

LESSONS LEARNED – CORONA-KRISENMANAGEMENT IM KOMMUNALEN GESUNDHEITSWESEN



ÜBER MOONROC ADVISORY PARTNERS

MOONROC ist eine führende Managementberatung. Strategischer Weitblick, Ergebnisorientierung und unternehmerische Umsetzbarkeit sind unsere Leitlinien. Wir verstehen uns als ganzheitlich denkender Partner für Unternehmer und Management. Unsere Berater kennzeichnet ihr führendes fachliches Know-how, langjährige operative Berufserfahrung und die Fähigkeit, innovative Strategien entwickeln und umsetzen zu können.

AUTOREN

Philippe Gerlach | Patrick Radivojevic | Alexander Schmitz | Leonie Wellié

LESSONS LEARNED – CORONA-KRISENMANAGEMENT IM KOMMUNALEN GESUNDHEITSWESEN

„Vielleicht haben wir auch einfach immer nur wieder Glück.“

Wolfgang Schäuble
Bundestagspräsident

AUF EINEN BLICK

DIE LAGE IST ERNST In Deutschland macht sich eine Corona Verdrossenheit breit. Trotz entsprechender Prophezeiungen und Vorwarnungen wirken Land und Leute plötzlich überrascht von der Wucht der zweiten Infektionswelle und wie diese derzeit über das Gesundheitssystem hereinbricht. Während die Bevölkerung zwischen Wehmut und Frust verweilt, versuchen sich die Gesundheitsämter, überfordert und perplex zugleich, irgendwie über Wasser zu halten. Bisher mit erschreckend wenig Erfolg.

Statt aus der ersten Welle Anfang des Jahres gelernt und proaktiv mit Umstrukturierung sowie Technisierung reagiert zu haben, stehen die Ämter wieder vor dem gleichen Abgrund. Verwundert mag sich manch einer die Augen reiben, ist doch seit Jahrzehnten das wellenförmige Auftreten von Infektionskrankheiten bekannt und Gegenstand wissenschaftlicher Forschung. Es scheint so, als ob die Leiter der Gesundheitsämter der Ansicht wären, dass das zeitweilige Rekrutieren von Bundeswehrsoldaten, Studenten und Freiwilligen die bahnbrechende Lösung für eine erfolgreiche Kontaktpersonennachverfolgung sei. Frei nach dem Motto „viele Hände, schnelles Ende“ glauben sie, die Allzwecklösung für ihre momentanen Probleme gefunden zu haben.

Dass vorher alles glatt lief, bezweifelt derweil niemand. Leider bedarf es keiner großen Expertise, um zu erkennen, dass diese Milchmädchenrechnung langfristig nicht aufgehen kann.

Denn die COVID-19-Pandemie stellt keinen externen Schock für ein sonst strukturell funktionierendes System dar. Ganz im Gegenteil: Sie zeigt die Missstände auf, die bereits seit geraumer Zeit insbesondere in den Gesundheitsämtern bestehen: Fehlende Digitalisierung und Technisierung, Mängel in den Strukturen und operativen Abläufen sowie unklare bzw. nicht gelebte Führungslinien sind nur eine Auswahl der tief liegenden Probleme. Dazu scheitert effizientes Arbeiten an der Kommunikation zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems, wie Robert Koch-Institut (RKI), Bundesämter, Landesbehörden und Kassenärztliche Vereinigungen.

Bundesweite, oft rein temporäre Hilfen, ändern nichts an der Erkenntnis, die endlich Akzeptanz in Behörden und Ämtern finden muss: Auf lokaler Ebene müssen dringend effektive und leicht implementierbare Lösungen gefunden werden, um die Tragfähigkeit des gesamten Gesundheitssystems zu erhalten.

Wie viele Wellen an Neuinfektionen müssen noch über Deutschland rollen, bis sich endlich etwas in Richtung Resilienz und Krisentauglichkeit in den Ämtern tut? Hierfür bedarf es unter anderem struktureller Verbesserungen in Organisation und Prozessen sowie der Einführung einer flächendeckend einheitlichen Software, die zur Automatisierung von repetitiven und bislang zeitaufwendigen Aufgaben beiträgt. Damit ist es jedoch nicht getan.

Von Nöten ist eine klare Definition von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten, um ein möglichst reibungsloses Zusammenspiel von Verwaltungsregelbetrieb und Krisenmanagement zu gewährleisten.

Als Strategie- und Managementberatung hat MOONROC in den letzten Monaten diverse Organisationen erfolgreich in ihrem Pandemiemanagement begleitet. Unsere tiefreichenden Erkenntnisse und erarbeiteten Optimierungsmaßnahmen fassen wir in dem folgenden Artikel zusammen.

Dazu ordnen wir die identifizierten Schwachstellen und deren adaptierbare Lösungsansätze in die drei übergeordneten Themenfelder Aufbau- und Ablauforganisation, Verantwortlichkeiten und Kommunikation sowie Führungskonzept ein. Und ein Wort vorab: Obwohl zu Beginn oftmals die Schaffung individueller Insel- oder Speziallösungen aufgrund lokaler Besonderheiten propagiert wurde, konnten wir im Rahmen unserer Mandate feststellen, dass sich die meisten Verbesserungsansätze nahezu vollständig auf andere Kommunen übertragen lassen ... man muss es nur wollen.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	WO STEHT DAS KOMMUNALE GESUNDHEITSSYSTEM HEUTE?	1
2.	AUFBAU- UND ABLAUFORGANISATION - EINDEUTIG GEREGLTE KOMPETENZEN, DIGITALE WORKFLOWS	5
3.	VERANTWORTLICHKEITEN UND KOMMUNIKATION - DEFINIERT ZUSTÄNDIGKEITEN UND ABGESTIMMTE ZUSAMMENARBEIT	12
4.	FÜHRUNGSKONZEPT - EINHEITLICHE FÜHRUNG UND SCHLANKE ENTSCHEIDUNGSPROZESSE	16
5.	ERNEUERUNGEN MÜSSEN HER, UND ZWAR SCHNELL!	19

1. WO STEHT DAS KOMMUNALE GESUNDHEITSSYSTEM HEUTE?

„Es muss unser Ziel sein, jede Infektionskette verfolgen zu können.“

Angela Merkel
Bundeskanzlerin

Seit der Fernsehansprache von Bundeskanzlerin Angela Merkel am 18. März 2020 und dem landesweiten Lockdown ist einige Zeit vergangen. Viele Monate, in denen die Gesundheitsämter, die Länder und der Bund am Rande ihrer Kapazitäten versuchen, das Infektionsgeschehen des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland in den Griff zu bekommen. Weiterhin gilt es Testkapazitäten aufzubauen, Infektionsketten zu identifizieren und Kontaktpersonen schnellstmöglich nachzuverfolgen bzw. zu informieren, um die Infektionszahlen im Rahmen der systemischen Tragfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens zu halten. Nun, nach mehr als einem halben Jahr, ist es an der Zeit, einen Blick auf den aktuellen Status Quo zu werfen, um herauszufinden, was insbesondere auf Ebene der einzelnen Gesundheitsämter verbessert werden kann und muss. Denn eins ist klar, die aktuelle Pandemielage wird uns noch eine ganze Weile beschäftigen.

IST DIE INTERNATIONALE ANERKENNUNG GERECHTFERTIGT? Aus internationaler Sicht kommt Deutschland gut weg. Von einem Corona Wunder „Made in Germany“ ist die Rede. Gelobt werden die deutsche Teststrategie sowie die effiziente Nachverfolgung von Kontaktpersonen und Infektionsketten. Die Disziplin der Deutschen habe in der ersten Phase zu einem glimpflichen Verlauf der COVID-19-Pandemie geführt.

Trotz international hohem Ansehen zeigt eine Bestandsaufnahme: Nicht überall in Deutschland läuft das Corona-Krisenmanagement inklusive PCR-Testverfahren und Kontaktpersonennachverfolgung reibungslos ab. Verlorene Tests, mancherorts erhebliche Verzögerungen in der Kontaktpersonennachverfolgung sowie personelle Überlastungen in den Gesundheitsämtern gingen in den Medien viral und rückten die Verantwortlichen und beteiligten Akteure in ein schlechtes Licht.

Darauf aufbauend gilt es nun die Probleme und Fehler der letzten Monate zu identifizieren, aus ihnen zu lernen und sich als Teil des Versorgungssystems in Deutschland neu auszurichten, um für zukünftige Krisensituationen bestmöglich gewappnet zu sein.

EXKURS: DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSSYSTEM

Das deutsche Gesundheitssystem ist föderal aufgebaut. Wie in folgender Abbildung 1 vereinfacht dargestellt, sind die agierenden Teilnehmer u.a. das Robert Koch-Institut (RKI), die verantwortlichen Ministerien auf Landes- bzw. Bundesebene, die Gesundheitsämter und weitere Institutionen, beispielsweise Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern. Im Pandemiemanagement werden ihnen verschiedene Aufgabengebiete zuteil, die den reibungslosen Ablauf der Krisenbewältigung gewährleisten sollen.

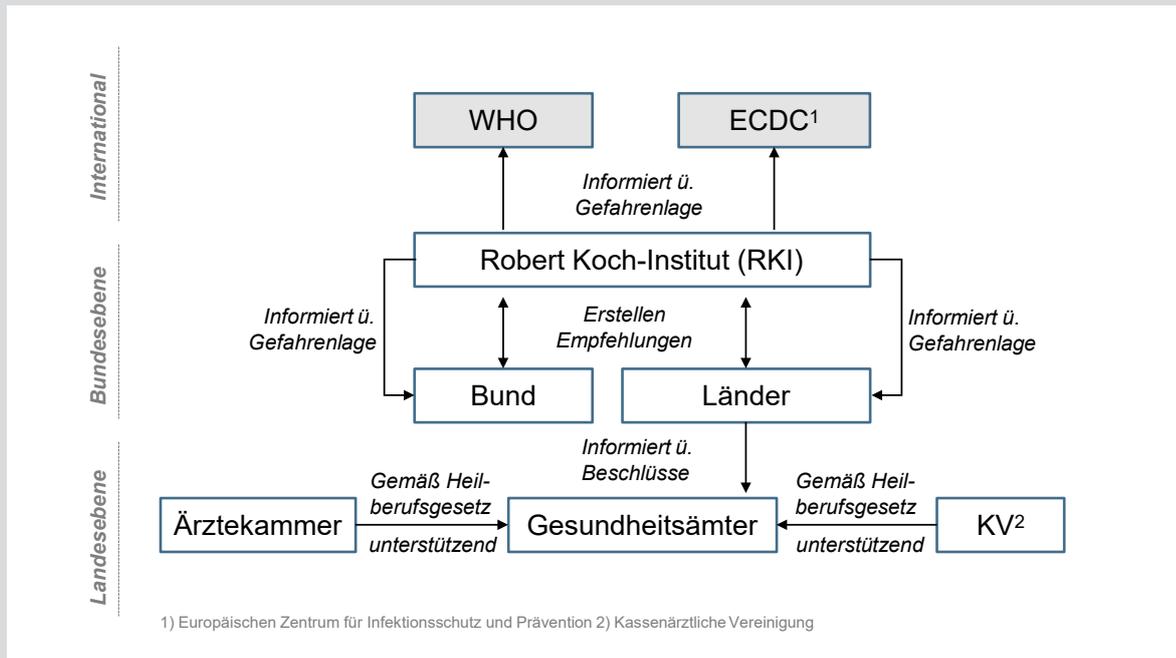


Abbildung 1: Vereinfachte Übersicht der Stakeholder im Gesundheitssystem

ROBERT KOCH-INSTITUT

Das Robert Koch-Institut ist direkt dem Bundesministerium für Gesundheit unterstellt und unter anderem für die Erfassung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten in der Bevölkerung verantwortlich. Auf Basis der wissenschaftlichen Analysen des RKIs und in Zusammenarbeit mit Bund bzw. Ländern werden Erkenntnisse sowie gesundheitspolitische Empfehlungen ausgesprochen, die die Grundlage für Beschlüsse auf Kommunalebene bilden. Darüber hinaus informiert das RKI in täglichen Berichten über die aktuelle Gefahrenlage (z.B. Anzahl Neuinfektionen, Inzidenz- und Reproduktionswerte). Des Weiteren übernimmt das RKI die internationale Kommunikation mit anderen betroffenen Ländern über die WHO und das Europäische Zentrum für Infektionsschutz (ECDC).

BUND

Nach Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ist der Bund im Falle einer „epidemischen Lage landesweiter Tragweite“ dazu befugt, in das Pandemiemanagement der Länder einzugreifen, um die nationale Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten. Dies gilt zum Beispiel bei der Handhabung von Reiserückkehrern aus Risikogebieten, wobei, wie zuletzt Anfang August, ein PCR-Test vom Bundesgesundheitsministerium vorgeschrieben werden kann. Über Testverordnungen hinaus kann der Bund zentral medizinische Ausstattung bzw. Arzneimittel beschaffen und verteilen, sowie Richtlinien über den Einsatzbereich medizinischen Personals im ambulanten sowie stationären Bereich ändern.

LÄNDER

Die Pandemievorschriften werden auf rechtlicher Grundlage des Infektionsschutzgesetzes von den einzelnen Bundesländern individuell erlassen, sodass diese auf Bundesebene variieren können. Gleiches gilt für die Maßnahmen, die bei der Überschreitung des Richtwerts von 50 Infektionen je 100.000 Einwohner getroffen werden. Auch Quarantäneverordnungen für Reiserückkehrer aus Risikogebieten unterscheiden sich zwischen den Bundesländern. Mit Unterstützung des RKIs fügen die Landesgesundheitsbehörden zudem einzelne Infektionsfälle zu ganzen Ausbruchseignissen (Hotspots) zusammen, um dann zielgerecht Maßnahmen auf Landesebene forcieren zu können.

GESUNDHEITSÄMTER

Die Gesundheitsämter sind auf kommunaler Ebene für die Durchführung des seuchenhygienischen Managements verantwortlich. Dies umfasst laut RKI die Testung, die ambulante Versorgung von bestätigten Fällen und die getrennte Patientenversorgung im ambulanten bzw. stationären Bereich. Darüber hinaus werden von den Gesundheitsämtern auf Kommunalebene Maßnahmen bzgl. Kontaktverboten, Ausgangsbeschränkungen und Maskenpflichten erlassen. Das lokale Gesundheitsamt ist ebenfalls für das zeitnahe Durchbrechen der Infektionsketten zuständig, was eine möglichst effiziente Kontaktpersonennachverfolgung inklusive Quarantäneverordnung voraussetzt. Dafür müssen nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtige Infektionsfälle innerhalb von 24h namentlich von den zuständigen Ärzten, Labors oder Testeinrichtungen dem lokalen Gesundheitsamt gemeldet werden. Das zuständige Gesundheitsamt ermittelt und kontaktiert sodann die Kontaktpersonen des Infizierten, kategorisiert sie entsprechend des jeweiligen Infektionsrisikos und spricht ggf. eine Quarantäneverordnung aus. Das zuständige Gesundheitsamt transferiert anonymisiert innerhalb eines Werktages die ermittelten Infektionszahlen an die zuständigen Landesbehörden. Im Anschluss erfolgt auch die Übermittlung an das RKI, meist über das vom RKI entwickelte Meldeprogramm SurvNet@RKI.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG

Die Kassenärztliche Vereinigung des Bundeslandes (KV) ist für die Sicherstellung und Gewährleistung der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung zuständig. Im Rahmen dessen ist sie im Pandemiemanagement dazu verpflichtet, Testkapazitäten sicherzustellen bzw. auszubauen. Die KV ist zudem in der Verantwortung, regelmäßig über ihre jeweiligen Kreisstellen Ärzte über Handlungsempfehlungen und die lokalen Gesundheitsämter über die Belastung der Praxen durch die COVID-19-Pandemie zu informieren.

ÄRZTEKAMMER

Zuletzt sollte die Ärztekammer den öffentlichen Gesundheitsdienst nach Heilberufsgesetz unterstützen, wie etwa bei etwaigen Impfaktionen z.B. unter Hinzuziehung von Ärzten aus dem Ruhestand.

Obwohl die Rahmenbedingungen gesetzlich festgelegt sind, kristallisierten sich entlang des Meldesystems für Infektionskrankheiten in den letzten Monaten diverse Schwachstellen des öffentlichen Gesundheitswesens heraus. Um sowohl die identifizierten Hindernisse, wie auch die dafür geeigneten Lösungsansätze umsetzungsorientiert darzulegen, sind diese in den drei

übergeordneten Themenfeldern Aufbau- und Ablauforganisation, Verantwortlichkeiten und Kommunikation sowie Führungskonzept aggregiert. Wie die nachstehende Abbildung 2 veranschaulicht, ist das Zusammenspiel aller drei Bereiche für ein erfolgreiches Pandemiemanagement essenziell.

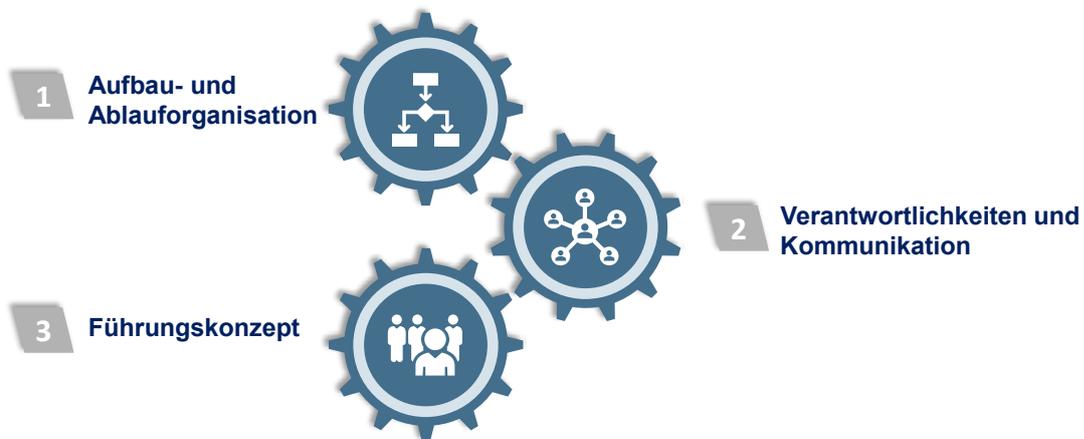


Abbildung 2: Relevante Handlungsfelder für eine Optimierung des lokalen Gesundheitssystems

2. AUFBAU- UND ABLAUFORGANISATION - EINDEUTIG GEREGLTE KOMPETENZEN, DIGITALE WORKFLOWS

ES LÄUFT NICHT ALLES RUND IN DEN GESUNDHEITSÄMTERN Trotz dezentraler Staatsorganisation werden die rahmenbildenden Beschlüsse auf Bundesebene gefällt. So zum Beispiel auch der Schwellenwert von 50 Infektionen auf 100.000 Einwohner, der den sogenannten „Notfallmechanismus“ auf Kreisebene auslöst.

Die Gesundheitsämter, vor allem die der kleineren Kommunen, werden durch diese Vorgaben vor große Herausforderungen gestellt. So klagten in einer Umfrage der „Zeit“ mit mehr als 300 der 378 Gesundheitsämter in Deutschland rund zwei Drittel über zu wenig personelle Kapazitäten für die Kontaktpersonennachverfolgung. Mehr als die Hälfte der Gesundheitsämter sieht sich zudem finanziell nicht ausreichend gut aufgestellt. Auch weisen einige schon lange auf eine mangelhafte technische Ausstattung hin.

Als häufiger Kritikpunkt wird in diesem Zuge auch das Fehlen einer einheitlichen Software auf bundesweiter Ebene genannt. Erschwerend kommt hinzu, dass sich viele der bereits genannten Akteure zum ersten Mal mit einer Lage dieses Ausmaßes konfrontiert sehen. Da verlässliche Konzepte bislang eher Mangelware sind, versuchen Ämter und Einrichtungen auch weiterhin die Krise aus ihrer bekannten Linienorganisation heraus zu bewältigen. Allerdings zeigt sich, dass dieses Vorgehen weder effektiv noch effizient ist.

Zudem untermauern Pressemeldungen, beispielsweise aus Trier, immer wieder die oft nur unzureichend abgestimmte Zusammenarbeit aller Parteien. Sinnbildlich gesprochen weiß leider allzu oft die eine Hand immer noch nicht was die andere tut.

KURZFRISTIGE MAßNAHMEN OHNE LANGZEITWIRKUNG Viele Kommunen und Bundesländer reagierten unabhängig vom Bund auf die personelle Überlastung und stellten schnell und unbürokratisch Mittel bereit. So wurden z.B. im Frühjahr rund 500 Studenten der Medizin oder anderer Gesundheitswissenschaften als sogenannte Containment Scouts rekrutiert. Sie sind in den Gesundheitsämtern übergangsweise für die Kontaktpersonennachverfolgung von bestätigten COVID-19 Fällen mit zuständig. Darüber hinaus wurden zeitweilig Ehrenamtliche und Mitarbeiter aus anderen Bereichen eingesetzt, Faxgeräte durch Laptops ersetzt und kurzfristig Gelder bereitgestellt. Diese notgedrungene Bereitstellung von Ressourcen ist mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden und doch in seiner Wirksamkeit nur von kurzer Dauer.

Auch die im Vorhinein allseits erwartete und seit Juli zur Verfügung stehende Corona-App trägt bislang kaum zur Entlastung der Gesundheitsämter bei. Ganz im Gegenteil: Treten Unklarheiten bei der Verwendung der App auf, erkundigen sich die Betroffenen oft zunächst bei ihrem jeweiligen lokalen Gesundheitsamt. Dieses wird mit häufig gleichen Fragen konfrontiert, die in zeitintensiven Telefonaten geklärt werden müssen. Ebenso eröffnet sich ein Spannungsfeld zwischen dem Regelbetrieb der Ämter und dem Corona-Krisenmanagement.

PERSONALAUFSTOCKUNG ALS ILLUSORISCHE LÖSUNG

Einige Gesundheitsämter pochen auf die für sie logischste Konsequenz: Was langfristig fehlt, ist Personal. Und zwar viel. Bei einem dynamischen Infektionsgeschehen, wie es bei dem SARS-CoV-2 Virus der Fall ist, kann das Einstellen von Personal langfristig allerdings keineswegs eine Allzwecklösung sein. Eine breite personelle Aufstellung allein transformiert bekanntlich keine ineffizienten Prozessabläufe und kann bei zeitweilig fallenden Infektionszahlen sogar hinderlich sein. Koordination und Kommunikation würden unweigerlich erschwert werden; gerade ohne die richtige IT-seitige Unterstützung stünden sich die einzelnen Mitarbeiter schlussendlich eher im Weg, als dass sie einander unterstützten.

INEFFIZIENZEN ENTLANG DER MELDEKETTE

Anzusetzen ist an den gravierenderen prozessualen sowie systemischen Ineffizienzen entlang des Meldesystems für Infektionskrankheiten. Die bisherige Meldekette ist in den meisten Fällen von einer heterogenen Systemlandschaft mit diversen Medienbrüchen und einem hohen analogen Ermittlungsaufwand geprägt. Selbst bei geringen Fallzahlen liegen inakzeptable Bearbeitungszeiten in der Kontaktpersonennachverfolgung vor. Dies spiegelt sich quantitativ in hohen Meldedauern, also der zeitlichen Differenz zwischen Abstrichnahme- und Meldedatum beim RKI, wider. Trotz Verbesserungen ist man vielfach noch weit von den gesetzlich vorgeschriebenen Meldedauern entfernt, die schnelles und proaktives Reagieren auf Infektionsherde gewährleisten könnte.

Problematisch wird dies vor allem mit Blick auf die erhöhte Infektionsgefahr der Mitmenschen im näheren Umfeld eines Infizierten, dem sogenannten Indexpatienten. Jede unnötig verstrichene Minute oder Stunde birgt hier das Risiko, unbewusst weitere Personen mit dem gefürchteten Virus zu infizieren.

TEST-RÜCKSTAU FÜHRT ZU GEFÄHRLICHEN VERZÖGERUNGEN

Am Anfang der Meldekette steht die Befundermittlung an den Corona Teststationen. Laut RKI wurden die Anzahl der übermittelnden Labors und die Testkapazitäten kontinuierlich erweitert. Ob dieser Ausbau dem erneuten Testbedarf nach den Herbstferien aber gerecht wird, ist fraglich. Insbesondere kommt es bei der erhöhten Testnachfrage durch einen Rückstau an PCR-Proben zu zeitlichen Verzögerungen bei der Auswertung einzelner Abstriche.

Die Labore stoßen kapazitativ bereits jetzt an ihre Grenzen. So meldeten laut RKI Anfang Oktober 2020 47 von 168 Laboren insgesamt 16.840 Proben, die noch nicht ausgewertet seien. Als Konsequenz kommt es zu Verspätungen beim mündlichen wie schriftlichen Aussprechen von Quarantäneverordnungen und der Infektionskettenidentifizierung inklusive Kontaktpersonennachverfolgung. Dies birgt große Gefahren für das Infektionsgeschehen in den Kommunen.

„Das öffentliche Gesundheitswesen ist der Schlüssel in der Pandemiebekämpfung. [...] Wenn die öffentlichen Gesundheitsämter es nicht mehr schaffen Infektionsketten nachzuverfolgen, dann resignieren wir von der Pandemie und sie wird unbeherrschbar.“

Armin Laschet
Ministerpräsident NRW

ANALOG STATT ADAPTIV Entlang der Meldekette folgt dem Testverfahren die derzeit oftmals noch papierbasierte Übermittlung der Testergebnisse an das lokale zuständige Gesundheitsamt.

Dies geschieht in vielen Fällen weiterhin manuell per Fax. Selbst wenn Befunde in den Testeinrichtungen elektronisch vorliegen, werden diese überwiegend papierhaft beim jeweiligen Gesundheitsamt gemeldet und dort erneut in unterschiedlichsten Datenbanken digitalisiert (z.B. Access, Excel, SurvNet, eigenentwickelte Portale). Nicht einmal die Übermittlung der Infektionsfälle an das RKI läuft immer über die vom RKI hierfür vorgesehene und entwickelte Software SurvNet digital ab.

Dadurch kommt es zu lückenhaften Datensätzen und Mehraufwand bei der Informationsauswertung. Ohne automatisierte Schnittstelle zu den Gesundheitsämtern können die Labors und Testeinrichtungen die gesetzlich vorgegebenen 24h, die für das Intervall zwischen Testbefund und Meldung beim Gesundheitsamt vorgesehen sind, nicht einhalten. Auch die Betroffenen selbst werden nur in ca. der Hälfte aller Fälle digital per Corona-App über das Testergebnis informiert.

Weiter erschwert wird der Prozess durch häufig unvollständig oder fälschlich ausgefüllte Meldeformulare, fehlende oder falsch ausgewiesene Kontaktdaten und Meldungen an nicht zuständige Gesundheitsämter. Obwohl auch hier laborseitig Lösungen bestehen, verfügen die meisten Gesundheitsämter nicht über geeignete Schnittstellen für den korrekten Datentransfer.

So scheitert vielfach schon die erste Kontaktaufnahme seitens der Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern an einer fehlenden Telefonnummer des Indexpatienten. Weil die Durchführung der Follow-up Anrufe nicht zwangsläufig durch ein und dieselbe Person erfolgt, entstehen zudem zeitintensive Doppelarbeit und unnötige Effizienzverluste.

Auch gehen insbesondere niedergelassene Ärzte oft ihrer auf Corona zutreffenden Meldepflicht für Infektionskrankheiten nicht hinreichend genug nach. Diese geringe Meldecompliance ist zwar häufig durch reine Unwissenheit bedingt, verfälscht jedoch das Abbild des tatsächlichen Infektionsgeschehens einer Kommune erheblich, welches durch die Analysen des RKIs regelmäßig veröffentlicht wird.

„Bei der Befundübermittlung [ist] der Einsatz von Faxgeräten Standard. Wünschenswert wäre, technische Schnittstellen bereitzustellen, um digital mit den Labors kommunizieren zu können.“

Gesundheitsamt Nienburg, Niedersachsen

„Corona zeigt vor allem die digitalen Defizite unseres Gesundheitssystems auf und lässt uns ahnen, was möglich gewesen wäre, wenn wir die Digitalisierung früher ernsthaft vorangetrieben hätten.“

Prof. Jochen Werner
Ärztlicher Direktor der Universitätsmedizin Essen

DER TURM SCHWANKT Ein entsprechend hoher Ermittlungsaufwand geht von den Gesundheitsämtern aus, der hauptsächlich durch einen zeit- und arbeitsintensiven, dezentralen Aufbau von Meldesystemen bzw. Datenbanken ausgelöst wird. Dazu weist er noch eine hohe Fehleranfälligkeit auf. Auch die Systemstabilität kann durch leistungsschwächere Datenbanken bei steigenden Fallzahlen momentan nicht mehr gewährleistet werden. Insgesamt resultiert der manuelle Aufwand, sowie die parallele Datenbanknutzung in einem nicht tragfähigen, gar krisenanfälligen Meldeprozess, der die Gesundheitsämter unnötig an den Rand ihrer Kapazitäten treibt.

EINE MODERNISIERUNG DER WORKFLOWS ALS RETTENDER ANKER Bereits auf kurze Frist gilt es bezüglich der systemischen Unterstützung Optimierungsansätze zu identifizieren, um für künftige Krisensituationen bestmöglich gerüstet zu sein. Insgesamt muss das eingesetzte Personal in seiner Arbeitsintensität entlastet werden. Zu erreichen ist dies über eine schlankere, personenunabhängige und weniger fehleranfällige Gestaltung vorherrschender Arbeitsprozesse. Wie in nachstehender Grafik verbildlicht, müssen hierfür die einzelnen Abschnitte der Meldekette einem automatisierten Workflow unterliegen.

SCHLANKE PROZESSE IN DEN TESTEINRICHTUNGEN Als ersten Aspekt bzgl. Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation entlang des Meldesystems für Infektionskrankheiten, kann bei den der Kontaktpersonennachverfolgung vorgelagerten Prozessen angeknüpft werden. Bereits Datenaufnahme, -abgleich und das weitverbreitete analoge Beschriften von Abstrichröhrchen in den Testeinrichtungen sind mit hohem manuellem Aufwand verbunden. An diesen Stellen finden sich einfach umsetzbare Maßnahmen, die direkt zu einer zeiteffizienten Fallbearbeitung beitragen. Zu nennen sind zum einen die Reduktion der Datenaufnahme auf das Nötigste, sowie die Vergabe von Termin-Slots zur Entlastung der Testeinrichtungen und bedarfsgerechten Ausstattung dieser.

Bereits bewährt hat sich in der Praxis das Barcode-System. Unmittelbar vor Abstrichnahme werden die Patientendaten aus der Krankenkasse ausgelesen und per Barcode kodiert. Dieser wird anschließend auf das Abstrichröhrchen geklebt. Das Labor kann die Patientendaten auslesen, dem Befund zuordnen und die Ergebnisse digital an das zuständige Gesundheitsamt übermitteln.

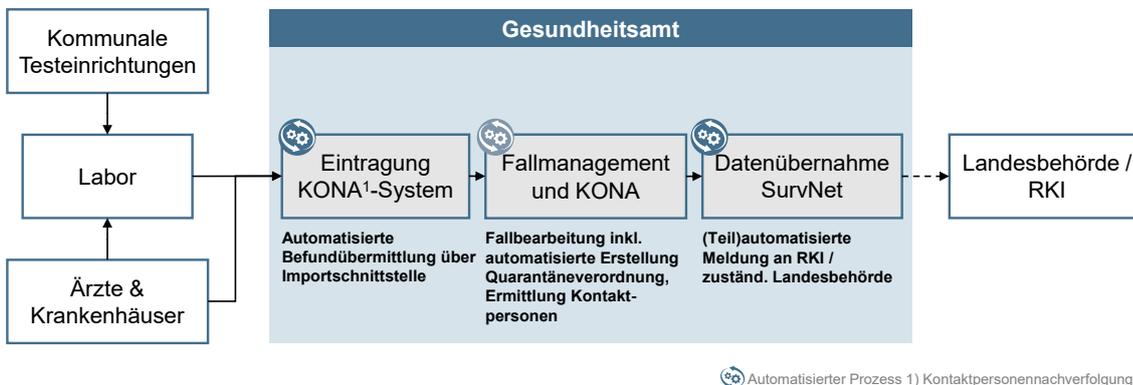


Abbildung 3: Optimierter Prozessablauf Kontaktpersonennachverfolgung

EINREISEN AUF DIGITALEM WEGE Ein Schritt in die richtige Richtung ist die neue digitale Einreiseanmeldung, die laut Bundesinnenministerium ab dem 8. November möglich sein soll. Sie soll die bisherigen Arbeitsschritte des Sammelns und Auswertens von unzähligen, papierbasierten Aussteigekarten der Einreisenden aus Risikogebieten ersetzen. Laut BMI können durch die neue Regelung Einreisende aus Risikogebieten ihre persönlichen Daten inkl. Gesundheitszustand bereits vor Rückkehr in ein Onlineformular eingeben. Die Personaldaten werden dann über eine digitale Schnittstelle auch an die jeweils verantwortlichen Gesundheitsämter übertragen. Laut Plan läuft dies über eine VPN-Tunnel Lösung oder über ein Portal der deutschen Post. Ob die Gesundheitsämter die Personaldaten jedoch medienbruchfrei weiterverarbeiten können, bleibt abzuwarten.

MAN MUSS DAS RAD NICHT NEU ERFINDEN

Für das Abstellen systemischer Ineffizienzen bei der sich anschließenden Ermittlung von Kontaktpersonen ist nach wie vor für viele Kommunen die Entwicklung eines eigenen Kontaktpersonennachverfolgungssystems die naheliegendste Lösung. Doch das muss nicht sein.

Zahlreiche Gesundheitsämter, z.B. Hameln und Berlin Mitte, integrierten bereits mit Eintreten des Pandemiegeschehens eine kommunal übergreifende Software: Als Beispiel dient hier die IT-Anwendung SORMAS (Abkürzung für: Surveillance, Outbreak Response Management and Analysis System), welche in Deutschland vom Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung (HZI) entwickelt wurde und den Gesundheitsämtern, inkl. regelmäßiger Updates, gratis zur Verfügung gestellt wird. Ursprünglich für die Kontaktpersonennachverfolgung von Ebola-Infizierten gedacht, automatisiert SORMAS unter anderem medienbruchfrei die Schnittstelle zwischen Ge-

sundheitsämtern und RKI. Innerhalb des Systems können zudem Arbeitsprozesse hinterlegt, Fälle mit Kontaktpersonen verknüpft und epidemiologische Karten analysiert werden. Dabei verringert sich das Fehlerrisiko und die getätigte Doppelarbeit durch Eingabehilfen und Plausibilitätsprüfungen.

Zusätzliche Add-ons, wie eine App zur selbstständigen Gesundheitsüberwachung durch die Kontaktperson selbst oder eine künftig automatisch ausgestellte Ordnungsverfügung, inkl. Quarantänebescheinigung, runden die Software in ihren Funktionalitäten ab. Beispielhaft möchte Niedersachsen bei der Automatisierung des Meldesystems der Gesundheitsämter eine Vorreiterrolle einnehmen.

Gesundheitsministerin Carola Reimann kündigte bereits an, bis Ende des Jahres die Software SORMAS flächendeckend in allen Gesundheitsämtern des Landes zu integrieren. So könne ohne Mehraufwand für die lokalen Gesundheitsämter die pandemische Situation tagesaktuell analysiert und entsprechend reagiert werden. Andere Kommunen und Landkreise sollten sich diesem Vorbild anschließen, denn mit der richtigen systemischen Unterstützung lässt sich ein Meilenstein in der Effektivität der Kontaktpersonennachverfolgung erreichen. Dies würde es ermöglichen, den eigentlichen Fokus des Tätigkeitsprofils wieder auf die zielgerechte Identifikation von Infektionsherden und der persönlichen Unterstützung von Patienten bzw. Kontaktpersonen zu legen. In gleicher Weise bietet auch das SurvNet@RKI ein Modul zur Kontaktpersonennachverfolgung an. Positiv hervor sticht insbesondere die Möglichkeit der automatisierten Datenübertragung, wodurch sich manuelle Tätigkeiten entlang der Prozesskette auf ein Minimum reduzieren lassen.

„Die aktuelle Epidemie zeigt, wie dringend detaillierte Daten für die Risikoeinschätzung benötigt werden und auch, wie groß der Bedarf für ein strukturiertes Management der Eindämmungsmaßnahmen ist.“

Prof. Gérard Krause
Leitung Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung (HZI)

EINE EINHALTLICHE SCHNITTSTELLE IST IN SICHTWEITE Zur systemischen Verschlinkung und Vereinheitlichung soll mittelfristig das vom RKI entwickelte DEMIS (Abkürzung für: Deutsches Elektronisches Meldesystem für den Infektionsschutz) in allen Gesundheitsämtern eingeführt werden. Damit können System- und Prozessbrüche zwischen Labors und Gesundheitsämtern überbrückt und das Meldesystem von meldepflichtigen Infektionskrankheiten fast komplett automatisiert werden. Die Labors und Testeinrichtungen integrieren dabei alle relevanten Patientendaten inkl. Befunddaten in das DEMIS-System.

Im Anschluss werden die Daten automatisch an das zuständige Gesundheitsamt, die Landesbehörde und über SurvNet@RKI an das RKI transferiert. Eine Schnittstelle zum SORMAS-System ist derzeit in Entwicklung. Heute [Stand KW 43/2020] sind laut RKI 334 der 378 Gesundheitsämter an DEMIS angebunden. Parallel dazu wären bereits 50 Labors und Testeinrichtungen nach eigenem Bekunden in der Lage, Daten in dieses System automatisiert zu transferieren.

FLEXIBLES PERSONAL SCHAFFT ADAPTIVITÄT Durch eine flexible Gestaltung des Personaleinsatzes lässt sich zudem eine fallzahlenabhängige Skalierbarkeit der personellen Ressourcen realisieren. In etwaigen Krisensituationen kann schneller agiert und Hilfskräfte für ad-hoc anfallende Tätigkeiten mithilfe eines Personalaktivierungssystems mobilisiert werden. Wie am Beispiel zahlreicher Hilfsorganisationen ersichtlich, ist dieses Vorgehen bereits seit Jahrzehnten gängige Praxis.

Dabei steht tagtäglich eine Vielzahl kompetenter Kräfte mehr oder minder im „Stand-by“-Modus auf Abruf zur Verfügung. Im Bedarfsfall lassen sich diese per Knopfdruck, z.B. mittels automatisierter Benachrichtigung, über eine App oder per SMS auf Endgeräte aus dem Hintergrund alarmieren und einsetzen.

Übertragen auf das Corona-Krisenmanagement stünden so den Gesundheitsämtern je nach gewünschter Form und Ausgestaltung entsprechend qualifizierte Hilfskräfte zeitnah zur Verfügung. Ob diese intern, z.B. aus anderen Ämtern bzw. Organisationseinheiten, oder extern über Ehrenamtliche und Containment Scouts gewonnen werden, steht dabei der jeweiligen Kommune frei.

REPETITIVE AUFGABEN SIND ZU VERMEIDEN Unabhängig vom Personalbedarf kann schnelles und proaktives Handeln langfristig nur durch nachhaltig präventive Lösungen gelingen, die sich auf die weitestgehende Automatisierung des Meldesystems von Infektionsfällen samt ressourcenschonender Kontaktpersonennachverfolgung konzentrieren. Vor allem sind wenig wertschöpfende Tätigkeiten auf ein absolutes Minimum zu reduzieren.

So muss beispielsweise für die manuelle Auskunft per Telefon eine Vorsortierung der Anliegen erfolgen, damit diese zeitsparend – und im Idealfall gebündelt – abgearbeitet werden können. Weiter sollten häufig gestellte Fragen bzgl. Quarantäneverordnung, Testpflicht oder Corona-App nicht nur beim RKI, sondern auch zentral und leicht verständlich auf den Webseiten der jeweiligen Gesundheitsämter beantwortet werden. Diese werden nämlich in den meisten Fällen bei Unklarheiten zuerst konsultiert. In analoger Form kann den Patienten direkt beim Abstrich ein reduzierter Frage-Antwort-Katalog mit an die Hand gegeben werden. Damit lässt sich Doppelarbeit gezielt vermeiden und der Fokus wieder auf die tatsächliche Identifikation von Infektionsketten legen.

FRAGEN ZUR REFLEXION:

1. Wie lange ist unsere durchschnittliche Meldedauer von Abstrichnahme- bis Meldedatum beim RKI?
2. Welche Medienbrüche (sowohl analog zu digital als auch digital zu digital) liegen entlang unseres Meldesystems vor, die zu manueller, arbeitsintensiver Datenübertragung in unterschiedliche Systeme führen?
3. Wie können wir repetitive Aufgaben zeitsparend minimieren oder gänzlich vermeiden, um Personal von wenig wertschöpfenden Tätigkeiten zu entlasten?

DAS GILT ES JETZT ZU TUN:

1. Sinnhafte **Reduktion und Automatisierung der Datenaufnahme** in den Teststationen und Vergabe von Terminslots zur Vermeidung von Überlastung und langen Wartezeiten. Zentrale Beantwortung sich häufender Fragen und Anliegen (bzgl. Quarantäneverordnung, Testergebnis, etc.) online in einem FAQ (Fragenrubrik) oder analog in einer Broschüre zur Mitnahme an den Teststationen.
2. **Implementierung** eines **ganzheitlichen Systems zur Kontaktpersonennachverfolgung**. Sicherstellung eines kommunenübergreifenden Datenaustauschs bzgl. positiver Befundmitteilung, Kontaktpersonennachverfolgung und Quarantäneverfügung. Minimierung von Prozess- und Medienbrüchen sowie Automatisierung manueller Tätigkeiten entlang des Meldesystems für Infektionskrankheiten.
3. **Implementierung** eines **flexiblen Personalaktivierungssystems**: Statt vergeblicher Suche nach Vollzeitpersonal, situationsgerechter und skalierbarer Einsatz flexibler Hilfskräfte zur Bewältigung von erhöhtem Arbeitsaufkommen. Benachrichtigung der ausgewählten Hilfskräfte per Push-Benachrichtigung, SMS oder über eine App bzgl. ihres Einsatzes.

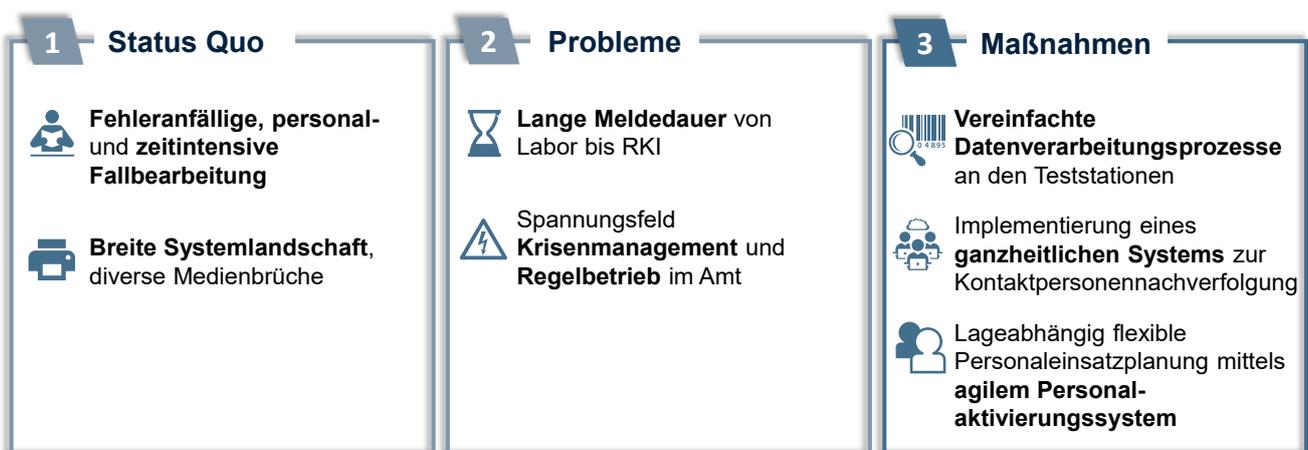


Abbildung 4: Empfohlene Optimierungsmaßnahmen im Themenfeld *Aufbau- und Ablauforganisation*

3. VERANTWORTLICHKEITEN UND KOMMUNIKATION – DEFINIERTE ZUSTÄNDIGKEITEN UND ABGESTIMMTE ZUSAMMENARBEIT

„Corona ist auch eine Herausforderung für den föderalen Staat; aber gerade in Krisenzeiten zeigt dieser seine Stärke.“

Jens Spahn
Bundesgesundheitsminister

DER FÖDERALISMUS HAT SEINE VORZÜGE...

Oftmals wird nicht zuletzt der deutsche Föderalismus als Grund für das glimpfliche Ausmaß an Überlastung des Gesundheitswesens in Deutschland gepriesen. Insbesondere der dezentrale Ansatz beim Pandemie-Management stellte sich demnach als krisentauglich heraus. Der „Flickenteppich“ agiere flexibler und adaptiver als gedacht und scheine weniger für Verwirrung, als für gezielte, pragmatische Maßnahmensetzung gesorgt zu haben.

Frank Roselieb, der Direktor des Instituts für Krisenforschung an der Christian-Albrechts-Universität in Kiel, plädierte im Deutschlandfunk für einen dezentralen Ansatz im Krisenmanagement. 400 Krisenstäbe, verteilt über ganz Deutschland, seien in diesem Fall erfolgsversprechender als eine zentrale Basis in Berlin. Besonders im Fall Corona, geprägt von lokalen Ausbrüchen, sei es von signifikanter Bedeutung, eine Prioritätensetzung pro Bundesland vorzunehmen, eine besondere Kenntnis vom lokalen Geschehen zu haben und auf regionaler Ebene regulierende Maßnahmen abzuwägen. Dies führe zu zielgerichteterem und wirksamerem Handeln. Laut Nathalie Behnke, Politikwissenschaftlerin aus Darmstadt, stimmiere der Föderalismus auch den Diskurs und verhindere so voreilig gefällte Fehlentscheidungen. Rationalität und Sachlichkeit, statt politischem Machtmonopol.

...WENN MAN IHN LÄSST Dennoch kann Föderalismus in Pandemie- und Krisenzeiten zu Unübersichtlichkeit und Verwirrung in der Bevölkerung und bei Zuständigkeiten führen. Dafür spricht auch das vielfach aufgezeigte Fehlen einer Teststrategie auf Bundes- und Landesebene. Die unterschiedlichen Quarantäneverordnungen und Kontaktbeschränkungen je Bundesland führen dazu, dass keiner so richtig eine Ahnung zu haben scheint, welche Regelungen wo gelten. Selbst innerhalb der Länder herrscht Verwirrung. Tragisch daran: Dies scheint nicht nur für die Bevölkerung zu gelten, sondern auch für die zuständigen Politiker und Verantwortlichen der beteiligten Organisationen bzw. Einrichtungen.

Teils ohne Absprache mit den Gesundheitsämtern und Landesbehörden wurden auf Bundesebene Beschlüsse gefasst, die für kleine Kommunen bis heute kaum zu stemmen sind. In der Folge kam und kommt es zu ungenauen Zuweisungen von Verantwortlichkeiten, divergierenden Vorgehensweisen von Ärzten im Testverfahren und zu Unklarheiten über die Kostenübernahme von Tests. Zudem bietet die föderale Organisationsstruktur eine Spielwiese für Profilierungsversuche auf allen Entscheidungsebenen. Erneut ist Kommunikation gefragt. Zwischen dem Bund und den Ländern, aber vor allem auch zwischen den Akteuren innerhalb der Länder. Darüber hinaus gilt es auch gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern eine einheitliche Kommunikation zu wahren, da das bisherige Verantwortungs- und Maßnahmenwirrwarr zu erheblichen Akzeptanzproblemen in der Bevölkerung geführt hat.

COMMUNICATION IS KEY Auf der politischen Spielwiese zeigen sich seit einigen Monaten mehrfach folgenschwere Negativbeispiele von misslungener Kommunikation entlang der dezentralen Organisation des Gesundheitswesens. So zum Beispiel bei dem Errichten und der Inbetriebnahme von Teststationen und sogenannten Corona-Abstrichstellen.

Dort scheitert eine klare Aufgabenzuweisung entlang der dezentralen Staatsorganisation an einer fehlenden, bundesweit einheitlichen, Teststrategie.

Obwohl das Testverfahren als Teil der ambulanten öffentlichen Versorgung gesetzlich Versicherter eigentlich im Aufgabenbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, fällt die Arbeitslast vielerorts auf die Gesundheitsämter, welche wiederum durch Ressourcenmangel und fehlende technische Ausstattung schnell an personelle Grenzen stoßen.

Beispielsweise kam es in Trier bei der Flut an Reiserückkehrern zu missverständlichen Aufgabenzuteilungen beim Testverfahren. Ohne hinreichende Information und Vorbereitung mussten bereits in der ersten Woche nach Eröffnung 3.800 Laborbefunde vom Gesundheitsamt Trier manuell bearbeitet werden.

Auch hier fehlte die nötige technische Ausstattung, sodass Aussteigekarten und per Fax übermittelten Befunde händisch umbenannt, den Patienten (wenn möglich) zugeordnet und dem zuständigen Gesundheitsamt übermittelt werden mussten. Durch eine klare Abstimmung mit allen Beteiligten im Vorfeld wäre dieser Umstand vermeidbar gewesen.

Weitere populäre „Corona-Pannen“ sind u.a. immer wieder der Mangel an Reagenzien, sprich denjenigen Chemikalien, die für den Nachweis des SARS-Cov-2 Virus notwendig sind.

Dies war kürzlich im hessischen Kreis Limburg-Weilburg der Fall. Auch eine nicht bedarfsgerechte Verteilung von Proben an die Kommunen und die gescheiterte Personenzuweisung von Tests, wie zuletzt in Bayern und Hamburg, finden umgehend Einzug in Medien und Presse. Solche Fauxpas verlängern zusätzlich die Meldedauer und können weitreichende Folgen auf die Fallzahlentwicklung im jeweiligen Kreis haben.

„Wir haben erst ganz kurz bevor das Testzentrum eingerichtet wurde erfahren, dass wir als Gesundheitsamt da mitwirken müssen.“

Gesundheitsamt Trier

VERANTWORTLICHKEITEN MÜSSEN KLAR DEFINIERT WERDEN

Neben einer Verringerung der benötigten personellen Kapazitäten durch Prozessoptimierung und -automatisierung, müssen folglich bestehende, im Personalbedarf unveränderliche, Aufgaben klarer in ihrer Zuständigkeit definiert werden. Nur so lässt sich Doppelarbeit vermeiden und eine Aufrechterhaltung des Krisenmanagements über die gesamte Dauer der kritischen Situation gewährleisten. Ein probates Mittel zur Definition von Aufgaben und Verantwortlichkeiten bietet die sogenannte RACI-Matrix.

Daher müssen Beschlüsse frühzeitig kommuniziert und die Zusammenarbeit mit allen beteiligten Parteien aktiv forciert werden. Soweit möglich, sollte zudem stets länderübergreifend ein Ansatz von gemeinsamen und umsichtigen Maßnahmen gewählt werden, wobei die Interessen aller Beteiligten Relevanz finden.

Hierbei werden die verschiedenen Prozessschritte, wie beispielhaft die Besetzung der Corona-Hotline, aufgelistet und den beteiligten Organisationseinheiten des Gesundheitssystems zugeordnet. Unterschieden wird dabei zwischen dem Delegieren von Durchführungszuständigkeit und Entscheidungsgewalt, sowie zwischen zu konsultierenden und informierenden Parteien. Aufbereitet wird die Matrix in einem für alle Beteiligten frei zugänglichen Dokument.

Eine Feinjustierung der Aufgabenzuordnung kann ebenfalls im Nachgang vorgenommen werden. Die finale Zuweisung gilt allerdings als unveränderlich, um Unstimmigkeiten und etwaiges „Cherry-Picking“ zu vermeiden. Als Fundament benötigt man hierfür, wie in nachstehender Abbildung 5 dargelegt, eine etablierte Kommunikationskultur zwischen allen im Krisenmanagement beteiligten Akteuren. Dazu gehören Hilfsorganisationen, zusätzlich unterstützende Ämter, aber auch Ministerien auf Landes- und Bundesebene. Krisen bewältigen sich nicht im Alleingang.

Wünschenswert wäre ein Pandemiemanagement nach dem Motto: „Think global not local“. Nach innen gewandt, mit Blick nach außen. Die COVID-19-Pandemie betrifft schließlich das ganze Land und Entscheidungen, die Kommunen auf kleinster Ebene treffen, können durch die dynamische Infektionsentwicklung innerhalb weniger Tage das ganze Land im Infektionsgeschehen beeinflussen.

FRAGEN ZUR REFLEXION:

1. Was sind unsere originären Aufgaben im Krisenmanagement? Wo und wie ordnen wir uns entlang der Meldekette ein?
2. Welche Stakeholder sind in unseren Aufgabenbereichen vor- und nachgelagert involviert? Wie läuft die Kommunikation zu den Stakeholdern derzeit ab? Was können wir dabei verbessern? Welche Informationen müssen uns und anderen wie vorliegen bzw. übermittelt werden?
3. Wie können Aufgaben und Verantwortlichkeiten zielgerecht den einzelnen Stakeholdern zugeordnet werden?

DAS GILT ES JETZT ZU TUN:

1. **Einsatz RACI Matrix** zur Definition von **Verantwortlichkeiten und Aufgaben**: Relevante Aufgaben sind tabellarisch aufzulisten, Organisationseinheiten klar zuzuordnen und zentral zugänglich aufzubereiten.
2. **Aufsetzen** eines **Zuständigkeitsregisters**, aus dem personenunabhängig die Tätigkeitsbereiche und Verantwortlichkeiten hervorgehen.
3. **Forcierung Zusammenarbeit und Kommunikation** z.B. mit kassenärztlicher Vereinigung bzgl. Ausbau Testkapazitäten in Kliniken und Arztpraxen. Beschlüsse müssen frühzeitig kommuniziert und angemeldet werden, damit ein reibungsloser Ablauf, z.B. bei der Inbetriebnahme von Teststationen, gewährleistet werden kann.

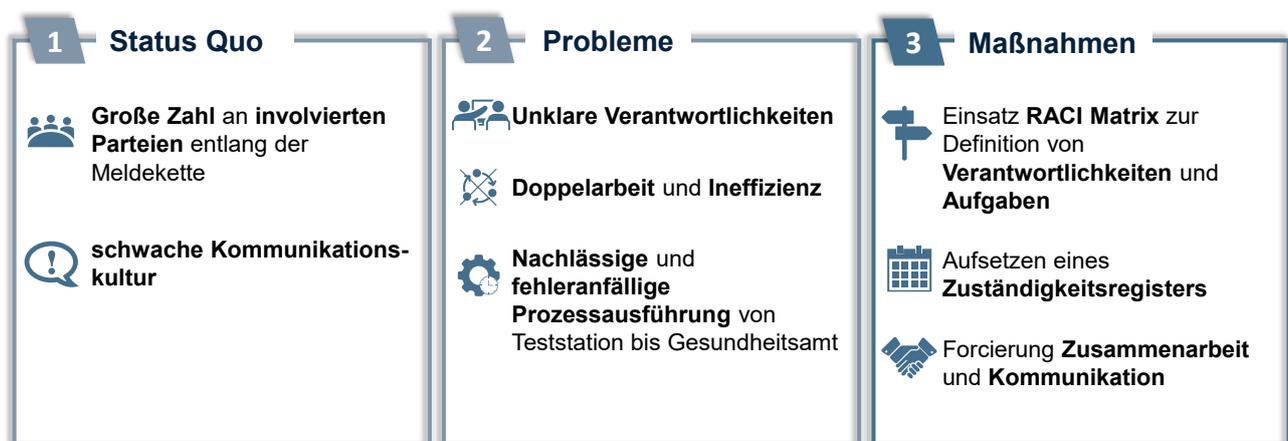


Abbildung 5: Empfohlene Optimierungsmaßnahmen im Themenfeld *Verantwortlichkeiten und Kommunikation*

4. FÜHRUNGSKONZEPT - EINHEITLICHE FÜHRUNG UND SCHLANKE ENTSCHEIDUNGSPROZESSE

„Wir müssen aufhören uns über Dinge wie Fußballstadien zu unterhalten. Das ist wirklich komplett irreführend.“

Christian Drosten
Virologe

KOMPASS OHNE NORDEN Mit Beginn des Pandemieausbruchs in Deutschland wurden in den Gesundheitsämtern fleißig Arbeitsgruppen gebildet und auf kommunaler Ebene Krisenstäbe einberufen. Allerdings kamen diese in vielen Fällen ihrer ursprünglichen Funktion nicht nach. Anstatt unterstützend und koordinativ die erforderlichen Maßnahmen zur Krisenbewältigung unter Leitung des Gesundheitsamtes zu erarbeiten, lag der Schwerpunkt der Diskussionen innerhalb der Krisenstäbe vielerorts auf Sonderfällen und Randthemen. Man fokussierte sich eher auf die detaillierte Ausarbeitung der bundgegebenen Beschlüsse, wie dem stückweisen Eröffnen von Ladenflächen und Kosmetikstudios, als sich der medizinischen Infrastruktur im Allgemeinen zu widmen. Zudem reichten Verantwortlich- und Zuständigkeiten der Stabsmitglieder meist von unklar definiert bis hin zu nicht existent. Ihr Übriges taten schließlich aufgebauschte Führungsstäbe, die die Handlungsfähigkeit von untergeordneten Arbeitsgruppen, bewusst oder unbewusst und teils politisch motiviert, unnötig torpedierten.

DIE SEGEL NEU SETZEN Abhilfe schafft hier eine Verschlinkung und Umorganisation des jeweiligen Krisenstabes im Allgemeinen, sowie der Führungsorganisation im Speziellen. Der Fokus der Arbeitseinheiten muss wieder auf den entscheidenden Fragen der Krise liegen. Um politische Machtspiele und Ineffizienzen zu vermeiden, ist hierfür der Einsatz einer bis weniger unabhängiger Person(en) sinnvoll. Richtungsweisende Entscheidungen können dadurch kompromissloser gefällt und kostbare Zeit gespart werden.

Um einen besseren Einblick zu gewähren, bezieht sich der folgende Abschnitt nur auf die mögliche Ausgestaltung der Stabsarbeit innerhalb eines Gesundheitsamtes, ist aber auf andere Institutionen, sowohl horizontal als auch vertikal, nahezu ohne Einschränkungen übertragbar.

Ein wesentlicher Vorteil dieses Konzeptes besteht darin, parallel zum dedizierten Krisenmanagement, auch den Regelbetrieb innerhalb einer Organisation vollumfänglich (weiter) zu betreiben. Gerade Letzteres war mit Auftreten des COVID-19-Pandemiegeschehens vielerorts kaum noch möglich.

Der Logik nach basiert Stabsarbeit auf einer stringenten Zuweisung bzw. Abgrenzung von durchzuführenden Tätigkeiten, Zuständigkeitsbereichen und Verantwortlichkeiten zu einer bestimmten Position. Dabei ist diese personenunabhängig und kann grundsätzlich von jedem in den Stab Berufenen ausgeführt werden. Voraussetzungen hierfür sollten jedoch neben einer gegebenen Stressresistenz vor allem die nötige Kompetenz sowie grundlegende Kenntnisse in Stabsarbeit sein. Führungsverantwortung und letztendlich auch Entscheidungsgewalt obliegen allein dem Leiter des Stabes.

Im Kontext der Gefahrenabwehr im Sinne der Hochverfügbarkeitsorganisationen (u.a. Feuerwehr, Rettungsdienst) wird dieser von sechs Sachgebieten unterstützt, welche einerseits Informationen beschaffen, aufbereiten und in wechselseitiger Abstimmung an verbundene Stellen weiterleiten, andererseits Entscheidungsbedarfe strukturiert vorbereiten. Diese, mit S 1 bis S 6 gekennzeichneten Sachgebiete sind der Reihe nach:

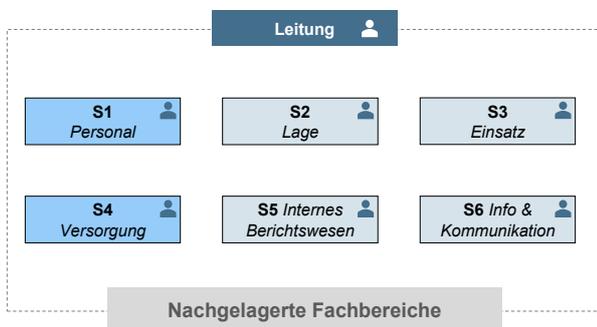
- S1 – Personal / Innerer Dienst
- S2 – Lage
- S3 – Einsatz
- S4 – Versorgung
- S5 – Presse- und Medienarbeit
- S6 – Information und Kommunikation

Durch diesen Organisationsaufbau ist folglich auch der Personaleinsatz strukturell limitiert, was aufgeblähten Gremienbesetzungen und der damit meist einhergehenden Informations- bzw.

Entscheidungsdiffusion gezielt vorbeugt. Gerade für langfristig aufrechtzuerhaltende Führungsstäbe bietet sich die Vereinigung ausgewählter Sachgebiete in Form von Personalunionen an.

Hierfür lassen sich exemplarisch die Sachgebiete Personal und Versorgung oder auch Lage und Einsatz zusammenfassen. Dieses Vorgehen ermöglicht, neben einer Entlastung des Gesamtsystems, vor allem eine deutliche Reduzierung personell vorzuhaltender Ressourcen im täglichen Krisenmanagement. Darauf aufbauend ist in den rückwärtigen Abteilungen jeweils eine ständige Verbindungsperson, inkl. Vertreterregelung, als Schnittstelle bzw. Fachberatung für spezifische oder umfangreiche Anliegen des Stabes zu etablieren. Nach dem Subsidiaritätsprinzip können Tätigkeiten so auf der niedrigsten Ebene angegangen werden, wobei der Stab weiterhin den kompletten Fokus auf die gesamthafte Krisenbewältigung legen kann. Auch in zukünftigen Krisensituationen ermöglicht ein derartiger Organisationsaufbau ein agiles und effizientes Handeln aller Beteiligten. Nachstehende Abbildung visualisiert das Geschriebene in den zwei vorgestellten Varianten mit vollständiger Besetzung des Stabes bzw. in reduzierter Form.

GRUNDSÄTZLICHER AUFBAU STABARBEIT



ALTERNATIVER AUFBAU

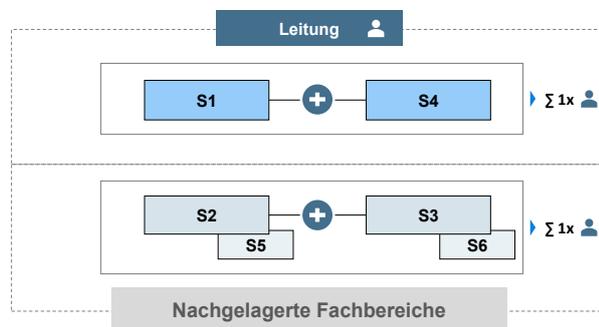


Abbildung 6: Empfohlener Organisationsaufbau der Stabsarbeit in vollständiger bzw. reduzierter Form

FRAGEN ZUR REFLEXION:

1. Wie ist unser Krisen- bzw. Führungsstab strukturiert?
2. Wie schnell werden Beschlüsse gefasst und an die Verantwortlichen weitergetragen?
3. Wie können wir unseren Krisenstab neu ausrichten, um effizienter und zielorientierter Entscheidungen zu fällen? Welche Personen der Linienorganisation haben Vorkenntnisse bzw. eignen sich für Stabsarbeit?

DAS GILT ES JETZT ZU TUN:

1. **Organisatorische Neugestaltung** des **Krisenstabs**: Ein schlanker Krisenstab besteht aus einer leitenden Rolle mit geregelter Führungsverantwortung und einigen wenigen Sachgebieten.
2. **Stringente Zuweisung** von durchzuführenden **Zuständigkeitsbereichen** zu personenunabhängigen Positionen für effiziente und zielgerechte Beschlussfindung bei der Pandemiebekämpfung.
3. **Ggf. Besetzung** der **Sachgebiete in Personalunionen** mit **Verbindungspersonen**, die ihrerseits Aufgaben an die betroffenen Abteilungen weitertragen.

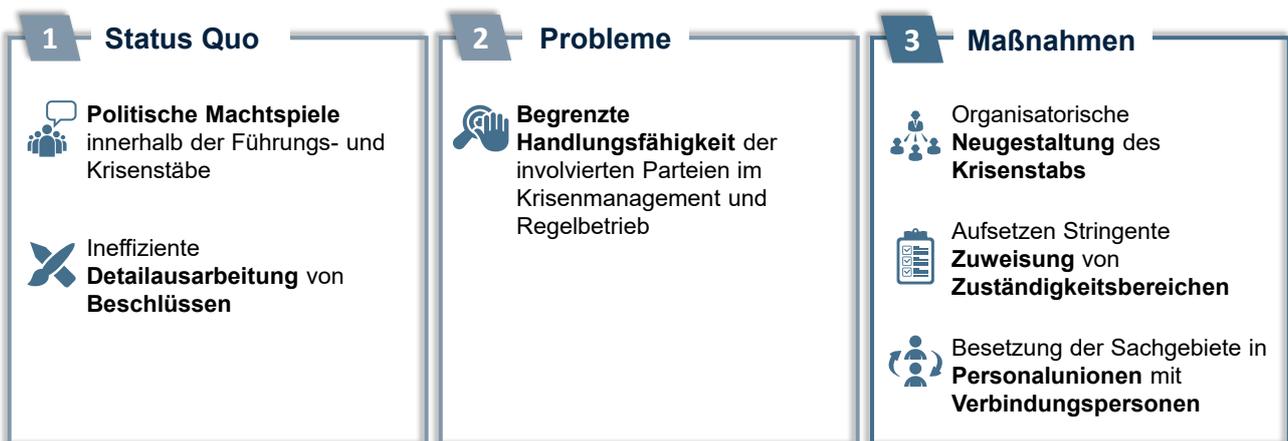


Abbildung7: Empfohlene Optimierungsmaßnahmen im Themenfeld *Führungskonzept*

5. ERNEUERUNGEN MÜSSEN HER, UND ZWAR SCHNELL!

„Sagen Sie, wann baute Noah seine Arche? Vor der Sintflut, vor der Sintflut.“

Robert Redford

als Nathan D. Muir in dem Film „Spy Game“
Schauspieler

Die Coronakrise stellt uns alle seit Beginn des Jahres 2020 vor große Herausforderungen. Trotz vergleichsweise gut verlaufener Anfangsphase der COVID-19-Pandemie, darf sich auf dem Olymp der internationalen Anerkennung nicht ausgeruht werden. Denn es herrscht Corona Renitenz in Deutschland.

Die strikten Kontaktbeschränkungen werden von vielen Bürgern zunehmend mit einem Schulterzucken abgetan und die weniger stark betroffenen Bundesländer fahren inzwischen einen laissez-fairen Kurs bei der Infektionsbekämpfung. Das allgemeine Stimmungsbild trägt: Nach den sinkenden Infektionszahlen im Sommer, werden täglich neue Rekordzahlen bei den Neuinfektionen vom RKI vermeldet; die Verbreitung des SARS-CoV-2 Virus' schreitet erneut mit zunehmender Dynamik voran und wird aller Voraussicht nach nicht nur den kommenden Herbst und Winter, sondern auch noch die nächsten Jahre prägen.

Hinzu kommt die Krankheitswelle durch das normale Influenza Virus. Nach jetzigem Stand hat sich seit Pandemiebeginn nicht genug in den Gesundheitsämtern und den anderen an der Infektionsbekämpfung beteiligten Organisationen getan, um den kommenden Infektionszahlen und der damit verbundenen Arbeitsbelastung hinreichend gerecht zu werden.

„Wir haben nichts besonders gut gemacht“ lautet dazu die bescheidene Einschätzung des Virologen Christian Drosten.

Taucht man tiefer in die Strukturen des Gesundheitssystems ein, stellt man fest: Alle Akteure des deutschen Gesundheitswesens müssen sich dringend und grundlegend umstrukturieren. Gerade weil im deutschen Gesundheitssystem (zumindest außerhalb von Bayern) dem Subsidiaritätsprinzip folgend Anliegen auf der granularsten Ebene behandelt werden, müssen in den Kommunen und lokalen Gesundheitsämtern schnellstmöglich zuverlässige Lösungsansätze implementiert werden. Der Ausbruch der COVID-19-Pandemie muss als Weckruf in Richtung Digitalisierung dienen, der so viele Jahre verschlafen wurde. Verantwortlichkeiten müssen klar definiert und Führungsebenen bzw. -konzepte neu gedacht werden.

Für Sie als Vertreter der Gesundheitsämter gilt: Um gerade personell für künftige Krisensituationen gerüstet zu sein, muss das Ziel die Etablierung einer systemgestützten, lageabhängig skalierbaren sowie ressourcenschonenden Patientenbetreuung und Kontaktpersonennachverfolgung sein. Mit der jetzigen exponentiellen Entwicklung der Infektionszahlen kann und wird die benötigte Identifizierung der Infektionsketten anders nicht zu stemmen sein. Aktuelle Prozessineffizienzen müssen strukturiert erhoben und durch eine vollständig automatisierte Datenerfassung und -verarbeitung innerhalb einer geeigneten Softwarelösung abgebaut werden.

Des Weiteren bedarf es einer klaren Verantwortungszuweisung und Führungslinie innerhalb der Stabsarbeit in den Ämtern, die den Parallelbetrieb sicherstellen.

Nur so werden Sie nachhaltig auf erneute Krisenausbrüche vorbereitet sein und mit gezielten Maßnahmen entsprechend besonnen, agil und schlagkräftig auf sie reagieren können.

Wir haben Ihnen pragmatische, nachhaltige und in der Praxis erprobte Ansätze für die schlanke Gestaltung eines erfolgreichen Pandemie-Krisenmanagements aufgezeigt. Letztendlich aber gilt: Es gibt kein Rezeptbuch, welches genau für Ihre Organisation und lokalen Gegebenheiten die richtigen Lösungen vorgibt.

Sie müssen selbst die nötigen Schritte in die richtige Richtung gehen. Gerne unterstützen Sie unsere Experten auf diesem Weg. Sprechen Sie uns gerne an!

QUELLENVERZEICHNIS

Exkurs: Das deutsche Gesundheitssystem

Zuständigkeiten und Aufgabengebiete der Stakeholder ergeben sich gemäß ihren gesetzlichen Grundlagen, basierend auf:

§2 BGA-Nachfolgegesetz

§4 IfSG

§5 Abs. 1 IfSG

§5 Abs. 4,7,8 IfSG

§10 Abs. 1 Satz 1 IfSG

§11 IfSG

§25 IfSG

§28 Absatz 1 Satz 1, 2 und 4 IfSG

§30 Abs. 1 Satz 2 IfSG

§36 Abs. 7 Satz 1, 3 und 5 IfSG

§75 SGB V

Kapitel 2: Aufbau- und Ablauforganisation

Mast, Maria und andere, Hat Deutschland Corona unter Kontrolle?, 19.06.2020,

<https://www.zeit.de>, Zugriff am 20.10.2020

Robert Koch Institut, (14.10.2020)

<https://www.rki.de>, Zugriff am 20.10.2020

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat, Die digitale Einreiseanmeldung ist betriebsbereit, (15.10.2020),

<https://www.bmi.bund.de>, Zugriff am 20.10.2020

Celler Presse, Corona-Kontaktnachverfolgung – IT-System SORMAS kommt landesweit zum Einsatz, (07.08.2020),

<https://celler-presse.de>, Zugriff am 20.10.2020

Robert Koch Institut, (14.10.2020),

<https://www.rki.de>, Zugriff am 20.10.2020

Kapitel 3: Verantwortung und Kommunikation

Zagatta, Martin, „Der dezentrale Ansatz macht Sinn“, (14.03.2020),

<https://www.deutschlandfunk.de>, Zugriff am 20.10.2020

Ludwig, Astrid, Corona-Wunder „Made in Germany“, (08.09.2020),

<https://www.faz.net>, Zugriff am 20.10.2020

Metzger, Nils, Auch in Trier Probleme mit Corona-Test, (14.08.2020)

<https://www.zdf.de>, Zugriff am 20.10.2020

t-online, Mangel an Reagenzien für Corona-Tests vorerst beseitigt, (14.09.2020),

<https://www.t-online.de>, Zugriff am 20.10.2020

Frankfurter Allgemeine Zeitung, Mangel an Reagenzien verzögert Corona-Tests, (01.09.2020),

<https://www.faz.net>, Zugriff am 20.10.2020

HAFTUNGSAUSSCHLUSS

MOONROC prüft und aktualisiert die Informationen und Daten in dieser Studie regelmäßig. Die Darstellungen und Analysen in diesem Bericht stellen, soweit nicht anders vorhanden, Schätzungen dar. Trotz größter Sorgfalt können sich die Inhalte, Daten und Informationen inzwischen verändert haben. Eine Haftung oder Garantie für die Korrektheit, Aktualität und Vollständigkeit der zur Verfügung gestellten Inhalte, Daten und Informationen kann nicht übernommen werden. Des Weiteren behält sich MOONROC das Recht vor, Änderungen oder Ergänzungen der bereitgestellten Inhalte, Daten und Informationen jederzeit vorzunehmen. Struktur, Inhalt und Daten der MOONROC Studie sind urheberrechtlich geschützt. Die Vervielfältigung von Informationen oder Daten, insbesondere die Verwendung von Texten, Textteilen oder Bildmaterial, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung von MOONROC Advisory Partners GmbH.

WEITERE PUBLIKATIONEN



**RETAIL BANKING
KOMPAS 2020**



**AN ASTRONAUT'S
GUIDE TO CHANGE**



**DIGITALE
TRANSFORMATION**



**LET YOUR ENEMY
INSPIRE YOU**

IMPRESSUM

LESSONS LEARNED - CORONA-KRISENMANAGEMENT IM KOMMUNALEN GESUNDHEITSWESEN

Eine Studie von MOONROC Advisory Partners und dem
MOONROC Institute of Economic Research (MIER)

Auflage 11/2020

HERAUSGEBER

MOONROC Advisory Partners GmbH

Steinsdorfstraße 14

80538 München

Telefon: +49 (0) 89 41 11 96 0

E-Mail: company@moonroc.de

Internet: www.moonroc.de

Registergericht

Amtsgericht München

HRB 191134 / Steuernummer 143.164.01148

Sitz der Gesellschaft: München

USt-ID - DE276206799

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß §27 a UStG

Inhaltlich Verantwortlicher gemäß §6 MDStV: Patrick Natus



MOONROC Institute of Economic Research
Copyright © 2020 MOONROC Advisory Partners GmbH
www.moonroc.de

 [LinkedIn](#)

 [Twitter](#)

 [Xing](#)