

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

32
2023

Epidemiologisches Bulletin

10. August 2023

**Krisenmanagement während der
COVID-19-Pandemie: Erfahrungen
der lokalen Gesundheitsbehörden**

Inhalt

Erfahrungen der lokalen Gesundheitsbehörden in Deutschland mit dem Krisenmanagement während der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020–2022 **3**

Während der COVID-19-Pandemie waren in Deutschland die Einrichtungen und Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) u. a. für die Umsetzung der „Containment-Strategie“, also der Infektionseindämmung zuständig. Umfassende Aufgaben bei der praktischen Pandemiebewältigung (z. B. durch das Fall- und Kontaktpersonenmanagement) kamen vor allem den Gesundheitsbehörden auf der Lokalebene zu. Vorgestellt werden die Ergebnisse einer retrospektiven Online-Befragung, in der die Erfahrungen der lokalen Gesundheitsbehörden mit dem Krisenmanagement während der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020–2022 erfasst wurden. Abgefragte Themenkomplexe waren z. B. die Krisenplanung vor der Pandemie, genutzte Strukturen und Ressourcen in der Krisenbewältigung sowie Bedarfe bei der Kommunikation mit der Bundes- und Landesebene.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 31. Woche 2023 **10**

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Telefon: 030 18754–0
E-Mail: EpiBull@rki.de

Redaktion

Dr. med. Jamela Seedat
Dr. med. Maren Winkler, Heide Monning (Vertretung)

Redaktionsassistentz

Nadja Harendt
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Allgemeine Hinweise/Nachdruck

Die Ausgaben ab 1996 stehen im Internet zur Verfügung:
www.rki.de/epidbull

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ISSN 2569-5266



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Erfahrungen der lokalen Gesundheitsbehörden in Deutschland mit dem Krisenmanagement während der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020–2022

Einleitung

Im Winter 2019/2020 wurde die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf ein vermehrtes Auftreten viraler Lungenentzündungen in der Region Wuhan in China aufmerksam. Die chinesischen Gesundheitsbehörden erklärten, dass das lokale Krankheitsgeschehen auf einen bisher unbekanntem Subtyp eines Coronavirus zurückzuführen sei. Nachdem am 13. Januar 2020 in Thailand der erste Fall außerhalb Chinas bekannt wurde, wurden weltweit zunehmend Infektionen mit dem neuartigen Virus diagnostiziert. Trotz internationaler Zusammenarbeit und Eindämmungsmaßnahmen, um die Verbreitung der Infektionen zu begrenzen, konnte das Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2 (SARS-CoV-2) die Coronavirus Disease 2019-(COVID-19-)Pandemie auslösen.¹ Die erste infizierte Person in Deutschland wurde am 27. Januar 2020 in Bayern bestätigt.

In Deutschland waren die Einrichtungen und Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) u. a. für die Umsetzung der „Containment-Strategie“, also der Infektionseindämmung zuständig.² Umfassende Aufgaben bei der praktischen Pandemiebewältigung kamen vor allem den Gesundheitsbehörden auf der Lokalebene zu. Zu ihren Aufgaben zählte z. B. das Fall- und Kontaktpersonenmanagement, zudem standen sie im direkten Kontakt zur Bevölkerung.^{2,3} Die Ausgestaltung der Aufgaben unterlag im Verlauf der Pandemie zahlreichen Änderungen, da die bundes- und landesrechtlichen Vorgaben und die Empfehlungen des Robert Koch-Institutes (RKI) dynamisch an die Infektionslage und den wissenschaftlichen Erkenntnisstand angepasst wurden.

Die Reaktion auf die COVID-19-Pandemie stellte für den ÖGD eine schwere Krisensituation dar. Die Entstehung weiterer Pandemien, Epidemien oder anderer gesundheitlicher Gefahrenlagen ist in Zukunft nicht auszuschließen. Umso wichtiger ist das schnelle und zielgerichtete Ergreifen geeigneter Bewäl-

tigungsmaßnahmen. Die Strukturen hierfür müssen im Vorfeld geschaffen werden. Während der Pandemie wurde die herausragende Bedeutung des ÖGD für die Bevölkerung in Deutschland, aber auch die Notwendigkeit zu dessen Stärkung deutlich.⁶ Jede Krisensituation erfordert eine Nachbereitung, in der das Krisenmanagement evaluiert wird.⁵

Die hier vorgestellte Studie hatte als Ziel, Erfahrungen der lokalen Gesundheitsbehörden in den Jahren 2020–2022 mit dem Krisenmanagement während der COVID-19-Pandemie darzustellen. Abgefragte Themenkomplexe waren z. B. die Krisenplanung vor der Pandemie, genutzte Strukturen und Ressourcen in der Krisenbewältigung sowie Bedarfe bei der Kommunikation mit der Bundes- und Landesebene.

Methodik

Im Oktober 2022 wurde retrospektiv eine strukturierte, schriftliche Online-Befragung für die Jahre 2020 bis 2022 durchgeführt. Zielgruppe waren Mitarbeitende der Managementebene in lokalen Gesundheitsbehörden in Deutschland. Die Befragung fand über die Erhebungsplattform „VOXCO“ statt. Die erhobenen Daten hatten keinen Personen- oder Behördenbezug. Eine Zuordnung zu Bundesländern oder Kommunen erfolgte nicht. Ein schriftlicher Datenschutzantrag wurde durch das RKI bewilligt. Die Befragung umfasste 29 *Items* zu den Bereichen „Krisenplanung vor der Pandemie“, „Aufbauorganisation“, „Ablauforganisation“, „Personal“, „Normalbetrieb“ „externe Krisenkommunikation“ und „Evaluierung“. Die Inhalte der Befragung wurden mithilfe vorhandener Leitfäden zum Krisenmanagement in Behörden und zur Bewältigung von Pandemien ausgewählt, die durch das RKI, das Bundesinstitut für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) und die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (AÖGW) kostenfrei und öffentlich zugänglich zur Verfügung gestellt werden.^{2,3,5,7–9}

Die Einladung zur Umfrage erfolgte per E-Mail über die Landesgesundheitsbehörden an die lokalen Gesundheitsbehörden. Die erhobenen Daten wurden größtenteils mit R und Microsoft Excel deskriptiv ausgewertet. Freie Textantworten wurden mittels Inhaltsanalyse nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung analysiert.

Ergebnisse

Ausgewertet wurden die Antworten von 92 vollständig ausgefüllten Fragebögen, was knapp 25% aller lokalen Gesundheitsbehörden in Deutschland entspricht.

Krisenplanung vor der Pandemie

Zu Beginn der Pandemie lagen in etwas weniger als der Hälfte aller teilnehmenden Behörden Krisenpläne vor. In weiteren knapp 20% der Behörden wurden zu Beginn der Pandemie Krisenpläne erstellt. Als Hilfestellung hierzu wurde am häufigsten der Nationale Influenza-Pandemieplan genutzt.² In etwa 42% der antwortenden Behörden waren in den fünf Jahren vor Pandemiebeginn praktische Krisenübungen durchgeführt worden.

Herausforderungen in den Krisenmanagement-Strukturen

Nahezu alle Behörden (96%) bildeten zu Beginn der Pandemie behördeninterne Krisenstäbe. In die-

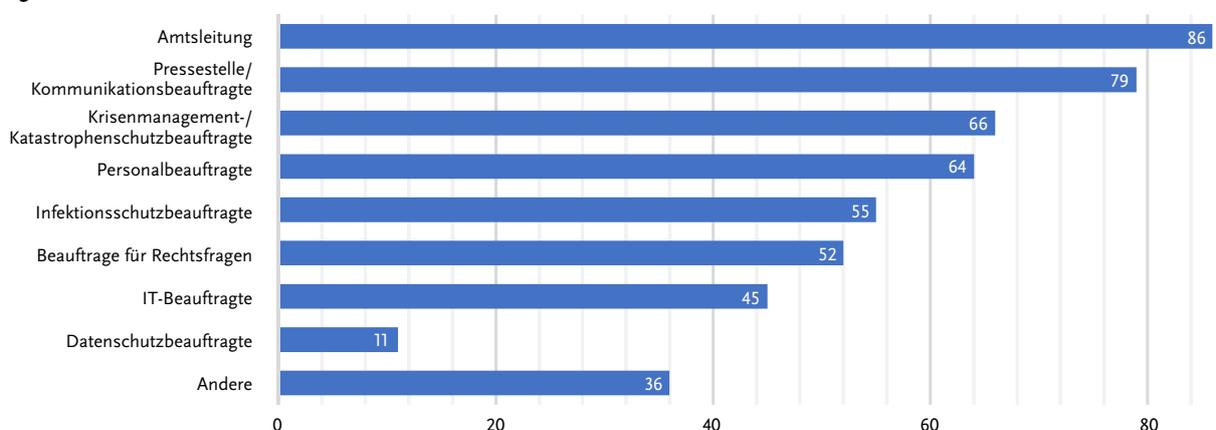
sen war, wie in [Abbildung 1](#) dargestellt, fast immer die Amtsleitung vertreten. Am seltensten waren Informationstechnik (IT)- und Datenschutzbeauftragte an den Krisenstäben beteiligt.

Während der Pandemie sahen sich die Teilnehmenden mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Darunter fiel z. B. die Kommunikation der lokalen Gesundheitsbehörden untereinander. Nur etwa 2% der Teilnehmenden gaben an, dass sie andere lokale Gesundheitsbehörden „gut“ zeitnah erreichen konnten. Fast zwei Drittel bewerteten die zeitnahe Erreichbarkeit anderer lokaler Behörden als „weniger gut“ oder „schlecht“. Am häufigsten wurden E-Mails für die Kommunikation untereinander genutzt (92%), spezielle Softwareprodukte kamen seltener zur Anwendung (15%).

Offene Bedarfe bei der Kommunikation mit den Bundes- und Landesebenen

Auch bei der Kommunikation mit den Bundes- und Landesebenen bestanden aus Sicht der lokalen Gesundheitsbehörden offene Bedarfe, über die in freien Textantworten berichtet wurde. Am häufigsten wurden die Verfügbarkeit von Ansprechpersonen aus den Bundes- und Landesbehörden sowie eine frühzeitigere Kommunikation sich ändernder Rechtsgrundlagen genannt. Die Teilnehmenden berichteten, dass sie rechtliche Änderungen häufig gleichzeitig mit der Presse, außerhalb der Dienst-

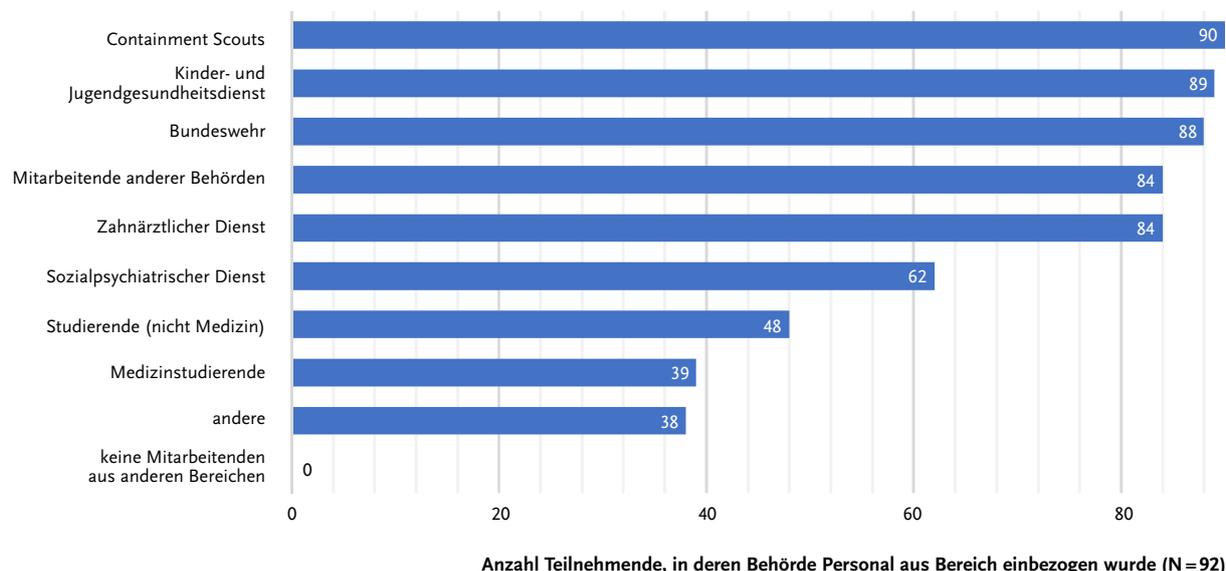
Organisationseinheiten



Anzahl Teilnehmende, in deren Krisenstab Organisationseinheit vertreten war (N = 92)

Abb. 1 | In den Krisenstäben vertretene Organisationseinheiten nach Anzahl der Nennungen durch die Teilnehmenden. Erfahrungen lokaler Gesundheitsbehörden in Deutschland mit dem Krisenmanagement während der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020–2022.

Bereich



Anzahl Teilnehmende, in deren Behörde Personal aus Bereich einbezogen wurde (N=92)

Abb. 2 | Bereiche, aus denen Personal zur Pandemiebewältigung herangezogen wurde, nach Anzahl der Teilnehmenden (Mehrfachantwort möglich). Erfahrungen lokaler Gesundheitsbehörden in Deutschland mit dem Krisenmanagement während der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020–2022.

zeiten oder sehr kurzfristig vor deren Inkrafttreten mitgeteilt bekamen. Dies führte zu „erheblichen Problemen“ (Zitat) bei den erforderlichen Vorbereitungen innerhalb der lokalen Gesundheitsbehörden. In diesem Zusammenhang kam es außerdem zu Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit der Bevölkerung, die von „Unsicherheiten in der Bevölkerung“ bis zu „Beleidigungen und Bedrohungen [...] gegenüber dem Personal der Gesundheitsämter“ reichten. Weiterhin wünschten sich die Teilnehmenden konkretere Handlungsanweisungen und Vorgaben, eine stärkere Einbeziehung der lokalen Ebene in das Vorgehen der Bundesebene sowie den Ausbau digitaler Strukturen.

Personalbedarf und -verfügbarkeit

Für 83 % der Teilnehmenden stellten Personalmanagement und -reserve eine der drei größten Herausforderungen bei der Pandemiebewältigung dar. In allen teilnehmenden Behörden wurde zusätzliches Personal aus anderen internen Bereichen und externen Quellen herangezogen. [Abbildung 2](#) zeigt, dass in fast allen Behörden Containment Scouts und Angehörige der Bundeswehr an der Pandemiebewältigung mitarbeiteten. Ebenso häufig wurde der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) der Gesundheitsbehörden eingesetzt.

Obwohl in über 60 % der teilnehmenden Behörden in den arbeitsintensivsten Zeiten insgesamt jeweils über 100 Personen an der Pandemiebewältigung beteiligt waren, gaben die meisten der Teilnehmenden an, dass mehr Personal erforderlich gewesen wäre.

Normalbetrieb der lokalen Gesundheitsbehörden

Keine der befragten Behörden konnte während der Pandemie den Normalbetrieb vollständig aufrechterhalten. In über 76 % der Behörden wurde der Normalbetrieb höchstens zu geringen Teilen weitergeführt, wie in [Abbildung 3](#) zu sehen ist. Am stärksten wurden nach Einschätzung der befragten Mitarbeitenden der Zahnärztliche Dienst (ZÄD) und der KJGD eingeschränkt.

Lokale Entwicklung eigener Lösungsstrategien

Insgesamt 63 der 92 Teilnehmenden formulierten freie Textantworten, in denen sie Beispiele guter Praxis der Pandemiebewältigung in ihrer Behörde nannten. Eine Übersicht bietet [Abbildung 4](#), in der die meistgenannten Antworten durch eine induktive Inhaltsanalyse zu zehn Kategorien zusammengefasst wurden. Unter den häufigsten (n=12) Gute-Praxis-Beispielen war die Entwicklung eigener Software-Lösungen für das Fall- oder Kontaktpersonen-

Aufrechterhaltung des Normalbetriebs nach Einschätzung der Teilnehmenden

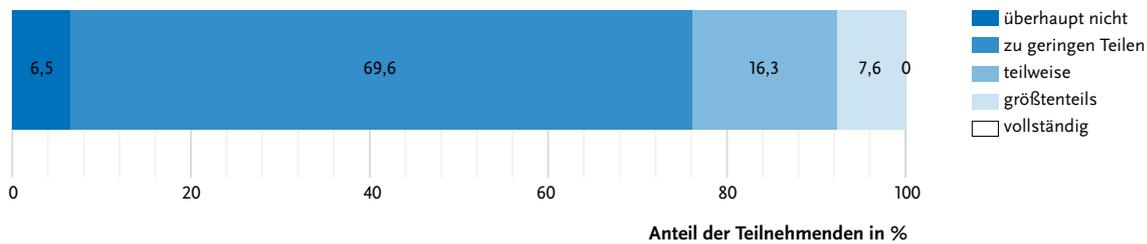


Abb. 3 | Aufrechterhaltung des Normalbetriebs der Behörde neben der Pandemiebewältigung nach Einschätzung der Teilnehmenden. Erfahrungen lokaler Gesundheitsbehörden in Deutschland mit dem Krisenmanagement während der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020–2022.

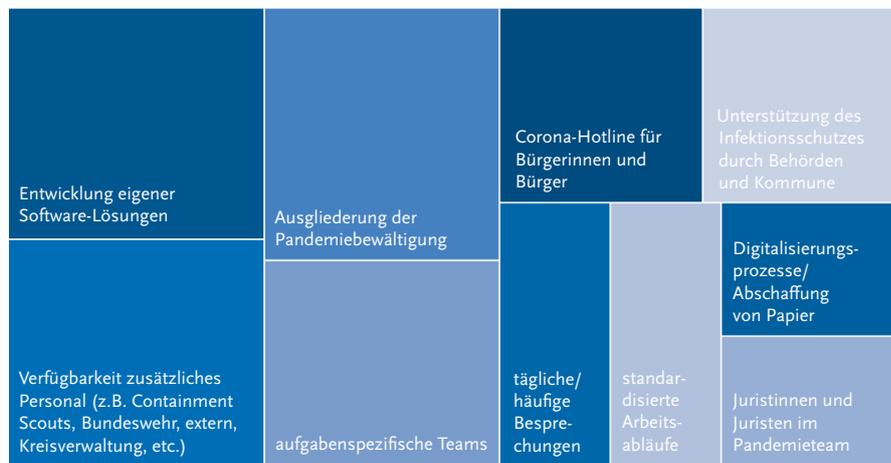


Abb. 4 | Meistgenannte Bereiche Guter Praxis bei der Pandemiebewältigung nach induktiv gebildeten Kategorien, inklusive Anzahl der Nennungen (Freitextantwort). Erfahrungen lokaler Gesundheitsbehörden in Deutschland mit dem Krisenmanagement während der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020–2022.

management. Ebenso oft wurde beschrieben, dass schnell und unkompliziert zusätzliches Personal zur Unterstützung beschafft werden konnte, wobei sich die genannten Personalquellen unterschieden. Weitere 12 Teilnehmende machten gute Erfahrungen mit einer besonderen Aufbauorganisation, bei der die Pandemiebewältigung aus den übrigen Aufgaben ausgegliedert wurde. Häufig wurden diese ausgegliederten Corona-Teams in Funktionseinheiten unterteilt, die jeweils für spezifische Aufgaben zuständig waren.

Diskussion

Die Befragung ermöglichte interessante Einblicke in die Krisenmanagement-Strukturen der lokalen

Gesundheitsbehörden in Deutschland während der COVID-19-Pandemie, auch wenn sie keine repräsentative Umfrage ist und auch nicht verschiedene Phasen der Pandemie getrennt betrachtet wurden. Die Teilnahmebereitschaft sowie die ausführlichen Rückmeldungen durch freie Textantworten sprechen für die Relevanz der Befragung für die Zielgruppe.

An mehreren Stellen wurde deutlich, dass die größten Herausforderungen für die lokalen Gesundheitsbehörden im Bereich Personal lagen. Die zahlreich genutzten Personalquellen und die Größe der Pandemieteams zeigten, wie umfangreich die praktische Umsetzung der Containment-Strategie war. Die Befragung zeigt, dass die Mitarbeitenden der

lokalen Gesundheitsbehörden durch das Krisenmanagement und insbesondere bei der Bevölkerungskommunikation hohen persönlichen Belastungen ausgesetzt waren. Sie entwickelten in vielen Bereichen gut funktionierende eigene Lösungen zur Pandemiebewältigung. Vor Ort mussten kurzfristig zusammengestellte Pandemie-Teams verschiedener Fachhintergründe mit häufig über 100 Personen organisiert werden. Teilweise wurde juristisches Fachpersonal mit Erfolg in den Pandemie-Teams einbezogen.

Die genaue Ausgestaltung der Aufbauorganisation der Teams wird in bisher verfügbaren Leitfäden kaum thematisiert und wurde nach Angaben der Teilnehmenden in den lokalen Behörden individuell umgesetzt. Ebenso musste die Ablauforganisation in jeder lokalen Gesundheitsbehörde einzeln gearbeitet und an die dynamische Situation angepasst werden.

Trotz enormer Aufstockungen reichten die personellen Ressourcen insgesamt nicht aus. Durch die Einbeziehung des Personals aus anderen Bereichen der Gesundheitsbehörden sahen etwa drei Viertel der Befragten den Normalbetrieb in ihrer Behörde stark eingeschränkt. Dass insbesondere der ZÄD und der KJGD durch die Einbeziehung des Personals in die Pandemiebewältigung stark eingeschränkt wurden, stimmt mit Aussagen der Bundesverbände überein.^{21–23} Die langfristigen Auswirkungen der reduzierten Arbeit in anderen Bereichen der Behörden können noch nicht abgesehen werden.

Weitere wesentliche Herausforderungen bestanden für die Teilnehmenden in Kommunikationsstrukturen, sowohl mit den Bundes- und Landesebenen als auch zwischen den lokalen Gesundheitsbehörden. Die Teilnehmenden machten deutlich, dass Vorgehensweisen der Krisenkommunikation seitens der Bundes- und Landesebenen künftig angepasst werden sollten. Sie wünschten sich konkretere Handlungsanweisungen sowie mehr Zeit für die eigene Ausgestaltung von Vorgehensweisen. Eine zeitnahe Erreichbarkeit untereinander war kaum gegeben. Die vorhandenen digitalen Strukturen der lokalen Gesundheitsbehörden waren nicht ausreichend, um die für das Fall- und Kontaktpersonenmanagement notwendige schnelle Kommunikation

und den Austausch von Personendaten der lokalen Gesundheitsbehörden zu ermöglichen, so dass vielfach eigene Lösungen entwickelt wurden. Die Notwendigkeit besserer digitaler Vernetzung im ÖGD wird in verschiedenen Digitalisierungsprogrammen der Bundes- und Landesebene aufgenommen. Während der Pandemie wurde SurvNet erweitert und der Aufbau des Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystems für den Infektionsschutz (DEMIS) beschleunigt sowie zusätzliche Akteure angebunden. Personenbezogene Daten zu Fällen und Kontakten sollen im Meldewesen verbleiben. Um darüber hinaus den Austausch im ÖGD zu verbessern, wird aktuell die Kollaborationsplattform „Agora“ aufgebaut, auf der sich lokale Gesundheitsbehörden informieren und austauschen können.

Schlussfolgerung

Die durchgeführte Studie kommt zu dem Schluss, dass eine umfassende Stärkung des ÖGD erforderlich ist, um besser auf die Bewältigung zukünftiger Krisensituationen vorbereitet zu sein. Neben einer besseren Vernetzung der Behörden, die u. a. im Pakt für den ÖGD vorgesehen ist, ist auch eine Aufarbeitung der Krisenkommunikationsstrukturen zwischen Bundes-, Landes- und Kommunalebene notwendig. Die Bedürfnisse und Expertise der lokalen Ebene des ÖGD sollten von übergeordneten Behörden im nächsten Krisenfall stärker berücksichtigt werden. Insbesondere sollten zeitliche Abläufe der Kommunikation festgelegt werden, da kurze Vorbereitungszeiten die lokalen Behörden zusätzlichem Druck aussetzen.

In den lokalen Gesundheitsbehörden selbst sollten Nachbereitungen der Pandemie stattfinden. Angebote der Bundesebene für das kommunale Krisenmanagement sollten auf ihre Funktionalität geprüft werden und den lokalen Gesundheitsbehörden zukünftig besser bekannt gemacht werden. Die Krisenpläne sollten aktualisiert oder, wo nicht vorhanden, in Vorbereitung auf weitere Krisenfälle erstellt werden. In jeder Behörde sollte festgelegt werden, in welchen Bereichen der Normalbetrieb auch während Krisensituationen unbedingt aufrechterhalten werden muss. Mitarbeitende aus Bereichen, die zuerst eingeschränkt werden, können im Vorfeld häufiger und gezielter für Krisensituationen geschult

werden und so die interne *Surge Capacity* (extrem schnelle Aufstockung von Ressourcen, z. B. der Personalkapazität) erhöhen.

Eine Nachbereitung gibt den lokalen Behörden die Möglichkeit zu prüfen, welche Expertise vor Ort dauerhaft stärker vertreten sein müsste. In einigen Behörden könnte es sinnvoll sein, Stellen in den Bereichen Public Health und Epidemiologie, aber auch in der IT und im Datenschutz auszubauen. Zugriff auf Expertise in Rechts- und Datenschutzfragen sollte in den Krisenmanagementstrukturen verankert sein.

Details der Aufbau- und Ablauforganisation für die Krisenbewältigung in Gesundheitsbehörden sollten vor Eintreten der nächsten Krise genauer definiert werden, um den lokalen Behörden einen erheblichen Teil spontaner Organisation abzunehmen. Es könnte sinnvoll sein, bestehende Kooperationen zwischen AÖGW, BBK und RKI auszubauen, um die vorhandenen Leitfäden zum Krisenmanagement multidisziplinär zu gestalten. Weitere Evaluatio-

nen könnten Aufschluss darüber geben, wie das Management und die Organisation großer, spontan zusammengestellter Krisenteams stattfinden können, damit die Krisenbewältigung bei gleichem Personaleinsatz optimiert und das Personal vor Überlastung geschützt wird. Weiterhin ist es wichtig, die Belastungen der Mitarbeitenden der lokalen Gesundheitsbehörden durch ihre Tätigkeit bei der Krisenbewältigung ernst zu nehmen und Lösungsansätze zu entwickeln. In zukünftigen Public-Health-Krisen müssen bestehende und extern hinzugezogene Mitarbeitende die Sicherheit haben, dass ihren persönlichen Belastungsgrenzen entsprochen werden kann.

Insgesamt konnte die Befragung verdeutlichen, dass es weiter Ressourcen braucht um die Erkenntnisse aus der Bewältigung der COVID-19-Pandemie in die Vorbereitung auf die nächste Krise einbauen zu können um dadurch tatsächlich die Krise als Chance zu sehen und an den Herausforderungen zu wachsen.

Literatur

- 1 World Health Organization. Timeline: WHO's COVID-19 response. [Online] 2023 [aufgerufen am 3.10.2023] <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>.
- 2 Robert Koch-Institut. Ergänzungen zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronaviruserkrankung. Berlin: Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie; 2020.
- 3 Robert Koch-Institut. Nationaler Pandemieplan Teil 1. Berlin: Gesundheitsministerkonferenz der Länder; 2017.
- 4 Bundesinstitut für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Schutz Kritischer Infrastrukturen – Risiko- und Krisenmanagement. Bonn: Abteilung II – Notfallvorsorge, Kritische Infrastrukturen, Internationale Angelegenheiten; 2011.
- 5 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Resilienz im Gesundheitswesen. Gutachten. Bonn: 2023.
- 6 Bundesministerium des Inneren und für Heimat. Leitfaden Krisenkommunikation. Berlin: Bundesministerium des Inneren und für Heimat, Referat KM 1, Koordinierungszentrum Krisenmanagement; 2014.
- 7 Robert Koch-Institut. Rahmenkonzept mit Hinweisen für medizinisches Fachpersonal und den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland: Epidemisch bedeutsame Lagen erkennen, bewerten und gemeinsam erfolgreich bewältigen. Berlin: 2019.
- 8 Teichert U, Tinnemann P. Lehrbuch Krisenmanagement für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Düsseldorf: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf; 2020.

- 9 Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Schuleingangsuntersuchungen. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement. 2021: p. 193.
- 10 Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zahnärztliche Dienste im Pandemie-Einsatz. [Online] 2020 [aufgerufen am 3.10.2023] <https://bzoeg.de/aktuelles-leser/Zahnaerztliche-Dienste-im-Pandemie-Einsatz.html>.
- 11 Horacek U, Auer I, Thaiss H. Lebenswelten Kitas und Schulen – Herausforderungen für die Gesundheitsämter in der Pandemie. Bundesgesundheitsblatt. 2021: 463-471.
- 12 Bundesministerium für Gesundheit. Coronavirus-Pandemie: Was geschah wann? [Online] 2023 [aufgerufen am 3.10.2023] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html>.
- 13 Robert Koch-Institut. Anlaufstellen und Strukturen in den Bundesländern. [Online] 2022.: <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Zustaendigkeiten/Adressen.html>.
- 14 Robert Koch-Institut. Coronavirus Dashboard. [Online] 2023 [aufgerufen am 3.10.2023] <https://experience.arcgis.com/experience/478220a-4c454480e823b17327b2bfd4>.
- 15 Robert Koch-Institut. DEMIS – Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz. [Online] 2021. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/DEMIS/DEMIS_node.html.
- 16 Beirat Pakt ÖGD. Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur Besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen. Berlin: 2021.
- 17 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Lehrbuch Öffentlicher Gesundheitsdienst. [Online] 2022. <https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/lehrbuch-oeffentliche-gesundheit/>.
- 18 Bundesministerium für Gesundheit. Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. [Online] 2023 [aufgerufen am 3.10.2023] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/oeffentlicher-gesundheitsdienst-pakt.html>.
- 19 Robert Koch-Institut. SARS-CoV-2: Virulogische Basisdaten sowie Virusvarianten. [Online] 2022 [aufgerufen am 3.10.2023] https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virologische_Basisdaten.html?nn=13490888#doc-14716546bodyText10.
- 20 Wissenschaftlicher Beirat des Robert Koch-Instituts. Stellungnahme zur Rolle des Robert Koch-Institutes für Public Health in Deutschland. [Online] 2023. https://www.rki.de/DE/Content/Institut/WissBeirat/Stellungnahmen/Stellungnahme.pdf?__blob=publicationFile.
- 21 Bundesministerium des Inneren und für Heimat. System des Krisenmanagements in Deutschland. Berlin: 2015.
- 22 Reisig V, Kuhn J. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. [Online] 2020 <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung/>.

Autorinnen und Autoren

^{a)} Franziska Mock | ^{b)} Dr. Meike Schöll |

^{b)} Dr. Maria an der Heiden | ^{b)} Dr. Ute Rexroth

^{a)} Berlin School of Public Health

^{b)} Robert Koch-Institut

Korrespondenz: franziska.mock@charite.de
RexrothU@rki.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Mock F, Schöll M, an der Heiden M, Rexroth U: Erfahrungen der lokalen Gesundheitsbehörden in Deutschland mit dem Krisenmanagement während der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020–2022

Epid Bull 2023;32:3-9 | DOI 10.25646/11673

Interessenkonflikt

Alle Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

31. Woche 2023 (Datenstand: 10. August 2023)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2023		2022	2023		2022	2023		2022	2023		2022	2023		2022
	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.
Baden-Württemberg	52	1.912	2.435	15	499	500	11	174	118	47	2.525	2.326	21	967	1.241
Bayern	107	2.896	3.367	25	743	583	9	120	122	72	4.873	4.043	32	2.666	2.302
Berlin	38	953	1.032	8	191	198	2	61	34	9	2.145	1.288	11	796	1.089
Brandenburg	49	791	857	8	224	144	3	44	38	27	1.931	1.413	29	1.387	1.630
Bremen	5	151	162	0	20	24	3	10	5	2	216	108	4	120	89
Hamburg	8	465	613	5	114	66	4	30	10	6	1.056	540	2	640	734
Hessen	31	1.403	1.937	11	285	328	2	42	35	26	1.596	1.812	10	1.073	994
Mecklenburg-Vorpommern	42	565	664	4	166	64	1	23	24	22	1.551	990	11	938	659
Niedersachsen	84	1.815	2.076	19	514	368	9	241	115	46	3.050	2.088	25	1.831	944
Nordrhein-Westfalen	185	4.360	5.692	54	1.011	742	23	444	220	105	7.670	6.102	55	3.438	3.350
Rheinland-Pfalz	48	1.422	1.485	12	269	240	1	57	51	32	1.666	1.962	8	793	809
Saarland	8	414	472	1	44	68	0	12	5	4	473	427	2	339	179
Sachsen	83	1.787	2.140	17	311	351	4	96	64	69	3.350	3.440	31	2.281	2.925
Sachsen-Anhalt	36	553	763	14	229	197	1	54	34	28	1.872	2.348	13	1.544	867
Schleswig-Holstein	33	725	822	6	132	80	3	59	51	8	907	684	7	514	441
Thüringen	30	757	916	7	340	262	1	20	16	39	1.803	1.328	24	1.764	931
Deutschland	839	20.969	25.433	206	5.092	4.215	77	1.487	942	542	36.684	30.899	285	21.091	19.184

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2023		2022	2023		2022	2023		2022	2023		2022	2023		2022
	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.
Baden-Württemberg	1	47	48	49	1.633	1.309	31	880	673	6	354	305	5	7.061	1.310
Bayern	1	68	66	63	2.512	1.616	38	1.107	644	11	391	348	10	12.450	3.184
Berlin	0	36	25	18	774	563	10	342	225	3	236	236	3	2.623	944
Brandenburg	1	15	19	5	237	171	1	109	61	3	57	82	1	2.171	1.089
Bremen	0	2	2	3	215	114	1	87	40	1	33	41	0	186	98
Hamburg	0	5	8	7	527	353	6	255	134	0	109	99	1	1.766	671
Hessen	2	43	32	23	1.221	948	8	393	298	9	282	261	4	4.171	672
Mecklenburg-Vorpommern	0	6	13	2	134	89	1	76	42	0	37	29	0	1.182	1.295
Niedersachsen	0	45	27	18	873	573	18	558	327	4	220	176	2	3.649	912
Nordrhein-Westfalen	1	136	104	63	3.333	2.226	52	1.663	1.157	13	579	545	8	10.674	1.867
Rheinland-Pfalz	1	21	23	16	1.100	589	9	347	223	5	122	88	0	3.399	598
Saarland	0	8	6	6	256	104	2	125	32	0	26	16	0	495	184
Sachsen	2	24	14	6	338	252	5	181	159	0	77	90	3	4.314	4.373
Sachsen-Anhalt	0	14	12	14	209	139	4	122	83	1	51	50	1	1.748	1.168
Schleswig-Holstein	0	14	9	2	278	243	6	218	199	1	69	73	1	1.033	512
Thüringen	0	9	8	6	171	115	2	89	65	1	60	40	0	1.590	541
Deutschland	9	493	416	301	13.811	9.404	194	6.552	4.362	58	2.703	2.479	39	58.512	19.418

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2023		2022	2023		2022	2023		2022	2023		2022	2023		2022
	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.
Baden-Württemberg	0	2	1	1	26	30	0	0	0	4	139	51	42	2.002	1.053
Bayern	0	5	3	0	36	13	0	0	1	7	458	189	44	3.014	1.310
Berlin	1	9	2	0	10	7	0	1	0	0	59	12	6	528	247
Brandenburg	0	0	1	0	5	3	0	1	1	1	152	24	7	313	140
Bremen	0	0	0	1	4	2	0	0	0	1	3	0	1	45	87
Hamburg	0	2	0	0	7	1	0	0	0	2	49	13	3	337	118
Hessen	0	1	1	0	12	8	0	0	0	0	62	48	2	571	318
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	88	7	1	110	50
Niedersachsen	0	3	0	0	14	15	0	0	0	1	74	21	7	796	392
Nordrhein-Westfalen	0	4	2	2	40	15	0	0	0	4	196	60	43	1.780	1.010
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	11	6	0	0	0	2	91	31	4	296	189
Saarland	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	20	18	1	44	18
Sachsen	0	0	0	0	6	5	0	0	0	1	75	21	11	1.175	414
Sachsen-Anhalt	4	7	0	0	4	6	0	0	0	1	141	22	1	124	63
Schleswig-Holstein	0	0	1	0	5	7	0	0	0	0	38	10	14	359	118
Thüringen	0	0	0	0	4	3	0	0	0	2	315	61	3	255	122
Deutschland	5	33	11	4	192	123	0	2	2	27	1.960	588	190	11.749	5.649

Erreger mit Antibiotikaresistenz und *Clostridioides-difficile*-Erkrankung und COVID-19

	<i>Acinetobacter</i> ¹			Enterobacterales ¹			<i>Clostridioides difficile</i> ²			MRSA ³			COVID-19 ⁴		
	2023		2022	2023		2022	2023		2022	2023		2022	2023		2022
	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.
Baden-Württemberg	2	37	35	27	403	260	1	64	41	1	38	44	179	108.051	3.278.765
Bayern	3	59	68	16	533	370	4	123	99	0	78	69	303	156.453	4.380.637
Berlin	1	42	57	9	314	340	1	25	16	0	25	27	125	37.724	862.569
Brandenburg	0	15	19	6	153	90	5	54	37	0	21	20	58	27.399	646.194
Bremen	0	0	5	0	15	23	0	5	5	2	6	7	4	8.793	191.493
Hamburg	0	15	15	5	174	79	0	16	10	1	21	13	78	15.336	551.797
Hessen	0	24	48	13	475	381	0	34	47	0	51	40	175	90.956	1.851.161
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	2	1	52	29	2	44	40	0	15	21	46	19.210	459.591
Niedersachsen	0	23	28	10	316	238	3	94	58	3	81	71	202	127.121	2.553.879
Nordrhein-Westfalen	3	92	92	29	1.055	767	4	274	210	7	192	198	490	288.100	4.969.740
Rheinland-Pfalz	1	8	26	4	159	126	1	42	44	0	16	8	101	57.986	1.122.676
Saarland	0	1	1	0	21	13	0	6	3	0	5	5	37	16.698	311.546
Sachsen	1	12	22	5	182	153	3	58	80	1	48	38	84	34.674	1.015.304
Sachsen-Anhalt	0	9	6	3	69	75	2	57	52	1	26	35	36	21.512	573.449
Schleswig-Holstein	0	23	7	4	99	59	0	26	8	0	33	9	63	26.028	823.658
Thüringen	0	2	8	2	48	24	1	16	14	0	23	22	25	15.648	475.694
Deutschland	11	367	439	134	4.068	3.027	27	938	764	16	679	627	2.006	1.051.689	24.068.153

1 Infektion und Kolonisation

(Acinetobacter spp. mit Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen)

2 Clostridioides-difficile-Erkrankung, schwere Verlaufsform

3 Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus, invasive Infektion

4 Coronavirus-Krankheit-2019 (SARS-CoV-2)

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2023		2022
	31.	1.–31.	1.–31.
Adenovirus-Konjunktivitis	1	717	123
Botulismus	0	34	1
Brucellose	0	19	22
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	20	6
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	66	64
Denguefieber	11	397	134
Diphtherie	1	43	23
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	14	256	375
Giardiasis	25	1.316	874
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	0	1.163	439
Hantavirus-Erkrankung	7	171	59
Hepatitis D	0	20	60
Hepatitis E	76	2.992	2.181
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	48	49
Kryptosporidiose	48	840	1.055
Legionellose	46	872	756
Lepra	0	0	0
Leptospirose	1	95	80
Listeriose	10	345	364
Meningokokken, invasive Erkrankung	2	160	60
Ornithose	0	9	9
Paratyphus	0	5	13
Q-Fieber	2	43	41
Shigellose	11	336	140
Trichinellose	0	1	0
Tularämie	0	32	36
Typhus abdominalis	0	50	21
Yersiniose	27	1.149	1.143
Zikavirus-Erkrankung	0	7	2

In der wöchentlich veröffentlichten aktuellen Statistik werden die gemäß IfSG an das RKI übermittelten Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten veröffentlicht. Es werden nur Fälle dargestellt, die in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. www.rki.de/falldefinitionen).