Aufgaben der Öffentlichkeitsarbeit in der Nachbereitungsphase. Ergänzend finden sich im Anhang Listen mit Merkposten für die praktische Umsetzung.

Im Beitrag **4.5 Besser informiert: Entscheidungsträger, Einsatzkräfte und Multiplikatoren** geht es um die interne Abstimmung und fachliche Beratung innerhalb von und zwischen Behörden. Zunächst werden die Rollen, Aufgaben und Erwartungen der verschiedenen Funktionsträger definiert. Die Funktion des Fachberaters wird am Beispiel des Gesundheitsamtes erläutert. Im Fall einer A-, B- oder C-Lage erwarten Katastrophenschutzbehörden einer bundesweiten Erhebung zufolge von den Gesundheitsämtern kompetente Beratung zu Symptomen, therapeutischen Maßnahmen und der organisatorischen Bewältigung der Lage. Der Beitrag entwickelt zudem Handlungsmuster für die Informationsweitergabe vom Fachberater an die Funktionsträger in den verschiedenen Phasen des Krisenmanagements.

Zur Vertiefung und Verdeutlichung einiger Aspekte der Krisen- und Risikokommunikation dienen Fallbeispiele, die sich in den einzelnen Artikeln finden.

- *Affenpockenausbruch* in den USA (4.2, Unterscheidung von Risiko- und Krisenkommunikation)
- Presseberichterstattung über quarantänisierte Kontaktpersonen bei drei *Pockenausbrüchen* in den 1960er Jahren (4.3, Gratwanderung zwischen Verharmlosung und Abschreckung)
- ‚Steckbrief‘ zu den Milzbrandbrief-Attrappen aus der Sicht des Bundeskriminalamtes (4.3, Tätersuche in den USA und Auswirkungen der Hoaxes in Deutschland)

Literatur

Australian Government (1999). Emergency Management Australia: Disaster Medicine. *Emergency Management Australia: Disaster Medicine Part III, Vol. 1*, 2nd edition 1999. (<http://www.ema.gov.au/agd/EMA/emaInternet.nsf/Page/Publications>)

4.2 Risikokommunikation

P. Dickmann, M. Wildner, W. Dombrowsky

Ziel

Grundsatzartikel; Definitionen, Begriffserklärungen
Aufgaben der Risikokommunikation in biologischen Gefahrenlagen

Risiko – eine Begriffsklärung

Risikokommunikation in biologischen Gefahrenlagen hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Die Anthrax-Briefe, SARS oder auch der Ausbruch der Vogelgrippe in Deutschland haben die Notwendigkeit unterstrichen, nicht nur das medizinische Management von Infektionskrankheiten und biologischen Bedrohungen effizienter und effektiver zu gestalten, sondern auch die Informationslage bei Entscheidungsträgern, Medien und Bevölkerung. Um dies zu erreichen, werden inzwischen die Verfahren von **Risikokommunikation** in die Vorbereitung auf biologische Lagen einbezogen.

Was aber bedeutet Risikokommunikation bei biologischen Lagen, wie „funktioniert“ sie dabei und was sind die Unterschiede zu **Krisenkommunikation**?

Bereits der Begriff **Risiko** bereitet Schwierigkeiten, weil er verschiedenen Verwendungen und Ansätzen entstammt. Ganz wesentlich wird die gegenwärtige Begriffsverwendung von versicherungsmathematischen, wahrscheinlichkeitstheoretischen, ingenieur- und wirtschaftswissenschaftlichen Ansätzen bestimmt. Dies zeigt sich vor allem anhand so genannter Schadenswahrscheinlichkeiten, bei denen das Risiko (R) die Wahrscheinlichkeit (W) ausdrückt, mit der ein bestimmtes Schadensereignis (S) eintritt. In dieser Verwendung ist Risiko das Produkt aus Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadensausmaß (Hüfner,

1989; Metzner, 2002), wobei dieser statistische Erwartungswert häufig missverstanden wird als präzise Vorhersage eines Ereigniseintritts. Tatsächlich handelt es sich immer nur um vergangene Häufigkeitsverteilungen pro Zeiteinheit (zumeist pro Jahr).

$$R = S \times W$$

Davon zu unterscheiden sind Risiko-Verständnisse, die den Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Beeinflussungszusammenhang betonen und die mit Ansätzen aus den Sozial- und Kulturwissenschaften und der Psychologie untersucht wurden. Danach ist Risiko vor allem eine Funktion (f) der subjektiven Wahrnehmung [P(subj)] vor dem Hintergrund kultureller Muster und individueller Sozialisation [S(subj)]. Betont wird dabei eine eigene Involviertheit zu einer möglichen Gefährdung, die häufig nicht deckungsgleich ist zu einer Risikobewertung des Vergleichs unterschiedlicher Häufigkeitsverteilungen.

$$R = f [S(\text{subj}), P(\text{subj})]$$

Im Alltag führt die Unvereinbarkeit beider Bewertungsverfahren durchaus zu Konflikten, wie die Haltung gegenüber Rauchen sinnfällig macht: Während die einen die schädigende Wirkung von Tabakrauch unterstreichen und den Schutz des Nichtraucher auch rechtlich verankern möchten, verabsolutieren andere ihr Recht auf Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit. Gerade das Beispiel Rauchen macht deutlich, wie sehr das Eingehen und Hinnehmen von Risiken auf Güterabwägungen beruht, die zumeist komplizierter und komplexer sind als das spezifische Risiko selbst. Involviert sind immer Fragen der Zumutbarkeit, der Folgewirkungen auf Dritte, reale wie ideell-subjektive Nutzenzuschreibungen wie generelle Kosten-Nutzen-Kontexte, die mit einem Risiko verbunden sind.

Risikokommunikation erweist sich darüber als gesellschaftliche Vermittlungsmethode, durch die diese Kompliziertheit und Komplexität

bearbeitet und wechselseitig so vermittelt werden kann, dass Risiken besser verstanden und dadurch letztlich angemessener beurteilt werden können und über Verhaltensmaßnahmen entschieden werden kann.

Unterscheidung Risiko- und Krisenkommunikation

Eine erfolgreiche, Verstehen und Verständnis bewirkende Kommunikation mit der Bevölkerung ist vor allem dann besonders wichtig, wenn gesellschaftliche Bedrohungen bewältigt werden müssen. Großschadenslagen und Katastrophen erfordern mit zunehmender Größe und Dauer auch eine angemessene und solidarische Mitwirkung der Bevölkerung. Selbstschutz-, Selbsthilfe- und Hilfeleistungsfähigkeit ist jedoch nur mobilisierbar, wenn vor dem Eintritt eines Risikos bereits so über dessen Art und Folgen kommuniziert wurde, dass dieses Wissen im Krisenfall unverzüglich aktualisiert werden kann.

Von daher wird **Risikokommunikation** als eher langfristige Kommunikation über Risiken angesehen, mit dem Ziel, mit diesen Risiken „richtig“ umgehen zu können, während **Krisenkommunikation** eher die kurzfristige, auf einen bevorstehenden Risiko- oder einen Schadenseintritt reagierende Information ist, mit dem Ziel, situativ angemessene, operative Verhaltensmaßregeln zu kommunizieren, die allen Beteiligten helfen, ihr einschlägiges Vorwissen bestmöglich umsetzen und anwenden zu können.

Im Bereich der Bekämpfung von Infektionskrankheiten haben beide, Risiko- wie Krisenkommunikation einen besonderen Stellenwert: Damit das medizinische Management bestmöglich wirksam werden kann, bedarf es des umsichtigen und informierten Verhaltens der Allgemeinheit. Es ist die substantielle Vorbedingung einer erfolgreichen Prophylaxe und Behandlung. Damit berühren Infektionskrankheiten nicht ausschließlich medizinische und logistische Aspekte des Managements, sondern auch die wesentlichen und zum Teil sehr sensiblen Bereiche des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Wäh-

rend in den letzten Jahren der Fokus der Vorbereitungen auf den so genannten *First Respondern* – also den zuerst betroffenen Einsatzkräften – sowie dem ärztlichen Management von Infektionserkrankten lag, muss nunmehr auch die Bedeutung der Risikokommunikation im Hinblick auf eine aufmerksame und handlungsfähige Bevölkerung in den Blick genommen werden. Empfehlenswert erscheint dazu eine frühzeitige, transparente und umfassende Informationsstrategie, die die erforderliche Handlungsfähigkeit von gesellschaftlichen Gruppen durch die Verfahren der Risikokommunikation herbeiführt.

Beim Management von biologischen Bedrohungen und Infektionskrankheiten geht es neben allen fachspezifischen Aspekten auch um das Management der verschiedenen gesellschaftlichen Interessen und Bewertungslagen, also um Risiko- und Krisenkommunikation.

Biologische Bedrohungen stellen dabei eine besondere Herausforderung an die Risiko- und Krisenkommunikation dar. Während in der Risikokommunikation versucht wird, die kulturell verankerten Handlungsgewohnheiten, die gesellschaftlichen Phantasmen und Ängste zu thematisieren (siehe 4.3) und eine transparente Informationslage anzubieten, ist die Krisenkommunikation auch von Entscheidungszwang unter Ungewissheit und Knappheitsbedingungen (Zeit, Ressourcen, Informationen) charakterisiert. Um unter diesem Druck Risiken besser beurteilen und kommunikative Bedürfnisse angemessen berücksichtigen zu können, wurde eine Matrix¹ erarbeitet (siehe 4.5, Tab. 1), die es erleichtern soll, die Spezifika biologischer Gefahren schnell einzuordnen und adäquate Handlungsoptionen – auch und insbesondere vor der Krise – ableiten zu können.

¹ Siehe dazu: Wildner, M., Dombrowsky, W., Dickmann, P. (2007). Szenarien biologischer Gefahrenlagen. Eskalationsstufen von Risikokommunikation. In: *Biologische Sicherheit in Deutschland*. Kongressband zur German BioSafety 2005. (im Druck)

Risikokommunikation – strukturell

In pluralistischen, demokratischen Gesellschaften gibt es widerstrebende Expertenmeinungen, widerstrebende mediale Positionen und widerstrebende Interessen. Es kann daher nicht in jedem Fall von einer einfachen Botschaft ausgegangen werden, die nur noch klar und deutlich und möglichst authentisch kommuniziert zu werden braucht.

Ziel einer Risikokommunikation ist es daher, nicht nur die **Inhalte**, sondern auch die **Prozesse widerstrebender Positionen** selbst, als Beobachtungsbeschreibung, zu kommunizieren (z. B. Vorteile und Risiken einer privaten Bevorratung von Masken). Transparenz dieser Prozesse herzustellen, ist Bestandteil und wichtiges Moment von Risikokommunikation.

Risikokommunikation ist in diesem Sinne die Kommunikation zwischen verschiedenen Interessengruppen zu einem relevanten Thema – in unserem Falle: auf dem Gebiet der biologischen Gefahrenlagen –, die Botschaften sowohl von der Inhaltsebene („Fachinformationen“) wie auch Botschaften von der Strukturebene (Transparenz der Entscheidungsprozesse) als Kommunikation anbietet.

Ziel von Risikokommunikation ist es daher, möglichst alle Adressaten frühzeitig und dialogisch an der Kommunikation zu beteiligen und zugleich alle Beteiligten in die Bedingungen und Strukturen von Kommunikation einzubeziehen.

Damit soll erreicht werden, dass die Bevölkerung mit einer fachinformierten Grundhaltung und kompetenten Handlungsmustern in die Lage versetzt wird, sich in der jeweiligen Situation – wie sie sich in ihrer ‚objektiven‘ Ausrichtung und ihrer ‚subjektiven‘ Einschätzung darstellt – adäquat zu verhalten. Risikokommunikation bereitet somit den fruchtbaren Boden, auf den dann Krisenkommunikation fallen soll.

Risikokommunikation unterscheidet sich wesentlich von Krisenkommunikation. Während Krisenmanagement und Krisenkommunikation vor allem in militärischen oder stabsorganisierten Zusammenhängen etabliert wurde, in denen man von definierten und hierarchisch funktionierenden Organisationseinheiten ausgehen kann, ist Risikokommunikation hingegen von kulturellen und internationalen Vielfalten gekennzeichnet. Hier kann es möglicherweise auch zu einer Friktion in der Kommunikationsart selber kommen: hier funktionieren Befehle nicht, ebenso wenig wie Handlungsanordnungen unter Informationsknappheit. Krisenkommunikation drückt sich in diesem Zusammenhang zunächst als eine Kommunikations-Krise aus. Der Wechsel von einer Risiko- in eine Krisenkommunikation wird gesellschaftlich oft als schwierig empfunden. Symptomatisch werden Verluste der informationellen Selbstbestimmung, Zeitknappheit und unzureichende Handlungsmöglichkeiten beklagt.

In demokratischen und liberalen Gesellschaften ist es ungeheuer schwierig, ‚plötzlich‘ eine andere Handlungs- und Entscheidungsform – von demokratisch-selbstbestimmt zu hierarchisch-direktiv – durchsetzen zu wollen. Zudem kann nicht erwartet werden, dass alle Handelnden zugleich und gleichförmig auf veränderte äußere Erfordernisse reagieren – dies umso weniger, je stärker die Versuchung wirkt, besondere Ereignisse massenmedial zu nutzen. In einer Mediendemokratie ist kaum erwartbar, dass plötzlich ‚abgestimmte‘, allein sachliche Botschaften gesendet werden. Dennoch verlangen extreme Situationen Möglichkeiten, psychischer wie sozialer Destabilisierung entgegen wirken zu können, um handlungsfähig zu bleiben. Risikokommunikation ist auch dafür eine angemessene Strategie gegenüber den Herausforderungen an das internationale Management von globalen biologischen Bedrohungen in ganz unterschiedlichen Gesellschaften.

Strukturell werden folgende Schritte vorgeschlagen, die eine Risikokommunikationsstrategie berücksichtigen sollte. Ausgangspunkt bildet die Situation, in der keine Krise, also keine thematische Fokussierung, Informationen notwendig macht. In dieser Phase ist es die Aufgabe der Verantwortlichen, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, den poli-

tischen Entscheidungsträgern proaktiv (und im Sinne eines ‚vor die Lage kommen‘) Informationsangebote zu machen, Kommunikationszusammenhänge herzustellen und die Koordination zu den Kollegen zu etablieren und zu unterhalten. Zur inhaltlichen Ausrichtung der Kommunikation wird eine Analyse und Auswertung der Ausgangslage wie auch der akuten Lage (Anfragen ans Gesundheitsamt, Berichte über Erkrankung und gesundheitliche Probleme z. B. aus öffentlichen Einrichtungen) vorgeschlagen.

Als nächster Schritt sollte eine Zielgruppenbefragung vorgenommen werden, die zur Strategieempfehlung führt und die Implementierung von Aktionen vorsieht (siehe Tab. 1).

Tab. 1: Entwicklungsphasen für Maßnahmen der Risikokommunikation

Phase	Maßnahme	Hinweis
1	Beschreibung der Situation	Jeweils Differenzierung nach Zielgruppen (siehe Kasten 1)
2	Analyse der Situation	
3	Zielgruppenbefragung (<i>Audience Research</i>)	
4	Strategieentwicklung für Kommunikation & Schulung	
5	Entwicklung eines Evaluationsplanes	
6	Verstetigung der Maßnahmen	

Wichtig ist es, einerseits relevante Informationen für die entsprechenden Gruppen bereitzustellen, andererseits sowohl deren Erreichbarkeit und Verfügbarkeit als auch deren Stimmigkeit zu gewährleisten. Informationen sollten also prinzipiell allen zugänglich, für alle verständlich, sachlich und fachlich richtig und zudem „gerecht“ verteilt sein. Bevorrechtigte Informationen dürfen in diesem Sinne nur „funktio-

onal“ ungleich verteilt werden, z. B. zuerst an Einsatzkräfte oder an die Medien, um hohe Wirkungsgrade zu erzielen. Insbesondere für Presseanfragen sollte es z. B. ein spezielles Informationsangebot geben (Merkblatt, Einladung zum Aktionstag etc.), allerdings sollten Journalisten auch die Informationen für Erkrankte, Besorgte und Involvierte bekommen.

Kasten 1: Zielgruppen der Risikokommunikation
Übersicht: siehe Checklisten (Anhang S. XY)

- Exponierte/Erkrankte
- Besorgte/allgemeine Öffentlichkeit
- Involvierte (Experten, Exekutive, politische Entscheidungsträger, Ökonomie)

Fallbeispiel: Affenpocken in den USA

C. Friedrich

Im Mai und Juni 2003 wurden in den USA 71 humane Fälle von Affenpocken registriert [1]. Dieser Ausbruch, der sechs Bundesstaaten betraf, war der erste auf dem amerikanischen Kontinent; zuvor war die Krankheit nur in West- und Zentralafrika beobachtet worden.

Die Indexpatientin erkrankte am 16. Mai, drei Tage nach dem Biss eines als Haustier gehaltenen Präriehundes, und wurde nach erfolgloser antibiotischer Behandlung am 22. Mai hospitalisiert. Ein weiteres Familienmitglied erkrankte am 27. Mai; eine Biopsie der Hautläsionen ergab am 30. Mai den Nachweis von Orthopockenviren. Trotz der Ähnlichkeit der Läsionen zu humanen Pocken wurde ein möglicher bioterroristischer Hintergrund wegen des engen Kon-

taktes der beiden Patienten zu dem Präriehund frühzeitig ausgeschlossen [2].

Im Verlauf einer vom Wisconsin Department of Health and Family Services (DHFS) einberufenen Telefonkonferenz am 5. Juni 2003 mit Ärzten und Vertretern der lokalen, bundesstaatlichen sowie der Bundesebene schlugen zwei beteiligte Krankenhäuser vor, Fotos zum klinischen Erscheinungsbild sowie (elektronen)mikroskopische Aufnahmen des Erregers auf einer Webseite der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Die Idee wurde innerhalb einer Stunde realisiert: allein während der ersten zwei Monate der Untersuchung verzeichnete die Seite mehr als 400 000 Besuche [3].

Noch am selben Tag berichtete das DHFS in einer mit dem Department of Agriculture, Trade and Consumer Protection (DATCP) abgestimmten Pressemitteilung über die Erkrankung von 12 Personen nach Kontakt zu Präriehunden. Die Ursache der Erkrankungen sei jedoch gegenwärtig noch unbekannt. Zugleich wurden der Bevölkerung Hinweise für den Umgang mit möglicherweise erkrankten Tieren gegeben. Der zuständige Amtsveterinär ergänzte dies durch Empfehlungen für Tierärzte bezüglich Schutzkleidung und Meldeverhalten.

Einen Tag später erließ das DHFS ein zeitweiliges Verbot für den Handel mit sowie die Einfuhr und das Ausstellen von Präriehunden, das später vom Landwirtschaftsressort auf andere Säugetierarten ausgedehnt wurde. Ergänzt wurde die Maßnahme durch ein von der US-Seuchenbehörde Centers for Disease Control and Prevention (CDC) erlassenes Importverbot für sieben Nagerarten sowie Beschränkungen des Transports von Präriehunden zwischen den Bundesstaaten.

In einer Pressemitteilung der CDC vom 7. Juni wird bestätigt, dass es sich bei den mittlerweile 19 Fällen in drei Bundesstaaten um den ersten Ausbruch humaner Affenpocken in der westlichen Hemisphäre handelt. In einer Konferenzschaltung stellten sich Experten

der CDC sowie der Behörden aus Wisconsin, Illinois und Indiana den Fragen der Medienvertreter.

Am 8. Juni, einem Sonntag, veröffentlichte das DHFS eine offizielle Warnung für alle Gesundheitsämter in Wisconsin mit Informationen zu Klinik, Labordiagnostik und Epidemiologie der Erkrankung. Darüber hinaus enthielt die Mitteilung Empfehlungen zu hygienischen und antiepidemischen Maßnahmen. Die lokalen Behörden wurden aufgefordert, auch Ärzte und Krankenhäuser zu informieren.

Die CDC veröffentlichten am 10. Juni auf ihrer Webseite Fragen und Antworten („FAQs“) zu Affenpocken. Einen Tag später folgte die Empfehlung, engen Kontaktpersonen von Infizierten sowie den an der Ausbruchsuntersuchung Beteiligten eine Pockenimpfung anzubieten. Da der ursprünglich in Vorbereitung auf einen bioterroristischen Anschlag beschaffte Impfstoff für eine derartige Indikation nicht zugelassen ist, betonte die Direktorin der CDC, Dr. Julie Gerberding, dass die CDC in Kooperation mit der US-Arzneimittelbehörde FDA und einem Expertenteam erst nach sorgfältiger Abwägung der Risiken zu dieser Entscheidung gelangt seien. In der Presseerklärung wurde US-Gesundheitsminister Thompson mit den Worten zitiert: *“This outbreak demonstrates the importance of preparedness for the unexpected. [...] We are now seeing that this level of preparation can also assist in unexpected, natural outbreaks.”* (Dieser Ausbruch demonstriert, wie wichtig es ist, auf das Unerwartete vorbereitet zu sein [...]. Wir sehen jetzt, dass dieser Vorbereitungsstand auch bei unerwarteten, natürlichen Ausbrüchen helfen kann).

Bis zum 11. Juli 2003 berichtete das Fachblatt *“Morbidity and Mortality Weekly Report”* wöchentlich über den Fortgang der Untersuchung, in dieser letztgenannten Ausgabe auch über die Aufklärung der Verteilungswege der infizierten Tiere.

In seiner Aussage vor einem Ausschuss des US-Senats am 17. Juli fasste Dr. Stephen Ostroff, stellvertretender Direktor des Nationalen Zentrums für Infektionskrankheiten, die Rolle der CDC bei Ausbruchsuntersuchungen von Zoonosen mit folgenden Worten zusammen: *„While we have made progress in building domestic and global capacity to address intentional and naturally-occurring threats to human public health, our job is far from complete and much more remains to be done. CDC looks forward to working with Congress, and our federal, state, local, public, and private partners, to address the infectious disease threats of the present and the future.“* (Obwohl wir Fortschritte beim Aufbau inländischer und internationaler Leistungsfähigkeit des öffentlichen Gesundheitswesens im Umgang mit absichtlichen und natürlich vorkommenden Bedrohungen gemacht haben, sind wir noch weit davon entfernt, diese Aufgabe abgeschlossen zu haben und müssen noch viel tun. Die CDC freuen sich mit dem Abgeordnetenhaus (*Congress*) und den Partnern auf Bundes-, Landes-, kommunaler und privater Ebene zusammen zu arbeiten, um die Bedrohung durch ansteckenden Krankheiten in Gegenwart und der Zukunft zu begegnen.)

Die offizielle Fallzählung der CDC endete am 30. Juli 2003.

Literatur

- [1] Zu den hier zitierten Materialien siehe die Webseiten der CDC zum Thema „Affenpocken“ (www.cdc.gov/ncidod/monkeypox/) sowie die entsprechenden Webseiten der Gesundheitsbehörden in den betroffenen Bundesstaaten.
- [2] Kennedy, M. (2003). Handling Infectious Disease – How Wisconsin copes with monkeypox and more. *Wisconsin Med.J.* **102** (4), 11-14
- [3] Reed, K. D. (2004). Monkeypox, Marshfield Clinic and the Internet: Leveraging Information Technology for Public Health. *Clin.Med.Res.* **2**(1), 1-3

Am Beispiel einer hypothetischen Ereignisplanung wird ein gestuftes Vorgehen empfohlen.

Risikokommunikation mit der allgemeinen Öffentlichkeit am Beispiel Influenza-Vorbereitungen

Kommunikationsziele

1. Übergeordnet: Angst nehmen, Risiko fassbar machen, Handlungsmöglichkeiten für die allgemeine Öffentlichkeit kommunizieren
2. Konkrete Inhalte (Beispiele) vermitteln:
 - Informationen über die Existenz von Pandemieplänen auf Bundes- und Länderebene
 - Informationen über medizinische Therapiemöglichkeiten und Bevorratung von Medikamenten durch die Länder
 - Informationen über die Vorbereitungen des Bundes für eine rasche Impfstoffentwicklung
 - Option nicht-pharmazeutischer Maßnahmen zur Infektionskontrolle (Absage von Massenveranstaltungen, rasche Isolierung und Behandlung von Erkrankten, Absonderung und Beobachtung bei Verdacht)
 - Handlungsmöglichkeiten der allgemeinen Öffentlichkeit: z. B. allgemeine Hygiene (Händewaschen, Verzicht auf Händeschütteln, Desinfektionsmittel privat bevorraten, Vermeidung von Massenveranstaltungen/Menschenansammlungen, private Verkehrsmittel)

→ Tenor: es gibt grundsätzlich ein Restrisiko im menschlichen (Zusammen-)Leben, nicht nur durch Infektionskrankheiten (*Resilience*), Verweis auf die wissenschaftliche Infrastruktur und die Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

3. Formales Ziel, mit einer Stimme sprechen' (Beispiele):

- kompatible Botschaften zielgruppenspezifisch aufbereiten
- zielgruppengerechte mediale Formate
- Multiplikatoren-schulung/Experten-netzwerk
- *vorbereitende* qualitative Zielgruppenbefragung, daraus Botschaften mit kooperierenden Experten abstimmen, Pretest mit Experten, 'Expertenrat'
- Methodenkompetenz des ÖGD stärken; z. B. durch Bund-Länder-Workshop Health Marketing
- Inhalte und Formate mit Experten auf Landes- und Kommunal-ebene diskutieren, abstimmen und ausformulieren

Produkt/Mediales Format und Kommunikationswege auf Basis einer vorbereitenden qualitativen Zielgruppenbefragung

Zeitplan (Vorschlag)

Vorbeugung/Vorbereitung

- Qualitative Zielgruppenbefragung (Bund) als Ergänzung bzw. zur Überprüfung der übergeordneten Ziele
- Daran anknüpfend: gemeinsam mit Experten Botschaften und mediale Formate (Bund) erstellen, gesundheitspolitische Bilder

in ein Kommunikationskonzept integrieren („öffentliches Impfen“), Pretest der Module

- Ergänzung des Rahmenplanes durch ein Rahmenkonzept für die Risikokommunikation mit ‚Generic messages‘, pre-getesteten Botschaften-Set (Vorbereitungsphase: Angst nehmen, Vorsorge treffen) für die Landesebene, auf Landesebene Plan-spiel mit diesem „Set“ anregen
- Multiplikatoren-Workshops für das Risikokommunikations-Set (pre-getestete Botschaften)

Vorbereitung/Reaktion

- Qualitative Zielgruppenbefragung (Bund) als Ergänzung bzw. zur Überprüfung der übergeordneten Ziele
- Daran anknüpfend: gemeinsam mit Experten Botschaften und mediale Formate (Bund) erstellen, politische Bilder in ein Kommunikationskonzept integrieren („öffentliches Impfen“), Pretest der Module
- Ergänzung des Rahmenplanes durch ein Rahmenkonzept für die Risikokommunikation mit ‚Generic messages‘, pre-getesteten Botschaften-Set (interpandemisch: Angst nehmen, Vorsorge treffen) für die Landesebene, auf Landesebene Plan-spiel mit diesem „Set“ anregen
- Multiplikatoren-Workshops für das Risikokommunikations-Set (pre-getestete Botschaften)

Institutionen der Risikokommunikation

Der Aufgabenbereich der Risikokommunikation ist in Deutschland noch nicht traditionell etabliert. Die Bedeutung der Risikokommunikation

hat allerdings sowohl in der gesellschaftlichen Wahrnehmung wie auch in dem politischen und medizinischen Management von biologischen Gefahrenlagen an Bedeutung gewonnen. So wurden in den letzten Jahren einige Abteilungen gegründet, die die sachgerechte Bewertung und Kommunikation von biologischen Bedrohungslagen zum Ziel haben.

National

Auf nationaler Ebene wurde 2002 im Nachgang der Anthrax-Briefe in den USA am **Robert Koch-Institut (RKI)** das Zentrum für Biologische Sicherheit (ZBS) gegründet. Zum ZBS gehören fünf Fachabteilungen, ZBS 1–5, sowie die Informationsstelle des Bundes für Biologische Sicherheit (IBBS).

Während ZBS 1–5 die Expertise zu Viren, Bakterien, Pilzen, Toxinen, Nachweismethoden und Diagnostik bereitstellen sowie ein Hochsicherheitslabor planen, hat die Informationsstelle des Bundes für Biologische Sicherheit (IBBS) die Aufgabe, Management und Kommunikation im Bereich biologischer Gefahrenlagen zu übernehmen. Dabei liegen die Schwerpunkte der Arbeit besonders auf der

- Information
 - Beratung der Entscheidungsträger
 - Information von Fachkreisen
 - Schulung und Weiterbildung (intern und extern)
 - Information der Öffentlichkeit

und der

- Koordination und Etablierung von Informationsnetzwerken
 - Kooperation mit nachgeordneten Einrichtungen anderer Ressorts, insbesondere Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Bundeskriminalamt, Sanitätsamt der Bundeswehr

- Koordination von Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung bei bioterroristischen Ereignissen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben
- Etablierung und Ausbau von Informationsstrukturen und Kooperationen
- Kontakt zu den korrespondierenden zivilen und militärischen Einrichtungen in und außerhalb der EU und NATO

Das Forschungsvorhaben *Interdisziplinäres Expertennetzwerk Biologische Gefahrenlagen* wird im Auftrag des **Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)** am RKI durchgeführt. Das Expertennetzwerk Biologische Gefahrenlagen ist ein Verbund von Expertinnen und Experten aus der Praxis mit Wissenschaftlern der entsprechenden Disziplinen, die zu relevanten Themen der Prävention und des Management biologischer Gefährdung mit dem Ziel zusammenarbeiten, Bevölkerungsschutz, Infektionsprophylaxe und Krisenmanagement organisatorisch und inhaltlich zu verknüpfen. Zentrales Anliegen in diesem Projekt ist der Gedanke der Vernetzung von Experten und Expertisen. Insbesondere in Biologischen Gefahrenlagen ist es wichtig, flexibel und aktuell zu speziellen Sachfragen adäquat Stellung nehmen und reagieren zu können. Durch die Verknüpfung von Expertisen in dem Netzwerk kann ein effektives und effizientes Zusammenarbeiten verschiedener Behörden und Einrichtungen auf Bundes- und Landesebene erleichtert werden.

Das **Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR)** hat den gesetzlich verankerten Auftrag, über gesundheitliche Risiken der Bevölkerung durch Lebensmittel, Stoffe und Produkte zu informieren. Im Zusammenhang dieser Arbeit hat das BfR z. B. ein Risikokommunikationstool für die innerbehördliche Risikokommunikation entwickelt (EriK; *Entwicklung eines mehrstufigen Verfahrens der Risikokommunikation*, siehe 4.2.5). Ziel ist es weiterhin durch eine kontinuierliche Kommunikation mit der Bevölkerung die Risikobewertung transparent und nachvollziehbar zu gestalten.

Außerdem arbeiten auch Abteilungen des Umweltbundesamtes (UBA), die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS), das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), die Bundesanstalt für Materialforschung und -prüfung (BAM) sowie das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) und das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) an der Kommunikation der gesundheitlichen Risiken für die Bevölkerung.

Kasten 2: deNIS I – deutsches Notfallvorsorge-Informationssystem

deNIS I ist eine offene Internetplattform, die Informationen zum Bevölkerungsschutz zusammenfasst, aufbereitet und jedem Bürger zur Verfügung stellt. Unter www.denis.bund.de findet der Bürger Informationen zu Gefahrenarten, Notfallvorsorgemaßnahmen, Verhaltensmaßregeln und Möglichkeiten der Gefahrenabwehr sowie eine umfangreiche Linksammlung zu den Bereichen Katastrophenschutz, Zivilschutz und Notfallvorsorge. deNIS ist ein Serviceangebot des BBK. Weitere Informationen unter www.bbk.bund.de.

International

Auf internationaler Ebene arbeiten verschiedene Einrichtungen auf dem Gebiet des Managements von biologischen Gefahren. Sowohl das Europäische Zentrum für Infektionskrankheiten und Prävention (ECDC), die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) haben zur Krisenkommunikation gearbeitet und entsprechende Empfehlungen publiziert. Die Bedeutung einer Risikokommunikation, die aktiv auf die Bevölkerung zugeht, wird erst nach und nach realisiert. Neben den staatlichen Institutionen gibt es auch eine Reihe von internationalen Netzwerken.

Materialien

Der Bereich der Risikokommunikation ist in nationalen und internationalen Programmen noch kaum etabliert. Mit dem Kommunikationstool *ERiK – Entwicklung eines mehrstufigen Verfahrens der Risikokommunikation* (siehe auch 4.4) hat das BfR im deutschsprachigen Raum ein Pilotmodul geschaffen, das die interbehördliche Kommunikation verbessern möchte.

Im englischsprachigen Raum hat das amerikanische Gesundheitsministerium Richtlinien für die Kommunikation mit Medien und Risikokommunikation entwickelt (siehe 4.4), die vor dem Hintergrund des Krisenmanagements entwickelt wurden.

Risikokommunikation kristallisiert sich als Herausforderung an das zukünftige Management von auch biologischen Gefahrenlagen.

Literatur

- Daase, C. (2002). Internationale Risikopolitik: Ein Forschungsprogramm für den sicherheitspolitischen Paradigmenwechsel. In: Daase, C., Feske, S., Peters, I. (Hrsg.): *Internationale Risikopolitik: Der Umgang mit neuen Gefahren in den internationalen Beziehungen*. Baden-Baden: Nomos; 9-35
- Dickmann, P., Sasse, J. & Biederbick, W. (2005). Interdisziplinäres Expertennetzwerk Biologische Gefahrenlagen. Bundesgesundheitsblatt 48, 1055-1057
- Dombrowsky, W. & Pajong, F.-G. (2005). Panik als Massenphänomen. *Der Anaesthesist* 54, 245-253
- Hüfner, J. (1989). Wie sicher ist sicher genug? Zur Definition, Abschätzung und Bewertung von Risiken. In: Schmidt, M. (Hrsg.): *Leben in der Risikogesellschaft. Der Umgang mit modernen Zivilisationsrisiken*. Karlsruhe: Verlag C.F. Müller; 33-43
- Gray, G. M. & Ropeik, D. P. (2002). Dealing with the dangers of fear: the role of risk communication. *Health Aff. (Millwood)* 21, 106-116

- Habegger, B. (2006). Von der Sicherheits- zur Risikopolitik: eine konzeptionelle Analyse für die Schweiz. In: Wenger, A., Mauer, V. (Hrsg.). *Bulletin 2006 zur schweizerischen Sicherheitspolitik*. Zürich: Forschungsstelle für Sicherheitspolitik der ETH Zürich; 113-166
- McIntyre, J. J. & Venette, S. (2006). Examining the CDCynergy Event Assessment Tool: an investigation of the anthrax crisis in Boca Raton, Florida. *Disasters* 30, 351-363
- Metzner, A. (2002). *Die Tücken der Objekte. Über die Risiken der Gesellschaft und ihre Wirklichkeit*. Frankfurt/New York: Campus
- Münkler, H. (2001). Terrorismus als Kommunikationsstrategie. Die Botschaft des 11. September. *Int.Politik* 12, 11-18
- Münkler, H. (2004). *Die neuen Kriege*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt (2. Auflage)
- Wenger, A. & Mauer, V. (Hrsg.) (2006). *Bulletin 2006 zur schweizerischen Sicherheitspolitik*. Zürich: Forschungsstelle für Sicherheitspolitik der ETH Zürich
- Wildner, M. (2006). Bioterrorismus. In: Schlipkoeter, U., Wildner, M. (Hrsg.), *Lehrbuch Infektionsepidemiologie*. Göttingen/Bern: Huber Verlag (1. Auflage), 241-248
- Wildner, M., Dombrowsky, W. & Dickmann, P. (2007). Szenarien biologischer Gefahrenlagen. Eskalationsstufen von Risikokommunikation. In: *Biologische Sicherheit in Deutschland. Kongressband zur German BioSafety 2005*. In press

4.3 Die Angst der Gesellschaft vor Infektionen

P. Dickmann, S. Brockmann, B. Ebert, M. Wildner

Biologische Gefahren gefährden die physische Integrität, die Gesundheit des Menschen. Neben selbstgefährdendem intentionalem Verhalten – z. B. Rauchen – gilt die Aufmerksamkeit vor allem den fremdinduzierten Gefahren – seien sie natürlichen Ursprungs, wie z. B. eine Grippewelle oder intentional ausgebrachte Krankheitserreger in einem bioterroristischen Szenario.

Biologische Gefahren treten überwiegend als Infektionskrankheiten oder Intoxikationen auf. Gerade im Bereich von Infektionskrankheiten ist von einer erhöhten gesellschaftlichen Aufmerksamkeit auszugehen und muss mit ihr umgegangen werden. Dies steht im Zusammenhang mit einigen Besonderheiten:

- gegenüber Infektionskrankheiten bestehen grundsätzlich wirksame Präventionsmöglichkeiten wie Expositionsprophylaxe, Impfungen oder soziale Maßnahmen,
- Erkrankte stellen häufig gleichzeitig Risikofaktoren für ihre Umwelt dar, wobei auch klinisch „stumme“ Fälle auftreten können,
- die menschliche Speziesgrenze kann dabei überschritten werden („Vogelgrippe“ bzw. Zoonosen),
- die Erkrankungen entwickeln sich aus einer komplexen Interaktion von Erreger, Wirt und Umwelt, wobei politische und kulturelle Grenzen überschritten werden können,
- und es besteht bei all dem häufig die Notwendigkeit zu zeitkritischem Handeln.

Infektionskrankheiten sind damit nicht ‚einfach nur‘ Krankheiten, die die subjektive Gesundheit beeinträchtigen und ein öffentliches Gesundheitssystem herausfordern, sondern sie betreffen die gesamte Gesellschaft.

Zentrales Moment ist die Infektion, durch die sich biologische Gefahren sehr deutlich von chemischen oder nuklearen Gefahren unterscheiden: Infektion ist einerseits ein pathogener Mechanismus; andererseits kann sie als ein sozialer Faktor wirksam werden, der sich als Ansteckung im biologischen wie im psychosozialen Sinn über andere, als Mensch-zu-Mensch-Übertragung artikulieren kann. Wenn die Möglichkeit besteht, sich über andere Menschen anzustecken, dann verändert dies – möglicherweise gravierend – soziale Gefüge. Dies wird verstärkt durch mit bloßem Auge nicht sichtbare Infektionserreger, Übertragungswege ‚wie von Geisterhand‘, fehlende Detektionsapparate („B-Geigerzähler“), mehrere Tage als Inkubationszeit zwischen Ansteckung und Ausbruch der Krankheit. Die erschwerte sinnliche Wahrnehmung von Infektionsgefährdungen macht Menschen anfällig für Verschwörungstheorien. So sind die „Brunnenvergifter“ ein klassisches gesellschaftliches Phantasma, das sich auch im Umgang mit den „Aussätzigen“, den infektiösen Erkrankten, noch vor der medizinischen Erforschung der Übertragungswege, ausgeprägt hat.

Fallbeispiel: Quarantäne für Kontaktpersonen von Pockenkranken

J. Sasse

Zwölf Mal wurden nach 1945 Pocken nach Deutschland eingeschleppt. Eine der wichtigsten Maßnahmen war die sofortige Quarantäne für enge Kontaktpersonen, damit diese bei Erkrankung keine weiteren Personen infizieren konnten. Beispielhaft ist die Berichterstattung über die Quarantänesituation bei drei der Ausbrüche dargestellt. Zwei der folgenden Artikel sind so geschrieben,

dass sie helfen, die Angst vor der Quarantäne abzubauen – eine Gratwanderung an der Grenze zur Verharmlosung; bei dem dritten steht die Verzweiflung im Vordergrund – mit dem Risiko, dass sich noch nicht ermittelte Kontaktpersonen der Quarantäne entziehen, da der Sinn der Quarantäne nicht erläutert wird.

„BILD telefonierte mit den 5 Eingeschlossenen im Tropen-Institut: Wir fühlen uns wie im Luxus-Gefängnis“ titelte die BILD-Zeitung am 28. März 1967. Fünf Kontaktpersonen schildern im Interview, wie sie jederzeit mit Angehörigen und Geschäftspartnern telefonieren dürfen, ihre Büroarbeit ausüben können und es bei tollem Blick über den Hafen Essen „Erster Klasse“ gibt. Sie hätten jedoch etwas Langeweile und würden einen dritten Skatbruder vermissen. Die ebenfalls isolierte Krankenschwester sei eine „Wucht“, aber verstehe leider nichts von Re und Contra. Wünschen würden sie sich auch einen Fernseher, der gleich darauf gespendet wurde – mit Foto in der nächsten Ausgabe. 13 Kontaktpersonen wurden zu dem Zeitpunkt noch per Aufruf gesucht. Einer der Abgesonderten bringt die Verantwortung des Einzelnen auf den Punkt: *„Ich fiel fast vom Stuhl, als ich die Nachricht vom Pocken-Alarm hörte. Als mein Name und der meines Freundes Wolf-Dieter fiel, wurde mir komisch zumute: Pocken-Quarantäne ist doch eine harte Sache. Aber wir meldeten uns sofort bei der Gesundheitsbehörde. In unserem Interesse, vor allem aber im Interesse unserer Familien und unserer Kollegen.“*

Gute Stimmung in Pockenhausen:

Ähnlich positiv berichtete die Mittelbayerische Zeitung über die ungleich schwierigeren Quarantänebedingungen in Regensburg bei einem anderen Ausbruch nur zwei Wochen vorher. Hier mussten über 100 Personen in Quarantäne (zuletzt fast 150). Vom Essgeschirr über Waschutensilien bis zum Spielzeug sei alles vorbereitet, ebenso stünden vier Fernsehapparate und sechs zusätzliche Telefonleitungen parat, Lese- und Raucherzimmer sowie extra Mutter- und Kindzimmer seien eingerichtet worden, um den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten. Sogar das zunächst ver-

misste Toilettenpapier habe sich nach telefonischer Rücksprache mit den Hilfsorganisationen in Kiste 62 gefunden. Ein Seelsorger, der sich freiwillig in die Quarantäne begeben hat, berichtet in einem Interview über die gute Versorgung und die prima Stimmung in „Pockenhausen“. Für Schulkinder werde täglich Unterricht abgehalten. Selbst der Osterhase kam mit leckeren Gaben vorbei. Eine Mutter wird zitiert: *„Bei uns herrscht Kameradschaft und Zusammenhalt. So sollte es draußen auch sein.“*

Einen Tag später wird jedoch auch mit gerichtlichen Konsequenzen und Schadensersatzansprüchen gedroht, wenn sich Kontaktpersonen nicht freiwillig melden.

„Wir wollen raus!“

Anders hatte es in Ansbach 1961 ausgesehen. Damals die Schlagzeile der BILD: *„Wir wollen hier raus.“* Berichtet wird über eine verzweifelte Mutter, die bei der Kommunion ihrer Tochter dabei sein will, und Angehörige, die ihre in Lebensgefahr schwebenden Verwandten nicht besuchen dürfen. Ein Hinweis auf das Ansteckungsrisiko bei solchen Besuchen wird nicht gegeben. *„Das endlose, ungewisse Warten in der Quarantäne, die ständige Furcht, auch von Pocken befallen zu werden, zermürbt die Nerven der Menschen. Auf den Straßen kommt es zu erregten Auseinandersetzungen. Forderungen wie „Schlagt ihn [den, der die Pocken eingeschleppt hat] doch tot!“ werden laut.“*

Infektionskrankheiten hatten in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in den Industrienationen zu großen Teilen ihren Schrecken verloren. Die Entdeckung pathogener Mechanismen und die Entwicklung und der Einsatz von Impfstoffen und Antibiotika zur Prophylaxe und Behandlung schienen einen Siegeszug gegen Infektionskrankheiten einzuleiten. Die sozialen Ursachen der Infektionskrankheiten wie auch die sozialmedizinischen und sozialpolitischen Ansätze ihrer erfolgreichen Bekämpfung gerieten darüber zunehmend in Vergessenheit.

Die inhärenten Limitationen eines zu stark naturwissenschaftlich verstandenen medizinischen Fortschritts, die hohe gesellschaftliche Aufmerksamkeit gegenüber Infektionskrankheiten und die sicherheits- und innenpolitische Notwendigkeit von Vorbereitungen zu ihrer Prävention wurden in den letzten Jahren im Wesentlichen durch drei Infektionsgefährdungen manifest:

1. Neue oder neu auftretende Infektionskrankheiten
2. drohende Influenzapandemien
3. Bioterrorismus

In den letzten Jahren ist die Gefährdung durch Infektionskrankheiten wieder in das Bewusstsein zurückgekehrt, wie einige Beispiele zeigen:

1. Neue oder neu auftretende Krankheitserreger können sich aufgrund der Mobilität einer globalen Welt binnen 24 Stunden über den gesamten Globus ausbreiten und eine erhebliche Destabilisierung des öffentlichen Gesundheitswesens und der sozialen und kulturellen Kontexte zur Folge haben. Dabei kann es sich um natürliches Krankheitsgeschehen, wie z. B. SARS 2003, oder auch um intentional freigesetzte Erreger handeln. Die Infektionskrankheit SARS hatte dramatische Auswirkungen auf das öffentliche Gesundheitswesen und die öffentliche Wahrnehmung. Gerade der Beinahe-Kollaps des Gesundheitssystems in Toronto in Kanada, einem Land mit einer der besten medizinischen Infrastrukturen, führte zu einer gestiegenen Aufmerksamkeit (*Awareness*) gegenüber Infektionsgeschehen in der Bevölkerung. Auch die Gefährdung durch wiederauftauchende oder multiresistente Krankheitserreger lassen die Schutzlosigkeit der Bevölkerung wieder bewusst werden.
2. Eine Influenza-Pandemie wird von den Experten erwartet und die medizinischen Vorbereitungen werden forciert betrieben. Diese

Vorbereitungen erstrecken sich jedoch vorrangig auf die medizinischen und logistischen Aspekte sowie auf die Bedeutung der Kommunikation im Ereignisfall (Krisenkommunikation).

3. Die „Anthrax-Briefe“, die im Herbst 2001 verschickt wurden, haben die Bedeutung bioterroristischer Bedrohungen stärker ins gesellschaftliche Bewusstsein gerückt. Tatsächlich ist die Bedrohung durch biologische Massenvernichtungswaffen (Krankheitserreger) durch eine asymmetrische Kriegsführung bzw. durch Terrorismus und durch die technischen Entwicklungen gegeben.

Fallbeispiel: Milzbrandbriefe – und Attrappen

B. Seiwert, B. Peters, P. Dickmann

Seit dem Eingang von drei mit Milzbrandernregern kontaminierten Briefen im September 2001 in den USA, an deren Folgen

- fünf Menschen verstorben sind,
- etwa 3 000 Personen, meist Bedienstete der US-Post, vorsorglich medizinisch behandelt (Antibiotika-Prophylaxe)
- und etwa 8 000 Menschen auf Befall mit Milzbrandernregern untersucht wurden,

beschäftigen sich in- und ausländische Sicherheitsbehörden verstärkt mit dem Phänomen Bioterrorismus. In unmittelbarer Folge sind weltweit eine Flut von Anthrax-Verdachtsfällen (sogenannte *hoaxes*) auf die Sicherheitsbehörden hereingebrochen.

Vom Federal Bureau of Investigation (FBI) wurde mitgeteilt, dass alle „Anthrax-Briefe“ in den USA aufgegeben und an Empfänger in den USA versandt wurden. Im Text der Briefe werden Drohungen

und Verwünschungen gegen Amerika und Israel angeführt. Die Briefumschläge aus Recycling-Papier können ausschließlich in US-Poststellen erworben oder von dort bestellt werden.

Die Analyse der drei sichergestellten Briefe ergab, dass es sich bei allen Erregern um den genetisch gleichen Milzbrandstamm handelte. Dieser ist benannt nach der Stadt Ames in Iowa, wo er erstmals in den 1950er Jahren isoliert und kultiviert wurde. Das erstellte Profil weist u. a. aus, dass der Täter über gute Ortskenntnisse im Bereich der Stadt Trenton (New Jersey) verfügen muss.

Dadurch ergab sich die These, dass nicht Personen aus dem Umfeld von Osama Bin Laden, sondern vielmehr eine innerhalb der USA agierende Person oder Gruppe Taturheber sein müsse. Anhand des erstellten Täterprofils konnte die Zahl der möglichen Attentäter auf etwa 50 Personen reduziert werden.

Auch Deutschland blieb von der neuen Kriminalitätsform nicht verschont. Bis zum Jahreswechsel 2001/2002 wurden innerhalb weniger Wochen etwa 4 000 Anthrax-verdächtige Briefe gemeldet. Die deutschen Sicherheitseinrichtungen,

- die Feuerwehren,
- die Gesundheitsämter,
- die Behörden für Katastrophenschutz und
- die Polizeistellen der Länder und des Bundes,
- Untersuchungsämter und Labore

hatten damit besonders in der Anfangsphase eine Fülle von Arbeit.

Die Bewältigung dieser angeblichen Gefährdungssituationen führte zu massiven Eingriffen in das öffentliche Leben, zum Teil mit Stilllegungen von Verwaltungseinrichtungen und Produktionsanlagen oder des Straßenverkehrs, und brachte vor allem Laboreinrichtungen an die Grenzen ihrer Untersuchungskapazitäten.

Bedauerlich – insbesondere aus Sicht der Strafverfolgungsbehörden – war, dass im Zuge von Maßnahmen zur Gefahrenabwehr nicht selten wertvolle Spuren vernichtet wurden, z. B. durch das Autoklavieren nach Untersuchungen in Sicherheitslaboren. So konnten in diesen Fällen weder Straftäter noch Trittbrettfahrer ermittelt werden.

Das Thema eignete sich hervorragend für die Medien. Ständig wurden Warnungen, angeblich aus den Sicherheitsbereichen, verbreitet. Danach sollten weitere Anschläge mit Milzbrand oder Pocken nicht nur in den USA, sondern auch in Europa bevorstehen. Eine Vielzahl von Gutachtern und Experten überbot sich in Schreckensszenarien mit den schauerlichsten Darstellungen über die Auswirkungen auf den menschlichen Organismus. Die Meldungen stellten sich ausnahmslos als falscher Alarm heraus. Rund 1 500 Ermittlungsverfahren wegen Störung des öffentlichen Friedens durch Androhung von Straftaten führten bis Ende 2001 zu 27 Festnahmen und 21 Verurteilungen (siehe Tab. 1).

Die Größenordnung der Fallzahlen in anderen Staaten Europas sowie die damit einhergehenden Auswirkungen waren mit den in Deutschland gemachten Erfahrungen vergleichbar:

Nachlassendes Medieninteresse und die Hinwendung zu anderen tagespolitischen Ereignissen führten dazu, dass diese erste Welle nach etwa drei Monaten verebbte. Die nächsten *hoaxes*-Wellen standen offensichtlich im Zusammenhang mit der drohenden Kriegsgefahr im Irak Mitte 2002, dem Jahrestag des 11. September sowie dem tatsächlichen Ausbruch des Krieges im Irak im März 2003.

Die durch die Briefe in den USA ausgelöste Welle von angeblichen Anthrax-Vorfällen hat auch einen positiven Effekt erzielt: Auf allen Ebenen, national und inzwischen auch international, hat sich die Koordination der Öffentlichen Sicherheitsbehörden verbessert. Dies gilt für alle Organisationen, die zur Bewältigung von großflä-

Jahr 2001	Verdachtsfälle	Festnahmen	Verurteilungen
Deutschland	3 949	27	21
Portugal	2 652	1	1
Irland	128	4	-
Niederlande	686	16	-
Luxemburg	120	2	1
Belgien	1 055	1	1
Österreich	393	0	0
Dänemark	350	-	0
Italien	1 381	23	0
Finnland	350		10
	2 027	74	34

Tab. 1: Verhältnis von Festnahmen und Verurteilungen nach *Hoaxes*, Daten aus einigen europäischen Staaten

chigen Krisenszenarien beitragen. Je enger die Koordination all dieser Sicherheitseinrichtungen im deutschen wie im europäischen Rahmen verläuft, je mehr die relevanten Erkenntnisse und die speziellen Fähigkeiten koordiniert eingebracht werden, desto besser werden solche Situationen zu beherrschen sein.

Zu beachten ist, dass die ökologischen Bedingungen günstig für die Ausbreitung von Infektionskrankheiten sind: zu nennen sind die globalisierten Handelsbeziehungen, die lebhaften geschäftlichen und privaten Reisetätigkeiten und Migrationsbewegungen unterschiedlicher Art. Hinzu kommen veränderte Muster der Ernährung, der Sexualität und die besondere Problematik des Drogenkonsums. In der physikalischen Umwelt sind Faktoren wie Klimaveränderung, Bevölkerungswachstum mit veränderter Nutzung von Land- und Wasserressourcen und die Verstädterung mit der oft unregelmäßigen Ausbildung von Großstädten bis hin zu Megacities zu beobachten. Nicht nur in den Entwicklungsländern finden sich Risikopopulationen, wie Kinder, mangelernährte Bevölkerungsschichten oder Vertriebene und Flüchtlinge. Auch in den industrialisierten Ländern

nehmen die Risikopopulationen zu, z. B. ein zunehmender Altenanteil, vermehrt immunsupprimierte Personen sowie die in Heimen institutionalisierten Personengruppen. Eine eigene Problemstellung ergibt sich aus der Ausbildung von Multiresistenzen auf der Erregerseite in Reaktion auf das therapeutische Geschehen im ambulanten und stationären Bereich.

Die zunehmende Globalisierung erfordert dabei eine neue Justierung der Maßnahmen: Globale Gesellschaften ermöglichen durch ihre Mobilität nicht nur neue Verbreitungsmöglichkeiten von Infektionskrankheiten. Sie zeigen zugleich auch ihre Verwundbarkeit durch die sozialen Auswirkungen und die wirtschaftlichen und politischen Interdependenzen, die sie kennzeichnen.

Die Stabilität und Widerstandsfähigkeit von Gesellschaften ist fundamental für das Bewältigen von Störungen und Krisen – und ihre Stabilität gewährleistet erst das gesellschaftliche Funktionieren.

Wie bereits erwähnt, berühren Infektionskrankheiten nicht ausschließlich medizinische und logistische Aspekte des Managements, sondern auch die wesentlichen und zum Teil sehr sensiblen Bereiche des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Das hat zu einer ambivalenten Reaktion im Risiko- und Krisenmanagement der relevanten Stellen geführt: einerseits wird einer Aufklärung der Bevölkerung über Ausbreitung, Risiken und Infektionsgefährdungen ein hoher Stellenwert beigemessen. Andererseits wird der Bevölkerung immer wieder ein Panikpotenzial unterstellt, was eine frühzeitige und umfassende aktive Informationshaltung behindert. Die bisherigen Erfahrungen mit Infektionsausbrüchen sehen in der Tat eine Behinderung von medizinischen und logistischen Maßnahmen durch besorgte Bevölkerung, die allerdings nicht durch ein Zuviel an Informationen, sondern eher durch zu wenig Informationen, durch widersprechende oder irrelevante Informationen und ambivalente Botschaften verunsichert wird.

Daher ist es im biologischen Bereich besonders wichtig, vorsorglich eine Aufklärung der Bevölkerung zu erreichen, die die Menschen in die Lage versetzt, sich kompetent und adäquat präventiv zu verhalten. Dabei ist Detailwissen über eine Krankheit sicherlich von Vorteil, aber schon alleine das Wissen, dass allgemeine Hygienemaßnahmen das Infektionsrisiko in vielen Fällen drastisch senken können (siehe 6.2), kann dazu beitragen, Panik zu vermeiden und das öffentliche Leben am Laufen zu halten. Eine besondere Herausforderung stellt die sorgfältige Erforschung, Beobachtung und Bearbeitung der sozialen und politischen modulierenden und teilweise mit auslösenden Faktoren wie soziale Ausgrenzung, fehlende Teilhabe an gesundheitlichen Dienstleistungen, Arbeitslosigkeit oder fehlende health literacy (Fähigkeit zur Nutzung relevanter Informationen) im Dienst einer auch längerfristig ansetzenden, nachhaltigen Prävention dar.

Zu beachten ist, dass die ökologischen Bedingungen günstig für die Ausbreitung von Infektionskrankheiten sind: zu nennen sind die globalisierten Handelsbeziehungen, die lebhaften geschäftlichen und privaten Reisetätigkeiten und Migrationsbewegungen unterschiedlicher Art. Hinzu kommen veränderte Muster der Ernährung, der Sexualität und die besondere Problematik des Drogenkonsums. In der physikalischen Umwelt sind Faktoren wie Klimaveränderung, Bevölkerungswachstum mit veränderter Nutzung von Land- und Wasserressourcen und die Verstädterung mit der oft unregelmäßigen Ausbildung von Großstädten bis hin zu Megacities zu beobachten. Nicht nur in den Entwicklungsländern finden sich Risikopopulationen, wie Kinder, mangelernährte Bevölkerungsschichten oder Vertriebene und Flüchtlinge. Auch in den industrialisierten Ländern nehmen die Risikopopulationen zu, z. B. ein zunehmender Altenanteil, vermehrt immunsupprimierte Personen sowie die in Heimen institutionalisierten Personengruppen. Eine eigene Problemstellung ergibt sich aus der Ausbildung von Multiresistenzen auf der Erregerseite in Reaktion auf das therapeutische Geschehen im ambulanten und stationären Bereich.

Die zunehmende Globalisierung erfordert dabei eine neue Justierung der Maßnahmen: Globale Gesellschaften ermöglichen durch ihre Mobilität nicht nur neue Verbreitungsmöglichkeiten von Infektionskrankheiten. Sie zeigen zugleich auch ihre Verwundbarkeit durch die sozialen Auswirkungen und die wirtschaftlichen und politischen Interdependenzen, die sie kennzeichnen.

Die Stabilität und Widerstandsfähigkeit von Gesellschaften ist fundamental für das Bewältigen von Störungen und Krisen – und ihre Stabilität gewährleistet erst das gesellschaftliche Funktionieren.

Wie bereits erwähnt, berühren Infektionskrankheiten nicht ausschließlich medizinische und logistische Aspekte des Managements, sondern auch die wesentlichen und zum Teil sehr sensiblen Bereiche des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Das hat zu einer ambivalenten Reaktion im Risiko- und Krisenmanagement der relevanten Stellen geführt: einerseits wird einer Aufklärung der Bevölkerung über Ausbreitung, Risiken und Infektionsgefährdungen ein hoher Stellenwert beigemessen. Andererseits wird der Bevölkerung immer wieder ein Panikpotenzial unterstellt, was eine frühzeitige und umfassende aktive Informationshaltung behindert. Die bisherigen Erfahrungen mit Infektionsausbrüchen sehen in der Tat eine Behinderung von medizinischen und logistischen Maßnahmen durch besorgte Bevölkerung, die allerdings nicht durch ein Zuviel an Informationen, sondern eher durch zu wenig Informationen, durch widersprechende oder irrelevante Informationen und ambivalente Botschaften verunsichert wird.

Daher ist es im biologischen Bereich besonders wichtig, vorsorglich eine Aufklärung der Bevölkerung zu erreichen, die die Menschen in die Lage versetzt, sich kompetent und adäquat präventiv zu verhalten. Dabei ist Detailwissen über eine Krankheit sicherlich von Vorteil, aber schon alleine das Wissen, dass allgemeine Hygienemaßnahmen das Infektionsrisiko in vielen Fällen drastisch senken können (siehe 6.2), kann dazu beitragen, Panik zu vermeiden und das öffentliche Leben am Laufen zu halten. Eine besondere Herausforderung stellt die sorgfältige Erforschung, Beobachtung und Bearbeitung der sozialen und politischen modulierenden und teilweise mit auslösenden

Faktoren wie soziale Ausgrenzung, fehlende Teilhabe an gesundheitlichen Dienstleistungen, Arbeitslosigkeit oder fehlende health literacy (Fähigkeit zur Nutzung relevanter Informationen) im Dienst einer auch längerfristig ansetzenden, nachhaltigen Prävention dar.

4.4 Besser informieren: Instrumente der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

B. Ebert, E. Koenigsmann

Zielsetzung

Dieser Abschnitt gibt eine Übersicht über die wichtigsten Instrumente der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und kann von Ämtern oder anderen Organisationen als Grundlage für die Planung und Vorbereitung von Informationsaktivitäten im Fall einer biologischen Gefahrenlage genutzt werden.

Zusammenfassung

In den vorherigen Kapiteln wurde auf die Grundsätze der Risikokommunikation eingegangen. Im Fall einer biologischen Gefahrenlage müssen nun die Botschaften an verschiedene Zielgruppen, sowohl intern als auch extern, schnell und verlässlich übermittelt werden. Die Vermittlung erfolgt durch **gezielte Pressearbeit, durch Informationsangebote für Bürgerinnen und Bürger** sowie durch Multiplikatoren aus der **Fachöffentlichkeit** (Gesundheitswesen, Behörden und Einsatzkräfte). Seitens der Bevölkerung ist insbesondere bei einem Ausbruch von Infektionskrankheiten mit einer großen Verunsicherung und einem enormen Informationsbedürfnis zu rechnen. Dies geht mit einer hohen Belastung der Auskunft gebenden Stellen einher. Das Kapitel gibt Hinweise für die Vorausplanung materieller und personeller Ressourcen sowie für die Öffentlichkeitsarbeit in der Nachbereitungsphase. Nicht jedes der im weiteren Verlauf vorgestellten Kommunikationsinstrumente wird für die eigene Organisation geeignet sein. Für die Planung ist es hilfreich, sich die Erwartungen an die Organisation, die eigene personelle Ausstattung und die potenziellen Mitstreiter bewusst zu machen.

Aufgaben vor der Krise – Vorbereitung und Planung

Zur **Vorbereitung der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit** gehört

- a) die inhaltliche Auseinandersetzung mit möglichen Krisenszenarien (siehe Kasten 1)
- b) die Identifikation geeigneter Kommunikationsinstrumente und die Planung der dafür erforderlichen technischen und personellen Ressourcen.

Kasten 1: Merkposten für die inhaltliche Vorbereitung

- Erkennen von möglichen Krisenanlässen/Tendenzen:
Was zeichnet sich ab?
 - Prognose von denkbaren *Worst-Case*-Entwicklungen:
Was wäre, wenn...?
 - Risikovergleich: Studium von Präzedenzfällen
 - Welche Fachinformationen können im Voraus erarbeitet werden?
- Der **Kommunikationsplan** enthält eine Übersicht der internen Zuständigkeiten (siehe Team), Merkposten für die wichtigsten Instrumente und organisatorischen Abläufe der Öffentlichkeitsarbeit, Listen relevanter Informationsquellen sowie Verteiler für die interne und externe Kommunikation (Medien, mitwirkende Behörden/Organisationen auf regionaler und Bundesebene). Eine Liste der Verteiler anderer Organisationen sollte nicht fehlen, damit der Informationsfluss in die eigene Einrichtung hinein nicht an mangelnden Adressen scheitert (siehe Kasten 2).

Kasten 2: Nützliche Listen

- Alarmierungsliste (Erreichbarkeit der wichtigsten Akteure)
- wichtige Medien (Zeitung, Radio, TV, auch Anzeigenblätter und Inlandsredaktionen fremdsprachiger Zeitungen)
- eigene Experten und ihre Fachgebiete
- zwei- oder mehrsprachige Mitarbeiter in der Organisation (Multiplikatoren)
- Experten für weitere Themen in anderen Organisationen
- Informationsangebote anderer Organisationen (einschließlich Verteiler, z. B. der Bundesinstitute und -ministerien)

- Das **Team**: Für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wird ein **Informationsbroker** benötigt, der die Kommunikation koordiniert und überwacht. In der Regel wird dies eine Stabs- oder Pressestelle wahrnehmen. **Dienststellenleiter/Einsatzleiter** gehören zu den Fachberatern und sind als Übermittler der Botschaften sowie für den Informationsfluss innerhalb der Kommunikationsprozesse zwischen den mit Krisenmanagement betrauten Organisationen zuständig. **Experten**, wie Ärzte und Mikrobiologen, wirken nach innen als Berater und nach außen als Interviewpartner mit hoher Vertrauenswürdigkeit. Hinzu kommt ihre ärztliche bzw. wissenschaftliche Funktion. Aufgrund dieser Doppelbelastung der Experten ist eine Vermischung mit anderen Rollen nach Möglichkeit zu vermeiden. **Helfer/Sachbearbeiter** kümmern sich um die Beantwortung von Fragen, die telefonisch oder schriftlich an die Organisation gestellt werden (hierzu können z. B. Absprachen mit Call-Centern getroffen werden, die Helfer werden laufend vor Ort geschult) und helfen bei der Vorbereitung von Informationsveranstaltungen oder Pressekonferenzen.

- Das **Krisenzentrum** ist eine Möglichkeit, räumliche Nähe und schnelle, informelle Kommunikation der Teammitglieder zu ermöglichen, z. B. indem ein Konferenzraum „umgewidmet“ wird. An adäquate technische Ressourcen denken (siehe Kasten 3).

Kasten 3: Technische Ressourcen für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

- Telefonische Erreichbarkeit: eine Leitung für interne Kommunikation freihalten, ggf. Hotline-Arbeitsplätze
- Bandansagen und Faxabruf für Merkblätter einplanen
- PCs mit Anschluss an Datenbanken und Intranet, unbedingt zusätzliche Leitungen und Serverkapazitäten einplanen
- Aufnahmegeräte zur Dokumentation der Medienberichterstattung
- Räume, Stellwände und Flipcharts für Planungssitzungen mit dem Team
- Räume für Pressekonferenzen und Interviews (fernsehtauglicher Hintergrund) festlegen

Kommunikationskanäle müssen offen sein. Bürger wie Fachöffentlichkeit erwarten eine schnelle Bereitstellung von Informationen und eine Erreichbarkeit der Organisationen, die am Krisenmanagement mitwirken. Neben den Anforderungen an die technische Ausstattung muss gewährleistet sein, dass Informationen nicht nur aus der Organisation heraus, sondern auch hinein können: Rückmeldungen aus den Zielgruppen, Lageänderungen, Stellungnahmen der anderen beteiligten Organisationen etc.

Aufgaben während der Krise

Leitfragen, wie sie auch bei der Erstellung des Lagebilds eingesetzt werden, bieten beim Aufbau einer klaren und sachlich richtigen Kommunikation Orientierung und können systematisch eingesetzt wer-

den, um Kommunikationsinhalte für einzelne Zielgruppen festzulegen (siehe Kasten 4).

Kasten 4: Leitfragen

- Was ist wann und wo passiert?
- Welche Schäden (Gesundheit, Umwelt, Eigentum) liegen vor?
- Was wurde bislang in Bezug auf das Krisenereignis getan, was ist beabsichtigt?
- Wer ist betroffen? Gibt es Verhaltensregeln?

Pressearbeit

Die Medien dienen der flächendeckenden Verbreitung der Informationen und sind ein wesentliches Element, um im Krisenfall die Bevölkerung zu informieren und ggf. zu warnen. Daher sollten im Umgang mit den Medien größtmögliche Transparenz praktiziert und Medienvertreter nicht abgewiesen werden. Inhaltlich kann die Pressearbeit über eine aktuelle Lage informieren oder eine allgemeine Risikoabschätzung sein (Expertenmeinung).

In der Kommunikation mit den Medien werden als Grundtechniken die Pressemitteilung, die Pressekonferenz und das Einzelinterview eingesetzt.

- Die **Pressemitteilung** enthält schriftlich fixierte, sachliche Informationen. Über zielgruppenorientierte Verteiler wird die Information an lokale oder überregionale Medien geleitet und kann ggf. in mehreren Sprachen verbreitet werden. Je professioneller der Text abgefasst ist, desto größer ist die Chance, dass die Medien die Meldung wörtlich übernehmen und die Information unverfälscht weitergeben. Hinweise zum Abfassen der Pressemitteilung: siehe Kasten 5.

Kasten 5: Pressemitteilungen

- Informationen nach der Wichtigkeit ordnen: Pressemitteilungen werden für den Abdruck von hinten nach vorn gekürzt. Die wichtigsten Fakten (was, wann, wo, wer) werden im ersten Absatz zusammengefasst.
- Ansprechpartner, Datum (ggf. auch die Uhrzeit), Website mit weiterführenden Informationen angeben.

- **Pressekonferenzen** haben gegenüber Pressemitteilungen den Vorteil, dass Journalisten direkte Nachfragen an die Leitung oder die Experten richten können (Zwei-Wege-Kommunikation). Pressekonferenzen ersparen unter Umständen mehrfache Einzelinterviews. Kritische oder überraschende Fragen bergen jedoch die Gefahr, dass missverständliche oder widersprüchliche Informationen die Öffentlichkeit erreichen. Daher zum Termin auch eine Pressemappe mit den wichtigsten Aussagen und Fakten zusammenstellen (siehe Pressemitteilungen). Hinweise zur Organisation: siehe Kasten 6.

Kasten 6: Pressekonferenzen

- Zeitpunkt, Ort und Dauer festlegen, Antwortfax beilegen
- Parkplätze, Empfang, Begleitung der Pressevertreter organisieren
- Räume und Zeit für Einzelinterviews einplanen (TV)
- Pressemappe mit den wichtigsten Aussagen und Fakten, ggf. Bilder zusammenstellen
- danach telefonische Erreichbarkeit sicherstellen

- **Interviews** können der unmittelbaren Berichterstattung dienen, aber auch Recherchezwecken. Dies zu Anfang des Gesprächs klären. Telefonische Interviews sind unaufwändig, können aber aufgrund der Menge belastend werden (siehe Entlastungsstrategien). TV-Interviews benötigen einen aussagekräftigen Hintergrund (Arbeitsplatz, Schriftzug der Organisation) und werden auch bei Pressekonferenzen häufig nachgefragt, sollten daher vorgehalten und ggf. aktiv angeboten werden. Bei einigen Rundfunk- oder TV-Sendern ist eine Fahrt ins Studio erforderlich. Hinweise zu Organisation und Verhalten: siehe Kasten 7.

Kasten 7: Interview

- Antworten klar und einfach formulieren, so dass keine Missverständnisse aufkommen.
- Bei TV- und Rundfunk-Interviews Vorgespräch führen und Fragen klären. In Kurzsätzen sprechen und das Stichwort der Frage wiederholen. Es besteht die Möglichkeit, dass Aussagen geschnitten oder in einen anderen Kontext gestellt werden.
- Sofern möglich: Im Voraus eine Freigabe der im Text/Beitrag verwendeten Zitate vereinbaren.

- **Off-the-record-Interviews:** Diese Form kann als eine Art vertrauensbildende Maßnahme verstanden werden. Ziel ist es, einige ausgewählte Medienvertreter zu einem informellen Gespräch einzuladen. Alles, was während dieses Gesprächs gesagt wird, gilt als reine Hintergrundinformation für die Journalisten und darf nicht veröffentlicht werden.

Neben Ärzten unterliegen auch Angehörige anderer Berufsgruppen Regeln, die eine Informationsweitergabe einschränken. Beispiele sind die Schweigepflicht für die Gesundheitsberufe und die Geheim-

haltungspflichten von Verschlussachen im Umgang mit den Medien. Mit dem Informationsbedürfnis der Öffentlichkeit bestehen also kollidierende Interessen. Werden personenbezogene Informationen an die Medien gegeben, so sind diese zuvor vom Betroffenen bzw. den Angehörigen freizugeben.

Kasten 8: Risikokommunikation für Pressevertreter – Beispiel aus der Praxis

Journalistenauflauf am Getier (newsroom.de, 1. März 2006)

Im Frühjahr 2006 werden auf Rügen erstmals verendete Wildvögel aufgefunden, die mit dem Erreger der „Vogelgrippe“, dem aviären Influenzavirus H5N1, infiziert waren. Es folgt eine mehrwöchige intensive Medienberichterstattung. Hunderte Journalisten und Kamerateams recherchieren in den Schutzzonen, besuchen die Fundorte sowie die Höfe betroffener Landwirte und beobachten die verummten Bundeswehrsoldaten, die das Gelände nach toten Vögeln absuchen.

Journalisten können im Zuge der Berichterstattung aus Unkenntnis zur Verbreitung einer Seuche beitragen, indem sie durch kontaminierte Kleidung, Schuhe oder Ausrüstung Krankheitserreger verschleppen. Zum zweiten gefährden Journalisten und Kamerateams gegebenenfalls ihre eigene Gesundheit. Der Deutsche Journalistenverband nimmt hier die Behörden in die Verantwortung, entsprechende Sicherheitsauflagen zu formulieren. Für die Pressearbeit ergibt sich daraus die Notwendigkeit, Informationen zum persönlichen Schutz der Journalisten und zur Dekontamination von Ausrüstungsgegenständen bereit zu halten und auf Maßnahmen des Seuchenschutzes aufmerksam zu machen.

Um die Risiken zu minimieren, sollte man den Zugang zum Unglücksort steuern – als Maßnahmen kommen hierfür Medientreffpunkte, die Einrichtung eines Medienzentrums oder Ortsbegehungen in Frage.

Entlastungsstrategien

Erfahrungen mit der Medienberichterstattung während der SARS-Epidemie und der Ausbreitung der aviären Influenza (Vogelgrippe) haben die hohen Anforderungen und Belastungen deutlich gemacht, unter denen Pressearbeit geleistet werden muss. Neue Informationen müssen bei Bedarf innerhalb kürzester Zeit beurteilt, verarbeitet und herausgegeben werden. Neben dem Zeitdruck ist ein hohes Aufkommen an Anrufen zu bewältigen.

Die für das Thema zuständigen Journalisten wechseln häufig, und es kann sehr zeitraubend sein, die grundlegenden Fakten mehrmals täglich aufs Neue zu referieren. Daher nach Möglichkeit vorab Texte zur Verfügung stellen – Daten und Fakten zur Erkrankung, Übertragung und Prävention sowie häufig gestellte Fragen. Verständlich formulierte Textvorlagen werden von den Journalisten gern übernommen. Darauf aufbauend können tiefer gehende Fragen beantwortet bzw. Experteninterviews geführt werden. Der Informationsbroker (siehe Team) wirkt hier als Puffer, übermittelt Basisinformationen und vermittelt Experteninterviews.

Informationsangebote für die Bevölkerung

Jenseits der Informationsweitergabe durch die Medien werden besorgte Bürger(innen) auch selbst Antworten auf ihre Fragen suchen und Ängste formulieren.

- **Merkblätter/Häufig gestellte Fragen** (*frequently asked questions* = FAQ) sind Informationen in schriftlicher, standardisierter Form und vielseitig nutzbares Basisinstrument für die Öffentlichkeitsarbeit (siehe Entlastungsstrategien). Hinweise zur Gestaltung und Verteilung siehe Kasten 8.

Kasten 8: Merkblätter und FAQ

- Antworten soweit möglich vorbereiten, Verständlichkeit testen
- ggf. Übersetzungen vorbereiten
- In der Krise: regelmäßiger Abgleich mit den Anfragen bei der Hotline
- Verteilungswege: Faxabruf und Videotext (Zielgruppe ältere Mitbürger), Internet, Auslage in öffentlichen Einrichtungen und Arztpraxen

- **Hotline/externes Call-Center** ermöglicht besorgten BürgerInnen eine direkte Kontaktaufnahme (Zwei-Wege-Kommunikation). FAQs können von geschulten, fachfremden Mitarbeitern anhand vorformulierter Texte beantwortet werden. Experten erstellen die Antworttexte, bringen die Mitarbeiter auf den neuesten Sachstand und übernehmen ggf. einzelne, besonders hartnäckige AnruferInnen (siehe Team).
- **Internet:** In Zeiten des *world wide web* wird dieser Weg von vielen Menschen genutzt, um sich aktuelle Informationen zu beschaffen. Ohne großen personellen Mehraufwand könnten sämtliche Angebote wie Pressemitteilungen, FAQs, Interviews etc. online gestellt werden. Wichtig ist hier eine zeitnahe Aktualisierung. Um zu gewährleisten, dass alle am Krisenfall beteiligten Behörden etc. über dasselbe Informationsangebot verfügen, sollte eine zentrale Stelle mit Verteilerfunktion bereit stehen. Zu achten ist auf ausreichende Serverkapazitäten (siehe Abb. 1).

Kasten 9: Warnung der Bevölkerung mit dem satellitengestützten Warnsystem (SatWaS)

Zur Warnung der Bevölkerung hat der Bund im Oktober 2001 das **satellitengestützte Warnsystem (SatWaS)** in Betrieb genommen. Via Satellit können amtliche Gefahrendurchsagen und Verhaltenshinweise mit höchster Priorität an alle öffentlich-rechtlichen sowie zirka 140 private Medienbetreiber, Internetprovider und Pagerdienste versandt werden. Es bietet damit die Möglichkeit, die Bevölkerung schnell und flächendeckend vor Gefahren zu warnen und gleichzeitig gefahrenbezogene Verhaltensregeln an die Bevölkerung weiterzugeben. Im Zuge der weiteren Entwicklung ist beabsichtigt, SatWaS als Basis für ein Bund-Länder-übergreifendes modulares Warnsystem und als Krisenkommunikationsmittel unter der Einbindung zukunftssicherer Innovationstechnologien auszubauen. Weitere Informationen unter www.bbk.bund.de.

- Über **Internetforen/E-Mail** kann das Internet auch für den Austausch besorgter BürgerInnen untereinander und mit der Organisation genutzt werden (Zwei-Wege-Kommunikation). Zusätzliches Personal einplanen (→ Team).
- **Infoabende:** Auf regionaler/lokaler Ebene können öffentliche Informationsveranstaltungen nützlich sein, wie zum Beispiel bei der Vogelgrippe mit geringem persönlichen Infektionsrisiko. Im Fall einer humanen Influenza-Pandemie würden solche Veranstaltungen jedoch mit Maßnahmen des Seuchenschutzes kollidieren.
- **Radiodurchsagen:** Bricht bei schwerwiegenden Krisen das Kommunikationsnetz zusammen, kann die Bevölkerung auch durch „krisensichere“ Kommunikationskanäle wie das Radio informiert bzw. gewarnt werden.

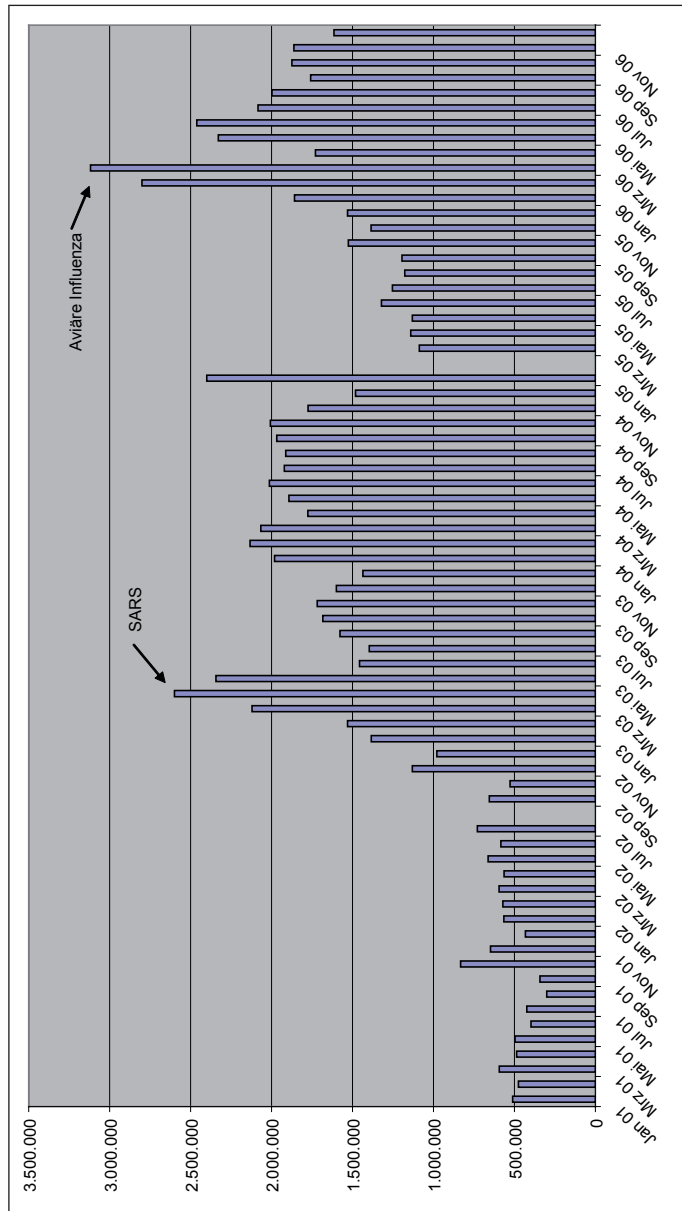


Abb. 1: Zugriffe auf die Internetseiten des RKI 2001–2006. Zugriffsspitzen waren bei der SARS-Epidemie 2003 und dem Auftreten der aviären Influenza in Deutschland zu beobachten. Die Zugriffsspitze im Januar 2005 ist auf die intensive Presseberichterstattung über eine Seuchengefahr nach dem Tsunami in Südostasien zurückzuführen.

Kann die eigene Organisation solch umfassende Informationsangebote nicht bereitstellen, ist aber trotzdem Ziel von Medien- und Bürgeranfragen, so hilft der Verweis auf vertrauenswürdige Informationsangebote anderer Anbieter.

Qualitätssicherung (Transparenz der Informationen)

Für Ratsuchende ist es wichtig, die Verlässlichkeit der Information einordnen zu können. Die wenigsten Organisationen können eine breit gefächerte Expertise aus eigener Hand anbieten und verwenden zumindest teilweise Informationen Dritter. Diese sind durch Quellenangabe zu kennzeichnen.

Qualitätskriterien, wie sie beispielsweise von der Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsinformationssysteme veröffentlicht werden (<http://www.afgis.de>), bieten Unterstützung beim Verfassen guter medizinischer Informationen. Werden auch außerhalb biologischer Gefahrenlagen Gesundheitsinformationen im Internet angeboten, kann eine Zertifizierung des Internetangebots durch die Verbraucherschutzinitiative Health on the Net Foundation sinnvoll sein (<http://www.hon.ch>).

Informationen für Multiplikatoren: Fachöffentlichkeit und Angehörige des öffentlichen Gesundheitswesens

In einer Krise wird der meiste Druck erfahrungsgemäß von Medienvertretern und besorgten Bürgern ausgeübt. Kommunikationsinhalte und -kanäle sind daher weitgehend auf diese Gruppen zugeschnitten. Weitere Zielgruppen, die im Eifer des Gefechts leicht vernachlässigt werden, jedoch wertvolle Unterstützer der Öffentlichkeitsarbeit darstellen, sind **Mediziner und Angehörige des öffentlichen Gesundheitswesens, Mitarbeiter der Rettungsdienste etc.**

Die Erfahrungen mit biologischen Gefahrenlagen zeigen, dass diese Gruppe kaum über Fachinformationen verfügt, wenn sie nicht unmittelbar mit dem Krisenmanagement befasst ist (bei SARS z. B. zur Infektionsgefahr und zu empfohlenen Schutzmaßnahmen). Niedergelassene Ärzte und die MitarbeiterInnen der eigenen Organisation sind jedoch

ein nicht zu unterschätzendes, aufgeschlossenes und als potenzielle Multiplikatoren gefragtes Publikum.

MitarbeiterInnen: sollten vor der allgemeinen Öffentlichkeit über die Lage und aktuelle Entwicklungen informiert sein, z. B. durch interne Mitteilungen, Intranet oder Mitarbeiterversammlungen und die Verbreitung von Informationsmaterialien.

Auch engagierte Bürgerinnen und Bürger können als Multiplikatoren einbezogen und gezielt angesprochen werden: Sie leiten Informationen weiter an ausländische Mitbürger oder Personen, die keinen Zugang zu den oben angegebenen Informationsangeboten haben (z. B. kranke, alte Menschen).

Aufgaben der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit nach Bewältigung der Krise

Nach der Krise geht es zunächst um die Auswertung der gemachten Erfahrungen und darauf aufbauend die Verbesserung von Krisenmanagement. An welchen Stellen hat es gehakt? Gab es einen mangelnden Informationsfluss zwischen den Beteiligten? War die Öffentlichkeitsarbeit gut koordiniert und ausgestattet? Ein Instrument für die Beurteilung von Erfolg und Effizienz der Medienarbeit ist die statistische Aufbereitung der Medienpräsenz in Form einer **Medienresonanzanalyse**. Als Grundlage dienen Medienberichte, die anhand bestimmter Suchbegriffe in einem ausgewählten Zeitraum identifiziert werden. Die quantitative Analyse erfasst z. B. die Nennungen der Akteure, Anzahl der Berichte, Nennungsverläufe, etc. Die qualitative Analyse umfasst die Wiedergabe von Themen und Imagedarstellungen und kann Aufschluss geben, ob die Kommunikationsziele inhaltlich erreicht wurden.

Nachbereitende Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die interne Analyse des Krisenmanagements ergibt Informationen über die erbrachten Leistungen der beteiligten Organisationen, die für die Öffentlichkeit interessant sind: Zahl der Einsätze/Fälle, beantwortete Anfragen aus der Bevölkerung etc.

Publikation: selbst herausgegebene Zeitschriften, Newsletter oder die eigene Website etc. können zur Bekanntgabe der Bilanz und der Leistungsdaten genutzt werden.

Auf einer **Abschlusspressekonferenz** werden zentrale Fragen über zukünftige Maßnahmen und ggf. geplante Verbesserungen mit Pressevertretern diskutiert.

Weiterführende Literatur

- Bundesamt für Risikobewertung (Hrsg.) (2005). *ERiK – Entwicklung eines mehrstufigen Verfahrens der Risikokommunikation*. Reihe BfR Wissenschaft, Berlin: Bundesamt für Risikobewertung
- Müller, K. (2004). *Ärzte und Medien. Krisen-PR – Professioneller Umgang mit Journalisten*. Zürich: Orell Füssli
- US Department of Health and Human Services (2005). *Terrorism and Other Public Health Emergencies: A Reference Guide for Media*, Sept. 2005 (Online unter: www.hhs.gov/disasters/press/newsroom/mediaguide/terrorismemergenciesfieldguide.pdf. Stand 07.08.2007).
- US Department of Health and Human Services (2002). *Communicating in a crisis: Risk communication guidelines for Public Officials*. Washington, D.C.: Department of Health and Human Services. Online unter www.riskcommunication.samhsa.gov/RiskComm.pdf. Stand 30.09.2006).
- Wiedemann, P. M. (Hrsg.) (2000). *Risikokommunikation für Unternehmen*. Düsseldorf: VDI. Online-Version unter: www.fz-juelich.de/mut/vdi/vdi__bericht/index.html

Links

- Gesetzliche Grundlagen und Themenbeiträge zum Presserecht:
 - www.presserecht.de
- Tipps für die Pressearbeit auf den Seiten der dpa-Tochter news aktuell -
 - www.newsaktuell.de/de/tipps/pressearbeit.htx
- Qualitätskriterien für medizinische Informationen
 - Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsinformationssysteme
<http://www.afgis.de>
 - Verbraucherschutzinitiative Health on the Net Foundation
<http://www.hon.ch>

Merkposten

Die unter den einzelnen Punkten aufgeführten Listen sind bewusst kurz gehalten. Weiterführende Informationen können der aufgeführten Literatur und den Internetseiten entnommen werden.

4.5 Besser informiert: Entscheidungsträger, Einsatzkräfte und Multiplikatoren

B. Seiwert, B. Peters, C. Friedrich

Einleitung

Sowohl im Vorfeld als auch nach Eintritt eines Großschadensereignisses ist es von besonderer Bedeutung, dass Entscheidungsträger, Einsatzkräfte und Multiplikatoren in geeigneter Weise über die zugrunde liegende Situation informiert sind. An ihrem Verhalten wird es im Besonderen liegen, wie sich eine Lage entwickelt und wie Betroffene, Medien und Dritte sich versorgt fühlen.

Entscheidungsträgern, Einsatzkräften und Multiplikatoren obliegt somit die Aufgabe, sich um die „Öffentlichkeit“ zu kümmern. Dieses bedingt eine permanent aktualisierte interne Abstimmung und fachliche Beratung innerhalb und zwischen Behörden. Besonderes Augenmerk ist hierbei auf Genauigkeit und Geschwindigkeit der Informationsübermittlung zu legen.

Der bei der Bewältigung biologischer Gefahrenlagen entstehende Informationsbedarf ist neben anderen Faktoren auch von der aktuellen Phase des Geschehens abhängig und verändert sich mit dem Fortschreiten des Ereignisses. Das Management einer biologischen Gefahrenlage kann in die 4 Phasen „Vorbeugung“, „Vorbereitung“, „Reaktion“ und „Wiederherstellung“ eingeteilt werden, die in Kapitel 4.1 näher erläutert werden.

Wie schon in den vorangegangenen Kapiteln erwähnt, besteht grundsätzlich ein Konflikt zwischen hypothetischem und tatsächlichem Risiko. Subjektive, emotionale Faktoren sollten mit dem Ziel eines seriösen Umganges mit der jeweiligen Situation soweit als möglich nicht in den Vordergrund des Handelns gelangen.

Da menschliche Charaktereigenschaften in extremen Situationen objektive Kriterien mit subjektiven Empfinden mehr oder weniger verknüpfen, ist es bei den hier angesprochenen Funktionsträgern um so wichtiger, diesen eine weitestgehend objektive Wahrnehmung zu ermöglichen, wobei aber durchaus subjektive Empfindungen gezielt wahrgenommen werden sollten.

Erwartungshorizont an und von Entscheidungsträgern, Einsatzkräften, Multiplikatoren

- Entscheidungsträger:
 - Politisch Verantwortliche:
z. B. Ausrufung des Katastrophenfalls u. ä., Infosteuerung
 - Fachlicher Entscheidungsträger (z. B. Behördenleiter):
z. B. Lagebeurteilung, Alarmierung, Steuerung der Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit
 - Einsatzleiter (vgl. 3.3):
Einsatzbereitschaft herstellen, Infosteuerung
- Einsatzkräfte:
 - Polizei:
Exekutivmaßnahmen, Prävention, Absperrung usw.
 - Feuerwehr:
Rettung, Erstversorgung, Transport, Dekontamination
 - Bundeswehr:
Analyse, Suche, Dekontamination, Logistik usw.

- Sanitätsdienste (Arbeitersamariterbund (ASB), Malteser Hilfsdienst (MHD), Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Johanniter Unfallhilfe u. a.):
Rettungs- Sanitäts- und Betreuungsaufgaben
- Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) u. ä.:
Sonderaufgaben
- Sonstige, nichtöffentliche, private Unterstützer:
Sonderaufgaben

- Multiplikatoren:
 - Presse (regional, überregional, international)
 - Ausbilder
 - Experten

Entscheidungsträger, Einsatzkräfte und Multiplikatoren verfügen allein schon aufgrund ihrer Tätigkeit über Innen- und Außenwirkung. Von ihnen wird ein rasches und souveränes Handeln erwartet. Sollte der Anschein entstehen, dass der jeweilige „Verantwortliche“ keine oder unzureichende Handlungskompetenz aufweist, dürfte dies zu einer Eskalation der Situation führen. Insofern bedarf es einer streng gegliederten Informationssystematik zwischen den Agierenden und den Betroffenen.

Insbesondere besteht bei Personen in verantwortlichen Positionen Informationsbedarf. Hier gibt es vielfach bereits festgelegte Informationswege, die für die Risiko- bzw. Krisenkommunikation im Ereignisfall genutzt werden. Politisch Verantwortliche, z. B. Minister, Landräte oder Bürgermeister, werden normalerweise von nachgeordneten Behörden informiert.

Aufgrund der föderalen Struktur der Bundesrepublik Deutschland werden die meisten Aufgaben, welche den Bereich der biologischen

Gefahren betreffen, auf kommunaler Ebene wahrgenommen. Behörden und Dienststellen auf Landes- bzw. Bundesebene können – in Abhängigkeit vom jeweiligen Geschehen und der Rechtslage – die Koordinierung in der jeweils betroffenen Kommune übernehmen (siehe 3.4).

Kasten 1: Beispiel Gesundheitsamt

Gerade in biologischen Gefahrenlagen, aber nicht nur dort, kommt dem Vertreter des Gesundheitsamtes als Fachberater im Stab des Hauptverwaltungsbeamten eine Schlüsselrolle zu. Es sieht sich u. a. mit einem großen Informationsbedarf der Katastrophenschutzbehörden konfrontiert. So äußerten bei einer bundesweiten Erhebung (Pfenninger *et al.*, 2004) 91 % der Befragten die Erwartung, von ihrem Gesundheitsamt Informationen zu Seuchenbekämpfung und -prophylaxe zu erhalten. Im A-, B- oder C-Fall vertrauen 73–83 % darauf, vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) kompetent zu Symptomen, therapeutischen Maßnahmen sowie der organisatorischen Bewältigung einer solchen Lage beraten zu werden. In rund 50 % der Fälle wurde diese Erwartung auch im Hinblick auf einen Massenansturm von Verletzten bzw. Erkrankten (MANV) geäußert. Diesen Erwartungen steht eine in der Umfrage geäußerte Einschätzung der eigenen Kenntnisse durch die ÖGD-Ärzte gegenüber. So meinen nur 25–53 %, für den A-, B- oder C-Fall hinsichtlich auftretender Symptome über ausreichende Kenntnisse zu verfügen (therapeutische Maßnahmen: 20–34 %, organisatorische Bewältigung: 18–32 %). Bezüglich des Managements eines MANV ist zu beachten, dass nur 22 % der Ärzteangaben, über die Fachkunde Rettungsdienst zu verfügen, nur 4 % hatten die Qualifikation „Leitender Notarzt“ erworben.

Die zuständigen kommunalen Behörden beziehen ihre Informationen von Fachberatern. Insofern nehmen diese Fachberater eine Schlüsselposition in der Kommunikation wahr. Ziel sollte daher sein, den Fachberater so zu informieren, dass er im Falle einer Krise sofort erste

Informationen zu dem Problem liefern kann und in der Lage ist, tiefer gehende Fachinformationen bei Experten einzuholen.

Als Fachberater können u. a. gelten:

- Dienststellenleiter
- Amtsärzte
- Ausbilder
- externe Experten
- Leitende Notärzte

Insgesamt sieht sich der Amtsarzt in seiner Rolle als Fachberater hohen Erwartungen der Katastrophenschutzbehörden sowie einer Vielzahl möglicher Szenarien gegenüber, die es mit begrenzten personellen und materiellen Ressourcen zu bewältigen gilt.

Zur Erfüllung dieser Anforderungen muss sich das Gesundheitsamt bereits im Vorfeld einer biologischen Gefahrenlage u. a. mit der Beschaffung, Speicherung und Bereitstellung von Informationen, kurz mit **Informationsmanagement**, befassen. Für die Beschaffung dürften vor allem folgende Quellen in Frage kommen:

- Fachzeitschriften, Fachbücher
- Gesetzestexte
- Telefon- und Adressenverzeichnisse
- Alarm- und Einsatzpläne
- Empfehlungen nationaler/internationaler Institutionen
- Internet

Die Speicherung der so gesammelten Informationen wird in papiergebundener und/oder elektronischer Form erfolgen, wobei die papiergebundene und teilweise die (**datei**orientierte) elektronische Datenhaltung folgende Nachteile aufweisen können:

- heterogene (Daten-)Strukturen
- lange Zugriffszeiten
- großer Raumbedarf (Ortsgebundenheit!)

- teilweise erhebliche Redundanzen, durch die bei Änderungen/ Aktualisierungen die Gefahr von Inkonsistenzen besteht sowie
- beschränkte Auswertungsmöglichkeiten.

Aus diesen Gründen bietet sich die Speicherung in einem entsprechend strukturierten **Datenbanksystem** an, das hinsichtlich der Bereitstellung der Informationen im Idealfall einen schnellen Zugriff auf aktuelle ereignisbezogene Fachinformationen in Form nutzerspezifischer Ausschnitte aus dem Gesamtdatenbestand ermöglicht.

Kasten 2: deNIS II^{plus} – Rechnergestütztes Krisenmanagement bei Bund und Ländern

deNIS II^{plus} ist ein für das Krisenmanagement entwickeltes Informations- und Kommunikationssystem. Kernaufgabe ist die übergreifende Verknüpfung, Aufbereitung und Bereitstellung der verschiedenen bei Bund, Ländern und Hilfsorganisationen vorgehaltenen Informationen über das Management von außergewöhnlichen Gefahren- und Schadenlagen. deNIS II^{plus} steht einem geschlossenen Benutzerkreis zur Verfügung; hierzu zählen Entscheidungsträger aus den Lagezentren des Bundes (BMI, GMLZ, BPOL, THW, BMVg etc.) sowie den Lagezentren der Landesinnenministerien und Obersten Katastrophenschutzbehörden aller Bundesländer. Die Kernelemente von deNIS II^{plus} bilden vier Module, die das Meldemanagement, das Lagemanagement, das Ressourcenmanagement und die Risikobewertung unterstützen. Ziel der Anwendung ist es, ein Netzwerk im Bereich des Zivil- und Katastrophenschutzes aufzubauen, um das Krisenmanagement bei außergewöhnlichen Gefahren- und Schadenslagen zu unterstützen. Weitere Informationen unter <http://www.bbk.bund.de>.

Beratung und Unterstützung der Funktionsträger

Ziel ist es, dass Beteiligten und Betroffenen eine weitestgehend objektive Betrachtung des Ereignisses ermöglicht wird. Nur wer informiert

ist, kann kompetenter Funktionsträger sein. Kompetenz kann nur dann vermittelt werden, wenn ein gemeinsamer Standpunkt vertreten wird. Unterschiedliche Äußerungen werden grundsätzlich Unsicherheit und eine Erhöhung des subjektiven Risikos nach sich ziehen. Um dieses Ziel zu erreichen, sollten schon im Vorfeld eines Ereignisses bestimmte grundlegende Handlungsmuster festgelegt sein, die dann im „Falle eines Falles“ Anwendung finden. Eine abschließende Analyse bleibt unerlässlich. Gegebenenfalls könnte eine Hinzuziehung eines Moderators angedacht werden.

Im Vorfeld

Im Rahmen der Prävention sind wiederholte Schulungen (siehe 6.3) – ggfs. Updates – unerlässlich. Ebenfalls sollte auch ein Medientraining einbezogen werden, welches die Pressearbeit erleichtern soll. Ein turnusmäßiger Erfahrungsaustausch und persönliche Kontakte zu den jeweiligen Partnern sind ebenso empfehlenswert wie die Einbindung in Übungen und die Ausstattung und Einweisung in die Handhabung der persönlichen Schutzausstattung (PSA), Informationen über Infektionswege und Anwendungsbeispiele.

Vor und während eines Ereignisses

Nachdem der jeweilige Fachberater (siehe oben) benannt wurde, gilt es nun, den idealen Zeitpunkt der Informationsweitergabe festzustellen. Wichtig aus Sicht des Fachberaters ist, auch vor einer Krise bereits über grundlegende Informationen zu verfügen. Professionell handelnde Akteure müssen also nicht nur eine solide Grundausbildung erhalten, sondern auch ständig weitergebildet werden. Entscheidend ist dabei, dass das allgemeine Weiterbildungsangebot auf den verschiedenen Ebenen, also Kommunal-, Landes- sowie Bundesebene, abgestimmt und koordiniert wird. Der Übergang von der Risiko- in die Krisenkommunikation ist in der Praxis abhängig von dem eintretenden Ereignis (siehe Tab. 1: Risikomatrix von (Wildner *et al.*, 2007):

		Kontagiosität und Krankheitsbild →			
		A. Kontagiosität <i>niedrig,</i> <i>Krankheitsschwere</i> <i>niedrig</i>	B. Kontagiosität <i>hoch,</i> <i>Krankheitsschwere</i> <i>niedrig</i>	C. Kontagiosität <i>niedrig,</i> <i>Krankheitsschwere</i> <i>hoch</i>	D. Kontagiosität <i>hoch,</i> <i>Krankheitsschwere</i> <i>hoch</i>
I. Erreger <i>bekannt,</i> <i>gut behandelbar</i>	BT Typ „Salmonellen in der Salatbar“	BT Typ „Typhus“	BT Typ „Botulinustoxin“ (Beatmungsbetten verfügbar)	BT Typ „Pocken“ (Vakzine verfügbar)	
II. Erreger <i>bekannt,</i> <i>schwer</i> <i>behandelbar</i>	BT Typ „Cryptosporiden im Trinkwasser“	BT Typ „Virale Enzephalitis“ <i>Influenza- Epidemie</i>	BT Typ „Milzbrandsporen“	BT Typ „Pocken“ (keine Vakzine verfügbar)	
III. Erreger <i>unbekannt,</i> <i>gut behandelbar</i>	BT Typ „Salmonellen in der Salatbar“ (initial)	BT Typ „Typhus“ (initial)	BT Typ „Botulinustoxin“ (initial, Beatmungsbetten verfügbar)	BT Typ „Pocken“ (prophylaktische Impfung)	
IV. Erreger <i>unbekannt,</i> <i>schwer</i> <i>behandelbar</i>	BT Typ „Cryptosporiden im Trinkwasser“ (initial)	BT Typ „Virale Enzephalitis“ (initial) <i>Influenza- Pandemie</i> (initial)	BT Typ „Milzbrandsporen“ (initial)	BT Typ „Pocken“ (initial ohne Impfung) <i>SARS</i> (initial)	
Diagnostik, Therapie u. Prognose¹ →					

BT: Bioterrorismus

Tab. 1 [Platzhalter]: Erregerbezogene Klassifikation für die Risikokommunikation

Bei sich über einen gewissen Zeitraum entwickelnden Lagen, d. h. bei „bekanntem“ Erreger, liegt der Schwerpunkt bei der Risikokommunikation. Dieser Zeitraum sollte genutzt werden, um dem Fachberater alle Informationen zu übermitteln, die er aktuell benötigt. Beim (absehbaren) Übergang in die Krise sollten dann im günstigsten Fall die Informationsstränge so gefestigt sein, dass der Fachberater umfassend die Entscheidungsträger informieren kann.

Beispiel:

Aktuelle (Ende 2005/Anfang 2006) Informationen über die Vogelgrippe für Fachdienststellen im „Interdisziplinären Expertennetzwerk Biologische Gefahrenlagen“ (www.bevoelkerungsschutz.de).

Anders stellt sich die Lage bei plötzlichen Ereignissen mit zunächst unbekanntem Erreger dar. Hier ist die Expertise von Referenzen gefragt. Da solche Experten selten auf kommunaler Ebene zu finden sind, ist ein gut funktionierendes Meldewesen unabdingbar. Ohne die Information der örtlichen Kräfte, dass eine Lage eingetreten ist, können die Referenzen nicht tätig werden. Umgekehrt nützen die Informationen, über die die Referenzen verfügen, nur dann den örtlich zuständigen Instanzen, wenn diese schnell und sicher übermittelt werden können.

Beispiel:

Im Bereich der Polizei gibt es festgelegte Meldewege (Meldedienste) bei „wichtigen Ereignissen“, so genannten WE-Meldungen. Als Übertragungsweg ist das System EPOST810 vorgeschrieben. Dieses System hat das Fernschreibverfahren abgelöst und kann von jeder Polizeidienststelle zur schnellen und sicheren Übermittlung von Nachrichten genutzt werden.

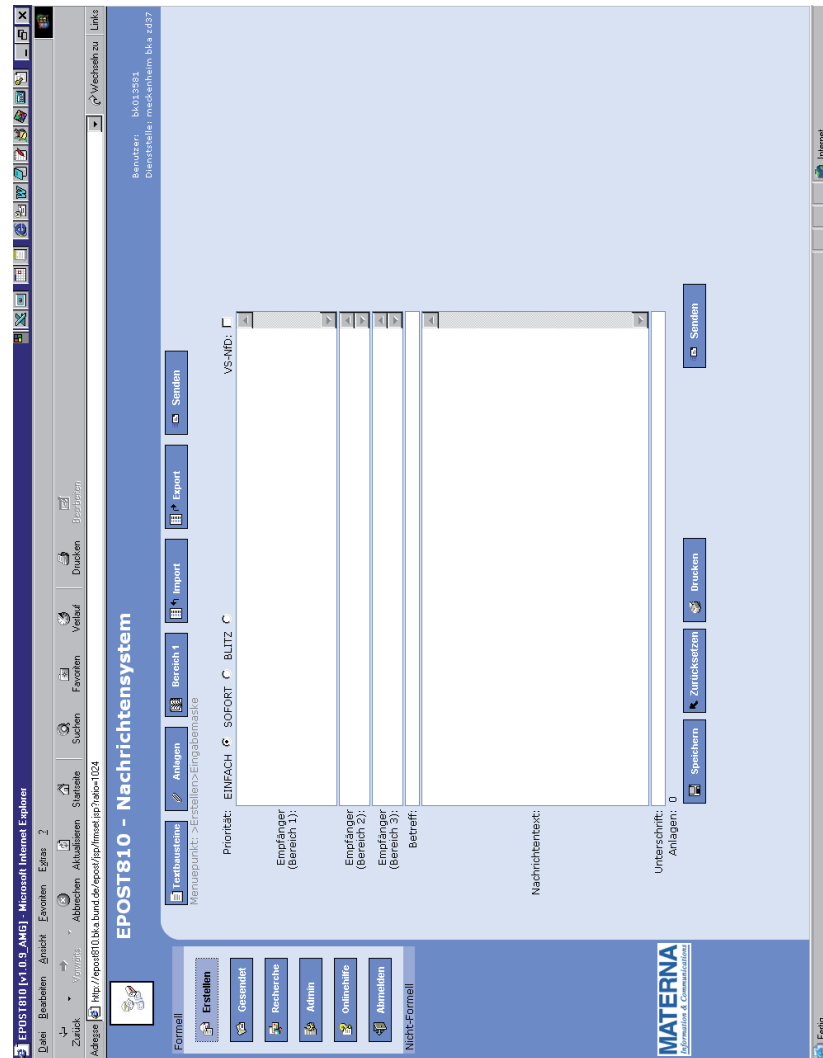


Abb. 2 [Platzhalter]: [Titel?]

WE-Meldungen werden an die Lagezentren der Innenministerien gesteuert, so dass die politischen Entscheidungsträger ebenfalls in die Informationskette mit eingebunden sind.

Die psychologische Komponente

Eine psychologische Einsatzbetreuung von Beschäftigten, die in Bereichen mit besonderen persönlichen Belastungen eingesetzt sind, ist zu empfehlen. Eine beratende Unterstützung dürfte bei der Durchführung der jeweiligen Aufgabe, insbesondere bei Ereignissen ähnlich einer Großschadenslage, stressreduzierend wirken, was ein objektiveres Handeln der Akteure ermöglicht. Informationen bedeuten Sicherheit. Daher ist es besonders wichtig, insbesondere die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie alle Beteiligten bestmöglich informiert zu halten.

Zur psychologischen Einsatzbetreuung gehören Maßnahmen der Einsatzvorbereitung/-begleitung und -nachsorge, die speziell auf die Einsatzbedingungen in den jeweiligen Arbeitsbereichen abgestimmt werden. Daneben gehört zur psychologischen Einsatzbetreuung auch die **akute Krisenintervention** bei Extremereignissen oder bei persönlichen Krisensituationen mit möglichen Auswirkungen auf den Dienst (siehe 5.9).

Bei länger andauernden Lagen kann eine psychologische Betreuung nicht über den gesamten Zeitraum seriös betrieben werden. Deshalb ist eine lageangepasste Auslösung durch geeignete Reservekräfte zu gewährleisten.

Nach einem Ereignis

Im Rahmen der Einsatznachbereitung ist im Hinblick auch auf die „interne Öffentlichkeitsarbeit“ ein Debriefing zu empfehlen. Alle beteiligten Stellen und Einsatzkräfte sind zu berücksichtigen. Eine weitergehende psychologische Betreuung vor dem Hintergrund z. B. eines möglichen „Posttraumatischen Belastungssyndroms“ der eingesetzten Kräfte ist sicherzustellen.

Literatur

- Pfenninger, E., Himmelseher, S., & König, S. (2004). *Untersuchung zur Einbindung des ÖGD in die katastrophenmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. 54. Bonn: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.
- Wildner, M., Dombrowsky, W., & Dickmann, P. (2007). Szenarien biologischer Gefahrenlagen. Eskalationsstufen von Risikokommunikation. In: *Biologische Sicherheit in Deutschland*. Kongressband zur German BioSafety 2005 In press.

