



Sechstes Zukunftsforum zum Thema Krisenkommunikation

Reykjavik, Island, 10.–11. Mai 2004

Autorin: Elke Jakubowski, Redaktion: Yves Charpak

Schlüsselwörter

COMMUNICATION
DISASTER PLANNING
EMERGENCIES
CRISIS INTERVENTION
PUBLIC HEALTH ADMINISTRATION
RISK MANAGEMENT
DECISION MAKING
PUBLIC RELATIONS
EUROPE

Bitten um Zusendung von Exemplaren der Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros sind an *publicationrequests@euro.who.int*, Anträge auf Genehmigung der Wiedergabe an *permissions@euro.who.int* und auf Genehmigung zur Übersetzung an *pubrights@euro.who.int* zu richten. Sie können sich auch direkt an das Referat Veröffentlichungen wenden: Referat Veröffentlichungen, WHO-Regionalbüro für Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark.

© Weltgesundheitsorganisation 2005

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung der auszugsweisen oder vollständigen Wiedergabe oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Veröffentlichung benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich der Rechtsstellung eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- und/oder Gebietsgrenzen. Die in Tabellenüberschriften benutzte Bezeichnung „Land oder Gebiet“ umfasst Länder, Territorien, Städte oder Gebiete. Gestrichelte Linien in Karten geben den ungefähren Verlauf von Grenzen an, über die u. U. noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Unternehmen oder der Erzeugnisse bestimmter Hersteller besagt nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation gegenüber anderen ähnlicher Art, die im Text nicht erwähnt sind, bevorzugt oder empfohlen werden. Abgesehen von eventuellen Irrtümern und Auslassungen, sind Markennamen im Text besonders gekennzeichnet.

Die Weltgesundheitsorganisation verbürgt sich nicht für die Vollständigkeit und Richtigkeit der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen und haftet nicht für sich aus deren Verwendung ergebende Schäden. Die von Autoren oder Redakteuren zum Ausdruck gebrachten Ansichten entsprechen nicht notwendigerweise den Beschlüssen oder der ausdrücklichen Politik der Weltgesundheitsorganisation.

INHALT

Seite

1. Warum die WHO der Krisenkommunikation ein Zukunftsforum widmete.....	1
2. Wie das Zukunftsforum Krisenkommunikation definierte	2
3. Fallstudien	3
Fall 1. Dioxinkrise in Belgien	3
Fall 2. Vogelgrippealarm in Österreich	9
Fall 3. SARS-Alarm in Norwegen	13
Fall 4. SARS-Krise in Ontario.....	15
Fall 5. Vermittlung von Gesundheitsrisiken: Erfahrungen aus dem Vereinigten Königreich	20
4. Schlussfolgerungen.....	25
4.1. Ansichten und Schlussfolgerungen der Teilnehmer	25
4.2. Offene Fragen.....	26
4.3. Siebtes Zukunftsforum.....	27
Literatur.....	27

1. Warum die WHO der Krisenkommunikation ein Zukunftsforum widmete

„Wenn eine Notlage (oder Krise) der öffentlichen Gesundheit auftritt, beeinflusst die Kommunikation unmittelbar die Entwicklung der Ereignisse.“

Angesichts einer Krise durch eine Epidemie, ein Unglück, eine Naturkatastrophe oder einen terroristischen Angriff müssen Entscheidungsträger für die öffentliche Gesundheit nicht nur auf das vorbereitet sein, was sie tun, sondern auch was sie sagen. Die Sicherstellung einer professionell über alle Sektoren hinweg koordinierten Reaktion ist die erste Herausforderung. Allerdings kann das Krisenmanagement zu Verwirrung, Angst und Vertrauensverlust führen, wenn sich die Öffentlichkeit nicht darüber im Klaren ist, was warum zu tun ist. Die Art der Kommunikation beeinflusst unmittelbar den Krisenverlauf. Sie kann Ängste der Öffentlichkeit schüren oder aber ein Verhalten fördern, das zur Beherrschung der Lage beiträgt.

Dieses Zukunftsforum hochkarätiger Entscheidungsträger beruhte auf einem Erfahrungsaustausch über Kommunikation in Krisensituationen. Der Zweck des Forums bestand darin, von einander zu lernen und besser die Dynamik der Kommunikation in einer gesundheitsbedrohlichen Krise zu verstehen, indem man auf diesem Gebiet erfahrenen Kollegen zuhörte. Das Forum sollte auch Einsicht in einige der politischen Instrumente vermitteln, die Mitgliedstaaten bereits anwenden und für die Krisenkommunikation empfehlen können.

Das Thema Krisenkommunikation steht in Beziehung zum Fünften Zukunftsforum: Instrumente der Entscheidungsfindung für schnelle Reaktionen, das im Dezember 2003 in Madrid stattfand (1). Das fünfte Forum beschäftigte sich mit Fallstudien von Situationen, in denen eine schnelle Reaktion erfordert war, wie bei der Hitzewelle in Frankreich und Portugal im Sommer 2003. Dieses Zukunftsforum war zwar hauptsächlich auf Frühwarnung vor und Vorbereitung auf Krisen ausgerichtet, nannte aber auch Vermittlungsfehler als wesentliche Merkmale von Krisen. Frankreich erlebte z. B. während der Hitzewelle im August 2003 eine Phase mit erhöhter Sterblichkeit. Es fanden jedoch keine Pressekonferenzen statt und in den Massenmedien wurden nur wenige Informationen und wissenschaftliche Ratschläge veröffentlicht. Das Schweigen der Behörden kann Ängste der Bevölkerung geschürt und das Vertrauen in ihre Fähigkeit untergraben haben, die Lage zu meistern. Die Hitzewellenkrise entsprang nicht nur aus der erhöhten Sterblichkeit, sondern auch durch das schwindende Vertrauen der Öffentlichkeit in die Entscheidungsträger (1).

Aufgrund der Ergebnisse des Fünften Zukunftsforums wurde entschieden, das Sechste Zukunftsforum der Krisenkommunikation zu widmen. Es wurde in Island abgehalten, wo die Menschen fortwährend mit natürlichen Gesundheitsrisiken wie Erdbeben, Vulkanausbrüchen und Stürmen leben müssen. Island hat ein wirksames Notfallkommunikationssystem aufgebaut und 1995 eine einheitliche Nummer (112) für alle Notrufe eingerichtet. Island hat neulich eine Notfallzentrale eröffnet, die die Koordinierung von Gesundheitsdiensten, Polizei, Küstenwache, Streitkräften, Justiz, Zivilschutz und Freiwilligendiensten unter einem Dach ermöglicht.

Der vorliegende Bericht ist ein Ergebnis des Sechsten Zukunftsforums. Er ist in vier Abschnitte gegliedert. Im Anschluss an diese Einführung wird in Abschnitt 2 der vom Forum verwendete Arbeitsbegriff für Krisenkommunikation erläutert. Abschnitt 3 ist Fallstudien über Krisenkom-

munikation gewidmet und geht näher auf die Perspektive aus Sicht der Entscheidungsträger ein. Darin werden Fälle zu den Themen Dioxin (Fall 1), Vogelgrippe (Fall 2), SARS (Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom, Fall 3 und 4) und Risikokommunikation bei MMR-Impfung (Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung), BSE (Bovine Spongiforme Enzephalopathie), vCJD (Variante des Creutzfeldt-Jakob-Syndroms) und bei Fehlern in der Gesundheitsversorgung (Fall 5) erörtert. Abschnitt 4 enthält die Schlussfolgerungen. Dieser Bericht trägt gegen Ende des Zukunftsforenzyklus zur Entwicklung eines Sets konzeptioneller Instrumente für hochrangige Entscheidungsträger im Bereich öffentliche Gesundheit bei.

2. Wie das Zukunftsforum Krisenkommunikation definierte

Krise bezeichnet eine un stabile Situation mit extremen Gefahren oder Schwierigkeiten. Sie zeigt einen Wendepunkt, in der Regel eine Lageverschlechterung, an. Sie tritt auf, wenn örtliche Gesundheitssysteme, von denen die Menschen direkt abhängig sind, überfordert werden und nicht auf die Bedürfnisse und Notwendigkeiten reagieren oder reagieren können. Krise ist ein unscharfer Begriff. „Krisenkommunikation“ bedeutet Kommunikation in Krisenzeiten. Dabei kann es sich um einen Mechanismus der Krisenbewältigung durch Informationsaustausch handeln. Es kann aber auch das Scheitern von Kommunikation bedeuten, das Krisen verursacht. Im Bereich Gesundheit sind Krise und Kommunikation eng miteinander verbunden. Alle Gesundheitskrisen sind auch Kommunikationskrisen (1).

In der Krise herrscht oft Unsicherheit über das epidemische Potenzial eines Ereignisses. Epidemien können sich ohne Krise entwickeln, und Krisen können auch ohne Epidemie entstehen (1). In Ländern mit einem hohen Gesundheitsbildungsniveau wird die Krise oft von Kritik des gesundheitsverständigen Publikums an den Entscheidungsträgern begleitet. Außerdem enthalten Krisen oft gefühlbetonte Elemente wie Furcht und Panik, da jeder Einzelne in Ungewissheit über die Auswirkungen der Krise auf das eigene Leben schwebt. Massenmedien sind typische Auslöser einer solchen Dynamik.

Der Begriff der Krisenkommunikation ist eng mit der Verständigung bei Katastrophen und Notlagen verbunden. Die Begriffe Krise, Notlage und Katastrophe beschreiben alle gefährliche Situationen mit übereinstimmenden und verschiedenen Merkmalen. Die Anwendung der Begriffe schwankt je nach wirtschaftlicher und politischer Kultur. Die WHO definiert eine Notlage als ein katastrophales Ereignis, bei dem Bedürfnisse und verfügbare Mittel unausgeglichen sind. Diese Definition wurde meist auf Entwicklungsländer angewendet. In den westlichen Ländern der Europäischen Region besteht bei „Katastrophe“ und „Notlage“ häufig größere Gewissheit über das epidemische Potenzial, während „Krise“ eher einen politischen Anstrich hat.

Ein weiterer mit Krisen verbundener Begriff ist „Gesundheitsrisiko“. Gesundheitliche Risiken oder Bedrohungen bergen wie Krisen gefühlbetonte Elemente und die Ungewissheit über die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen in sich. Gesundheitsrisiken und die Aussicht auf ihre Folgen, spielten in Fall 1 (Dioxinkrise in Belgien), Fall 2 (SARS-Risiko in Norwegen) und Fall 3 (SARS-Epidemie in Ontario, Kanada) eine wichtige Rolle. Diese Gesundheitsrisiken waren übrigens alle unsichtbar. Risiken können sich zu einer Krise entwickeln, wenn das öffentliche Vertrauen in die Führungskraft der Entscheidungsträger in Frage steht oder wenn die Gesundheitsrisiken zu deutlichem Medieninteresse führen und damit die Bevölkerung aufrütteln,

wie in Fall 3 (SARS-Epidemie in Ontario) und während der BSE-Krise im Vereinigten Königreich.

Risikokommunikation ist ein Teil von Krisenkommunikation. Dabei handelt es sich um eine zweigleisige Verständigung zwischen den beteiligten Akteuren (z. B. Entscheidungsträger oder Sachverständige) und der Öffentlichkeit über das Vorhandensein, die Art, Form, Schwere und Hinnehmbarkeit von Risiken.

Gesundheitsrisiken einer Bevölkerung lassen sich unterschiedlichen Ursachen zuschreiben, u. a. umweltbedingten und anderen äußeren Bedrohungen wie in Fall 1. Gesundheitsrisiken können auch im persönlichen Umfeld auftreten aufgrund von persönlichem Lebensstil, negativen Wirkungen der Gesundheitsversorgung oder Fehlern bei Diagnose und Behandlung, wie Fall 5 zeigt, wo das Versagen des Gesundheitssystems eine wichtige Rolle spielte.

Besorgnisse über Gesundheitsrisiken können in populären Medien auf unterschiedliche Weise aufkommen. Zum Beispiel werden Geschichten, die das menschliche Interesse fangen (human interest stories), mit hoher Wahrscheinlichkeit für berichtenswert erachtet. Interessenverbände haben eine große Chance auf Medienwirksamkeit, wenn sie das Interesse der Massenmedien für ein Gesundheitsrisiko wecken.

Krisen verlaufen in Phasen und jeder dieser Phasen lassen sich unterschiedliche Aufgaben des Krisenmanagements zuordnen. Krisenkommunikation ist nur ein kleiner Teil hiervon. Das Sechste Zukunftsforum konzentrierte sich jedoch (wie dieser Bericht) auf dieses Thema. Der Bericht nimmt die Perspektive eines Entscheidungsträgers ein und gibt die Ansichten ausgewählter Länder aus dem Westen der Region wider. Der nächste Abschnitt illustriert die Perspektive von Entscheidungsträgern in Krisen, die im Zusammenhang mit Dioxin, SARS, Vogelgrippe, MMR-Impfung, BSE und Fehlern in der Gesundheitsversorgung auftraten.

3. Fallstudien

Fall 1. Dioxinkrise in Belgien

„Wenn ein Gesundheitsrisiko auftritt, gib die zur Verfügung stehenden Informationen über das Risiko und darüber, was dagegen unternommen wird, weiter. Das Zurückhalten von Informationen setzt dich dem Risiko schwindenden öffentlichen Vertrauens und einer Krise aus.“

Hintergrund

Dioxin ist der Oberbegriff für eine Gruppe fettlöslicher Chemikalien. Die von manchen Branchen für Trafos, Insektizide und andere Dinge verwendeten polychlorierte Biphenyle (PCB) werden als dioxinähnliche Chemikalien eingestuft. Sie sind stabil, das heißt, sie reichern sich langsam in der Umwelt und in tierischem Fettgewebe an und überstehen Abbau und Stoffwechsel. Sie können durch Verbrennung bei Temperaturen über 850°C zerstört werden. Ihre Halbwertszeit im Körper beträgt durchschnittlich sieben Jahre. Im Lauf der Nahrungskette reichert sich das Dioxin immer weiter an. Nicht alle Dioxine sind toxisch. PCB zählen zu den toxischen dioxinähnlichen Chemikalien. Eine einzige hohe Dosis toxischen Dioxins kann tödlich sein. Niedrigere Dosen werden mit einer Schwächung des Immun-, Nerven- und Hormonsystems sowie der Reproduktivität in Verbindung gebracht (2). PCB-haltige Stoffe werden mit Hautausschlag,

Pigmentverfärbung und geschwollenen Augenlidern in Verbindung gebracht. Eine Kontaminierung wird in der Regel aus Industrieländern gemeldet und zwar häufig im Zusammenhang mit Lebensmitteln (Italien – 1976, Vereinigte Staaten von Amerika – 1997 und Belgien – 1999), weil Industrieländer i. d. R. über größere Kapazitäten in der Lebensmittelkontrolle und -überwachung verfügen als Entwicklungsländer. Weil die krebserzeugenden Mechanismen noch umstritten sind und die Methoden zur Festlegung der akzeptablen Tagesdosis an Dioxin schwanken, gibt es in den einzelnen Ländern sehr verschiedene Grenzwerte. Die WHO hat den Toleranzwert einer Tagesaufnahme von 1–4 Picogramm pro Kilogramm Körpergewicht aufgestellt. Gegenwärtig liegt die Tagesaufnahme in den industrialisierten Ländern zwischen einem und drei Picogramm pro Kilogramm Körpergewicht (2).

Abfolge der Ereignisse

Der vollständige Verlauf wurde in der Krise rekonstruiert (3).

Am 19. Januar 1999 wurde im nordwestlichen Teil Flanderns (Belgien) ein Vorratstank des pflanzliche und tierische Fette und Öle verarbeitenden Futterherstellers Verkest mit Dioxin verseucht.

Verschiedene Möglichkeiten der Dioxinverseuchung des Tanks wurden untersucht. Der Tank enthielt tierisches Fett: 80 Tonnen der wiederverwerteten Tierreste stammten von der spanischen Firma Fogra, die die Reste aus Restaurants, Schlachthöfen und der Abfallentsorgung bezogen hatte. Verkest fügte 50 Tonnen tierisches Fett hinzu. Es wird angenommen, dass das verseuchte Fett entweder von Fogra oder aus wiederverwertetem tierischen Fett stammte, das Verkest zugefügt hatte.

Der Zeitpunkt der Verseuchung des Tankinhalts wurde nie mit Sicherheit bestimmt. Doch im Spätsommer 1999 deuteten Berichte der Massenmedien an, dass Motor- oder Industrieöl entweder willentlich oder versehentlich dem tierischen Fett beigemischt wurde.

Am 19. Januar sollte der verseuchte Tankinhalt zu Tierfutter verarbeitet werden. Verkest belieferte hierfür zwischen dem 20. und 27. Januar einige Tierfutttermühlen in Belgien, Frankreich und den Niederlanden.

Im Februar stellte ein Tierfutterhersteller Probleme bei mit seinen Produkten gefütterten Hühnern fest. Er leitete darauf eine Untersuchung ein, die zu dem Schluss gelangte, dass das in dem Tierfutter enthaltene Fett der Auslöser gewesen sein könnte. Mitte März wurde eine Probe des im Januar hergestellten Futters zum Labortest eingeschickt. Am 19. März 1999 wurden das belgische Landwirtschaftsministerium und das belgische Gesundheitsministerium wegen einer möglichen Dioxinverseuchung von Hühnerfleisch und -eiern gewarnt. Der Verdacht bestätigte sich am 26. April.

Im Laufe des Monats Mai verfolgte die Regierung die Ausbreitung des verseuchten Fetts zwischen dem 19. und 31. Januar zurück und fand andere betroffene Hersteller in Belgien, Frankreich und den Niederlanden. Sie informierte die französischen und niederländischen Behörden und machte die Firmen ausfindig, die Futter von Verkest gekauft hatten. Außerdem wurden Hunderte von Geflügelfarmen auf Dioxin untersucht.

Im Mai belegten die Testergebnisse hohe Dioxinbelastungen bei Hühnern und Eiern aus Farmen, die Futter von den beteiligten Herstellern bezogen hatten. Am 27. Mai stellte die Regierung diese Tierfutterhersteller unter Aufsicht. Hühnerfleisch und Eiprodukte wurden zurückverfolgt.

Eine erste Pressemitteilung erschien am 27. Mai und die Mitglieder der Europäischen Union (EU) wurden offiziell über die Verseuchung informiert. Am 28. Mai 1999 verkündete der belgische Gesundheitsminister ein Verkaufsverbot für Geflügel und Eier in Belgien und ließ solche Produkte aus den Regalen entfernen. Einen Tag nach der Verkündung begann die nationale und internationale Presse mit einer massiven Berichterstattung über die Dioxinverseuchung in Belgien und beschuldigte die Regierung, das Problem monatelang verdeckt zu haben. Die internationale Presse brachte in dreieinhalb Monaten Hunderte von Artikeln über die Krise.

Am 1. Juni 1999 öffnete die belgische Regierung eine Website, die Fakten und Zahlen und Informationen über die Gesundheitsrisiken durch die Dioxinverseuchung enthielt. Der Öffentlichkeit wurden Adressen, Telefonnummern und Berichte zur Verfügung gestellt. Anrufzentralen für Verbraucher wurden eingerichtet.

Das Verkaufsverbot für Geflügel und Eier wurde verlängert und am 2. Juni auf Schweineprodukte ausgeweitet.

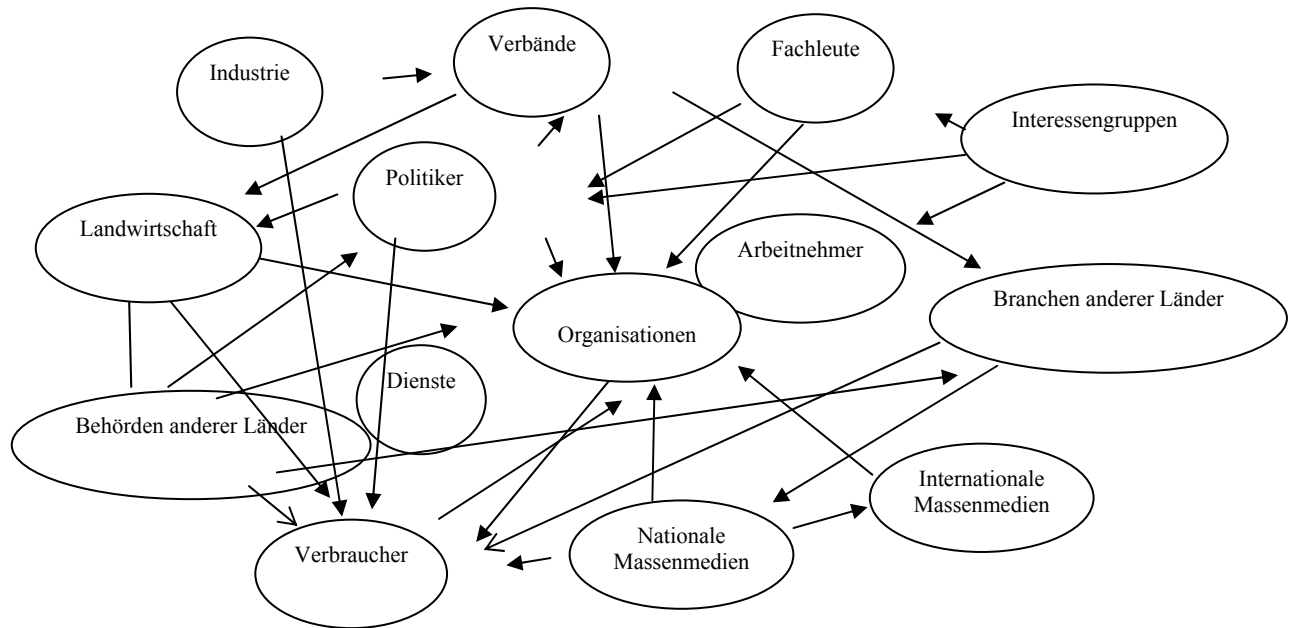
Landwirte, Lebensmittelhersteller, Groß- und Einzelhandel begannen über das verlorene Einkommen und Ansehen zu klagen, mehrere Firmen schlossen ganz.

Am 1. Juni 1999 traten der belgische Landwirtschaftsminister und der belgische Gesundheitsminister zurück.

Die Europäische Kommission gab eine Pressemitteilung heraus, in der die Mitglieder der Europäischen Union dazu aufgefordert wurden, alle potenziell verseuchten Futtermittel, Geflügel- und Eiprodukte zu vernichten, und in der die Erlaubnis zum Verbot von Importen aus Belgien gegeben wurde, die keine amtliche Unbedenklichkeitsbescheinigung aufwiesen. Viele Länder der Europäischen Union reagierten mit Rückrufaktionen für Geflügel und Eiprodukte aus Belgien. Einige gingen noch weiter und verboten jeglichen Fleisch- und Tierimport aus Belgien. Die Vereinigten Staaten und Singapur verboten alle Lebensmittelimporte aus Europa. Am 4. Juni weitete die Europäische Kommission ihre Beschränkungen auf Milch und Milcherzeugnisse, Schweine- und Rindfleisch sowie andere Produkte der verdächtigen Höfe aus. Unstimmigkeiten zwischen der Europäischen Kommission und der belgischen Regierung spiegelten sich in mehreren Pressemitteilungen wider und fanden in der nationalen und internationalen Presse weite Verbreitung.

Verschiedene Interessengruppen in Belgien, darunter die Industrie, die Landwirtschaft, Umweltschutzverbände, Regierungsvertreter, Verbraucherorganisationen, sowie Regierungsvertreter anderer Länder und nationale und internationale Medien begannen mit Verlautbarungen auf der Grundlage unterschiedlicher Interessenlagen, Argumente und „Fakten“ und stifteten eine enorme Verwirrung (Abb. 1).

Abb. 1 Kommunikationswirrwarr zwischen unterschiedlichen Interessensgruppen und Adressaten während der belgischen Dioxinkrise.



Am 4. Juni veröffentlichte die belgische Regierung eine Liste der mit Verkest in Verbindung stehenden Produkten. Sammelstellen für die auf der Liste aufgeführten Produkte wurden eingerichtet und die Produkte verbrannt.

Eine Pressemitteilung vom 5. Juni bemühte sich, die Bevölkerung der Sorge der Regierung um die Gesundheit der Verbraucher zu versichern. Sie führte aus, dass die Kontamination auf ein einmaliges Ereignis zurückzuführen war und dass die Regierung die Konsequenzen zusehends in den Griff bekomme. Die getroffenen Maßnahmen wurden aufgezählt und die Unstimmigkeiten mit der Europäischen Kommission wurden genannt.

Am 7. Juni trat der niederländische Landwirtschaftsminister im Zusammenhang mit Vorwürfen zurück, er habe eine Meldung über potenziell dioxinverseuchte Geflügel- und Eiprodukte in Verbindung mit Fettimporten aus Belgien verzögert.

Die Europäische Kommission gab Informationen zu den auf EU-Ebene getroffenen Maßnahmen bekannt.

Am 10. Juni blockierten belgische Farmer aus Protest gegen die Exportverbote den Verkehr an den Grenzen zu Frankreich und den Niederlanden.

Im Laufe des Junis meldeten mehrere Länder erhöhte Dioxinwerte in aus Belgien stammenden Hühnerprodukten. Die Massenmedien berichteten ausführlich hierüber. Diskussionen über neue Sicherheitsstandards und eine europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit wurden entfacht. Gegen Ende Juni wurden die wirtschaftlichen Auswirkungen der Krise sichtbar. Die belgische Regierung schätzte die Verluste für Landwirtschaft und Lebensmittelindustrie auf über 1,5 Mia. US-\$.

Im Juli waren die Europäische Kommission und die neu gewählte belgische Regierung weiter uneinig über Importbeschränkungen für belgische landwirtschaftliche Erzeugnisse und über akzeptable PCB-Grenzwerte.

Am 6. August 1999 gab die belgische Regierung schließlich einen Erlass heraus, der die Vorschriften der Europäischen Kommission befolgte, wonach jedem Tier oder Tierprodukt ein Attest über die PCB- und/oder Dioxin-Freiheit beigelegt werden sollte.

Am 20. September wurde ein Bescheinigungsverfahren eingeleitet, das für alle übrigen Farmen in Belgien einen Dioxintest zwingend vorschrieb.

Was in Belgien als Krise der öffentlichen Gesundheit begann, wurde zu einer politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Krise, die sich weit über die Grenzen Belgiens hinaus erstreckte. Die Krise trug auch zu einem geschärften Bewusstsein über die Gesundheitsrisiken durch Dioxinbelastung bei und veranlasste die Länder zu mehr Routinekontrollen bei Dioxin und PCB.

Herausforderungen in der Krisenkommunikation

Die größte Herausforderung für die Kommunikation während der belgischen Dioxinkrise war vielleicht das hohe Ausmaß an Ungewissheit darüber, was genau zu der Freisetzung des Dioxins an die Umwelt und zu der Aufnahme in den Ernährungskreislauf durch das Tierfutter geführt hatte. Die Ungewissheit traf auch auf das Ausmaß der Dioxinbelastung für die belgische Bevölkerung seit Beginn der Krise zu. Die Krise wurde durch ein einmaliges Ereignis ausgelöst, das zwar zeitlich begrenzt, aber schwer rückverfolgbar war. Insbesondere die Verbindung zwischen dem Futter und der Dioxinverseuchung von Tierherden war nicht offensichtlich. Die Meinungen der wissenschaftlichen Sachverständigen über den Kausalzusammenhang der Ereignisse gingen weit auseinander, was zur Verwirrung der Öffentlichkeit beitrug. Ein weiteres Problem betraf das massive Interesse der internationalen Massenmedien an der Sache, das die Angst in Belgien weiter steigerte.

Viele der Herausforderungen lagen außerhalb des Einflusses der belgischen Behörden. Einige bezogen sich auf die Ungewissheiten und den negativen Ruf von Dioxin als potenziell karzinogener und endokrin wirksamer Substanz. So variierten zum Beispiel vor der Krise die akzeptablen Grenzwerte für die Dioxinbelastung von Produkten in den europäischen Ländern.

In Belgien selbst war die Kommunikation zwischen Lebensmittelherstellern, Landwirten und Interessengruppen nur schlecht abgestimmt. Das gilt aber auch für die Verständigung zwischen Belgien und der Europäischen Kommission sowie unter den Ländern der Europäischen Union.

Diskussion

- Entscheide im Krisenfall erst, was zu tun ist, und gehe dann an die Öffentlichkeit. Bei der Dioxinkrise hat die belgische Regierung vielleicht geeignete Maßnahmen getroffen, aber bei der Vermittlung dieser Maßnahmen ist sie gescheitert.
- Die Untersuchung des Falls zeigt die Bedeutung der frühzeitigen Kommunikation über plötzlich auftretende Gesundheitsrisiken und des Risikomanagements der Regierung. Das Vertuschen von Risiken und das Ausbleiben von Informationen können zu einem ernststen Vertrauensverlust der Öffentlichkeit in den Entscheidungsprozess und zu Verwirrung und

Angst führen. Bei der Dioxinkrise veranlasste fehlende Kommunikation die Massenmedien und die Öffentlichkeit dazu, sich auf das vermeintliche Versagen der Regierung beim Krisenmanagement zu konzentrieren, statt auf die Schwachstellen in der Lebensmittelindustrie abzuheben, die das Problem verursacht hatten.

- Neben der Bedeutung frühzeitiger Kommunikation verdeutlicht der Fall die Wichtigkeit einer aktiven Kommunikationsstrategie, die durch glaubwürdige und verlässliche Informationen und nicht von den Spekulationen der Massenmedien angetrieben wird. Die Massenmedien suchen oft gerade nach dem verborgen gehaltenen Stoff. Darauf zu warten, dass die Massenmedien ein Problem entdecken, bringt die Regierungsvertreter in eine Defensivlage, aus der heraus sie oft Dinge sagen, die sie nicht sagen wollen.
- Bei der Krisenkommunikation muss sorgfältig darauf geachtet werden, wer mit der Presse spricht. In Belgien wirkte sich nachteilig aus, dass die Krisenmanager den Kontakt zur Presse unterhielten. Denn so wurden sie zusätzlich belastet. Nicht nur zeitmäßig, sondern auch psychologisch, als die Massenmedien anfangen zu behaupten, die Regierung habe die Kontrolle über die Lage verloren.
- Es gibt keine allgemeingültigen Regeln dafür, wer als Sprecher der Gesundheitsministerien auftreten soll. Jedes Ministerium in jedem Land muss dies nach Angemessenheit selbst entscheiden.
- Wer jedoch in einer Krise mit der Presse spricht, muss von Fachleuten beraten werden, die verstehen und Rat erteilen können, wie auf die Fragen der Journalisten geantwortet werden kann.
- Krisenkommunikatoren und Journalisten müssen in Krisenzeiten den gegenseitigen fachlichen Respekt und das Vertrauen in die jeweilige Rolle bewahren. Journalisten sind in Krisenzeiten weder Freunde noch Feinde der Gesundheitsbehörden. Sie tun einfach ihre Arbeit. Dennoch müssen Krisenkommunikatoren gute Kommunikatoren sein, um Missverständnisse und Verwirrung zu vermeiden. Sie müssen auch fachliche Aspekte der Gesundheitsrisiken verstehen und sie ungeachtet ihrer Komplexität in einfachen Worten ausdrücken können.
- Die Aufgabe der Journalisten ist es, Fragen zu stellen. Dabei können sie nach persönlichen Meinungen fragen, wenn es noch keine wissenschaftlichen Erkenntnisse gibt. Z. B.: „Was denken Sie?“ oder „Was glauben Sie?“. Solche Fragen ermöglichen es, über die offiziellen Standpunkte hinauszugehen. Allerdings haben die Kommunikatoren das Recht, die Antwort auf Fragen zu verweigern, die über ihr Arbeitsgebiet hinaus reichen.
- Der Fall zeigt, dass die belgische Regierung und die Europäische Kommission ihre Krisenkommunikation nicht abgestimmt hatten. Eine direkte Zusammenarbeit anstelle gegenseitiger Schuldzuweisung wäre vielleicht für das Vertrauen der Öffentlichkeit hilfreicher gewesen.

Fall 2. Vogelgrippealarm in Österreich

„Die Arbeit mit den Medien muss vorbereitet werden, bevor die Krise losbricht. Um die Verbindung für Krisenzeiten zu verbessern, spreche ich regelmäßig mit Journalisten meines Vertrauens. Manchmal gebe ich ihnen Auskünfte zu ihrer ‚eigenen‘ Information.“

Hintergrund

Die Vogelgrippe ist eine Infektion, die Vögel befällt und durch das Influenzavirus Typ A verursacht wird. Das Virus hat mehrere unterschiedlich pathogene Subtypen. Die weniger pathogenen Subtypen können zu stärker pathogenen Arten mutieren und dabei eine Sterblichkeit von bis zu 50% verursachen.

Vogelgrippeausbrüche erfolgen relativ selten bei Geflügel. Zwischen 1959 und 2003 gab es 21 geografisch beschränkte Ausbrüche. Allerdings haben die jüngsten Ausbrüche ein neues Ausmaß hinsichtlich ihrer geografischen und internationalen Ausbreitung und ihrer wirtschaftlichen Folgen erreicht. Manche Länder erleben heutzutage erstmalig bei Geflügel Ausbrüche mit hochpathogenen Vogelgrippetypen und haben noch keine Erfahrungen mit der Bewältigung dieser Ausbrüche.

Übertragungen vom Tier auf den Menschen sind selten, wie die niedrige Zahl menschlicher Infektionen zeigt. Trotz der Verlautbarung des thailändischen Gesundheitsministeriums vom 27. September 2004 über einen möglichen Fall in einer Familie gibt es bislang noch keinen Nachweis einer wirksamen pathogenen Übertragung von Mensch zu Mensch. Es gibt allerdings die Sorge, dass eine solche wirksame Übertragung von Mensch zu Mensch in der Zukunft möglich sein wird. Dies kann entweder durch den Austausch von Genabschnitten bei Simultaninfektionen von Menschen oder durch eine Mutation des Virus während der Infektion eines Menschen geschehen (4). In dieser Hinsicht kommt dem neuen Subtyp H5N1 viel Aufmerksamkeit zu, da bei ihm eine Anpassung für eine wirksame Übertragung vermutet wird. Das Virus ist in der Lage Gene von Viren zu erwerben, die andere Tierarten befallen. Es hat sich als schnell mutierend und hochpathogen erwiesen und kann dadurch potenziell schwere Erkrankungen beim Menschen verursachen. Wenn Menschen gleichzeitig durch Grippe- und Vogelgrippeviren infiziert werden, könnten sie das „Mischgefäß“ abgeben, in dem sich der neue für Menschen potenziell hochpathogene Subtyp herausbildet. Bei Auftreten eines solchen neuen Subtyps wäre die allgemeine Bevölkerung wahrscheinlich nicht gegen das Virus immun und die vorhandenen Impfstoffe wären nicht wirksam. Vor diesem Hintergrund besteht ernste Sorge wegen einer möglichen Influenzapandemie. Eine derartige Pandemie könnte prinzipiell so tödlich verlaufen wie die sog. Spanische Grippe, die 1918 nach Schätzungen 50 Mio. Menschenleben forderte.

Abfolge der Ereignisse

Mehrere lokale Ausbrüche der Vogelgrippe vom Typ A unter Menschen wurden während der letzten acht Jahre gemeldet. In Hongkong, der Sonderverwaltungsregion der V.R. China, führte 1997 die Vogelgrippe vom Typ A (Stamm H5N1) zu 18 entdeckten Infektionen mit 6 Sterbefällen. Dieser Ausbruch fiel zusammen mit Infektionsausbrüchen des H5N1-Virus auf Geflügel-farmen und -märkten. Man glaubt, dass das unmittelbare Ausmerzen des Geflügels eine Pandemie abgewendet hat (5). 1999 wurden zwei Fälle von Vogelgrippe A (Stamm H9N2) gemeldet. Im Jahr 2003 meldete die Sonderverwaltungsregion der V.R. China Hongkong zwei weitere Fälle von Vogelgrippe A (H5N1) von denen der eine tödlich endete. Die Niederlande meldeten 87 Fälle von Vogelgrippe A (Stamm H9N2), von denen einer, ein Tierarzt, starb.

Im Jahr 2004 trat die Vogelgrippe zuerst am 13. Januar durch drei Fälle in Vietnam (zwei Kinder und eine erwachsene Person) und am 23. Januar durch zwei infizierte Kinder in Thailand in Erscheinung (alle mit Labornachweis). In beiden Ländern wurde als Erreger das Vogelgrippevirus vom Subtyp H5N1 aufgeführt. Die Ausbrüche pathogener Infektionen in Geflügelpopulationen sieben asiatischer Länder seit Dezember 2003 wurden direkt auf ihn zurückgeführt. Bis zum 22. März 2004 wurden weitere Fälle aus Vietnam und Thailand gemeldet, sodass die Gesamtzahl auf 36, davon 23 Sterbefälle, stieg.

In der kanadischen Provinz British Columbia wurden am 31. März 2004 zwei Vogelgrippefälle mit Subtyp H7 bestätigt.

Im Januar 2004 ernannte das österreichische Bundesministerium für Gesundheit und Frauen das Klinische Institut für Virologie der Medizinischen Universität Wien zum nationalen Referenzlabor für Influenzainfektionen (hierunter auch Vogelgrippe). Es gab mehrere Empfehlungen an die Öffentlichkeit heraus. Eine der Empfehlungen forderte gefährdete Gruppen (Beschäftigte in der Geflügelindustrie und andere) dazu auf, beim Füttern des Geflügels Gesichtsmasken und Schutzbrillen zu tragen. Den gefährdeten Bevölkerungsgruppen wurde eine Grippeimpfung sowie eine antivirale Prophylaxe mit dem Wirkstoff Oseltamivir angeboten. Impfempfehlungen für Reisende und allgemeine Warnungen für den Besuch von Hühnerfarmen und Märkten mit Lebendgeflügel wurden ausgegeben. Der Allgemeinbevölkerung wurde eine kostenlose Grippeimpfung angeboten.

Gleichzeitig begann das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen mit Verhandlungen über die Verfügbarkeit und den Preis von antiviralen Arzneimitteln und Impfstoffen aus Zellkulturen.

Im Februar 2004 wurde der Entwurf eines Maßnahmenplans für eine Influenzapandemie fertig gestellt und die örtlichen Gesundheitsbehörden wurden mit der Ausarbeitung eines Impfplans und eines Versorgungskonzepts beauftragt.

Planung und Durchführung der Kommunikation

Aufklärung und Information über Gesundheitsrisiken werden in Österreich in der Regel aktiv über das Fernsehen, die Presse und das Internet sowie Fachzeitschriften und beliebte Illustrierte verbreitet. Der Zweck ist dabei eine erhöhte Wahrnehmung der Gesundheitsrisiken durch die Bevölkerung, bevor eine Krise ausbricht. Die Massenmedien werden dazu genutzt, die Gesundheitsrisiken sichtbarer zu machen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat verschiedene Krisenszenarien und Reaktionsmuster der Gesundheitsbehörden erarbeitet und der Bevölkerung mitgeteilt. Bereitschaftspläne und Reaktionsmaßnahmen werden veröffentlicht, damit die Öffentlichkeit präventive Maßnahmen und den Materialkauf (z. B. Impfvorräte) besser annimmt.

Fachleute betreiben frühe bzw. rechtzeitige Risikokommunikation, um Panikreaktionen zu vermeiden. Obwohl die Kommuniqués des Ministeriums die Gesundheitsrisiken anerkennen, enthalten sie doch auch beruhigende Botschaften. Zum Beispiel Informationen über Maßnahmen zur Beherrschung der Risiken. Sie lassen sich leichter durchführen, wenn Bereitschaftspläne vorhanden sind und die Reaktionsfähigkeit in Bezug auf Laborkapazitäten und Verfügbarkeit von geeigneten Medikamenten und Impfstoffen sowie von gut ausgebildetem Gesundheitspersonal ausreicht.

Das Medienkonzept der österreichischen Pandemieplanung sieht zwei Stufen der Risikokommunikation vor. Stufe eins gilt für die Zeit zwischen Pandemien, Stufe zwei für die verschiedenen Phasen einer Pandemie.

In der Zeit zwischen den Pandemien wird die Risikowahrnehmung durch kontinuierliche Informationen über die Bereitschaftspläne und den stattfindenden Kapazitätsausbau vor und während der Grippezeit erhöht. Pressemitteilungen wurden vorbereitet und eine Website zum Thema Grippe eingerichtet. Eine Anrufzentrale ist über eine kostenlose Notrufnummer erreichbar. Ein offizieller Sprecher des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen ist an all diesen Aktivitäten beteiligt.

Während der Phase 0 einer Pandemie gibt das Ministerium Informationen über die Gesundheitsbedrohung und möglicherweise erforderliche Maßnahmen heraus. Bei Bedarf wird ein Beratungstelefon eingerichtet. In der Phase 1 einer Pandemie, wenn die WHO die Pandemiegefahr bestätigt hat, richtet das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen einen Krisenstab ein. Der Krisenstab gibt täglich Informationen über die Gesundheitsbedrohungen und notwendige Maßnahmen heraus. Die Gesundheitspolitiker Österreichs haben eingewilligt, während dieser Phase 1 einer Influenzapandemie für die Massenmedien erreichbar zu sein. Beratungstelefone werden auf nationaler und regionaler Ebene eingerichtet. In Phase 2 gibt der Krisenstab Informationen über den Verlauf der Pandemie und Berichte über die Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen heraus. Auch für Phase 2 haben die Politiker eingewilligt, den Massenmedien zur Verfügung zu stehen. In Phase 3 der Pandemie erklärt der Krisenstab das Ende der ersten Pandemiewelle, legt einen Bericht vor und informiert über eine mögliche zweite Welle.

Während des Vogelgrippealarms wurden in Österreich die meisten der für die Influenzapandemie entwickelten Prinzipien beherzigt. Aufgrund von Unsicherheiten über das Ausmaß der durch die Vogelgrippe bei Geflügel und einigen Bevölkerungsgruppen in Asien verursachten Gesundheitsrisiken wurde entschieden, eine Kommunikationsstrategie der einen Stimme anzuwenden. Zur Konsensfindung wurden daher alle beteiligten Akteure durch Zusammenkünfte der einschlägigen Behörden und Gremien einberufen und regionale Gesundheitsbehörden und Fachverbände für Virologie, Immunisierung und Epidemiologie wurden mit einbezogen. Auf einer Sitzung aller Beteiligten auf Bundes- und Landesebene aus Politik und Fachkreisen wurde ein mediengewandter Epidemiologe zum Chefkommunikator für den Vogelgrippealarm bestimmt.

Weitere Aufgaben in Bezug auf die Verständigung mit der Presse wurden ebenfalls vergeben. Die Gesundheitsministerin und die Staatssekretäre nahmen an Pressekonferenzen teil. Der Sektionsleiter der Abteilung Gesundheitswesen und Experten des Ministeriums waren auch ständig für die Presse da.

Maßnahmen für die Gesundheit von Mensch und Tier wurden den Medien laufend mitgeteilt, auf der Website des Ministeriums aktualisiert und in Fachblättern und beliebten Zeitschriften veröffentlicht.

Kernbotschaften wurden entworfen und ständig wiederholt (Kasten 1).

Kasten 1. Kernbotschaften zur Vogelgrippe im Jahr 2004 in Österreich

- Vogelgrippe ist eine Tierkrankheit!
- In Österreich gibt es keine Vogelgrippe.
- Vogelgrippe wird nicht durch Lebensmittel übertragen.
- Eine Übertragung von Mensch zu Mensch wurde noch nie nachgewiesen.
- Medikamente gegen Grippe können auch gegen Vogelgrippe helfen.
- Wir bereiten uns jedoch auf den schlimmsten Fall vor und arbeiten an einem Maßnahmenplan.

Kasten 2 zeigt beispielhaft den Ablauf der Medienereignisse.

Kasten 2. Beispiel einer Folge von Botschaften des Gesundheitsstaatssekretärs an die Medien

- 3. Februar 2004: Staatssekretär des Gesundheitsministeriums: Vorsicht bei Reisen nach Asien
- 10. Februar 2004: Einladung zur Pressekonferenz mit der Bundesministerin Maria Rauch-Kallat zum Thema: Vogelgrippe „Österreichischer Maßnahmenplan“
- 13. Februar 2004: Vogelgrippe: Gesundheitsstaatssekretär nimmt an Sondersitzung des Ministerrats in Brüssel teil
- 24. Februar 2004: Vogelgrippe: Jüngste Erkenntnisse aus China

Kasten 3 zeigt eine Stellungnahme des Obersten Sanitätsrates zum Thema Vogelgrippe.

Kasten 3. Stellungnahme des Obersten Sanitätsrates zum Thema „Vogelgrippe“ (Auszug)

Derzeit besteht in Österreich keine Gefahr!

Im asiatischen Raum herrscht zur Zeit eine schwere Tierseuche (Vogelgrippe, auch Geflügelpest genannt), die durch ein Vogel-Influenzavirus verursacht wird. In ganz seltenen Fällen kann dieses Virus bei direktem Kontakt mit erkrankten Tieren oder deren Exkrementen auch auf den Menschen übertragen werden.

Es erkrankten bisher nur wenige Menschen, die alle direkten Kontakt zu infizierten Tieren hatten. Bisher verlief die Erkrankung bei zwanzig Personen tödlich. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch ist zwar theoretisch möglich, doch wurde beim derzeitigen Ausbruch bisher keine einzige derartige Übertragung gesichert.

Gegen das Einschleppen dieser Tierseuche nach Österreich sind rigorose veterinärbehördliche Maßnahmen in Kraft.

Von einer für den Menschen gefährlichen Grippe-Pandemie (= weltweiter Grippeausbruch) kann derzeit nicht die Rede sein!

Diskussion

- Wenn die Bevölkerung plötzlich mit einem ungewissen Gesundheitsrisiko konfrontiert wird, müssen die Gesundheitsbehörden das Ausmaß der Ungewissheit vermitteln.
- Eine Kommunikationsstrategie und Verbindungen zu den Medien vor Ausbruch der Krise sind sinnvoll. Das erfordert regelmäßigen Kontakt zu den Medien, was sich z. B. durch regelmäßige Gesundheitsinformationen und Briefings erreichen lässt. Der Aufbau von Verbindungen zu vertrauenswürdigen Zeitungen und Journalisten sind besonders wichtig.
- Die Erfahrungen aus Österreich zeigen, dass das Prinzip der einen Stimme in der Krise von Wert sein kann. Allerdings zeigte die Erörterung des Falles auch, dass dies nicht immer realistisch sein mag. So wurde z. B. das Argument vorgebracht, dass sich die Stellungnahmen der Wissenschaftler immer von denen der Entscheidungsträger unterscheiden. Manchmal muss sorgfältig entschieden werden, was auf der politischen und was auf der wissenschaftlichen Ebene verbreitet wird. Ein weiterer Aspekt ist, dass das Sprechen mit einer Stimme für Länder eine größere Herausforderung darstellt, in denen die Zuständigkeit für die Gesundheit weitgehend auf lokaler und regionaler Ebene liegt. Außerdem erfordert ein solches Vorgehen, dass die Gesundheitsbehörden bereit sind, in der Krise die Führung zu übernehmen. Dafür ist großes Selbstvertrauen der Gesundheitsbeamten erforderlich, gegebenenfalls auch gegenüber den Beamten anderer Ressorts.
- Interviews sollten während einer Krise vorzugsweise direkt übertragen und nicht aufgezeichnet werden, damit eine Wiedergabe im falschen Zusammenhang vermieden wird. Solche Interviews müssen eingeplant werden, da Zeit in der Krise ein knappes Gut ist. Das Vermeiden eines Zwangs für die Gesundheitsbehörden zur Erklärungsflut ist eine Herausforderung.
- Die österreichische Erfahrung illustriert ein systematisches Herangehen an die Kommunikation zum Thema Vogelgrippe. Es gibt jedoch keine Garantie, dass die Abfolge in Zeiten der Krise der Planung entspricht. Manchmal erweisen gute Kommunikationssysteme erst in kritischen Situationen ihren Wert.

Fall 3. SARS-Alarm in Norwegen

„Lässt sich der Erfolg einer Kommunikationsstrategie bei der Bewältigung einer potenziellen Bedrohung der öffentlichen Gesundheit für den Gebrauch in einer wirklichen Krise extrapolieren?“

In Norwegen begann die Kommunikation zum Thema SARS am 13. März 2003, einen Tag nachdem die WHO ihre globale Warnung ausgegeben hatte. An diesem Tag veröffentlichte die offizielle norwegische Website für Gesundheit Informationen. Am 14. März wurde SARS ausführlich von den führenden norwegischen Tageszeitungen behandelt. Am 16. März wurde der Gesundheitssektor mit Fachinformationen versorgt. Es wurde kein SARS-Fall verzeichnet. Die Kommunikationsstrategie wurde im Juni 2003 von unabhängiger Seite bewertet.

Planung und Durchführung der Kommunikation

Die norwegische Kommunikationsstrategie ist von den Lehren aus dem Atomunfall von Tschernobyl im Jahr 1986 geprägt. In jüngerer Zeit hatte Norwegen Kommunikationselemente für die Bereitschaftsplanung für eine Influenzapandemie entwickelt. Die Kommunikationsstrategie für SARS war von der Notwendigkeit einer nationalen, sektorübergreifenden Zusammenarbeit und rechtzeitigen, genauen und maßgeblichen Informationen an die Öffentlichkeit geleitet. Sie sollte

das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Fähigkeit der Regierung zur Bewältigung eines möglichen SARS-Ausbruchs erhalten. Die Botschaften unterschiedlicher Behörden sollten stimmig sein. Ein hoher Nachrichtenausstoß sollte die Wirkung widerstreitender Berichte über die Krankheit mindern. In die Mitteilungen flossen Informationen der WHO und anderer internationaler Organisationen ein. Politische, administrative und finanzielle Grenzen bedeuteten Einschränkungen. Drei Pressekonferenzen wurden gehalten und 15 Pressemitteilungen verbreitet. Webseiten wurden kontinuierlich aktualisiert und wöchentlich ein Nachrichtenbrief herausgegeben. Daneben wurde ein besonderes SARS-Pressezentrum geschaffen und eine Telefonberatung angeboten.

Auswertung der Kommunikation

Ein unabhängiger Sachverständiger wertete die Kommunikationsstrategie im Juni 2003 in einer Befragung aus. Den Befragten wurde Anonymität zugesichert. Es handelte sich bei ihnen um Medizinalbeamte und Journalisten.

Die Untersuchung ergab, dass über 70% der befragten Medizinalbeamten mit dem Umfang, der Güte, der Rechtzeitigkeit, der Stimmigkeit und der Verlässlichkeit der Information durch die Gesundheitsbehörden zufrieden waren. 10% fanden die Informationen unzureichend und 6% gaben an, sie wären zu umfangreich gewesen.

Die meisten Journalisten waren ebenfalls mit den bereitgestellten Informationen zufrieden. Über die Hälfte der befragten Journalisten waren mit der Anzahl und dem Rahmen der von den Gesundheitsbehörden veranstalteten Pressekonferenzen zufrieden. Was allerdings interessant ist: Einige Journalisten hatten den Verdacht gehegt, es hätte in Norwegen von den Behörden verschwiegene SARS-Fälle gegeben.

Eine Kernfrage blieb unbeantwortet: Wäre die gleiche Kommunikationsstrategie ebenso erfolgreich gewesen, wenn in dieser Lage eine SARS-Infektion in Norwegen aufgetreten wäre?

Diskussion

- Das Vorliegen einer Kommunikationsstrategie außerhalb von Krisenzeiten kann helfen einen Kommunikationsplan zu entwickeln, wenn sich eine Krise entfaltet.
- Ein Krisenkommunikationsplan erfordert Hintergrundwissen über das Problem, ein Ziel und einen Zweck (Information, Überzeugung, Motivierung?) und die Festlegung der Zielgruppen.
- Die Fragen von Journalisten in Krisen der öffentlichen Gesundheit sind einigermaßen voraussehbar: Was ist passiert? Wo ist es passiert? Wer ist berührt? Wann ist es passiert? Warum ist es passiert? Was wird dagegen unternommen? Wird es wieder passieren?
- Eine Diskussion entspann sich an der Frage der Zuständigkeiten in der Krisenkommunikation. Es wurde veranschaulicht, dass institutionelle Eigendynamiken manchmal die Kontakte zur Presse von vorneherein bestimmen. Zum Beispiel können Informationsmitarbeiter dazu neigen, den Kontakt zur Presse zu monopolisieren und es dadurch den Journalisten manchmal erschweren, eine Frage direkt mit den Entscheidungsträgern weiter zu verfolgen. Es wurde auch betont, dass Wissenschaftlern in Krisen zwar eine unterstützende Rolle gegeben werden sollte, dass sie aber nicht im Namen der Gesundheitsbehörden sprechen sollten.

- Kommunikationspläne sollten in der Krise beobachtet und anschließend ausgewertet werden.
- Es verblieb ungewiss, ob die gleiche Kommunikationsstrategie bei Auftreten von SARS von Erfolg gekrönt worden wäre.

Das war die Ausgangslage im nächsten Fall: Krisenkommunikation bei SARS in Ontario. Dort waren 247 wahrscheinliche SARS-Fälle, 128 Verdachtsfälle und 44 Todesfälle aufgrund von SARS aufgetreten sowie bis zu 20 000 Menschen unter Quarantäne gestellt worden, um eine Ausbreitung der SARS-Infektion in der Bevölkerung zu verhindern.

Fall 4. SARS-Krise in Ontario

„Im April 2003 standen Tausende Bürger aus Ontario in den zehn Tage vor Ostern in ihrem Zuhause unter Quarantäne.“

Abfolge der Ereignisse

Abb. 2 zeigt schematisch die Abfolge der Ereignisse nach Ausbruch der SARS-Krise im kanadischen Ontario.

Abb. 2 Wichtige SARS-Ereignisse und Mediendeckung (nach Auflagenhöhe in Millionen)

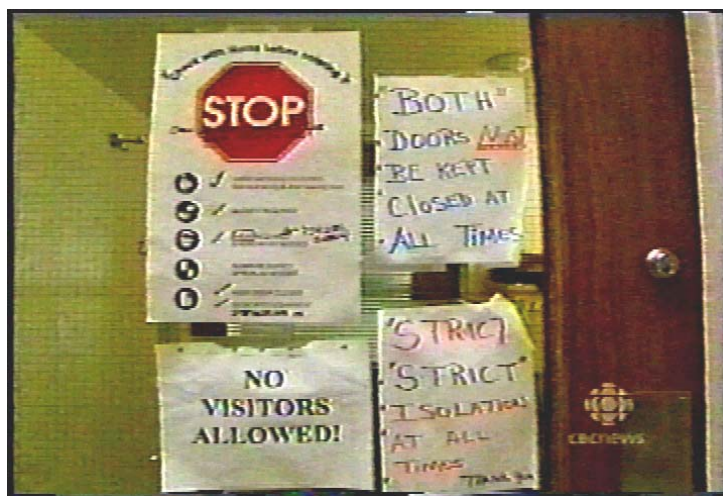


SARS erreichte Kanada Mitte März 2003 (Abb. 2). Die erste Pressekonferenz über eine mögliche Bedrohung für die 11 Mio. Einwohner von Ontario durch den SARS-Erreger wurde am Freitag, d. 14. März, gegeben. Während dieser Pressekonferenz alarmierte das Ministerium für Gesundheit und Langzeitpflege Leistungserbringer und Öffentlichkeit wegen des Auftretens einer atypischen Lungenentzündung. Alle vier Fälle traten bei einer Familie (Index-Familie) in Toronto

auf, die aus einer betroffenen Zone Hongkongs zurückgekehrt war. Zwei dieser ersten Fälle endeten tödlich. Die Arbeit begann mit einer Untersuchung, welche Menschen am Ort in Kontakt mit den Infektionsfällen aus dieser Familie gewesen waren.

Am 26. März rief die Provinz Ontario den SARS-Notstand aus. Zu dieser Zeit begannen viele Leistungserbringer mit Rückendeckung der Regierung die mit SARS in Kontakt gekommenen Menschen zu isolieren. Ende März setzten Beschränkungen für die Krankenhäuser ein. Danach wurden alle nicht zwingend notwendigen Operationen abgesagt, die Patientenbesuche zahlenmäßig begrenzt und Überweisungen von Patienten zwischen Krankenhäusern beschränkt. Vieler Gesundheitseinrichtungen maßen Fieber bei Patienten und Besuchern.

Abbildung 3: Zugangsbeschränkungen für Besucher von Krankenhäusern



Aufnahme: Dr. Anne Matthews, Ministerium für Gesundheit und Langzeitpflege, Toronto, Kanada

In den zehn Tagen vor dem Osterwochenende April 2003 standen über 3000 Bürger und Gesundheitsfachkräfte aus Ontario, vor allem im Bereich Toronto, in ihrem Zuhause unter Quarantäne. Reisehinweise wurden am 26. April für alle Gemeinden herausgegeben und eine Woche später wieder aufgehoben.

Am 24. Mai meldeten die Gesundheitsbehörden zwei neue Fallhäufungen, die sie auf Atemwegsinfektionen untersuchten. Alle untersuchten Fälle wurden auf die ursprünglichen Fallhäufungen zurückgeführt. Seither sind keine SARS-Fälle mehr gemeldet worden.

Planung und Durchführung der Krisenkommunikation

Die Kommunikationsstrategien verfolgten das Ziel, die Krise selbst zu meistern und die Bevölkerung Ontarios so weit wie möglich zu schützen, die geografische Ausbreitung zu minimieren und gleichzeitig das Gesundheitssystem Ontarios zu funktionstüchtig zu halten. Ein weiteres Ziel bestand in der Minimierung möglichen gesellschaftlichen und wirtschaftlichem Schadens. Die Kommunikation war vom Wunsch nach Aufklärung und Information geleitet und sollte das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Anpassungsfähigkeit des Systems an die Bewältigung der Herausforderungen stärken. Die Balance zwischen diesen Punkten erwies sich als schwer erreichbar. Eine der wichtigsten und vielleicht größten Herausforderungen für die Kommunikation bestand in der Abwägung zwischen dem erforderlichen Schutz der Privatsphäre der Betroffenen und der

erforderlichen Transparenz. Die Kommunikationstaktik im Verhältnis zur Öffentlichkeit und Leistungserbringern wurde täglich überprüft.

Ein Teil der Strategie war es zu demonstrieren, dass die Regierung die erforderliche Handlungskraft zur Bewältigung der Krise besaß. Die Kommunikation über die Gesundheitsrisiken wurde oft direkt mit der Forderung nach Maßnahmen verbunden.

Bei der Kommunikation wurde aufgrund des besten verfügbaren Wissens und aufgrund ethischer Erwägungen entschieden. Ein wichtiges Ziel war es, alle Gesundheitsfachkräfte in öffentlichen Gesundheitsdiensten und Krankenhäusern zu erreichen. Insbesondere bei Gesundheitsfachkräften, die einem größeren Kontaktisiko ausgesetzt waren als die Allgemeinbevölkerung, erkannte das Kommunikationsteam des Gesundheitsministeriums von Ontario die Bedeutung widerspruchsfreier, rechtzeitiger und häufiger Mitteilungen vonseiten der Provinz. Grundsätzlich sollten die Kommunikationsmitarbeiter erreichbar sein und offen und sachorientiert auftreten.

Eine Einsatzzentrale wurde eingerichtet und ein Leiter zur Koordinierung der Notlagenkommunikation und des Teams ernannt. Die Mitarbeiter arbeiteten ungefähr 15 Wochen lang 18 Stunden täglich.

Anfangs wurden jeden Vormittag Telefonkonferenzen zwischen Beamten, Experten und Kommunikationsmitarbeitern gehalten. Akteure des Gesundheitssystems (Gesundheitspolitiker, -beamte und Berufsvertreter) wurden gezielt einzeln angesprochen, um die Kommunikation zu harmonisieren. Sie erhielten auch regelmäßig per E-Mail Nachrichten und hatten auf eine durch Kennwort geschützte Website Zugriff. Während des Höhepunkts der Krise wurde täglich um 15:00 Uhr eine Pressekonferenz gehalten. Insgesamt wurden mehr als 100 Pressekonferenzen durchgeführt. Ausgewählte Beamte oder Fachleute dienten dabei als Sprecher. Die Pressekonferenzen wurden durch bezahlte Anzeigen ergänzt. Die Website des Gesundheitsministeriums enthielt ständig aktuelle Informationen, tägliche Faktenblätter sowie Fragen und Antworten für ihre Besucher.

Die Pressekonferenzen am Nachmittag richteten sich hauptsächlich an die Allgemeinbevölkerung, auf Ebene der Provinzregierung wurden jedoch zusätzliche Telefonleitungen zur Beratung von Gesundheitspersonal in Krankenhäusern und Gesundheitszentren eingerichtet. Außerdem wurde die medizinische Hochschule durch Briefe informiert. Regelmäßig wurden Verhaltensregeln bekannt gegeben.

Die unter Quarantäne stehenden Bürger und ihre Angehörigen wurden gesondert beraten, damit Letztere vor einer Infektion bewahrt wurden. Gesundheitseinrichtungen und Gemeindestationen richteten SARS-Telefonleitungen ein. Sie ermöglichten den isolierten Menschen Rat zu suchen oder Lebensmittel und andere Versorgungsgüter geliefert zu bekommen. Das SARS-Telefon der Provinz in Toronto verzeichnete täglich um die 10 000 Anrufe.

Herausforderungen in der Krisenkommunikation

Beim Ausbruch der Krise warf die Krisenkommunikation durch die sorgfältige Abwägung zwischen Vertraulichkeit von Patientendaten und Transparenz noch viele Verfahrensfragen auf. Insbesondere stellte sich die Frage, ob der Schutz der Privatsphäre eine Ausbreitung von Informationen verbot, die zur Bekämpfung einer Epidemie erforderlich sind. Ein ähnliches Dilemma bestand zwischen der Aufklärung der Bevölkerung über die Gesundheitsrisiken und der Versicherung, dass das Gesundheitssystem der Herausforderung gewachsen war. Und dies war umso

wichtiger, als die Öffentlichkeit immer stärker verängstigt wurde. Die Kommunikation musste zunehmende Angstreaktionen gegenüber Menschen, bei denen ein SARS-Verdacht bestand bzw. SARS wahrscheinlich oder nachgewiesen war, gegenüber Asiaten und gegenüber Gesundheitsfachkräften bekämpfen. Es wurde z. B. festgestellt, dass Taxifahrer sich weigerten Krankenschwestern bzw. -pfleger zu fahren.

Ein anderes Problem war das Fehlen gesicherter Informationen. Es fehlten nicht nur Falldefinitionen, sondern auch verlässliche Daten über die Nutzung der Gesundheitsdienste durch Patienten mit Symptomen einer Lungenentzündung. Die Provinzregierung stellt während der SARS-Krise fest, dass sie wegen eines unzulänglichen Informationssystems nicht in der Lage war, verlässlich herauszufinden, wer Krankenhäuser oder andere Gesundheitsdienste aufgesucht hatte. Da SARS in Ontario vor allem in Krankenhäusern übertragen wurde, erwies sich dieses als der Hauptgrund für das Unvermögen seine Ausbreitung abzuschätzen. Durch das Fehlen verlässlicher Informationen über die Nutzung der Gesundheitsdienste war auch unklar, ob die in den Krankenhäusern gemeldeten SARS-Fälle nur Häufungen in dem jeweiligen Krankenhaus darstellten oder aber Infektionstrends der Gesamtbevölkerung widerspiegelten. Die Kommunikation zwischen Krankenhäusern und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen funktionierte ebenfalls schlecht.

Das Medieninteresse war enorm und machte in schneller Abfolge umfangreiche Informationen erforderlich. Manchmal hatte das Kommunikationsteam den Eindruck, die Massenmedien würden den Verlauf diktieren. Die Pressekonferenzen waren schwer in den Griff zu bekommen, da das Kommunikationsteam sowohl mit Leuten zu tun hatte, die relativ viel über die Gesundheitsrisiken von SARS wussten, als auch mit Leuten, die dies nicht taten. Das schuf viel Verwirrung.

Eine besondere Herausforderung entstand durch das Misslingen der internationalen Kommunikation. Vor allem zwei Probleme stachen hervor: Zum Einen wurden Botschaften an die Lokalbevölkerung aufgegriffen und in der ganzen Welt verbreitet, wodurch Probleme vor Ort bei der SARS-Bekämpfung international bekannt wurden. Die Ratlosigkeit der Bürger Ontarios wurde womöglich noch gesteigert, als sie aus der internationalen Presse über die SARS-Epidemie in Ontario erfuhren und sich zu fragen begannen, ob die Bedrohung wirklich so groß war. Zum Anderen gab es Probleme bei der Verständigung mit der internationalen Fachwelt, insbesondere der WHO. Die Provinzregierung von Ontario ist für die WHO kein offizieller Ansprechpartner, daher waren die Kommunikationskanäle mit der WHO komplex.

Weitere Probleme traten in der Verständigung zwischen den Leistungserbringern auf. Die Infektionsbekämpfung in den Krankenhäusern scheiterte zum Teil an fehlenden Mechanismen für einen Informationsaustausch über die SARS-Infektionen. Ein weiteres Problem waren widersprüchliche Botschaften der Leistungserbringer. Verschiedene Krankenhäuser gaben sich widersprechende Ratschläge. Manche rieten zur strikten Isolierung der Fälle, andere lediglich zum Tragen von Schutzausrüstung beim Umgang mit diesen. Den Krankenhäusern war dies kaum vorzuwerfen, da wissenschaftliche Erkenntnisse über das richtige Ausmaß der Isolation von Infektions- und Verdachtsfällen im Großen und Ganzen fehlten. Zwar gab das Ministerium für Gesundheit und Langzeitpflege Leitlinien für die Krankenhäuser heraus, damit Fragen beantwortet werden konnten wie: „Wie strikt muss die Isolierung der Verdachtsfälle sein?“, „Können wir einfach versuchen, uns fernzuhalten?“ oder „Reicht das Tragen von Schutzmasken?“, doch waren diese Empfehlungen nicht evidenzbasiert.

Die Kommunikation mit den Menschen unter Quarantäne erwies sich als äußerst schwierig. Zeitweise waren Tausende davon betroffen. Einige waren in Kontakt mit Verdachtsfällen oder wahrscheinlichen Fällen gewesen, einige waren Gesundheitsdienstmitarbeiter. Alle, deren Status

untersucht wurde, gehörten dazu. Weil die Zahl der Verdachtsfälle so hoch war, war auch die Anzahl der Quarantänebetroffenen so enorm. Die kommunikative Herausforderung in Bezug auf die Quarantäne bestand darin, dass die Zielgruppe sehr heterogen war und selbst Gesundheitsfachkräfte betroffen waren. Letztere benötigten eine andere Art von Information. Gleichzeitig musste die Kommunikation mit allen aber frei von Widersprüchen sein.

Die Mitglieder des Kommunikationsteams im Gesundheitsministeriums erlebten selbst Furcht und Ungewissheit über die eigene Ansteckung mit SARS, einige von ihnen ließen sich ärztlich untersuchen.

Auswertung der Kommunikation

Der zuständige Vertreter des Ministeriums für Gesundheit und Langzeitpflege war der Ansicht, dass die Öffentlichkeitsarbeit in weiten Bereichen funktioniert habe, u. a. der systematische Nachrichtenfluss mit täglichen Briefings für die Massenmedien und gezielten Anrufaktionen für beteiligte Akteure. Ein Leitartikel des *Toronto Sun* vom 8. Juni 2003 war schmeichelhaft: „Von Anbeginn hielten sie freimütige tägliche Nachrichtenkonferenzen, um die Bevölkerung über die Schwere des Ausbruchs informiert zu halten.“ Einige Beteiligte aus dem Gesundheitssystem bestätigten dies. So z. B. der Direktor der Canadian Psychological Association, der im *Toronto Star* am 7. Mai 2003 mit den Worten zitiert wurde: „Der Schlüssel war die frühe Entscheidung der Gesundheitsverantwortlichen regelmäßig verlässliche Informationen an die Öffentlichkeit abzugeben. Indem sie das Vertrauen der Öffentlichkeit herstellten, verhinderten sie, dass unkontrollierbare Angst, Furcht und Panik über die Stadt hinwegfegten.“

Außerdem war man der Ansicht, dass das Ziel der Aufklärung der Öffentlichkeit über die mit SARS verbundenen Gesundheitsrisiken erreicht wurde. Das Team fühlte sich bei Bedarf durch Sachverständige und von politischer Seite unterstützt.

Eine nationale telefonische Befragung von 1500 Bürgern im Monat April 2003 unterstützte einige dieser Annahmen. Z. B. antworteten vier Fünftel der Befragten, dass sie „reichlich“ Informationen über SARS erhalten hätten. Sie glaubten an die Richtigkeit der Information über die Zahl der Infizierten.

Ein vollständiger Bericht über die Handlung der SARS-Krise wurde 2004 veröffentlicht (6).

Diskussion

- Krisenkommunikationsstrategien können je nach Zielgruppe (z. B. Öffentlichkeit, Leistungserbringer und Akteure im Gesundheitssystem) variieren. Direkte Kommunikationskanäle zu den Zielgruppen entscheiden über den Erfolg.
- Dieser Fall zeigte erneut, was auch in den vorausgegangenen Studien erörtert worden war: Es gibt keine eindeutige Regel, wer in einer Krise am besten kommuniziert, gleich ob es sich um einen Sprecher, einen leitenden Gesundheitsbeamten, einen Politiker oder einen Sachverständigen handelt. Es gibt Krisen, in denen jeder von ihnen kommunizieren muss, es muss jedoch klar sein, wer wann und was sagt. Bis zum Schluss waren sich die Teilnehmer über Gestalt und Struktur eines Krisenkommunikationsteams nicht sicher.
- Die Veröffentlichung der Gesundheitsrisiken ist unvermeidbar. Sie muss aber von einer Botschaft begleitet werden, dass etwas dagegen unternommen wird. Risikokommunikation

im Bereich Gesundheit muss der Öffentlichkeit und besonderen Zielgruppen eine Vorstellung darüber geben, was der Einzelne tun kann.

- Die SARS-Krise in Ontario hat gezeigt, dass Krisenkommunikation eine vom Krisenmanagement und Entscheidungsprozess gesonderte Aufgabe ist.
- In einer Krise arbeiten viele Einzelpersonen mit völliger Hingabe an ihrer Bewältigung. Die Koordinierung einer einstimmigen Botschaft aus vielen Mündern und die Klärung der Zuständigkeiten und Aufgaben in der Krisenkommunikation bleibt damit wahrscheinlich die Schlüsselherausforderung jeder künftigen Gesundheitskrise.

Fall 5. Vermittlung von Gesundheitsrisiken: Erfahrungen aus dem Vereinigten Königreich

„Informationen erfassen, analysieren und darauf reagieren.“

Besorgnis über Gesundheitsrisiken kann durch die Massenmedien auf unterschiedliche Weise aufkommen. Z. B. kann ein Einzelfall zu bedeutendem menschlichen Interesse führen. Die Veröffentlichung klinischer Beobachtungen oder gewöhnlicher Surveillancedaten kann auch zu Besorgnis führen. Interessenverbände können ihre Besorgnis in Massenmedien zum Ausdruck bringen. Manchmal können Behauptungen aus dem Internet zu Beunruhigung führen. Manchmal beruhen Geschichten der Massenmedien auf investigativem Journalismus. Manchmal sind sie das Ergebnis epidemiologischer oder klinischer Forschung.

Dieser Abschnitt fasst einige Beobachtungen zur Krisenkommunikation in Bezug auf Gesundheitsrisiken im Vereinigten Königreich zusammen. Sie wurden aus der Perspektive der öffentlichen Gesundheit, der Massenmedien und des einzelnen Verbrauchers sowie der Allgemeinbevölkerung als Empfänger der Botschaften gemacht. Drei Beispiele aus dem Vereinigten Königreich werden angeführt: MMR-Impfung, BSE und vCJD sowie ein ausgeprägtes Versagen der Gesundheitsdienste.

MMR-Impfung

Mit der MMR-Impfung werden Kinder gegen Masern, Mumps und Röteln immunisiert.

1988 wurde sie im Vereinigten Königreich mit einer großen Medienkampagne eingeführt, die Einzelimpfungen gegen Masern, Mumps und Röteln wurden zurückgedrängt. Gesundheitsfachkräfte und Allgemeinbevölkerung waren anfangs so positiv eingestellt, dass der Impfgrad in den frühen 1990er Jahren über 90% lag. Die Erstimpfung erfolgte im Alter von 20 Monaten, die Nachimpfung im Alter von 3 bis 5 Jahren. Später erfolgte die Erstimpfung im Alter von 12 bis 15 Monaten und die Auffrischimpfung kurz vor der Einschulung.

Nach Medienberichten entstand 1998 eine Kontroverse über einen möglichen Kausalzusammenhang zwischen der MMR-Impfung und Autismus sowie Darmerkrankungen. Die Berichte beruhten auf Veröffentlichungen in medizinischen Fachzeitschriften über kleine Versuchsreihen, die einen Zusammenhang zwischen MMR-Impfung und Autismus meldeten. Die Massenmedien griffen die Berichte auf und heizten das Klima mit Einzelschicksalen an, die ein Zusammentreffen von MMR-Impfung und Autismus aufwiesen. Darüber hinaus tauchten kritische Bemerkungen auf, wonach Produktlizenz und Marktzulassung der MMR-Impfung 1988 zu früh erteilt

worden seien. Infolge der erhöhten Medienaufmerksamkeit kam es zu einer lebhaften wissenschaftlichen und öffentlichen Debatte.

Die Regierung vertrat eindeutig die Haltung, dass die verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht die Hypothese unterstützten, eine MMR-Impfung verursache Autismus. Eine Position, die unlängst jüngst durch verschiedene populationsbasierte Beobachtungsstudien unterstützt wurde (7-9).

Allerdings herrscht diesbezüglich immer noch keine Einigkeit in der Forschergemeinschaft. Obwohl die Regierung klar Position bezog, glaubten die Medien und die Öffentlichkeit den Forschern, die einen Kausalzusammenhang zwischen der MMR-Impfung und Autismus postulierten. Dadurch hat sich die Risikowahrnehmung der Bevölkerung so geändert, dass es zu einem Rückgang der MMR-Impfrate bis deutlich unter 90% kam.

Der Regierung wurde zusehends in der Rolle eines kompromisslosen Verweigerers von Wahlmöglichkeiten gesehen. Das Konzept der Herdenimmunität in der Bevölkerung und statistische Argumente spielten bei der Frage des Kausalzusammenhangs zwischen MMR-Impfung und Autismus in der öffentlichen Reaktion eine geringere Rolle als Einzelfälle.

Bis heute konnte deswegen die allgemeine Akzeptanz von MMR-Impfungen nicht wiederhergestellt werden. Viele Eltern im Vereinigten Königreich sind weiter besorgt über die Folgen einer Impfung für die Gesundheit ihrer Kinder. Vor diesem Hintergrund illustriert ein Zwiegespräch zwischen einem Gesundheitsoffiziellen und einem besorgten Elternteil in Kasten 5 die Schwierigkeiten bei der Verständigung.

Kasten 5. Dialog zwischen einem Gesundheitsoffiziellen und einem besorgten Elternteil zur Beleuchtung der Schwierigkeiten einer Verständigung über die Risiken unerwünschter Nebenwirkungen der MMR-Impfung.

Elternteil: Mein Kind leidet an Autismus. Bis zur MMR-Impfung hat es sich normal entwickelt. Danach war alles anders.

Antwort: Autismus ist eine Krankheit, die in der Kindheit ungefähr zu der Zeit auftritt, indem die MMR-Impfung erfolgt. Die Tatsache, dass zwei Dinge gleichzeitig auftreten, heißt nicht, dass das eine das andere verursacht. Es ist ein Zusammentreffen.

Elternteil: Weiß man überhaupt, was Autismus verursacht?

Antwort: Nein, nicht wirklich.

Elternteil: Hat es eine Zunahme gegeben, seit in den 1980ern MMR-Impfungen eingeführt wurden?

Antwort: Ja, allerdings stieg der Autismus an, bevor die MMR-Impfungen einsetzten. Zahlreiche wissenschaftliche Kommissionen haben einen Zusammenhang zwischen der MMR-Impfung und Autismus gesucht, doch nicht gefunden.

Elternteil: Die Forschung hat gezeigt, dass Autismus durch die MMR-Impfung hervorgerufen wird. Das Gleiche gilt für Darmerkrankungen. Das habe ich im Internet gelesen.

Antwort: Dabei handelt es sich um unseriöse Forschung, die von keinem anderen Wissenschaftler nachvollzogen werden konnte. Ich kann Ihnen nur erneut versichern, dass diese Arbeit von einer Reihe wissenschaftlicher Ausschüsse überprüft wurde und dass die Postulate des Forschers verworfen wurden.

Elternteil: Die Forschung zeigt, dass Einzelimpfstoffe sicherer sind als der MMR-Dreifachimpfstoff. Warum lässt die Regierung die Eltern nicht die Wahl?

Antwort: Wenn wir das täten, hieße dies sechs zeitlich versetzte Injektionen. In den zeitlichen Zwischenräumen wären die Kinder gefährdet. Masern und die anderen Krankheiten können zu schweren Erkrankungen, ja sogar zum Tod führen. In anderen Ländern ist es zu Ausbrüchen gekommen, als die Impfrate fiel. Bei der MMR-Impfung handelt es sich um einen wirksamen Impfstoff mit einem hervorragenden Sicherheitsprofil. Er wird weltweit seit Jahrzehnten eingesetzt und hat seinen lebensrettenden Wert erwiesen. Es hat in dieser Zeit keine ernsthaften Sicherheitsbedenken gegeben.

Elternteil: Ich kann immer noch nicht verstehen, warum Eltern, die einen Einzelimpfstoff möchten, nicht das Recht dazu haben. Ich gehe nach Frankreich, um ihn mir zu besorgen.

Dieser Dialog zeigt einige Probleme der Kommunikation auf. Die Antworten auf die Fragen befreien die Eltern nicht von ihren Sorgen.

Über Gesundheit informierte Verbraucher machen zusehends eine neue Sprache bei der Risikodefinition erforderlich. Die Begriffe „sicher“ und „unsicher“ reichen nicht länger aus. Sie spiegeln weder das Kosten-Nutzen-Verhältnis noch das konkrete Gesundheitsrisiko wider, dem die Einzelperson ausgesetzt sein kann, obwohl es für die Gesamtbevölkerung niedrig erscheint.

BSE und vCJD

Die Erfahrungen im Vereinigten Königreich mit der BSE-Krise enthalten zahlreiche Lehren für die Krisenkommunikation.

Die Gesundheitsbehörden waren lange im Zweifel darüber, wie offen sie die eigene Ungewissheit über die Lage darstellen sollten. Sie waren auch nur schlecht auf Fragen von Journalisten vorbereitet wie: „Wer wusste was zu welchem Zeitpunkt?“ oder „Was haben Sie getan?“ Wie überall in der Welt taten sich auch die Gesundheitsbehörden im Vereinigten Königreich schwer, ein ernsthaftes Problem einzuräumen. Kaum ein offizieller Vertreter trat öffentlich auf, der sagte: „Wir wissen es nicht.“ Ein weiterer Punkt des Scheiterns war, dass zwar immer mehr Informationen gesammelt wurden, diese aber nicht für umsetzbare Entscheidungen genutzt wurden. Stattdessen wurde das Handeln stark erschwert. Kurz gesagt: Es gab keine systematische Abschätzung der durch BSE verursachten Gesundheitsrisiken und der erforderlichen Gegenmaßnahmen.

Die Massenmedien füllten eine Lücke, als sie zum vorrangigen Verbreiter von Gesundheitsinformationen wurden und die durch BSE verursachten Gesundheitsrisiken deuteten. Auch sie sind kritisiert worden, weil sie das Verbraucherverhalten negativ beeinflusst und Angst vor BSE erzeugt hätten. Überschriften wie „BSE-Todesfälle um 300% zugenommen“ haben die Öffentlichkeit eher aufgeputscht, als aufgeklärt. Weitere Kritik bezog sich auf angebliche Ungenauigkeiten und Fehldeutungen in der Presse, die die Angst der Bevölkerung vergrößert und zu Skepsis gegenüber der Kompetenz der Regierung geführt hätten.

Doch neben der direkt betriebsbedingten Dynamik und des Versagens hat die BSE-Krise auch zahlreiche Systemschwächen aufgedeckt, die eine wirksame Krisenkommunikation behinderten, z. B. die organisatorische Zersplitterung sowie Revierverhalten und Rivalitäten.

Vielleicht am beunruhigendsten war die Unfähigkeit der Behörden während der BSE-Krise, die Reaktionen der Öffentlichkeit, der Patienten und der Massenmedien von den von BSE

ausgehenden Gesundheitsrisiken zu verstehen und vorherzusagen. Die Entwicklung von Kommunikationsstrategien mit der Perspektive der Bevölkerung ist schwierig. Eine Kommunikationsstrategie muss jedoch das Interesse in der Öffentlichkeit berücksichtigen. Manchmal ist es daher erforderlich, verschiedene Optionen gegeneinander abzuwägen, z. B. vollkommene Transparenz gegen Sicherheitserfordernisse oder die ganze Wahrheit gegen die notwendige Beruhigung der Bevölkerung. Außerdem müssen Gesundheitsbehörden in Krisensituationen generell ihr Mitgefühl und ihren Respekt tragischen Einzelschicksalen gegenüber zum Ausdruck bringen

Fehler in der Gesundheitsversorgung

Tragische Einzelschicksale spielen auch bei Meldungen über Fehler in der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle.

Im Januar 2001 kam ein sieben Jahre alter Junge zur Leukämiebehandlung in das Queens Medical College. Leukämie ist heilbar, der Junge jedoch starb wenige Tage nach seiner Einlieferung.

Wie konnte sich so eine Tragödie zutragen?

Der Tod wurde durch einen katastrophalen Fehler verursacht: Der Rückenmarksinjektion eines für den intravenösen Gebrauch gedachten chemotherapeutischen Medikaments (Vincristine). Und die gleiche Episode wiederholte sich noch mehrere Male: Seit 1985 sind mindestens 23 Fälle (i. d. R. handelte es sich um Kinder) aufgetreten, bei denen eine nicht vorgesehene Rückenmarksinjektion zu Tod oder Lähmung führte. Möglicherweise mitverursachend für diesen Fehler war ein ähnliches Design der vorgefüllten Spritzen für intravenöse Verabreichung und derjenigen für die Rückenmarksinjektion.

Eine Untersuchung wurde eingeleitet, die jeden Schritt von der Krankenhauseinweisung des Jungen bis zu seinem Tod nachvollzog. Dabei kam ein umfassendes Versagen des Gesundheitsdienstes und eine Kette von 40 Fehlern an den Tag. Die 40 Fehler lassen sich in system- und ablaufbedingte Probleme unterteilen: eine schwach ausgeprägte Sicherheitskultur, unangemessene Betriebsabläufe, Fehlen expliziter Protokolle, Ausbildung, Kommunikationsfehler und schlechtes Design der medizinischen Ausrüstung und der Verpackung.

Das Medieninteresse war groß und hob auf die menschliche Tragödie des kleinen Jungen ab, der zum Opfer von Fehlern in der Gesundheitsversorgung wurde. Überschriften wie „Krebskranker Junge stirbt nach tödlicher Injektion“, „Kinderpatient stirbt nach ärztlicher Fehl-injektion“ und „Kind stirbt nach Fehlmedizinerung“ belegen das Interesse der Medien an einer Story, die die menschliche Seite darstellt und den Konflikt institutionalisiert.

Die Bedeutung des Vorfalls reicht jedoch über das Einzelschicksal hinaus. Der Fall verdeutlicht, dass Fehler in der Gesundheitsversorgung genauso wie Gesundheitsrisiken für die Bevölkerung erste Anzeichen eines schwachen Gesundheitssystems sein können.

Einige der Systemfehler sind auf traditionelles Standesdenken der Gesundheitsfachkräfte zurückzuführen. So kann die Loyalität unter Kollegen den Interessen der Patienten entgegenstehen. Außerdem ist bei manchen Gesundheitsfachkräften die Neigung zum Vertuschen von Fehlern anzutreffen. Dies war möglich, weil eine systematische Qualitätskontrolle durch fehlende verlässliche Daten behindert wurde. Außerdem haben Gesundheitsfachkräfte im Allgemeinen noch kein ausreichendes Verständnis für die Bedeutung von Systemen und Abläufen zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung.

Gute und ethische Risikokommunikation im Bereich Gesundheit macht eine Reihe von Prinzipien erforderlich: qualitativ hochwertige wissenschaftliche Gutachten, eine vollkommene Auswertung der Risiken und des Nutzens, ein widerspruchsfreier Ansatz der Gesundheitsrisikenabschätzung über verschiedene Bereiche hinweg, einen klaren Rahmen für Interventionen, Integrität, eine realistische Offenbarung von Unsicherheiten und eine größere Beteiligung der Öffentlichkeit an den Erörterungen von Gesundheitsrisiken.

Schlussfolgerungen

Aus den drei Beispielen ergaben sich die folgenden wichtigsten Schlussfolgerungen.

- Das Auftreten von Gesundheitsrisiken und das Versagen der öffentlichen Dienste finden häufig in einem Klima aus Misstrauen, Verdächtigung, Schelte und Vergeltung statt.
- Das Verständnis und die Risikowahrnehmung der Öffentlichkeit sind sehr verschieden von der Perspektive der Gesundheitsfachkräfte. Kommunikationsstrategien müssen diese Unterschiede berücksichtigen.
- Die Organisationskultur ist entscheidend für das Erkennen von und den angemessenen Umgang mit Gesundheitsrisiken.
- Ein klarer Rahmen für die Risikobewertung und Entscheidung zur Risikoeindämmung ist erforderlich.
- Gute und angemessene Kommunikation ist ein wesentliches Instrument für die Entscheidungsfindung im Bereich Bevölkerungsgesundheit.

Der folgende Abschnitt enthält Ansichten und Schlussfolgerungen von Teilnehmern des Zukunftsforums, unbeantwortete Fragen und Empfehlungen der WHO.

4. Schlussfolgerungen

4.1. Ansichten und Schlussfolgerungen der Teilnehmer

In vielen Ländern sind die Verbraucher zusehends besser über Gesundheit informiert. Daher ist Kommunikation in Zeiten der Krise sehr wichtig. Kommunikation kann eine Krise verstärken oder beenden. Im Allgemeinen stimmten die Teilnehmer des Zukunftsforums darin überein, dass eine wirksame Risikokommunikation für Gesundheitsverantwortliche zu einer wichtigen Aufgabe für geworden ist und je nach Krisenstand unterschiedliche Ziele verfolgt: Information, Überzeugung und doch Motivation. Die Teilnehmer waren sich einig, dass Krisenkommunikation situations- und kontextbestimmt ist und verschiedene legitime Akteure berücksichtigen muss, z. B. Gesundheitsreporter und Gesundheitsverantwortliche sowie ihre jeweiligen Aufgaben. Es gibt demnach keine allgemeingültigen Empfehlungen. Die Schlussfolgerungen dieses Zukunftsforums waren nach einhelliger Überzeugung nicht mehr als eine weit gefasste Sammlung aus Prinzipien und Maßnahmen, die die Entscheidungsträger bei Auftreten einer Krise in Betracht ziehen können.

In der Krise ist den Gesundheitsverantwortlichen nach Ansicht der Teilnehmer zu raten:

- Auf aktive Weise zum frühestmöglichen Zeitpunkt der Krise mit der Öffentlichkeitsarbeit zu beginnen, da Informationen an sich schon beruhigend wirken. Selbst wenn sie von Gesundheitsrisiken handeln.
- Der Presse zur Verfügung zu stehen und sich regelmäßig in der Krise zu äußern, dabei jedoch Übertreibungen zu vermeiden. Tägliche Pressekonferenzen sind im Allgemeinen nur auf dem Höhepunkt der Krise erforderlich.
- Bei den kommunikativen und fachlichen Kompetenzen der mit der Pressearbeit betrauten Person keine Kompromisse einzugehen, unabhängig davon, ob es sich um einen Pressesprecher, den Krisenmanager oder eine/n Untergebene/n handelt.
- Informationen über Gesundheitsrisiken mit Ratschlägen an die Bevölkerung zu kombinieren, wie jeder Einzelne am besten auf die Bedrohung reagieren kann.
- Einfach, genau und klar zu kommunizieren, ohne Bevormundung und rechtzeitig vor den Maßnahmen.
- ehrlich zu sein und keine Gesundheitsinformationen zurückzuhalten, aber auch eine Beruhigung der Bevölkerung zu ermöglichen.
- klar auszudrücken, was bekannt ist und was (noch) nicht bekannt ist.
- sich der Presse nicht durch das Eingeständnis unterlegen zu fühlen, dass noch keine Erkenntnisse vorliegen.
- Widersprüche in den von den Gesundheitsbehörden veröffentlichten Botschaften an die Presse zu vermeiden (Ziel mit einer Stimme zu sprechen).
- richtige Zahlen im Sinne einer korrekten Darstellung und konkreten Handelns mitzuteilen.
- Respekt und Verständnis für die Ängste der Bevölkerung auszudrücken und entsprechend aufzutreten.
- zu versuchen, das Interesse in der Bevölkerung und den Nachrichtenwert für die Medien zu verstehen und daraus einen Synergieeffekt zu erzeugen.
- eine strukturierte Verbindung mit der Presse herzustellen.

- gemeinsame Pressekonferenzen mit anderen maßgeblichen öffentlichen und privaten Organisationen in Erwägung zu ziehen.
- die Gestalt und Struktur von Kommunikationsteams in Krisenzeiten festzulegen und dabei auf die Kapazität des Teams im zeitlichen Rahmen der Krise zu achten, u. a. auch auf Ermüdung und Erschöpfung.
- engen Kontakt zwischen dem Krisenmanagement und dem Kommunikationsteam zu wahren.

Die Teilnehmer rieten dazu zwischen den Krisen:

- sicherzustellen, dass die Kommunikation nicht abbricht, da es von Nutzen sein kann, die Öffentlichkeit mit der Vorstellung von Gesundheitsgefahren ganz allgemein und nicht nur im Rahmen einer Gesundheitskrise vertraut zu machen.
- Kommunikation als einen Teil der Reaktion auf eine Gesundheitskrise und damit als Teil der Bereitschaftsplanung ernst zu nehmen.
- eine Kommunikationsinfrastruktur (u. a. Pressematerialien und Pläne) zu entwickeln und Gesundheitsverantwortliche gut auszubilden.
- Kommunikation in Programme für die Bevölkerungsgesundheit einzuschließen, insbesondere bei der Vorbereitung von Gegenmaßnahmen auf Gesundheitsgefahren.
- sicherzustellen, dass eine Ausbildung in Kommunikation integraler Bestandteil jeder Public-Health-Ausbildung ist.
- strategische Kommunikationspläne vorzubereiten, die zwischen unterschiedlichen Szenarien von Warnung, Alarm, Krise, Notfall und Katastrophe differenzieren.
- regelmäßig und nicht erst in der Krise mit der Presse zu sprechen, um sie an einzelne Gesundheitsverantwortliche zu gewöhnen und
- auf das Schlimmste vorbereitet zu sein – regelmäßig über Gesundheitsrisiken aufzuklären.

4.2. Offene Fragen

Das Zukunftsforum ließ auch eine Reihe von Fragen unbeantwortet, u. a.:

- Wie lassen sich die Bedürfnisse und Erwartungen der Öffentlichkeit im Zusammenhang mit Kommunikation über Gesundheitsrisiken und in der Krise besser erfüllen?
- Wie kann die Art und die Qualität des Verhältnisses zu Journalisten und Medien verbessert werden? Welche praktischen Maßnahmen können dieses Verhältnis verbessern?
- Wie sieht ein gutes Team für Krisenmanagement und -kommunikation in Struktur und Gestalt aus?
- Wie lassen sich schnell auftretende Krisen erkennen? Wie kann die Vernetzung zur Informierung nationaler und internationaler Kollegen verbessert werden?
- Wie kann das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Gesundheitsbehörden verbessert werden?
- Wie lässt sich die Arbeit mit Risikokommunikation und der Entwicklung guter Kommunikationsinstrumente zwischen Organisationen und Regierungen in der Europäischen Region besser koordinieren?
- Welche Daten sind für die Surveillance und begleitende Beobachtung beim Aufspüren von Gesundheitsrisiken und -krisen am besten geeignet?

4.3. Siebtes Zukunftsforum

Entscheidungsträger müssen Krisenkommunikation als ein Instrument einsetzen, um bei sicherer ebenso wie unsicherer Gesundheitsrisikolage die bestmöglichen gesundheitlichen Ergebnisse zu erzielen. Das Ziel besserer gesundheitlicher Ergebnisse sollte im Idealfall eine gute Krisenkommunikationsstrategie antreiben.

Das Siebte Zukunftsforum wird vom 11. bis 12. November 2004 in Malta stattfinden. Die Zukunftsforen werden sich auch weiter mit dem Thema Instrumente zur Entscheidungsfindung befassen. Das nächste Zukunftsforum wird sich auf unpopuläre Entscheidungen im Bereich von Public Health konzentrieren.

Literatur

1. *Fifth Fünftes Zukunftsforum: Instrumente für eine schnelle Entscheidungsfindung in Krisensituationen*. Madrid, Spanien, 16.–17. Dezember 2003. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e83347g.pdf>, eingesehen am 20. Januar 2005).
2. *Dioxins and their effects on human health*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO Fact Sheet No. 225; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs225/en>, eingesehen am 7 Oktober 2004).
3. Lok C, Powell D. *The Belgian dioxin crisis of the summer of 1999: a case study in crisis communications and management*. Guelph, Ontario, Department of Food Science, University of Guelph, 2000 (Technical Report 13; <http://www.foodsafetynetwork.ca/crisis/belgian-dioxin-crisis-feb01-00.htm>, eingesehen am 7 Oktober 2004).
4. *Avian influenza and human health. Report by the Secretariat*. Executive Board, 114th Session, 8 April 2004. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB114/B114_6-en.pdf, eingesehen am 7 Oktober 2004).
5. *Avian influenza factsheet*. Geneva, World Health Organization, 15 January 2004. (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/en, eingesehen am 7 Oktober 2004).
6. Commission to Investigate the Introduction and Spread of SARS in Ontario, Archie Campbell, Commissioner. *The SARS Commission interim report*. Toronto, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2004 (http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/campbell04/campbell04.pdf, eingesehen am 7 Oktober 2004).
7. Smeeth L, Cook C, Fombonne E et al. MMR vaccination and pervasive developmental disorders: a case-control study. *Lancet*, 2004, 364(9438):963–969.
8. Taylor B, Miller E, Lingham R et al. Measles, mumps, and rubella vaccination and bowel problems or developmental regression in children with autism: population study. *BMJ*, 2002, 324:393–396.
9. Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M et al. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *New England Journal of Medicine*, 2002, 347(19):1477–1482.