

# Abschlussbericht

## Stärkung des Pandemiemanagements in Gesundheitsämtern in Baden- Württemberg

Partizipative Entwicklung von  
Handlungsempfehlungen auf Basis  
semistrukturierter Interviews

Projektförderung durch das Ministerium für Soziales,  
Gesundheit und Integration Baden-Württemberg



Az.:51-5402.0/6

Laufzeit: 01.08.2021 bis 31.07.2022

Medizinische Fakultät Mannheim  
der Universität Heidelberg

Universitätsklinikum Mannheim



Dr. rer. nat. Kristina Hoffmann, M.Sc. PH  
Dr. med. univ. Michael Eichinger, M.Sc.  
Hannah Röhrbein, M.Sc.  
Regina Wendlinger, M.Sc.  
Elena Buck, B.Sc.

Zentrum für Präventivmedizin und Digitale  
Gesundheit (CPD)  
(ehemals MIPH)  
Medizinische Fakultät Mannheim der  
Universität Heidelberg  
Ludolf-Krehl-Str. 7-11  
68167 Mannheim

**STADT MANNHEIM**<sup>2</sup>

Jugendamt und  
Gesundheitsamt

Dr. med. Maria Steinisch  
Dr. med. Bettina Wrede  
Jessica Kulczycki, B.Sc.

Jugendamt und Gesundheitsamt  
R1, 12  
68161 Mannheim



# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Präambel.....                                                                       | 1  |
| 1 Hintergrund .....                                                                 | 1  |
| 2 Methodik.....                                                                     | 2  |
| 2.1 Studiendesign .....                                                             | 2  |
| 2.2 Setting .....                                                                   | 5  |
| 2.3 Projektbaustein 1: Semistrukturierte Interviews.....                            | 5  |
| 2.3.1 Vorbereitungsphase .....                                                      | 5  |
| 2.3.2 Teilnehmende der semistrukturierten Interviews und Rekrutierung.....          | 6  |
| 2.3.3 Datenerhebung.....                                                            | 6  |
| 2.3.4 Datenmanagement und –auswertung .....                                         | 7  |
| 2.4 Projektbaustein 2: Themenauswahl in bilateralen Priorisierungs-gesprächen ..... | 7  |
| 2.4.1 Teilnehmende und Rekrutierung.....                                            | 7  |
| 2.4.2 Datenerhebung.....                                                            | 8  |
| 2.4.3 Datenmanagement und –auswertung .....                                         | 8  |
| 2.5 Projektbaustein 3: Workshop .....                                               | 8  |
| 2.5.1 Teilnehmende und Rekrutierung.....                                            | 8  |
| 2.5.2 Ablauf des Workshops.....                                                     | 9  |
| 2.5.3 Auswertung der Workshopergebnisse .....                                       | 9  |
| 3 Ergebnisse .....                                                                  | 10 |
| 3.1 Projektbaustein 1: Semistrukturierte Interviews.....                            | 10 |
| 3.1.1. Stichprobenbeschreibung .....                                                | 10 |
| 3.1.2. Identifizierte Handlungsfelder .....                                         | 11 |
| 3.1.2.1 Gesundheitsamtsinterne Handlungsfelder.....                                 | 12 |
| Amtsinterne Strukturierung des Pandemiemanagements .....                            | 12 |
| Amtsinterne Prozessgestaltung .....                                                 | 14 |
| Einführung neuer Programme im Gesundheitsamt .....                                  | 15 |
| Amtsinterne Informationsweitergabe.....                                             | 17 |
| Verfügbares Personal.....                                                           | 18 |
| Personalakquise .....                                                               | 19 |
| Einarbeitung des (neuen) Personals.....                                             | 19 |
| Neues, junges Personal.....                                                         | 20 |
| Motivation .....                                                                    | 20 |
| Belastung des Personals .....                                                       | 21 |
| Teaminteraktion.....                                                                | 22 |
| 3.1.2.2 Gesundheitsamtsexterne Handlungsfelder.....                                 | 22 |
| Trägheit des ÖGD .....                                                              | 22 |
| Öffentliche Wahrnehmung des ÖGD .....                                               | 23 |
| Gestaltung der Gesetzgebung .....                                                   | 24 |



|                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Kommunikation der Gesetzgebung .....                                                              | 26 |
| Kommunikation mit der Bevölkerung .....                                                           | 26 |
| Zusammenarbeit mit lokalen Akteur:innen .....                                                     | 27 |
| Kommunikation mit Softwareentwickler:innen und Anpassung an Bedarfe der<br>Gesundheitsämter ..... | 27 |
| Qualität und Eigenschaften von Softwarelösungen.....                                              | 28 |
| Einheitliche Vorgehensweisen der Gesundheitsämter .....                                           | 30 |
| Datenaustausch.....                                                                               | 31 |
| 3.2 Projektbaustein 2: Themenauswahl in bilateralen Priorisierungsgesprächen .....                | 32 |
| 3.2.1. Stichprobenbeschreibung .....                                                              | 32 |
| 3.2.2. Priorisierung der Handlungsfelder .....                                                    | 33 |
| 3.3 Projektbaustein 3: Workshop .....                                                             | 34 |
| 3.3.1. Stichprobenbeschreibung .....                                                              | 34 |
| 3.3.2. Ergebnisse des Workshops .....                                                             | 34 |
| 3.3.3. Handlungsempfehlungen.....                                                                 | 36 |
| 4 Diskussion.....                                                                                 | 38 |
| 4.1 Stärken und Limitationen .....                                                                | 40 |
| 5 Ausblick.....                                                                                   | 41 |
| 6 Ergebnisverwertung.....                                                                         | 43 |
| 7 Literaturverzeichnis .....                                                                      | 43 |
| 8 Anhang.....                                                                                     | 46 |



## Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1 Merkmale der Interviewpartner:innen (n = 21).....                         | 10 |
| Tabelle 2 Überblick über Handlungsfelder zur Stärkung des Pandemiemanagements ..... | 12 |
| Tabelle 3 Ergebnis der Themenpriorisierung für den Workshop .....                   | 33 |
|                                                                                     |    |
| Abbildung 1 Projektablauf.....                                                      | 4  |



## Präambel

Im Rahmen des Projektverlaufs erwies es sich als sinnvoll, den ursprünglichen Projektplan an zwei Stellen anzupassen. Folgende Änderungen wurden in Absprache mit dem Förderer vorgenommen: (1) Im frühen Projektverlauf zeigte sich, dass die Digitalisierung des Pandemiemanagements nicht isoliert von anderen Veränderungsprozessen im Pandemiemanagement betrachtet werden kann. Daher weiteten wir den ursprünglichen Digitalisierungsfokus des Projekts aus und nahmen alle Veränderungsprozesse in Gesundheitsämtern im Rahmen des Pandemiemanagements in den Blick. (2) In den Interviews wurde eine Vielzahl von Barrieren und Erfolgsfaktoren angesprochen, aus denen unterschiedlichste Handlungsfelder abgeleitet wurden. Um den Workshop möglichst gewinnbringend für die Praxis zu gestalten, entschieden wir uns dafür, das Thema des Workshops in Form eines partizipativen Prozesses von Vertreter:innen verschiedener Gesundheitsämter priorisieren zu lassen. Daher wurden vor dem Workshop sogenannte bilaterale Priorisierungsgespräche geführt.

## 1 Hintergrund

Dem Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in Deutschland kommt eine bedeutsame Rolle bei der Sicherstellung der Bevölkerungsgesundheit zu: Er gilt neben den ambulanten und stationären Sektoren als „dritte Säule“ des Gesundheitswesens (Teichert 2015). Seit Beginn der COVID-19-Pandemie im März 2020 ist die Bedeutung des ÖGD in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt (Arnold und Teichert 2021). Darüber hinaus traten in den vergangenen zwei Jahren Mängel hinsichtlich Ressourcen und Strukturen des ÖGD, die bereits vor der Pandemie bestanden, in besonderem Maße zu Tage (Piwernetz und Neugebauer 2020; Teichert 2021; Sell et al. 2021): Fachkräftemangel, fehlende Konkurrenzfähigkeit auf dem Personalmarkt und Sparmaßnahmen der Länder und Kommunen brachten den ÖGD bereits seit geraumer Zeit an seine Grenzen (Barkewitz 2019; Kuhnt 2019; Teichert 2015). Mit Beginn der Pandemie wurden darüber hinaus insbesondere die Auswirkungen einer bislang unzureichenden Digitalisierung sichtbar. Beispielsweise zeigte sich schnell, dass die Arbeit mit Faxen und dem händischen Übertragen von Informationen in Excel-Tabellen der epidemiologischen Lage mit teils dramatisch steigenden Fallzahlen nicht gerecht wurde (Piwernetz und Neugebauer 2020; Zimmermann et al. 2021b).

Die offensichtlich gewordenen Problembereiche erfordern vom ÖGD umfangreiche neue Strategien und strukturelle Anpassungen. Die Bewältigung des akuten Krisenfalls dient dabei als Katalysator für Veränderungsprozesse auf vielen Ebenen des ÖGD (z.B. bei der Schaffung neuer Lösungen zur Aufstockung von Personal (längerfristige Einbindung der Bundeswehr, Containment Scouts) oder bei der Entwicklung unterschiedlicher Organisationsformen zur Schaffung von Testzentren) (Klenk et al. 2021). Dabei gehen die Anforderungen während einer Pandemie über diejenigen eines traditionellen Organisationsentwicklungsprozesses hinaus. Durch vielfältige, teils schwer vorhersehbare und kurzfristige Veränderungen der Lage ist im Krisenfall eine strukturierte, geplante und bereits bewährte Reaktion nur selten möglich (Choflet et al. 2021).

Ein Schwerpunkt bei der Reaktion auf die Pandemie wird auf die Digitalisierung gelegt (Arnold und Teichert 2021). Diese wird im ÖGD und anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung



als Hilfsmittel angesehen, um gesundheitlichen Krisen besser begegnen zu können (z.B. durch die vermehrte Nutzung von Videosprechstunden, welche zur Kontaktreduktion beitragen, eine stärkere und schnellere Kontrolle des Infektionsgeschehens, sowie der Möglichkeit einer effizienteren Kontaktpersonennachverfolgung) (Mahmood et al. 2020). Die Pandemie wirkt sich weltweit beschleunigend auf die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung aus (Budd et al. 2020; Wong et al. 2022). Das deutsche Gesundheitssystem steht dabei insgesamt vor der großen Herausforderung, die lange vernachlässigte Digitalisierung seiner Strukturen aufzuholen (Piwernetz und Neugebauer 2020). In der ambulanten und stationären Versorgung hat die Digitalisierung mittlerweile an Fahrt aufgenommen, indem z.B. Videosprechstunden oder elektronische Patient:innenakten eingeführt wurden (Becker 2022). Im Vergleich dazu weist der ÖGD besonders starken Modernisierungsbedarf auf (Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Beirat Pakt ÖGD) 2021).

Um adäquat auf die Anforderungen durch die Pandemie und weitere Herausforderungen reagieren zu können, wurde im September 2020 mit dem Pakt für den ÖGD ein umfangreiches Förderprogramm geschaffen (Bundesgesundheitsministerium 2021a). Der Pakt deckt ein breites Spektrum an geplanten und mittlerweile bereits in Umsetzung befindlichen Maßnahmen in unterschiedlichen Bereichen des ÖGD ab, wie z.B. Personalaufbau oder Stärkung der Digitalisierung (Arnold und Teichert 2021; Beirat Pakt ÖGD 2021).

Um den Pakt für den ÖGD weiter auszugestalten und praxistaugliche Lösungsansätze für die aufgeworfenen Problembereiche zu entwickeln, ist es essentiell, dass Herausforderungen und Erfahrungen aus der Praxis systematisch miteinbezogen werden. Bisher wurden die Erfahrungen aus deutschen Gesundheitsämtern und die dort entwickelten Lösungsansätze jedoch nur in einzelnen Städten wie Nürnberg (Zimmermann et al. 2021a; Zimmermann et al. 2021b), Köln (Robert Koch-Institut (RKI) 2020; Haase et al. 2022; Küfer-Weiß et al. 2022), Kassel (Bresler 2022) oder Hamburg (Schneider und Droßmann 2021) in Form von Erfahrungsberichten dokumentiert.

Im vorliegenden Kooperationsprojekt zwischen Forschung und ÖGD-Praxis, das vom Zentrum für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit (CPD) und dem Jugendamt und Gesundheitsamt der Stadt Mannheim durchgeführt wurde, wurde diese Lücke aufgegriffen und folgende Ziele verfolgt:

1. Identifikation von Handlungsfeldern zur Stärkung des Pandemiemanagements in Gesundheitsämtern durch die systematische Erhebung von Barrieren und Erfolgsfaktoren eines gelingenden Pandemiemanagements
2. Ableitung ausgewählter konkreter Handlungsempfehlungen unter Beteiligung von Vertreter:innen verschiedener Gesundheitsämter in Baden-Württemberg

## 2 Methodik

### 2.1 Studiendesign

Das Projekt gliederte sich in drei aufeinander aufbauende Projektbausteine (Abbildung 1). Um Barrieren und Erfolgsfaktoren eines gelingenden Pandemiemanagements systematisch zu erheben und daraus abgeleitete Handlungsfelder zur Stärkung zu identifizieren, wurden im



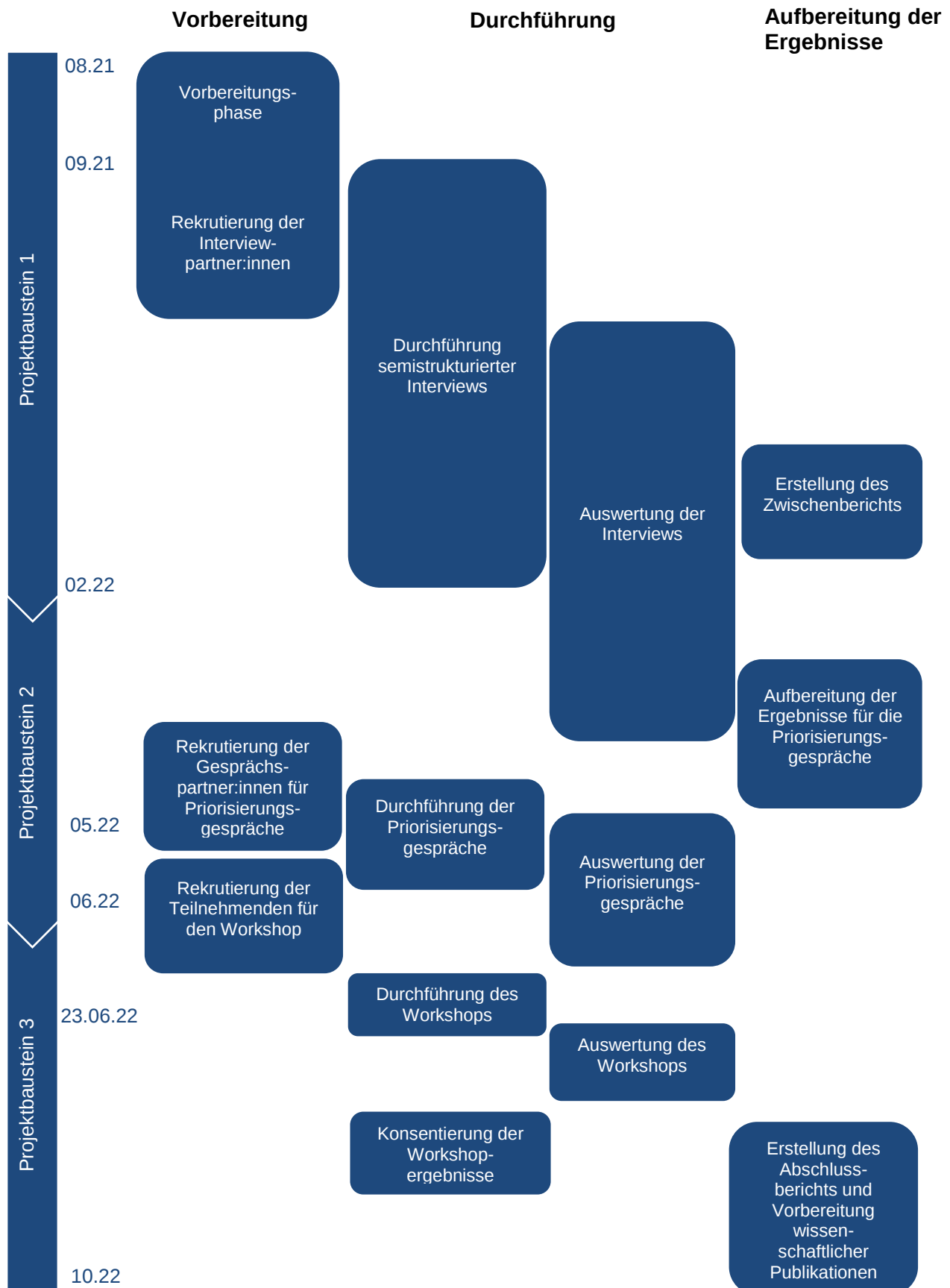
ersten Projektbaustein semistrukturierte Interviews mit Mitarbeiter:innen in Gesundheitsämtern geführt. Die Handlungsfelder wurden im zweiten Projektbaustein im Rahmen von bilateralen Priorisierungsgesprächen an Gesundheitsämtern vorgestellt. Aus den identifizierten Handlungsfeldern wurde ein Handlungsfeld herausgearbeitet, das aus Praxissicht prioritär in Form eines Workshops bearbeitet werden sollte. Im Rahmen dieses Workshops wurden in einem dritten Projektbaustein konkrete Handlungsempfehlungen zum priorisierten Handlungsfeld mit dem Projektteam, Vertreter:innen verschiedener Gesundheitsämter und des Landesgesundheitsamts/ Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration abgeleitet.

Das Projekt wurde von Mitarbeiter:innen des CPD und Mitarbeiterinnen des Jugendamts und Gesundheitsamts Mannheim gemeinsam geplant und in enger Abstimmung durchgeführt.

Ein positives Votum der Ethik-Kommission II der Universität Heidelberg wurde erteilt (2021-589).



**Abbildung 1.** Projektablauf





## 2.2 Setting

Der ÖGD in Deutschland umfasst neben bevölkerungsmedizinischen Aufgaben individualmedizinische und gruppenspezifische Aufgaben. Für die Erfüllung dieser vielfältigen Aufgabenbereiche ist der ÖGD vielschichtig aufgebaut und umfasst in die öffentliche Verwaltung eingebundene Behörden auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene (Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf 2020). Im Rahmen des Projekts wurden die Perspektiven der Landes- und kommunalen Ebene in Baden-Württemberg berücksichtigt, wobei der Schwerpunkt auf der kommunalen Ebene lag. Auf Landesebene konnten im Rahmen des Workshops Perspektiven aus dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg einfließen, das als fachliche Leitstelle des ÖGD am Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg angesiedelt ist (Regierungspräsidien Baden-Württemberg 2022). Auf kommunaler Ebene wurden in allen Projektbausteinen Perspektiven aus unterschiedlichen lokalen Gesundheitsämtern berücksichtigt.

## 2.3 Projektbaustein 1: Semistrukturierte Interviews

### 2.3.1 Vorbereitungsphase

Um Einblicke in das Pandemiemanagement und die Strukturen verschiedener Gesundheitsämter zu bekommen, den Interviewleitfaden auszuarbeiten, Interviewaussagen besser einordnen und das Setting des Projekts beschreiben zu können, wurde den semistrukturierten Interviews eine Vorbereitungsphase vorangestellt.

In diesem Rahmen wurde eine Projektmitarbeiterin des CPD (RW) an das Jugendamt und Gesundheitsamt Mannheim entsandt. Das geringe Fallaufkommen ermöglichte die Einarbeitung der entsandten Mitarbeiterin in die Strukturen und Prozesse des Pandemiemanagements in Mannheim im Rahmen mehrerer Hospitationen.

Um Einblicke in verschiedene Arbeitsbereiche des Pandemiemanagements in Mannheim gewinnen zu können, wurden Termine in insgesamt elf unterschiedlichen Teams vereinbart. Die Hospitationen in den verschiedenen Teams des Pandemiemanagements wurden in Form von Protokollen festgehalten, die Erlebnisse und Inhalte von Gesprächen sowie die eigene Wahrnehmung beinhalteten. Zur Qualitätssicherung wurden die Protokolle regelmäßig durch das Projektteam auf Verständlichkeit geprüft und nachbesprochen.

Mittels Auswertung der Protokolle wurden sachliche Informationen über die Arbeit im Pandemiemanagement und im Gesundheitsamt identifiziert. Nicht berücksichtigt wurden Meinungen, sehr kleinteilige Informationen (z.B. Prozessabläufe in Programmen), im Internet recherchierbare Informationen zu Verordnungen oder ähnlichem sowie Informationen, bei denen sich Personen unsicher waren. Die identifizierten Themen wurden deduktiv den zuvor entwickelten übergeordneten Kategorien „Organisationsaufbau“, „Verwendete Software“ und „Prozessabläufe“ zugeordnet. Eine Unterteilung in Unterkategorien erfolgte induktiv auf Basis von Textausschnitten der Protokolle. Konnten Inhalte keiner übergeordneten Kategorie zugeordnet werden, wurden vom Projektteam induktiv weitere Kategorien gebildet.

Um einen vergleichbaren Wissensstand über die Rahmenbedingungen in zwei weiteren Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg zu erhalten, die an Projektbaustein 1 teilnahmen, wurden Gespräche mit Vertreter:innen aus diesen Ämtern geführt. Ein Leitfaden basierend auf



den Erkenntnissen aus den Hospitationen diene hierbei als Gesprächsstruktur. Die Gespräche fanden per Videokonferenz statt und wurden vom Projektteam des CPD geführt und unabhängig voneinander protokolliert. Die einzelnen Protokolle wurden im Nachgang abgeglichen und wo nötig konsentiert.

Auf Basis der Informationen, die in den zuvor beschriebenen Hospitationen und Gesprächen gesammelt wurden, entstand ein Leitfaden für die nachfolgenden semistrukturierten Interviews. Dieser Interviewleitfaden (s. Anhang) umfasste offene, nicht direktive Leitfragen (1) zum eigenen Werdegang im Pandemiemanagement, (2) zur Organisation des Pandemiemanagements im eigenen Gesundheitsamt, (3) zu Veränderungsprozessen, (4) zur Wahrnehmung digitaler Anwendungen, sowie (5) zu Ideen für die Stärkung des Pandemiemanagements.

### 2.3.2 Teilnehmende der semistrukturierten Interviews und Rekrutierung

Durch die gemeinsame Projektdurchführung stand das Jugendamt und Gesundheitsamt Mannheim bereits zu Projektbeginn als Partner für die Projektbausteine fest. Um möglichst vielfältige Sichtweisen auf das Pandemiemanagement abbilden zu können, stellten unterschiedliche Rahmenbedingungen wie die Größe des Amts, die Zuständigkeit für einen Landkreis oder eine Stadt und die Bevölkerungsstruktur im Einzugsbereich Kriterien bei der Auswahl der Gesundheitsämter dar.

Bei der Rekrutierung nutzten die Projektmitarbeiterinnen des Jugendamts und Gesundheitsamts Mannheim ihre bestehenden Netzwerke, um niederschwellig Zugänge zu zwei weiteren Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg zu ermöglichen. Die Auswahl und Rekrutierung der Interviewpartner:innen im Jugendamt und Gesundheitsamt Mannheim erfolgte direkt durch die Projektmitarbeiter:innen. In den anderen beiden Gesundheitsämtern übernahmen die entsprechenden Ansprechpersonen die Auswahl und Rekrutierung der Interviewpartner:innen.

Bei der Rekrutierung wurde angestrebt, ein möglichst breites Spektrum an Perspektiven und unterschiedlichen Hierarchieebenen, Professionen, Teams/ Abteilungen und Erfahrungslevels abzudecken. Um Veränderungen des Pandemiemanagements im zeitlichen Verlauf der Pandemie erfassen zu können, sollte ein Großteil der Interviewpartner:innen bereits seit Beginn der Pandemie im Pandemiemanagement tätig sein.

### 2.3.3 Datenerhebung

Die semistrukturierten Interviews wurden in Präsenz oder per Videokonferenz durch Mitarbeiter:innen des Projektteams (KH, ME, HR, RW) im Zeitraum September 2021 bis Februar 2022 geführt. Zur Qualitätssicherung wurden die ersten Interviews jeweils von einer oder einem anderen Projektmitarbeiter:in begleitet. Nach Aufklärung über das Projekt und den Datenschutz wurde ein schriftliches Einverständnis der Interviewpartner:innen zur Verarbeitung ihrer Daten eingeholt und das Interview mithilfe des Leitfadens geführt. Im Anschluss an die Interviews wurden in Form eines Kurzfragebogens demografische und die Arbeit im Pandemiemanagement betreffende Informationen erhoben.



### 2.3.4 Datenmanagement und –auswertung

Alle Interviews wurden als Audioaufnahmen aufgezeichnet und transkribiert. Die Transkripte wurden anschließend von Projektmitarbeiter:innen des CPD überprüft, pseudonymisiert und anschließend in MAXQDA 2022 (VERBI Software 2021) mittels qualitativer Inhaltsanalyse angelehnt an Kuckartz (Kuckartz 2012) ausgewertet. Die Strukturierung des Codebaums orientierte sich hierbei zunächst an den fünf übergeordneten Themen aus dem Interviewleitfaden: (1) Hintergrundinformationen, (2) Organisation des Pandemiemanagements, (3) Veränderungsprozesse/ Organisationsentwicklung, (4) Digitalisierung und (5) Ideen zur Stärkung des Pandemiemanagements. Während des Analyseprozesses wurde der Codebaum induktiv erweitert und modifiziert. Zur Qualitätssicherung wurden alle Interviews von jeweils zwei Projektmitarbeiter:innenn des CPD unabhängig voneinander codiert. Nach jedem Interview wurde die Codierung auf Textebene verglichen, Codes und Subcodes diskutiert und eine gemeinsame Konsensversion erstellt.

Nach Abschluss der qualitativen Inhaltsanalyse wurden die Codes inhaltlich gruppiert und übergreifende Handlungsfelder identifiziert, die Ansatzpunkte für die Stärkung des Pandemiemanagements darstellten. Diese werden im Ergebnisteil berichtet und mit Zitaten belegt, die in Anlehnung an Dresing und Pehl (Dresing und Pehl 2018) inhaltlich-semantic transkribiert wurden, d.h. Zitate werden wörtlich wiedergegeben, wobei die Satzform auch bei syntaktischen Fehlern beibehalten wird. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert, Wortdopplungen sowie abgebrochene Wörter werden ausgelassen und es erfolgen kleinere Korrekturen in Deklination/Konjugation zur besseren Lesbarkeit. Längere Auslassungen, Erklärungen oder Ersetzungen durch die Autor:innen sind mit [ ] markiert. Die Zuordnung der Zitate zu den Pseudonymen der Studienteilnehmenden liegt dem Studienteam vor, wird im Rahmen dieses Berichts zur Wahrung der Anonymität der Befragten jedoch nicht präsentiert.

## 2.4 Projektbaustein 2: Themenauswahl in bilateralen Priorisierungsgesprächen

Um das Thema des Workshops partizipativ auszuwählen, führten wir bilaterale Priorisierungsgespräche.

Für diese Gespräche wurden auf Basis der Interviewergebnisse zunächst Handlungsfelder identifiziert, die für die Bearbeitung durch Vertreter:innen aus Gesundheitsämtern geeignet erschienen. Als geeignet wurden Handlungsfelder eingestuft, die veränderbar und im Rahmen eines Workshops bearbeitbar seien und zu denen Vertreter:innen von Gesundheitsämtern Erfahrungen und Wissen einbringen könnten.

### 2.4.1 Teilnehmende und Rekrutierung

Für den partizipativen Priorisierungsprozess wurden über bestehende Kontakte vom Jugendamt und Gesundheitsamt Mannheim sowie durch direkte Ansprache durch Mitarbeiter:innen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg 6 weitere Gesundheitsämter in Baden-Württemberg rekrutiert. Da die



Gesprächspartner:innen einen möglichst umfangreichen Einblick in die Situation an ihrem Gesundheitsamt und Bedarfe im Pandemiemanagement vor Ort und in Baden-Württemberg haben sollten, wurden Gesundheitsamts-, Sachgebiets- oder Abteilungsleitungen im Bereich des Pandemiemanagements für die Gespräche angefragt. Weitere Kriterien für die Teilnahme waren Motivation und Engagement für eine Stärkung des Pandemiemanagements.

### **2.4.2 Datenerhebung**

Die bilateralen Priorisierungsgespräche wurden mit jeweils einer Vertreterin oder einem Vertreter pro teilnehmendem Gesundheitsamt per Videokonferenz durch Mitarbeiterinnen des Projektteams (HR, RW, EB) geführt. Im Rahmen einer einstündigen Videokonferenz wurden Hintergründe zum Projekt und zum methodischen Vorgehen sowie die Handlungsfelder präsentiert, die im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse identifiziert und als geeignet für einen Workshop eingestuft wurden. Zu jedem Handlungsfeld wurden exemplarisch Barrieren und Erfolgsfaktoren sowie Ideen zur Stärkung vorgestellt und teilweise durch Zitate aus den Interviews verdeutlicht. Im Anschluss wurden die Gesprächspartner:innen anhand der offenen Fragestellung „Welche Themen sind am sinnvollsten im Rahmen eines Workshops mit Vertreter:innen unterschiedlicher Gesundheitsämter zu bearbeiten?“ um eine Priorisierung der Themen gebeten. Dabei waren die Gesprächspartner:innen angehalten die drei geeignetsten Themen in Form von Prioritätsstufen (1-3) zu identifizieren. Nach Priorisierung der Themen wurde ein abschließender Ausblick auf den Workshop gegeben und eine Einladung zum Workshop ausgesprochen.

### **2.4.3 Datenmanagement und –auswertung**

Alle bilateralen Priorisierungsgespräche wurden von den drei teilnehmenden Projektmitarbeiterinnen unabhängig voneinander protokolliert. Die Protokolle wurden im Anschluss an die Gespräche abgeglichen und wo nötig ein Konsens hergestellt.

## **2.5 Projektbaustein 3: Workshop**

Um praxisrelevante, konkrete Handlungsempfehlungen zum priorisierten Handlungsfeld abzuleiten, wurde in Projektbaustein 3 ein Workshop mit verschiedenen Vertreter:innen aus dem ÖGD durchgeführt. Dabei dienten die Interviewergebnisse (Projektbaustein 1) und Eindrücke aus den Priorisierungsgesprächen (Projektbaustein 2) als Impuls für weiterführende Diskussionen.

### **2.5.1 Teilnehmende und Rekrutierung**

Um im Workshop möglichst vielfältige Perspektiven einzubinden, wurden neben Vertreter:innen der Gesundheitsämter aus den Projektbausteinen 1 und 2 weitere Gesundheitsämter in Baden-Württemberg rekrutiert. Insgesamt wurden für den Workshop 16 Teilnehmer:innen rekrutiert, sodass ein interaktiver Charakter des Treffens sichergestellt werden konnte.



Um möglichst vielen Gesundheitsämtern die Teilnahme zu ermöglichen, wurde jeweils nur eine Person pro Gesundheitsamt rekrutiert. Eingeladen wurde jeweils ein:e Vertreter:in mit besonderem Interesse am Thema und der Weiterentwicklung des ÖGD in Baden-Württemberg. Die Person sollte einen guten Überblick und Expertise bezüglich des Pandemiemanagements in ihrem Gesundheitsamt aufweisen.

### 2.5.2 Ablauf des Workshops

Der Workshop fand am 23.06.2022 als 4,5-stündige Videokonferenz statt und wurde von zwei Moderatoren der GK Quest Akademie aus Heidelberg moderiert. Das Projektteam des CPD übernahm primär eine beobachtende Rolle, um auszuschließen, dass Inhalte aus wissenschaftlichem Interesse beeinflusst werden. Die Projektmitarbeiterinnen aus dem Jugendamt und Gesundheitsamt Mannheim nahmen für ihr Gesundheitsamt als Teilnehmerinnen teil. Nach einer Eingangsrunde zum gegenseitigen Kennenlernen wurden in einer 15-minütigen Präsentation die für das Workshopthema relevanten Ergebnisse des Forschungsprojekts mit Impulsen aus den Interviewergebnissen vorgestellt. Im Plenum wurde im Anschluss gesammelt, welche positiven Erfahrungen Teilnehmer:innen hinsichtlich des Workshopthemas bereits gemacht haben und welche Chancen und Risiken gesehen werden. Um die Entwicklung von Handlungsempfehlungen einzuleiten, wurden anschließend im Plenum Ideen gesammelt, was hinsichtlich des Themas in Zukunft besser gemacht werden könnte. Diese Ideen wurden für die Bearbeitung in insgesamt vier Kleingruppen thematisch geclustert. In den Kleingruppen wurden, moderiert und protokolliert von Projektmitarbeiterinnen des CPD, folgende Fragestellungen bearbeitet: „Problem – wie ist es sichtbar?“, „Ursachen – Was sind Gründe dafür?“, „Lösungen – Wie könnten diese aussehen?“ und „Empfehlungen – Wer sollte was machen?“. Im Anschluss an die Kleingruppenarbeit wurden die Ergebnisse im Plenum vorgestellt und diskutiert.

### 2.5.3 Auswertung der Workshopergebnisse

Der Workshop wurde von allen vier anwesenden Projektmitarbeiterinnen des CPD unabhängig voneinander protokolliert. Darüber hinaus fertigten die Workshopmoderatoren eine Ergebnisdokumentation auf Flipcharts an. Die Protokolle wurden nach Abschluss des Workshops abgeglichen und wenn nötig ein Konsens gefunden.

Im Anschluss entwickelte das Projektteam ausgehend von der Workshop-Dokumentation Handlungsempfehlungen. Hierzu wurden die Kernergebnisse des Workshops in Form eines zweiseitigen Dokuments mit übergeordneten Handlungsempfehlungen und teilweise konkretisierenden Empfehlungen aufbereitet. Eine vorläufige Version der Handlungsempfehlungen wurde für abschließenden Input und zur Konsentierung an die Teilnehmer:innen des Workshops gesandt. Die Rückmeldungen der Teilnehmer:innen wurden in die finale Version der Handlungsempfehlungen eingearbeitet.



## 3 Ergebnisse

### 3.1 Projektbaustein 1: Semistrukturierte Interviews

#### 3.1.1. Stichprobenbeschreibung

An den semistrukturierten Interviews nahmen Mitarbeiter:innen aus drei verschiedenen Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg teil, die sich in ihrer Größe unterschieden.

Insgesamt nahmen 21 Mitarbeiter:innen an den semi-strukturierten Interviews teil. Wir führten 17 Interviews im Jugendamt und Gesundheitsamt Mannheim sowie jeweils zwei Interviews in zwei weiteren Gesundheitsämtern (im Folgenden Gesundheitsamt A und Gesundheitsamt B). Im Mittel dauerten sie 48 Minuten (Median: 45 Minuten, Min.: 22 Minuten, Max.: 80 Minuten).

Die 21 Interviewpartner:innen wiesen zum Zeitpunkt des Interviews ein Medianalter von 35 Jahren auf (Spanne 22 – 60 Jahre). Zwölf (57,1%) interviewte Personen waren männlich. Elf (52,4%) Interviewpartner:innen beschrieben sich als Quereinsteiger im Pandemiemanagement. Weitere 5 (23,8%) waren bereits vor der Pandemie im Gesundheitsamt, jedoch in anderen Aufgabenbereichen, tätig und 4 (19,1%) waren bereits vor der Pandemie im Infektionsschutz ihres Gesundheitsamts tätig. Eine (4,8%) Person war vor der Pandemie in einem anderen Bereich der Stadtverwaltung ihrer Stadt beschäftigt. Weitere Merkmale der Interviewpartner:innen sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

**Tabelle 1.** Merkmale der Interviewpartner:innen (n = 21)

|                                            |            |                                                                   |            |
|--------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Alter</b><br><i>Median (Spannweite)</i> | 35 (22-60) | <b>Gesundheitsamt</b><br><i>Anzahl (%)</i>                        |            |
|                                            |            | Gesundheitsamt Mannheim                                           | 17 (81,0%) |
|                                            |            | Gesundheitsamt A                                                  | 2 (9,5%)   |
|                                            |            | Gesundheitsamt B                                                  | 2 (9,5%)   |
| <b>Geschlecht</b><br><i>Anzahl (%)</i>     |            | <b>Tätigkeit im Pandemiemanagement</b><br><i>Anzahl (%)</i>       |            |
| Weiblich                                   | 9 (42,9%)  | schon vor Pandemie im Infektionsschutz                            | 4 (19,1%)  |
| Männlich                                   | 12 (57,1%) | schon vor Pandemie im Gesundheitsamt                              | 5 (23,8%)  |
| Divers                                     | 0 (0,0%)   | vor Pandemie in anderem Bereich der Stadtverwaltung               | 1 (4,8%)   |
|                                            |            | Quereinsteiger:in                                                 | 11 (52,4%) |
|                                            |            | Sonstiges                                                         | 0 (0,0%)   |
| <b>Schulabschluss</b><br><i>Anzahl (%)</i> |            | <b>Einstiegsdatum ins Pandemiemanagement</b><br><i>Anzahl (%)</i> |            |
| Abitur                                     | 15 (71,4%) | Beginn der Pandemie (03. oder 04.2020)                            | 12 (57,1%) |
| Fachhochschulreife                         | 4 (19,1%)  | Im Verlauf der Pandemie (ab 07.2020)                              | 7 (33,3%)  |
| Mittlere Reife                             | 2 (9,5%)   | Nicht direkt im Pandemiemanagement tätig                          | 2 (9,5%)   |
| Hauptschulabschluss                        | 0 (0,0%)   |                                                                   |            |
| Kein Abschluss                             | 0 (0,0%)   |                                                                   |            |
| Momentan Schüler:in                        | 0 (0,0%)   |                                                                   |            |



| <b>Höchster Bildungsabschluss</b><br><i>Anzahl (%)</i> |            | <b>Tätigkeiten im Bereich des Pandemiemanagements</b><br><i>Anzahl</i> |            |
|--------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------|------------|
| Abgeschlossene Promotion                               | 2 (9,5%)   | Direkt im Pandemiemanagement tätig                                     | 19 (90,5%) |
| Abgeschlossenes Studium                                | 14 (66,7%) | In anderer Abteilung des Gesundheitsamts tätig                         | 2 (9,5%)   |
| Abgeschlossene Berufsausbildung                        | 4 (19,1%)  |                                                                        |            |
| Kein Ausbildungsabschluss                              | 1 (4,8%)   |                                                                        |            |
| Momentan Student:in                                    | 0 (0,0%)   |                                                                        |            |
| Momentan Auszubildene:r                                | 0 (0,0%)   |                                                                        |            |
| <b>Berufsgruppen</b><br><i>Anzahl</i>                  |            | <b>Leitungsfunktion (nach eigener Angabe)</b><br><i>Anzahl (%)</i>     |            |
| <u>Gesundheitswesen</u>                                |            |                                                                        |            |
| Ärztin/Arzt                                            | 4          | Ja                                                                     | 16 (76,2%) |
| Kinderkrankenschwester:in                              | 1          | Nein                                                                   | 5 (23,8%)  |
| Sozialmedizinische Angestellte:r                       | 1          |                                                                        |            |
| Hygienekontrolleur:in                                  | 1          |                                                                        |            |
| Gesundheitsökonom:in                                   | 1          |                                                                        |            |
|                                                        | 4          |                                                                        |            |
| Ingenieur:in                                           | 1          |                                                                        |            |
| Biolog:in                                              | 1          |                                                                        |            |
| Politikwissenschaftler:in                              | 1          |                                                                        |            |
| EDV-Sachbearbeiter:in                                  | 1          |                                                                        |            |
| Personalsachbearbeiter:in                              | 1          |                                                                        |            |
| Speditionskaufmann/-frau                               | 1          |                                                                        |            |
| Betriebswirt:in                                        | 1          |                                                                        |            |
| Berufskraftfahrer:in                                   | 1          |                                                                        |            |
| Forstwirt:in                                           | 1          |                                                                        |            |
| Student:in                                             |            |                                                                        |            |

### 3.1.2. Identifizierte Handlungsfelder

Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse konnten aus den semistrukturierten Interviews 21 Handlungsfelder zur Stärkung des Pandemiemanagements identifiziert werden, die sich in gesundheitsamtsinterne und –externe Handlungsfelder unterteilen lassen (Tabelle 2). Die Reihenfolge der Handlungsfelder in Tabelle 2 spiegelt nicht ihre Relevanz wider sondern stellt eine thematische Strukturierung dar.



**Tabelle 2.** Überblick über Handlungsfelder zur Stärkung des Pandemiemanagements

|                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Gesundheitsamtsinterne Handlungsfelder</b>                                          |
| Amtsinterne Strukturierung des Pandemiemanagements*                                    |
| Amtsinterne Prozessgestaltung*                                                         |
| Einführung neuer Programme im Gesundheitsamt*                                          |
| Amtsinterne Informationsweitergabe*                                                    |
| Verfügbares Personal                                                                   |
| Personalakquise                                                                        |
| Einarbeitung des (neuen) Personals*                                                    |
| Neues, junges Personal                                                                 |
| Motivation                                                                             |
| Belastung des Personals*                                                               |
| Teaminteraktion                                                                        |
| <b>Gesundheitsamtsexterne Handlungsfelder</b>                                          |
| Trägheit des ÖGD                                                                       |
| Öffentliche Wahrnehmung des ÖGD                                                        |
| Gestaltung der Gesetzgebung                                                            |
| Kommunikation der Gesetzgebung*                                                        |
| Kommunikation mit der Bevölkerung*                                                     |
| Zusammenarbeit mit lokalen Akteur:innen*                                               |
| Kommunikation mit Softwareentwickler:innen, Anpassung an Bedarfe der Gesundheitsämter* |
| Qualität und Eigenschaften von Softwarelösungen                                        |
| Einheitliche Vorgehensweisen der Gesundheitsämter*                                     |
| Datenaustausch                                                                         |

\*Die mit Stern markierten Handlungsfelder erfüllten die im Methodenteil erläuterten Kriterien (Veränderbarkeit, Bearbeitbarkeit im Rahmen eines Workshops mit Vertreter:innen verschiedener Gesundheitsämter, Möglichkeit für Gesundheitsämter eigene Erfahrungen und Wissen einzubringen) und wurden in den Priorisierungsgesprächen vorgestellt.

### 3.1.2.1 Gesundheitsamtsinterne Handlungsfelder

#### Amtsinterne Strukturierung des Pandemiemanagements

Die Interviewpartner:innen beschrieben für die erste Phase der Pandemie eine **fehlende Strukturierung** des Pandemiemanagements in den Gesundheitsämtern. Eine **zunehmende Strukturierung**, beispielsweise durch die amtsinterne Einteilung des Pandemiemanagements in spezialisierte Gruppen (z.B. nach Zuständigkeiten für medizinische Einrichtungen, Schulen oder das Kontaktpersonenmanagement), wurde von den Interviewpartner:innen als positiv wahrgenommen.

*„Erst seit November haben wir diese Kontaktpersonenmanagementteams. Zuvor war es einfach so, dass es verschiedene Leute gab, die hatten Zugriff auf das Postfach und die haben dann den verschiedenen Ermittlerinnen und Ermittlern die Fälle zugeteilt. Das waren aber dann Fälle, die [alles sein konnten, also] Schule, Kitas - man musste sozusagen alles können, aber für jeden verschiedenen Bereich gab es andere Regelungen. [...] Und jetzt [...] gibt es diese Teams und dann ist man halt einfach als*



*Ermittler Spezialist oder Spezialistin in einem Thema, ja das macht die Bearbeitung einfach besser.“*

*„Also die Arbeitsorganisation, die wir gewählt haben, scheint für uns gut zu funktionieren. Andere haben das anders gemacht. Wir haben den Prozess der Bearbeitung ja in verschiedene Gruppen runtergebrochen. Es gibt einen Personenkreis, der kümmert sich um [Aufgabe 1], es gibt einen Personenkreis, der kümmert sich hauptsächlich um [Aufgabe 2]. [...] sodass man da nicht komplett Spezialisten geschaffen hat, aber zumindest spezialisierte Teams, die sich natürlich auch austauschen, sodass Vertretungen möglich sind.“*

Für die zukünftige Stärkung des Pandemiemanagements wünschten sich die Interviewpartner:innen eine **Analyse, welche aufgebauten Strukturen weiterhin beibehalten und welche zukünftig an aktuelle Anforderungen angepasst werden sollten**. Zudem wurde die **zukünftige Verortung des Pandemiemanagements im Gesundheitsamt** thematisiert, zu der die Interviewpartner:innen unterschiedliche Ideen äußerten.

*„Ich würde mir wünschen, dass man eine klare Analyse macht: Welche Strukturen in welchem Umfang sind weiterhin für die Coronabewältigung erforderlich? Und dementsprechend die Mittel anpasst. Das heißt nicht, dass es alles so bleiben muss wie es ist, von der Größe der Strukturen, aber dass man da eine klare Analyse macht, was noch erforderlich ist und dass dann auch die Mittel dafür zur Verfügung stehen.“*

*„Eine Verschmelzung im Sinne [...] ‚Corona-Arbeit ist Infektionsschutz-Arbeit‘. Ich habe den Wunsch oder auch ich denke, dass es auch so kommen wird, ich weiß nur noch nicht, wann es so wird. Dass Corona als Erkrankung [...] in saisonale Erkrankungen mitreinkommt, wie Influenza zum Beispiel. Und dass das auch eine meldepflichtige Erkrankung wird und [...] im Infektionsschutz mitverankert wird.“*

*„Wir überlegen uns durchaus: ‚Ist es [...] ein eigenes Sachgebiet oder ist es vielleicht eine Stabsstelle bei einer Abteilungsleitung?‘. Ich glaube es ist bei der Abteilungsleitung besser aufgehoben als bei der Fachbereichsleitung.“*

Für zukünftige Krisensituationen formulierten die Interviewpartner:innen den Wunsch, **Grundstrukturen für Krisenbewältigung und Prävention** zu schaffen. In diesem Kontext wurde zudem die Idee geäußert, das **Personal auch außerhalb von Pandemiezeiten für die Pandemiebearbeitung zu schulen**.

*„In kommunalen Strukturen oder auf Kreisebenen, muss das Thema [...] Pandemiearbeit gerade in solchen Katastrophenstädten oder in Krisenstädten durchaus im Sinne von gewissen Grundstrukturen abgelegt sein, dass man es weiß. Dort gehört zum Beispiel eine Weiterentwicklung von Katastrophenschutzplänen durchaus mit dazu, um dann entsprechend aufgestellt zu sein. Dass man Austausch zum Beispiel mit der Feuerwehr als Katastrophenschutzbehörde hat aber auch mit den Kliniken. Das sind die Dinge, glaube ich, die man über die unmittelbare Corona-Pandemiezeit jetzt hinaus mitnehmen wird.“*

*„Das heißt, man muss eine normale Struktur haben und eine Pandemiebekämpfungsstruktur. Man muss von der einen auf die andere umwechseln können. Und man bräuchte so etwas wie Reservisten, die dann da wieder einspringen können. [...] Aber dieses erfahrene Personal müsste da sein. Das heißt, es müsste geübt werden.“*

*„Und man muss natürlich Leute explizit auch dafür schulen, auch in nicht Pandemiezeiten, wie eine Pandemiebearbeitung geht.“*



## Amtsinterne Prozessgestaltung

Die Interviewpartner:innen beschrieben Situationen, in denen sie die Prozesse im Pandemiemanagement zu Beginn der COVID-19-Pandemie als **unkoordiniert** und die Gesundheitsämter als überlastet wahrgenommen hatten. Die darauf folgende **kontinuierliche, kleinschritte Prozessoptimierung, die zum Großteil eigenständig in den Gesundheitsämtern erfolgte**, bewerteten die Interviewpartner:innen positiv.

*„Vorher war es ganz chaotisch. Also ich habe meinen Fall gemeldet, da hat mich überhaupt keiner angerufen. Ich habe auch vom Bekanntenkreis erfahren, dass sie Symptome hatten oder die positiv getestet waren, sie konnten niemanden erreichen. Also diese Hotline war überlastet, da hat keiner zurückgerufen. Eigentlich war es am Anfang, also letztes Jahr, sehr chaotisch.“*

*„Weil im Prinzip hatten wir auch da - nach dem anfänglichen etwas Tohuwabohu und für alle vollkommen ungewohnten Situation, wo man erstmal schafft - [uns] relativ schnell hingesetzt und überlegt, wie können wir da ein bisschen strategischer und bisschen prozessorientierter rangehen und [haben] uns dann Dinge angefangen anzuschauen: ‚Wie läuft das denn bei euch? Was würde euch da helfen? Wie arbeitet ihr denn?‘“*

*„Und damit [bestimmter Prozess] sind wir ganz gut gefahren und wie gesagt, das ist nichts, was uns das RKI oder das LGA vorgegeben hat, sondern das kam aus dieser eigenständigen Prozessfindung, dass das das Effizienteste ist.“*

Die **zunehmende Standardisierung im Gesundheitsamt**, beispielsweise in Form von Standardvorgehensweisen (SOPs), wurde als arbeitserleichternd wahrgenommen.

*„Wir haben relativ viele Sachen vorgegeben in der Hotline, auch was man fragt. Wir haben so recht ausführliche Handlungsanweisungen auch und das weiß jeder und dann gibt es da keine großen Überraschungen.“*

*„Auf dieser Papierakte hatten wir eine Checkliste [...] erstellt. Und da wurden quasi die relevanten Fragen abgefragt und diese Checkliste wurde andauernd erneuert.“*

**Fehlende Vorgaben** wurden hingegen als Barriere für die Prozessdefinition beschrieben. Zudem erforderte die Dynamik der Pandemie eine **dynamische Prozessanpassung**.

*„Also ich denke, dass bei einer neu ausbrechenden Pandemie wir viel Effizienz und Zeit verloren haben in diesem explorativen Arbeiten. Das bedeutet, von Anfang an gab es keinen Leitfaden oder kein System von einer Best Practice oder Lessons Learned von anderen Pandemien oder von anderen Szenarien, sondern es war/ Ja, jeder für sich so ein bisschen musste ein System rausfinden. Das heißt, wir haben zum Beispiel ganz anders gemacht mit unseren Plakaten als [...] die Nachbarkreise. Weil für uns das einfach das effektiv-/ oder für uns zu diesem Zeitpunkt die beste Lösung war und die schnellste, die wir so durchführen konnten. Weil es gab keinen Leitfaden“*

*„Ich nehme das Pandemiemanagement in seiner Strukturiertheit unterschiedlich wahr. Es ist immer wieder so, dass es Situationen gibt, wo wir vor neuen Infektionssituationen stehen, vor neuen gesetzlichen Regelungen, in denen wir noch keine Vorgabe zur strukturierten Bearbeitung unserer Aufgaben haben, des Infektionsgeschehens haben. Das sind Zeiten, in denen sehr viel Arbeit aufkommt, sehr viel operative Fallarbeit [...]. Im Augenblick sind wir wieder in so einer Phase.“*

*„Und dadurch, dass es so ein dynamischer Prozess war und auch immer noch ist, ändert sich ja die Arbeitsweise teilweise täglich.“*



Im Kontext dynamischer Prozessanpassung berichteten die Interviewpartner:innen zudem davon, dass im Gesundheitsamt zum Teil **lange keine Überarbeitung ineffizienter Prozesse** stattfand.

*„Ich glaube, das würde während der ersten Welle/ also meine Meinung, beispielsweise bei COVID-19 kamen wir mit unserem System ganz gut klar, weil wir nicht viele Fälle hatten in der ersten Welle oder in Relation nicht viele Fälle, damals waren es gedacht viele Fälle, weshalb wir über den kompletten Sommer, in dem man sich vorbereiten hätte können auf eine Winter-Welle, eigentlich keine großen Umstrukturierungen gemacht haben. Und auch von oben keine solche Vorgabe kam. Das bedeutet, wir waren quasi noch okay, d'accord mit den Maßnahmen, die wir hatten. Und dann wurden wir im November überrumpelt, weil, ja, mit einer sich ändernden oder mit einer höheren Fallzahl unser System eben gekappt und nicht mehr funktioniert hatte.“*

## Einführung neuer Programme im Gesundheitsamt

Im Kontext der Digitalisierung erläuterten die Interviewpartner:innen die Einführung neuer Programme in Gesundheitsämtern. Zu Beginn der Pandemie nahmen sie bei Kolleg:innen teilweise **Skepsis** wahr. Zum Teil **fehlten Erfahrungen mit Softwarelösungen**. Grundsätzlich bestand jedoch die **Bereitschaft, sich auf neue Programme einzulassen**.

*„[Es gibt] teilweise Kollegen, die sich unheimlich schwertun. Und alles was man nicht kennt, was man nicht gelernt hat, hat man einfach Angst davor.“*

*„Um einfach zu sehen, was man auch alles machen kann. Und was man alles erlernen kann und dass man keine Angst haben muss, wenn man diesen PC anschaltet und auch die verschiedenen Systeme, mit was man da auch arbeiten kann. Nicht nur, dass man einen Brief in Word oder wie man eine E-Mail schreibt oder sonst wie, sondern welche Aktionen da man noch machen kann. [...] Wir haben am Anfang mit Access gearbeitet, also mit was wir am Anfang gearbeitet haben und wo wir jetzt stehen, ich denke: ‚Hut ab!‘. Vor allem auch [ich] selbst. Also ich bin ja auch schon über 50, also man kann immer noch alles dazu lernen, wenn man/ auch wieder so eine Haltungssache, wenn man will.“*

Die Interviewpartner:innen nahmen in ihrer täglichen Arbeit einen **Mehrwert durch Digitalisierung** wahr, indem beispielsweise die Effizienz gesteigert und dezentrales und mobiles Arbeiten ermöglicht wurde. Zudem äußerten sie den Wunsch die **Digitalisierung auch zukünftig voranzutreiben**.

*„Und ja Digitalisierung: waren wir ja auch auf einem guten Weg, aber ich denke, dass die Dinge, die wir jetzt zustande gebracht haben [...] auch nochmal in der Praxis zeigen, dass es einfach ein besseres und schnelleres Arbeiten ermöglicht.“*

*„Was nicht weggehen wird, was wir erreicht haben, ist die Ausstattung mit mobilen Geräten, die unsere Arbeit einfach wahnsinnig flexibler macht. Es geht da gar nicht darum, dass wir alle irgendwie über die mobile Arbeit jetzt von daheim arbeiten wollen, sondern, dass man auch in den Dienstgebäuden einfach viel flexibler ist. Und da auch einfach das Gerät an andere Arbeitsplätze anschließen kann und dann von dort eben weiterarbeiten kann, wenn es nötig ist.“*

*„Ja, dass wir grundsätzlich dann danach nicht wieder in diese Zettel-Wirtschaft verfallen, sondern dass wir das Digitalisierte dann auch dementsprechend weiter fortführen.“*



Die Mitarbeiter:innen im Pandemiemanagement nahmen nicht nur die Digitalisierung allgemein, sondern auch **einzelne Software-Programme als Mehrwehrt wahr**. Der **Mehrwert einiger bestimmter Softwarelösungen wurde jedoch in Frage gestellt**, insbesondere aufgrund hoher Fehleranfälligkeit nach Softwareumstellungen.

*„Ja und dementsprechend die Software, die dann integriert worden ist, also [Softwarelösung] und [Softwarelösung]. Ja, die haben schon geholfen in dem Sinne, dass dann die ganzen Datenverarbeitungen relativ schnell gingen. Also wir mussten das dann nicht separat in einem Dokument schreiben und das dann übertragen, sondern wir konnten das dann direkt in die Systeme schreiben.“*

*„Was sich natürlich verändert hat, ist auch [Softwarelösung für Videokonferenzen]. Das ist natürlich ein tolles Programm. Meetings und so weiter, da hat sich auf jeden Fall was getan. Da spart man jede Menge Zeit. Dadurch haben wir natürlich auch viel mehr die Möglichkeit, uns weitere Räume oder so hinzu zu kaufen oder hinzu zu mieten, wo wir dann noch mehr Personal unterbringen konnten.“*

*„Also jedenfalls gab es da extrem viele Probleme in einer Größenordnung [...] die eben so waren, dass ganz klar gesagt worden ist: ‚Auf dieser Seite bringt uns dieses neue Digitalisierungstool was, aber auf der anderen Seite macht es uns viel, viel mehr Arbeit.‘“*

Die **Einführung neuer Programme während einer Pandemie**, insbesondere in Hochphasen, wurde jedoch als Barriere wahrgenommen.

*„Also Programme grundsätzlich während einer Pandemie in so einem Ausmaß einzuführen ist schlecht, grundsätzlich schlecht. Da rate ich ja wirklich jedem von ab. Es ist damit nicht getan, man kriegt von der oberen Landesbehörde mitgeteilt, ‚ab sofort‘ oder von der Landesregierung ‘Wir machen das jetzt so und so und ab Stichtag XY habt ihr das zu haben‘, sondern es muss vorbereitet werden, es muss gut durchdacht sein, die Schnittstellen zwischen dem vorigen Programm muss mit dem neuen Programm harmonisieren, gerade was die Ausleitungen betrifft.“*

*„[Man ist zwar] im Dialog mit dem Entwickler, aber da sind halt dementsprechend mehrere 100 Gesundheitsämter im Dialog mit dem einen Entwickler. Also auch wieder das übliche Problem, die sind einfach überlastet mit ihren Anfragen. Das heißt, die sortieren aus, was wichtig ist, die sortieren aus, was man machen kann und setzen das dann nach und nach um. Das kostet Zeit. Zeit, die wir nicht haben. Das heißt, eine solche digitale Lösung, hätte es geben müssen bevor es eine Krise gibt. There is no glory in prevention. Es ist immer schwierig bevor irgendwas passiert, darauf zu reagieren. Also Deutschland hat generell leider eine Tradition, in den letzten Jahrzehnten, immer zu spät zu reagieren.“*

Darüber hinaus beschrieben Interviewpartner:innen eine **anfängliche Unterversorgung mit Hardware** und langen Wartezeiten, die die Arbeit im Pandemiemanagement erschwerten. Mittlerweile sei **genügend Ausstattung** vorhanden. Für die Zukunft wünschten sich die Interviewpartner:innen **eine bessere und schnellere Ausstattung mit Hardware**.

*„Ja und dass wir halt auch von der Technik, vom Equipment her besser ausgestattet werden als es jetzt schon ist. Ich meine, es ist jetzt mehr als davor, aber ich glaube ein gut ausgerüsteter Arbeitsplatz ist Gold wert und das sollte man dann auch in die Hand nehmen. Also ich habe keine Lust wieder wochenlang auf einen Laptop zu warten, damit ich im mobilen Arbeiten arbeiten kann oder vier, fünf Tage auf ein Softphone zu warten, damit ich telefonieren kann, das geht nicht, das darf nicht sein.“*



*„Aber tatsächlich ist es mittlerweile auch relativ gut und man kriegt/ Also, als aktuelles Beispiel, gestern musste ein Kollege aus gesundheitlichen Gründen vom Amt ins Home-Office wechseln. Er hatte sofort Laptop und hatte innerhalb von drei Stunden einen Laptop bekommen, inklusive Headset. Also mittlerweile läuft es echt gut.“*

Im Kontext der Einführung neuer Programme erschienen den Interviewpartner:innen **interne Schulungen und Anleitungen sowie Übungen mit Demosoftware und Testzugängen** als hilfreich. Die Potenziale, die die Digitalisierung bietet, könnten **zukünftig** jedoch durch **mehr Grundlagen-IT-Schulungen** noch besser genutzt werden.

*„Die damalige Teamleitung hat als diese neue Einführung kam, die hatte länger diesen Zugriff oder vorher schon, bevor wir den Zugriff hatten, zum Üben. Und hat uns dann praktisch so Anleitungen Step für Step erstellt. Das war richtig hilfreich, dass man sich das noch einmal angucken kann und dann Bescheid weiß, wie man was einzugeben hat. Man hatte da vorher so ein [online]-Meeting gerade bei der Einführung von [Software] und das fand ich nicht hilfreich, wenn ich da eine Stunde sitze und die mir irgendwas zeigen und ich es nicht machen kann, dann bleibt es nicht bei mir hängen. Deshalb fand ich die Anleitung immer ganz gut.“*

*„Aber solche Schulungsangebote und so finde ich auf jeden Fall wichtig. Dass die Leute ja hier ihr Potenzial oder das, was sowieso schon jeder auf dem Rechner hat und das dort schlummert und keiner weiß genau, was er damit machen kann, dass man da noch ein bisschen ansetzt und den Leuten das näherbringt.“*

## Amtsinterne Informationsweitergabe

Den hohen **Aufwand über aktuelle Entwicklungen und Regelungen informiert zu sein** beschrieben die Interviewpartner:innen als Herausforderung für die Arbeit im Pandemiemanagement.

*„Und dann ist man aber andererseits auch überrollt worden mit Informationen und allein das zu selektieren: ‚Was ist relevant? Um was muss man sich direkt kümmern?‘. Das war katastrophal.“*

*„Während die Fallzahlen so hoch sind, muss man [sich] zusätzlich zu der Bearbeitung einfach Zeit nehmen die Gesetzestexte und die Neuerungen dann durchzulesen. Und das hat natürlich dann auch [den Umgang mit diesen Veränderungen] erschwert.“*

**Regelmäßige Meetings**, beispielsweise in Form von Frührunden für das ganze Amt oder Jour Fixe in kleineren Teams sowie **interne Corona-Newsletter** hätten als Instrumente der amtsinternen Informationsweitergabe den Umgang mit dieser Herausforderung erleichtert. Zudem unterstützten **kurze Dienstwege** den Austausch untereinander.

*„Und da ist es glaube ich total wertvoll, wie gesagt, diese Frührunde, die wir jeden Morgen haben [...]. Aber das empfinden ganz viele Mitarbeitende als total wertvoll, weil es total transparent ist, was passiert gerade und jeder immer mitgenommen wird.“*

*„Täglich kommt das Corona-Newsletter von einem Mitarbeiter hier aus dem Wissensmanagement, der fasst eigentlich die neuen, die aktuellen Schlagzeilen, sag ich mal, zusammen und wenn man sich das auch durchliest, dann weiß man eigentlich auch immer Bescheid. [Ein sehr gutes Medium] finde ich.“*

*„Also, dass man im Team sich austauschen kann, und das funktioniert in unserem Team extrem gut, dass man bei Unsicherheiten einfach über den Schreibtisch hinweg oder ins nächste Zimmer geht und sagt: ‚Wie siehst du das?‘“*



## Verfügbares Personal

Die Interviewpartner:innen berichteten von **anfänglichem Personalmangel**, der die Akquise von neuem Personal notwendig machte.

*„Zu Beginn etwas unkoordiniert und man ist etwas den Fällen hinterhergerannt, weil wir nicht so viel Personal hatten.“*

*„Irgendwann hilft einfach nur noch Personal. Man kann es nicht komplett so perfekt optimieren, dass man/ Man hat immer versucht, hier noch was raus zu kürzen und hier noch was raus zu kürzen. Irgendwann ist man da einfach an einem Punkt angekommen, wo man einfach sagen muss: ‚Mehr geht nicht. Jetzt zählt nur noch wachsen‘. Mitarbeiterstamm und ähnliches, also, mehr Mitarbeiter.“*

Die **Aufstockung des Personals** wurde größtenteils als Erfolgsfaktor im Pandemiemanagement eingestuft. Eine **bessere personelle Ausstattung des ÖGD** wünschten sich die Interviewpartner:innen auch für die Zukunft.

*„Also viel erleichternd war natürlich, dass so viele Leute auf einmal da waren, die auch bereit waren, da mitzuarbeiten. Also man hatte auf einmal eine unglaubliche Manpower [...], die vorher nicht vorhanden war.“*

*„Also ich denke tatsächlich, dass der ÖGD personell besser aufgestellt werden muss.“*

*„Ich sehe auch die Personalausstattung und die Ausstattung der Gesundheitsämter [...] deutlich vorrangig vor der Digitalisierung. Ich kann mit digitalen Anwendungen keine Begehung machen. [...] Also ich brauche Qualifikation, ich brauche mehr Personal.“*

Zudem zeigte das Personal die **Bereitschaft, auch über das vertraglich vereinbarte Maß zu arbeiten**.

*„Und vor allem; wir hatten Personen, die saßen da bis 21, 22 Uhr, die haben da gearbeitet als gäbe es kein Morgen mehr. Also da muss man auch sagen, ‚Hut ab!‘, auf jeden Fall.“*

*„Und es war sich keiner zu schade, auch samstags, sonntags zu kommen, es war sich keiner zu schade, mal für den Anderen was zu übernehmen, wenn der krank war oder sonst irgendwas.“*

Jedoch wurde nicht jede personelle Unterstützung als hilfreich wahrgenommen. Insbesondere **für kurze Zeit befristete Stellen** und **weniger geeignetes Personal** wurden als Barrieren beschrieben.

*„Auf jeden Fall die kurzfristige Personalplanung, die ständig von den entsprechenden Gremien/ Das war Wahnsinn. Dreimonatsverträge, ist echt kein Spaß. Also, das ist völliger Schwachsinn. Und danach musst du neue Mitarbeiter anstellen.“*

*„Da wurde ja auch nicht darauf geachtet, ‚Was gibt es für Kompetenzen bei den Unterstützer\*innen?‘. Sondern sehr stadtintern hat man sich da ja erstmal ausgeholfen. Und das war eine Riesenkatastrophe. Um es jetzt böse zu sagen, andere Fachbereiche haben gewusst, ‚Ok, die können wir nicht gebrauchen, lasst die mal zum Gesundheitsamt‘.“*

*„Wir haben ganz viele Bürgermeisterämter gehabt, die gesagt haben: ‚Wir stellen euch alle Personal zur Verfügung‘. Die kommen dann alle zwei Wochen mal zwei Stunden. Also allein bis die eingearbeitet sind. Man kriegt keine Einarbeitung in zwei Stunden hin.“*



## Personalakquise

Die Akquise von neuem geeignetem Personal für das Pandemiemanagement wurde von den Interviewpartner:innen als große Herausforderung gesehen. Dies betraf insbesondere den **angespannten Personalmarkt**, da bundesweit eine große Nachfrage nach qualifiziertem Personal bestand sowie die **fehlende Attraktivität des ÖGD als Arbeitsgeber**.

*„Also man wünscht sich halt natürlich immer mehr kompetentes Personal [...], aber wo soll das herkommen? Jedes Gesundheitsamt braucht natürlich Personal und wir sind hier ja gerade in so einer [Region], wo [...] viele Gesundheitsämter in engem Raum sind, und da reißt sich jeder drum.“*

*„Wo wir ein riesiges Problem haben, ist der Punkt qualifiziertes Personal. Überhaupt Personal zu bekommen, das in irgendeiner Hinsicht medizinisch qualifiziert ist, ist sehr, sehr schwierig. Personal zu bekommen, das irgendwie infektionshygienisch qualifiziert ist, ist unmöglich.“*

*„Weil der Infektionsschutz, die Arbeit im Gesundheitsamt nie wirklich für Außenstehende sexy waren und Hygiene und Hygieneüberwachung, was eine Folge von Infektionsgeschehen immer auch sein kann, [...]. Und [...] für die Ärzte muss man sagen ist es völlig defizitär, am Gesundheitsamt zu arbeiten. Als Arzt mit einem/ Wenn man Krankenhaushygieniker ist, verdient man das Vierfache wahrscheinlich in der freien Wirtschaft. Und die anderen Jobs, also die anderen Professionen sind so, dass man einfach sagen muss, ‚Der Markt ist leer‘. Die sind schon an Gesundheitsämtern.“*

Es bestand der Wunsch nach einer **besseren Vergütung zur Steigerung der Attraktivität des ÖGD als Arbeitsgeber** und grundsätzlich nach **mehr qualifiziertem Personal**.

*„Du brauchst eigentlich eine entsprechende Bezahlung. Mit Sicherheit auch, dass das eine leistungsbezogene Bezahlung gibt. Also man kriegt kein gutes Personal, was ich total verstehen kann, dass wenn man in den öffentlichen Gesundheitsdienst will/ Man wird nicht dementsprechend bezahlt, also das ist tatsächlich so. Das ist glaube ich ein wichtiger Punkt. Das merkt man gerade bei den Ärzten.“*

*„[...] schön wäre es auch, wenn das Personal medizinische Vorerfahrungen hätte. Da weiß ich aber auch, dass die nicht am Baum wachsen, die sich dann beim Gesundheitsamt melden. Aber das macht einen riesigen Unterschied, ob/ Wir haben Medizinstudenten, mit denen kann ich einfach ganz anders Sachen besprechen. Wie, wir haben jetzt eine, die ist frisch vom Abitur, da ist die Einarbeitung einfach eine ganz andere.“*

## Einarbeitung des (neuen) Personals

Die Einarbeitung des (neuen) Personals gestaltete sich aus Sicht der Interviewpartner:innen als herausfordernd. Insbesondere die **Personalfluktuation**, **unterschiedlichste Hintergründe und Vorkenntnisse** sowie **mangelnde Zeit** wurden in diesem Zusammenhang als Barrieren genannt.

*„Aber, dass eben immer wieder neues Personal kommt, alle drei Monate, wenn man sich gerade erst eingearbeitet hat, und dass dann auch Leute ihren Vertrag beenden, weil sie etwas anderes haben oder wieder ihre originale Aufgabe wahrnehmen müssen. Das ist schon klar, deswegen habe ich da selber keine Lösung zu, aber das ist natürlich was, was belastet.“*



*„Also es ist ein Lernen unter dem Arbeiten, weil aber auch die Fragestellungen bei jedem Fall etwas anders sind. Und die Voraussetzungen der Mitarbeiter auch sehr unterschiedlich sind. Es gibt Mitarbeiter, die viel Lebenserfahrung mitbringen, dann gibt es jüngere Mitarbeiter, die wenig Lebenserfahrung mitbringen, es gibt Mitarbeiter, die medizinisches Vorwissen mitbringen, es gibt Mitarbeiter, die kein medizinisches Vorwissen mitbringen. Also das ist schon sehr unterschiedlich.“*

*„Jetzt ist es schwierig, dort neues Personal anzulernen. Und wie gesagt, es kostet Zeit. Zeit, die wir nicht haben.“*

Trotz der Herausforderungen betonten die Interviewpartner:innen, dass die **Einarbeitung zum Großteil schnell** funktioniert habe und die **neuen Mitarbeiter:innen sich rasch in die neue Arbeit einbrachten**.

*„Organisatorisch ist es/ Ich finde es eindrucksvoll, wie rasch sich alle Mitarbeitenden im Grunde des Gesundheitsamtes in die Corona-Arbeit eingebracht haben.“*

*„Ich glaube, das A und O war halt natürlich einfach, dass wir schnell viele Menschen bekommen haben, die auch sehr motiviert waren mitzuhelfen und sich da auch richtig schnell eingearbeitet haben.“*

## Neues, junges Personal

Die Interviewpartner:innen beschrieben, **dass das neue, zum Großteil junge Personal frischen Wind ins Gesundheitsamt brachte**. Für die Zukunft wünschten sich die Interviewpartner:innen, dass der **frische Wind im Gesundheitsamt beibehalten** wird.

*„Dass es eine Mischung zwischen erfahrenen und frischen Mitarbeitern gibt, sage ich jetzt mal. Viele Ämter sind ja echt alterstechnisch fortgeschritten gewesen, also ich finde die Pandemie hat da eine neue Frische hereingebracht und das sollten die Ämter auch wertschätzen und dementsprechend auch einiges an Personal beibehalten.“*

*„Teilweise ist bei uns im Amt das Hierarchiedenken bisschen weggefallen. Oder bisschen aufgeweichter. Das hat aber allein schon was damit zu tun, wenn man sich duzt. Da hat man schon mal eine ganz andere Ebene. Genau. Wir haben neue Kollegen hinzugewonnen, die auch wirklich einen guten Job machen und die auch das Durchschnittsalter nochmal wirklich senken.“*

## Motivation

Die **Motivation der Mitarbeiter:innen** und die daraus **resultierende Eigeninitiative**, sowie das **hohe Engagement** waren aus Sicht der Interviewpartner:innen Erfolgsfaktoren für das Pandemiemanagement. Sie selbst beschrieben sich zum Teil als intrinsisch motiviert. Zum Teil trieb sie jedoch auch das Pflichtgefühl an.

*„Ich glaube, was uns wirklich hier gestärkt hat, sind die Menschen, die an dem Thema arbeiten, die sich teilweise über die Maßen mit ihrer Aufgabe identifizieren und deswegen auch da ein Pensum an den Tag legen, das nicht ohne ist. Und ohne das wir es wahrscheinlich auch nicht so gut geschafft hätten.“*

*„Ich bin recht stolz drauf, muss ich ganz ehrlich sagen, so ein Teil davon zu sein, da mitzuhelfen, dass man das Ganze, dass man den ganzen Wahnsinn einigermmaßen in*



*den Griff bekommt Und das hat mich unheimlich motiviert, muss ich sagen. Und auch so/ Ich habe gesagt: ‚Ich will zeigen, was ich kann.‘ “*

*„Es ist schon auch ein gewisses Pflichtgefühl. Ich habe ein Arbeitsverhältnis und ich habe dann auch die Sachen umzusetzen, die mein Arbeitsgeber mir vorgibt.“*

## Belastung des Personals

Neben der zum Großteil hohen Motivation für die Arbeit im Pandemiemanagement, berichteten die Interviewpartner:innen jedoch auch von einer **hohen psychischen Belastung der Mitarbeiter:innen**. Ein **hoher Workload, hoher Druck und viel Verantwortung** erhöhten die Belastung.

*„Was mich zum Beispiel belastet hat, dass diese Kommunikation mit Menschen/ Manchmal hat es gut geklappt, manche Bürger waren nicht kooperativ und auch nicht sehr freundlich, das hat mich auch belastet. Es ging nicht nur um sprachliche Kommunikation. Es hat einen auch mitgenommen, dass die Leute mich angebrüllt haben, was ich will oder warum bin ich schon die vierte Person, die angerufen hat. [...] Das ist eine gewisse psychische Belastung, dass man abends damit beschäftigt ist.“*

*„Ich meine wirklich, wir sind müde, wir können nicht mehr und arbeiten auch wirklich lange und viel durch. In meinem Vertrag steht was ganz anderes als das, was ich jetzt mache.“*

*„Ich habe teilweise Müttern verboten, die Hochzeit ihrer einzigen Tochter mitzuerleben, weil sie eben in Quarantäne musste, und das ist halt echt nichts, was man schön und leicht macht. Und wenn dann jemand anderes eine andere Entscheidung getroffen hätte, weil er in der bestimmten Situation sagt: ‚Nein, nach der und der Regel könnte man das auch so auslegen.‘ Dann hätte ich schon ein wahnsinnig schlechtes Gewissen gehabt, weil ich ja dann quasi was entschieden habe, was jemand anderes vielleicht anders entschieden hätte.“*

**Diskrepanzen** zwischen dem eigenen **Verständnis eines qualitätvollen Pandemiemanagements** und den **gesetzlichen Regelungen** erhöhten zusätzlich die Belastung der Mitarbeiter:innen.

*„Das macht die Arbeit schon noch relativ kompliziert und manchmal auch ein bisschen frustrierend, wenn man ständig was wieder verändern muss, was eigentlich bisher gut gelaufen ist.“*

*„Das heißt, die Bekämpfung der Pandemie ist etwas zurückgenommen, aber es fühlt sich im Amt, haben andere auch gesagt, so ein bisschen wie eine Resignation an. Wenn man natürlich jetzt zwei Jahre versucht hat, den Prozess zu optimieren und da immer weiterzuarbeiten, zu schauen, dass wir das alles hinbekommen und jetzt [...] sagt der Gesetzgeber: ‚Okay, wir sind im Impffortschritt so weit, dass es jetzt eigentlich egal ist.‘ Ja, das war ein bisschen schwierig zu schlucken, diese Pille.“*

*„Diese [die Bürger] telefonieren wir gar nicht mehr ab. Weil wir keine Kapazität dafür haben und das ist ein sehr demotivierendes Arbeiten. [...] Das ist immer demotivierend, weil man sich seine Arbeit der letzten eineinhalb Jahre wirklich in Frage stellt.“*

Um mit der Belastung umzugehen, berichtete ausschließlich eine Person vom **Angebot eines Resilienztrainings**. Eine weitere Person sprach das Thema an, hatte jedoch keine Kenntnis über Angebote und gab an, hierfür keine Zeit gehabt zu haben.



*„Wir haben auch psychologisch so ein bisschen was bekommen, also im Sinne von Resilienztraining. [...] da wurde schon geschaut, dass wir eben auch unsere psychologische Gesundheit so ein bisschen mit im Spiel/ [...] Dass wir aber eine Möglichkeit hatten, auf jemanden zuzugehen, wenn wir uns unsicher waren oder Ähnliches. Ganz ohne große Formalitäten oder sonstiges. Das war auch immer ganz schön.“*

*„Ich glaube, es war einfach keine Zeit dafür, weil es wieder neue Fälle gab. Alles läuft, es ist wie ein Fluss. Vielleicht gibt es eine Stelle, wohin man sich wenden kann, wo man mit Psychologen reden kann, ‚Wie kann ich diese emotionalen Momente bewältigen? Wie kann ich das trennen von meinem Leben?‘, dass ich das so bearbeite oder irgendwie. Bestimmt gibt es eine Stelle, aber es gab keine Zeit dafür.“*

## Teaminteraktion

Eine **gute Zusammenarbeit im Team**, die sich in gegenseitiger Unterstützung, kollegialem Umgang und regem Austausch zeigte, wurde von den Interviewpartner:innen als wichtiger Erfolgsfaktor für ein gelingendes Pandemiemanagement hervorgehoben.

*„Druck schweißt zusammen. Wir haben uns gegenseitig unterstützt, die ganze Zeit. Also, wir haben auch eine sehr gute Teamatmosphäre bei uns, auch jetzt noch. Trotz der ganzen Mitarbeiterwechsel und Sonstigem haben wir das immer aufrechterhalten können, weil, jeder hat das gleiche Päckchen zu tragen.“*

*„Und dann, wie gesagt, da das Kollegiale auch niemals zu kurz gekommen ist, sondern stets das Positivste aus der Situation gemacht wurde und stetig geguckt wurde: ‚Was kann man besser machen? Wie können wir noch besser zusammen funktionieren?‘ Das fand ich eigentlich das Motivierendste, also der Zusammenhalt, der hier auch stets geguckt wurde, dass der nicht zu kurz kommt.“*

**Führungskräfte, die auf Meinungen und Vorschläge aus dem Team eingingen und geeignetem Personal mehr Verantwortung übertrugen**, wurden von den Interviewpartner:innen positiv wahrgenommen.

*„Also, auf jeden Fall der Rückhalt von der Amtsleitung war superwichtig, dass wir uns nicht von jemandem, der selbst nicht so viel drin macht quasi/, Also, wir wurden immer mit einbezogen, wenn es drum ging: ‚Wie möchten wir unsere Arbeit jetzt eigentlich durchführen?‘ Das war keine Entscheidung von oben herab, sondern immer eine diskutierte Entscheidung, weil diejenigen, die die Arbeit machen, auch wissen, worauf es ankommt, wo man Zeit sparen kann.“*

*„Da sind mir ein Paar fehlerhafte Prozesse aufgefallen, die habe ich verbessert, das meiner Sachgebietsleitung dargelegt und da wurden, sage ich mal, meine Qualitäten erkannt und dann hat man mir andere Aufgaben zugeordnet, wie auch die Gruppenleitung jetzt für die Gruppe.“*

### 3.1.2.2 Gesundheitsamtsexterne Handlungsfelder

#### Trägheit des ÖGD

Eine **über lange Zeit im ÖGD vorherrschende Trägheit** wurde von den Interviewpartner:innen insbesondere zu Beginn der COVID-19-Pandemie als Barriere für



Veränderungsprozesse wahrgenommen. Gleichzeitig berichteten sie jedoch auch von **zunehmender Schnelligkeit bei Abstimmungen und zunehmender Flexibilität** mit Fortschreiten der Pandemie. Für die Zukunft äußerten die Interviewpartner:innen den Wunsch, diese Entwicklung im ÖGD weiter voranzutreiben.

*„Weil ich, oder nicht nur ich, wir alle haben empfunden, dass einem ansonsten wirklich Steine in den Weg gelegt worden sind, die durch überflüssige Antragsformulare und/ Ja, dass da recht bürokratisch gehandelt wurde. Und nicht zu unserer Seite, sondern zu anderer Seite, also dass da nicht gesehen wurde: ‘Okay, wir haben jetzt hier die Pandemie, wir müssen schnell handeln’, dass da an diesen Amtsstrukturen extrem festgehalten wurde.“*

*„Am Anfang habe ich gedacht, das klappt nie. Weil davor, vor der Pandemie hieß es immer: [...] ‘Wir wollen mobil Arbeiten’. [...] ,Ne, geht nicht, kein Geld da und das und Haushalt, man muss gucken wie‘. Und da habe ich gedacht, jetzt werden Sachen aus der Schublade geholt, die schon da waren und jetzt werden sie recht schnell umgesetzt. Das ist ein Wahnsinn.“*

*„Ansonsten wäre mir das natürlich lieb, wenn so eine gewisse Flexibilität natürlich noch weiterhin im Gesundheitsamt vorhanden bleibt. Eben dieses doch Dynamische und Flexible.“*

Als eine Facette der Trägheit beschrieben die Interviewpartner:innen eine vor der Pandemie in den Gesundheitsämtern **lange vernachlässigte Digitalisierung**, die sich auch zu Beginn der COVID-19-Pandemie beispielsweise in der Arbeit mit Papierakten, handschriftlichen Formularen und Faxen widerspiegelte. Die durch COVID-19 angestoßene **zunehmende Digitalisierung** im ÖGD wurde als positiv hervorgehoben.

*„Gleichzeitig waren wir im Digitalisieren weit, weit hinten. Also es war ganz, wie man das vom Amt kennt, ganz normale Akten, Papierakten, die sich weitergereicht werden oder auch mal eine Akte verschwunden ist oder verloren geht oder man nicht weiß, wo die ist, was auch da schon wieder Zeit oder Effizienz gekostet hatte. [...] und wenn man ein Ergebnis gesucht hat oder wissen wollte, ob eine Person negativ oder positiv war oder irgendwelche Daten gebraucht hatte, dann musste man quasi erstmal den Ordner dieses Heims finden und dann innerhalb dieses Ordners diese Person finden.“*

*„Es wurde sehr viel mit Word gearbeitet und mit Zetteln, die ausgedruckt werden mussten. Zu jedem Fall mussten zwei Worddokumente ausgefüllt werden, händisch meistens noch und dann übertragen werden. Das ging dann ganz schnell nicht mehr, und dann gab es jemanden hier im Haus, der sich mit einer Access-Datenbank auskannte. Das wurde dann etabliert und hat eine riesige Erleichterung gebracht.“*

*„Und natürlich die Digitalisierung / Wir waren ja gezwungen ein bisschen schneller als normal das ganze voran zu treiben, ich glaube, das hat dem Staat auch gutgetan, hoffentlich. Und sie haben auch gemerkt, dass es auch geht, dass es auch schneller funktioniert.“*

## Öffentliche Wahrnehmung des ÖGD

Das Image eines trägen ÖGD wurde aus Sicht der Interviewpartner:innen auch durch die zum Großteil **negative Berichterstattung** über die Arbeit des ÖGD und insbesondere der Gesundheitsämter bestärkt. Die Interviewpartner:innen berichteten als Folge dessen von



## **fehlender öffentlicher Wertschätzung für die Arbeit im Pandemiemanagement und einem schlechten Ruf des ÖGD in Ärzteschaft und Bevölkerung.**

*„Und einfach wirklich unangemessen ist auch durchaus von gerade Bundesebene, manchmal auch Landesebene, dieses Hinweisen, dass die Gesundheitsämter immer noch mit Strichliste und Bleistift arbeiten würden. Ich glaube die Gesundheitsämter waren deutlich weiter.“*

*„Das tut schon weh, wenn man immer nur hört ‚Ja, die sind beklatscht worden‘ oder hier/ Ich meine darum dreht sich nicht letzten Endes, aber es soll/ Hätte die Frau Merkel damals nicht einmal gesagt zur Neujahresansprache ‚Ein Dankeschön an die Gesundheitsämter‘, hätte es keiner gesagt, noch nicht einmal unser Gesundheitsminister. Und das finde ich halt ein bisschen schwach, sehr schwach, naja so viel dazu.“*

*„Und mit dem Ansehen halt, weil der ÖGD hat einfach auch ein schlechtes Ansehen unter der Ärzteschaft. Unter der Bevölkerung mittlerweile, glaube ich, auch immer mehr.“*

## **Dennoch erlebten die Interviewpartner:innen im Laufe der COVID-19-Pandemie eine zunehmende öffentliche Wahrnehmung der Arbeit des ÖGD und der Gesundheitsämter.**

*„Und was ich auch finde ist, dass einfach die Sichtbarkeit vom Gesundheitsamt eine ganz andere ist. [...] Und das hat sich jetzt durch Corona [...] viel zum Besseren gewendet. Und jetzt glaube ich, weiß wirklich jeder, was ein Gesundheitsamt so macht und das finde ich eine sehr, sehr positive Sache.“*

*„Das ist glaube ich eine große Rolle, auch in den anderen Gesundheitsämtern spielt das eine ganz große Rolle, wenn ich dort mit Kollegen spreche, die sagen: ‚Wir haben jetzt Corona gewuppt und das konnten wir alle irgendwie innerlich gut, weil wir einfach wichtig waren, weil man uns wahrgenommen hat.“*

## **Gestaltung der Gesetzgebung**

Ein weiterer Faktor, der die Arbeit im Pandemiemanagement aus Sicht der Interviewpartner:innen erschwerte, ist die Gestaltung der Gesetzgebung. In diesem Kontext berichteten die Interviewpartner:innen von **umfangreichen, komplexen und sich schnell verändernden Regelungen**.

*„Insgesamt ist es so, dass es ja immer wieder neue gesetzliche Vorgaben gibt und im Verlauf ist die Komplexität der gesetzlichen Vorgaben steil angestiegen und wir sind jetzt in einer derart komplexen Situation bezüglich der gesetzlichen Regelungen, dass das nicht mehr händelbar ist. Dass man nicht mehr rechtssicher handeln kann. Da sind wir schon relativ lange.“*

*„Naja, da die Corona-Verordnung ja viel dieser Veränderungen ist, kann man sich auf die nicht vorbereiten. Weil die werden verkündet und dann gelten sie. Also da ist keine Vorbereitung möglich.“*

*„Was die Arbeit generell erschwert im Pandemiebereich, ist natürlich, dass sich die Gesetzgebung so schnell immer ändert. Also wenn man einfach zurückblickt am Anfang, da gab es ja noch gar keine Verordnung vom Land und vom Bund und so weiter, da hat man sich quasi noch auf das Infektionsschutzgesetz gestützt. Dann irgendwann kam dann die Überarbeitung vom Infektionsschutzgesetz, ich glaube inzwischen gibt es die dritte oder vierte Überarbeitung. Und mittlerweile gibt es noch für*



*alle mögliche Bereiche einzelne Landesverordnungen [...]. Und diese Einzelverordnung [...], die ändern sich halt auch. Mal sind sie länger gültig, dann vielleicht mal zwei Monate gültig, mal sind sie halt wirklich nur für eine Woche gültig bis sie dann wieder verändert werden.“*

Die gesetzlichen Regelungen wurden in den Interviews als **dem Infektionsgeschehen hinterherhinkend** und zum Teil **uneindeutig** beschrieben.

*„Und was ein Riesenproblem ist, ist dass die Gesetzgebung, also die Coronaverordnung, Absonderung insbesondere, aber auch andere Coronaverordnungen, den tatsächlichen Infektionsgeschehen und das, was die Wissenschaft dazu weiß, einfach Wochen bis Monate hinterherhinkt. [...] Wir sehen die Bedrohlichkeit der Ausbruchsgeschehen derzeit extrem deutlich und wir können nicht handeln, weil die Gesetze auf ganz anderen wissenschaftlichen Annahmen fußen.“*

*„Weil es widersprüchliche Angaben gibt in der Verordnung selber, also zwar nicht oft, aber das kommt auch vor. Weil es gibt immer Einzelfälle, die dann halt doch anders sind, und die man auch nicht in einer Verordnung irgendwie jetzt klar auslesen kann. [...] Also da, macht [man] sich halt auch angreifbar, wenn man das dann selber irgendwie interpretiert. Und [das] dann vielleicht nicht so interpretiert, wie es eigentlich vom Gesetzgeber gemeint ist, weil es einfach nicht klar ist.“*

*„Die Gesetzgebung muss eindeutig sein in den verschiedenen Situationen und nicht so viel Interpretationsspielraum lassen, wie es vielleicht momentan herrscht, im Endeffekt. Das Problem ist, wenn man halt Interpretationsspielräume lässt, dann entscheiden drei unterschiedliche Gesundheitsämter auf drei unterschiedliche Arten und Weisen und das verunsichert im Endeffekt die Bevölkerung. Also es müssen ganz klare Vorgaben gemacht werden, aber auch wie gesagt, von oben herab.“*

Zudem nahmen die Interviewpartner:innen **realitätsferne Regelungen** als Barrieren für ein erfolgreiches Pandemiemanagement wahr. Häufig waren **Gesundheitsämter nicht in die Entscheidungsfindung gesetzlicher Regelungen eingebunden**, sodass hier aus Sicht der Interviewpartner:innen für die Zukunft Optimierungspotenzial bestünde.

*„Weil die Gesundheitsämter nie bei Gesetzesänderungen ausreichend gehört werden. Sie aber die einzige sind oder eigentlich der zentrale Auskunftgeber dazu sind, wie gesetzliche Veränderungen sich in der Exekutive und in der Umsetzung auf der Mikroebene auswirken. Auf der Mikro- und auf der Mesoebene.“*

*„Was sinnvoll ist, grundsätzlich wäre, wenn hohe Entscheidungen getroffen werden, aber auf die Basis angehört wird. Weil ich kann mir nicht von jemanden was anordnen lassen, der das weder probiert hat, weiß wie es umgesetzt werden soll, noch die Ahnung hat, was das für Konsequenzen mit sich zieht. Und da sollten wirklich in Zukunft alle unteren Gesundheitsbehörden, also Gesundheitsämter, die da irgendwie mit involviert sind, auch angehört werden und das regelmäßig auch. Regelmäßig an so Veranstaltung teilnehmen zu lassen, gerade wir an der Basis, wir sollen es umsetzen, aber die Vorstellungen, wie sie es so von oben nach unten runterbrechen, die sind utopisch, das ist nicht machbar. Das wäre von mir aus ein Vorschlag, wie das zukünftig besser laufen könnte.“*

*„Also es müssen ganz klare Vorgaben gemacht werden, aber auch wie gesagt, von oben herab. Und dafür wäre es eben halt auch wichtig, dass man, dass die Gesetzgebung, auch die ausführenden Behörden oder auch die anderen Stellen, die betroffen sind, sind es Schulen oder Kitas oder sonst was, dass die halt auch miteinbezogen werden, wie sowas überhaupt umgesetzt werden könnte. Also das ist*



*halt auch was, habe ich ja schon gesagt, manchmal ist die Gesetzgebung sehr realitätsfern und man fragt sich, wer die Gesetze da macht.“*

## Kommunikation der Gesetzgebung

Die **teilweise unverständliche und kurzfristige Kommunikation der Gesetzgebung** empfanden die Interviewpartner:innen als Barrieren im Pandemiemanagement. Für die Zukunft wurde der **Wunsch nach einer Aufbereitung der Verordnungen und Vorabinformationen für die Gesundheitsämter** formuliert.

*„Und wir mussten uns jetzt mit diesen ganzen Paragraphen auseinandersetzen und nicht jeder hat dieses Know-how Infektionsschutzgesetz runterzubeten, Paragraph XY.“*

*„[...] und sowas könnte eigentlich schon vom SM kommen. Die bereiten eine neue Verordnung vor, die wissen was in der Alten steht, dann könnten sie uns es doch schon eigentlich hinlegen, ‚Hört mal zu, das und das und das hat sich neu geändert und verändert. Und das und das ist jetzt die neue Ansage.‘“*

*„Also ich würde mir wünschen, dass Behörden vorher informiert werden. Und wenn dann auch publik wird, schon fähig sind zu antworten und nicht gleichzeitig diese Information an alle kommt und die haben schon Fragen, aber wir haben die Verordnungen noch nicht gelesen. Das würde ich mir wünschen, dass wir als Behörde einfach, sei es ein Tag, einfach nur einen Tag vorher Bescheid wissen, dann haben wir nämlich schon mal einen Tag Vorsprung und können dann den Bürger\*innen ihre Antwort geben, die sie verdienen. Das hätte ich gerne.“*

Darüber hinaus wurde von **schleppender Kommunikation mit dem Land bei Fragen zu Regelungen** berichtet.

*„Dann dieser Prozess zum Rückspiegeln an das Sozialministerium, warten bis eine Antwort kommt, und bis eine Antwort kommt, gibt es dann meistens schon eine Corona-Verordnung. [...] Und ich glaube, da könnte man viel mehr zu den Gesundheitsämtern kommunizieren, weil die sind diejenigen, die das dann halt auch umsetzen müssen.“*

*„Und dann stellt man die eine oder andere Frage auch an das Land zurück und kriegt dann aber auch erst spät eine Antwort und es ist noch ein bisschen fraglich, ob das dann immer arg zufriedenstellend ist, was da drinsteht.“*

## Kommunikation mit der Bevölkerung

Die Kommunikation mit der Bevölkerung wurde neben der Gesetzeslage laut den Interviewpartner:innen durch weitere Faktoren erschwert. Hierzu zählten **unkooperatives Verhalten, Unsicherheiten, Ängste und Frust in der Bevölkerung** sowie **Sprachbarrieren**.

*„Es würde schon mal reichen, wenn die Leute zurückrufen. Also wir rufen an und dann geht keiner dran, wir sprechen auf den Anrufbeantworter und hören nichts von denen. Dann denke ich mir halt auch, ‚Das kann doch nicht sein‘. [...] Wir wollen ihnen eigentlich nur helfen, wir wollen eigentlich unserem Land helfen.“*

*„Ich würde sagen, es sind die Rückfragen der Bevölkerung oder der Indexe, weil die dann auch nicht mehr durchblicken. ‚Hey, was ist jetzt los? Was darf ich? Was darf ich nicht? Wie sieht es aus bei Reiserückkehrern? Kriege ich meinen Lohn, wenn ich nicht geimpft bin? Wie ist es, wenn ich geimpft bin?‘ Also es sind auch Themen, wenn die*



*dann aktiv zurückrufen, dann kommt man auch seiner Arbeit in dem Sinne nicht nach, weil da ständig diese Rückfragen kommen.“*

*„Was die Situation für uns sicherlich auch erschwert hat, ist die Zusammensetzung der [...] Bevölkerung. Die ja sehr durchmischt ist. Gerade auch, was Menschen angeht mit Migrationserfahrung und entsprechend dann Sprachkenntnisse oder nicht vorhandenen Sprachkenntnissen.“*

## Zusammenarbeit mit lokalen Akteur:innen

Die Zusammenarbeit mit lokalen Akteur:innen wurde in den Interviews überwiegend positiv eingeschätzt. Erwähnt wurde beispielsweise **eine gute Zusammenarbeit mit Fachbereichen der Stadt, der Stadtverwaltung, Kliniken und dem Land**. Nur vereinzelt wurde von weniger guter Zusammenarbeit berichtet.

*„Und man ist da nicht allein gelassen worden. Man hatte im Endeffekt immer verschiedene Fachleute von den Fachbereichen dabei, mit denen man das im Prinzip im Dialog, in wöchentlichen Jour-Fixe-Terminen beispielweise, besprochen hat. Und das ist eine gute Zusammenarbeit gewesen, auch dadurch, dass so viele beteiligt waren sind wichtige Sachen, die einem selber in dem Moment nicht gekommen sind, dann auch offen angesprochen worden. So wie eine Arbeitsgruppe halt eigentlich funktionieren soll.“*

*„Aber was wir ganz toll finden, ist diese Zusammenarbeit zwischen Juristen und wir vom Gesundheitsamt. Also unsere Dienststelle [Stadt] hat ja verschiedene Dienststellen und die Juristen sind jetzt enger im Boot [...]. Wir wussten zwar, da gibt es einen Datenschutzbeauftragten, da gibt es Rechtsamt. Ne, das weiß man schon. Aber wie eng man da jetzt in einem Austausch ist und wie man jetzt miteinander redet, das fand ich jetzt auch ganz toll.“*

*„[...] zum Beispiel habe ich einen Rundbrief formuliert an die Niedergelassenen, [wir] kriegen kaum eine Resonanz.“*

**Netzwerke, die bereits vor der COVID-19-Pandemie bestanden**, wurden als förderlicher Faktor für eine gute Zusammenarbeit beschrieben.

*„Beim Land glaube ich, da sind wir auf unterschiedlichen Ebenen. [...] Das funktioniert aber, weil man die Menschen kennt und weil ich die natürlich schon länger kenne und ich glaube, nein, es ist so, dass ich sagen kann, [...] vielleicht habe ich in diesen gut anderthalb Jahren zehn Mails denen geschrieben, aber da kriege ich ganz schnell eine Antwort.“*

## Kommunikation mit Softwareentwickler:innen und Anpassung an Bedarfe der Gesundheitsämter

Die Kommunikation mit Entwickler:innen von Softwarelösungen für das Pandemiemanagement wurde von den Interviewpartner:innen unterschiedlich wahrgenommen. Zum Teil erschwerte **der unzureichende Support der Unternehmen** die Arbeit im Gesundheitsamt. **Direkte Rückmeldemöglichkeiten und Ansprechpersonen für die Gesundheitsämter** wurden hingegen als unterstützend empfunden.



*„Ja und der Support letzten Endes vom [Softwareunternehmen] lässt mehr als zu wünschen übrig. Das hat uns die Arbeit sehr erschwert, erschwert sie mir heute noch.“*

*„Da sitzen Leute im [Softwareunternehmen], die dieses Tool entwickelt haben. Die sind halt einfach nicht in der Arbeit vom Gesundheitsamt eingebunden, das heißt sie kennen unsere Problematik nicht. Die setzen uns was vor und wenn wir Feedback geben, ‚Ja ok, das können wir gerade nicht technisch lösen‘. Das ist immer dieses ‚können wir gerade nicht technisch lösen‘.“*

*„Also vor allen Dingen auch mit der Betreuung. Also die sind zwar in [Standort des Softwareunternehmens], aber man hat jetzt auch schon so engen Kontakt gehabt mit denen, dass man da auch seine Ansprechpartner hat und/ Also da fühlen wir uns wirklich alle sehr gut betreut.“*

Bei der Anpassung der Software an die Bedarfe der Gesundheitsämter und sich ändernde Anforderungen zeigte sich ein heterogenes Bild. Zum Teil wurde die Erfahrung gemacht, dass **Anpassungen nicht oder nur langsam erfolgten, zum Teil wurden diese schnell umgesetzt.**

*„[...] und ich habe so das Gefühl, Prioritäten bei [...] dem Programm werden anders gesetzt, als sie in den Gesundheitsämtern eigentlich gebraucht werden. Vielleicht braucht man da einfach noch eine Brücke, zwischen den Gesundheitsämtern zu [Softwareunternehmen] und das dann möglichst niederschwellig.“*

*„Die [Softwareunternehmen] haben immer relativ zeitnah reagiert. Und wir haben auch einen direkten Ansprechpartner gehabt und die sind natürlich auch auf uns/ Also nicht nur auf uns, sondern auf alle Gesundheitsämter angewiesen gewesen, zu sagen: ‚Hey wir brauchen, um irgendwann mal zu digitalisieren, muss das Programm diese Anwendung aufnehmen oder Tagebücher zum Beispiel der Kontaktperson [...].‘ Und da hat auch das Softwareunternehmen immer wirklich sehr zeitnah und sehr schnell reagiert.“*

## Qualität und Eigenschaften von Softwarelösungen

Von einigen Interviewpartner:innen wurde die teilweise unzufriedenstellende Qualität von Softwarefunktionen thematisiert. Auch wenn die **Idee hinter Softwarelösungen** aus Sicht der Interviewpartner:innen **meist gut** gewesen sei, traten **in der Umsetzung oftmals Fehler und Unzulänglichkeiten** auf.

*„Prinzipiell finde ich diese Idee von [Software] auch richtig gut, dass man nur noch ein System hat, das man benutzt.“*

*„Die [Softwareunternehmen] laden Konverter hoch, wollen zehn Fehler beheben, vier haben sie davon behoben, sechs sind geblieben und fünf neue Fehler kamen dazu. So können Sie sich das vorstellen und das macht ehrlich gesagt keinen Spaß mehr.“*

*„[...] es gibt sehr viele Plausibilitätsprüfungen, wenn da zum Beispiel in der Adresszeile ein Leerzeichen nach der Hausnummer ist, dann ist es schon ein Problem für [Software]. Also ich versteh nicht, [...] dass das sich an sowas aufhängt. Also Sorry, ein Leerzeichen zu viel oder ein doppeltes Leerzeichen, das kann man algorithmisch lösen, das ist kein Problem. Also das ist das, was zum Großteil das Fallmanagement belastet. Diese Plausibilitätsprüfungen, weil/ Naja sie werden halt elektronisch erstellt und es ist halt eine Maschine, die kann nur soweit denken wie der Programmierer.“*



Softwarelösungen waren zudem zu Beginn der Pandemie **nicht an COVID-19 angepasst** und **notwendige Anpassungen** erfolgten teilweise **zu spät**. Wurde Software **schnell an Anforderungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie angepasst**, wurde dies von den Interviewpartner:innen positiv bewertet.

*„Es [Software A] ist auch ein Programm was nicht so schnell aus dem Boden gestampft wurde, was auch viele Jahre Entwicklung und natürlich auch Ausbruchssituationen erprobt ist. Das war bei [Software B] nicht der Fall, nur eben in endemischen Gebieten, was [andere Infektionskrankheit] betrifft, und dafür wurde dieses Programm ja ursprünglich mal etabliert. Und wir haben das wirklich zu so einem desolaten Zustand aufgespielt bekommen [...]. Die Hälfte war auf Englisch, mit englischen Fachausdrücken, worüber wir ja gar nicht so wirklich Bescheid wissen. Es ist auch so im Medizinischen, ist schon schwer zu verstehen, die englischen Ausdrücke, aber das waren halt wirklich so abgekürzte Ausdrücke [in fremder Sprache], wo ich mir dachte ‚Alter jetzt geht’s richtig rund‘.“*

*„Es ist ein Programm, das glaube ich zur [Nachverfolgung einer anderen Infektionskrankheit] entwickelt wurde. Und in vielen Punkten nicht wirklich auf das zugeschnitten ist, was jetzt aktuell gebraucht wird.“*

*„oder jetzt durch das Impfen zum Beispiel, dass man ja die Impfinzidenz braucht und so weiter und so fort: ‚Wie macht man das jetzt mit einer dritten Impfung?‘. In [Software] gibt es kein Feld, da können Sie sich gerne festhalten, was das abbildet, dass eine Person dreimal geimpft ist. Also müssen wir so tricksen, dass es so verständlich rüberkommt bei der Landesbehörde, dass das in die Zahlen mit einfließen kann. Und das ist nicht unser Job, Lösungswege in der Hinsicht zu finden.“*

Softwareupdates wurden von den Interviewpartner:innen als besonders fehleranfällig beschrieben. **Im Rahmen von Updates funktionierten Systeme teilweise tagelang nicht mehr.**

*„Naja gut, dass zum Beispiel dann Systeme, wenn sie umgestellt werden, dann erstmal tagelang nicht richtig funktionieren, oder dass da extremst nachgesteuert werden muss, dass es zu Fehlern kommt. Gerade bei der Umstellung, dass da Daten auf einmal doppelt vorhanden sind und mühselig wieder aussortiert werden müssen.“*

*„Und wir haben [...] dieses Jahr im Sommer auf [Softwareupdate] umgestellt, also die Schnittstelle zu [Software], das war kein großes Unterfangen in der Hinsicht, aber wir kämpfen heute noch mit den Auswirkungen und das während einer Pandemie [...]. Das in so einem Zeitraum wirklich zu machen, ist hirnrissig meiner Meinung nach, weil so viele Leute abgestellt werden müssen, die sich damit beschäftigen, auf Hochdruck, das ganze hochpolieren müssen, um dann hinterher feststellen zu müssen ‚Ätsch ätsch, das hat nicht funktioniert‘. Die ganze Übertragung sollte 18 Stunden laufen nach deren Hochrechnung, hat über zwei Tage bei uns gedauert, dann wollten sie es abbrechen.“*

Darüber hinaus wurde in den Interviews von **fehlenden Schnittstellen zwischen Softwarelösungen** berichtet, die die Arbeit im Pandemiemanagement deutlich erschwerten.

*„Und natürlich hilft es auch nicht, [...] dass das [Software A] und [Software B] sich so Hund und Katz sind und die Schnittstellen einfach nicht richtig zusammenpassen wollen. Also, dass man eins vom [Softwareunternehmen A] und eins vom [Softwareunternehmen B] entwickeln lässt, ist für mich immer noch völlig/ Ja, verstehe ich nicht, was da der Hintergedanke war.“*



*„Wir haben dann relativ bald [Software A] eingeführt und es ist wirklich unbefriedigend, wie lange Schnittstellen nicht funktionieren. Da wirft man eine Lösung auf den Markt und dann kommt es aber nicht, dass man [da]zu Schnittstellen hat. Also wir haben zwischendurch/ Im Grunde hätten wir dreimal die Stammesdaten der Personalstammsätze eintragen müssen zu [Software B], zu [Software C] und zu [Software A], weil die Schnittstellen nicht funktioniert haben.“*

Die Anwender:innenfreundlichkeit von Softwarelösungen wurde von den Interviewpartner:innen unterschiedlich eingeschätzt. Einige Softwarelösungen wurden als **übersichtlich und selbsterklärend** beschrieben, andere wiederum als **unübersichtlich und umständlich**.

*„Es war einfacher tatsächlich als [Software]. Man hat irgendwie schneller den Überblick gehabt [...]“*

*„Ist aber von der Anwenderfreundlichkeit her schon selbsterklärend.“*

*„Das Programm war relativ komplex und umständlich, ist auch mit der Zeit [...], mit den verschiedenen Updates, immer komplexer und unübersichtlicher geworden, weil sich dieses Programm entlang der Gesetzestexte gehandelt hat und der RKI-Vorgaben und dann immer Satz für Satz im Grunde [...] irgendwie in eine Computeroberfläche übersetzt hat.“*

*„Man hat Felder, die in gewisser Weise aus meiner Sicht ungünstig beschrieben sind. Die Dokumentation in der Hinsicht finde ich auch superschlecht. Teilweise gibt es die Möglichkeit, mit Mouseover sich Hinweise anzeigen zu lassen. Bei ganz vielen Bereichen von [Software] gibt es die nicht.“*

## Einheitliche Vorgehensweisen der Gesundheitsämter

Obwohl alle Gesundheitsämter vor ähnlichen Herausforderungen standen, berichteten die Interviewpartner:innen von **fehlendem Austausch, fehlenden einheitlichen Vorgaben und der Entwicklung von Einzellösungen in den unterschiedlichen Gesundheitsämtern**, sodass **uneinheitliche Vorgehensweisen** entstanden.

*„[...] weil wir schon in einem Bundesland oft das Rad 38-mal neu erfinden und auf Bundesebene ist es ja genau dasselbe. Von daher, dass uns dann alle 400 weiß ich nicht wie viele Gesundheitsämter, die irgendwie dasselbe Problem haben und jeder für sich da rumwurstelt und das ist einfach nicht zielführend an der Stelle. Also da könnte man glaube ich noch ganz, ganz viel machen.“*

*„Ja, also, was ich bis heute nicht verstehe, ist, dass jedes Gesundheitsamt bei jeder neuen Coronaverordnung, die ja eigentlich bundeslandweit gilt, selbständig analysieren muss, interpretieren muss und darauf eingehen muss. Also, das verstehe ich bis heute noch nicht.“*

Als weiteres Beispiel wurden in diesem Kontext die **fehlende oder späte Vorgabe einheitlicher Softwarelösungen für alle Gesundheitsämter** und die daraus resultierende **Verwendung unterschiedlicher Softwarelösungen** genannt. Für die Zukunft wünschten sich die Interviewpartner:innen die **Etablierung einer guten, einheitlichen Software**.

*„Also vorher war es schon auffällig, da hat ja wirklich jedes Gesundheitsamt, soweit ich weiß sein eigenes Süppchen gekocht, sage ich mal. Und auch zu Beginn der ersten Welle, beziehungsweise die ganze erste Welle hindurch, wurden wahrscheinlich zig*



*unterschiedliche Programme und Vorgehensweisen gewählt [...]. Wahrscheinlich hat es jeder irgendwie anders gemacht, ein eigenes Programm benutzt oder vielleicht auch eigene Sachen programmiert. Aber ich denke schon, dass es besser ist, wenn jeder mit den gleichen arbeitet.*

*„Ja, also dass man zum Beispiel so lange gewartet hat, bis man ein einheitliches System vorgegeben hat, wie zum Beispiel [Software], hat es erschwert. Das [Software] ist ja jetzt auch noch pro forma eingeführt, in vielen anderen Gesundheitsämtern benutzen das, andere Gesundheitsämter haben es installiert, beziehungsweise sich die Lizenzen dafür gesichert, benutzen es aber nicht. Weil sie selbst bessere Systeme haben oder Systeme einfach, die jetzt laufen und wo die Umstellung den Aufwand nicht rechtfertigen würde.“*

*„Wenn wir jetzt alle meldepflichtigen Krankheiten über [Software] erfassen würden, wäre es ja kein Problem, dann direkt eine neue meldepflichtige Krankheit da mit aufzunehmen. So meinte ich das. Dass es da schnell und zügig vor allem mit einem zentralen System [...]/ Das macht dann eigentlich schon Sinn, wenn man zentral ein System hat, wo man schnell Änderungen von oben herab machen kann, dass es nicht zwei Jahre dauert, bis es vereinheitlicht wird.“*

## Datenaustausch

Die Uneinheitlichkeit des Vorgehens spiegelt sich laut Interviewpartner:innen auch in einem **bisher nicht funktionierenden Fallaustausch zwischen den Gesundheitsämtern** wider.

*„Bis sich die Gesundheitsämter untereinander eingespielt haben, das hat auch wieder gedauert. [...] In vielen Fällen ist es aber auch so: Bis diese Übermittlung stattfindet, ist die eigentliche Kontaktperson bei uns schon wieder als Fall bekannt und umgekehrt, auch bei den anderen Gesundheitsämtern. Weil wir schnell sein müssten und wir sind nicht schnell.“*

Als Barriere für den Datenaustausch wurde von den Interviewpartner:innen berichtet, dass **Softwarelösungen einen Fallaustausch noch immer nicht ermöglichen**. Dies solle in Zukunft möglich gemacht werden.

*„Und ich glaube, dass, wenn das richtig gut durchdacht gewesen wäre, wir auch dann bundesweit effizienter, viel schneller miteinander kommunizieren könnten, die Fälle uns gegenseitig hin und her schieben könnten, von Landkreis zu Stadtkreis und so weiter und sofort in der Zuständigkeit. Die Funktion gibt es, ist aber immer noch nicht freigeschaltet, zum Beispiel. Also hängen wir immer noch da und faxen jeden Befund für den wir nicht zuständig sind. Also faxen nicht in Papierform, bei mir [...] läuft alles digital. Müssen wir trotzdem noch an die entsprechenden Stellen faxen und eine Begründung dazu schreiben und, und, und, und, was einfach nur ausbremst und Zeit kostet.“*

*„Was total cool wäre, aber das wird nicht funktionieren sofern nicht alle oder viele andere Gesundheitsämter [Software] nutzen, ist die Funktion Kontaktpersonen und Indexe abzugeben, die nicht in dem eigenen Zuständigkeitsbereich sind. Das hätte deswegen großen Charme, weil a) ich muss dem anderen Kreis, der anderen Stadt ja dann personenbezogene Daten übermitteln. Das ist datenschutzrechtlich immer ein bisschen schwierig. Und der Medienbruch. Also wir haben die Daten, haben sie im Normalfall auch schon eingegeben, wenn wir sie am Telefon haben oder von irgendjemandem genannt bekommen haben und könnten die so einfach rüberschieben. Dann würde es dort aufploppen und die können es für sich noch einmal verifizieren, die*



*müssen es nicht übernehmen, aber hätten dann einfach schon alles da. Das wäre total charmant, weil es einfach auch nochmal sicherlich Ressourcen bindet, die man an anderer Stelle sinnvoller nutzen könnte.“*

Uneinheitlichkeit besteht zudem nach Aussagen der Interviewpartner:innen bei der **Befundübermittlung durch Labore, Praxen und Testzentren**. Die Einführung einer einheitlichen Software hat hier jedoch zu einer Besserung beigetragen.

*„Was hat uns noch die Arbeit erschwert? Die Kooperation von Laboren [...] Wir kriegen Meldungen von so schätzungsweise 30 bis 70 Laboren bundesweit und jedes Labor hatte damals ein anderes Format.“*

*„Was tatsächlich nochmal eine größere Hilfe war, war die Einführung von [Software]. [...] Dass wir die ganzen Labormeldungen über diese Schnittstelle bekommen können. Und nicht mehr per Fax, wie das ja immer mal wieder auch in der Presse herumgegeistert ist.“*

Eine weitere Barriere sahen die Interviewpartner:innen **im Datenschutz**. Sie äußerten für die Zukunft den Wunsch, dass **einheitliche Lösungen für einen rechtssicheren Datenaustausch** bereitgestellt werden.

*„Der Datenschutz grätscht einfach ständig rein. Es könnte einfacher gelöst werden, zum Beispiel könnte man die Impfdaten auf der Gesundheitskarte speichern, fertig. Braucht man keine CovPass-App. Ja, das wäre so ein Ding. Oder wenn man einen medizinischen Befund hat, weil wir sind ja/ Also wir halten uns ja intern an den Datenschutz und ich frage mich, warum wir immer 10000 Einverständniserklärungen brauchen, um irgendeinen Befund zu kriegen, wenn der Befund einfach per Email hergeschickt werden kann. So, ‚Hä?‘. Kann ich nicht verstehen.“*

*„Und zusätzlich fühlt man sich dann auch so ein bisschen im Bereich Datenschutz allein. Also, da ist es auch schwierig, irgendwie wirklich mal nützliche Informationen zu bekommen. Beziehungsweise, dann kriegt man irgendwie mit, über irgendwelche Hinterwege: ‚Ja, es gibt dieses und dieses Tool, mit dem Sie überprüfen können, ob [das] E-Mail-Postfach des Empfängers überhaupt gesichert ist, oder ob es da dann auch wieder irgendwelche Schwierigkeiten gibt‘. Weil, wir arbeiten hier mit medizinischen Befunden. [...] Also, in dem Bereich wäre ein gewisser Rückhalt und eine gewisse Sicherheit, ‚Wie genau kann ich jetzt damit umgehen?‘, halt doch ganz schön gewesen.“*

*„Aber für die Kommunikation brauchen wir Softwarelösungen. Wir schicken ja immer noch E-Mails mit gesundheitsrelevanten Daten und da muss es zwischen Gesundheitsämtern und der Bevölkerung und den Einrichtungen, den Praxen, Krankenhäusern, Pflegeheimen und der Landesebene eine Möglichkeit geben, Daten sicher zu kommunizieren. Und zwar eine, die vom Land oder vom Bund vorgegeben wird.“*

## 3.2 Projektbaustein 2: Themenauswahl in bilateralen Priorisierungsgesprächen

### 3.2.1. Stichprobenbeschreibung

In Projektbaustein 2 nahmen Vertreter:innen aus insgesamt acht verschiedenen Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg die Themenpriorisierung für den Workshop vor.



Neben den in Projektbaustein 1 involvierten Gesundheitsämtern A und B, nahmen sechs weitere Gesundheitsämter an den Priorisierungsgesprächen teil.

Das Gesundheitsamt Mannheim, dessen Perspektiven bereits umfassend in Projektbaustein 1 einfließen, nahm an Projektbaustein 2 nicht teil. Der regelmäßige Austausch zwischen den Projektmitarbeiter:innen des CPD und des Gesundheitsamts unterstützte jedoch die Einordnung der Ergebnisse der Priorisierungsgespräche. Einen Einfluss auf die Priorisierung nahmen die Perspektiven aus Mannheim jedoch nicht.

Insgesamt wurden Gespräche mit jeweils einer Vertreterin oder einem Vertreter aus den jeweils acht Gesundheitsämtern geführt. Diese hatten in ihrem Gesundheitsamt zum Großteil eine Führungsposition inne (z.B. Fachbereichsleitung).

### 3.2.2. Priorisierung der Handlungsfelder

Die Auswertung der Gesprächsprotokolle ergab eine eindeutige Priorisierung des Handlungsfelds „Einheitliche Vorgehensweisen der Gesundheitsämter“ für den Workshop. Dieses Handlungsfeld wurde von vier der acht Vertreter:innen mit der höchsten Priorität eingestuft. Die „Einführung neuer Programme im Gesundheitsamt“ und die „Kommunikation mit Softwareentwickler:innen und Anpassung an Bedarfe der Gesundheitsämter“ wurde von drei Gesprächspartner:innen zu einem Digitalisierungsthema zusammengefasst und in verschiedene Prioritätsstufen eingeordnet. Eine Übersicht über die Ergebnisse der Priorisierung ist in Tabelle 3 dargestellt.

**Tabelle 3.** Ergebnis der Themenpriorisierung für den Workshop

| Themen                                                                                                                                                                                                         | Stimmen für Priorität |    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|----|
|                                                                                                                                                                                                                | 1                     | 2  | 3  |
| Einheitliche Vorgehensweisen der Gesundheitsämter                                                                                                                                                              | III                   |    | I  |
| Einführung neuer Programme im Gesundheitsamt + Kommunikation mit Softwareentwickler:innen, Anpassung an Bedarfe der Gesundheitsämter (Von den meisten Teilnehmenden als Digitalisierungsthema zusammengefasst) | II                    | I  | II |
| Amtsinterne Prozessgestaltung                                                                                                                                                                                  | I                     | I  |    |
| Kommunikation der Gesetzgebung                                                                                                                                                                                 |                       | II | I  |
| Amtsinterne Strukturierung des Pandemiemanagements                                                                                                                                                             |                       | II |    |
| Zusammenarbeit mit lokalen Akteur:innen                                                                                                                                                                        |                       | I  | I  |
| Belastung des Personals                                                                                                                                                                                        |                       |    | II |
| Amtsinterne Informationsweitergabe                                                                                                                                                                             |                       |    | I  |
| Kommunikation mit der Bevölkerung                                                                                                                                                                              |                       |    |    |
| Einarbeitung des (neuen) Personals                                                                                                                                                                             |                       |    |    |

Für die Priorisierung des Handlungsfelds „Einheitliche Vorgehensweisen der Gesundheitsämter“ gaben die Gesprächspartner:innen verschiedene Gründe an. Für einige Gesprächspartner:innen hatte das Thema eine hohe Relevanz. Einheitlichkeit sei insbesondere in räumlich nahen Gebieten hilfreich, um sich als Gesundheitsamt weniger



angreifbar zu machen. Veränderungen in diesem Handlungsfeld wurden außerdem als sehr wichtig empfunden, da zentral vorgegebene Lösungen oder die Möglichkeit zum Fallaustausch die tägliche Arbeit sehr erleichtern könnten. Gesprächspartner:innen berichteten von Versuchen gemeinsame Vorgehensweisen zu etablieren, beispielsweise in Form regelmäßiger Amtsleitungsmeetings, auf die aufgebaut werden könnte. Darüber hinaus erschien der Austausch zu diesem Thema mit unterschiedlichen Gesundheitsämtern im Format eines Workshops sinnvoll.

Vertreter:innen, die das Handlungsfeld nicht priorisierten, berichteten von erfolglosen Versuchen in den Austausch zu kommen und einheitlichere Vorgehensweisen zu etablieren, die insbesondere aufgrund unterschiedlicher Amtsstrukturen scheiterten. Gegen die Priorisierung spräche auch der Föderalismus in Deutschland, für den eine zentrale Lösung nicht die beste sei.

### 3.3 Projektbaustein 3: Workshop

Um auch die zurückhaltenden Perspektiven aus den Priorisierungsgesprächen zu berücksichtigen, wurde das Workshopthema etwas breiter als das priorisierte Handlungsfeld gefasst. Der Workshop fand unter dem Titel „Gemeinsamkeiten stärken, Unterschiede leben: Was kann der ÖGD aus der Pandemie lernen?“ statt.

#### 3.3.1. Stichprobenbeschreibung

Für den Workshop konnten zusätzlich zu den Gesundheitsämtern, die bereits an den Projektbausteinen 1 und 2 beteiligt waren, drei weitere Gesundheitsämter aus Baden-Württemberg rekrutiert werden. Anwesend waren unter anderem stellvertretende Amtsleitungen und Abteilungsleitungen. Neben den Gesundheitsämtern nahmen drei Vertreter:innen des Landesgesundheitsamts Baden-Württemberg am Workshop teil.

#### 3.3.2. Ergebnisse des Workshops

Die Workshopteilnehmer:innen gaben an, bereits in verschiedenen Bereichen einheitliche Vorgehensweisen etabliert zu haben. Hierzu zählten ein Hygiene-Leitfaden im Kita-Bereich, RKI-Ratgeber, Fragebögen und Checklisten im Bereich Infektionsschutz, jährliche Fortbildungen einzelner Fachbereiche, die auch als Möglichkeit zum Netzwerken dienten, wöchentliche Austauschrunden mit Nachbarlandkreisen in akuten Phasen und Rahmenhygienepläne für die Begutachtung von nicht-medizinischen Einrichtungen.

Bei der Gegenüberstellung von Chancen und Risiken einheitlicher Vorgehensweisen überwogen aus Sicht der Teilnehmer:innen die Chancen. Teilnehmer:innen gaben an, dass einheitliche Vorgehensweisen **offenkundig notwendig** wären und eine **Qualitätssicherung** darstellten. Sie beschrieben, dass sie sich **als Gesundheitsamt weniger angreifbar** machen würden. Einheitlichere Vorgehensweisen könnten **Transparenz** schaffen und damit auch zu einer **größeren Akzeptanz in der Bevölkerung** führen. Zudem wäre der **Austausch zwischen den Gesundheitsämtern** leichter. Einheitliche Vorgehensweisen könnten einen **Personalaustausch** für die Unterstützung besonders belasteter Gesundheitsämter



ermöglichen, beispielsweise in Form des Remotearbeitens. Zudem wurde von den Teilnehmer:innen angemerkt, dass Gesundheitsämter gegenüber der Regierung mit einer **gemeinsamen Argumentationsstärke** auftreten könnten. Einheitliche Vorgehensweisen sollten jedoch als **Hilfestellung** verstanden werden, nicht als Verbindlichkeiten.

Risiken einheitlicher Vorgehensweisen stellten aus Sicht der Teilnehmer:innen die **sehr unterschiedlichen Bedingungen** in den einzelnen Gesundheitsämtern dar. Es sollte nicht zu einer „Überangepasstheit“ kommen. Einheitliche Vorgehensweisen könnten die **Flexibilität der Gesundheitsämter sowie den eigenen Ermessensspielraum einschränken**. Zudem könnten einheitliche Vorgehensweisen **zeitliche Verzögerungen** für die einzelnen Ämter bedeuten.

Nach einem ersten Brainstorming zur Leitfrage „Wie geht es gemeinsam besser?“ im Plenum, bildeten sich 4 Kleingruppen, in denen spezifische Aspekte vertieft und konkrete Ansatzpunkte für Handlungsempfehlungen entwickelt wurden.

Die Kleingruppe „Kommunikation/ Austausch auf operativer Ebene“ thematisierte u.a. eine **Divergenz zwischen den von übergeordneten Behörden vorgegebenen Lösungen und der Umsetzbarkeit auf operativer Ebene in den Gesundheitsämtern**. Von außen seien Probleme oftmals nicht einfach sichtbar. Aus diesem Grund sei der Input der Basis notwendig, um Probleme und Zusammenhänge zu verstehen. Zudem **wüssten Mitarbeiter:innen eines Gesundheitsamts oftmals nicht, wie Prozesse in anderen Gesundheitsämtern abliefen**, sodass häufig lokale Lösungen konzipiert würden. Die Kleingruppe beschrieb zudem, dass **häufig in Stabsstrukturen gearbeitet** würde, die nicht als langfristige Lösung gedacht seien.

Um den Austausch auf operativer Ebene zu stärken, wurde ein **regelmäßiger Austausch zwischen Gesundheitsämtern** als wichtig erachtet. Das Austauschformat sollte verstetigt und **auch außerhalb von gesundheitlichen Notlagen angeboten werden**. In diesem könnten **Best Practice Beispiele** präsentiert und **Expert:innen für externen Input eingeladen** werden. Die Grundidee der Kleingruppe war dabei, dass es neben dem Austausch der Amtsleitungen auch einen **Austausch auf operativer Ebene** geben sollte. Hierfür sollten die **Regierungspräsidien** besser eingebunden werden. Die Regierungspräsidien könnten einerseits kleinräumige Treffen ermöglichen. Andererseits könnten sie sich bei übergreifenden Fragen untereinander abstimmen. Aus Sicht der Teilnehmer:innen sollten die Regierungspräsidien für die Etablierung des Austauschformats verantwortlich zeichnen und das Formate moderieren und steuern. Ein weiterer Vorschlag der Gruppe betraf den **Austausch überregional relevanter Dokumente** mittels einer Wissensdatenbank ÖGD-BW, die momentan durch das Landesgesundheitsamt vorbereitet wird. In dieser könnten beispielsweise Erläuterungen zu **Verordnungen in verständlicher Sprache** zur Verfügung gestellt werden.

Die Kleingruppe „Digitale Unterstützung“ identifizierte **fehlende Schnittstellen**, (z.B. zwischen Gesundheitsämtern und zu anderen Behörden oder Krankenhäusern), sowie eine **datenschutzkonforme Kommunikation und Datenübermittlung** als Problembereiche. Gründe hierfür sah die Gruppe in der **Heterogenität der Softwarelösungen** und dem **Fehlen einer Austauschplattform**. Lösungsideen der Kleingruppe umfassten zunächst eine **standardisierte Bestandsaufnahme zu Softwarelösungen, die derzeit in Gesundheitsämtern verwendet werden**, sowie den **aktiven Austausch darüber auf operativer Ebene**. Zudem wurde festgestellt, dass nicht alle Gesundheitsämter über bestehende Austauschplattformen (z.B. AGORA) im Bild waren. Dieses Informationsdefizit



sollte aus Sicht der Kleingruppe behoben werden. Essentiell war für die Kleingruppe darüber hinaus, dass die **Austauschplattform moderiert** wird, um sie **aktuell und übersichtlich** zu halten.

Die Teilnehmer:innen der Kleingruppe „Orientierung durch Standards“ beschrieben die Problematik, dass im Rahmen der Pandemie **sehr viele Ressourcen für die Erarbeitung von SOPs aufgewendet** werden mussten. Zudem musste insbesondere in der ersten Welle **kontinuierlich neues Personal eingearbeitet** werden. Schwierigkeiten mit der bestehenden Plattform **AGORA** ergaben sich aus Sicht der Gruppe insbesondere durch die **fehlende Moderation** sowie **Unsicherheiten und fehlende Kenntnis über die Software** auf Ebene der Gesundheitsämter. **Lokale Aspekte der IT-Sicherheit** würden zudem den Zugang der Ämter zur Plattform erschweren oder verhindern. Als Lösung wurde vergleichbar mit den anderen Kleingruppen ein **operativer Austausch zwischen den Gesundheitsämtern** vorgeschlagen, um das Rad nicht jedes Mal neu erfinden zu müssen. Um dies zu erreichen, wurde die **Einrichtung einer landesweiten Plattform** als sinnvoll erachtet, in der wichtige Dokumente (z.B. PowerPoint-Präsentationen zur Einarbeitung in Software) für alle Gesundheitsämter zugänglich gemacht werden könnten. Diese Plattform könnte auch außerhalb von Krisenzeiten hilfreich sein. Am **Landesgesundheitsamt sollten Stellen geschaffen werden, um die Plattform zu moderieren** sowie vollständig und aktuell zu halten. Offen blieb die Frage, wie Gesundheitsämter motiviert werden könnten, das Material für eine solche Plattform zu erarbeiten. Die Kleingruppe äußerte überdies den Wunsch **weitere hilfreiche Vorgaben (z.B. für den Bereitschaftsdienst) vom Sozialministerium** zu erhalten.

Die Kleingruppe „Forderungen an die Politik“ beschäftigte sich schwerpunktmäßig mit der **Kommunikation zwischen den unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämtern) und der politischen Ebene in Baden- Württemberg**, dem Sozialministerium. Innerhalb der Gruppe herrschte Konsens, dass es eine strukturierte Vorgehensweise geben müsse, um Informationen, Einschätzungen und Wünsche der Gesundheitsämter Richtung Sozialministerium zu transportieren – aber auch umgekehrt, um **zeitnahe Austausche** zu ermöglichen. Hilfreich könnten hier Vorhandensein sowie Kenntnis **konkreter Ansprechpartner:innen** sowohl an den einzelnen Ämtern als auch innerhalb des Sozialministeriums sein. Ob die aktuelle Personalausstattung eine solche Möglichkeit zulasse, sei jedoch anzuzweifeln. Auch auf Bundesebene wurde diese Problematik diskutiert. Eine **Strukturierung der Kommunikation zwischen den einzelnen Ländern sowie zwischen den Ländern und den Bundesbehörden (RKI/BMG)**, um praxisnahe Anregungen und Hinweise aus den Ländern in Richtung der Bundesbehörden zu transportieren, wurde vorgeschlagen. Die vorgeschlagenen Vorgehensweisen sollten möglichst **außerhalb von Krisenzeiten** weiter gestärkt oder etabliert werden, um eine **vertrauensvolle Umgangs- und Kommunikationskultur** zu schaffen, die im Bedarfsfall als Basis für weiteren Austausch dienen kann.

### 3.3.3. Handlungsempfehlungen

Auf Basis einer Diskussion im Plenum und den Kleingruppenarbeiten wurden vom Projektteam Handlungsempfehlungen erstellt. Diese wurden im Umlaufverfahren von den Teilnehmer:innen des Workshops konsentiert. Die Handlungsempfehlungen sind im folgenden Kasten abgedruckt.



Grundsätzlich bestand unter den Teilnehmenden des Workshops Konsens, dass Regelstrukturen und –prozesse geschaffen werden sollten, die in Krisensituationen rasch an sich ändernde Bedarfe angepasst werden können. Die aktuell genutzten Krisenstabstrukturen im Sinne einer Ausnahmeregelung eignen sich nur eingeschränkt für länger andauernde Krisensituationen.

Im Rahmen des Workshops wurden übergeordnete Handlungsempfehlungen entwickelt (•) die teilweise durch konkretisierende Empfehlungen (○) ergänzt wurden. Die Reihenfolge der Handlungsempfehlungen ist nicht als Prioritätensetzung zu verstehen.

Da das Themenfeld Digitalisierung im Rahmen der Förderung von Maßnahmen zur Steigerung und Stärkung des digitalen Reifegrades des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland zeitnah ausführlich behandelt wird, wurde das Themenfeld im Rahmen des Workshops weniger detailliert bearbeitet.

### **Persönlicher Austausch**

#### **Leitungen der Gesundheitsämter und Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration**

- Der bereits bestehende **regelmäßige Austausch zwischen den Leitungen der Gesundheitsämter und dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration** sollte beibehalten werden.

#### **Mitarbeitende aus Gesundheitsämtern auf operativer Ebene**

- Zusätzlich sollten **regelmäßige Austauschformate auf operativer Ebene, d.h.** unterhalb der Amtsleitungsebene geschaffen werden.
  - Um den Austausch nachhaltig zu stärken, sollten in den Gesundheitsämtern *mehr Ressourcen für den Austausch* zur Verfügung gestellt werden.
  - Um den Austausch effizienter zu gestalten und die Anzahl der Personen auf eine Größe zu beschränken, die für alle Beteiligten einen besseren Austausch ermöglicht, könnten die Regierungsbezirke mit den Regierungspräsidien als mittlere Ebene zwischen den Landesbehörden und den einzelnen Gesundheitsämtern genutzt werden.
  - Um Verbindlichkeit zu schaffen, sollten *Verantwortlichkeiten hinsichtlich der Organisation* klar definiert werden (z.B. Benennung offiziell zuständiger Personen, konkrete Einladung mit Link und Datum).
  - Um den Austausch gewinnbringend zu gestalten, sollten *Bedarfe und Probleme in den teilnehmenden Gesundheitsämtern vorab zusammengetragen* werden.

### **Digitaler Austausch**

#### **Angebot einer digitalen Plattform für Wissensaustausch und Zusammenarbeit**

- Es sollte eine **digitale Plattform für Wissensaustausch und Zusammenarbeit** zwischen den Gesundheitsämtern geschaffen werden. Die Plattform sollte auch



Möglichkeiten zum asynchronen Austausch von Leitfäden oder Best-Practice-Beispielen sowie zur synchronen Zusammenarbeit in Form eines Chats bieten.

- Um eine breitflächige Nutzung zu ermöglichen, sollte die digitale Plattform allen Gesundheitsämtern *bekannt und für alle Ämter zugänglich und niederschwellig nutzbar* sein.
- Um die langfristige Nutzung, die Aktualität und die Übersichtlichkeit der Plattform zu fördern, sollte *die Plattform moderiert* werden (z.B. könnte hierfür eine Stelle im Sozialministerium geschaffen werden).

### Vereinfachung des digitalen Datenaustauschs

- Es sollte für alle Gesundheitsämter zeitnah die Möglichkeit geschaffen werden, **sensible Daten datenschutzkonform auszutauschen** (z.B. personenbezogene Daten, Fallaustausch).
- Langfristig sollte die Nutzung **einheitlicher Programme** angestrebt werden (u.a. im Fallmanagement).

### Beteiligung von Gesundheitsämtern

#### Beteiligung der Gesundheitsämter an der Erstellung verbindlicher und leicht verständlicher Dokumente für den ÖGD

- Gesundheitsämter sollten **bei relevanten Fragen zum Pandemiemanagement einbezogen werden**.
  - Um eine Beteiligung zu ermöglichen, sollten Gesundheitsämter *mehr Ressourcen für die Beteiligung an partizipativen Prozessen bereitstellen*.
- Gesundheitsämter sollten beispielsweise **bei der Entwicklung von Gesetzestexten miteinbezogen werden**.
- Gesetzestexte und Verordnungen sollten für die Gesundheitsämter in **einheitlichen und gut verständlichen Handlungsleitfäden aufbereitet werden**.
  - Um Fragen der Umsetzbarkeit und Praktikabilität zeitgerecht zu adressieren, sollte *die operative Ebene der Gesundheitsämter frühzeitig an der Erstellung der Leitfäden beteiligt werden*.
- Gesundheitsämter sollten **in die Entwicklung einheitlicher digitaler Lösungen einbezogen werden**.

## 4 Diskussion

Im Rahmen des Projekts ist es gelungen, Handlungsfelder zur Stärkung des Pandemiemanagements zu identifizieren und in einem Workshop konkrete Handlungsempfehlungen zu einem priorisierten Handlungsfeld abzuleiten. Die Relevanz der Ergebnisse für die Praxis konnte durch die Beteiligung von Vertreter:innen unterschiedlicher Gesundheitsämter in Baden-Württemberg in allen Projektbausteinen sichergestellt werden.



Aus der Analyse der semistrukturierten Interviews resultierten insgesamt 21 Handlungsfelder, die sowohl gesundheitsamts-interne als auch -externe Strukturen und Prozesse adressierten, wie z.B. *amtsinterne Prozessgestaltung*, *Personalakquise*, *einheitliche Vorgehensweisen der Gesundheitsämter*, *Digitalisierung*, *Kommunikation mit der Bevölkerung*, *Zusammenarbeit mit lokalen Akteuren* oder *Kommunikation der Gesetzgebung*. Bereits früh im Analyseprozess stellte sich heraus, dass die identifizierten Handlungsfelder vielfach in enger Beziehung zueinanderstehen und sich wechselseitig beeinflussen. So beeinflusst beispielsweise die beschriebene *Trägheit des ÖGD* u.a. die *öffentliche Wahrnehmung des ÖGD*. Diese wiederum kann sich negativ auf die *Personalakquise* auswirken. Die *Trägheit des ÖGD* beeinflusst zudem beispielsweise die *Digitalisierungsanstrengungen*, die wiederum Einfluss auf die *Einheitlichkeit der Vorgehensweisen der Gesundheitsämter* und den *Datenaustausch* haben. Die *Trägheit des ÖGD* mit all seinen Facetten zu adressieren, könnte daher eine positive Hebelwirkung für eine Vielzahl weiterer Handlungsfelder zur Stärkung des Pandemiemanagements haben. Die identifizierten Handlungsfelder bieten darüber hinaus praxisrelevante Anknüpfungspunkte für die Umsetzung von Maßnahmen zur Stärkung des ÖGD auch außerhalb des Pandemiemanagements. So kann eine Stärkung der Zusammenarbeit mit lokalen Akteur:innen oder eine verbesserte Kommunikation mit der Bevölkerung auch für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst oder die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung hilfreich sein.

Ähnlich wie die Interviewpartner:innen des gegenständlichen Projekts, problematisieren Sell et al. (2021) in ihrem Diskussionspapier basierend auf einer Umfrage der Mitglieder des Nachwuchsnetzwerks Öffentliche Gesundheit (NÖG) die bestehenden Defizite des ÖGD in Form von starren bürokratischen Prozessen, hierarchischen Amtsstrukturen, fehlender Innovationskraft, fehlenden Ressourcen, und negativer Außenwahrnehmung des Berufsbildes. Vergleichbar mit unseren Ergebnissen wurden ein hohes Maß an intrinsischer Motivation und Engagement unter den Fachkräften als kurzfristig erfolgreiche Strategien genannt, um solche Defizite auszugleichen. Nachhaltige Strategien fehlten bislang (Sell et al. 2021). Der NÖG fordert mit Nachdruck, die Sichtbarkeit in der Pandemie zu nutzen, um nicht nur beschränkt auf den Infektionsschutz personelle Ressourcen im ÖGD langfristig sicherzustellen (Sell et al. 2021). Interdisziplinäres und multiprofessionelles Zusammenarbeiten, wie es in den kurzfristig aufgestockten Teams zum Teil durch Zufall entstanden ist, sollte aktiv gefördert werden, um den vielfältigen Herausforderungen erfolgreich begegnen zu können und damit auch die Attraktivität des Berufsbildes zu steigern. Nachwuchsprobleme könnten adressiert werden, indem in einschlägigen Studiengängen, wie z.B. Medizin, Gesundheits- oder Sozialwissenschaften, berufliche Tätigkeitsfelder und Potenziale im ÖGD aufgezeigt werden (Sell et al. 2021).

Zugeordnet zum Handlungsfeld *Teaminteraktion* beschrieben die Interviewpartner:innen im gegenständlichen Projekt die Übertragung von Verantwortung durch die Führungsebenen und bewerteten sie positiv. Auch Klenk et al. (2021) vertreten die Meinung, dass Resilienz durch die Delegation von Entscheidungskompetenzen und das Schaffen gemeinsamer Wertevorstellungen gestärkt werden kann. Zukünftiges Krisenmanagement sollte daher eine ausreichende Balance zwischen zentralen Kompetenzen und Selbststeuerung in den einzelnen Arbeitsbereichen des Pandemiemanagements anstreben.

Das Thema *Einheitliche Vorgehensweisen der Gesundheitsämter* wurde von einer Mehrheit der Vertreter:innen der Gesundheitsämter für den Workshop priorisiert. Im Rahmen des Workshops wurden zu folgenden Themen konkrete Handlungsempfehlungen entwickelt und konsentiert: (1) Beibehalten eines regelmäßigen Austausches zwischen den Leitungen der



Gesundheitsämter und dem Sozialministerium Baden-Württemberg, (2) Etablierung eines regelmäßigen Austauschformats auf operativer Ebene unterhalb der Amtsleitungen, (3) Schaffung und Nutzung einer digitalen Plattform für Wissensaustausch und Zusammenarbeit, (4) Vereinfachung des digitalen Datenaustauschs sowie (5) Beteiligung der Gesundheitsämter an der Erstellung verbindlicher Dokumente (z.B. Gesetzestexte, einheitliche Leitfäden für den ÖGD). Allen Empfehlungen ist gemein, dass den beteiligten Instanzen Ressourcen für eine klare Zuständigkeit in Organisation und Umsetzung der genannten Empfehlungen bereitgestellt werden sollten. Übergeordnet herrschte zudem Konsens, dass insgesamt Regelstrukturen geschaffen werden sollten, die in einem Krisenfall nicht neu aufgebaut werden müssen, sondern intensiviert werden können. Auch kürzlich veröffentlichte Beiträge aus den Politikwissenschaften stützen unsere Ergebnisse und die Diskussion um Veränderungsprozesse im ÖGD. So berichten Klenk et al. (2021) in ihrer Betrachtung des ÖGDs während der COVID-19 Pandemie, dass ein wesentlicher Beitrag zur Resilienz eines Systems in der Fähigkeit zur Anpassung bestehe. Dies umfasst u.a. die Fähigkeit, Kapazitäten in Krisenzeiten schnell aufbauen zu können (Klenk et al. 2021) und deckt sich mit den Ergebnissen unseres Projekts, dass Grundstrukturen für Krisenbewältigung und Prävention auch außerhalb von Pandemiezeiten geschaffen werden sollten, die bei Bedarf aktiviert und entsprechend skaliert werden können.

In den Handlungsempfehlungen zeigte sich zudem das Querschnittsthema Kommunikation, das bei der Stärkung des Pandemiemanagements Beachtung finden sollte. Das Querschnittsthema umfasst u.a. den amtsinternen Austausch, ebenso wie den Austausch zwischen Gesundheitsämtern und Landesbehörden, die Kommunikation mit der Bevölkerung, die Kommunikation mit Softwareentwickler:innen sowie den Austausch der Gesundheitsämter untereinander. Um das Pandemiemanagement insgesamt zu stärken, gilt es Barrieren für die Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen unterschiedlichen Akteur:innen zu überwinden.

In ihrer Gesamtheit zeigen die aktuelle Literatur und die Ergebnisse unseres Projekts, dass ein Reformprozess des ÖGD dringend notwendig ist. Im Rahmen des *Pakts für den ÖGD* (Bundesgesundheitsministerium 2021b, 2021a) wurden erste wichtige Reformen angestoßen, wie z.B. Personalaufwuchs oder die Steigerung des digitalen Reifegrads. Auf dieser Basis aufbauend sollten die Erfahrungen aus der COVID-19 Pandemie dazu genutzt werden, um unter Beteiligung aller Stakeholder festzulegen, welche Prozesse und Strukturen erhaltenswert sind, was angepasst werden muss und was an neu gewonnenen Erkenntnissen nachhaltig implementiert werden sollte (Klenk et al. 2021).

## 4.1 Stärken und Limitationen

Das gegenständliche Projekt liefert erstmals qualitative Daten zu den Erfahrungen von Mitarbeitenden im COVID-19-Pandemiemanagement verschiedener Gesundheitsämter in Baden-Württemberg sowie konkrete Handlungsempfehlungen für den Bereich *Einheitliche Vorgehensweise der Gesundheitsämter*. Die im Rahmen des Projekts identifizierten Handlungsfelder können darüber hinaus Ausgangsbasis für weitere Maßnahmen zur Stärkung des Pandemiemanagements wie auch weiterer Aufgabenbereiche des ÖGD sein.

Verschiedene Limitationen sind bei der Interpretation der Projektergebnisse zu berücksichtigen. Die Studie bietet keinen repräsentativen Einblick in die bundesweiten Strategien zur Pandemiebewältigung und die Projektergebnisse lassen keine



verallgemeinernden Rückschlüsse auf das Pandemiemanagement in weiteren Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg oder in anderen Bundesländern zu. Der qualitative Forschungszugang im gegenständlichen Projekt eignet sich jedoch insbesondere für die multiperspektivische Darstellung des Pandemiemanagements in Gesundheitsämtern und ermöglichte eine inhaltlich vielschichtige Beschreibung der Herausforderungen und Erfolgsfaktoren eines gelingenden Pandemiemanagements. Um die skizzierten qualitativen Perspektiven um repräsentative quantitative Daten zu ergänzen, könnten auf Basis der Projektergebnisse Fragenbogenitems entwickelt und als quantitativer Fragebogen an Mitarbeitende des Pandemiemanagements in allen Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg bzw. bundesweit ausgegeben werden. Dies würde eine flächendeckende Einschätzung von Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Pandemiemanagements erlauben. Die gezielte Kombination aus qualitativen und quantitativen Forschungsansätzen könnte zu einer umfassenden Darstellung des Pandemiemanagements beitragen.

Da der Großteil der Interviewpartner:innen aus einem Gesundheitsamt kam, könnten die Ergebnisse stark durch die Rahmenbedingungen dieses Amtes geprägt sein. Die Priorisierungsgespräche mit Mitarbeitenden aus acht Gesundheitsämtern dienten neben der Themenwahl für den Workshop der gemeinsamen Reflexion der Interviewergebnisse im Sinne eines *Member Checkings*. Hier wurde deutlich, dass die identifizierten Handlungsfelder auch in anderen Ämtern von hoher Relevanz waren und Kernergebnisse der Interviews in allen beteiligten Gesundheitsämtern ähnlich erlebt wurden. Viele Gesprächspartner:innen fanden sich in den Zitate wieder. Die Handlungsempfehlungen aus dem Workshop konnten dementsprechend ohne weiteren Diskussionsbedarf durch die beteiligten Gesundheitsämter konsentiert werden. Um in zukünftigen Gesundheitskrisen Evidenzlücken kurzfristig schließen zu können, erscheint die Etablierung eines Netzwerks aus Gesundheitsämtern sinnvoll, die an Forschung zum ÖGD interessiert sind und die rasch für gemeinsame Forschungsprojekte mobilisiert werden können.

## 5 Ausblick

Die im gegenständlichen Projekt identifizierten Handlungsfelder und Handlungsempfehlungen können auf mehrfache Weise in die Weiterentwicklung des Pandemiemanagements und die Stärkung der Krisenresilienz in Baden-Württemberg einfließen.

In einem ersten Schritt könnten die Handlungsempfehlungen aus dem Workshop umgesetzt werden. Förderlich könnte sich in diesem Zusammenhang auswirken, dass die Handlungsempfehlungen konkret und praxisnah sind und damit möglichst direkt im ÖGD umgesetzt werden können. Während einzelne Handlungsempfehlungen investiver Natur sind und sich auf Grund notwendiger Vorarbeiten nur mittelfristig umsetzen lassen (z.B. Infrastruktur zum datenschutzkonformen Austausch personenbezogener Daten), können andere Empfehlungen kurzfristig ohne wesentliche Investitionen in die Infrastruktur umgesetzt werden (z.B. Etablierung regelmäßiger Austauschformate). Die Weiterentwicklung des ÖGD im Rahmen des *Pakts für den ÖGD* inkl. Personalaufwuchs und Strukturanpassungen bietet hierfür ein einmaliges Möglichkeitsfenster (Bundesgesundheitsministerium 2021a, 2021b). Angesichts des großen Interesses der beteiligten Gesundheitsämter am Projekt sollte eine engmaschige Einbindung von Gesundheitsämtern in die Umsetzung von Empfehlungen erwogen werden.



Neben der Umsetzung der Empfehlungen für das Handlungsfeld *Einheitliches Vorgehen der Gesundheitsämter* könnten für weitere priorisierte Handlungsfelder (siehe Tabelle 3) konkrete Empfehlungen entwickelt werden. Das sequenzielle Vorgehen aus Workshop unter breiter Beteiligung interessierter Gesundheitsämter und des Landesgesundheitsamts und darauffolgender Konsentierung der Empfehlungen hat sich im gegenständlichen Projekt als sinnvoll erwiesen und könnte für weitere Handlungsfelder übernommen werden.

Das gegenständliche Projekt zeigte zudem Möglichkeiten der engeren Zusammenarbeit zwischen Institutionen des ÖGD und der Wissenschaft auf, die auf unterschiedlichen Ebenen erfolgte. Die Projektsteuerung wurde in geteilter Verantwortung durch das Gesundheitsamt Mannheim und das Zentrum für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit der Universität Heidelberg wahrgenommen. Stakeholder aus Gesundheitsämtern waren inhaltlich an allen drei Projektbausteinen beteiligt. Darüber hinaus brachte sich das Landesgesundheitsamt während der Projektlaufzeit beratend sowie fokussiert im Workshop ein. Damit setzt das Projekt eine zentrale Forderung des *Pakts für den ÖGD* um, in dem eine vertiefte Zusammenarbeit zwischen ÖGD und Wissenschaft gefordert wird (Bundesgesundheitsministerium 2021a, 2021b).

Ausgehend von dieser projektbezogenen Zusammenarbeit könnten in einem nächsten Schritt Maßnahmen umgesetzt werden, die die Zusammenarbeit strukturell verankern und damit verstetigen. Konkrete Beispiele einer strukturellen Verankerung sind die Schaffung von Wissenschaftler:innenstellen, die in einer Brückenfunktion sowohl im ÖGD als auch in Forschungseinrichtungen tätig sind, die im *Pakt für den ÖGD* angedachte Einrichtung von Stiftungs-Brückenprofessuren sowie die Etablierung von Forschungs- und Lehrgesundheitsämtern, die einen besonderen Schwerpunkt auf Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Kooperation mit wissenschaftlichen Partnern legen. Die Academic Collaborative Centres for Public Health in den Niederlanden können in diesem Zusammenhang als Anschauungsbeispiele dienen. Sie wurden 2006 gegründet und sollen eine enge Zusammenarbeit zwischen Politik, ÖGD und Wissenschaft fördern (Jansen et al. 2015; Wehrens et al. 2012). Um eine engere Verzahnung zu erreichen, erwies es sich in den Niederlanden als zielführend, die Kooperation zwischen ÖGD und Wissenschaft als Querschnittsthematik in allen beteiligten Institutionen zu verankern, die Entwicklung einer vertieften Zusammenarbeit als Organisationsentwicklungsprozess zu begreifen und umzusetzen sowie alle Partner in die Entwicklung und Ausgestaltung der Kooperation von Beginn an einzubeziehen (van den Driessen Mareeuw et al. 2015; Jansen et al. 2008). Konkret standen u.a. die Entwicklung gemeinsamer Visionen, Netzerkennung und die Beseitigung infrastruktureller Barrieren für eine engere Zusammenarbeit im Mittelpunkt (van den Driessen Mareeuw et al. 2015; Jansen et al. 2008).

Das Möglichkeitsfenster, das der *Pakt für den ÖGD* aktuell schafft, verbunden mit Umsetzungsbeispielen aus dem Ausland und den konkreten Erfahrungen aus der Zusammenarbeit im gegenständlichen Projekt, stellen eine solide Grundlage für die Entwicklung einer vertieften Zusammenarbeit von ÖGD und Wissenschaft in Baden-Württemberg dar, die in den kommenden Jahren mit Leben gefüllt werden sollte.



## 6 Ergebnisverwertung

Erste Ergebnisse des Projekts wurden in Form eines Vortrags auf dem diesjährigen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) in Magdeburg vorgestellt. Ein weiterer Abstrakt zum Projekt wurde für den Kongress des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD) im April 2023 eingereicht. Ein wissenschaftliches Manuskript zum Projekt ist in Vorbereitung.

## 7 Literaturverzeichnis

- Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Hg.) (2020): Lehrbuch ÖGD Aufbau des Öffentlichen Gesundheitsdienst. Online verfügbar unter <https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/Beta-Buch/docs/readystatechange-5.html>, zuletzt geprüft am 25.11.2022.
- Arnold, Laura; Teichert, Ute (2021): Politischer Reformprozess im Zuge der COVID-19-Pandemie: Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. In: *Public Health Forum* 29, S. 47–50. DOI: 10.1515/pubhef-2020-0130.
- Barkewitz, Christoph (2019): Warnung vor Kollaps des ÖGD. Gesundheitsämter haben laut Sozialministerium erhebliche Schwierigkeiten offene Stellen zu besetzen. In: *Springer Medizin Verlag GmbH, Ärzte Zeitung*, 22.11.2019. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Warnung-vor-Kollaps-des-OeGD-404322.html>, zuletzt geprüft am 25.11.2022.
- Becker, Kurt (2022): E-Health Anwendungen für das Pandemiemanagement. Herausforderungen und Akzeptanz. In: Thomas Lux, Juliane Köberlein-Neu und Stefan Müller-Mielitz (Hg.): *E-Health-Ökonomie II. Evaluation und Implementierung*. Wiesbaden, Germany: Springer Gabler.
- Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Beirat Pakt ÖGD) (2021): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen. Strukturelle und zukunftsorientierte Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/O/OEGD/2021\\_10\\_Erster\\_Bericht\\_Beirat\\_Pakt\\_OeGD.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/2021_10_Erster_Bericht_Beirat_Pakt_OeGD.pdf), zuletzt geprüft am 25.11.2022.
- Bresler, Regine (2022): Zwischen den Stühlen – die Pandemie aus Sicht des Gesundheitsamt Region Kassel. In: *Das Gesundheitswesen*. 71. Wissenschaftlicher Kongress des BVöD e.V. und BZö e.V.: Georg Thieme Verlag (84). Online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0042-1745427>, zuletzt geprüft am 25.11.2022.
- Budd, Jobie; Miller, Benjamin S.; Manning, Erin M.; Lamos, Vasileios; Zhuang, Mengdie; Edelstein, Michael et al. (2020): Digital technologies in the public-health response to COVID-19. In: *Nat Med* 26, S. 1183–1192. DOI: 10.1038/s41591-020-1011-4.
- Bundesgesundheitsministerium (2021a): Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/oeffentlicher-gesundheitsdienst-pakt.html>, zuletzt geprüft am 25.11.2022.
- Bundesgesundheitsministerium (2021b): Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/O/OEGD/Pakt\\_fuer\\_den\\_OEGD.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/Pakt_fuer_den_OEGD.pdf), zuletzt geprüft am 25.11.2022.



- Choflet, Amanda; Packard, Thomas; Stashower, Keren (2021): Rethinking organizational change in the COVID-19 era. In: *J Hosp Manag Health Policy* 5, S. 16. DOI: 10.21037/jhmhp-21-11.
- Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg: Eigenverlag.
- Haase, Johanna; Joisten, Christine; Kossow, Annelene; Nießen, Johannes; Wiesmüller, Gerhard A.; Hurraß, Julia (2022): Psychische Belastung der Mitarbeitenden im Gesundheitsamt der Stadt Köln während der Corona-Pandemie. In: Das Gesundheitswesen. 71. Wissenschaftlicher Kongress des BVöD e.V. und BZö e.V.: Georg Thieme Verlag (84). Online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0042-1745426>, zuletzt geprüft am 25.11.2022.
- Jansen, Maria W. J.; van Oers, Hans A. M.; Middelweerd, Mizzi D. R.; van de Goor, Ien A. M.; Ruwaard, Dirk (2015): Conditions for sustainability of Academic Collaborative Centres for Public Health in the Netherlands: a mixed methods design. In: *Health Res Policy Sys* 13, S. 36. DOI: 10.1186/s12961-015-0026-7.
- Jansen, Maria W. J.; Vries, Nanne K. de; Kok, Gerjo; van Oers, Hans A. M. (2008): Collaboration between practice, policy and research in local public health in the Netherlands. In: *Health Policy* 86, S. 295–307. DOI: 10.1016/j.healthpol.2007.11.005.
- Klenk, Tanja; Cacace, Mirella; Ettelt, Stefanie (2021): Der öffentliche Gesundheitsdienst in der Corona-Krise: zwischen Hierarchie, loser Koppelung und polyzentrischer Koordination / The public health service in the Corona crisis: between hierarchy, loose coupling and pluricentric coordination. In: *dms – der moderne staat – Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management* 14.
- Kuckartz, Udo (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Küfer-Weiß, Annika; Wolff, Anna; Buess, Michael; Grüne, Barbara; Kossow, Annelene; Nießen, Johannes (2022): Versorgung von COVID-19-Erkrankten in Quarantäne – Telefonisches Follow-Up durch das Gesundheitsamt Köln mittels DiKoMa (digitales Kontaktpersonenmanagement). In: Das Gesundheitswesen. 71. Wissenschaftlicher Kongress des BVöD e.V. und BZö e.V.: Georg Thieme Verlag (84), PP25. Online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0042-1745538#>, zuletzt geprüft am 25.11.2022.
- Kuhnt, Friederike (2019): Der Öffentliche Gesundheitsdienst am Limit – Sparen am ÖGD schadet dem gesamten Gesundheitssystem. In: *GuS* 73, S. 52–55. DOI: 10.5771/1611-5821-2019-3-52.
- Mahmood, Sultan; Hasan, Khaled; Colder Carras, Michelle; Labrique, Alain (2020): Global Preparedness Against COVID-19: We Must Leverage the Power of Digital Health. In: *JMIR public health and surveillance* 6, e18980. DOI: 10.2196/18980.
- Piwernetz, Klaus; Neugebauer, Edmund (2020): COVID-19-Pandemie als Weckruf für einen Strategiewechsel. In: *NeuroTransmitter* 31, S. 16–25. DOI: 10.1007/s15016-020-7523-9.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2020): Softwareentwicklung zur Unterstützung der Prozesse im Gesundheitsamt der Stadt Köln in der SARS-CoV-2-Pandemie. Digitales Kontaktmanagement (DiKoMa). In: *Epidemiologisches Bulletin* 23. Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/23\\_20.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/23_20.pdf?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 25.11.2022.



- Schneider, Arne; Droßmann, Falko (2021): Wie Hamburg die Pandemie managt. In: *Innov Verwalt* 43, S. 30–31. DOI: 10.1007/s35114-021-0625-9.
- Sell, Kerstin; Kuhn, Eva; Arnold, Laura; Boehm, Claudia; Gepp, Sophie; Havemann, Matthias et al. (2021): COVID-19 zwischen Disruption und Transformation der öffentlichen Gesundheit: Erste Lehren aus Perspektive des Nachwuchses. In: *Gesundheitswesen* 83, S. 894–899. DOI: 10.1055/a-1630-7155.
- Teichert, Ute (2015): Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Christian Thielscher (Hg.): *Medizinökonomie 1*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 351–372.
- Teichert, Ute (2021): Öffentlicher Gesundheitsdienst. In: Christian Thielscher (Hg.): *Handbuch Medizinökonomie I. Grundlagen und System der medizinischen Versorgung*. Wiesbaden, Germany: Springer Gabler.
- van den Driessen Mareeuw, Francine; Vaandrager, Lenneke; Klerkx, Laurens; Naaldenberg, Jenneken; Koelen, Maria (2015): Beyond bridging the know-do gap: a qualitative study of systemic interaction to foster knowledge exchange in the public health sector in The Netherlands. In: *BMC Public Health* 15, S. 922. DOI: 10.1186/s12889-015-2271-7.
- VERBI Software (2021): MAXQDA 2022. Berlin, Germany. Online verfügbar unter Verfügbar auf maxqda.com.
- Wehrens, Rik; Bekker, Marleen; Bal, Roland (2012): Dutch Academic Collaborative Centres for Public Health: development through time – issues, dilemmas and coping strategies. In: *Evidence & Policy* 8, S. 149–170. DOI: 10.1332/174426412X640063.
- Wong, Brian Li Han; Maaß, Laura; Vodden, Alice; van Kessel, Robin; Sorbello, Sebastiano; Buttigieg, Stefan; Odone, Anna (2022): The dawn of digital public health in Europe: Implications for public health policy and practice. In: *The Lancet Regional Health - Europe* 14, S. 100316. DOI: 10.1016/j.lanepe.2022.100316.
- Zimmermann, Roland; Günther, Katja; Bornschlegl, Philipp; Zimmermann, Ina; Estelmann, Alfred; Schoofs, Libetha et al. (2021a): Analyse des Prozess-Redesigns im Rahmen des Containment 2.0 des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg im Oktober 2020. TH Nürnberg. Online verfügbar unter [https://www.nuernberg.de/imperia/md/gesundheitsamt/dokumente/gh/analyse\\_prozess-redesign\\_corona-containment.pdf](https://www.nuernberg.de/imperia/md/gesundheitsamt/dokumente/gh/analyse_prozess-redesign_corona-containment.pdf), zuletzt geprüft am 25.11.2022.
- Zimmermann, Roland; Zimmermann, Ina; Bornschlegl, Philipp; Günther, Katja (2021b): Wellenreiten im Gesundheitsamt – Digitaler Wandel im Corona-Containment. In: *HMD* 58, S. 712–738. DOI: 10.1365/s40702-021-00735-x.

## 8 Anhang

### Interviewleitfaden für semistrukturierte Interviews

Identifikationsnummer:

Interviewerin:

Ort:

Datum:

Dauer des Interviews:

| Vor Beginn des Interviews                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Testen, ob Aufnahmegerät funktioniert.</b><br/> <b>Vor dem Interview unbedingt die Identifikationsnummer des Teilnehmers, eigenen Namen, Ort und Datum nennen!</b><br/> <i>Kursive Textpassagen sind als Hilfestellung zur möglichen Vertiefung des Gesagten gedacht.</i></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Vorstellung des Interviewers/der Interviewerin</b>                                                                                                                                                                                                                               | Name, Position, Zugehörigkeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Hintergrund zur Studie</b>                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Die COVID-19-Pandemie stellt den Öffentlichen Gesundheitsdienst vor große Herausforderungen. Mit zeitweise hohen Fallzahlen werden in zahlreichen Gesundheitsämtern Belastungsgrenzen erreicht bzw. überschritten.</p> <p>Tritt ein neuer Fall auf, wird im zuständigen Gesundheitsamt eine komplexe Abfolge an Prozessen ausgelöst. Viele Prozesse haben sich im bisherigen Verlauf der Pandemie verändert, beispielsweise wurden nach und nach digitale Lösungen im Bereich des Pandemiemanagements eingeführt.</p> <p>Um die verschiedenen Perspektiven auf das Pandemiemanagement kennenzulernen und zu erfahren wie unterschiedlich auf Herausforderungen reagiert wurde, führen wir Interviews mit Mitarbeitenden im Bereich des Pandemiemanagements aus unterschiedlichen Gesundheitsämtern. Die Perspektive von Ihnen und Ihren Kolleginnen und Kollegen ist besonders wichtig, da Sie lokale Perspektiven und Kenntnisse der relevanten Punkte mitbringen.</p> |



|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                | <p>Im Rahmen des Interviews möchten wir mehr über Ihre Erfahrungen und Perspektiven auf das Pandemiemanagement und die Arbeit im Pandemiemanagement während der COVID-19-Pandemie erfahren. Wir möchten erfahren, wie Sie das Pandemiemanagement erleben.</p> <p>Aus den gewonnenen Erkenntnissen aus den Interviews werden Impulse für die landesweite Digitalisierung des Pandemiemanagements gewonnen und Empfehlungen für zukünftige Veränderungsprozesse im öffentlichen Gesundheitsdienst abgeleitet.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Einverständnis einholen</b> | <p>Teilnehmer:innen erhalten vorab per Email die Teilnehmer:inneninformation. Offene Fragen werden an dieser Stelle geklärt. Die folgenden Informationen sind nur noch einmal Wiederholung. Es steht alles deutlich erklärt in der Einwilligungserklärung.</p> <p>Dauer: ca. 30-60 Minuten</p> <p>Digitale Aufzeichnung: Sind Sie damit einverstanden, dass ich dieses Interview mit einem Audioaufnahmegerät aufzeichne? Wir benötigen diese Aufnahme, damit wir später das Gesagte strukturiert verarbeiten können. Dazu wird die Tonbandaufnahme in eine schriftliche Form gebracht. Ihre Angaben werden streng vertraulich unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Datenschutzgesetze behandelt. Alle Informationen, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, werden pseudonymisiert.</p> <p>Basierend auf den Analyseergebnissen werden wir praxisrelevante Empfehlungen zum Umgang mit der COVID-19-Pandemie im öffentlichen Gesundheitsdienst ableiten. Sie leisten mit Ihrer Teilnahme einen wichtigen Beitrag.</p> <p>Haben Sie noch Fragen?</p> |
| <b>Ablauf des Interviews</b>   | Ermunterung: Wir freuen uns Ihre Perspektiven auf das Pandemiemanagement kennenzulernen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| Kategorie | Leitfrage/ Erzählaufforderung | Check – wurde das erwähnt? Memo für Nachfragen – nur stellen wenn nicht von alleine angesprochen | Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen |
|-----------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
|-----------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|



|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                          |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Eisbrecherfrage</b>                      | <i>Wie sind Sie zum Pandemiemanagement gekommen?</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                          |
| <b>Organisation des Pandemiemanagements</b> | <p><i>Bitte denken Sie an die Zeit seit Beginn der COVID-19-Pandemie im März 2020.</i></p> <p><i>Wie nehmen Sie das Pandemiemanagement Ihres Gesundheitsamts wahr?</i></p>                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie war das im Verlauf der Pandemie?</li> <li>• Was hat Ihnen die Arbeit erleichtert?</li> <li>• Was hat Ihnen die Arbeit erschwert?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Können Sie uns mehr dazu erzählen?</p> <p>Können Sie mir hierzu Beispiele nennen?</p> |
| <b>Organisationsentwicklung</b>             | <p><i>Wenn Sie an die Veränderungen denken, die die Pandemie für Sie und für Ihre Kolleg:innen mit sich gebracht hat:</i></p> <p><i>Wie waren Sie und Ihre Kolleg:innen auf die Veränderungen in Zusammenhang mit der Pandemie vorbereitet?</i><br/>(change efficacy)</p> <p><i>Warum haben Sie und Ihre Kolleg:innen die Veränderungen umgesetzt oder mitgetragen?</i><br/>(change commitment)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was hat Ihnen die Veränderungen erleichtert?<br/>(z.B. Einarbeitung im Team, Schulungen, gute Führungskraft, klare Leitfäden)</li> <li>• Was hat Ihnen die Veränderungen erschwert?<br/>(z.B. keine Erfahrungen mit Arbeit am PC, fehlende Schulungen, fehlende Fachkompetenzen)</li> <li>• Was hat Sie und Ihre Kolleg:innen motiviert?<br/>(z.B. hohes Engagement, Pflichtgefühl)</li> </ul> | <p>Können Sie mir hierzu Beispiele nennen?</p> <p>Wie ging es Ihnen dabei?</p>           |



|                             |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             |                                                    | <b>Im nächsten Abschnitt des Interviews laden wir Sie ein, mit uns gemeinsam einen Blick auf die Digitalisierung des Pandemiemanagements zu werfen.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                            |
| <b>Digitale Anwendungen</b> | <i>Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?</i> | <p><i>Wenn bei Organisationsentwicklung bereits digitale Aspekte genannt wurden, hier nicht mehr wiederholen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Software nutzen Sie? (Programme: Outlook, Sormas, Excel, Sharepoint, SurvNet, Helpdesk, Luca-App, Dermis)</li> <li>• Wie haben sich die digitalen Lösungen, mit denen Sie arbeiten, im Lauf der Zeit verändert?</li> <li>• Welche Faktoren haben Ihnen die Nutzung der Softwarelösungen erleichtert? (z.B. intuitive Bedienung, Vorerfahrung, Schulungen)</li> <li>• Welche Faktoren haben die Einführung und Nutzung der Softwarelösungen erschwert? (z.B. keine Erfahrung mit digitalen Anwendungen, Technik, Internet, Bedenken bzgl. Datensicherheit und Datenschutz)<br/>Was haben Sie bei der Einführung neuer Maßnahmen für Unterstützung (Weiterbildungen, Schulungen) erfahren?</li> <li>• Sind Sie mit den Softwarelösungen zufrieden? (z.B. Anwenderfreundlichkeit, Schnittstellen, Arbeitserleichterung, fehlende Funktionen, Fehlerquellen)</li> </ul> | <p>Können Sie mir mehr dazu erzählen?</p> <p>Welche Aspekte funktionieren gut?</p> <p>Welche Aspekte funktionieren weniger gut?</p> <p>Haben Sie ein Beispiel/ noch weitere Beispiele?</p> |



|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Als wie hoch empfinden Sie die Akzeptanz bei Ihren Kolleg:innen/ in Ihrem Gesundheitsamt für die Softwarelösungen?</li> </ul>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Abschließend wollen wir uns noch mit Ihren Ideen zur Stärkung des Pandemiemanagements in Ihrem Gesundheitsamt beschäftigen.</b>                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Ideen zur Stärkung</b>                                                                                                                   | <i>Wie sollte das Pandemiemanagement in Zukunft aussehen?</i>                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Was fehlt Ihnen derzeit zu einem guten Pandemiemanagement?</li> <li>Was bräuchte es dafür?</li> <li>Was bräuchte es aus Ihrer Sicht, um die digitalen Lösungen besser zu gestalten?</li> <li>Was würden Sie gerne aus den letzten 1,5 Jahren beibehalten? Wie könnte das umgesetzt und/oder verstetigt werden?</li> </ul> | <p>Welche Lösungen wünschen Sie sich?</p> <p>Haben Sie Verbesserungsvorschläge zum Umgang mit dem Pandemiemanagement?</p> <p>Was hätten Sie sich noch gewünscht?</p> <p>Was wünschen Sie sich noch?</p> <p>Wie könnte das konkret aussehen?</p> |
| <b>Abschluss</b>                                                                                                                            | <p><i>Welche zusätzlichen Aspekte und Informationen zum bereits Gesagten möchten Sie noch ergänzen?</i></p> <p><i>Dürfte ich Sie eventuell noch einmal kontaktieren, falls von unserer Seite zusätzliche Fragen aufkommen sollten?</i></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>Ich bedanke mich recht herzlich bei Ihnen für Ihre Zeit und Ihre Ausführungen. Sie können mich bei Fragen gerne kontaktieren.</b></p> |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                 |