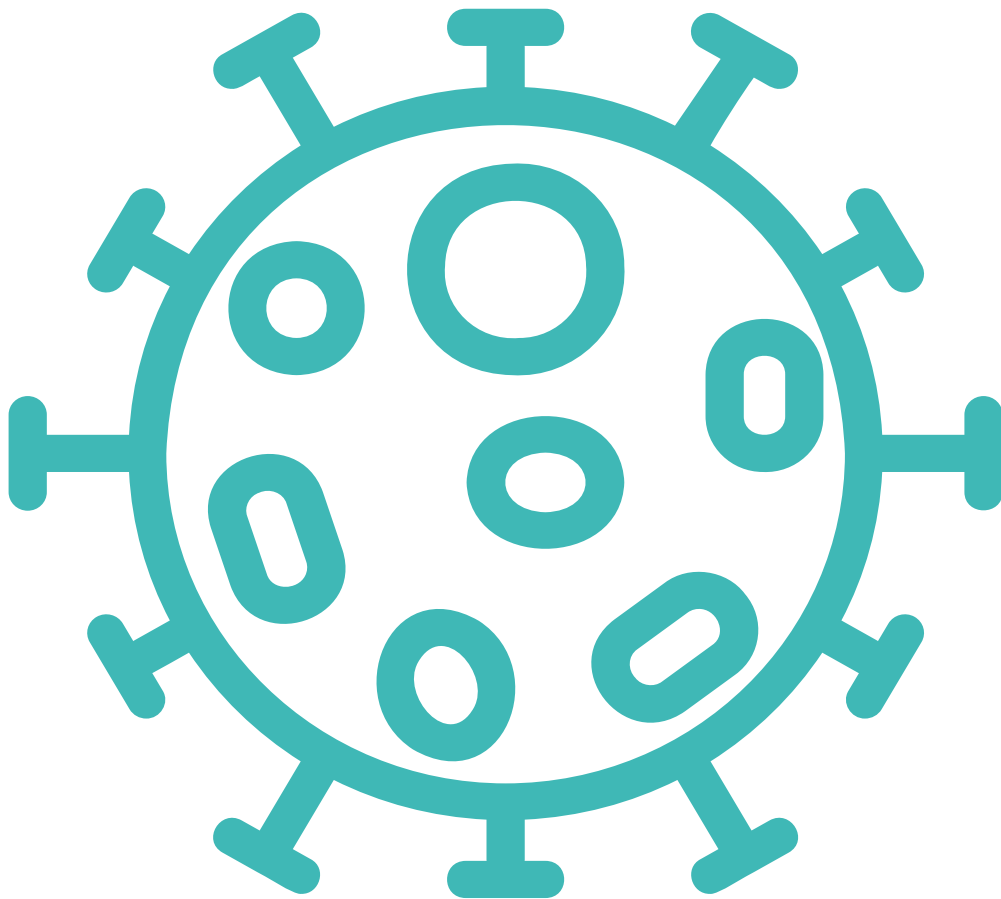




BEREICH GESUNDHEIT



@adobe.stock/zky icon

Krisenplanung Teil I

Pandemieplan



Inhalt

1.	Vorwort	6
2.	Einleitung	7
3.	Ziele des Pandemieplans	7
4.	Grenzen der Planung	8
5.	Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz	9
5.1	Strukturierter Krisenmanagementzyklus	9
5.2	Phasen einer Pandemie	10
6.	Gesetzliche Grundlagen	13
7.	Stadtinterne Strukturen im Rahmen der Krisenbewältigung	16
7.1	Krisenstab	16
7.2	Aufgaben und Strukturen im Bereich Gesundheit	19
7.2.1	Besondere Aufbauorganisation	20
7.2.2	Information und Kommunikation	24
7.2.3	Aufrechterhaltung Funktionalität Bereich 3-4/ Gesundheit	27
7.2.4	Personalplanung	27
7.2.5	Raumplanung	33
7.2.6	Regelmäßige Lagebesprechung	33
8.	Surveillance, Diagnostik und Infektionsschutzmaßnahmen	33
8.1	Fortlaufendes Monitoring der Infektionslage	34
8.2	Wege des Meldeeingangs und Erreichbarkeit	35
9.	Handlungsempfehlung bei Auftreten von besonderen Infektionsereignissen	35
9.1	Plausibilitätsprüfung	37
9.2	Fallermittlung	37
9.3	Ermittlung Index	38
9.4	Ermittlung Kontaktpersonen	38
9.5	Line-List	39
10.	Meldung von Ereignissen von internationaler Tragweite gemäß §12 IfSG	39
11.	Schnittstellen bei besonderen Infektionsereignissen	42
11.1	Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz (LfGA)	42
11.2	Krankenhäuser vor Ort	42
11.3	Sonderisolierstation im Universitätsklinikum Düsseldorf	44

11.4	Ständiger Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger (STAKOB)	45
11.5	Nationale Referenzzentren und Konsiliarlabore	47
12.	Probenverpackung und -transport	48
13.	Infektionshygienische Maßnahmen bei Auftreten eines Infektionsgeschehens	50
13.1	Übergeordnet veranlasste Regelungen	50
13.2	Allgemeine infektionshygienische Maßnahmen	50
13.3	Spezielle Infektionshygienische Maßnahmen	51
13.4	Persönliche Schutzkleidung	54
13.5	Psychosoziale Unterstützung und Begleitung für Beschäftigte	55
13.6	Aufbereitung von Rettungsmitteln	57
13.7	Abfallentsorgung bei Auftreten einer HCID	57
13.8	Abwasserentsorgung bei Auftreten einer HCID	58
14.	Besonderheiten im Bestattungswesen	59
14.1	MANL-Konzept	62
15.	Erstkontakt von HCID in Arztpraxis oder Notfallaufnahme	62
16.	Stationäre Versorgung (im Krankenhaus) außerhalb einer Sonderisolierstation	63
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	65
	Anlagen	66

Abkürzungsverzeichnis

AAO	Allgemeine Aufbauorganisation
ADR- Agreement	Agreement concerning the international carriage of dangerous goods by road (dt. ADR-Übereinkommen = Übereinkommen über die internationale Beförderung gefährlicher Güter auf der Straße)
ÄK	Ärztammer
BAO	Besondere Aufbauorganisation
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BeSoB	Betriebliche Sozialberatung
BestG NRW	Bestattungsgesetz NRW
BGBI	Bundesgesetzblatt
BHKG	Gesetz über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BuMA	Zuständige Person für Bevölkerungsinformation und Medienarbeit
DA	Dienstanweisung
DEMIS	Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz
DIVI- Intensivregister	Echtzeit-Datenbank zur Erfassung von Intensivbettenkapazitäten der Deutschen Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
EKOS	Entwicklung eines neuartigen Konzepts zur Sicherstellung der infektiologisch-medizinischen Versorgung von Patienten mit Krankheiten durch hochpathogene Erreger in Schwerpunktkrankenhäusern
EMS	ereignisspezifische Mitglieder des Krisenstabes
GA- Urlaubsordnung	Geschäftsanweisung Urlaubsordnung

GMBI	Gemeinsames Ministerialblatt
HCID	High Consequence Infectious Diseases (Krankheiten durch hochpathogene Erreger)
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IGV	Internationale Gesundheitsvorschriften
KAEP	Krankenhausalarm- und Einsatzplanung
KGS	Koordinierungsgruppe des Stabes
KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein- Westfalen
KL	Konsiliarlabore
KRINKO	Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe
KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
LAGA	Bund/Länder Arbeitsgemeinschaft Abfall
LfGA	Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz
LIZ	Leber- und Infektionszentrum der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie Universitätsklinikum Düsseldorf
MANI	Massenanfall von Infizierten
MANL	Massenanfall von Leichen
MANV	Massenanfall von Verletzten
NRZ	Nationale Referenzzentren
ÖGDG NRW	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
RKI	Robert Koch-Institut
SARS	Schweres akutes Atemnot-Syndrom
SMS	Ständige Mitglieder des Krisenstabes

STAKOB	Ständiger Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger
STIKO	Ständige Impfkommission
TRBA	Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe
TSE	Transmissible spongiforme Enzephalopathie
TVöD VKA	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
UKD	Universitätsklinikum Düsseldorf
VAH	Verbund für Angewandte Hygiene
VDI-Richtlinie	Eine VDI-Richtlinie wird vom Verein Deutscher Ingenieure (VDI) erstellt und enthält Empfehlungen, Regeln und praxisnahe Anleitungen für Ingenieurwissenschaften und technische Anwendungen
WHO	World Health Organisation (dt. Weltgesundheitsorganisation)
ZVO-IfSG	Infektionsschutzzuständigkeitsverordnung

1. Vorwort

Die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben uns eindrucksvoll vor Augen geführt, wie verletzlich unsere Gesellschaft gegenüber großflächigen Gesundheitsbedrohungen ist. Pandemien stellen nicht nur eine medizinische Herausforderung dar – sie fordern uns als gesamte Gesellschaft: in unseren Versorgungsstrukturen, im öffentlichen Leben, in der Wirtschaft und im zwischenmenschlichen Miteinander.

Ein wirksamer Pandemieplan ist deshalb kein starres Dokument, sondern ein lebendiges Instrument der Vorsorge, Orientierung und Koordination. Er bündelt das Fachwissen, die Erfahrungen und die Lehren aus vergangenen Krisen und bietet einen klaren Handlungsrahmen für den Ernstfall. Ziel ist es, die Gesundheit der Bevölkerung bestmöglich zu schützen, das Gesundheitssystem handlungsfähig und die Auswirkungen auf das gesellschaftliche Leben so gering wie möglich zu halten.

Als Gesundheitsdezernent sehe ich es als unsere gemeinsame Verantwortung, vorbereitet zu sein. Wir können eine Pandemie nicht verhindern, aber wir können ihre Folgen durch vorausschauendes Handeln und verlässliche Strukturen begrenzen. Dieser Plan wurde daher in enger Zusammenarbeit mit Fachbehörden, Gesundheitseinrichtungen, Katastrophenschutz, Verwaltungen und weiteren relevanten Akteur:innen entwickelt und wird kontinuierlich überprüft und angepasst.

Mein besonderer Dank gilt allen Beteiligten, die mit ihrer Expertise und ihrem Engagement zur Entstehung dieses Pandemieplans beigetragen haben. Er ist Ausdruck unserer gemeinsamen Verpflichtung, im Sinne der öffentlichen Gesundheit verantwortungsvoll und solidarisch zu handeln – heute und in Zukunft.

Glück auf!

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Frank Motschull', written in a cursive style.

Frank Motschull

Beigeordneter für Soziales, Gesundheit, Wohnen und Recht

2. Einleitung

Der Ausbruch von COVID-19 im Jahr 2019 in China stellte weltweit eine beispiellose Herausforderung für das Gesundheitswesen dar und verdeutlichte die dringende Notwendigkeit, auf zukünftige Pandemien besser vorbereitet zu sein. Die Ereignisse der letzten Jahre haben gezeigt, wie schnell sich neue Infektionskrankheiten global ausbreiten können und welche tiefgreifenden Auswirkungen dies auf Gesundheitssysteme, Gesellschaften, Volkswirtschaften und auf jede:n Einzelne:n von uns persönlich hat.

Dies macht deutlich, dass eine vorausschauende Planung und die Schaffung von Strukturen, die im Falle einer Pandemie schnell aktiviert werden können, unerlässlich sind, um die Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit und die Lebensqualität zu minimieren.

Vor diesem Hintergrund hat die Stadt Oberhausen erkannt, dass es erforderlich ist, einen fundierten Pandemieplan zu entwickeln, der nicht nur auf die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie zurückgreift, sondern auch langfristig tragfähige Lösungen für die Bewältigung zukünftiger gesundheitlicher Krisen bietet.

Der Plan wird in zwei Teilen entwickelt. Der Teil 1 umfasst die Erstellung eines Kernplans, der die wesentlichen Bausteine zur strukturierten Bewältigung einer Pandemie festlegt. In Teil 2 (Krisenplanung) wird dieser Plan weiter ausgebaut und auf spezifische Szenarien sowie potenzielle Bedrohungen zugeschnittene Maßnahmen integrieren. Der erstellte Pandemieplan wird fortlaufend evaluiert und angepasst, um auch auf zukünftige Gesundheitskrisen optimal reagieren zu können.

Ziel dieser Planung ist es, die Stadt Oberhausen bestmöglich auf zukünftige Pandemien (und mittels Teil 2 (Krisenplanung) auch auf andere mögliche Szenarien) vorzubereiten und sicherzustellen, dass notwendige Ressourcen und Strukturen schnell aktiviert werden können, um die Auswirkungen einer (Gesundheits-)Notlage auf die Bevölkerung zu minimieren.

3. Ziele des Pandemieplans

Das Ziel eines Pandemieplans für eine Kommune ist es, eine geordnete, koordinierte und effektive Reaktion – auch auf die Entwicklung einer pandemischen Lage sicherzustellen - um:

- 1) die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen,
- 2) eine organisatorische Vorplanung zu Bewältigung einer pandemischen Lage bereitzustellen

- 3) bereits im Voraus Personal zu schulen und Schnittstellen zu detektieren
- 4) die Folgen einer Pandemie in allen Belangen /Bereichen nach Möglichkeit zu reduzieren

4. Grenzen der Planung

Pandemiepläne sind essenzielle Vorsorgeinstrumente. Dennoch stoßen sie in dynamischen Krisenlagen an natürliche Grenzen. Die folgenden Aspekte müssen als potenzielle Unsicherheiten berücksichtigt werden:

Unvorhersehbarkeit des Erregers

- neue oder mutierende Erreger mit unbekannten Eigenschaften
- variabler Übertragungsweg, Inkubationszeit, Krankheitsverlauf
- unklare Immunitätsdauer nach Erkrankung oder Impfung

Dynamik der Lage

- schnelle Veränderung epidemiologischer Lagen
- unerwartete Ausbrüche und Infektionsherde
- verzögerte oder unklare Datenlage

Begrenzte Ressourcen und Behandlungskapazitäten

- Engpässe bei Schutzausrüstung, Tests, Impfstoffen
- Personalüberlastung oder -ausfall im Gesundheitswesen und Verwaltung
- Limitierung der Behandlungskapazitäten im ambulanten und stationären Sektor
- finanzielle Belastungsgrenzen der Kommune

Gesellschaftliches Verhalten

- unvorhersehbare Reaktionen auf Maßnahmen (z. B. Quarantäne, Schulschließungen)
- Verbreitung von Fehlinformationen und Misstrauen

- unterschiedliche Akzeptanz von Impfungen und Schutzregeln

Rechtlich-politische Rahmenbedingungen

- Gesetzesänderungen während der Pandemie
- Abstimmungsbedarf zwischen Bund, Ländern und Kommunen
- Unterschiedliche politische Interessenlagen

Ein Pandemieplan bietet die strukturelle Vorbereitung auf eine im Detail nicht vorhersehbare Situation. Der Planbarkeit sind daher natürliche Grenzen gesetzt. Weiterhin ergeben sich fortlaufend neue wissenschaftliche Erkenntnisse, die in der Planung berücksichtigt werden müssen. Daher ist eine regelmäßige Überarbeitung und Anpassung der Pandemieplanung unabdingbar.

5. Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz

Der gesundheitliche Bevölkerungsschutz ist eine zentrale Aufgabe von Staat und Kommunen und gewinnt insbesondere im Kontext von Pandemien besondere Bedeutung. Nicht nur während einer konkreten pandemischen Lage, sondern auch im Rahmen der Vorsorge und Vorbereitung ist es daher sinnvoll sich an Strukturen aus dem Krisenmanagement zu orientieren.

5.1 Strukturierter Krisenmanagementzyklus

Die Vorgehensweise nach dem Risiko- und Krisenmanagementzyklus ermöglicht es in einer Gesundheitslage wirksame Maßnahmen ableiten zu können. Die einzelnen Phasen verlaufen von der Prävention und Vorbereitung auf ein Ereignis über die Bewältigung hin zur Nachbereitung eines eingetretenen Ereignisses. Die Übergänge sind dabei fließend und die Abschnitte bauen aufeinander auf. Gemäß des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) werden die Phasen nach Eintreten eines Ereignisses auf mögliche Optimierungspotenziale untersucht und

weiterentwickelt. Übungen tragen ebenso dazu bei, Verbesserungspotenziale in den Abläufen zu identifizieren.

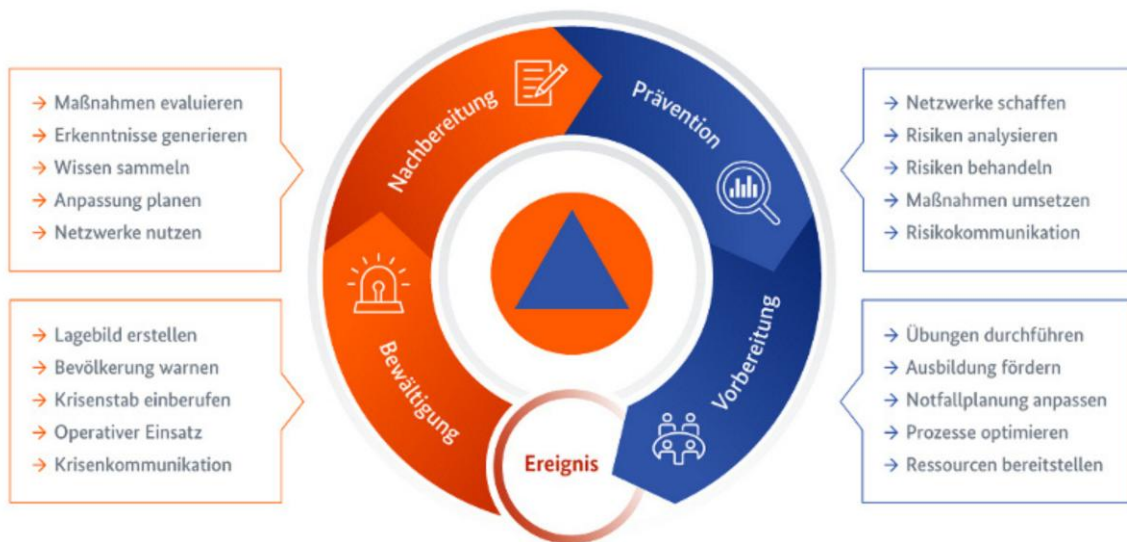


Abbildung 1 Risiko- und Krisenmanagementzyklus

Quelle: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)

5.2 Phasen einer Pandemie

Im Falle einer pandemischen Lage wird das flexible Phasenmodell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) genutzt, um eine Strukturierung und Bewertung der Lage zu ermöglichen. Dieses wird im Folgenden näher beschrieben.

Pandemien verlaufen in typischen, wissenschaftlich beschreibbaren Phasen, die sich an epidemiologischen Entwicklungen, Verbreitungsdynamik und gesellschaftlichen Reaktionen orientieren. Das Phasenmodell dient der strukturierten Lageeinschätzung und der Ableitung angemessener Maßnahmen in den jeweiligen Abschnitten.

Die WHO, das Robert Koch-Institut (RKI) sowie internationale Public-Health-Institutionen nutzen solche Modelle, um Entscheidungsträger:innen eine Orientierung im Verlauf der Pandemie zu geben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Phasen nicht immer klar voneinander abzugrenzen sind und lokal unterschiedlich verlaufen können.

Der kommunale Pandemieplan muss auf diese Phasen abgestimmt sein, um frühzeitig reagieren, dynamisch angepasst und ressourcenschonend handeln zu können.

Klassifikation	Phase	Beschreibung
Interpandemischer Zeitraum	Phase 1	Keine aktuellen Berichte über pandemisches Potenzial von Erregern beim Menschen.
	Phase 2	Ein Erreger mit pandemischem Potential hat vereinzelt Menschen infiziert.
Alarmphase	Phase 3	Der Erreger tritt sporadisch beim Menschen auf, kleine Ausbrüche entstehen.
	Phase 4	Regelmäßige Übertragung von Mensch zu Mensch oder von Tieren auf Menschen, ausreichende Infektionsraten für einen dauerhaften Ausbruch in einer Gemeinschaft.
	Phase 5	Ausbrüche in mindestens zwei Staaten einer WHO-Region, Pandemie droht.
Pandemiephase	Phase 6	Der Erreger breitet sich dauerhaft in mindestens einer weiteren Region aus, Pandemie ist in den meisten Regionen der Erde aktiv.

Tabelle 1 Pandemiephasen

Quelle: WHO-Pandemieplan, Version 2009

Interpandemischer Zeitraum

Phase 1

Beschreibung: Es gibt keine aktuellen Berichte über das Auftreten von Infektionen mit neuartigen oder bekannten Erregern, die pandemisches Potential beim Menschen haben.

- Ziel: Keine unmittelbare Bedrohung, aber das System ist in Bereitschaft und beobachtet potenzielle Risiken, sensibilisiert die Bevölkerung und bezieht wichtige Akteur:innen in die Vorbereitungen ein.

Phase 2:

Beschreibung: Ein Erreger mit pandemischem Potential und einem Erregerreservoir im domestizierten oder wildlebenden Tierreich hat vereinzelt nachweislich Menschen infiziert.

- Ziel: Überwachung der Entwicklung des Erregers und der ersten Fälle beim Menschen (Monitoring).

Alarmphase

Phase 3:

Beschreibung: Ein Erreger mit pandemischem Potential und einem Erregerreservoir im Tierreich tritt sporadisch beim Menschen auf und es kommt zu kleineren Ausbrüchen.

- Ziel: Überwachung und frühe Reaktion auf Ausbrüche; Vorsichtsmaßnahmen treffen, um die Ausbreitung zu kontrollieren.

Phase 4:

Beschreibung: Es kommt zu regelmäßiger zwischenmenschlicher Übertragung oder der regelhaften Übertragung von Tieren auf Menschen. Die Infektionsrate ist hoch genug, um einen dauerhaften Ausbruch innerhalb einer Gemeinschaft aufrechtzuerhalten.

- Ziel: Frühe Eindämmungsmaßnahmen werden verstärkt, um eine größere Ausbreitung zu verhindern. Intensivierte Überwachung und Vorsichtsmaßnahmen auf kommunaler und regionaler Ebene.

Phase 5:

Beschreibung: Ein einzelner Erreger verursacht dauerhaft Ausbrüche in mindestens zwei Staaten innerhalb einer der sechs WHO-Regionen. Es ist wahrscheinlich, dass eine Pandemie bevorsteht.

- Ziel: Vorbereitung auf eine mögliche Pandemie. Internationale Kooperation und verstärkte Vorbereitung der Gesundheitssysteme auf die mögliche Ausbreitung des Erregers.

Pandemiephase

Phase 6:

Beschreibung: Zusätzlich zu den in Phase 5 genannten Kriterien verursacht der gleiche Erreger dauerhaft Ausbrüche in mindestens einem weiteren Staat einer anderen WHO-Region. Die Pandemie ist an ihrem Höhepunkt und in den meisten Regionen der Erde gegenwärtig.

- Ziel: Internationale Koordination und umfassende Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie. Maximale Ressourcenmobilisierung zur Eindämmung der Ausbreitung und Behandlung von Erkrankten.

Diese Phasen sind vor allem für die Überwachung von Influenza-Pandemien gedacht, aber sie können auch als Modell für andere Pandemien wie COVID-19 dienen, da sie auf die Dynamik der Ausbreitung und Reaktion auf einen neu auftretenden Erreger ausgerichtet sind.

Während der interpandemischen Phase muss die Situation einer Pandemie soweit als möglich vorbereitet werden, um im Rahmen der Pandemie die Morbidität (Erkrankungshäufigkeit) und Mortalität (Sterblichkeit) effektiv senken sowie Versorgungs- und Dienstleistungen aufrecht erhalten zu können.

6. Gesetzliche Grundlagen

Grundlage der Handlungen im Rahmen einer Pandemie finden sich in §1 Abs. 2 Nummer 1 des (NRW-) Gesetzes über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz (BHKG) um eine Großeinsatzlage zu bewältigen, deren Ziel es ist, Leben und Gesundheit der Bevölkerung sowie Sachwerte zu schützen. Auch das Verwaltungshandeln in dieser Situation wird dabei durch Gesetze vorgegeben und legitimiert.

Die wichtigsten nationalen gesetzlichen Regelungen zur Regelung einer pandemischen Lage finden sich hier:

- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen -Infektionsschutzgesetz (IfSG) - IfSG vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch den Artikel 8v PflegestudiumsstärkungsG vom 12.12.2023 (BGBl. 2023 I Nummer 359).
- Allgemeine Verwaltungsvorschriften über die Koordinierung des Infektionsschutzes in epidemisch bedeutsamen Fällen (Verwaltungsvorschrift-IfSG-Koordinierung/ IfSG Koordinierung-VwV) vom 12. Dezember 2013 (Banz AT 18.12.2013 B3),
- Gesetz zur Durchführung der internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV-Durchführungsgesetz-IGV-DG) vom 21. März 2013 (BGBl. I S. 566) zuletzt geändert durch Art. 2 zweites G. zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28.5.2021 (BGBl. I S. 1174),

- Gesetz zu den internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) vom 23. Mai 2005 vom 20. Juli 2007 (BGBl. 2007 II S. 0930) FMA 2126-14, zuletzt geändert durch das Gesetz zu den Änderungen vom 01. Juni 2024 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV) vom 23. Mai 2005 (BGBl. Nr. 19).

Weiterhin ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt spezielle Rechtsverordnungen zu verfassen. Die Grundlage hierfür ist gegeben durch:

- §15 Abs. 1 IfSG Verordnungsermächtigung des BMG,
- §15 Abs. 2 IfSG Erweiterung der Ermächtigung in (engen) Schranken (Verzicht der Zustimmung des Bundesrates in dringenden Fällen),
- §15 Abs. 3 IfSG Verordnungsermächtigung der Länder unter Beachtung der vorrangigen Gesetzgebungskompetenz des Bundes
- Erlass einer Verordnung nach §20 Abs. 4 IfSG
- Erlass einer Verordnung §20 Abs. 6 IfSG (ggf. mit Einführung Impfpflicht)
- §20 Abs. 7 IfSG (Gesetzgebungskompetenz des Bundes vorrangig vor Verordnung Ermächtigung der Länder)
- §5 IfSG Ermächtigung des BMG
- §22a IfSG Verordnungsermächtigung der Bundesregierung unter Zustimmung des Bundesrates zur Änderung der Voraussetzung für eine Test-, Impf- oder gelesenen Nachweis (Covid-19)
- §32 IfSG Verordnungsermächtigung der Länder (ohne endemische Notlage).

Gleichzeitig gelten folgende Regelungen für den Arbeitsschutz der Beschäftigten im medizinischen Bereich:

- TRBA 250 (biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege), Ausgabe März 2014, GMBI 2014 Nr. 10/11 vom 27.3.2014, Änderungen vom 22.5.2014, GMBI Nr. 25, Änderung vom 21.7.2014, GMBI Nr. 29,
- TRBA 252 Tätigkeiten mit Biostoffen der Risikogruppe 4 im Gesundheitsdienst und im Bestattungswesen
- TRBA 255 Arbeitsschutz beim Auftreten von nicht ausreichend impfpräventablen, respiratorischen Viren mit pandemischem Potenzial im

Gesundheitsdienst (Ausgabe 2021, GMBI 2021, Nr.5 vom 5.2.2021 2. Änderung, GMBI Nr.61 vom 24. November 2021),

Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffverordnung-Bio StoffV) vom 15. Juli 2013, (BGBl. I S. 2514), FNA 805-3-13 zuletzt geändert durch Art.1 VO zur Änderung der Biostoffverordnung und andere Arbeitsschutzverordnungen vom 21.7.2021 (BGBl. I S. 3115).

Das Handeln der unteren Gesundheitsbehörden im Falle einer nicht-pandemischen Krise findet seine rechtliche Legitimierung im Bundesland Nordrhein-Westfalen durch:

- Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz (Infektionsschutzzuständigkeitsverordnung - ZVO-IfSG) (In Kraft getreten am 1. Juli 2025).
- §1 Abs. 3 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) vom 10.06.2025 (Zusammenarbeit mit anderen Behörden, Informations-, Steuerungs- und Koordinierungsfunktion)
- §2 Abs. 2 Pkt. 10 vom 10.06.2025 (Bedarfsgerechtes Ausbruchs- und Krisenmanagement sowie gesundheitsbezogene Kommunikation besonders im Krisenfall)
- §11 Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11.12.2007 (Aufsichtspflicht über die Krankenhäuser zur Mitwirkung der Bewältigung von Großeinsatzlagen gem. §10 Absatz 2 KHGG NRW)
- RdErl. es Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie „Vorsorgeplanung bei Großschadensereignissen“ v. 12.02.2004 – III8_0713.7.4-mit Stand vom 25.11.2025
- Krisenmanagement durch Krisenstäbe im Lande Nordrhein-Westfalen bei Großeinsatzlagen, Krisen und Katastrophen, Runderlass des Ministeriums für Inneres und Kommunales vom 26. September 2016

7. Stadtinterne Strukturen im Rahmen der Krisenbewältigung

Der normale Aufbau einer Verwaltungsstruktur ist nicht primär darauf ausgelegt eine Krise effektiv koordinieren zu können.

Zur Bewältigung einer Krisensituation müssen daher besondere organisatorische Strukturen vorausgeplant und bei entsprechender Notwendigkeit schnell ins Leben gerufen werden können. Dafür müssen Schnittstellen und Zuständigkeiten intern und extern gemeinsam vorausgeplant werden und allen Akteur:innen bekannt sein.

7.1 Krisenstab

Tritt innerhalb der Stadt eine besondere Situation auf zum Beispiel ein Unglücksfall, ein Großschadensereignis, ein Naturereignis oder eine pandemische Lage, wird eine besondere Steuerungs-Einheit zur Bewältigung / zum Management der Lage benötigt. Diese Einheit nimmt auf Grundlage ihrer gesetzlich festgelegten Befugnisse und der Informationen vor Ort organisatorische und administrative Aufgaben wahr. Um diese Aufgaben zu erfüllen, wird der sogenannte Krisenstab gebildet.

Der Krisenstab wird durch den/die erste:n Verwaltungsbeamten/ Verwaltungsbeamtin (Oberbürgermeister:in) bei Auftreten einer entsprechenden Krisensituation einberufen (*siehe Anlage 1 Stadt OB_Dienstanweisung für den Krisenstab_2014*)

Dazu werden die Mitglieder des Krisenstabes und deren Vertreter:innen an das Alarmierungssystem der Divera-App angebunden. Die Alarmierung zur Einberufung des Krisenstabes ist so umgehend möglich.

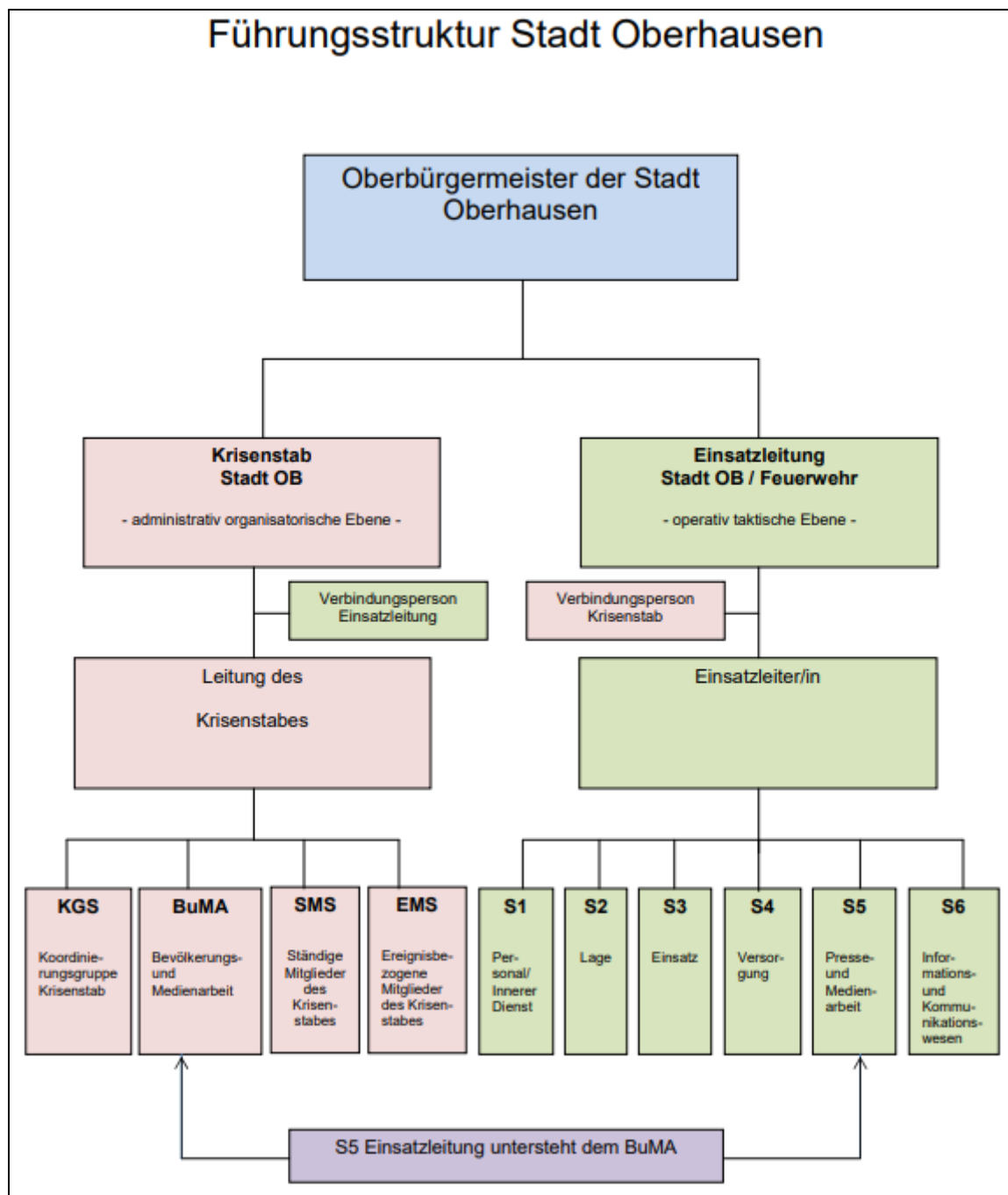


Abbildung 2 Führungsstruktur Stadt Oberhausen

Quelle: Dienstanweisung für den Krisenstab der Stadt Oberhausen vom 28.03.2014

Der Krisenstab der Stadt Oberhausen beschreibt die administrativ-organisatorische Ebene. Die Leitung des Krisenstabes übernimmt die Leitung des Dezernats 4 (Bürgerservice, öffentliche Ordnung, Personal und IT). Der Leitung unterstellt sind die ständigen (SMS) sowie ereignisbezogenen Mitglieder (EMS), eine verantwortliche Person für Bevölkerungs- und Medienarbeit (BuMA) als auch die Koordinierungsgruppe des Stabes (KGS).

Für operativ-taktische Aufgaben wird bei Bedarf zusätzlich eine Einsatzleitung auf Seiten der Gefahrenabwehrbehörde der Stadt Oberhausen (Bereich 6-1/ Feuerwehr) gebildet. Dort sind der Einsatzleitung Personen aus sechs Sachgebieten unterstellt. Diese gliedern sich auf den Inneren Dienst/Personal (S1), Lage (S 2), Einsatz (S3), Versorgung (S 4), Presse- und Medienarbeit (S 5) und Informations- und Kommunikationswesen (S 6).

Beide Einheiten (Krisenstab und Einsatzleitung) arbeiten unabhängig voneinander, stehen aber gemeinsam unter Leitung der/des ersten Verwaltungsbeamten/Verwaltungsbeamtin (Oberbürgermeister:in). Der Austausch zwischen den Einheiten erfolgt über Verbindungspersonen und im Fall einer Krise regelmäßig stattfindenden gemeinsamen Besprechungen (Abbildung 1).

Die Aufgaben des Krisenstabes werden durch die Bedarfe der jeweiligen Lage bestimmt. Dabei sind Kernaufgaben die Steuerung der Verwaltungshandlungen vor Ort ebenso wie Kommunikation und Abstimmung mit übergeordneten Behörden, die auch mit Hilfe des Lageberichts über die Situation vor Ort informiert werden. Bei Stadtgrenzen überschreitenden Lagen kann auch eine weitergehende organisatorische Absprache mit anderen Kommunen erforderlich werden.

Die Kommunikation nach Außen und die Information der Öffentlichkeit sollte im Fall einer Krise unbedingt abgestimmt, gerichtet und professionell über die mit Bevölkerungsinformation und Medienarbeit beauftragte Person des Krisenstabes erfolgen (BuMA (vertreten durch: Bereichsleitung 9-7 /Pressestelle)).

Zu den Hauptaufgaben des Krisenstabes zählen neben der administrativen Organisation der Lage und der Erstellung eines Lageberichts ebenso die Leitung der Öffentlichkeitsarbeit. Darüber hinaus übernimmt der Krisenstab die Kommunikation mit übergeordneten Behörden wie der Bezirksregierung Düsseldorf und ggf. zuständigen Landesministerien ebenso wie die Abstimmung von Maßnahmen mit anderen Behörden und Aufgabenträgern innerhalb sowie außerhalb der Stadt Oberhausen.

Der Bereich Gesundheit der Stadt Oberhausen ist dabei ereignisspezifisches und nicht-ständiges Mitglied des Krisenstabes und wird im Bedarfsfall, z. B. der Entwicklung einer pandemischen Lage, alarmiert und hinzugezogen. Dies entspricht zwar nicht den Vorgaben des Runderlasses zum Krisenmanagement durch Krisenstäbe im Land Nordrhein-Westfalen bei Großeinsatzlagen Krisen und Katastrophen des Ministeriums für Inneres und Kommunales vom 26. September 2016, wurde aber in Abwägung der Wahrscheinlichkeiten vor Ort für die Stadt Oberhausen dem entgegenstehend festgelegt.

7.2 Aufgaben und Strukturen im Bereich Gesundheit

Oberste Pflicht des Bereiches Gesundheit ist der Gesundheitsschutz der Bevölkerung. Diese Aufgabe obliegt dem Bereich Gesundheit gesetzlich verpflichtend gemäß §2 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) vom 10.06.2025.

Hierzu unbedingt erforderlich ist die Aufrechterhaltung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung durch entsprechende Leistungsträger, wie z. B. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzt:innen und Therapeut:innen, die im Falle einer Krise möglicherweise hinsichtlich ihrer Arbeitsausrichtung koordiniert werden müssen. Diese organisatorischen Aufgaben übernimmt der Bereich Gesundheit in enger Abstimmung mit den Vertreter:innen der Leistungserbringer und unter Leitung des Krisenstabes der Stadt.

Zu den Aufgaben des Bereiches gehört zudem die Bereitstellung von Informationen zum individuellen Gesundheitsschutz der Bevölkerung sowie die persönliche oder telefonische Beratung von Einzelpersonen zu gesundheitsbezogenen Fragestellungen.

Beratungen von Bevölkerung und Einrichtungen zu lageangepassten Maßnahmen der Hygiene- und Desinfektion fallen in die Zuständigkeit des Bereiches Gesundheit und erfolgen im Rahmen der Bereitstellung von Fachinformationen.

Weiterhin unterstützt der Bereich Gesundheit den Krisenstab durch Aufbereitung medizinisch-fachlicher Informationen und trägt so zur Erstellung des Lagebildes, mit daraus resultierenden Strategieentscheidungen bei. Die vom Bereich Gesundheit zur Verfügung gestellten medizinisch-fachlichen Fakten können auch zur Information der Öffentlichkeit genutzt werden.

Sämtliche Maßnahmen erfolgen mit dem Ziel, die Folgen der Krise nach Möglichkeit zu reduzieren:

- Gesundheitsschutz der Bevölkerung
- Aufrechterhaltung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung
- Unterstützung bei der Bereitstellung von Fachinformationen
- Aufrechterhaltung von gesetzlich verpflichtenden Aufgaben des Bereiches Gesundheit

Bei Zuspitzung der jeweiligen Lage kann der Bereich Gesundheit zusätzlich tätig werden:

- in der direkten Patientenversorgung unterstützen, indem Impfungen koordiniert oder selbst vorgenommen werden oder leicht verletzte oder leicht erkrankte Personen medizinisch versorgt bzw. beraten werden
- im Rahmen von Beratungen hinsichtlich der verfügbaren Trinkwasserqualität

Um die genannten Aufgaben erfüllen zu können, müssen auch innerhalb des Bereiches Gesundheit interne Strukturen zur Bewältigung der Lage geschaffen werden.

7.2.1 Besondere Aufbauorganisation

Grundsätzlich hat der Bereich Gesundheit, zusätzlich zu den zahlreichen fakultativen Aufgaben, besonders die ihm per Gesetz übertragenen, teilweise sogar verpflichtenden Aufgaben, so lange wie möglich auch im Rahmen einer Krisensituation zu erfüllen. Davon kann schrittweise, soweit als möglich abgewichen werden, wenn die Situation vor Ort dies fordert, um den Schutz von Gesundheit, Kulturgut oder weiteren ideellen oder materiellen Gütern zu bewahren. Die Entscheidung zur Priorisierung von Aufgaben oder zum Wegfall von bisherigen Tätigkeiten trifft hierbei der Krisenstab der Stadt Oberhausen im Sinne einer Kosten- Nutzen-Abwägung.

Zur Bewältigung von Krisensituationen werden auch bereichsintern spezielle Strukturen erforderlich. Abweichend von der sogenannten Allgemeinen Aufbauorganisation (AAO), welche eine ständige Organisationsform für die Aufgaben des täglichen Dienstes darstellt und gleichermaßen die Zuständigkeiten, den hierarchischen Aufbau und die Kommunikations- und Entscheidungswege festlegt, tritt im Rahmen einer Krisensituation die Besondere Aufbauorganisation (BAO) in Kraft. Anhand dieser zeitlich begrenzten Organisationsform für umfangreiche und komplexe Aufgaben, die insbesondere für Maßnahmen aus besonderen Anlässen eingesetzt wird, werden die Kompetenzen im Bereich Gesundheit zielgerichtet gebündelt, um die Krisensituation effizient bewältigen zu können.

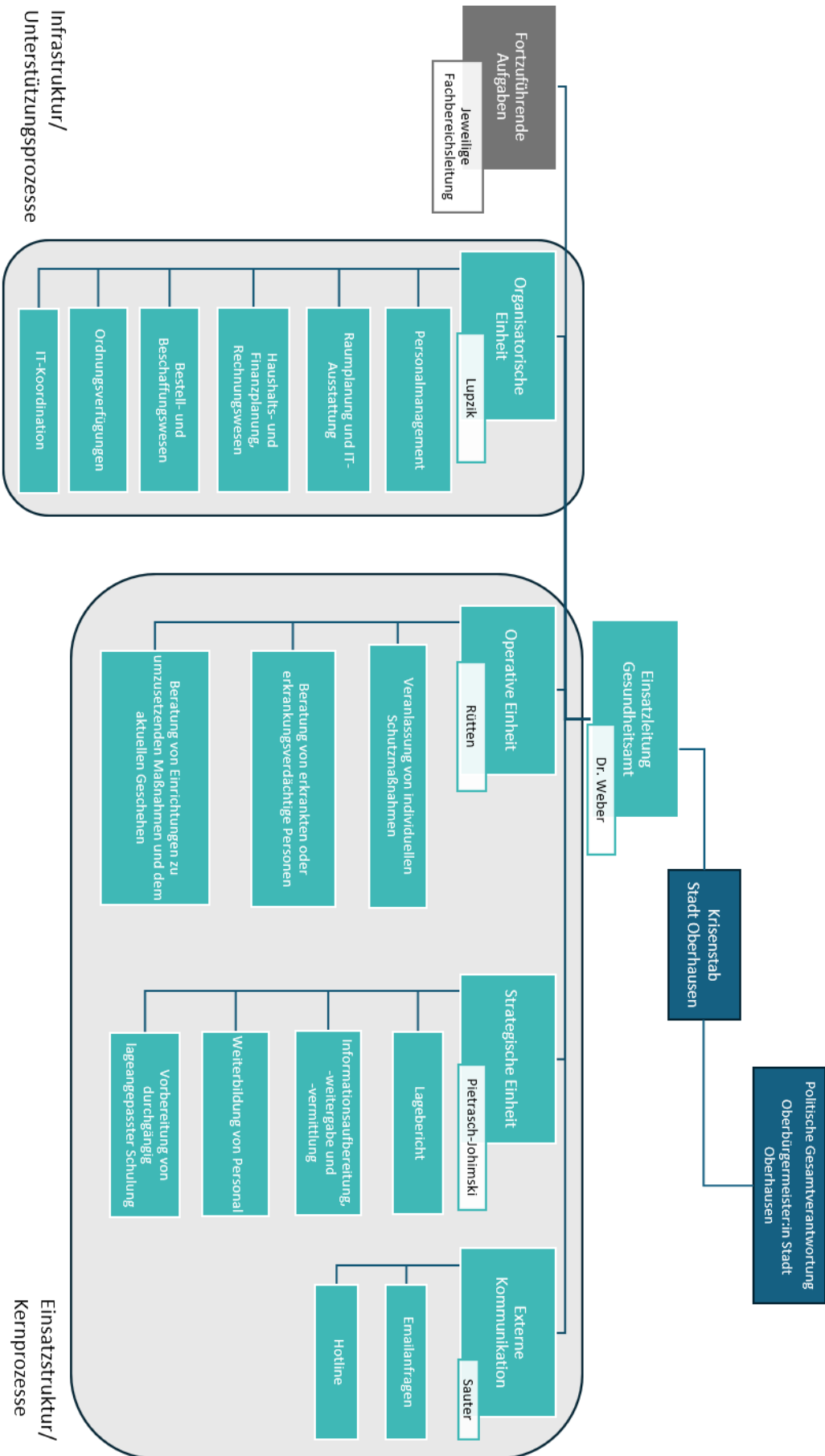


Abbildung 3 Besondere Aufbauorganisation des Bereichs Gesundheit am Beispiel einer pandemischen Krise (eigene Darstellung)

Einsatzleitung

Organisatorisch führend im Bereich Gesundheit der Stadt Oberhausen ist während der Krisensituation die Einsatzleitung. Sie wird für den Bereich Gesundheit durch die Bereichsleitung oder deren Vertretung besetzt.

Aktuell wurden als Vertretung der Bereichsleitung im Krisenstab zwei Personen bestimmt. Dabei handelt es sich um die Fachbereichsleitung der Verwaltung und zentralen Dienste sowie die Leitung des Fachbereichs Hygiene, Infektionsschutz und Umweltmedizin. Mit dieser Vertretungsregelung wird sichergestellt, dass je nach aktueller Anforderung Know-how zum Thema Infektionsschutz bzw. zu organisatorischen Themen im Bereich Gesundheit vorhanden ist.

In Abgrenzung dazu ist gemäß der allgemeinen Aufbauorganisation die direkte Vertretungsperson der Bereichsleitung die Fachbereichsleitung der Verwaltung und zentralen Dienste. In Ausnahmefällen mit medizinischen Fragestellungen wird zusätzlich die Fachbereichsleitung des Amtsärztlichen Dienstes hinzugezogen. Sollte es zu Unstimmigkeiten im Rahmen einer Vertretung der Bereichsleitung kommen, so ist der Entscheidung der Verwaltungsleitung in organisatorischen und der Entscheidung der ärztlichen Vertretung ausschließlich in medizinischen Fragestellungen Folge zu leisten.

Der Einsatzleitung untergeordnet sind die Leitungen der strategischen Einheit, der operativen Einheit, der Einheit zur Kommunikation nach außen und der organisatorischen Einheit /IT.

Strategische Einheit

Aufgaben der strategischen Einheit sind die Informationsaufbereitung, -weitergabe und -vermittlung als Handlungs- und Entscheidungsgrundlage. Dazu gehört auch die Vorbereitung von durchgängig lageangepasster Schulung und Weiterbildung und thematischem /inhaltlichem Onboarding von Personal. Die strategische Einheit wird von der Leitung der bereichsinternen Stabsstelle geleitet. Schnittstellen bestehen zum Bereich Statistik, zu übergeordneten Behörden, von denen Informationen zu- und zu denen Information abfließen und bereichsintern zur organisatorischen, operativen Einheit als auch zu Kommunikationseinheit.

Operative Einheit

Die operative Einheit kümmert sich um die Bearbeitung der Infektionsschutzmeldungen, die Veranlassung von individuellen Schutzmaßnahmen, die Beratung von erkrankten Personen, erkrankungsverdächtigen Personen und die

Beratung von Einrichtungen hinsichtlich des aktuellen Geschehens und umzusetzender Maßnahmen. Die operative Einheit wird von der Fachbereichsleitung Infektionsschutz geleitet. Schnittstellen bestehen zum Bereich Ordnung, zum Bereich Schule, zur WTG-Behörde, zum Bereich Jugend (3-1-30/ Kindertagesbetreuung, frühkindliche Bildung), zu anderen Gemeinschaftseinrichtungen (z. B. Kinderheime, Obdachlosenunterkünfte, Unterbringungsheime für geflüchtete Menschen, Intensiv-/Beatmungs- und Demenz-Wohngemeinschaften), zu Laboren und Krankenhäusern sowie niedergelassenen Ärzt:innen. Je nach Art der Pandemie kann auch der Kontakt zum FB 2-4-40/ Veterinäramt, Lebensmitteleüberwachung erforderlich sein. Innerhalb der operativen Einheit müssen ggf. Untereinheiten für verschiedene Themen- /Arbeitsfelder bestimmt werden. Hierbei können die Fachbereichsleitung Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, die Fachbereichsleitung zahnärztlicher Dienst oder andere Ärzt:innen als Teamleitungen fungieren. Je nach Bedarf kann die Bildung von Untereinheiten sinnvoll sein, welche hauptsächlich mit bestimmten Einrichtungsgruppen wie Krankenhäusern, Pflege- und Kindertageseinrichtungen, Schulen oder bestimmten Personengruppen z. B. ein- und ausreisenden Personen in Kontakt stehen.

Weiterhin wird eine Einheit für die Kommunikation nach außen eingerichtet. Diese Einheit kanalisiert und bearbeitet den Eingang von Außenanfragen (E-Mail, Telefon). Leitung dieser Einheit ist die Fachbereichsleitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Suchtberatung. Schnittstellen bestehen zu der strategischen Einheit.

Organisatorische Einheit (und IT)

Die organisatorische Einheit (und IT) wird von der Fachbereichsleitung Verwaltung geleitet. Die organisatorische Einheit kümmert sich um die Logistik im Bereich. Hierzu zählen die Planung, Bereitstellung und Beschaffung benötigter Ressourcen (z. B. Personal, liquide Mittel, Materialien, Hardware, Raumkontingente). Es bestehen daher Schnittstellen zum Bereich Personal, zum Bereich Finanzen, zur IT, zum Gebäudemanagement der SBO und zur Feuerwehr, über die z. B. Medikamente und medizinische Verbrauchsmaterialien beschafft werden. Außerdem bereitet die organisatorische Einheit die Umsetzung von Verwaltungsakten durch die zuständige Behörde (hier Bereich öffentliche Ordnung) soweit als möglich vor. Weiterhin ist die interne IT-Koordination in der organisatorischen Einheit verortet.

Zur Beschreibung der konkreten Aufgaben der einzelnen Einheiten wurden die Rollen und Aufgaben, soweit dies im Voraus möglich ist, gemeinsam mit den Fachbereichsleitungen, bezogen auf die Fachbereiche und soweit als möglich entsprechend deren originären Zuständigkeiten, festgelegt und geplant (*siehe Anlage 2 Stadt OB_Rollenkarten 3-4*)

7.2.2 Information und Kommunikation

Informationsfluss innerhalb des Bereiches Gesundheit

Der Informationsfluss innerhalb des Bereiches Gesundheit erfolgt entsprechend der verwaltungsintern vorgegeben hierarchischen Ordnung. Die verwaltungsintern vorgegebene Hierarchiestruktur bildet die Grundlage für ein organisatorisch zielgerichtetes und schnelles Verwaltungshandeln und gibt auch die internen Kommunikationswege entlang der hierarchischen Ordnung vor. Diese organisatorische (Grob-) Struktur wird im Rahmen einer Krise sinnvollerweise weiterhin genutzt und erfolgt grundsätzlich immer vertikal. Das bedeutet, die Kommunikation im Team wird vom Team kanalisiert und an die Teamleitung (Fachbereichsleitung) gerichtet. Von dort werden die Informationen weiter an die Bereichsleitung gegeben. Die Bereichsleitung kommuniziert mit dem Krisenstab. Der Krisenstab steht in Kontakt mit übergeordneten Behörden.

Die Kommunikation der Teams mit Bürger:innen oder externen Stellen erfolgt zur Umsetzung infektionshygienischer Maßnahmen. Sie geschieht nach vorheriger Absprache, gemäß den jeweils geltenden internen und externen Vorgaben und auf Anweisung der fachvorgesetzten Person.

Regelmäßige interne Besprechungen, deren Frequenz lageangepasst festzulegen ist, finden innerhalb der Einzelteams mit der jeweils zuständigen Teamleitung und zusätzlich mit den Leitungen der Einheiten sowie der Bereichsleitung statt.

Bei hohem Informationszustrom und im Rahmen des Onboardings von neuem Personal sind interne Schulungen zur Sicherung des Informationsniveaus durch die strategische Einheit zu planen und durchzuführen.

Ziel einer gerichteten Kommunikation ist die Sicherstellung eines zuverlässigen Informationsflusses innerhalb des Bereiches Gesundheit und eine interne Abstimmung, mit daraus resultierend zielgerichteten, lageangepassten Handeln.

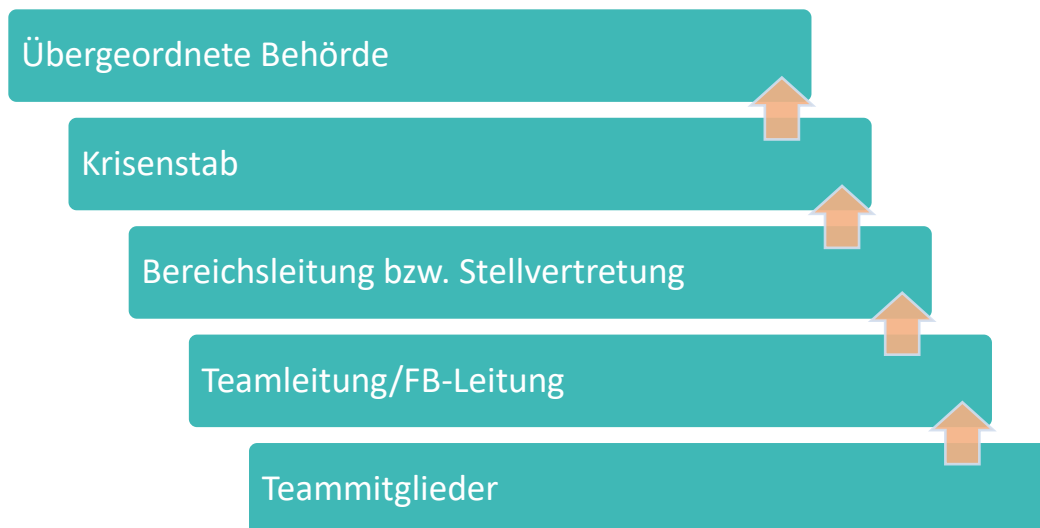


Abbildung 4 Interner vertikaler Kommunikationsweg (eigene Darstellung)

Informationsfluss vom Bereich Gesundheit nach außerhalb

Verpflichtende Informationsweitergabe gemäß IfSG

Der Bereich Gesundheit hat gemäß §11 IfSG Informationen zu regulär meldepflichtigen Krankheiten und Nachweise von Krankheitserregern an die zuständige Landesbehörde (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz) binnen eines Arbeitstages weiterzugeben. Die Meldepflicht bleibt auch während einer Pandemie oder anderen Krisensituationen bestehen und erfolgt eigenständig durch das zuständige Team. Die Kommunikation mit übergeordneten Behörden und anderen Instanzen erfolgt üblicherweise über den Krisenstab. Eine Kommunikation nach außen ist von Seiten des Bereiches Gesundheit ggf. zur operativen Einheit bzw. zum Fallmanagement notwendig.

Information weiterer Akteur:innen

Die Informationsweitergabe an andere Akteur:innen erfolgt nach Maßgabe des Krisenstabes der Stadt Oberhausen möglichst zeitnah.

Niedergelassene Ärzt:innen vor Ort

Die Umsetzung der Gesundheitsversorgung vor Ort obliegt den niedergelassenen (Fach-)Ärzt:innen. Bei dem Auftreten von ungewöhnlichen Erkrankungen ist es sinnvoll die Ärzteschaft vor Ort zu informieren, damit entsprechende Vorkehrungen getroffen werden können. Denn dort werden erkrankte Personen (auch unangekündigt) vorstellig werden. Die Vorsorgemöglichkeiten betreffen sowohl den Eigen- als auch den

Fremdschutz. Im direkten Kontakt sind ggf. Basismaßnahmen der Hygiene notwendig (z. B. Verwendung von Schutzkleidung, Absonderung von krankheitsverdächtigen gegenüber anderen „regulär“ kranken Personen), um eine weitere Ausbreitung der Erkrankungen zu vermeiden und so das Infektionsgeschehen vor Ort nach Möglichkeit zu verlangsamen.

Die Information der niedergelassenen Ärzte erfolgt nach Entscheidung des Krisenstabes durch die Bereichsleitung. Es werden die Vertreter von Ärztekammer (ÄK) und Kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein (KVNO) informiert, welche die Informationen innerhalb der Oberhausener Ärzteschaft weitergeben.

Krankenhäuser

Eine frühzeitige Informationsweitergabe und Einbindung der Krankenhäuser in die bestehende Lage ermöglichen eine zeitnahe Vorbereitung auf die Situation. In Abhängigkeit der Lage können Verlegungen und Entlassung zur Schaffung von freien Betten erfolgen. Nicht unbedingt notwendige Operationen können verschoben werden. Dadurch werden personelle und räumliche Behandlungskapazitäten geschaffen. Nach der Freigabe durch den Krisenstab der Stadt erfolgt die Informationsweitergabe über die Bereichsleitung an die Geschäftsführung der Krankenhäuser *(siehe Anlage 3 Kontaktdaten Geschäftsführungen_Hygieneabteilungen_Krankenhäuser_OB)*.

Bevölkerung

Die Information der Bevölkerung erfolgt nach Entscheidung des Krisenstabes über den BuMA des Krisenstabes (Bereichsleitung 9-7/ Pressestelle und virtuelles Rathaus). Eine frühzeitige Information ist sinnvoll, da durch die Bevölkerung selbst Basisschutzmaßnahmen umsetzbar sind, welche die Ausbreitungsgeschwindigkeit des Erregers reduzieren können. So werden Mortalität und Morbidität gesenkt, die Bevölkerung geschützt und Gesundheitssysteme entlastet. Die Informationsweitergabe sollte ausschließlich zielgerichtet und fachlich kompetent durch Fachpersonal der Pressestelle erfolgen, um ungewünschte Reaktionen der Bevölkerung nach Möglichkeit zu vermeiden.

7.2.3 Aufrechterhaltung Funktionalität Bereich 3-4/ Gesundheit

Regulär erfüllt der Bereich 3-4/Gesundheit mit seinen derzeit ca. 100 Mitarbeitenden, zahlreiche freiwillige und gesetzlich vorgeschriebene Aufgaben. Im Fall einer pandemischen Krise ergibt sich ein erhöhtes Arbeitsaufkommen z. B. im Bereich des Infektionsschutzes, welches personelle Ressourcen zur Bewältigung fordern wird (siehe Kapitel 7.2.4 Personalplanung).

Die Aufgabenwahrnehmung wird daher, in Abstimmung mit dem Krisenstab, schrittweise und situationsangepasst zunächst auf die gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben beschränkt werden. Bei weiterer Zuspitzung der Lage, muss nach Kosten-Nutzen-Abwägung und in Abhängigkeit der Personalsituation über eine weitere Fokussierung der Tätigkeiten nachgedacht werden.

7.2.4 Personalplanung

Einsatz von Personal und Bildung von Personalressourcen

Krisen stellen eine besondere Herausforderung dar. Zu deren Bewältigung müssen umfangreiche bzw. neue Aufgaben, zeitlich schnell erledigt werden, um Schäden so gut als möglich abwenden zu können. Hierfür sind situationsadaptierte personelle Ressourcen unbedingt erforderlich. Eine vorausschauende Personal- (-Einsatz) Planung, gemeinsam mit dem Bereich 4-1/ Personal ist daher unumgänglich. Folgende, auch stadtinternen, rechtlichen Regelungen sind zu beachten:

- Verwaltungsverfahrensgesetz NRW
- Ordnungsbehördengesetz NRW
- Arbeitszeitgesetz

- Beamtenstatusgesetz NRW
- TVöD VKA
- Erlasse auf Bundes- und Landesebene
- Allgemeine Geschäftsanweisung der Stadt Oberhausen
- Dienstvereinbarung Gleitende Arbeitszeit
- Dienstvereinbarung alternierende Teleheimarbeit -> ggf. hier die Nachfolgeregelung
- Urlaubsordnung der Stadt Oberhausen
- Dienstanweisung für den Krisenstab der Stadt Oberhausen
- Dienstanweisung für den Personaleinsatz im Falle eines Black Out Szenarios

Bei Signalereignissen wie z. B. Phase 3 des Pandemiezyklus der Einberufung des Krisenstabes der Stadt, äußeren Ereignissen, die die Entwicklung einer Krisensituation anzeigen könnten, wie z. B. vermehrtes Aufkommen bestimmter Erkrankungen o. ä., bereitet sich der Bereich 3-4 intern auf die Bewältigung vor und beginnt mit den entsprechenden Vorbereitungen. Die Sicherstellung von möglicherweise erhöhten Personalbedarfen erfolgt dabei schrittweise:

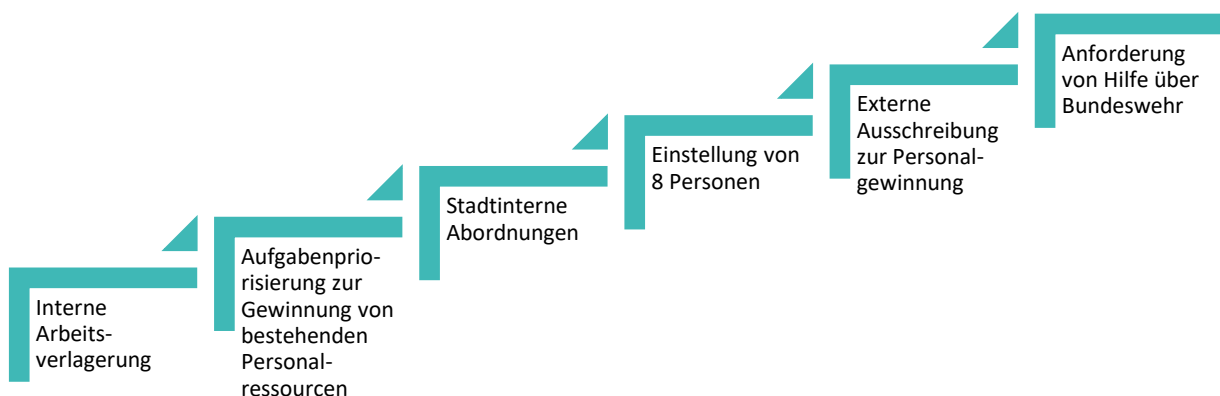


Abbildung 5 Schrittweise Generierung von Personalressourcen bei erhöhtem Bedarf (eigene Darstellung)

Erster Schritt zur Gewinnung von Personal ist dabei die interne Arbeitsverlagerung und ggf., nach Beschluss des Krisenstabes, auch die Priorisierung von Arbeiten. Bei weiter bestehendem Personalbedarf, ist Personal durchstadtinterne Abordnungen, organisiert durch den Bereich 4-1/ Personal gewinnbar. Die externe Einstellung von 8 Personen, welche im Rahmen der Coronaviruspandemie von Bereich 4-1/ Personal und dem

Personalrat beschlossen wurde, ist eine fortbestehende Möglichkeit zur Personalgewinnung. Die Ausschreibung weiterer externer Stellen und die Anforderung von Unterstützung durch die Bundeswehr (Anforderung durch Krisenstab über den Verbindungsoffizier) steht bei weiterem Personalbedarf zur Verfügung.

Zusätzlich können ergänzende Maßnahmen eingeführt werden, wie z. B. die Anordnung von Überstunden, die Einführung eines Zwei-Schicht-Betriebes, die Einführung einer 24/7 Rufbereitschaft, das Aussprechen einer Urlaubssperre.

Aufrechtzuerhalten sind alle gesetzlich verpflichtenden Aufgaben. Weiterhin darf die grundsätzliche Funktionalität des Bereiches 3-4/Gesundheit gerade in der Krisensituation nicht beeinträchtigt werden.

Hierbei liegt der besondere Fokus auf dem Fachbereich 3-4-10/ zentrale Dienste und Verwaltung Aufgaben mit Verantwortung für Haushalt, Finanzen, Rechnungswesen, Materialbeschaffung, Personal, Medizinalaufsicht und Ordnungsverfügungen. Weiterhin dürfen die IT-Koordination und die Unterstützung der IT-Koordination nicht anderweitig eingesetzt werden, um die Funktionalität des Bereiches zu gewährleisten.

Da eine Pandemie oder andere Krise nicht planbar ist, ist die Bereichsleitung des Bereiches 3-4 /Gesundheit aufgrund der Allgemeinen Geschäftsanweisung der Stadt Oberhausen, Punkt 5 Dienst und Ausfallzeiten, hier 5.2 Absatz 2 Mehrarbeit und Überstunden, direkt gegenüber den Beschäftigten anzuordnen, da die Laufzeit eines Beteiligungsverfahrens im Rahmen der Krisensituation nicht abgewartet werden kann. Die Anordnung von Überstunden muss dem Bereich 4-1/ Personal mitgeteilt werden. Ein Beteiligungsverfahren ist im Verlauf der Pandemie nachzuholen. Überstunden können grundsätzlich gegenüber allen Beschäftigten des Bereiches 3-4/ Gesundheit angeordnet werden.

Schwerbehinderte Mitarbeitende haben die Möglichkeit die Anordnung von Mehrarbeit und Überstunden, hier insbesondere auch von Arbeit an den Wochenenden abzulehnen, wenn sich dies aus der Behinderung bedingt (z. B. aufgrund der Art der Behinderung muss eine erhöhte Ruhezeit eingehalten werden oder eine Belastung über die festgelegte regelmäßige Arbeitszeit hinaus ist nicht möglich). Um bereits vor einer Krisenlage festzustellen, welche Mitarbeitenden innerhalb des Bereiches 3-4 eine Schwerbehinderung haben, sind die Fachbereichsleitungen zu bitten, anhand der vorliegenden Urlaubsübersichten (Versendung erfolgt über die Gleitzeitstelle) der Fachbereichsleitung 3-4-10/Verwaltung und zentrale Dienste mitzuteilen, welche Mitarbeitenden betroffen sind. Im Fall einer Krise werden die gemeldeten Mitarbeitenden durch die Fachbereichsleitung 3-4-10 kurzfristig bzgl. der Möglichkeit von Überstunden, Einsatz an den Wochenenden und Schichtarbeit angesprochen.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass Mitarbeitende mit minderjährigen Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen möglicherweise in einem geringeren Maße über die regelmäßige Arbeitszeit hinaus einzusetzen sind. Es handelt sich hierbei jeweils um Einzelfallentscheidungen.

Bei einer pandemischen Lage ist weiterhin über eine 24/7 Rufbereitschaft der Ärzte/Ärztinnen und der Hygienekontrolleure zu entscheiden. Die Entscheidung zur Einrichtung wird durch den Krisenstab getroffen.

Je nach Entwicklung der pandemischen Lage kann die Einführung eines Schichtbetriebes notwendig werden. Sollte diese Notwendigkeit bestehen, unterliegen die Mitarbeitenden nicht mehr der gleitenden Arbeitszeit, sondern es werden feste Arbeitszeiten eingeführt. Vorgesehen ist ein 2-Schicht-Betrieb in der Zeit von 6.00 – 15.00 Uhr (incl. 30 Minuten Pause) und von 12.00 – 20.00 Uhr (incl. 30 Minuten Pause). Die Einführung des Schichtbetriebes ist anzustoßen, sobald die eine Krise länger als fünf Arbeitstage andauert.

Ein weiteres Instrument der Personalressourcengewinnung kann die Urlaubssperre darstellen. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine pandemische Lage nicht planbar ist, sondern sich unterjährig entwickelt. Gemäß der Urlaubsordnung der Stadt Oberhausen ist bis zum 01.12. eines jeden Jahres der Urlaubsplan für das Folgejahr zu erstellen (Punkt 3.1 der GA-Urlaubsordnung). Diese Planung gilt praktisch als Genehmigung des eingetragenen Urlaubes (Punkt 3.4 der GA-Urlaubsordnung). Durch den Bereich 4-1 erfolgt eine Prüfung, ob eine Anpassung der Urlaubsordnung erfolgen muss, bei der Ausnahmen für Krisen vorgesehen sind. Dies gilt auch insbesondere für den Umgang mit Schadensersatzansprüchen der Beschäftigten bzgl. bereits aufgrund der Urlaubsplanung gebuchten Urlaube.

Ebenfalls können Personalressourcen freiwillig bereichsintern erhöht werden, in der Teilzeitbeschäftigte die reguläre Arbeitszeit befristet für die pandemische Lage erhöhen. Die Möglichkeit des Einsatzes des Instrumentes der Arbeitszeiterhöhung wird durch den Krisenstab getroffen. Nach getroffener Entscheidung führen die jeweils zuständigen Fachbereichsleitung/ Teamleitungen Gespräche mit den Teilzeitbeschäftigten. Das Ergebnis der Gespräche ist der Verwaltungsleitung des Bereiches 3-4/Gesundheit mitzuteilen. Von dort aus wird zur Umsetzung unverzüglich der Kontakt zum Bereich 4-1/ Personal aufgenommen. Weiterhin entscheidet die Bereichsleitung 3-4/ Gesundheit darüber, welche prozentualen Personalkapazitäten die Fachbereiche für die jeweilige Krisenlage abzustellen haben. Dies wird fachbereichsintern zu einer längeren Bearbeitungszeit/Wartezeit für Bürger:innen führen. In der jeweiligen Krisenlage ist dies jedoch hinzunehmen.

Weiterhin können Auszubildende für die Dauer eines Ausbildungsabschnittes (sechs Wochen bis vier Monate) im Bereich 3-4 eingesetzt werden.

Abordnungen aus anderen Bereichen

Ab einem Punkt in der pandemischen Lage bzw. anderen Krisensituationen wird der Bereich 3-4 trotz aller getroffenen Maßnahmen mit den eigenen Personalressourcen nicht mehr in der Lage sein, die jeweils vorherrschende Krisensituation zu bewältigen. Bei einer pandemischen Lage ist spätestens in der Phase 3 der Bereich 4-1 durch die Fachbereichsleitung 3-4-10 in Absprache mit der Bereichsleitung 3-4/ Gesundheit mit der Bitte des Starts der Abfrage nach freiwilligen Mitarbeitenden der Stadt zu suchen, die den Bereich 3-4 unterstützen. Bei der Abfrage sind folgende Informationen an die Beschäftigten zu geben:

- Personal muss IT-Erfahrung haben und mit Microsoft Word, Excel und Outlook umgehen können
- wird in den Schichtbetrieb und die Wochenendarbeit einbezogen
- muss an Mehrarbeit/ Überstunden teilnehmen (soweit nicht die bereits vorgenannten Kriterien, z. B. Schwerbehinderung, etc. entgegenstehen)
- kein Anspruch auf ein Einzel-/Doppelbüro
- muss mit psychischem Stress durch Arbeitsdruck und konfliktbehafteten Situationen (z. B. belastenden Telefonaten) umgehen können
- Abordnung erfolgt für 3 Monate mit der Option der Verlängerung auf 6 Monate
- sollte eine Urlaubssperre eingeführt werden, so gilt diese auch für die abgeordneten Mitarbeitenden
- Teilzeitbeschäftigten wird die Möglichkeit der Erhöhung der regulären Arbeitszeit für die Dauer der Abordnung angeboten

Die Abordnungen sind ab der Phase 3 vorzubereiten und werden ab Auftreten der ersten (Infektions-) Ereignisse vor Ort in den Bereich 3-4/ Gesundheit abgeordnet. Die Entscheidung erfolgt entweder über den Krisenstab oder über den Bereich 4-1/Lenkungsgruppe.

Zusätzlich wird durch die Fachbereichsleitung 3-4-10 bereits zu diesem Zeitpunkt eine Anfrage an die Aus- und Fortbildung gerichtet, ob erneut die Möglichkeit besteht,

Auszubildende der Stadt für die Dauer eines Ausbildungsabschnitts während einer Krise im Bereich 3-4 einzusetzen.

Einstellung von externem Personal

Gemäß des Verwaltungsvorstands-Beschluss vom 09.08.2022 ist der Bereich 3-4/ Gesundheit ermächtigt im Falle einer außergewöhnlichen gesundheitlichen Krise befristete externe Einstellungen von maximal acht Unterstützungskräften vorzunehmen. Die Einstellung erfolgt im Verlauf der Phase 5. Hierzu wird auf die angehängten Anforderungsprofile für die gesuchten Kräfte verwiesen. Die Ausschreibung erfolgt über den Bereich 4-1/ Personal und Organisation. Eingehende Bewerbungen werden von dort im Bewerberportal BITE zur Verfügung gestellt. Durch den Fachbereich 4-1-20/ Personalwirtschaft erfolgt eine Erstsichtung und Ranking der Bewerber:innen. Im Anschluss geben der Bereich 3-4, hier die Fachbereichsleitung 3-4-10, die Gleichstellungsstelle, der Personalrat und ggf. die Schwerbehindertenstelle ihr jeweiliges Votum ab. Die anschließenden Vorstellungsgespräche finden unter Beteiligung des Fachbereichs 4-1-20 und der Fachbereichsleitung 3-4-10 statt. Die Vertretungen der Gleichstellungsstelle und des Personalrats verzichten auf das Recht der Teilnahme. Die Einstellung wird kurzfristig durch den Bereich 4-1/ Personal und Organisation umgesetzt. Angestrebt wird ausschließlich Personal mit Bachelorabschluss oder Studierende im Bachelor-/Masterstudium oder Personal mit einer 3-jährigen Berufsausbildung im kaufmännischen oder medizinischen Bereich einzustellen. Dazu soll durch den Fachbereich 4-1-20/ Personalwirtschaft Kontakt zu den umliegenden Hochschulen bzw. Fachhochschulen aufgenommen werden, um dort eine Veröffentlichung der Stellenausschreibungen zu erreichen. Weiterhin soll eine Veröffentlichung auf externen Stellenportalen erfolgen. Die alleinige Veröffentlichung auf der Internetseite der Stadt Oberhausen wird als nicht ausreichend angesehen.

Anforderung von Personal der Bundeswehr

Die Anforderung der Bundeswehr erfolgt durch den Krisenstab bzw. über das Dezernat, dem der Bereich 3-4 zugeordnet ist. Hierzu wird der Verbindungsoffizier ins Benehmen gesetzt.

Um eine entsprechend aktuelle Übersicht zu erhalten, melden die Fachbereichs- und Teamleitungen täglich bis spätestens 8.00 Uhr das anwesende und ausgefallene Personal an das Vorzimmer der Bereichsleitung. Von dort erfolgt eine listenmäßige Erfassung. Der für die jeweilige Krisenphase festgelegte Personalschlüssel ist durchgängig zu halten. Abweichungen sind für die Dauer von 3 Arbeitstagen hinzunehmen. Bei Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, die einen

längerfristigen Ausfall anzeigt und deren Summe zu einem Personalausfall von über 10% führt, informiert die Bereichsleitung das Dezernat. Von dort aus erfolgt die Informationsweitergabe in den Krisenstab, der die Entscheidung über das weitere Vorgehen trifft.

7.2.5 Raumplanung

Die räumliche Unterbringung der Mitarbeitenden ist Aufgabe der organisatorischen Einheit. Hierbei müssen Raumkontingente mit den situationsangepassten Bedarfen in Einklang gebracht werden. Ein Raum(-besetzungs-) plan, der durchlaufend aktualisiert wird, liegt als Grundlage dafür im Bereich Verwaltung und zentrale Dienste des Bereiches Gesundheit vor. Hierbei müssen Teamzusammensetzungen, Meetingmöglichkeiten und Urlaubsplanung bzw. anderweitige Ausfälle geplant und bei Bedarf kompensiert werden können. Daher ist eine enge Abstimmung mit dem Bereich 4-1 und der SBO notwendig, da ggf. von dort zusätzliche Kontingente bereitgestellt werden müssen. Ein Raum zur regelmäßigen Lagebesprechung des Bereiches 3-4/ Gesundheit muss vorhanden sein.

7.2.6 Regelmäßige Lagebesprechung

Innerhalb der Einheiten, aber auch zwischen Einsatzleitung und den Leitungen der Einheiten sind regelmäßige Austausche unbedingt erforderlich, um die Arbeit an der aktuellen Lage auszurichten. Die Häufigkeit der Besprechungen orientiert sich dabei an der Geschwindigkeit und Komplexität der Lageentwicklung, welche die Notwendigkeit des Austausches vorgibt. Hierbei sollte ein Austausch mindestens mit folgenden Inhalten erfolgen:

- Bericht aus dem Team /aus den Teams
- Lagedarstellung (und Informationsweitergabe aus Krisenstab soweit notwendig)
- Feststellung von Bedarfen /Entscheidung über weiteres Vorgehen
- Festlegung / Anordnung zum weiteren Vorgehen

8. Surveillance, Diagnostik und Infektionsschutzmaßnahmen

Im Rahmen des Bevölkerungsschutzes während einer Pandemie liegen die Hauptaufgaben des Bereichs Gesundheit im Infektionsschutz und den zugehörigen Aufgaben, welche nachfolgend beschrieben werden.

8.1 Fortlaufendes Monitoring der Infektionslage

Eine Pandemie entwickelt sich in Phasen (siehe Kapitel 5.2 Phasen einer Pandemie). Dabei trifft ein Krankheitserreger, der zuvor nicht oder lange nicht in der Bevölkerung vorgekommen ist, auf eine ungeschützte Bevölkerung. Es kommt zu einer ungehemmten Ausbreitung, da das Immunsystem unvorbereitet (naiv) auf diesen neuen Erreger ist. Oft handelt es sich um Erkrankungen, die bereits bei Tieren vorkamen und auf den Menschen überggesprungen sind (Zoonosen). Beispiele für Erreger, die eine Pandemie verursachen könnten sind z. B. die Vogelgrippeviren. Bislang ist eine Übertragung vom Tier (hier Vogel) auf den Menschen selten vorgekommen. Die Übertragung von Mensch zu Mensch wurde bislang nicht beobachtet und ist bisher nicht möglich. Eine zufällige Mutation des Erregers kann diese Mensch-zu-Mensch Übertragung letztendlich möglich machen und somit den Ursprung einer Pandemie darstellen.

Um solche Veränderungen sofort zu bemerken und umgehend darauf reagieren zu können, wurden „Beobachtungssysteme“ installiert, über die Auffälligkeiten des Infektionsgeschehens weltweit detektiert werden.

In Deutschland ist die Beobachtung des Infektionsgeschehens Aufgabe des Robert Koch-Institutes. Dies geschieht unter anderem durch die Meldepflicht nach IfSG, die Abwasserüberwachung, die syndromische Surveillance für akute, respiratorische Erkrankungen (aus strukturierten Befragungen im Web und Informationen zu respiratorischen Erkrankungen aus Praxen und Krankenhäusern) und sogenannte Referenz- und Konsiliarlabore, für die Spezialdiagnostik wichtiger Erreger.

Weiterhin sollen die Krankenhäuser die Kapazitäten an Intensivbetten (Belegung) über das DIVI-Intensivregister melden. Dies erlaubt einen Überblick über die Schwere möglicherweise auftretender Erkrankungen, welche in der sogenannten Mortalitätssurveillance abgebildet wird. Sie kann Auskunft über die Sterberate im Verlauf der Zeit und ggf. auch über eine eintretende Übersterblichkeit geben. Ähnliche Beobachtungssysteme existieren für Krankheitsausbreitungen im Tierreich durch das Friedrich-Löffler-Institut. Auch übergeordnet, wird das Infektionsgeschehen durch die WHO beobachtet. Die WHO führt zudem eine Liste mit sogenannten „präpandemischen Erregern“. Dies sind Krankheitserreger, die aufgrund ihrer speziellen Eigenschaften unter dem dringenden Verdacht stehen eine Pandemie auslösen zu können. Es findet daher eine fortlaufende Beobachtung dieser Erkrankungen über Surveillance-Systeme statt. Eher unwahrscheinlich, aber ebenfalls möglich ist eine Pandemie der sogenannten „Disease X“, verursacht durch einen neuen und bislang unbekannten Erreger (*siehe Anlage 4 WHO-Liste_Priorisierung_Pathogene_2024*).

Anhand der aufgeführten Surveillancesysteme kann das Auftreten von Erkrankungsfällen frühzeitig detektiert werden und ein situationsangepasstes Handeln nach Vorgabe des nationalen Pandemieplans Teil I (*siehe Anlage 5 RKI_Nationaler Pandemieplan Teil I_Strukturen und Maßnahmen_Stand 03_2017, S. 8ff*) nach sich ziehen.

8.2 Wege des Meldeeingangs und Erreichbarkeit

Die Meldung zu Infektionsschutzereignissen erreicht das zuständige Gesundheitsamt überwiegend durch den gemäß §14 IfSG gesetzlich vorgeschriebenen Meldeweg über das digitale Informations- und Meldesystem (DEMIS) des Bundes. Vereinzelt werden noch andere Meldewege genutzt (Fax, E-Mail, Telefon). Regulär müssen Meldungen von Laboren, Ärzt:innen und weiteren Akteur:innen (u. a. Tierärzt:innen, Heilpraktiker:innen, Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen) gemäß §§ 6, 7, 8 oder 9 IfSG über DEMIS-Vorgabe des RKI per Formular übermittelt werden (*siehe Anlage 6 LfGA NRW_IfSG-Meldebogen*).

Ein telefonischer Informationseingang ist außerhalb der Servicezeiten über die Leitstelle der Feuerwehr an die Bereichsleitung (15.00 – 22.00 Uhr) oder das ärztliche Personal in Rufbereitschaft (Freitag ab 13.00 Uhr bis Montag um 06.30 Uhr) denkbar. Selten kommt es vor, dass erkrankungsverdächtige Personen direkt persönlich zum Bereich Gesundheit der Stadt Oberhausen gesendet werden. Unabhängig davon, ob die Meldung übermittelt wird oder die Person persönlich vor Ort erscheint, wird nach Vorgaben des folgenden Kapitels gehandelt (siehe Kapitel 8.3 Handlungsempfehlung bei Auftreten von besonderen Infektionsereignissen).

Erscheint eine erkrankungsverdächtige Person persönlich im Bereich Gesundheit, so ist sie je nach Erkrankungsverdacht ggf. räumlich abzusondern und der Kontakt möglichst zu minimieren. Das heißt, es soll ein möglichst großer räumlicher Abstand zu der Person gehalten werden. Der Kontakt ist zeitlich möglichst kurz zu halten. Im ggf. nötigen Kontakt ist ggf. Schutzausrüstung zu tragen. Bei luftübertragenen Erregern ist die Raumlüftung zu fördern (siehe Kapitel 8.8.4 Persönliche Schutzkleidung).

9. Handlungsempfehlung bei Auftreten von besonderen Infektionsereignissen

Die Handlungsempfehlungen für das Vorgehen bei außergewöhnlichen Infektionsereignissen folgen den Vorgaben und Empfehlungen von:

- TRBA (Technische Regeln Biologischer Arbeitsschutz) 250, 252 und 255

- der Verordnung über Sicherheit und Arbeitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (BioStoffVO) vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2514), zuletzt geändert durch Artikel 3 der Verordnung vom 2. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 384)
- den einschlägigen Empfehlungen von RKI (inklusive KRINKO-Empfehlungen) hier besonders
 - hier auch das Handbuch EKOS-NET: „Hygienemanagement bei Verdacht auf Krankheiten durch hochpathogenen Erreger außerhalb von Sonderisolierstationen“ Stand 04.03.2026
 - „Infektionsprävention bei Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ Bundesgesundheitsblatt 2023 · 66:1279–1301 und Bundesgesundheitsblatt 2015 · 58:1151–1170
 - „Anforderung an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ Bundesgesundheitsblatt 2022 · 65:1074–1115
 - „Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ Bundesgesundheitsblatt 2016 - 59:1189-1220
- Vorgaben des LfGA
 - wie dem Infektionsschutzplan NRW (*siehe Anlage 7 LfGA NRW_Infektionsschutzplan_ohne-Anlagen_2025*)
 - den Vorgaben des Entwurfs des Pandemierahmenplans
 - Handlungsempfehlungen zum Vorgehen bei § 12 IfSG Meldungen des Kompetenzzentrums Infektionsschutz des LfGA
- Mitteilungen der Bund/Länder Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) 18. Vollzugshilfe zur Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK)
- RKI - Meldebögen - Meldung des Verdachts einer Impfnebenwirkung (Stand 07.06.2021)

Weiterhin gelten die in Kapitel 6 aufgeführten gesetzlichen Vorgaben.

9.1 Plausibilitätsprüfung

Plötzlich oder erwartet können Informationen über Infektionsereignisse gemeldet werden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit das normale Ausmaß eines Infektionsereignisses weit übertreffende Folgen haben werden. Dies kann die Meldung eines unbekannten, lange verschwundenen oder üblicherweise nicht in Deutschland vorkommenden Erregers sein, der plötzlich vor Ort auftritt. Grundsätzlich ist dies ein seltenes und unwahrscheinliches Ereignis, so dass neben der üblichen Zuständigkeitsprüfung zunächst auch eine Plausibilitätsprüfung nach Meldeeingang erfolgen sollte. Dabei sollte anhand nachfolgender, ggf. zu ergänzender Fragen, beantwortet werden, ob die Meldung grundsätzlich plausibel ist:

- Welche Symptome bestehen?
- Passen diese zum Erregertyp /zur Erkrankung?
- Bestand glaubhaft die Möglichkeit des Kontaktes zum Erreger? (Reise, Kontakt zu erkrankter Person, anderweitige Erregeraufnahmemöglichkeit (Nahrung))
- Liegt ein Erregernachweis vor?

Zusätzlich muss eine Anamnese mit allen relevanten Informationen, inklusive des derzeitigen Aufenthaltes und Kontaktmöglichkeit durchgeführt werden (*siehe Anlage 8 Stadt OB_Ermittlungsbogen Index*).

9.2 Fallermittlung

Bei Verdacht, Erkrankung oder Tod durch eine bestimmte Erkrankung bestehen per Gesetz (IfSG) vorgesehene Meldepflichten. Hierbei wurden vom RKI sogenannte Falldefinitionen vorgegeben, anhand derer eine einheitliche Falldetektion und Informationsübermittlung erfolgen kann. Dies dient neben dem Kriterium zur Übermittlung auch der Erfassung von statistisch relevanten Informationen. Die Falldefinitionen legen aber nicht die Kriterien für die Meldung an ein Gesundheitsamt fest. Genauso wenig dürfen nur den Falldefinitionen entsprechende Meldungen an die übergeordnete Behörde weitergegeben werden.

Ungewöhnliche Infektionsereignisse sollten, auch wenn keine Falldefinition existiert oder diese nicht auf das Ereignis passt, unbedingt erfasst, dokumentiert und übermittelt werden. Ob eine Meldung gemäß §12 vorliegt, wird anhand des oben erläuterten Prüfalgorithmus definiert (s. S 25 „Plausibilitätsprüfung“ und Ablaufschema S. 29). Meldungen nach §12 IfSG werden grundsätzlich nur nach Rücksprache mit der Bereichsleitung ans LfGA weitergegeben.

9.3 Ermittlung Index

Der Indexfall ist die Person, bei der eine Erkrankung vorliegt und bei ausgedehnterem Geschehen ggf. die Erkrankungsverbreitung möglicherweise ihren Ursprung nahm. Um Infektionszusammenhänge darzustellen, muss hier im Rahmen der Ermittlung besonderer Wert daraufgelegt werden zu eruieren, wie sich die Person die Erkrankung zugezogen hat. Weitere Informationen sind routinemäßig anhand eines vorgegebenen Frageschemas zu erfragen und zu dokumentieren (*siehe Anlage 8 Stadt OB_Ermittlungsbogen Index*). Hierzu gehört auch die Ermittlung von Kontaktpersonen, die als ansteckungsverdächtig gelten müssen.

9.4 Ermittlung Kontaktpersonen

Kontaktpersonen sind Menschen, die in Kontakt zum Indexfall (erkrankte Person) standen und somit ansteckungsverdächtig (im Sinne des § 2 Punkt 7 IfSG) sind. Bei von Tieren übertragenen Erkrankungen müssen diese als Quelle bedacht und entsprechende Kontakte mit abgefragt werden. In solchen Fällen muss auch eine Übermittlung im Sinne des § 27 Abs. 3 IfSG an die zuständige Behörde (hier FB 2-4-40/ Veterinäramt, Lebensmitteleüberwachung) erfolgen. Die Ansteckungswahrscheinlichkeit steigt typischerweise mit Dauer und Intensität des Kontaktes zum Index.

Dementsprechend werden unterschieden:

Kontaktpersonen Grad 1:

- Sehr enger, zeitlich langandauernder Kontakt (oft mit körperlich direktem Kontakt z. B. Kinder, Sexualpartner:innen, Familienangehörige, ggf. auch Kita-Kinder)
- Je nach Übertragungsweg sollten auch Toilettengemeinschaften bedacht werden (fäkal-orale Übertragung).
- Ungeimpftes Pflegepersonal (je nach Kontagiositätsindex (Ansteckungsfähigkeit des Erregers))

Kontaktpersonen Grad 2:

- Personen aus Freundeskreis/ Klassenverband (ggf. gesamte Einrichtung) mit regelmäßigen, näheren Kontakten zum Infektionsumfeld

Kontaktpersonen Grad 3:

- Alle Personen, bei denen ein Kontakt zum Index nicht auszuschließen ist.

Im Rahmen der Anamnese sind zunächst sämtliche Kontakte im infektiösen Zeitraum zu erfassen. Sollte der infektiöse Zeitraum unbekannt sein (z. B. neuartiger Erreger) so ist ein Zeitraum von 14 Tagen hinsichtlich der Kontakte zu erfassen. Bei Auftreten einer High Consequence Infectious Disease (HCID) gelten andere Kriterien zur Ermittlung von Kontaktpersonen. Diese wurden durch das RKI entwickelt und werden ausführlich in Anlage 9 (*LfGA NRW_Infektionsschutzplan_Anlage-5-V4_2025*) dargestellt.

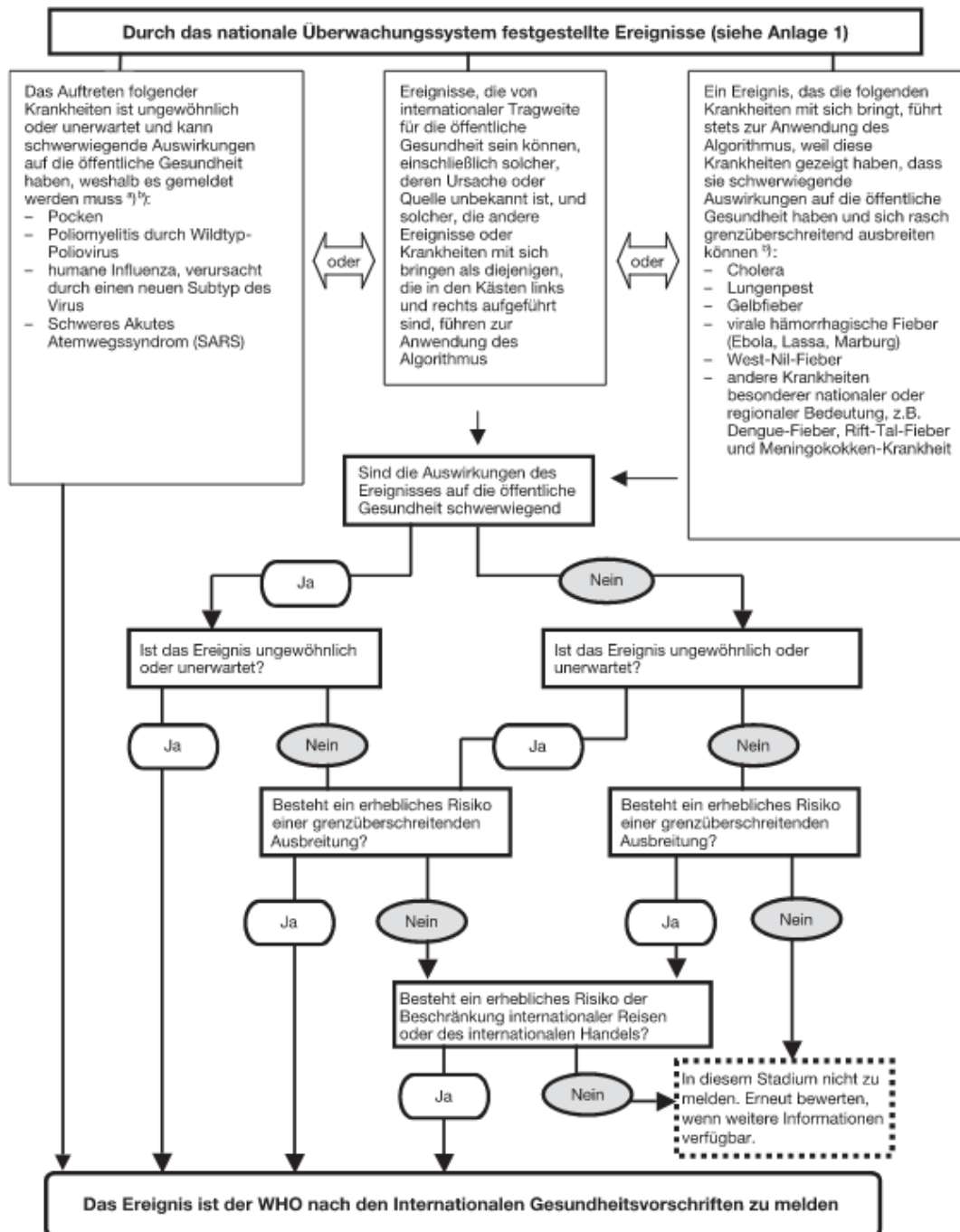
9.5 Line-List

Um die Ausbreitung von Infektionsgeschehen im Rahmen der Ermittlungsarbeit im Infektionsschutz darzustellen, werden oft sogenannte „Line-Lists“ verwendet. Dort werden Informationen dargestellt, anhand derer Infektionszusammenhänge und die Ausbreitung der Erkrankung dargestellt werden können. Kontaktpersonen können in bestimmten Zusammenhängen z. B. Flug, Zugfahrt im gleichen Abteil o. Ä. anhand der Line-List definiert werden, da dem Indexfall die Kontaktpersonen dort nicht persönlich bekannt waren. Die Fluggesellschaften sind auf Grundlage §16 IfSG verpflichtet Information zu Personen an die zuständige Behörde zu übermitteln. Die Vorlage für solch einer Line-List zur Erleichterung der Ermittlungsarbeit findet sich im Anhang (*siehe Anlage 10 LfGA NRW_Infektionsschutzplan_Anlage-5a_2025_Erfassungsbogen für Kontaktpersonen der Index-Patient_in; Anlage 11 RKI_Musteranschreiben_Reiseunternehmen_dt_en; Anlage 12 Aussteigekarte_Fluggast*).

10. Meldung von Ereignissen von internationaler Tragweite gemäß §12 IfSG

Die Meldung gemäß §12 IfSG setzt eine Bewertung des Ereignisses gemäß Anlage 2 der internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) voraus (siehe Abbildung 6).

**Entscheidungsschema zur Bewertung und Meldung von Ereignissen,
die eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen können**



Folgende Erkrankungen können eine Meldung nach §12 IfSG auslösen:

- Pocken
- Poliomyelitis (auch Wildtyp)
- Humane Influenza verursacht durch einen neuen Subtyp des Virus
- SARS (Schweres akutes Atemnot-Syndrom)
- Cholera
- Lungenpest
- Gelbfieber
- Virale hämorrhagische Fieber (Ebola, Lassa, Marburg)
- West-Nil-Fieber
- Nipahvirus
- Andere Krankheiten mit nationaler oder regionaler Bedeutung wie: Dengue-Fieber, Rift-Tal-Fieber, Meningokokken-Krankheit

Außerdem können Ereignisse, die von internationaler Tragweite für die öffentliche Gesundheit sein können, einschließlich solcher mit unbekannter Quelle, zur Alarmierung der Gesundheitssysteme im Sinne der Auslösung einer § 12 Meldung IfSG führen. Hinweise auf Erkrankungen, die eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen können, müssen unverzüglich gemäß § 12 IfSG an die zuständige Landesbehörde unter Verwendung der entsprechenden Vorlage zur § 12 Meldung (geschützter Bereich LfGA) gemeldet werden. Zeitgleich erfolgt die Weitergabe der Information ggf. auch an die Rufbereitschaft des LfGA und wird, wie von dort vorgegeben, über Fax und E-Mail übermittelt. Nach Validierung des Informationseinganges und Zusammenfassung der Informationen werden über die Bereichsleitung sofort mehrere Informationsstränge zeitgleich ausgelöst:

- Information Dezernat (wenn nicht erreichbar: Oberbürgermeister:in)
- Information Feuerwehr über Leitstelle (0208-8585-0/-1)
- Information der zuständigen Landesbehörde gemäß §12 IfSG mittels Formular in Anlage 13 (LfGA NRW_IfSG-12-Meldung_2025) und Anlage 14 (*LfGA NRW_Organisationsplan + Telefonnummern_2025*)

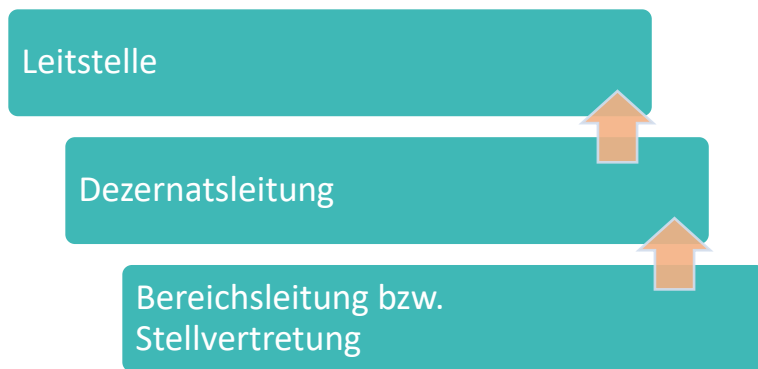


Abbildung 7 Meldeweg §12 IfSG -Meldung

Über weitere Informationsübermittlung, auch an andere Akteur:innen des Gesundheitssystems, bis auf die gesetzlich verpflichtende Meldung nach IfSG, entscheidet ab diesem Punkt mit sofortiger Wirkung allein der Krisenstab.

11. Schnittstellen bei besonderen Infektionsereignissen

In besonderen Infektionsereignissen ist es unabdingbar, übergeordnete Behörden einzubinden. Nachfolgend werden die wichtigsten Schnittstellen skizziert.

11.1 Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz (LfGA)

Zur Beratung und Unterstützung der Gesundheitsbehörden und der Ärzteschaft in Fragen der Organisation und Umsetzung von Maßnahmen zum Seuchen- bzw. Infektionsschutz der Bevölkerung ist am LfGA.NRW ein Kompetenzzentrum Infektionsschutz NRW eingerichtet worden. Es unterhält eine 24-Stunden-Rufbereitschaft für infektiologische Notfälle und bietet Beratungsleistungen zum Management von infektiologischen Sondersituationen in NRW an (z. B. zu Fragen einzuleitender Infektionsschutzmaßnahmen, Meldepflichten, Desinfektion, Schutz des Personals, Sonderisoliertransporte oder der Diagnosesicherung). Es leistet in der Regel konsiliarische telefonische Beratung (*siehe Anlage 15 LfGA NRW_Erreichbarkeit Notfall_Rufbereitschaftsnummern*).

11.2 Krankenhäuser vor Ort

Baulich-technische Voraussetzungen des jeweiligen Krankenhauses begründen, inwieweit die Versorgung von Patient:innen mit bestimmten Infektionserkrankungen in Krankenhäusern versorgt werden können. Hierbei spielen die Möglichkeit einer

räumlichen Absonderung, das Vorhandensein von Vorräumen und Versorgungsmöglichkeiten und die Belüftungstechnik und der Ausbildungsstand des Personals im Hinblick auf den Umgang mit speziellen Infektionserkrankungen eine wesentliche Rolle. Auch die Verfügbarkeit von Intensivversorgungsmöglichkeiten muss unter Beachtung der Schwere der Erkrankung berücksichtigt werden.

Die örtlichen Kliniken sind, entsprechend der oben aufgeführten Voraussetzungen, lediglich in die Erkennung und Erstbeurteilung eingebunden. In den Einrichtungen gelten klar definierte Alarm- und Rückverlegungspläne zur Abklärung von Verdachtsfällen. Diese sehen eine sofortige Isolierung der Patient:innen in einem Einzelzimmer mit Basishygienemaßnahmen sowie eine umgehende Information des Bereichs Gesundheit der Stadt Oberhausen vor. Für den Fall einer solchen Situation existieren in den Krankenhäusern vor Ort Einsatzpläne, die innerklinische Meldewege, Aufnahmeverfahren für infektiöse Patient:innen, Schutzmaßnahmen für das Personal, Transportwege und die Versorgung mit persönlicher Schutzausrüstung regeln. Um die Versorgungsmöglichkeiten auf einen Blick erfassbar zu machen, werden die Krankenhäuser daher entsprechend verschiedener Kriterien sogenannten „Versorgungsstufen“ zugeordnet. Die Zuverlegung in Krankenhäuser mit entsprechend erforderlicher Versorgungsstufen erfolgt nach Anmeldung und Abfrage der Versorgungsmöglichkeit durch den Bereich 6-1/Feuerwehr der Stadt Oberhausen.

Versorgungsstufen der Krankenhäuser

Die an der klinischen Versorgung von Infektionspatienten beteiligten Krankenhäuser sind auch in Oberhausen den Versorgungsstufen A/A+ und B gemäß Stufenkonzept in NRW zugeordnet.

Die Krankenhäuser vor Ort sind nicht auf eine Versorgung von Patient:innen mit hochkontagiösen Erkrankungen ausgelegt. Daher erfolgt in diesen Fällen die Verbringung zur Sonderisolierstation nach Düsseldorf per Sonderisoliertransport. Dieser Sonderisoliertransport wird durch die Leitstelle des Bereichs 6-1/ Feuerwehr organisiert. Die Versorgungsstufen der Oberhausener Krankenhäuser finden sich in Anlage 16 (*Versorgungsstufen der Oberhausener Krankenhäuser*).

Versorgungsstufe für Infektionspatientinnen/-patienten	Übertragungsweg und Versorgungsart	Bildung der Versorgungsstufe**		
		Schutzstufe	Infektiologische Kompetenz	Indikatorinfektion/-erreger
A	Kontaktübertragung	Kontakt	Standard	Rotaviren, VRE, MRSA
A+	Kontakt- und Tröpfchenübertragung	Kontakt, Tröpfchen	Standard	Meningokokken, Noroviren
B	Kontakt, Tröpfchen und Luft, Infektiologische Grundversorgung	Kontakt, Tröpfchen, Luft	erweitert	Masern, Varizellen, Tuberkulose
B+	Kontakt, Tröpfchen und Luft, Infektiologische Vollversorgung	Kontakt, Tröpfchen, Luft	spezialisiert	Varizellen-pneumonie**, CA-MRSA Pneumonie**, MDR-Lungentuberkulose**
C	Infektionsschutz, infektiologische Maximalversorgung	maximal	spezialisiert	von Mensch-zu-Mensch übertragbare hämorrhagische Fieber (z.B. Lassa, Ebola)

* Die Versorgungsstufe basiert auf der Kombination aus hygienischer Schutzstufe, infektiologischer Kompetenz und epidemischem Potenzial bzw. einer erhöhten Transmissionseffizienz im Krankenhaus durch medizinische Maßnahmen wie Beatmung, Endoskopie etc.

Stufe A und B unterscheiden sich durch einen zusätzlichen Schutz vor aerogenen Infektionen, Stufe B und B+ durch die erforderliche infektiologische Versorgungskompetenz. Erkrankungen können in ihrem Verlauf von einer Stufe in die andere wechseln (z.B. Influenzapneumonie mit Sekundärinfektion mit PVL-positiven CA-MRSA). Eine Verlegung einer solchen Patientin oder eines solchen Patienten in eine höhere Stufe könnte empfehlenswert werden.

** Erkrankungen wie eine Varizellenpneumonie (v.a. bei Erstinfektion immuninkompetenter Erwachsener) oder eine MDR-Tuberkulose erfordern aufgrund der Notwendigkeit einer kontrollierten Luftführung und medizinischer Maßnahmen wie endotracheale Absaugung, Endoskopie etc. zusätzliche Schutzmaßnahmen. Aufgrund der Tendenz zu Komplikationen und der Notwendigkeit teils hochspezialisierter Fachkompetenz machen derartige Erkrankungen zusätzlich ein interdisziplinäres Netzwerk aller infektionskompetenten medizinischen Fachgebiete notwendig.

Abbildung 8 Versorgungsstufen der Krankenhäuser

Quelle: LfGA NRW

11.3 Sonderisolierstation im Universitätsklinikum Düsseldorf

Gemäß § 30 Abs. 6 IfSG ist mit der Sonderisolierstation am Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD) dafür Sorge getragen, dass für die Absonderung von Personen mit hochkontagiösen lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten die notwendigen Räume und Einrichtungen zur Verfügung stehen (vgl. Krankenhausplan NRW 2025, Kapitel 5.3. (Seite 67 – 69) und Kapitel 10.4.2 (Seite 294 – 295)).

Zur Beratung und Unterstützung der Gesundheitsbehörden und der Ärzteschaft in Fragen des Individualschutzes und der klinisch-infektiologischen Behandlung von Patient:innen mit hochkontagiösen bzw. multiresistenten lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten ist eine überregionale Einrichtung der Stufe C (Sonderisolierstation als Teil des Behandlungszentrums) gemäß Stufenkonzept zur

klinischen Versorgung von Patient:innen mit Infektionskrankheiten in NRW geschaffen worden (*siehe Anlage 17 LfGA NRW_Infektionsschutzplan_Anlage 6a - Stufenkonzept [aus ISP NRW]*). Sie befindet sich im Leber- und Infektionszentrum (LIZ) der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie auf dem Gelände des Universitätsklinikums Düsseldorf (Moorenstr. 5, Gebäude 13.57 in 40225 Düsseldorf, Tel 0211- 81 00 (Zentrale)). Bei Vorliegen eines Verdachtes auf oder einer Erkrankung an einer lebensbedrohlichen hochkontagiösen Infektionskrankheit haben das betroffene Krankenhaus bzw. die behandelnden Ärzt:innen mit dem Behandlungszentrum Kontakt aufzunehmen sowie unverzüglich ihre untere Gesundheitsbehörde am Zielort der Verlegung und vor Ort (in Oberhausen) zu informieren (Näheres, s. Kapitel 5) (für Oberhausen: bereich.gesundheit@oberhausen.de und Tel.-Info an Bereichsleitung: Frau Dr. Weber 0208-285-2445 und FBL- Infektionsschutz Herrn Rütten 0208-285-3903) (Gesundheitsamt Düsseldorf – Bereich Infektionsschutz Tel: 0211 – 899 60 90 oder gesundheitsschutz@duesseldorf.de, Fax: 0211 892 96 51).

Sonderisoliertransport

Der Transport und Zuverlegung der Patient:innen wird organisiert und disponiert durch die integrierten Leitstellen von Feuerwehr und Rettungsdienst. Der Transport von begründet Krankheitsverdächtigen und Kranken in das Behandlungszentrum in Düsseldorf oder andere entsprechende Einrichtungen wird vom Rettungsdienst in NRW übernommen, der über die Befähigung und die Ausrüstung für einen Sonderisoliertransport verfügt.

Die behandelnde Klinik bzw. die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt fordert den Sonderisoliertransport an - beraten durch die untere Gesundheitsbehörde und das Kompetenzzentrum Infektionsschutz NRW sowie nach Absprache mit und Zustimmung durch das Behandlungszentrum NRW. Die Anforderung des Sonderisoliertransports erfolgt über die örtlich zuständige Leitstelle.

11.4 Ständiger Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger (STAKOB)

Für das Management und die Versorgung von Patient:innen mit Krankheiten, die durch hochpathogene Erreger verursacht werden, existiert in Deutschland ein Expertennetzwerk, den „Ständigen Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger (STAKOB) (*siehe*

Anlage 18 STAKOB_Kontaktdaten Geschäftsstelle). Dieser berät ausschließlich Fachpersonal in medizinischen Notfällen. Weiterhin existieren deutschlandweite Behandlungs- und Kompetenzzentren des STAKOB, die infolge des Auftretens hochpathogener Erreger (HCID) den Akteur:innen beratend zur Seite stehen.

Das für die Stadt Oberhausen zuständige Behandlungszentrum befindet sich am Universitätsklinikum Düsseldorf (s. „Sonderisolierstation im Universitätsklinikum Düsseldorf“ Seite 32).



*Abbildung 9 Behandlungszentren gemäß STAKOB
Quelle: RKI*



Abbildung 10 Kompetenzzentren gemäß STAKOB
Quelle: RKI

11.5 Nationale Referenzzentren und Konsiliarlabore

Die Nationalen Referenzzentren (NRZ), dienen zur Überwachung wichtiger Infektionserreger. Hier werden Überlegungen zu epidemiologischer Relevanz, zu Fragen von Resistenzen und -entwicklung und zu Maßnahmen des Infektionsschutzes geklärt. Ein Nachweis dieser Erreger kann nicht in jedem Labor erfolgen.

Durch Konsiliarlabore (KL) erfolgt nicht nur die Spezialdiagnostik von Erregern, sondern es bestehen auch Beratungsangebote zu über die Routine hinausgehenden Fragen für die unteren Gesundheitsbehörden. Eine Liste aller NRZ und KL nach Erregerspezialisierung der Beruungsperiode (Januar 2023 bis Dezember 2025) findet sich im Anhang (*siehe Anlage 19 RKI_Nationale Referenzzentren_Konsiliarlabore_Liste_2026*).

Entlastung der Kliniken: Kleeblattmechanismus

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie wurde bundesweit der sogenannte „Kleeblattmechanismus“ ([Kleeblattmechanismus - BBK](#)) entwickelt, um Kliniken bundesweit vor Überlastung durch (Intensiv-) Patient:innen zu schützen. Ein operatives Steuerungsgremium koordiniert die Verlegung von Patient:innen innerhalb zugewiesener Kleeblatt-Regionen oder sogar international. Diese Strukturen würden

auch bei erhöhten Versorgungsaufkommen z. B. im NATO-Bündnis- oder -Verteidigungsfall zur Entlastung von Kliniken genutzt werden können.



Abbildung 11 Kleeblattmechanismus – Regionen und Koordination
Quelle: BBK

12. Probenverpackung und -transport

Diagnostische Proben werden entsprechend dem ADR-Agreement (Agreement concerning the international carriage of dangerous goods by road) bestimmten Gefahrenstoffklassen zugeordnet. Sie dient der Vermeidung von Schäden. Stoffe, die der Risikogruppe 3 und 4 zugeordnet werden lösen bei Exposition bei gesunden Menschen oder Tieren eine dauerhafte Behinderung oder eine lebensbedrohliche oder tödliche Erkrankung hervor. Diese Transporte sind daher entsprechend zu sichern.

Beim Transport diagnostischer Proben der Risikogruppe 3 und 4 gemäß Biostoff-Verordnung müssen die einschlägigen Richtlinien Beachtung finden (*siehe Anlage 20 LfGA* *NRW_Infektionsschutzplan_Anlage-3-V3_2025_Richtlinien* *Transport*

diagnostische Proben Risikogruppen 3&4) und ggf. spezielle Transporte in Absprache mit der unteren Gesundheitsbehörde angefordert werden.

Im Falle des Verdachts auf eine HCID muss umgehend eine Diagnosesicherung durch ein darauf spezialisiertes Labor unter den erforderlichen Sicherheitsbedingungen erfolgen (*siehe Anlage 21 LfGA NRW_Link zum Laborkataster NRW*). Der Probenversand für die spezielle Diagnostik muss nach besonderen Gefahrgut Richtlinien (ADR-Richtlinien) erfolgen (*Anlage 22 ADR_2025_Band I_II; [RKI - Nationale Referenzzentren und Konsiliarlabore - Probentransport nach ADR](#); TRBA 252 Pkt. 4.1.1 (7) Satz 2. siehe Anlage 20 LfGA NRW_Infektionsschutzplan_Anlage-3-V3_2025_Richtlinien für den Transport von diagnostischen Proben der Risikogruppen 3 und 4*). Der Versand ist nur in speziellen Sicherheitsgefäßen, mithilfe vorgeschriebener Verpackung und Beschriftung und mit Begleitpapieren durchzuführen. Es empfiehlt sich für die unteren Gesundheitsbehörden und Krankenhäuser, die laut ADR-Richtlinien vorgeschriebenen Proben Transportgefäße und Papiere vorzuhalten.

Handelt es sich um eine HCID, so ist diese nach ADR Klasse 6.2, P620, UN2814 zu versenden.

Der Transport der vorschriftsmäßig verpackten Probe kann nur durch einen Kurierdienst mit Sondererlaubnis (ADR-Schein) oder ausnahmsweise als Notfalltransport durch Einsatzkräfte der Polizei und Rettungsdienst erfolgen. Regulär bietet z. B. World Courier diesen Transport an:

Die Beauftragung, der Transport und der voraussichtliche Eingang von diagnostischen Proben muss mit dem entsprechenden Labor unbedingt im Vorfeld telefonisch abgesprochen werden.

Kontaktaten Anbieter World Courier

<https://www.worldcourier.com/de/contact-us>

13. Infektionshygienische Maßnahmen bei Auftreten eines Infektionsgeschehens

Infektionshygienische Maßnahmen dienen nicht nur dem Schutz des Individuums, sondern verändern die Dynamik der Ausbreitung einer Erkrankung. Die Erfahrungen der Coronaviruspandemie zeigen, dass es auch oft darum geht „Zeit zu gewinnen“ (bzw. eine Infektionswelle zu „brechen“), um Handlungsspielräume zu gewinnen um z. B. ausreichend Impfstoffe zu produzieren oder (Intensiv-) Behandlungskapazitäten nicht zu überlasten.

13.1 Übergeordnet veranlasste Regelungen

Neben staatlich oder regional veranlassten Maßnahmen der Kontaktreduzierung im Rahmen einer Pandemie z. B. durch Einrichtungsschließungen (Schulen /Kindertageseinrichtungen), Verboten von Urlaubsreisen, Kontakt- und Besuchsregelungen, sind weiter Regulierungsmaßnahmen mit dem Ziel der Steuerung der Infektionsausbreitung möglich.

13.2 Allgemeine infektionshygienische Maßnahmen

Im Rahmen einer Pandemie treten unbekannte Erreger auf, deren spezielle Eigenschaften nicht im Detail bekannt sind. Daher bilden allgemeine Hygienemaßnahmen die Grundlage des Infektionsschutzes als wesentliche Maßnahme zur Verlangsamung des Infektionsgeschehens. Diese sind von der Bevölkerung individuell umzusetzen. Dabei handelt es sich um:

- allgemeine Händehygiene (Waschung/ Desinfektion)
- interpersonelle Kontaktreduzierung (zur Verminderung des Übertragungsrisikos)
- Verwendung von Schutzausrüstung bei nicht vermeidbaren /notwendigen Kontakten zu Erkrankten (z. B. Gesichtsmasken) nach Möglichkeit von beiden Seiten des Kontaktes
- Zusätzlich speziell auf den Erreger angepasste Maßnahmen:
 - z. B. Regelmäßiges Lüften bei luftübertragenen Erregern
 - „Niesen- und Hustenhygiene“ bei respiratorischen Erregern (Niesen und Husten in die Armbeuge)
 - Maske tragen im Kontakt mit anderen Personen

Sind Informationen zur Übertragung des Erregers bekannt, so sollten der Bevölkerung umgehend Informationsmaterial auf allen möglichen Kanälen bereitgestellt werden (Internet, Social Media, Flyer, Radio, usw.) (Zuständigkeit Bereich 9-7/ Pressestelle und virtuelles Rathaus angewiesen über Krisenstab).

In bestimmten Situationen ist das Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 20 Absatz 6 IfSG, ermächtigt, Schutzimpfungen oder andere spezifische Maßnahmen gegen eine übertragbare Erkrankung (bis auf wenige Ausnahmen) verpflichtend anzuordnen.

13.3 Spezielle Infektionshygienische Maßnahmen

Einsatz von Medikamenten

Der Einsatz von Medikamenten (wenn möglich) verkürzt optimaler Weise die Erkrankungsdauer und somit die Zeitspanne einer möglichen Ansteckung anderer Menschen. Dadurch wird die Ausbreitungsgeschwindigkeit der Erkrankung reduziert und Behandlungskapazitäten vor möglichen Engpässen geschützt.

Impfung

Eine Impfung bietet einen guten Schutz gegenüber dem Risiko zu erkranken und an dieser Erkrankung möglicherweise zu versterben (Senkung des Mortalitäts- und Morbiditätsrisikos). Vorrangig und durchgängig anzuwenden sind jedoch Basismaßnahmen der Hygiene, die fortlaufend durch die Einzelperson umzusetzen ist, um das Infektionsgeschehen für die Einzelpersonen zu reduzieren und die Ausbreitung der Erkrankung zu verlangsamen.

Durch Impfungen werden Personen, die (noch) keinen Schutz durch Impfungen erhalten können, gegenüber einer möglichen Infektion geschützt, indem, mit zunehmender Impfquote, eine sogenannte Herdenimmunität hergestellt wird. Hierbei wird das Infektionsrisiko dadurch gesenkt, dass die Erkrankung infolge der Impfung weniger häufig in der Bevölkerung auftritt und so die Ansteckungswahrscheinlichkeit sinkt. Dazu muss der Anteil immuner Personen groß sein. Dies ist abhängig von dem Erreger selbst. Je infektiöser der Erreger ist, desto höher muss der Anteil an immunen Personen sein, um eine Herdenimmunität zu erreichen.

In der interpandemischen Phase werden Impfstoffformulierungen (weiter-) entwickelt, die während einer Pandemie zum Einsatz kommen können.

Im Rahmen einer Pandemie werden die Impfstoffe zunächst nicht in ausreichendem Maße und optimal auf den Erreger angepasst bereitstehen können. Daher ist eine

Priorisierung der zu impfenden Gruppen durch übergeordnete Behörden vorzunehmen.

Organisation des Impfgeschehens

Die Beschaffung, Lagerung und Verteilung des Impfstoffes liegt zunächst beim Bund, nachgeordnet beim Land und erfolgt nachrangig über die Feuerwehr der Stadt Oberhausen (s. auch: Nationale Impfstrategie COVID-19: „Strategie zur Einführung einer Impfung gegen SARS-CoV-2 in Deutschland“ Stand 06. November 2020).

Durchführung der Impfungen

Die Durchführung der Impfung erfolgt durch niedergelassene Ärzt:innen und Betriebsärzt:innen. Auch Apotheken sind zugelassen Impfungen durchzuführen und könnten im Rahmen eines Impfgeschehens unterstützen, die Impfquoten zu erhöhen.

Priorisierung bei Impfstoffmangel

Die Priorisierung des Impfstoffes erfolgt entsprechend der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Institutes (STIKO) und nach Vorgabe übergeordneter Behörden. Dabei sind gemäß § 20 Absatz 2a IfSG (hier noch bezogen auf SARS-CoV-2) folgende Ziele zu verfolgen:

1. Reduktion schwerer oder tödlicher Krankheitsverläufe
2. Unterbindung der Transmission des Erregers
3. Schutz von Personen mit besonders hohem Risiko für einen schweren oder tödlichen Verlauf
4. Schutz von Personen mit besonders hohem behinderungs-, tätigkeits- oder aufenthaltsbezogenem Erkrankungsrisiko
5. Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen, von kritischen Infrastrukturen, von zentralen Bereichen der Daseinsfürsorge des öffentlichen Lebens.

Hierbei werden die o. g. Anforderungen der Impfpriorisierung voraussichtlich entsprechend der unten aufgeführten oder in ähnlicher Reihenfolge umgesetzt werden:

- vulnerable Gruppen (hochaltrige/ schwer vorerkrankte Personen)

- Personenkreise, die zur Versorgung dieser Gruppen erforderlich (Krankenhauspersonal, Rettungsdienst, andere Ärzt:innen)
- Gruppen die die zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Lebens erforderlich sind und häufig im interpersonellen Kontakt stehen (Polizei, Ordnungsamt u. ä.)
- Personal in häufigem und engem Kontakt zu anderen Personen (z. B. Gemeinschafts- und Betreuungseinrichtungen)
- Allgemeine Bevölkerung

Dokumentation des Impfgeschehens

Eine fortlaufende Dokumentation des Impfgeschehens spiegelt die Immunisierungssituation innerhalb der Bevölkerung und lässt eine Aussage über die weitere Entwicklung des pandemischen Geschehens zu. Diese Erfassung läuft über die Impfdokumentation der Kassenärztliche Vereinigung. Die Dokumentation erfolgt zusätzlich individuell über den Eintrag in den internationalen Impfpass. Eine Erfassung des Impfgeschehens ist auch über die Dokumentation des Impfstoffverbrauches oder anhand der Meldung an eine zentrale Stelle möglich.

Meldung von Impfnebenwirkungen und -schäden

Impfungen können in Abhängigkeit verschiedener Faktoren Impfnebenwirkungen verursachen. Diese können von geringfügigen Beschwerden (tritt häufiger auf) bis hin zu schweren und bleibenden Folgeerscheinungen (tritt selten auf) führen. Gerade für neu entwickelte Impfstoffe sind die Nebenwirkungen, trotz intensiver und strenger Testverfahren, die Impfstoffe hier in Deutschland durchlaufen müssen, inklusive der Wahrscheinlichkeit des Auftretens, noch nicht genau bekannt. Daher ist es besonders wichtig Nebenwirkungen des Impfstoffes zu melden, um die Impfstoffsicherheit im Verlauf steigern zu können. Dies ist auch im Hinblick auf mögliche Schadensersatzansprüche im Rahmen des Entschädigungsrechtes wichtig.

Die Meldung einer über das übliche Maß hinausgehenden Impfkomplication erfolgt gemäß § 6 Absatz 1 Pkt. 3 durch den behandelnden Arzt/ die behandelnde Ärztin an das zuständige Gesundheitsamt. Von dort erfolgt die Meldung zum Paul-Ehrlich-Institut (Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel). Dazu werden die entsprechenden Meldeformulare für Gesundheitsämter und Ärzt:innen genutzt (*siehe Anlage 23 Paul-Ehrlich-Institut_Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen_verdachtsfall-meldebogen_2018; Anlage 24 Paul-Ehrlich-Institut>IfSG-Meldebogen-Verdacht-Impfkomplication_2018*).

Absonderung oder Betretungs- und Tätigkeitsverbote

Zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen müssen infolge der typischen Übertragung von Mensch zu Mensch im Rahmen von Pandemien, zwischenmenschliche Kontakte unterbunden werden, um die Bevölkerung vor der Ausbreitung einer schweren Erkrankung und den daraus resultierenden persönlichen, gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen zu schützen.

Dazu dient in besonderen Fällen, bei schwerer und / oder sehr ansteckender Erkrankung die Absonderung von Personen (als Isolation von erkrankten Personen und Quarantäne von erkrankungsverdächtigen Personen). Diese wird ausschließlich, nach gründlicher vorheriger Prüfung, in begründeten Fällen von den zuständigen Behörden auf gesetzlicher Grundlage des §§ 28, 28a, 28b, 30 IfSG angeordnet. Weiterhin können zur Unterbindung der Ausbreitung von ansteckenden Erkrankungen nach sorgfältiger Prüfung auch berufliche Tätigkeitsverbote gemäß § 31 IfSG bzw. Betretungsverbote entsprechend § 34 IfSG. Die Anordnung kann zunächst mündlich ausgesprochen werden, muss nachgeordnet aber zusätzlich schriftlich erfolgen. Es handelt sich dabei um einen Verwaltungsakt, der nur schriftlich zurückgenommen werden kann (*siehe Anlage 25 Stadt OB_Grundgerüst_OV oder Anordnung; Anlage 26 Stadt OB_Grundgerüst_OV oder Anordnung_Markierung; Anlage 27 Stadt OB_Vorlage Aufhebung einer OV_blanko; Anlage 28 Stadt OB_Vorlage Aufhebung einer OV_Bsp Betretungsverbot IfSG; Anlage 29 Stadt OB_Beiispiel_OV Covid-19 Quarantäne Kontaktpersonen*).

13.4 Persönliche Schutzkleidung

Beim Umgang mit Krankheitsverdächtigen, Kranken und Kontaktpersonen sind auf den Individualfall abzustimmende Schutzmaßnahmen und präventive Hygienemaßnahmen erforderlich, die den Vorgaben der Technischen Regeln für den biologischen Arbeitsschutz TRB 250 und 252 entsprechen.

Für die Beschaffung und Bevorratung der entsprechenden Schutzkleidung für unsere Gesundheitsbehörden, Krankenhauspersonal, Rettungsdienst, Feuerwehr Labore etc. (*siehe Anlage 30 LfGA NRW_Infektionsschutzplan_Anlage 3g - Schutzausrüstung [aus ISP NRW]*) sind die jeweiligen Arbeitgeber verantwortlich.

Für den Bereich 3-4/ Gesundheit der Stadt Oberhausen ist mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit von einem direkten Patientenkontakt auszugehen, da die Arbeit des Gesundheitsbereichs sich eher auf übergeordnet organisatorische Aufgaben und die Ermittlungsarbeit (auch telefonisch möglich) bezieht. Dementsprechend wird hier die Vorratshaltung von Schutzkleidung nach Kosten-Nutzen-Abwägung eher in geringem

Ausmaß vorgenommen. Art und Umfang der Schutzkleidung, deren Entsorgung sowie Desinfektions- und Reinigungsmaßnahmen richten sich nach den Vorgaben des Arbeitsschutzes.

Bei einem Verdachtsfall von HCID, der mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht im Bereich einer Sonderisolierstation der Schutzstufe 4 geäußert werden wird und der zunächst noch verifiziert werden muss, ist folgende persönliche Schutzausrüstung (PSA) zu empfehlen:

- flüssigkeitsdichter Einmalanzug mit Kapuze (vorzugsweise mit Stiefelsocken)
- zwei Paar flüssigkeitsdichte Handschuhe mit Stulpen (langer Schaft) (übereinander getragen mit ausreichender Überlappung der Ärmel des Schutzanzuges)
- Einmalüberziehtiefel aus flüssigkeitsdichtem Material oder Gummistiefel
- FFP -2/-3 Atemmaske (ggf. mit Ausatemventil) (dichtsitzend!)
- Schutzbrille /Gesichtsschild
- ggf. Plastik-Einmalschürzen (z. b. bei sich übergebendem Patient:innen)

13.5 Psychosoziale Unterstützung und Begleitung für Beschäftigte

Pandemie- aber auch Krisensituationen sind immer durch „Ausnahmesituationen“ begründet, die nicht nur durch die Quantität der Arbeit, infolge von Überstunden oder Rufdiensten, eine besondere und außergewöhnliche Belastung für die Mitarbeitenden darstellen. Auch persönliche Hintergründe, wie die individuelle familiäre Situation im Rahmen der Krise, aber auch der Kontakt mit, im Rahmen der Krise besonders belasteten Kund:innen, Klient:innen und Patient:innen, können Belastungssituationen und in deren Folge sogar krankheitsbedingte Ausfälle begründen. Daher ist es besonders wichtig die gesundheitliche Situation der Mitarbeitenden mitzudenken und entsprechende Vorsorge, soweit als möglich, zu treffen.

Optimierung der Arbeitsumgebung und Vorsorgeuntersuchungen, die die körperliche Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz gewährleisten, sind durch den Arbeitgeber sicherzustellen.

Innerhalb der Bereiche sind zunächst die Sach- und Fachgebietsleiter und -leiterinnen erste Ansprechpartner:innen im Fall einer Belastungssituation. Auch die jeweilige Bereichsleitung trägt Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeitenden und

Für die Beratung und Begleitung der Beschäftigten und Führungskräfte stehen auch während einer Pandemie die internen Fachstellen der Kommune zur Verfügung. Die Angebote entsprechen im Kern den Aufgaben des Regelbetriebs, sind jedoch an die besonderen Belastungen und die personellen Kapazitäten der Fachstellen in der Krise angepasst.

Betriebliche Sozialberatung (BeSoB)

Die betriebliche Sozialberatung steht den Beschäftigten auch in der Pandemie als zentrale Anlaufstelle zur Verfügung, um die möglicherweise akut erhöhten psychosozialen Belastungen der Belegschaft aufzufangen. Sie unterstützt die Beschäftigten und Führungskräfte im Rahmen ihrer Kapazitäten durch psychosoziale Erstberatung, Informationsbereitstellung und Vermittlung an externe Hilfsnetzwerke. Da dieses spezifische Beratungsangebot für die gesamte Belegschaft (ca. 3.000 Personen) durch eine einzige Stelle geleistet wird, liegt der Schwerpunkt in der Pandemie auf einer zielgerichteten Akuthilfe und Orientierungsberatung. Das Angebot konzentriert sich darauf, Betroffene in wenigen Gesprächen emotional zu stabilisieren, erste Lösungswege aufzuzeigen und bei längerfristigem Bedarf zügig an externe Fachstellen weiterzuleiten. Auf diese Weise wird eine Überlastung der internen Ressource vermieden.

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Die Aufgaben des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) gemäß § 167 Abs. 2 SGB IX werden auch während Pandemiezeiten fortgeführt. Das BEM bietet allen langzeiterkrankten oder wiederholt arbeitsunfähigen Mitarbeitenden der Stadtverwaltung individuelle Unterstützung und Begleitung. Diese Unterstützung umfasst die berufliche Wiedereingliederung, den Erhalt des Arbeitsplatzes und die langfristige Sicherung der Arbeitsfähigkeit. In diesem Prozess werden pandemiebedingte Rahmenbedingungen berücksichtigt. Darüber hinaus umfasst das Angebot auch die strukturelle und organisatorische Beratung der Beschäftigten und deren Vorgesetzten zu Fragen des BEM. Die Durchführung erfolgt vorbehaltlich der personellen Ressourcen der BEM-Beauftragten und wird bei hoher Arbeitsbelastung an die verfügbaren Kapazitäten angepasst.

Schnittstelle und Zusammenarbeit

Die Fachstellen arbeiten bei Bedarf und mit Einverständnis der Betroffenen Hand in Hand:

Stellt das BEM im Rahmen eines Eingliederungsverfahrens fest, dass eine akute psychosoziale Belastung oder Überlastung vorliegt, kann die Betriebliche Sozialberatung zur krisenhaften Intervention und Stabilisierung hinzugezogen werden.

Ergibt sich aus einer Beratung der BeSoB, dass eine längerfristige Erkrankung den Arbeitsplatz gefährdet und strukturelle Anpassungen (z. B. Arbeitsplatzgestaltung, Wiedereingliederung) nötig sind, erfolgt die Vermittlung an das BEM.

13.6 Aufbereitung von Rettungsmitteln

Wenn eine begründet krankheitsverdächtige Person in eine Sonderisolierstation oder einen Isolierbereich verlegt werden soll, ist für den Transport das am besten zu desinfizierende Rettungsmittel zu verwenden. Dies ist ein I-RTW (Infektionsrettungswagen) oder notfalls ein entkernter RTW (Rettungswagen) bzw. KTW (Krankentransportwagen) mit abgetrennter Fahrerkabine und abgeklebter Klimaanlage, der nur die zur medizinischen Versorgung absolut notwendige Ausstattung enthält. Ist ein zu öffnendes Sichtfenster vorhanden, ist diese geschlossen zu halten und ggf. zusätzlich abzudichten. Es sollte Personal zum Einsatz kommen, welches für solche Fälle unterwiesen und geschult ist.

Der Transport ist unter Einbindung des Gesundheitsamtes und der Zieleinrichtung (Behandlung- /Kompetenzzentrum) zu planen.

Die PSA muss an den vermuteten oder nachgewiesenen Erreger angepasst, entsprechend der TRBA 252 (Pkt. 5.11) eingesetzt werden. In der abgetrennten Fahrerkabine muss keine PSA getragen werden.

Auch nach dem Transport einer infizierten Person ist das eingesetzte Rettungsmittel bis zum Abschluss der notwendigen Desinfektionsmaßnahme für den Regelrettungsdienst stillzulegen. Sofern der Rettungsdienst Patient:innen ohne Einsatz geeignete Schutzkleidung transportiert hat, ist die getragene, persönliche Kleidung der Mitarbeitenden zu wechseln und entsprechende Reinigungs- sowie ggf. Desinfektionsmaßnahmen durchzuführen. Die persönliche Hygiene ist dabei zu beachten.

13.7 Abfallentsorgung bei Auftreten einer HCID

Da in der Regel die Inaktivierung der entstandenen infektiösen Abfälle inklusive der angefallenen kontaminierten persönlichen Schutzausrüstung (PSA) vor Ort durch Autoklavieren nicht möglich ist, muss eine sachgerechte externe Abfallaktivierung und-entsorgung sichergestellt werden. Diese muss den Vorgaben der LAGA zu Abfällen mit dem Abfallschlüssel 180103* entsprechen.

Alle Abfälle des AS 18 01 03* sind unmittelbar am Ort ihres Anfallens in geeigneten, reißfesten, feuchtigkeitsbeständigen und dichten Behältnissen (bauartgeprüfte Gefahrgutverpackung oder für den Transport zur und die Verwendung in der innerbetrieblichen Desinfektionsanlage geeignet) zu sammeln. Diese Behältnisse sind ohne Umfüllen oder Sortieren zur zentralen Sammelstelle zu befördern. Infektiöse Abfälle von gebrauchten spitzen und scharfen medizinischen Instrumenten wie Kanülen, Skalpelle und Gegenstände mit ähnlichem Risiko für Stich-, Schnitt- und Kratzverletzungen müssen in bruch- und durchstichsicheren Einwegbehältnissen gesammelt, fest verschlossen, sicher vor unbefugtem Zugriff bereitgestellt, transportiert und entsorgt werden, die Anforderungen an die Abfallbehältnisse nach Nr. 4.2.5.(6) TRBA 250 sind zu berücksichtigen. Eine Kennzeichnung aller Behältnisse mit „Biohazard“-Symbol ist erforderlich. Eine Kontamination der Außenseite der Sammelgefäße ist in jedem Falle zu vermeiden (ggf. Desinfektion der Außenseite erforderlich). Die Größe der Behältnisse ist so zu wählen, dass eine sichere Handhabung gewährleistet ist. Die Bereitstellung hat so zu erfolgen, dass eine Gasbildung in den Sammelbehältnissen vermieden wird (z. B. Lagerungstemperatur unter +15°C bei einer Lagerdauer von längstens einer 10 Woche). Bei einer Lagerungstemperatur unter +8°C kann die Lagerdauer in Abstimmung mit dem für die Hygiene Zuständigen (z. B. Krankenhaushygieniker, Hygienefachkraft, hygienebeauftragter Arzt) verlängert werden. Die infektiösen Abfälle sind aus Gründen des Infektions- und Arbeitsschutzes ohne vorheriges Verdichten oder Zerkleinern, in den für ihre Sammlung verwendeten Behältnissen, in einer zugelassenen Anlage zu verbrennen. Sofern keine Transmissible spongiforme Enzephalopathie (TSE) -Erreger enthalten sind, können sie vor der endgültigen Entsorgung desinfiziert werden. Ein Austritt von nicht desinfizierten Abfällen ist in jedem Falle zu vermeiden. Abfälle mit TSE-Erregern (Transmissible spongiforme Enzephalopathie bei Jakob-Creutzfeld-Krankheit) sind immer zu verbrennen. Für die Ausschleusung nicht autoklavierbarer Abfälle müssen von der Einrichtung standardisierte Prozesse im Voraus etabliert werden, die genau festlegen wie Abfalltonnen dekontaminiert und verpackt werden, damit äußerlich von ihnen keine Infektionsgefahr mehr ausgeht.

13.8 Abwasserentsorgung bei Auftreten einer HCID

Die Entscheidung, ob Abwasser inklusive der Ausscheidungen einer begründet krankheitsverdächtigen Person inaktiviert werden muss oder direkt in das Abwassersystem abgeleitet werden kann, erfolgt in Absprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt.

Zur Vermeidung der Gefährdung des Personals sind nach Möglichkeit Stuhlableitsysteme oder Chemietoiletten einzusetzen. Abwasser und Ausscheidungen sind in geeigneten Behältern aufzufangen und gemäß LAGA-Richtlinie zu entsorgen (s.

Pkt. 8.9). Wurde die Toilette durch eine krankheitsverdächtige Person genutzt, ist diese für alle anderen Personen zu sperren und bei bestätigtem Verdacht bei der Reinigung und Desinfektion besonders zu berücksichtigen.

14. Besonderheiten im Bestattungswesen

Rechtliche Grundlage in Nordrhein-Westfalen bildet das Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen (Bestattungsgesetz – BestG NRW) mit Stand vom 01.12.2025 sowie die DIN EN 15017 „Bestattungsdienstleistungen – Anforderungen“. Grundsätzlich ist im Umgang mit infektiösen Verstorbenen eine besondere Vorsicht notwendig und folgende Prozesse gemäß den geltenden Vorschriften (z. B. BestG NRW) durchzuführen:

Erste Leichenschau

Die erste Leichenschau zur Feststellung des Todes (inklusive Ausfüllen der Todesbescheinigung) wird üblicherweise durch die/den behandelnde:n Ärzt:in, im Fall einer Pandemie am ehesten im Krankenhaus oder durch die/den behandelnde:n niedergelassene:n Arzt/ Ärztin oder die/den Notärzt:in vorgenommen. Falls andere Ärzt:innen nicht zur Verfügung stehen, ist die Leichenschau durch eine:n Ärzt:in der für den Sterbe- oder Auffindungsort zuständigen Gesundheitsbehörde durchzuführen (BestG NRW §9 Abs. 3 Satz 2).

Zweite Leichenschau

Die zweite Leichenschau vor Überführung ins Ausland oder Einäscherung im Krematorium ist durch Ärztinnen oder Ärzte der unteren Gesundheitsbehörde durchzuführen (§§15 und 16 BestG NRW). Eine Bescheinigung gemäß Vorgabe der Anlage 1 oder 2 des BestG NRW ist anlassentsprechend auszufüllen (*siehe Anlage 31 BestG NRW_anlage1 zu §15_Bescheinigung der uGb über ärztl Leichenschau; Anlage 32 BestG NRW_anlage2 zu §17_Leichenpass*).

Die zweite Leichenschau sollte nach strenger Nutzen-Risiko-Abwägung und Beachtung der persönlichen Schutzmaßnahmen je nach Erreger erfolgen. Kulturelle Rituale, wie z. B. Waschungen, sollten unterlassen werden, um das Ansteckungsrisiko zu minimieren. Transportbedingungen und Aufbewahrung sind in Abhängigkeit des Erregers festzulegen.

Ziel des Verpackens ist nicht die Desinfektion, die im Rahmen der nachfolgenden Kremierung erfolgen wird, sondern die sichere Handhabung und eine Verringerung der Wahrscheinlichkeit der Umgebungskontamination während des Verpackens.

Besonders wichtig ist dabei das Binden kontagiöser Körperflüssigkeiten durch absorbierende, reißfeste Leichenlaken oder Tütchen mit gelierenden Flüssigkeitsabsorbentien. Bei einer durchschnittlichen Erwachsenen Leiche ist mit Austritt von maximal 3-4 Litern Flüssigkeit zu rechnen. Der Leichnam selbst wird in desinfektionsmittegetränkte Tücher gehüllt, die flüssigkeitsdichten Leichensäcke (entsprechend der VDI-Richtlinie 3891) gedoppelt und jeweils flüssigkeitsdicht (also über dem Reißverschluss) mit Klebeband nach Verschließen des Reißverschlusses überklebt.

Vor Transport in den Übergangsbereich (Bereich gelb /Dekontaminationsbereich) ist der Leichensack jeweils von außen mittels auf den Erreger angepassten und das Material des Leichensackes nicht angreifendem Desinfektionsmittel zu behandeln (VAH-/ RKI-Liste). Dabei muss ein materialschonendes Desinfektionsmittel genutzt werden, welches die Funktionsfähigkeit des Leichensacks nicht beeinträchtigt sowie für den jeweiligen Erreger geeignet ist. Der Leichnam kann nun im Übergang gelber -grüner - Bereich in den Sarg gelegt werden, der verschlossen wird und nicht wieder geöffnet werden darf. Der Sarg wird wischdesinfiziert und abtransportiert.

Für nationale Transporte sind Holzsärge, für internationale Transport undurchlässige Zink- oder mit Zink ausgekleidete Särge vorgeschrieben.

Die Bestattungseinrichtung ist im Voraus über das Infektionsrisiko zu informieren, zu beraten und ggf. in organisatorische Überlegungen einzubeziehen. Weiterhin ist eine Kennzeichnung der infektionsgefährlichen Leichen nach Verbringung in den Leichensack empfehlenswert. Diese äußere Kennzeichnung wird je nach Erregertyp nach Maßgabe §7 BestG NRW vom Bereich Gesundheit vorgegeben werden.

Leichenschau bei verstorbener Person mit HCID

Der Umgang mit oder an HCID verstorbenen Personen hat durch (mit Arbeiten der Schutzstufe 4) geschultem Personal zu erfolgen. Dritte Personen, wie z. B. Mitarbeitende von Bestattungsunternehmen dürfen mit infektiösem Material nicht in Berührung kommen. Wird eine zweite Leichenschau durchgeführt, so hat diese unter Bedingungen der Schutzstufe 4 durch Fachkundiges Personal zu erfolgen (siehe auch TRBA 252 Pkt. 6).

Eine innere Leichenschau ist in Abhängigkeit des Erregers ggf. nur unter Sicherheitsstufe 4 -Labor (S4)-Bedingungen durchführbar (bei HCID). Auch im Rahmen der Überführungen sind entsprechende Schutzmaßnahmen für das Personal des Bestattungsunternehmens zu treffen.

Beisetzung

Der Bereich Gesundheit berät bei Bedarf im Hinblick auf die Minimierung eines möglichen Infektionsrisikos im Rahmen der Beisetzung selbst. Mögliche Vorgaben zu interpersonellen Kontakten, vor (Abschiednehmen) und auch im Rahmen einer Beisetzung, werden durch übergeordnete Behörden voraussichtlich mittels Erlass geregelt werden.

Eine Feuerbestattung ist bei an HCID verstorbenen Personen dringend zu empfehlen. Dazu sollte so früh wie möglich Kontakt zu DIN ISO 15017 zertifizierten Bestattungsunternehmen Kontakt aufgenommen werden. Der Sarg muss mit einem Biohazard-Zeichen (hochinfektiös“ bzw. „hochkontagiös“) gekennzeichnet sein. Der Boden des Sarges muss mit einer mindestens 5 cm hohen Schicht saugfähigen Materials bedeckt sein.

Vorgehen bei Auffinden einer HCID-verdächtigen Leiche

Sollten sich bei der Auffindung einer Leiche Hinweise auf eine möglicher Weise vorliegende HCID ergeben so sind folgende Punkte zu beachten und das weitere Vorgehen wie zuvor beschrieben befolgt werden:

- Plausibilitätsprüfung (soweit möglich)
- Kontakt zu potentiell infektiöser Leiche unterbinden
- Zutrittsbeschränkung zum Bereich in Kraft setzten (Involvierung Polizei)
- kontaminierte Kleidung ablegen und vor Zugriff geschützt aufbewahren
- hygienische Händedesinfektion
- räumliche Absonderung und Verbleib der Kontaktpersonen bis zur weiteren Klärung
- Kontakt von Personen zu potentiell kontaminierten Flächen /Gegenständen unterbinden
- Informationsweitergabe entsprechend Meldekette
- Involvierung STAKOB und Kompetenzzentrum Infektionsschutz des LfGA

14.1 MANL-Konzept

Im Rahmen einer pandemischen (oder anderen Krisen-) Situation ergibt sich möglicherweise ein erhöhtes Aufkommen verstorbener Personen, deren Leichen fachgerecht gelagert und bestattet werden müssen. Zur Bewältigung eines erhöhten Aufkommens von Toten wurde 04/2020 von Seiten des Bereichs 6-1/ Feuerwehr der Stadt Oberhausen ein sogenanntes MANL (Massenanfall von Leichen) -Konzept entwickelt. An dieser Stelle wird auf die entsprechende Anlage (*Anlage 33 Stadt OB_MANL Konzept_2020*) verwiesen.

15. Erstkontakt von HCID in Arztpraxis oder Notfallaufnahme

Es kann sich die Situation ergeben, dass Erkrankte oder erkrankungsverdächtige Personen in Arztpraxen oder Notfallaufnahmen versorgt werden müssen. Diese Fälle sollten vorbereitet werden, indem das Personal geschult wird, Handlungsanweisungen und Kontaktadressen inklusive persönlicher Schutzausrüstung vorhanden ist. Auch die Nutzung der räumlichen Gegebenheiten zur Absonderung einzelnen Personengruppen sollte vorausgeplant werden. Zur Erhärtung des Verdachtes einer HCID im Rahmen der Anamnese (siehe Kapitel 8.3 Handlungsempfehlung bei Auftreten von besonderen Infektionsereignissen) sollten oben aufgeführte Dokumente genutzt werden (*siehe Anlage 8 Stadt OB_Ermittlungsbogen Index; Anlage 13 LfGA NRW_IfSG-12-Meldung_2025*).

Sucht eine Person mit Verdacht auf HCID eine Arztpraxis oder Notaufnahme auf sind folgende Maßnahmen grundsätzlich einzuhalten:

- räumliche Absonderung der Person und nach Möglichkeit Vermeidung des Kontaktes
- Einhaltung der Basishygienemaßnahmen zur Vermeidung von Kontamination
- Zum Schutz der Krankheitsübertragung sollte von der erkrankungsverdächtigen /erkrankten Person nach Möglichkeit ein Mund-Nasen-Schutz oder besser einen FFP (2 oder 3) Maske getragen werden.
- PSA ist bei unvermeidbarem Kontakt entsprechend TRBA 250 und 252 zu tragen

Die (ggf. auch gruppenweise und zeitlich begrenzte) Absonderung von Personen, die mit der erkrankten/erkrankungsverdächtigen Person in direktem Kontakt standen ist in

Abhängigkeit der Situation und des vermuteten Erregers ggf. in Erwägung zu ziehen und durch das Gesundheitsamt anzuordnen.

16. Stationäre Versorgung (im Krankenhaus) außerhalb einer Sonderisolierstation

Die Versorgung von mit Krankheitserregern der Risikogruppe 4 infizieren oder begründet krankheitsverdächtigen Personen sollte grundsätzlich in einer Einrichtung des Gesundheitswesens der Schutzstufe 4 (Sonderisolierstation) erfolgen. Die Situation in denen die Kapazitäten dieser Behandlungszentren nicht ausreichen, z. B. bei bioterroristischen Anschlägen mit zahlreichen Verletzten oder krankheitsverdächtigen Personen, sind Absonderungsmaßnahmen entsprechend den Vorgaben des zuständigen Gesundheitsamtes zu ergreifen. In solchen Situationen müssen behelfsmäßige Isolierbereiche errichtet werden.

Die Planungen zu Lokalisierung und Einteilung des zu errichtenden Isolierbereiches sowie Schulungen des Personals sollten unbedingt im Vorfeld erfolgen. Optimaler Weise werden diese in die Krankenhausalarm- und Einsatzplanung (KAEP) integriert.

Folgende, allgemeine Punkte sind zu beachten:

- Die Isolierbereiche müssen unmissverständlich gekennzeichnet sein (z. B. durch Warnbänder /Bodenmarkierungen o. ä.).
- Eine kontrollierte Zugangsbeschränkung (Zugangskontrolle) nur für autorisiertes, unterwiesenes und für die Behandlung notwendiges Personal muss gewährleistet sein.
- Räumliche Funktionszuordnungen müssen im Voraus festgelegt sein.
- Kreuzkontamination und Verschleppung ist durch Vorschaltung /Nachordnung von Funktionsräumen zu vermeiden (Schleusen zum Umkleiden /Dekontamination, Raumkontingente zur (Zwischen-) Lagerung von Abfällen), die nicht für allgemeinen Personal- und Publikumsverkehr zugänglich sind.
- Vorausplanung der Unterteilung in nicht-kontaminierten Bereich, potentiell kontaminierten Bereichen und kontaminierten Bereichen
- Filterung der Abluft (HEPA 13-Filter), Druckverhältnisse und Querverbindungen zu anderen Bereichen über die raumlufttechnischen Anlagen (RLT)-Anlagen müssen in die Vorplanung einbezogen werden.

- Redundante System der Stromversorgung der RLT-Anlage sollte vorhanden und einsatzbereit sein. Druckumkehr sollte ausgeschlossen sein.
- ggf. Abschalten und Abklebender RLT- Auslässe
- Schleusen sollten nur kontrolliert öffnen können, um den direkten Durchgang zum Infektionsbereich zu beschränken.
- Materiallagerungsmöglichkeiten, Arbeitsräume und Bereiche der für die Lagerung von Medizinprodukten sollten mitgeplant werden.
- Sanitärbereiche sollten nur nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt genutzt werden dürfen. Sie sollten jeder Patientin und jedem Patienten direkt zugeordnet sein. Zur Entsorgung von Abwasser auch Pkt. 8.11).

Modifikationen können je nach Eigenschaft des Krankheitserregers notwendig werden.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<i>Abbildung 1 Risiko- und Krisenmanagementzyklus Quelle: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)</i>	<i>10</i>
<i>Abbildung 2 Führungsstruktur Stadt Oberhausen Quelle: Dienstanweisung für den Krisenstab der Stadt Oberhausen vom 28.03.2014</i>	<i>17</i>
<i>Abbildung 3 Besondere Aufbauorganisation des Bereichs Gesundheit am Beispiel einer pandemischen Krise (eigene Darstellung)</i>	<i>21</i>
<i>Abbildung 4 Interner vertikaler Kommunikationsweg (eigene Darstellung)</i>	<i>25</i>
<i>Abbildung 5 Schrittweise Generierung von Personalressourcen bei erhöhtem Bedarf (eigene Darstellung)</i>	<i>28</i>
<i>Abbildung 6 Entscheidungsschema zur Bewertung und Meldung von Ereignissen im Rahmen der IGV Quelle: RKI.....</i>	<i>40</i>
<i>Abbildung 7 Meldeweg § 12 IfSG -Meldung</i>	<i>42</i>
<i>Abbildung 8 Versorgungsstufen der Krankenhäuser Quelle: LfGA NRW</i>	<i>44</i>
<i>Abbildung 9 Behandlungszentren gemäß STAKOB Quelle: RKI.....</i>	<i>46</i>
<i>Abbildung 10 Kompetenzzentren gemäß STAKOB Quelle: RKI</i>	<i>47</i>
<i>Abbildung 11 Kleeblattmechanismus – Regionen und Koordination Quelle: BBK</i>	<i>48</i>
 <i>Tabelle 1 Pandemiephasen Quelle: WHO-Pandemieplan, Version 2009.....</i>	 <i>11</i>

Anlagen

Anlage-Nr. Dateibezeichnung

- 1 Stadt OB_Dienstanweisung für den Krisenstab_2014
- 2 Stadt OB_Rollenkarten 3-4
- 3 Kontaktdaten Geschäftsführungen_Hygieneabteilungen_Krankenhäuser_OB
- 4 WHO-Liste_Priorisierung_Pathogene_2024
- 5 RKI_Nationaler Pandemieplan Teil I_Strukturen und Maßnahmen_Stand 03_2017
- 6 LfGA NRW-IfSG-Meldebogen
- 7 LfGA NRW_Infektionsschutzplan_ohne-Anlagen_2025
- 8 Stadt OB_Ermittlungsbogen Index
- 9 LfGA NRW_Infektionsschutzplan_Anlage-5-V4_2025
- 10 LfGA NRW_Infektionsschutzplan_Anlage-5a_2025_Erfassungsbogen für
Kontaktpersonen der Index-Patient_in
- 11 RKI_Musteranschreiben_Reiseunternehmen_dt_en
- 12 Aussteigekarte_Fluggast
- 13 LfGA NRW_IfSG-12-Meldung_2025
- 14 LfGA NRW_Organisationsplan + Telefonnummern_2025
- 15 LfGA NRW_Erreichbarkeit Notfall_Rufbereitschaftsnummern
- 16 Versorgungsstufen der Oberhausener Krankenhäuser
- 17 LfGA NRW_Infektionsschutzplan_Anlage 6a - Stufenkonzept [aus ISP NRW]
- 18 STAKOB_Kontaktdaten Geschäftsstelle
- 19 RKI_Nationale Referenzzentren_Konsiliarlabore_Liste_2026
- 20 LfGA NRW_Infektionsschutzplan_Anlage-3-V3_2025_Richtlinien für den Transport
von diagnostischen Proben der Risikogruppen 3 und 4
- 21 LfGA NRW_Link zum Laborkataster NRW
- 22 ADR_2025_Band I_II
- 23 Paul-Ehrlich-Institut_Bericht über unerwünschte
Arzneimittelwirkungen_verdachtsfall-meldebogen_2018
- 24 Paul-Ehrlich-Institut_IfSG-Meldebogen-Verdacht-Impfkomplikation_2018
- 25 Stadt OB_Grundgerüst_OV oder Anordnung
- 26 Stadt OB_Grundgerüst_OV oder Anordnung_Markierung

- 27 Stadt OB_Vorlage Aufhebung einer OV_blanko
- 28 Stadt OB_Vorlage Aufhebung einer OV_Bsp Betretungsverbot IfSG
- 29 Stadt OB_Beispiel_OV Covid-19 Quarantäne Kontaktpersonen
- 30 LfGA NRW_Infektionsschutzplan_Anlage 3g - Schutzausrüstung [aus ISP NRW]
- 31 BestG NRW_anlage1 zu §15_Bescheinigung der uGb über ärztl Leichenschau
- 32 BestG NRW_anlage2 zu §17_Leichenpass
- 33 Stadt OB_MANL Konzept_2020
- 34 RKI-Desinfektionsmittelliste_18.Ausgabe_2026
- 35 Link zur Desinfektionsmittelliste VAH