

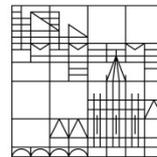
Crisis Management in Public Administration
COVID, De-/Centralization and the Public Health Service in Germany

Master Thesis

by
Finn Schmid
01/946438

at

Universität
Konstanz



Politics - Law - Economics

Department of Politics and Public Administration

Supervisors:

University of Konstanz: Prof. Dr. Daniel Rölle
University of Agder: Prof. Dr. Alexander Ruser &
Assoc. Prof. Dr. Charlotte Kiland

Konstanz, April 2021

Abstract

The challenges revealed by the COVID-19 crisis are omnipresent. The most urgent is an efficient pandemic response, which is described to be dependent from the institutional design and the organization of crisis management. Therefore, this thesis raises the question of what influence the federalism and the accompanying decentralized organization of the pandemic response has on the crisis management in Germany. Using expert interviews and qualitative methods, three states in Germany are being used as cases and compared according to their institutional design and their challenges in crisis management. On the one hand, it is shown that decentral organized systems can act faster, more pragmatic, and with regard to specific regional needs, which was most beneficial in the beginning of the COVID-19 pandemic. On the other hand, a de facto shift of decision making towards higher levels led to a failure of efficiency in a later phase of crisis. Thus, this thesis can give insights into the street level processes of crisis management and provide possible partial explanations to why Germany went from the best performing to one of the average nations in their pandemic response so far.

Table of Contents

1. Introduction	1
2. Public Crisis Management	4
2.1. What is a Crisis?	4
2.2. Challenges in crises.....	5
2.2.1. Sensemaking.....	6
2.2.2. Decision making.....	9
2.2.3. Decentralization, Centralization and Federalism	10
2.3. Germany’s Pandemic Response – Institutions & Responsibilities	13
2.3.1. Institutional Design.....	13
2.3.2. Infection Protection Act (IFSG).....	14
2.3.3. National Pandemic Response	15
3. Methodology	17
3.1. Sample, Case Selection and Data Collection.....	17
3.2. Data Analysis	20
4. Cases	24
4.1. Baden-Württemberg.....	24
4.2. Bavaria	25
4.3. Thuringia.....	27
5. Findings	29
5.1. Level of Sensemaking.....	29
5.2. Public Evaluations	31
5.3. Scope of People/Plurality of Ideas	32
5.4. Time/Fast Action	33
5.5. Distribution of Resources	35
5.6. Satisfaction of Regional Needs and Creation of ‘Laboratories’	36
5.7. Complexity.....	37
5.8. Compliance	39
5.9. Decision Making.....	41
5.10. Major Challenges	42
5.11. Cooperation and Communication Between Authorities	44
5.12. Sense of Urgency	47
5.13. Competence Center.....	48

6. Discussion.....	51
7. Conclusion	54
8. Limitations and Further Research	56
List of Sources of Law	58
Bibliography	59
Appendix.....	64

List of Figures

Figure 1: Data Analysis	21
Figure 2: Code Taxonomy	23
Figure 3: COVID-19 Cases in Baden-Württemberg.....	25
Figure 4: COVID-19 Cases in Bavaria	27
Figure 5: COVID-19 Cases in Thuringia.....	28
Figure 6: Level of Sensemaking	29
Figure 7: Public Evaluations	31
Figure 8: Scope of People/Plurality of Ideas	32
Figure 9: Time/Fast Action.....	33
Figure 10: Distribution of Resources.....	35
Figure 11: Satisfaction of Regional Needs and Creation of “Laboratories”.....	36
Figure 12: Complexity	37
Figure 13: Compliance.....	39
Figure 14: Decision Making	41
Figure 15: Major Challenges	42
Figure 16: Cooperation and Communication Between Authorities.....	44
Figure 17: Sense of Urgency.....	47
Figure 18: Competence Center	48

List of Tables

Table 1: Types of Sensemaking	7
Table 2: Case Selection.....	18
Table 3: Interviews	20

List of Abbreviations

BW	Baden-Württemberg
BY	Bavaria
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
EU	European Union
MLG	Multi-Level Governance
PHD	Public Health Department
PHS	Public Health Service
QCA	Qualitative Content Analysis
RKI	Robert-Koch Institute
TH	Thuringia
WHO	World Health Organization

1. Introduction

危机

“When written in Chinese, the word crisis is composed of two characters – one represents danger, and the other represents opportunity.” – John F. Kennedy

In December 2019, the Coronavirus was detected for the first time in China, creating uncertainty and spreading fast. What followed was a pandemic outbreak, causing pain, suffering and so far over three million deaths around the globe (WHO, 2021). This led governments worldwide to take actions and measurements, as they are responsible to protect the people living within their borders. The evaluations of success in crisis management vary and will be determined once the crisis is over. As a result, crisis management studies have attracted more attention, but not only the academic interest has increased. In the current COVID-19 crisis, media, as well as the public in general, have analyzed governments' crisis management and compared its efficiency to those of other countries. This is particularly true for Germany. In spring 2020 the public debate asked questions as: Would the federal structure be a blessing or a curse (Herbst, 2020)? Does it reveal a fundamental weakness in the institutional design (Rürup, 2020)? Would it lead to a slow acting and chaotic mosaic, as 40 % of the population in Germany believed in April (Eckhard and Lenz, 2020)? Or can federalism prove itself as chancellor Angela Merkel points out (Welt, 2020)?

Despite that a comparison between central and federal states is often used, the more accurate description is a comparison between decentral and central organized crisis management.

The academic debate suggests the centralization of crisis management if a larger area is affected, so that the distribution of scarce resources can be organized by the central state. That is described to prevent a destructive competition between the constituent units (Wilson, 2006, Van den Bergh, 2016). The decentralization perspective highlights the importance of regional needs, appropriate action and information advantages which are enhanced when decisions are made on lower levels (Aubrecht et al., 2020). As this both is true for the COVID-19 pandemic, this thesis aims to contribute to the debate by laying groundwork, while understanding strength

and weaknesses of a decentral or central crisis management in the context of a pandemic. Hence, this thesis asks the question:

In what way does the federal-/decentral system in Germany influence the crisis management in the COVID-19 pandemic?

In answering this research question, this paper focusses mostly on the beginning and therefore the year 2020 of the crisis. Thereby the focus lies on the overall organizational structure of the Public Health Service, as main instrument of (local) crisis management. As the COVID-19 crisis has regularly been described as the biggest challenge since World War II (DW, 2020), it is highly relevant both to science and politics to analyze how to improve actions and to learn from crises. Academic scholars have so far focused on comparing countries or systems in general, little notice has been placed on in-depth studies and the local level, which is immediate to people's needs and on their experience of crisis management. This gap needs to be fulfilled as there is a lot of unknown.

In doing so, two main tasks of the first phases of crisis managements are identified, namely sensemaking and decision making. Fulfilling these tasks can take place either decentral or central. Hence, it is shown that decentral institutions are fruitful in the beginning of a crisis. Using three states in Germany as cases, this thesis compares them with regard to their institutional design. Thereby, the advantages prevented by the German decentral system are especially found in the first phase of the crisis. Thus, less stringent measures as a reaction to specific regional needs and fast actions are the particularly salient findings, with regard to decentral systems. The data indicates that the second phase of the crisis, starting in autumn 2020, is accompanied by a shift of decision making towards more centralization.

Poor communication and cooperation between levels, paired with a shift towards central decision making, hinders an efficient pandemic response. Those central instruments were challenging for those cases where the organization was most decentral. The more centralized a state, the more implemented the communication and coordination, and thus the better the performance should be in the second phase.

Overall, this study sheds light into the tasks, challenges, and opportunities granted by the German institutional design. This thesis lays groundwork for further research and provides insights

into the daily fight at the street level. Building on that, further research can set this information in wider contexts taking the European Union (EU) and geographical circumstances such as neighbor states and borders into account.

Structurally, the academic debate in crisis management and de-/centralization is picked up in a first step, identifying sense- and decision-making as major tasks. A second step provides information about the German pandemic response and the institutional design, which grants most rights, fighting the pandemic to the states. As states vary, the examined cases were chosen to their degree of centralization of the Public Health Service, resulting in three cases, Thuringia, Baden-Württemberg, and Bavaria. The following application of qualitative methods and content analysis gives in-depth insights into the cases and shows the difficulties of both, decentral and central instruments.

2. Public Crisis Management

2.1. What is a Crisis?

As shown before, there is great dispute whether a decentral organization of crisis management can be helpful or not. In order to answer these questions, it is of great importance to clarify what is meant by a crisis, how it can be defined and whether the COVID-19 pandemic fits such descriptions. The following section elaborates these issues.

Within the last decades, the importance of crisis studies has increased, as the perceived number of crises increases as well, like the occurrence of Lehmann Brothers, Syria, the Euro Crisis, ISIS, Ebola and COVID-19. Thereby, it does mostly not matter if crises have their geographical origin far away or just around the corner as they can, due to a globalized world, affect our daily living anyway (Boin, 2019). While crises can differ in their outcome, they all share some aspects that turned them, per definition, into crises in the first place.

Debray (1973, cited in Jessop, 2015: 486) states that crises can always be seen as “moments of danger and opportunity”; they share the aspect that things cannot go on as they used to. Furthermore, they are seen as “low probability/high consequence events that threaten the most fundamental goals” (Weick, 1988: 305) and can, therefore, be described as “Real World ‘stress tests’ to the resilience of political systems and the crisis management capacities of leaders.” (Boin et al., 2016b: 3). As Boin et al. (2016b: 5) continue, they state that “[i]n academic discourse, a crisis marks a phase of disorder in the development of a person, an organization, a community, an ecosystem, a business sector, or a polity”. The authors identify, referring to Almond et al. (1973), three core elements of a crisis situation, namely threat, urgency, and uncertainty. This means that an organization, a political system or a single leader has immediately to respond to a threat, even though there is no role model for that specific case and essential information is missing at that point.

Following these authors, in this thesis, crisis is seen as suddenly occurring shock, threatening “the core values or life-sustaining functions of a social system, which requires urgent remedial action under conditions of deep uncertainty” (Boin and ’t Hart 2010, 358).

On March 11, 2020, Tedros Adhanom Ghebreyesus, the Director-General of the World Health Organization (WHO), expressed:

“There are now more than 118,000 cases in 114 countries, and 4,291 people have lost their lives. Thousands more are fighting for their lives in hospitals. In the days and weeks ahead, we expect to see the number of cases, the number of deaths, and the number of affected countries climb even higher. WHO has been assessing this outbreak around the clock and we are deeply concerned both by the alarming levels of spread and severity, and by the alarming levels of inaction. We have therefore made the assessment that COVID-19 can be characterized as a pandemic.” (WHO, 2020)

Summarizing, he points out that the virus has hit the globe fast, unprepared and inaction is taking place, while the outlook is not reassuring. That caused many governments to take action, while no solutions were present, and the outcomes were and remain uncertain. Taking that into account, all necessary conditions were, internationally as well as nationally in Germany, fulfilled to classify the COVID-19 pandemic as a severe crisis.

2.2. Challenges in crises

As COVID-19 is identified as a severe crisis, it raises the question of what needs to be done in times of crises. Thus, this section analyzes the most relevant academic literature and extracts general challenges and tasks that the public sector has to manage when a crisis occurs.

As defined, when a crisis hits, there is an immediate need for action, despite the predominant and overall uncertainty. In order to overcome this uncertainty, the need for information has to be satisfied and it is of great importance to order the events, take action and possibly learn from it. Boin et al. (2017) summarize in their book *The politics of crisis management: public leadership under pressure* five strategic challenges, namely (1) sense making, which describes the collection and distribution of information; (2) decision making and coordination; (3) meaning making, getting the public on board; (4) accounting, showing what was done; and (5) learning, evaluating the crisis, its causes, and the actions which were taken by the leaders. These tasks can be fulfilled in many different ways, e.g. centralized or decentralized and by a few or by many people. That leads to an old debate about who should take action at which level a decision should be made, and at what point. This is picked up in the following.

As the COVID-19 crisis is ongoing, this paper further focusses on the beginning of the crisis and, therefore, the generating and processing of information (sensemaking) and its implication on the decisions being made (decision making). Furthermore, the debate of decentralization vs. centralization is taken up.

2.2.1. Sensemaking

Sensemaking is the science of information and action in organizations during ambiguous or uncertain times or situations. Weick (1988: 305-306) states that “[t]he explorer cannot know what he is facing until he faces it, and then looks back over the episode to sort out what happened”, referring to the process of sensemaking. He defines sensemaking as “the ongoing retrospective development of plausible images that rationalize what people are doing” (Weick et al., 2005: 409). Maitlis and Sonenshein (2010: 551-552) describe that “[s]ensemaking is thus about connecting cues and frames to create an account of what is going on”.

The process that follows from that, Weick (2020: 3) describes, starts at a point where something changes that can cause “hunches”, leading to words and actions which then create a change, so the process can start over again. That process represents the mainstream of the sensemaking literature in organizational studies. Thereby, organizational procedures are “episodic-deliberative” which means they are at various points distorted and in need to make sense of that particular situation and possibly return to a normal ongoing activity (cf. Sandberg and Tsoukas, 2020).

Furthermore, sensemaking can, according to Sandberg and Tsoukas (2020), be categorized into four types, dependent on how detached the new situation from the ongoing process and activities within the organization is. In an increasing order the authors describe: immanent, involved-deliberate, detached-deliberate and representational sensemaking (see table 1).

Table 1: Types of Sensemaking

	Types of sensemaking			
	Immanent	Involved-deliberate	Detached-deliberate	Representational
Object	Routine activities	Interrupted activities	Problematic/problematised activities	Problematic/problematised decontextualized activities
Purpose	Enacting routine activities	Restoring interrupted activities	Reviewing problematic/problematised activities	Explaining problematic/problematised activities
Specific sense	Practical sense	Contextual sense	Conceptual sense	Spectatorial sense

Source: Sandberg and Tsoukas (2020: 9)

As these types mostly focus on causes, threats, and problems within an organization and not on threats towards society, it is not fully applicable to the case examined in this paper. Nevertheless, one of the key findings which all four types entail is “that sensemaking originates neither in cognition nor in social interaction alone, but in specific meaning-giving practice worlds, which agents inhabit.” (Sandberg and Tsoukas, 2020: 23).

Therefore, not only the given rules and structures matter, but the perception and surrounding of agents plays a greater role. That is in line with Weick (1988) and his call for “Enacted Sensemaking in Crisis Situations”. He points out that creating an awareness of the capability to take action is crucial in fighting a crisis, as taking action as early as possible in the sensemaking process “can help people to prevent larger crises by smarter management of small crises.” (Weick, 1988: 308). Following this, Maitlis and Sonenshein (2010: 556) argue regarding possible hindering facts that “[t]he belief that others have made plausible sense of the situation prevents individuals from taking an action – even merely signaling their confusion to others – that could prevent a crisis.” This is a concept that Miller and McFarland (1987) name ‘pluralistic ignorance’. Maitlis and Sonenshein further describe:

“A discussion of politics also raises questions over who is granted the opportunity to make sense of situations. [...] power, coupled with a lack of influence skills on the part of lower level employees, can preclude these lower level employees from shaping the sensemaking of those at the top. This raises the question of what is the optimal balance between including a wide range of actors to make sense, while preventing the introduction of too much equivocality.” (Maitlis and Sonenshein, 2010: 572)

Not answering this question, the authors describe several characteristics of this difficult tradeoff, as too little involved individuals might limit the complexity of the situation and too many might cause confusion, as there might be contrary ideas (Maitlis, 2005). But not only the number of individuals included might influence the outcome, rather the homogeneity of ideas can be a hindering fact when it comes to sensemaking, as Boin et al. (2016c) show with regard to groupthink (cf. Janis, 1982).

As important as the numerical design of people included in the sensemaking process is the timing and the evaluation by those who engage in sensemaking. Maitlis and Sonenshein (2010: 555) explain, with regard to Salancik and Pfeffer (1978), that “early, positive, public evaluations shape sensemaking in crisis by preventing them and others from bracketing contradictory cues until it is much too late”. Applied to the COVID-19 pandemic, first signs of such a behavior can be found as Donald Trump, the former president of the United States, advised: “Don’t be afraid of Covid. Don’t let it dominate your life.” (Baker and Haberman, 2020). Hence, Boin et al. (2016c: 30) describe that “[o]nly when governmental leaders define a situation as a major threat will remedial action be undertaken.”

Nevertheless, this shows that it is of importance to whom the opportunity is granted to influence sensemaking and who feels and is responsible for it. That undermines the assumption of a high significance of the institutional environment, as it defines who is formally responsible and who needs to take action and will be examined at a later point.

In addition, Boin et al. (2016c) argue that useful data can be spread over various levels at different organizations of governments. Important data should be available at those levels that interpret it and processed to those levels that need it. The availability of data and the process of sharing such can be seen as further evidence for the importance of the institutional surrounding.

The previous chapter gave a brief insight of what sensemaking is about. It was shown that sensemaking is the study of how to generate and process information in situations of uncertainty. Originating from the organizational literature, sensemaking is not exclusively anchored there. As shown, it fulfills an important task in crisis management studies and is thus used as basis of this study. Thereby, it can be a helpful tool in understanding how levels interact, who gathers information, and how this is being processed to other levels.

The examined scholars indicate that sensemaking in terms of crises is affected by several variables. Taking an early action, preventing pluralistic ignorance, the institutional setting, and the scope of people included in the process can, depending on the design, influence the sensemaking process, and therefore the performance of authorities and governments, positively or negatively. Mostly the realization of crisis managers, that it is them who need to act, appears to be of great importance and will play an important role. As chronologically first, sensemaking directly influences the subsequent decision-making, which is elaborated in the following.

2.2.2. Decision making

As defined, crises always call for many urgent decisions which are not easily made, as they are mostly highly consequential, likely to contain dilemma and are uncertain in their outcomes (see Boin et al., 2016a). Accordingly, decision making can be separate or unitary, fast or slow, and decentralized or centralized. The authors describe that several factors decisively influence the decisions made. First, they describe that personality matters, second, urgency and the availability of information are important, and third, the institutional design contributes thereto. As the study of personality as such is not examined in this paper and the generation of information has been discussed previously, the latter is mostly described with an upward shift of competence in crisis from a lower level to a higher. That is especially true when more regions are affected. Also, this is found to possibly go hand in hand with a disappearance of structure, when an uncertain situation remains over a longer period (Boin et al., 2016a).

Further studies, e.g. by March and Olsen (2008), agree on the importance of the institutional design on decision making. In their logic of appropriateness, they highlight:

“The polity is a configuration of formally organized institutions that defines the setting within which governance and policy making take place. An institution is a relatively stable collection of rules and practices, embedded in structures of resources that make action possible organizational, financial and staff capabilities, and structures of meaning that explain and justify behavior roles, identities and belongings, common purposes, and causal and normative beliefs”. (March and Olsen, 2008: 691)

Therefore, the institutional design, as it defines to whom the opportunity is granted to make a decision, is not only the formalized decision-making process, but as well a highly influential

arena of the decision making. This becomes even more important when information is missing or the outcome of a decision is uncertain, which is, as described before, the case in crises.

Further, according to Boin et al. (2016a: 57), so called “non-decisions” can be identified in crisis. The authors distinguish into “decisions that are not implemented”, “decisions not to decide”, and “decisions not to act”. Thereby, decisions not to act can happen on each level independent from the institutional design. Decisions not to decide can be, when a higher level leaves it to a lower level to decide and decisions that are not being implemented can happen when a higher level decides but a lower level refuses or is not able to implement. That is another indication that the relationship between different levels and their effect on crisis management needs to be examined more closely. The following chapter compares different approaches of sense- and decision making, especially in regard to the characteristics of centralization and decentralization.

As shown, in times of crisis, it is important to make decisions in order to alleviate the negative consequences. While that is undoubtable, it is questionable who is making decisions and who is involved. Those processes are, de jure, defined in the institutional design and can be shaped in different ways. Regarding the research question, the perspective of decentralization, centralization, and federalism is specified in the following section.

2.2.3. Decentralization, Centralization and Federalism

Whether a crisis is handled well or is escalating depends strongly on the management of the previously described tasks. As shown, the institutional design predetermines both sense- and decision making. Such institutional influences can be beneficial as well as disadvantageous, as they define who is taking part when in the processes in terms of a crisis. Thus, decentral as well as central elements in the institutional design, and therefore also in the fight against pandemics, can play a major role in the overall success of crisis management. The following section shall give a brief overview about the academic debate on this topic.

From a definitional point of view, a centralized system keeps the power on the federal level, whereby in a decentralized system, the power is established at the constituent units (e.g. Dardanelli et al., 2019). This has always created a debate on decentralization versus centralization (e.g. Riker, 1964, Elazar, 1987, Wheare, 1946).

In this old debate, responses to disasters are often seen as necessarily centralized when a larger area is affected, the reason for this is the probably better and faster distribution of scarce resources by the central state and the prevention of a dangerous and destructive competition between the constituent units (Wilson, 2006, Van den Bergh, 2016). However, this upward shift is not necessarily positive as Weick (1988: 312) observes: “The person in authority is not necessarily the most competent person to deal with a crisis, so a contraction of authority leads either to less action or more confusion”.

A decentralized acting approach towards decision making can be beneficial in terms of specific regional needs or appropriateness and as well through information advantages (e.g. Behnke, 2020). Thereby, information may only be available at certain levels, as crisis might affect regions not to the same extent (Aubrecht et al., 2020). Furthermore, the authors argue that on the one hand, a centralized process still entails some discretion on different levels and that a centralized fight against the pandemic therefore can be costly when it comes to organization, transport, and procurement. On the other hand, a decentralized fight goes along with possible inadequate regional or local responses, if there is insufficient supply of capacity or other resources. Otherwise, too many resources could lead to hoarding of supply in regions it is not needed.

Therefore, Aubrecht et al. (2020) suggest a “smart mix” containing centralized and decentralized tools. Thus, the procurement and distribution of scarce resources, such as medical goods, shall be centralized, whereby especially the obtaining and the use of information is decentralized most efficient as information is then available at the level of decision.

Other scholars have discussed the institutional complexity of federal, and thus more likely decentral systems, in terms of crisis. Some argue that this complexity makes it impossible for federal states to respond as fast, centered, and coordinated as centralized, unitary systems can (Kincaid et al., 2010). However, as Watts (2008) describes, federations can vary a lot, especially according to the distribution of power and, therefore, general assessments are mostly lacking in this perspective. Hence, a comparison should only take place with regard to the decentralization or centralization of a variable under investigation. Watts (2008: 87) continues that federal governments can give guidelines and the constituent units shape them according to their ideas, which can be seen as in line with the “smart mix” from Aubrecht et al. (2020). Moreover, Ross and Perez (2020) show that local authorities can help to improve voluntary compliance and

acceptance of the rules and they contain a special local knowledge. Hence, local governments should, according to the authors, be enabled rather than disabled.

In terms of crisis management and uncertainty, research shows that different decentralized units can be seen as small trial and error laboratories (Sparer and Brown, 2019). Thereby, policies which can diminish the crisis situation can be adopted by other units and policies without or with negative effects would disappear due to self-selection and not be implemented within the whole (federal) state. In addition, more power at the constituent units can limit the risk of an unwilling or slow acting federal government as the constituent units can decide by themselves whether the situation is severe enough to act (Krane, 2002). The other side of the coin shows a difficult coordination at an inter- or supranational level (e.g. the EU), as decisions made at that level mostly address and favor federal/national governments and decision-making (Kincaid et al., 2010). Furthermore, citizens in decentralized federations often blame the federal government for failures rather than the constituent units which are in charge (Birkland and Waterman, 2008).

Summarizing, a comparison between federal and decentral states is not expedient, rather a comparison between central and decentral systems should take place. Hence, it was shown that central systems are associated with a faster response, when a larger area is affected. They are described with a better distribution of scarce resources, preventing moral hazard within and destructive competition between the constituent units. The overall increased complexity of decentral systems can be seen as limiting factor when it comes to the coordination on inter- or supranational levels.

In contrast, decentral systems might have advantages when it comes to specific regional needs, regions are affected differently or when special knowledge is needed. Furthermore, studies show that local authorities can improve compliance with the rules. Particularly in uncertain situations, decentral systems can function as laboratories as information is available at the same level as the decision is made. This can, in turn, enable a quick regional or local response and provide information advantages.

The crisis response in the examined COVID-19 pandemic is definitively a nationwide crisis but still affects, at different points in time, different regions differently. These, as few out of many, examples suggest both centralized and decentralized systems as beneficial. Thus, despite

fundamental academic research in this debate, the question cannot be answered only with regard to the literature. The advantages of both approaches were shown, but in order to answer the research question, how the German decentralized system influences the pandemic response, specific information about the undertaken actions and the responsibilities in Germany is necessary and thus given in the following section.

2.3. Germany's Pandemic Response – Institutions & Responsibilities

Federalism in Germany has been examined in several studies already. Nevertheless, as this paper focusses on the pandemic response of Germany's authorities, the following section gives an insight into the most important areas, laws and institutions of the German federal system, the Public Health Service (PHS) and the pandemic response executed so far.

2.3.1. Institutional Design

A federal system can be defined as “two (or more) levels of government which combine elements of shared-rule through common institutions and regional self-rule for the governments of the constituent units” (Watts, 1996: 7). That distinguishes a federal system from a confederation or a central state like France today. Rudzio (2018) elaborates that federal systems can be differentiated into dual federalisms and cooperative federalisms. While in dual federalisms the federal government and the states have separate policy areas, like in the U.S. or in Canada, cooperative federalisms share responsibilities whereby legislation is mainly task of the federal government and the implementation is done by the states, like it is the case in Germany or Austria.

In Germany, the distribution of tasks is regulated by the German constitution, the “Grundgesetz” (GG). A distinction is made between exclusive federal legislation (e.g. external affairs), competing legislation (e.g. healthcare or environmental policies), joint tasks (e.g. coastal protection or research policies) and exclusive state legislation (e.g. schools and police) (Art. 70-74, GG). Thereby, the competing legislation grants the states legislation power unless the federal government has made use of its legislation power. Following Rudzio (2018), this leads to “a functional separation under which the federal government is assigned the bulk of legislative power while the states exercise most administrative powers” (Heidenheimer, 1965: 172; cited in Rudzio 2018: 307).

Hence, the execution of the PHS as spearhead of the German pandemic response is within the responsibility of the states. Besides specific state legislation, federal legislation such as the “Infektionsschutzgesetz” (IFSG, Infection Protection Act) provides the basis of action and defines tasks, goals, as well as the structure of the PHS (Behnke and Zimmermann, 2019). As a result of the executive power of the states, a different organization of the PHS in different states can be found. Nevertheless, Behnke and Zimmermann (2019) show that prevention as well as health protection and averting dangers are part of the tasks in all 16 federal states in Germany.

The differences between states occur, according to the authors, mostly within the administrative structure as well as in the legal and technical supervision. Thus, the responsibility of the states shows a decentralized approach per se, but the states further delegate such issues to the local authorities. This causes different degrees of centralization in different states and will be examined at a later stage. In the persistence of the crisis, a new, controversially discussed, committee formed, trying to coordinate and reach a more unified crisis response. This committee entailed the prime ministers of all 16 states and the chancellor of the federal state, further the minister of health and the minister of finance participated. The committee has no binding effect on the states, it is rather the attempt of implementing coordination and somehow a central element.

2.3.2. Infection Protection Act (IFSG)

The IFSG is the most important federal law in Germany’s pandemic response. Despite its existence since 2000, it has been altered several times during the COVID-19 pandemic. The act defines which actions should generally be taken in an epidemic or pandemic and which level or institution should be responsible.

Therefore, it defines the role of the Robert Koch Institute (RKI), located in Berlin and on the federal level, which is the oldest institute of its kind worldwide (RKI, 2020). Since its foundation in 1891, it has been the scientific research center of Germany when it comes to public health. Its tasks for the case of a rapid transferable disease are defined in §4 (IFSG). According to the act, the RKI is a national authority “for the prevention of transmissible diseases and for early detection and prevention of the further spread of infections.” (§41, IFSG). In doing so, it shall cooperate with the state authorities and can provide administrative assistance on the request of the highest state health authority. If the German Bundestag (parliament) notes an epidemic situation of national importance, the RKI shall coordinate between the states as well as

between the states and the federal government. Further, “the federal ministry of health shall be empowered without prejudice to the powers of the states.” (§5(2), IFSG). The federal ministry of health can “make recommendations to enable a coordinated approach within the Federal Republic of Germany” (§5(6), IFSG). The act is executed by the states which can decide on whether they want it to be executed at the highest state authorities or leave it to lower levels, even with the possibility of waiving consent of the highest state authorities (§54, IFSG). Thus, the RKI is the leading competence center for epidemics and pandemics in Germany with a science-based approach; but even more important, it shall only coordinate upon request of the states and it is without executive power. The IFSG rather shows that the states remain their power on the issue of fighting a pandemic and implementing their measurements.

Despite the alterations undertaken during the pandemic, it was willfully decided to leave that competence with the states. As described earlier, it is the choice of the states to structure and organize their PHS and as well how they want to react on epidemics, pandemics and crises such as the COVID-19 crisis. Therefore, the RKI as the most important scientific facility, when it comes to public health in Germany, shall provide information and can give advice to the other institutions and authorities. Hence, it cannot oblige to take action, neither on the national level nor on the state level.

The evidence shown indicates different processes and institutional designs in different states. As these differences might also lead to different outcomes according to performance or problems, this thesis compares states in order to identify outcomes of such differences.

2.3.3. National Pandemic Response

As described above, it is almost impossible to identify a unitary German pandemic response as the states execute the acts and issue their own regulations. Nevertheless, it is crucial to understand the interactions between several levels in understanding the difficulties on a lower level. When the German Chancellor Angela Merkel held her first television speech on March 18, 2020, and announced the necessity of the reduction of social contacts, some states, e.g. Baden-Württemberg and Bavaria, which were more affected by the virus in the beginning, have already had issued regulations at that point. (MDR, 2020) Nevertheless, the federal government tried to get all states in a coordinated process on board. Therefore, on March 22, the Chancellor met with all prime ministers of the states in order to act uniformly.

On March 23, the federal government announced economic aid on an extreme scale, which increases the possibility of the federal government to use the ‘financial reins’ in order to achieve unitary action. Since that, the meetings between the federal government and the prime ministers of the state have become the most important committee trying to get a common understanding and leading to a slight increase in central decision making. Despite the slight shift to a more central committee, some decisions that were made there resulted in a further decentralization. Exemplary, on May 6, it was decided to leave the decision if more strict regulations are needed not only to the state level but to the district level (Behnke, 2020).

The other side of the picture includes the danger that decisions are based on the lowest common denominator and therefore within the “joint-decision trap” described by Scharpf (1988). Thus, it has happened that some states announce further regulations without regard to the jointly made decisions, like Bavaria did several times, e.g. on the December 6, when prime minister Markus Söder announced more strict regulations due to the ineffectiveness of the previous, jointly made regulations. Thus, the ongoing pandemic has had several stages, starting with fast and independently acting states, continuing with the creation of a common understanding and mostly joint action during the summer through the committee of the prime ministers of states and the Chancellor, leading to signs of a more centralized action with independent deviations by states like Bavaria or Saxony in early winter 2020.

Summarizing, the German institutional design grants power to the states in order to take measurements to fight the pandemic. The RKI is based as an informative competence center without executive power, located at the federal level and can, upon request, coordinate and advice the states. Further, the federal government and the states implemented a committee in order to coordinate and receive a more unitary action without binding resolutions.

This undermines the importance of differences in regions and states, not only in the effects of the pandemic but rather in different approaches, which might happen due to different institutional granted possibilities of taking action. This thesis therefore compares several states and the effects of the overall given structure on the local pandemic response in order to gain an insight on the street level crisis management and by what it is affected.

3. Methodology

3.1. Sample, Case Selection and Data Collection

This thesis relies on qualitative methods in order to answer the given research question. Because reliable and internationally comparable quantitative data is not available at this point of time, this qualitative analysis can lay groundwork in exploring the German institutional design and its pandemic response as well as highlighting difficulties and advantages at a certain street level. In doing so, this thesis draws on qualitative methods using expert interviews to gain in-depth insights. As described earlier, the German pandemic response is rather not unitary but mostly decentral organized. Therefore, states are being used as cases to get an understanding of how the different approaches influence the pandemic response. The aim of this study follows Gerring (2017: 30) who states: “The goal of a case study is to explain the case(s) under investigation and also, at the same time, to shed light on a larger class of cases (a population).”

As King et al. (1994: 140) show, “[...] the best intentional design selects observations to ensure variation in the explanatory variable (and any control variables) without regard to the values of the dependent variable.” By following this, the case selection was driven by the independent variable, namely the institutional design. In order to compare certain cases, it was necessary to identify such where the institutional design, according to the PHS, is strongly decentral and others where it can be described as central. This leads to a population of 16 possible cases or units of analysis, the 16 states of Germany. Out of these, cases had to be identified where the independent variable varies, keeping a number of cases which is still manageable. Thus, three cases, Bavaria, Thuringia, and Baden-Württemberg, were drawn according to the independent variable.

Table 2 gives an overview of the cases and their characteristics. Hereby, Thuringia shows the greatest degree of decentralization and Bavaria the least, while Baden-Württemberg is intermediate. A detailed explanation of the cases and their PHS is given in the following chapter (chapter 4).

Table 2: Case Selection

	Baden-Württemberg	Bavaria	Thuringia
Population (in million)	11.10	13.12	2.13
Organization of the PHS (Central-Decentral)	Intermediate	Central	Decentral
State Health Authority (Competence Center)	Yes	Yes	No
State of Emergency	No	Yes	No

Within these cases, data is extracted by interviewing experts, using explorative and semi-structured interviews. Despite the lower extent of reliability and objectivity or intersubjectivity compared to structured interviews, semi-structured interviews can help extracting information beyond the spectrum of explicitly given questions (see Diekmann, 2014: 437-439). Thus, regarding the research question, semi-structured interviews can improve the validity of this study. Therefore, with regard to the explorative approach, the value of a strong validity was given priority. Further, for a structured interview to be valid, objective, and reliable, the condition is an extensive prior knowledge which is not compatible with an explorative approach in the middle of a crisis.

Hence, using expert interviews creates the opportunity to gain technical knowledge whilst approaching an emergent topic from first-hand experience (Bogner et al., 2014: 23). Further, the operational knowledge, described by Meuser and Nagel (2002), was assessed as highly valuable. The topicality of the research question further grants an opportunity to gather data while the subject under investigation, the crisis management, is still undergoing. As described before, this thesis relies on an explorative approach and is aiming for hypothesis generation rather than theory testing.

Thereby, existing material is not fully neglected, it instead provides the basis for the interview guidelines. While setting up the interview guidelines, the main arguments from chapter 2 were included which functioned later as deductive codes. Nevertheless, no explicitly referring questions were asked, so as not to push the respondents in one direction. The resulting interview guidelines were created according to Bogner et al. (2014). As the experts are all German-speaking, the interviews were conducted in German. The interview guidelines as well as a translation thereof can be found in appendix a) and b). With a draft of the interview guidelines, a mock

interview with an employee of the PHS was conducted and the questions and topics adapted. As time was precious for the interviewees, it was agreed upon a maximum of 30 minutes with the participants. Thereby, according to Diekmann (2014), all sources of interview errors, such as respondent characteristics, question characteristics, and interviewer and interview situation characteristics were attempted to be minimized.

To qualify as an expert and therefore as sampling unit, it was necessary that the interviewee holds a position as head of the public health department, hierarchically equivalent or higher during the COVID-19 pandemic. In order to get a both handleable and sufficient sample, a minimum of two and maximum of four interviews per case was defined. In view of the current situation and overburdening of the health authorities, it was decided to use a logistically driven or so-called “convenience” sampling pattern within the cases. This is due to the fact that planning to interview specific health authorities (e.g. rural and urban) was not possible as it was generally challenging to find interview partners which, in turn, took several weeks of time. According to Gerring (2017: 45), biases of convenience sampling can be neglected if “the outcome under study is not known to the researcher, or if it plays no part in the selection of cases”.

Hence, all local health departments in Thuringia were contacted via telephone and, if no phone number was given, by mail. As an incentive, it was offered to all possible participants to get a summary of the results of this thesis in order to evaluate themselves and to learn from best practices. Those who expressed interest were either given further information by mail or an appointment was made, causing four interviews after three weeks of nonstop contacting. Of those with an appointment, two did neither show up nor react on further queries. In Baden-Württemberg, it was slightly easier to get in touch with several heads of local health departments. After contacting all and only reaching half of the possible local health departments, three appointments for interviews were made, of which one did not show up, as the number of COVID-19 cases rose. In Bavaria, it was nearly impossible to get in touch with anyone, as they all argued they were not allowed to give information to the public.

At the same time, in autumn 2020, the infection numbers rose rapidly, causing further difficulties in the process of data collection. Therefore, after weeks of rejections, a slight adjustment in the data collection strategy was made. Hence, mayors or district presidents as hierarchically higher or equal to the heads of the local health departments were contacted, allowing the success of two prospective interview partners. This might limit the comparability between the cases,

however, was a necessary adjustment in order to obtain data from that case. A summary of the dates and participants is given in table 3.

Table 3: Interviews

Case	Date	Duration
Baden-Württemberg (BW 1)	28.10.2020	24 min.
Baden-Württemberg (BW 2)	30.10.2020	37 min.
Thuringia (TH 3)	30.10.2020	20 min
Thuringia (TH 4)	03.11.2020	22 min.
Bavaria (BY 5)	26.11.2020	23 min.
Bavaria (BY 6)	09.12.2020	27 min.

Because of the situation of the COVID-19 pandemic, the options of personal, virtual, or phone call interviews was given to the interviewees. Without exception, all interviewees chose the option of phone call interviews, making it almost impossible to interpret nonverbal characteristics such as the atmosphere, which is a definitive limitation. All interviews were recorded and transcribed, the transcripts can be found in appendix d) (digital version). Nevertheless, privacy criteria played and do play a great role, thus, anonymity was promised to all participants. This is the reason why neither the district nor any personal data, except for the state in which the district is located in, can be published within this thesis.

3.2. Data Analysis

According to Mayring (2015), the task of a Qualitative Content Analysis (QCA) is the generation of hypotheses and theory building. In doing so, communication is systematically, rule-based, and theory-driven analyzed. The goal of such a QCA is to draw conclusions about certain aspects of communication (Mayring, 2015: 13). Due to these reasons, a QCA was used to analyze the data gathered from the interviews. Thereby, the discussed academic literature functions as a basis and point of departure. An overview on the process of data analysis can be seen in figure 1 which is in line with Mayring (2015). The main arguments of the debate on de-/centralization were used to create a deductive, or so-called a priori, coding frame. As technical assistance, the software MAXQDA was used, providing tools for coding and analysis. Afterwards, all codes that were used were both defined and coding rules were specified, which can

be found in the coding frame. The pre-defined deductive codes were applied to the interview transcripts. Anchor examples were extracted as a means of illustrating the purpose of the single categories. All these sums up to the coding frame which is attached in appendix c).

Thereafter, contextual units that were not covered by the deductive codes have been paraphrased across cases. This offered an inductive component to the previously created deductive coding frame, granting the opportunity of including information beyond the literature into the research as described by Kuckartz (2018: 90), with regard to Mayring (2015).

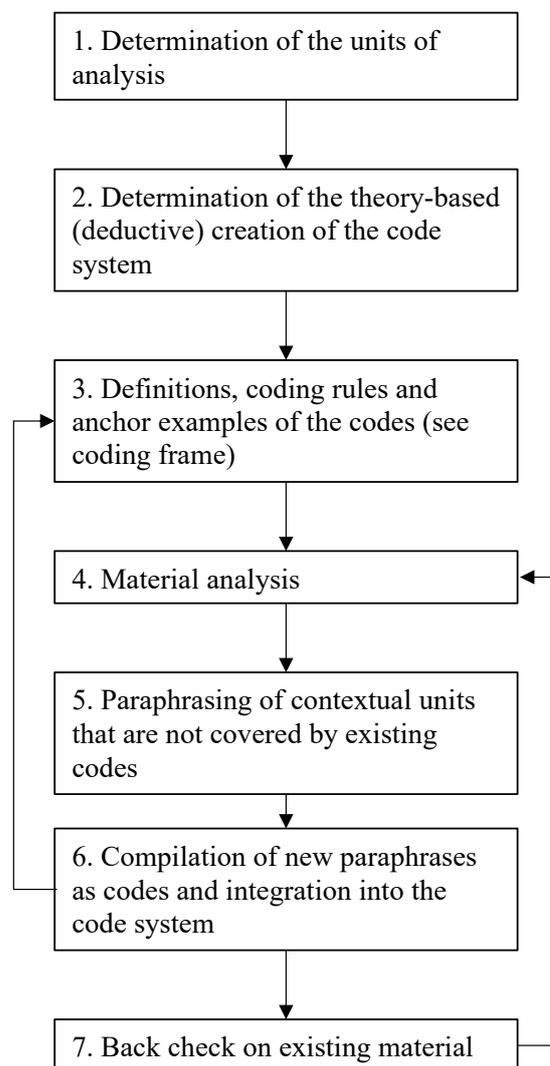


Figure 1: Data Analysis

Source: Own illustration, adapted from Mayring, (2015)

As such, the paraphrases were abstracted to a level which matched the deductive codes and included in the existing coding system. To get the status of a new code, a paraphrase must have been named by at least two participants or provided a completely new insight. The newly gained

categories were then again applied to all transcripts to ensure a comparability. After that, a total of 13 codes were identified, with a varying number of subcodes from two to six. The summary and hierarchical order is shown in the taxonomy in figure 2. The different codes are described in the findings chapter as well as in the coding frame.

All codes are seen as analytical and non-exclusive, which allows the diversity of information and the exploratory approach to be taken into account.

Once all transcripts were coded, an intercoder reliability was conducted with the result showing no significant deviations. During the following final analysis, codes were examined separately and in two steps. The first step was a quantitative approach, using a frequency analysis showing if and how often a code was named by the participants. According to Mayring (2015), this gives an overview of the relative importance of a code for a certain case. The second part was a qualitative in-depth analysis of all coded sequences under the respective code and its characteristics. The goal was to summarize through the inductive coding and to structure content-wise through the deductive codes (see Mayring, 2015: 69 & 103).

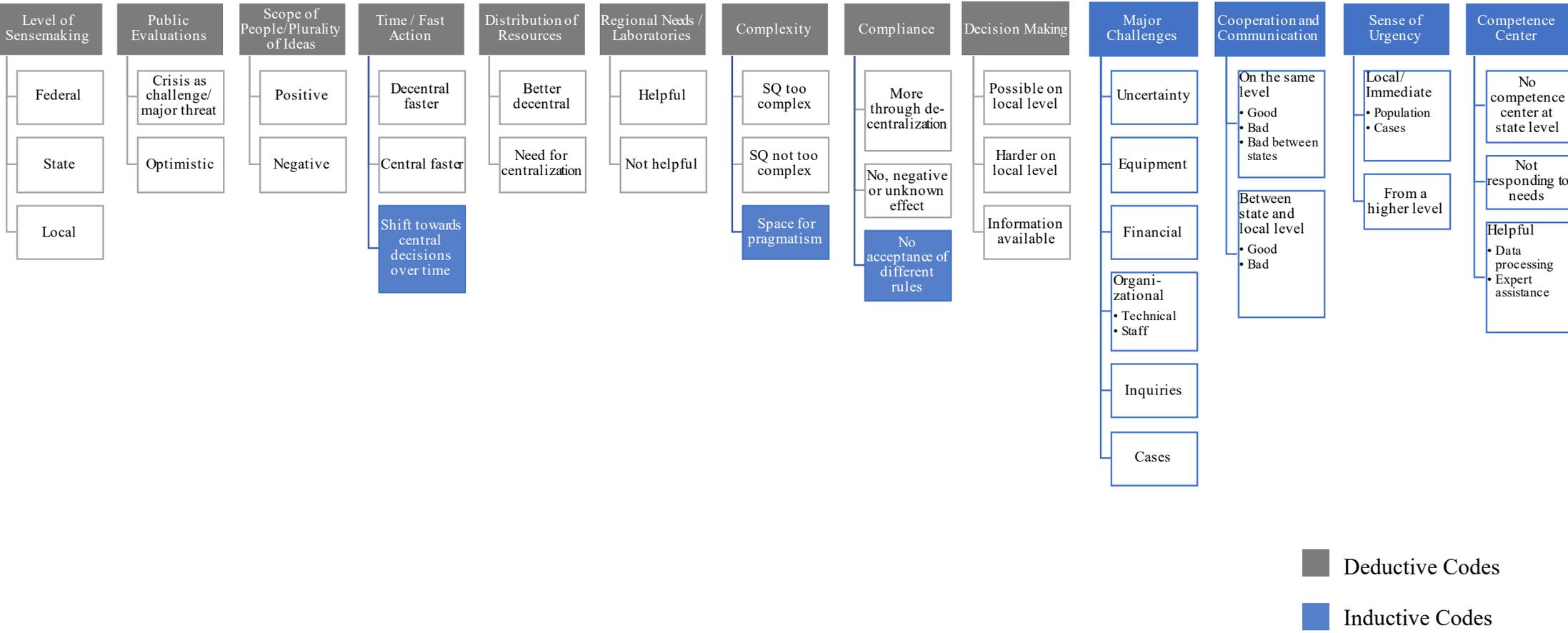


Figure 2: Code Taxonomy
 Source: Own illustration

4. Cases

4.1. Baden-Württemberg

Baden-Württemberg is the least rural state within the selected cases. It contains a total population of around 11.1 million and a population density of 310 inhabitants per km² (Destatis, 2020). The PHS acts on the basis of the “Act on the Public Health Service” which defines the responsibilities and the acting authorities. Hence, the PHS acts with the Ministry of Social Affairs, the regional council, the districts, including the 43 local health authorities or departments, and the state office of public health (§ 2, ÖGDG). Whereas the first two are in charge of the technical supervision, the last two are operating in the field (§3, ÖGDG). The act defines the overall goals of the organization but leaves independence to the local level in terms of execution of their tasks. The act states:

“The tasks of the Public Health Service are incumbent, as far as in this law or due to this law nothing else is determined, the lower health authorities (health offices). [...] The health authorities contribute to the prevention and control of communicable diseases. They perform the tasks provided for in the Infection Protection Act. In particular, they work to prevent the spread of communicable diseases by providing information and advice and by detecting and taking measures to interrupt infection chains.” (§3, ÖGDG, translated by the author)

The role of the state health office is described more detailed. Hence, the state health office shall act as the technical and coordinating control center and therefore maintain technical competence and advise the local health authorities on request (§16, ÖGDG). Therefore, the state health office is further described as competence center on state level. The Ministry of Social Affairs can prescribe a uniform procedure but did not do that so far, leaving the local authorities independent in their execution (§25, ÖGDG).

According to this, the PHS in Baden-Württemberg is, in terms of execution, mostly decentral organized, while on state level, a competence center is implemented which should advise the local authorities and can coordinate between them. Therefore, the PHS can be categorized as intermediate on a de-/centralization dimension, compared to the other cases. However, after political criticism of the performance of the state health office, the leader was replaced as of February 2021 (Muschel, 2020). Both interviews in Baden-Württemberg were conducted in autumn 2020.

As figure 3 shows, this was at a time when case numbers rose rapidly and measurements were undertaken. Further, this figure highlights the two phases or waves of the COVID-19 pandemic in 2020. A first phase can be identified that was rising in February and almost disappearing in July 2020. That is followed by the second phase, with an initially continuous, followed by an exponential increase, starting in August 2020.

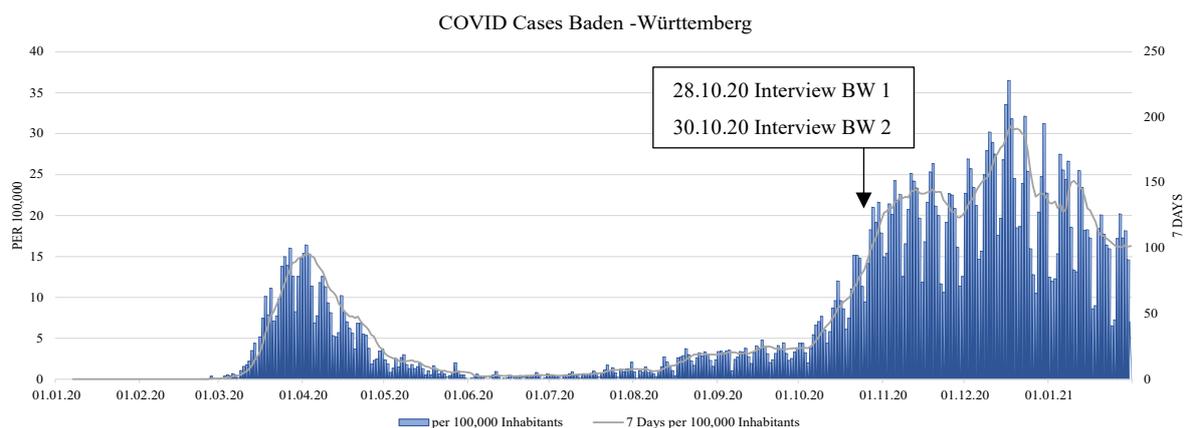


Figure 3: COVID-19 Cases in Baden-Württemberg

Source: Own calculations on basis of the COVID-19 Datahub (RKI, 2021)

4.2. Bavaria

The largest case, Bavaria, has a total population of around 13.12 million and a density of 180 per km² (Destatis, 2020). Therefore, it is less than Thuringia but more rural than Baden-Württemberg. The rather centralistic approach of the state can also be seen by its prime minister who is medially omnipresent promoting more and stricter central regulations (SPIEGEL, 2020). In Bavaria, primarily responsible for the pandemic response are the local health authorities which are divided into 71 state and 5 municipal health authorities. The division into state health authorities and municipal health authorities has practical implications, as municipal authorities are not directly subordinate to the state. Still, all health authorities are supported and supervised

by the state health office, which is directly subordinated to the Ministry of Health and Care. It shall, according to Art. 5 of the Bavarian “Health Service and Consumer Protection Act” (GDVG), “perform[s] central, supraregional specialist and executive tasks”. Furthermore, state and local authorities must cooperate and involve each other in the processes (Wissenschaftlicher-Dienst, 2014). In addition, the ministries are entitled to issue separate regulations that redefine responsibilities (Art. 34, GDVG). Also, the state government of Bavaria has passed a law, the Bavarian Infection Protection Act (BayIFSG), mostly regulating the confiscation of scarce resources and information at state level.

On the March 16, 2020, the state government of Bavaria declared the state of emergency, granting further competencies at state level in order to fight the pandemic (Bayrische-Staatsregierung, 2020). The relevant Act is the Bavarian Civil Protection Act (BayKSG) granting the state level the possibility to overthrow the local responsibilities if a larger area is affected and either fulfill the task by themselves or define one responsible authority (Art.2, BayKSG). Besides that, it is a tool to centrally prevent financial support and coordinate processes.

Compared to Thuringia, the PHS in Bavaria is in a decentral/central dimension almost the opposite. The state government has many possibilities to intervene in local processes and is, with the state health office and the state health authorities, immediately responsible. The state health office thereby plays an important role as it is not only an expert center but as well has the responsibility to execute tasks.

The enacted laws provide further centralistic tools which can be used to overthrow local responsibilities or to put pressure on the lower authorities if they do not act in the manner of the state government. Even though this provides the possibility, it is so far not known in what extend the state government made use of that.

As described earlier, it was barely possible to get participants for this study from Bavaria. That led to an adjustment whereas one of the participants from Bavaria was a mayor, whereby the other participant was the head of the organizational matters within the health department. The interviews took place weeks after all other interviews, due to the difficulties in reaching anyone. Thus, the interviews were conducted on November 26 and December 9.

Figure 4 shows the case numbers in Bavaria and the timing of the interviews. They took place around the peak of case numbers in Bavaria. As described with regard to the case of Baden-Württemberg, also in Bavaria, the two characteristic phases or waves can be identified (see figure 4).

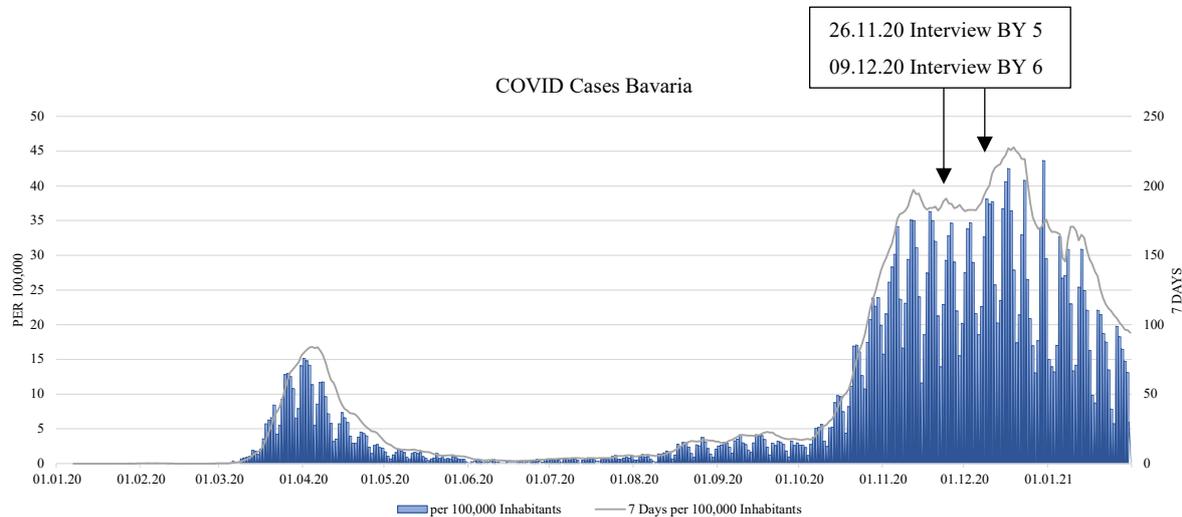


Figure 4: COVID-19 Cases in Bavaria

Source: Own calculations on basis of the COVID-19 Datahub (RKI, 2021)

4.3. Thuringia

The state Thuringia inhabits around 2.13 million people and is therefore, by far, the smallest of the three cases and can, with 132 inhabitants per km², be described as the most rural (Destatis, 2020). Thereby, the organization of the PHS is unique. It is the only state which does not have a PHS act and therefore is relying on the “Regulation on the Public Health Service and the Tasks of the Health Offices in the Counties and Independent Cities of August 8, 1990” (transl. by author according to Behnke and Zimmermann, 2019: 13-14). This regulation defines, that the districts and independent cities are fully responsible for public health care (Wissenschaftlicher-Dienst, 2014). Behnke and Zimmermann (2019) describe further, that this regulation gives no structural or coordinative guidelines as laws in many other states do, leaving financial and personnel autonomy to the local level. Thus, the state prevents financial assistance, which is not earmarked, as the districts and cities fulfill that task. That leads, as the authors continue, to a limited control by the state and therefore a great independence of the local level. Despite that, the technical supervision is at the state level included in the Ministry of Labor, Social Affairs, Health, Women and Family Affairs. Therefore, the 22 Public Health Departments, each situated at the local level, are almost fully responsible for the pandemic response in Thuringia.

Compared to the previously described cases, Thuringia is the smallest, most rural and the most decentralized. All executive power but as well the bulk of responsibility is on the local level. Another major difference is the non-existence of a competence center at state level as it is the case in Bavaria and Baden-Württemberg. Figure 5 shows the case numbers in Thuringia, notably the first phase turned out much softer, while the second phase, in which the interviews were conducted had much higher numbers.

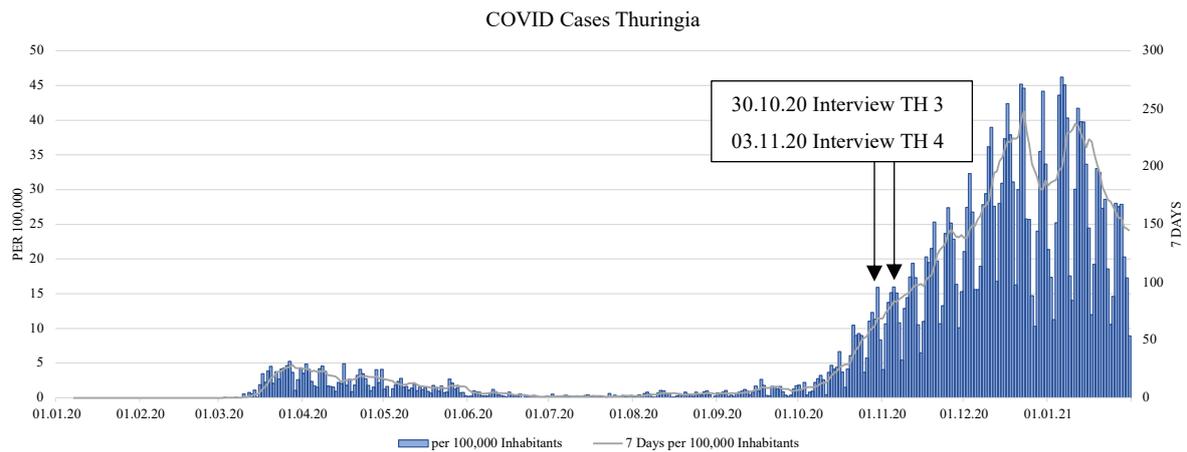


Figure 5: COVID-19 Cases in Thuringia

Source: Own calculations on basis of the COVID-19 Datahub (RKI, 2021)

5. Findings

The following chapter summarizes findings of the analysis. Thereby, the findings rely on two interviews from each case. In advance, the overall and non-code related characteristics are presented. Hence, as all interviews took place virtually, it was nearly impossible to include non-verbal elements into the analysis. During the interviews, an overall skepticism was omnipresent without exception, all participants were very anxious about giving information, especially to an unknown person on the phone. This resulted from the fact that the participants were afraid of a publication of their expressions as those might lead to pressure from higher levels or the media. Therefore, anonymity played the most important role during the whole process. Still, this chapter gives insights into the different experiences of public health authorities across different states. In doing so, each code is explained and analyzed separately and starts with a figure illustrating the number of nominations of the characteristics. The bigger the square, the more nominations were made.

5.1. Level of Sensemaking



Figure 6: Level of Sensemaking

Source: Own illustration

The code ‘level of sensemaking’ summarizes which level leaders of local Public Health Department’s (PHD) use mainly as their source of information in the latest developments of the crisis. Thus, a leader of a local PHD who argues that the most important information is gathered from the own authority would refer to the local level. The category has three sub-categories which are, due to a strong situation dependency, not exclusive but rather analytical. Therefore, participants could name more than only one sensemaking procedure.

Thereby, all interviewees mainly use local information as their basis of decision, as the number of nominations, illustrated in figure 6, shows. Even if the federal level was named several times, the overall number of nominations was fewer and in less cases. The state level as place of sensemaking was only named once. Interestingly, in Thuringia (TH 3 and TH 4), where no

competence center is located on the state level, local sensemaking was least frequently mentioned. On the other hand, the federal level as place of sensemaking was named most often. This is contradictory to the other cases.

With respect to the reason why the interviewees use the federal level, all three cases referred to the RKI and its reports about the situation which are processed to them. TH 4 explained: “Especially the RKI, these are always basics that we use.” (TH 4, item 16). However, not only the fundamental information provided by the RKI is being used; according to BW 1, especially with an ongoing of the crisis, the federal level reaches importance, as he argued: “In the meantime, we have a density of regulations, it is no longer an art to apply what we have learned about epidemiology, it is only an art to find what is regulated.” (BW 1, item 10). According to the state level, only one interviewee found a rather important role of that level within the sensemaking process.

Thus, the biggest focus of local decision makers lies on the local level and therefore the own information generating authority. Thereby, two main reasons could be identified why sensemaking is taking place on the local level. First, especially in the beginning of the crisis, there was no other information available coming from a higher level, as the following quotes show: “In the beginning, there were no such regulations, [...] and from then on, we were in a situation, especially in the transition period, where we had to learn something new every day” (BW 1, item 10). Similarly, TH 3 argued:

“We are the ones who decide on the basis of what new studies we have, [...] we are, in principle, constantly coordinating with each other and providing each other with new studies and looking at what measures are appropriate, which is why we have always reacted very early, but this did not come from the state authorities but rather from the local authorities.” (TH 3, item 26).

The second reason of a local sensemaking procedure can be found in the faster availability of new information. Therefore, even if the higher levels give information or reports, the local level is usually already ahead, as BY 5 showed: “Of course, the figures that we have from our own health department, we are often more up to date than the RKI or LGL [state health authority], because we have the shorter reporting chain.” (BY 5, item 20).

To summarize, all interview partners highlighted the importance of acquiring and using own information. Especially the beginning of the crisis plays a greater role according to the statements, as in that phase sufficient information was not available. In this phase of uncertainty, local authorities were able to make sense on their own and were not dependent on higher levels, which they experienced as an advantage. The expressions of sensemaking on the federal level concern mostly a later phase of the crisis, as BW 1 explained that nowadays everything is regulated but was not in the beginning. However, even if sensemaking could take place on a higher level in a later phase, it still might contain a delay, as BW 1 argued.

5.2. Public Evaluations

Codesystem	BW 1	BW 2	TH 3	TH 4	BY 5	BY 6
Public Evaluations						
Crisis as challenge/major threat = Improving	■					
Optimistic = Hindering	■					

Figure 7: Public Evaluations

Source: Own illustration

As described above, public evaluations play a greater role in the academic debate in terms of a crisis. Therefore, the code ‘public evaluations’ was deducted and introduced to this study. Due to the explorative approach of this study, interviewees were not directly asked whether public evaluations are helpful or not. Thus, only one participant named such a behavior as hindering on the one side and improving on the other side (figure 7). All other interviewees did not communicate that as an issue. Thereby, BW 1 argued: “It was certainly very helpful in our case that the federal government, the state government, all pulled together.” (BW 1, item 46) This means that the definition of COVID-19 as a major threat by all levels in Germany resulted in a better crisis management.

On the other hand, the respondent argued: “The U.S., there’s just been way too many contradictions from the very top.” (BW 1, item 46). Accordingly, such a behavior by the authorities can lead to a misunderstanding and serious confusion of the population and possibly even of the employees. This cannot be seen as helpful during a pandemic as it was shown how important it is to get the population to participate.

The code ‘public evaluations’ was mentioned surprisingly rarely. A possible explanation for that can be the fact that the interviewees are all from the local level and therefore do not

necessarily focus on other countries in their daily practice. The findings indicate that this code is simply not of great importance in the context of Germany. As BW 1 explained, within the borders of Germany, almost all decision makers or leaders defined COVID-19 as a major threat and, thus, the question of whether a positive evaluation is hindering might not have occurred.

5.3. Scope of People/Plurality of Ideas

Codesystem	BW 1	BW 2	TH 3	TH 4	BY 5	BY 6
● Scope of People/Plurality of Ideas						
● Positive	■	■		■		
● Negative						

Figure 8: Scope of People/Plurality of Ideas
Source: Own illustration

In situations of crises, more or less people can be involved. The deduced code ‘scope of people/plurality of ideas’ refers to the idea of more people being involved in the process. As figure 8 shows, half of the participants referred to that code and all of these attest a positive impact on crisis management and their work. Mostly participants from Baden Württemberg mentioned the positive effects of more people and ideas being involved. None of the participants from Bavaria pointed out the significance of the plurality of ideas or the scope of people included. That gives an overview of the relative importance of this code for the used cases.

Content related, BW 1 narrowed it down as he argued: “When different people think about the same things, you sometimes have the situation that one person actually finds the philosopher’s stone and the other’s benefit. And I think that there is a kind of, I don’t want to call it competition, but simply working on the same difficulties, I think that is beneficial.” (BW 1, item 26). That is in line with the other respondents who argued: “And here it is important to have a range of variation so that good solutions can be found” (BW 2, item 22) and: “So it’s good to exchange ideas with each other” (TH 4, item 20).

The necessity of a dialogue between actors in similar positions was mostly organized on the local level, which undermines the importance of the plurality of ideas. Accordingly, TH 4 argued: “We have done this on our own initiative, that we have more or less invited our neighboring districts and then, together with them, also compare crisis reports and inform and exchange with each other and I also consider that to be particularly important” (TH 4, item 12).

Overall, the exchange about relevant topics as well as the inclusion of more actors with similar challenges is described as a benefit. In situations where such a dialogue was not given by a higher level or authority, as in Thuringia, the local level seized the initiative and implemented communication bodies in which an exchange can take place. However, not only talking about problems was described as an advantage of including more people, also the struggle for the best solution can be highlighted as influential. Notably, the participants from the most central organized case, Bavaria, did not express such advantages.

5.4. Time/Fast Action

Codesystem	BW 1	BW 2	TH 3	TH 4	BY 5	BY 6
 Time/Fast Action						
 Shift towards central decisions over time						
 Decentral faster or central slow						
 Central faster or decentral slow						

Figure 9: Time/Fast Action

Source: Own illustration

The code ‘time and fast action’ was deducted in order to take the necessity of a fast action into account. As described earlier, in times of crises, it is important to act fast. During the interviews, it became clear that not only the fast action can be seen but also a shift of responsibilities and who is taking action over time. Therefore, this was inductively integrated into the coding frame. Almost all participants described such a shift, solely TH 4 did not (see figure 9). While none of the interviewees described decentral systems or central elements as significantly faster, two participants, one from Baden-Württemberg and one from Thuringia, argued that a decentral system can provide advantages when it comes to fast action. Interestingly, none of the Bavarian participants described such an advantage.

The leaders of local PHD’s pointed out that the higher levels react slowly, and sometimes only after months to changes, when the local level has already changed the procedure to a, in their eyes, better one. BW 2 argued: “The majority of my colleagues have decided for themselves that they simply don’t do it anymore some time ago [...]. And now, the RKI is following and saying no, we don’t do that anymore.” (BW 2, item 26) That is in line with TH 4, she argued, referring to the advantages of a decentral PHS “that there is an authority that makes decisions and implements them in a timely manner” (TH 4, item 34).

As BW 2 continues, he describes the problems resulting from differences in procedures between levels and the consequences of that for the local level. He elucidated:

“This means that the pragmatic basis is often already somewhere ahead than is being discussed up there, so to speak, and that is difficult and burdens them with an enormous amount of responsibility, because if they do it right, no one thanks them, and if they do it wrong, they say, ‘but the RKI said otherwise’. Of course, this is something that also wears people down at the street level.” (BW 2, item 26)

Further, he pointed out that this might be a difference between decentralized and centralized systems, as decentralized systems provide incentives to act without approval from a higher level, despite the dangers or challenges. This can, in turn, lead to a faster action.

The second issue of that code is the described shift towards central decisions over time. This can be seen as a feature of different phases of the crisis. While the first phase and immediate threat of the pandemic started in Germany in February/March 2020, and the interviews were held in autumn. According to the participants, during that time span, a shift of de-facto competencies could be identified. For instance, TH 3 argues: “The state then ultimately took away our possibilities to do anything at all in the schools except to close them when cases arise.” (TH 3, item 26). Even stronger is the case in Bavaria, as the state government declared the ‘state of emergency’, thus, creating more responsibilities on the state level. BY 5 argued: “In the ‘state of emergency’, the state apparatus has a more or less direct right of intervention right down to the municipal level, i.e., even over our direct service units and departments. This means that [...] the mayor’s or the local government’s freedom of action is then cancelled out or restricted.” (BY 5, item 8).

The evaluations of such measures and shifts towards centralization are differing in different states. While the participants from Bavaria described the shift as necessary, TH 3 described it as rather hindering, whereby the participants from Baden-Württemberg had incongruent expressions.

Recapitulatory, a decentral system is described as faster by participants from two out of three states. One evidence for this can be that rules which are not practical or procedures which are proven not to be efficient are waived at the local level, while higher levels join after some time.

The second finding is an overall shift of responsibilities to a higher level, leaving a more mutual approach over different regions and districts. This is true for the time span between the first phase and the second phase of the pandemic. The appreciation of that shift is unequally distributed from a high level in Bavaria, over medium in Baden-Württemberg to a lower level in Thuringia.

5.5. Distribution of Resources

Codesystem	BW 1	BW 2	TH 3	TH 4	BY 5	BY 6
 Distribution of Resources						
 Better decentral						
 Need for centralization						

Figure 10: Distribution of Resources

Source: Own illustration

The distribution of resources was a major point of discussion in the academic debate. Therefore, ‘distribution of resources’ was created as a code. As the attempt is more about theory building than theory proofing, no explicit question relating to this code was asked. As a result, only two interviewees referred to that code, coming from Baden-Württemberg and Thuringia (see figure 10). On the one hand, BW 2 is assessed an advantage through a decentral distribution of resources. On the other hand, TH 4 pointed out the need for centralization.

Thus, BW 2 highlights that a central approach can prevent individuals on the local level from taking action as he said, “[in] central states, no one moves at the lowest level because everyone is afraid of getting into trouble because they are used to it coming down from above.” (BW 2, item 32). Contrarily, TH 4 argued that some resources must be provided by higher levels as they are impossible to handle on a lower level. She explained that it was not possible to provide enough swabs as it was unclear who would pay for them and that such questions must be answered at a higher level. Hence, this indicates that it is impossible to answer them on the local level (TH 4, item 40-42).

The minor focus on the distribution of resources is surprising as it takes up a larger part of the academic debate. Nevertheless, the interviewees referring to the item provide plausible and important information for both sides of the debate. The low number of quotes on this topic can possibly be an indicator that it was not or is not a major problem in the districts where it was not mentioned, such as Bavaria.

5.6. Satisfaction of Regional Needs and Creation of ‘Laboratories’

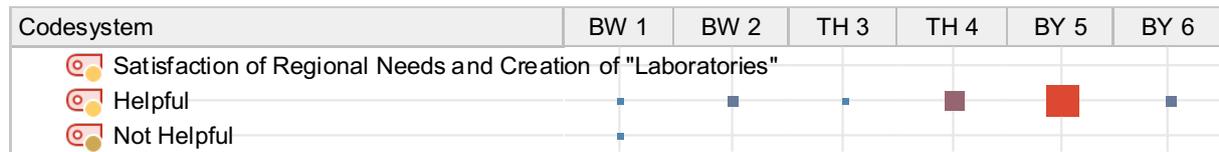


Figure 11: Satisfaction of Regional Needs and Creation of “Laboratories”

Source: Own illustration

The code ‘satisfaction of regional needs and creation of laboratories’ pertains the possibility of a decentralized system to act appropriate to regional needs. That entails, as discussed before, the possibility to create so-called laboratories which can sort out possible solutions and best practices can be adopted by other regions or districts. By a total of 18 nominations, almost all interviewees argued positively, solely one argued that such is not helpful. All participants found proof of a regional differentiation being an advantage in crisis management (see figure 11). Especially TH 4 (4 times) and BY 5 (7 times) referred to it the most. The numbers of nominations and the cross-case appearance of the code proofs its importance.

Starting with the hindering aspects of regional differentiation, BW 1 pointed out that it is difficult to explain different rules and circumstances in different regions. This is especially true for small units, since the borders of districts existing therein are not perceived as such. TH 4 countered: “I think that you have to react individually and that’s what people want” (TH 4, item 38). This, in turn, leads to inconsistent perceptions of the people’s will.

The references regarding the subcode ‘helpful’ are based on the ability of smaller units to act and react according to specific regional circumstances as well as the possibility of implementing role models. BW 1 elaborated that, “of course, this has an advantage as you can look very precisely at the situation on site” (BW 1, item 44). This is in line with all other participants, whereas especially BY 6 pointed out: “I see the decisive advantage in being able to supply a certain area with controlled or better dosed regulations.” (BY 6, pos. 34) Therefore, it can be seen as the most important finding within this category.

Further, the local health authorities exemplarily described why a certain scope of discretion is essential. For instance, BW 2 pictured the necessity as follows: “If we just do not go over it with the lawn mower, but can proceed relatively situation-dependent, adapted, and sensible on site” (BW 2, item 34). This leads to the possibility of implementing models which are referred

to as laboratories. Thereby, local authorities can make regulations that are based on their beliefs and experiences in certain situations. Thus, measurements which have spread around the whole country occurred, as TH 3 argued: “We were the first ones with the mask obligation at all” (TH 3, pos. 24). Furthermore, as both TH 4 and BY 5 explained, experiences from past events have led to different decisions than such given from a higher level. The crucial advantage is described by BY 5: “As a municipal health department, we perhaps assess the infection situation here in the city somewhat differently than the LGL [state health authority] does throughout Bavaria.” (BY 5, item 16).

Hence, the regional and even local differentiation was described as overall helpful. This chapter shows that that decision makers can take specific regional circumstances into account. Whether this leads to more or less confusion in the population remains unclear but is going to be discussed in detail in chapter 5.8. The ability to make somewhat independent decisions increases the chance of more appropriate measurements, as more regional specific information can be taken into account. Even more interesting is the possibility of local authorities to function as laboratories. The participants frequently described how they made use of this opportunity and that their ideas were adopted by others. According to this code, no significant differences between the cases can be identified but rather a common understanding of one of the key features of a decentralized health care system.

5.7. Complexity

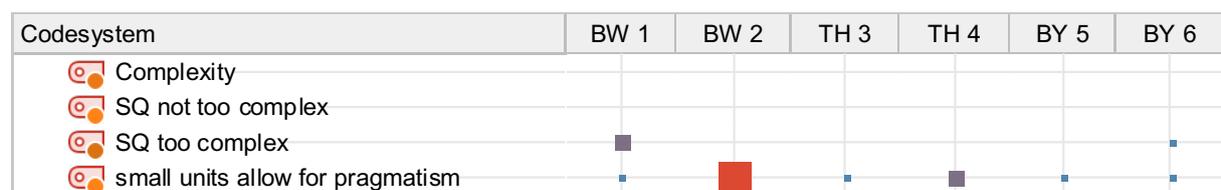


Figure 12: Complexity

Source: Own illustration

By the code ‘complexity’, the overall system with all responsibilities is meant. The respective code refers to the status quo and whether the participants experience it as too complex or not. During the interviews, it became clear that a certain feature of the system has a greater relevance. Thus, the system creates a need and allows for pragmatism through its small units at the local level. This could also have been added to the code ‘satisfaction of regional needs and creation of laboratories’, but was seen as less relevant in terms of innovation or specific action

to regional needs. As the following section shows, it is rather the complexity which causes the improvisation at the local level.

None of the participants described the status quo as not too complex, as figure 12 shows. This is not surprising as no specific question was asked relating to the complexity. Still, the more interesting responses were those arguing that the status quo might be too complex, which were those from Bavaria and Baden-Württemberg. With a total of three nominations, it is not one of the most often named characteristics. Nevertheless, most nominations concerned the code 'small units allow for pragmatism', especially from BW 2. Thus, all interviewees showed indications of the importance of pragmatism in crises.

Content wise, BW 1 argues that different levels made different regulations, which were not compatible with each other. He stated that "[they] had federal and state regulations that contradicted each other in nuances. [...] there were actually uncertainties about what applies." (BW 1, item 16). This is in line with BY 6 who argued that "some processes should be controlled somewhat more centrally, how is an index case determined, who is sent to quarantine, where there are still different regulations in Germany in some cases" (BY 6, item 44). Interestingly, the participant from Bavaria is already providing a solution with the need for centralization in order to get a more unitary system.

Besides the problematic of regulations, the problem of different districts for different institutions was described. Hence, authorities act according to strictly defined areas, while other actors, such as medical staff, might argue in different dimensions. BW 1 stated that, "at the beginning, the regulatory authorities were used to thinking in terms of districts, and the medical profession had little interest in district boundaries." (BW 1, item 38).

Accordingly, small units and pragmatism occurs when regulations are missing, responsible authorities are not responding and a need for action is given. BW 2 explained: "[...] because then, there are a lot of people who say: 'Let's just do something until they decide something up there'" (BW 2, item 34). The interviewee continues that this, in turn, creates the need for everyone on the local level to fulfill tasks for which they are not trained or qualified for. (BW 2, item. 32). He saw this as a result of the small units and the interconnection of relevant actors on the local level (BW 2, item. 36). Adding on this, TH 4 explained: "In the end, we took it upon ourselves to say that this is how we do things in the district, [...] even though this was not yet prescribed

by the state.” (TH 4, item 36). Moreover, it was not only direct crisis-related issues that were named, but also organizational topics, as it would take time for authorities located at higher levels to approve them (BW 2, item 34). More examples were given by other participants, mostly from Baden-Württemberg and Thuringia, showing similar opinions. Thus, the local level has the ability to cope shortcomings by the state or federal level, through pragmatism in various situations. Thereby, the risk is taken by local actors.

In conclusion, the complexity can be hindering when it comes to contradictory regulations or multiple actors, of which some work and think in different borders than others. Thus, complex processes and shared responsibilities might lead to an inadequacy in times of uncertainty. The local level grants the opportunity of pragmatism, as structures and actors on the local level are mostly interconnected. This experience seems to be more present in Thuringia and Baden-Württemberg.

5.8. Compliance



Figure 13: Compliance

Source: Own illustration

Compliance with the rules can be seen as a crucial characteristic of an efficient crisis management. Thus, leaders are seeking more compliance with the rules. In doing so, de-/centralization is an important tool, approaching citizens in different ways. According to the code ‘compliance’, shown in figure 12, participants of all cases described an increased compliance with rules through decentralization. None of the participants assessed a decentral system as having a negative effect on compliance. Nevertheless, no one argued for a general negative effect, almost all participants argued that even though a system is decentralized, there is no acceptance of different rules in different areas, as far as equivalent circumstances are predominant. That might be interpreted as a need for general guidelines from the federal level.

The question why more compliance can be reached through decentralization is based on two assumption of decisionmakers. First, that rules can only be adequately explained locally, as BY 5 elaborated. He stated: “It is our task in local politics to make it clear to the people again and

again why we are proceeding the way we are and not just to say that the legislator has decreed this, and now, close your eyes and get through it and stick to it.” (BY 5, item 26). Second, the regional differentiation can improve compliance. This is in line with the satisfaction of regional needs, as discussed before. For instance, TH 4 stated “They [the citizens] will not understand why I am in [...] as strict measures, in a county with a low incidence, as with an incidence that is 100. So, the citizens won’t understand that then either.” (TH 4, item 38). This is directly related to the rejection of different rules in equivalent circumstances. Thereby, the participants explain that it is not arguable why different rules apply when the conditions are comparable. Hence, most of them refer to the beginning of the crisis when each district had to make its own rules. In this regard, BW 1 explained:

“At the beginning of the first wave, we had a real shitstorm because there were distortions at the borders of the districts. [...] in this situation, this mass accumulation of even friends who are in equivalent circumstances and the health department decides differently, the population was outraged.” (BW 1, item 12)

This quote shows that this absolute decentralization, which was predominant within the first weeks, is not accepted by the public. BY 5 further elaborated: “[...] but we find it easier to explain to people at the local level that this is the case everywhere” (BY 5, item 14). Thus, it can be argued that guidelines which are valid everywhere are necessary as a means not to lose the participation of the population. Even if all participants described a problem, it appears that both Bavarian participants evaluate it as more important than all other participants. Especially in state border regions, this discussion is more important. BY 6 explains that the hierarchical affiliation to the states is not always understood or accepted by citizens. He explained: “Then you must put up with the question, why do you regulate things differently than they do over there? But that’s because we get different specifications from Munich than they do from Stuttgart.” (BY 6, item 36).

The overall compliance with the rules is described as positively related to decentralization, which is due to the fact that decentral and smaller units can differentiate according to regional circumstances and explain the causation of applying rules. This finding is limited by the fact that when the circumstances appear to be comparable, there is no acceptance of different rules. Especially the participants from Bavaria highlighted this issue and elaborated on the need for central guidelines.

5.9. Decision Making

Codesystem	BW 1	BW 2	TH 3	TH 4	BY 5	BY 6
Decision Making						
Possible on the local level		■				
Harder on the local level	■				■	
Information available at level of decision	■				■	

Figure 14: Decision Making

Source: Own illustration

Decision making is, besides sensemaking, one of the main tasks in handling a crisis. Despite its importance, no main question was asked containing whether decision making was even possible. The code was applied deductively because of its presence in the literature. As shown above, the debate attests the local level more difficulties in order to make decision. Thus, the interviewees referred to both, the possibility of making decisions on the local level and the hindering facts provided by the local level, as figure 14 shows. Accordingly, decision making is harder on the local level and despite information is available at the level of decision. This raises the question of why it is harder to make a decision on the local level even though all necessary information is available.

In order to answer this question, the content analysis can provide useful information. Thus, on the local level, specific local circumstances are taken into account. According to BW 1, this might lead to situations where individual interests play a greater role than they would on a higher level. He stated: “The smaller the decision-making processes, the more likely it is that specific individuals, economic conditions or political requirements will have to be taken into account.” (BW 1, item 42). Another reason why it might be easier to rely on central decisions from the state or federal government is that local authorities which are close to the citizens might feel more pressure to act in the way the population wants them to and therefore are less able to make unpopular decisions (BY 5, item 18). BY 5 put it in positive words as he pointed out, arguing on the local level, saying: “Whether I like it or not, that’s a legal requirement.’ That is convenient, of course.” (BY 5, item 26).

On the other hand, several examples are given, showing that more specific information is given on the local level than on any other level. This could significantly improve the decision making on the local level. Hence, some information cannot be estimated by taking into account rare numbers, while sometimes, the differences in structures and capacities are important too. They

can be distinct superregional trends. For instance, BY 5 explained: “We are a relatively small city, we have just 44,000 inhabitants, and one infected person more or less makes a big difference.” (BY 5, pos. 20). Moreover, he argued that it is important that local authorities can make decisions sooner than they would have been made by an authority at state or federal level as they know the specific local circumstances.

In essence, the overall understanding of decision making is ambivalent. For one thing, some indications point towards difficulties in local decision making, as they might be unpopular or greater resistance may form due to economic or cultural reasons. Then again, decentral and local decisions can improve the quality of a decision made since all relevant information can be taken into account.

5.10. Major Challenges

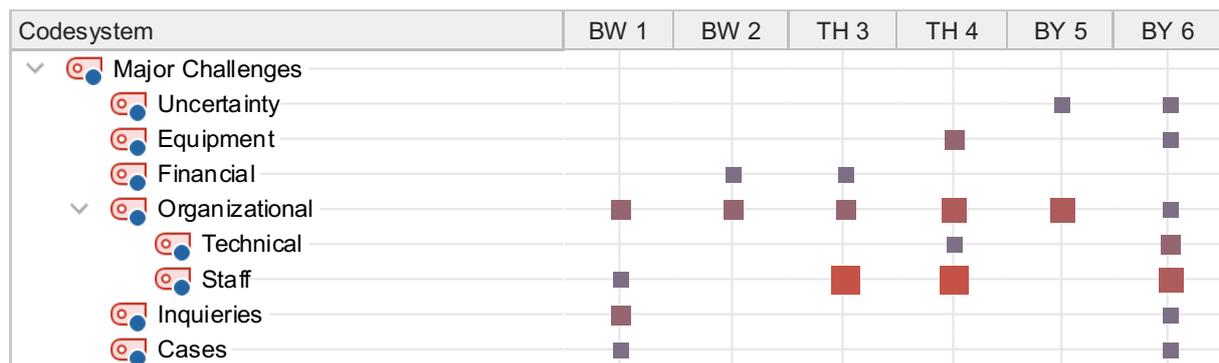


Figure 15: Major Challenges

Source: Own illustration

Apparently, there were many major challenges during the crisis. In order to give an answer to the question of which specific challenges were found to be important, the code ‘major challenges’ was inductively introduced and includes all challenges which were named by at least two participants. As a result, six major challenges were identified (see figure 15), whereby the most frequently named (‘organizational’) was divided into subcodes, namely ‘technical’ and ‘staff’. Thus, all general organizational issues remained within the subcode ‘organizational’. Hence, as figure 15 shows that only the participants from Bavaria experience uncertainty as a major challenge in their work. Thuringia can be associated with equipment and financial issues, but mostly with organizational matters. Thereby, especially challenges according to their staff burdens the participants. Baden-Württemberg is also showing organizational challenges, but also inquiries and cases. Over all cases, the core of challenges is organizational.

Content wise, the sub-category ‘uncertainty’ is associated with two characteristics, first, epidemiological uncertainty, as in questions of which measure has which effect. Second, political and planning uncertainty, due to change in crisis management strategies. Surprisingly, only little notice was given to the unavailability of necessary equipment. Only two participants referred to this as a major challenge. According to the financial pressure, all given arguments refer to a longer trend within the PHS, whereby the political focus shifted away. BW 2 pointed out that “it’s no secret that the PHS has been saved to the bone and that this was not exactly beneficial is also clear” (BW 2, item 36).

The subcode with the most nominations was ‘organizational’. Hence, it is certain that the shocking events erupted a change in daily practice within the health authorities, leading to all kinds of organizational challenges. This paper identified several, whereas challenges referring to staff and technical matters were shown separately due to their frequent mention. For instance, BW 1 elaborated that, in the beginning, the prioritization of tasks was a major issue to separate the relevant from the less relevant. Similarly, BW 2 saw a major task in the creation of cooperation and consensus between several actors and to implement operational methods between such actors. TH 3 as well as BY 6 explained the implementation of new processes within the organization as major task, while BY 5 highlighted the building and room capacity as crucial, which is not made for such an exorbitant increase in workforce.

Accordingly, the expressions assigned to the code ‘staff’ show three challenges. First, the desperate need for skilled labor. An example of this is the statement of TH 3:

“In some cases, we have health offices that do not even have a public health officer; the medical staff in particular is completely understaffed and lacks expertise. We can get all kinds of people on land, and of course we have support from the city and from the army. But the fact is that we also have to make a great effort to train these people and to establish at least a minimum of expertise, but the experts are missing everywhere or in many places.” (TH 3, item 36)

Second, the hiring of new staff during the crisis creates a need for the training of these workers which takes time (e.g. TH 3, item 36). Third, the overload of employees, as BY 6 highlighted: “Since February, our employees have been working non-stop on weekends and with overtime. That’s a lot to ask of them.” (BY 6, item 50). The technical issues, pointed out by participants

from Bavaria and Thuringia, refer to software and hardware, all other participants did not complain about a lack of functioning software. This is surprising, as the public debate often referred to the poor equipment of local health departments. This, however, might be due to the effect of social desirability.

Besides such organizational matters, the growing number in cases and the need for information has bound resources. Especially BW 1 and BY 6 specified such challenges, as BW 1 stated “[...] to deal with the inquiries. That is, not only the politicians asked us, the participation in the crisis task force, the many requests from facilities, institutions, doctors, laboratories, and also the public flooded us” (BW 1, pos. 6).

Thus, over all cases, organizational matters are most important and caused stress on the local authorities. Less focus was on the actual cases and medical equipment which might be surprising. However, it is possible that the interview partners assumed the cases to be known as a major challenge as it is the key target of the crisis management. Taking the number of nominations as well as the qualitative content into account, a difference between the three cases can be described. Hence, only Bavaria and Thuringia are described major problems according to software, whilst only Bavaria saw a greater problem in terms of uncertainty.

5.11. Cooperation and Communication Between Authorities

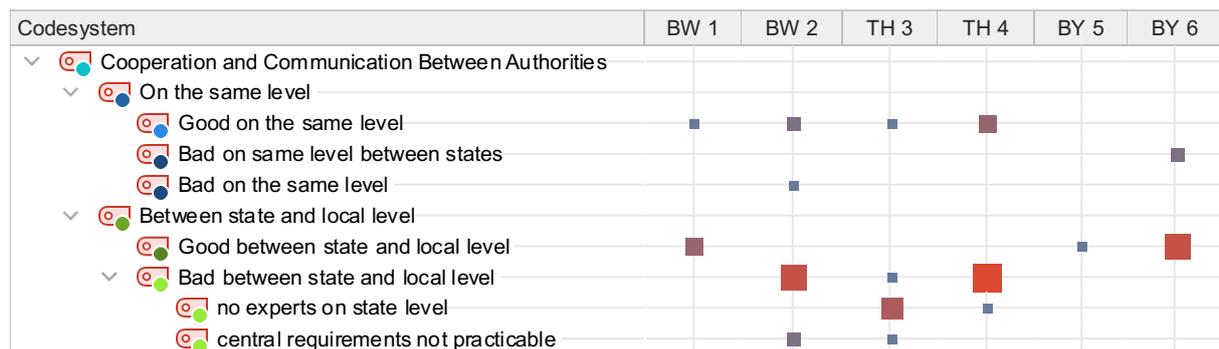


Figure 16: Cooperation and Communication Between Authorities

Source: Own illustration

As cooperation and communication between authorities is important in order to fight a crisis, this code was frequently named during the interviews. As this includes several levels, it can be distinguished between two dimensions. As figure 16 shows, first, cooperation and communication on the same level with positive and negative attributes, and second, cooperation and

communication between the state and local level. Bad cooperation between the local and the state level can be further divided into the technical subcodes ‘no experts on state level’ and ‘central requirements not practicable’. The whole code ‘cooperation and communication between authorities’ was inductively and in line with the interviews created.

Interestingly, figure 16 reveals major differences between the cases. While participants from Baden-Württemberg and Thuringia describe the communication and cooperation between authorities on the same level as good and helpful, the participants from Bavaria did not express such, or even described it as bad. For the second dimension, cooperation and communication between the state and local level, the picture is almost the opposite. While Bavaria describes it as good, all other participants, except for BW 1, described the cooperation as bad or even as not existent. Further remarkably is the negation of both participants from Thuringia, that experts are existent on state level. The following content analysis undermines these assumptions, which are highlighted in figure 16.

All four interviewees from both Baden-Württemberg and Thuringia described their own initiative in order to implement information exchange on the local level. Hence, this exchange is seen as fruitful and helpful. Thereby, similarities in challenges and problem solving can be discussed. BW 2 elaborated, summarizing the whole point:

“And in the meantime, we also hold telephone conferences because nothing comes from the ministry. Time and again, it turns out that everyone is nibbling away at certain things, albeit with variations, but always at the same questions. And that’s where a range of variation is important, so that we can come up with good solutions. But the idea that the solution looks completely different in district A than in district B and different again than in district C, and therefore it has to be decided locally, I also think is wrong.” (BW 2, item 22)

While most of the participants described the cooperation on the local level as positive, some statements also revealed a negative component. Thereby, it is highlighted that it can be associated with either bad cooperation on the same level or on the same level but between states. Especially the latter plays a greater role for BY 6. He expresses that “[t]he exchange of data among each other is already bumpy, [...] a central system where you could exchange data among each other would be nice.” (BY 6, item 32). This is highly interesting when looking at

the other participants, whose area of responsibility is also located at the border of two states, however, did not describe such challenges.

The second dimension, cooperation and communication between state and local level, is almost the opposite of the first dimension. Content wise, BW 2 and both interview partners from Thuringia described the cooperation and communication as bad or as not existent. Larger structural issues were revealed in the case of Thuringia, where both participants described a lack of competence on the state level. For instance, they claimed: “No, they don’t have any experts at all. They just don’t have them, the experts.” (TH 3, item 16) and “I would say it would be nice to have a point of contact, [...] just to make sure and get an expert opinion and coordinate.” (TH 4, item 44).

This shows that, despite the great degree of decentralization, the local authorities experience a need of coordination and communication with higher levels. This seems especially relevant as decisions made on the federal level with participation of the states could possibly not be fed back to the base or local level. Accordingly, this could be an outcome of the non-existence of a competence center on state level, which will be further discussed in chapter 5.13. Despite an existence of such a competence center in Baden-Württemberg, BW 2 argued: “What I criticize, however, is that this does not exclude the fact that those who operate locally must have the opportunity to reassure themselves about what they are doing at a higher level [...]. And that was missing from my point of view.” (BW 2, item 18). In addition to those problems, BW 2 and TH 3 describe challenges in terms of the practicability of tasks. Hence, not only a lack of expertise is described by these two interviewees, but also the definition of tasks which are hard or impossible to fulfill. Accordingly, TH 3 states that “[...] this would not have been necessary, there was simply too much delegation and too much responsibility was passed on to us” (TH 3, item 12).

Summarizing, the code ‘cooperation and communication between authorities’ shows significant differences between the cases. While Bavaria has the most centralized structure, Bavarian participants are most supportive of such a structure. This could be identified as both participants highlighted the importance and the functionality of such centralized structures opposite to all others. Not only the positive description of the communication provides proof for such an assumption, rather the negative evaluation of cooperation and communication on the same level, especially between states, supports it as well.

The problems revealed by the case of Thuringia showed possible challenges in decentralized unites, as the state level is described with a lack of expertise. The criticism of BW 2 which is in line with the statements from Thuringia might be seen in the context of the competence center in Baden-Württemberg, which will be further described in chapter 5.13.

5.12. Sense of Urgency

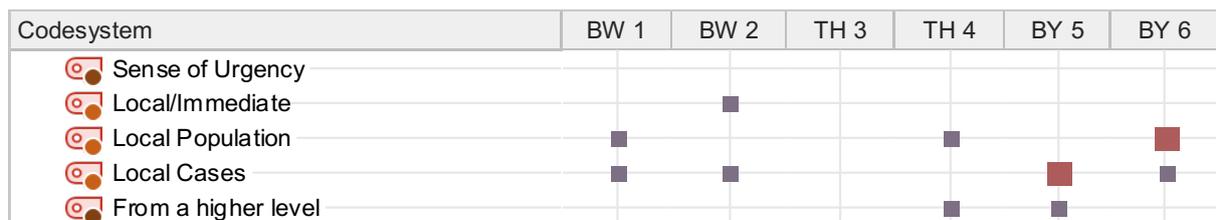


Figure 17: Sense of Urgency

Source: Own illustration

The code ‘sense of urgency’ summarizes answers to the question where the need to act came from in the beginning of the crisis. According to figure 17, almost all expressions referred to a local pressure to act, solely two nominations were made, indicating pressure coming from a higher level. The local and therefore immediate pressure could be divided into two forms of pressure. On the one hand, coming from the local population, and on the other hand, pressure to take action coming from the number of cases within the district or region. Notably, TH 3 did not respond, despite a question according to the sense of urgency was asked by the interviewer. Quantitatively, differences between cases can be found in the consistency of Baden-Württemberg where pressure only came from the local level, while Thuringia and Bavaria showed other sources as well. A possible reason can be that Bavaria has a more centrally controlled system and Thuringia simply had more time, since, as shown before, the region was not hit hard by the first wave in spring 2020 as shown before.

Qualitatively, BW 2 narrowed down the increasing pressure in the beginning of the crisis as he points out that “[t]his simply came from the local infection situation. So, there was no pressure from above, we just saw the numbers increasing rapidly and had to act somehow and that’s what we did.” (BW 2, item 16). This expression is in line with several from other participants. This indicates that a decentral system can act rapidly in the beginning of a crisis, as all decisionmakers are on site and all information is given when the sense of urgency increases. BY 5 agreed by referring to the time after the first phase of the crisis and why it was successfully

handled: “[...] because we also have our own health department, because we have been consistent in our follow-up, because we have succeeded in preventing and interrupting chains of infection at an early stage.”(BY 5, item 30).

Participants were also referring to higher levels as source of pressure, showing that either the RKI provided information which had to be followed (TH 4, item 24), or that the state ordered them to take action in some way (BY 5, item 24). Hence, both cases show reasons for pressure coming from a higher level, but also, both examples given by the participants relate to a later phase of the crisis.

Summarizing, it can be argued that pressure to act might stem from various levels in a crisis. But much more important is the fact that all participants, referring to pressure in the beginning of the crisis, indicated that it was the local population or local case numbers which made them act. This reveals an interesting time factor as it is assumable that the decision to take action can be made much faster on the local level, without going up the chain of command.

5.13. Competence Center

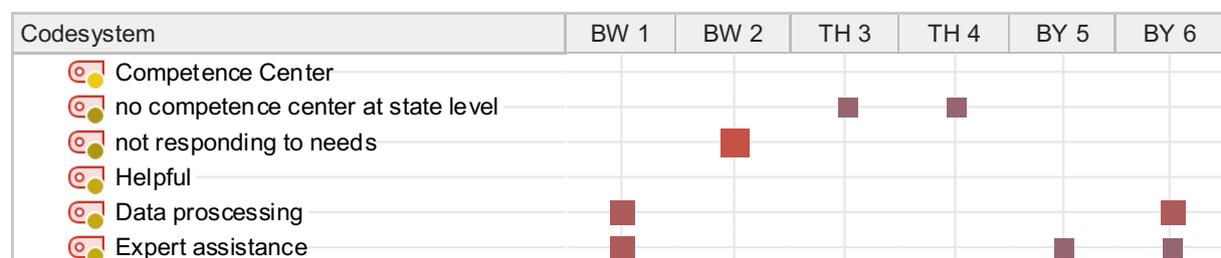


Figure 18: Competence Center

Source: Own illustration

Even though having a competence center at a state level played a greater role in the process of selecting cases, the code was created inductively, as nominations rose, and the importance was expressed multiple times. In order to sort the nominations, subcodes were introduced; thereby a competence center could, as figure 18 shows, be either helpful or it was not responding to needs. Hence, being helpful was indicated to be through data processing and expert assistance. As Thuringia has no competence center at a state level, the participants referred to that. All other participants, except of BW 2 described the competence center as helpful. Thereby, most nominations referred to the subcode ‘expert assistance’. Furthermore, BW 1 and BY 6 referred to ‘data processing’ as a helpful characteristic of a competence center.

Despite the non-existence of a competence center in Thuringia, both participants described a desire for such an institution. This wish is based on two assumptions, first, a competence center can provide expert assistance, and second, it can help to improve the coordination and communication, as discussed in chapter 5.11. Accordingly, TH 3 stated: “I am very much in favor of having a state health office here with specialists, with real experts, whom we can then call upon when there are any complicated issues.” (TH 3, item 36). This undermines the desperate lack of expertise and communication on state level in Thuringia. The poor evaluation of the competence center by BW 2 as ‘not responding to needs’ is justified by non-action and a poor communication between the competence center and the local authorities. I.e., he argued:

“In many questions of a technical nature, all urban and rural districts face the same problem in principle [...]. There are many many technical questions that are not all clearly clarified, [...] where I personally would have expected, of course, that our technical competence center LGA gives an interpretation guide at least for the regular cases and this is not done. Almost never.” (BW 2, item 8)

The description of a dysfunctionality could possibly be undermined by the fact that, in the middle of the pandemic, the head of the competence center in Baden-Württemberg was replaced (Regierungspräsidium-Stuttgart, 2021).

On the other hand, competence centers, especially the one in Bavaria, are evaluated as most helpful. As described, this can be divided into the subcodes ‘data processing’ and ‘expert assistance’.

Thus, data relevant for the corresponding state is aggregated and filtered in the competence center and further distributed, mostly to federal authorities. In this regard, BW 1 elaborated: “Our state health office [the competence center] is, on the one hand, the body that aggregates the data and then also evaluates it accordingly” (BW 1, item 20). The second characteristic, the ‘expert assistance’, can be described as experts on state level, which are in technical or professional exchange with the local authorities. Therefore, they could improve the communication between state and local level. Accordingly, BW 1 stated: “Our state health office is [...] therefore our expert advisory office when it comes to infection control.” (BW 1, item 20). In this regard, BY 5 pointed out that coordination takes place between the local authorities and the competence center on state level; thus, he remarks: “Of course we coordinate” (BY 5, item 16).

Summarizing, while not all participants experience the pleasure of a functioning competence center at state level, all participants expressed their desire for it. Further, the analysis shows that the communication between state and local level can be significantly improved by a competence center in both ways. Thereby, it is necessary to highlight that not the pure existence is important but rather the functionality, as the case of Baden-Württemberg reveals. Why only one of the participants from Baden-Württemberg experienced such remains unclear, but the personnel changes at the top of the institution are further evidence. The information from the case of Bavaria indicates a strong relation between a functioning competence center as well as a good communication and coordination.

6. Discussion

Recapitulating the assumptions deducted from the literature and comparing them with the findings described in the previous chapter, the following section shows notable features and introduces a hypothesis resulting therefrom. Some codes were nominated surprisingly rarely. For instance, it is shown that if positive public evaluations matter, as the literature suggests (see chapter 2), they do not seem to play a greater role within the German context, only one participant named such as possible threat for an effective crisis management. Notably, the distribution of scarce resources was not highlighted more often, as it is most important in the crisis literature. Possible reasons for this could be that relevant material was not scarce at the participating authorities or that other challenges were predominant. As the nominations were few and qualitatively not fertile, this could neither be pushed forward nor neglected completely.

The following discussion is divided into two parts which refer to two phases of crisis management. The first phase represents the immediate threat of the pandemic, rising in spring 2020. Chronologically following is the second phase which is marked by a shift towards centralized decision-making and including difficulties in communication.

Overall, most codes that were used point towards the positive effects of a decentralized approach. Thereby, not the differences between cases are remarkable, rather the similarities over all cases. With regard to the first phase of the crisis, especially the satisfaction of regional needs and the creation of laboratories, which is a predominant advantage of decentral systems, can be confirmed. Hence, all participants experience such as helpful. Especially the creation of laboratories was highlighted several times and by many participants as beneficial, pointing out the function as role model for other districts and regions. Likewise, the scope of people included in the process is described as positive, which means the more people included in the process the better the decision gets. The academic debate points towards attributes like this, as shown in chapter 2.3, and links them to a slow action as more people have to be included.

Yet, the presented data shows that decentral systems are even faster. The participants trace this down to the fact that the pressure is more immediate and, therefore, measures have to be undertaken rapidly and a solution needs to be found. Furthermore, pragmatic solutions can be found within the small units at the local level, enhancing a fast action. This is in line with the findings according to the sense of urgency which is mostly seen as coming from the local

circumstances. Notably, one case deviates from this chain of argumentation. The participants from Bavaria do neither express a faster action by decentral systems nor see an advantage in the scope of people included in the process. It is important to remark that Bavaria is thereby the most centralized case. As described before, it is particularly true that the decentral system in Germany has been undergoing a de facto shift towards more centralized decisions over time, as the scholar of Boin et al. (2016a) predicted (see chapter 5.4.).

Hence, all cases indicate a shift towards central decisions over time during the COVID-19 pandemic. Thereby, the analyzed data reveals the problematic relationship between different levels of authority in Germany. All of the three cases show different degrees and features of a decentralized healthcare system. This shift towards a more centralized decision making over time exposes several challenges in the second phase of crisis. Those challenges are experienced differently in different states, according to the differences in their institutional design. As described in chapter 5.1., the most frequently used and therefore predominant form of sensemaking is local. Thereby, the local population and local cases create a sense of urgency which needs to be responded to. This leads to an action based on the availability of information at that level. As shown before with regard to Aubrecht et al. (2020), it is of great importance that the level makes the decision which has the relevant information. This paper finds that such information is most likely to be local.

The lack of cooperation and communication between the levels could possibly lead to an information asymmetry between the local and the state or federal level, which seems to be most present in Thuringia, followed by Baden-Württemberg and least in Bavaria, as shown in chapter 5.11. Most remarkable is the phrase of BW 2 who described the communication as, if at all, one-way. This top-down approach in terms of communication could lead towards a dangerous dysfunctionality, as decisions are shifted towards a different level without having the exchange of qualitative information implemented between such levels.

A possible solution of such communication and cooperation challenges can be found in competence centers at state level. As they are existent in Bavaria and Baden-Württemberg, the collected data emphasizes especially the expert assistance as important feature. Under this code, the exchange of information and the reassurance of each other across levels is described by the interviewees. Hence, a functional competence center can improve the communication in both

ways and function as a collection point of information in both directions of flow. However, as the case of Baden-Württemberg shows, this functionality is of great importance.

Thus, decentral systems can improve crisis management under certain conditions. The advantages provided by such a system need to be taken into account carefully, as changes in the circumstances can disable levels from each other, leading to chaos and possibly to decisions being made without having all relevant information available at that level. Obviously, a given shift from decentral towards central decision making indicates a better performance of decentral organized states in the beginning of the crisis while underperforming, as the shift unfolds and for central organized states vice-versa. Consequently, Thuringia should have overperformed in the first phase and underperformed in the second phase and the opposite should be the case for Bavaria. More generally speaking, if the first mechanisms of crisis management are organized decentral in a pandemic, fast action can take place and larger impacts can be prevented. The verification of such a hypothesis is not as simple and will be further discussed in chapter 8.

Overall, this thesis displays the advantages of a decentralized crisis management and argues that if a crisis is managed decentral it can be prevented from unfolding and getting out of control. Besides that, a one-sided shift of decision making, without the implementation of processes and structures of a mutual exchange and sensemaking, can hinder crisis management. The given information advantage of the local authorities must be taken into account while making decisions on higher levels. The proof of a dysfunctional communication between levels of authorities can definitively be seen as a hindering factor in the German pandemic response.

Furthermore, the possibility of pragmatism taking place in small units should not be underestimated as it was found in all cases and was expressed by all participant according to the motto “necessity is the mother of invention”. In terms of an approach that includes learning from a crisis, this thesis displays major challenges of which the predominant form was organizational. Overall, local authorities were struggling with staff and space. In order to be prepared for the next pandemic, the issues of space and qualified staff need to be addressed. The same is true for the exchange between levels of government.

7. Conclusion

Using qualitative methods, this thesis compared three states in Germany according to their actions in the COVID-19 pandemic, analyzing the influence of the referring institutional design. The chosen cases, Baden-Württemberg, Bavaria and Thuringia, differ in the extent of centralization of their PHS. Thereby, in each case, two semi structured expert interviews were conducted, and the data was analyzed by means of a qualitative content analysis.

In essence, this thesis shows that the institutional design of each case matters. In doing so, challenges and advantages of a decentralized crisis management in the public administration are revealed. Thus, small units in decentralized systems can act much faster in their area of influence and, therefore, can prevent larger implications of initially smaller outbreaks. Hence, less stringent measures have to be undertaken for the whole population, as small units can take regional differences and needs into account.

Another major finding is a de facto shift of responsibilities to a higher level during the COVID-19 crisis. Thereby, the initially fully responsible local authorities were deprived authority or binding decisions were made on higher levels. This, paired with a poor communication and cooperation in at least two cases, is a hindering factor in the pandemic response in Germany before February 2021.

Differences between the cases reveal that the more centralistic a state is organized, the better is the communication between the state and local level. A higher degree of communication can improve the information exchange and could have helped more central organized states performing better in the second phase of the crisis. Participants from Thuringia, the least central organized state, describe a lack of exchange and the missing possibility to express their difficulties towards the state level. This indicates that a shift of decision making from decentral towards central is not turning out if the sensemaking and therefore information exchange is not centralized in the same way.

This implicates that both streams, decentralization and centralization, have advantages. The cases from Germany show how dangerous it can be to centralize decisions, while the underlying institutions are mostly organized decentral. If a desire of centralization is predominant, the exchange of relevant information, beyond the obvious ones, must be implemented. This study

highlights challenges in communication between the local and the state level as major hindering factors, which might have caused an underperformance of some states, especially in the second phase. The case of Bavaria does show a better communication and should therefore have overperformed other cases in the second phase. Since Bavaria shares a long border with other countries with much higher COVID-19 case numbers, such a comparison is not easy to make. Further, the cases of Bavaria and partly of Baden-Württemberg demonstrate that competence centers on the state level can not only provide expert assistance but rather improve the communication between the local and the state level. As such, they can fulfill an important function in addition to their main duties.

Narrowing down the answer to the research question, ‘In what way does the federal-/decentral system in Germany influence the crisis management in the COVID pandemic?’, the federal and decentral system in Germany has been identified as beneficial in the beginning of the COVID-19 crisis. A shift towards more centralization has created several not intended problems. The wish of the population for rather central decisions might not have been compatible with the underlying, in some cases decentral organized, administrative body. But in overcoming the dangers and evaluating mistakes undertaken, this might be an opportunity to prevent further outbreaks of transferable diseases with decentral elements in the public administration and, thus, can be a start to learn from a crisis.

8. Limitations and Further Research

The COVID-19 pandemic obviously is the main subject of this thesis, but paradoxically also causes the biggest limitation. That is, none of the interviews could be held personally due to the highly infectious disease. This limited the chance of informal dialogues between the interviewer and the participants and probably as well the trust between the researcher and the interviewees. This was, for instance, expressed by the insistent desire of the guarantee of absolute anonymity. Although anonymity was assured, the degree of trust could not be assessed. As trust is highly important in order not to give socially desirable answers but correct ones, this can be seen as a definitive limiting factor.

As described above, the selection of interview partners was not random but using a convenient sampling pattern. Even if such can be neglected, as long as it takes place with regard to the explanatory variable, this sampling pattern can cause selection biases. As many authorities did not respond to calls or mails, it is conceivable that those who answered could do so only because they might have been better organized or hit less by the crisis. Nevertheless, both possibilities can have an impact on the overall findings of this thesis.

Further, all experts were drawn from authorities located on the local level. Therefore, it seems possible that they all share a common understanding or belief and distinguish themselves as a group. Thus, an explicit positive picture of their work and a negative picture of the state level could be drawn. As it was not possible to interview heads of the local health departments in Bavaria, that might be a further limitation.

In order to overcome such biases and to contribute to the academic debate, further research should include a wider range of control variables. Such were not included in this thesis as the aim was to get an overview on challenges and advantages caused by the institutional design. Yet, geographical differences between cases, such as borders, population density, and neighbor countries should be included or at least controlled for. The introduced hypothesis can function as a further point of departure:

If the first mechanisms of crisis management are organized decentral in a pandemic, fast action can take place and larger impacts can be prevented.

As reliable data was not available during this research, it could not be supported by quantitative data. Such data will be available in the coming months and years.

As this examination exclusively took place on the local level, further levels should be interviewed, most important the state and federal level. However, Germany is not only geographically but also politically dependent on the European Union (EU). Thus, every EU country has to be seen in the wider context of the EU and analyzed accordingly. As this suggests comparing countries in the EU across levels, the Multi-Level-Governance (MLG) can be an important tool in researching crisis management in the EU and its member states.

List of Sources of Law

Federal Laws

GG – Grundgesetz (German Constitution)

Accessed online (last 01.04.2021)

Available: <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html>

IFSG – Infektionsschutzgesetz (Infection Protection Act)

Accessed online (last 01.04.2021)

Available: <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/>

State Laws

Baden-Württemberg:

ÖGDG – Gesundheitsdienstgesetz (Public Health Service Act)

Accessed online (last 01.04.2021)

Available: <http://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=GesDG+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true&aiz=true>

Bavaria:

GDVG – Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz (Health Service and Consumer Protection Act)

Accessed online (last 01.04.2021)

Available: <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayGDVG>

BayIFSG – Bavaria Infektionsschutzgesetz (Infection Protection Act)

Accessed online (last 01.04.2021)

Available: <https://www.verkuendung-bayern.de/gvbl/2020-174/>

BayKSG – Kastastrophenschutzgesetz (Bavarian Civil Protection Act)

Accessed online (last 01.04.2021)

Available: <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayKatSchutzG>

Bibliography

- ALMOND, G. A., FLANAGAN, S. C. & MUNDT, R. J. 1973. *Crisis, choice, and change: historical studies of political development*, Boston Little, Brown.
- AUBRECHT, P., ESSINK, J., KOVAC, M. & VANDENBERGHE, A.-S. 2020. Centralized and Decentralized Responses to COVID-19 in Federal Systems: US and EU Comparisons. Available at SSRN 3584182.
- BAKER, P. & HABERMAN, M. 2020. *Trump Leaves Hospital, Minimizing Virus and Urging Americans 'Don't Let It Dominate Your Lives'* [Online]. online Available: <https://www.nytimes.com/2020/10/05/us/politics/trump-leaves-hospital-coronavirus.html> [Accessed 08.10.2020].
- BAYRISCHE-STAATSREGIERUNG. 2020. *Corona-Pandemie / Bayern ruft den Katastrophenfall aus / Veranstaltungsverbote und Betriebsuntersagungen* [Online]. Bayerische Staatskanzlei. Available: <https://www.bayern.de/corona-pandemie-bayern-ruft-den-katastrophenfall-aus-veranstaltungsverbote-und-betriebsuntersagungen/> [Accessed 02.12.2020].
- BEHNKE, N. 2020. FÖDERALISMUS IN DER (CORONA-)KRISE? *APuZ Zeitschrift der Bundeszentrale für politische Bildung* 35-37/2020, 09-15.
- BEHNKE, N. & ZIMMERMANN, M. 2019. Den öffentlichen Gesundheitsdienst weiterentwickeln und stärken - Bericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Technische Universität Darmstadt.
- BIRKLAND, T. & WATERMAN, S. 2008. Is Federalism the Reason for Policy Failure in Hurricane Katrina? *Publius*, 38, 692-714.
- BOGNER, A., LITTIG, B. & MENZ, W. 2014. *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden.
- BOIN, A. 2019. The Transboundary Crisis: Why we are unprepared and the road ahead. *Journal of contingencies and crisis management*, 27, 94-99.
- BOIN, A., 'T HART, P., STERN, E. & SUNDELIUS, B. 2016a. Decision Making and Coordinating: Shaping the Crisis Response. In: BOIN, A., SUNDELIUS, B., STERN, E. & 'T HART, P. (eds.) *The Politics of Crisis Management: Public Leadership under Pressure*. 2 ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- BOIN, A., 'T HART, P., STERN, E. & SUNDELIUS, B. 2016b. Managing Crises: Five Strategic Leadership Tasks.

- BOIN, A., 'T HART, P., STERN, E. & SUNDELIUS, B. 2016c. Sense Making: Grasping Crises as They Unfold. *In*: BOIN, A., SUNDELIUS, B., STERN, E. & 'T HART, P. (eds.) *The Politics of Crisis Management: Public Leadership under Pressure*. 2 ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- BOIN, A., HART, P. T., STERN, E. & SUNDELIUS, B. 2017. *The politics of crisis management: public leadership under pressure*, Cambridge, Cambridge University Press.
- DARDANELLI, P., KINCAID, J., FENNA, A., KAISER, A., LECOURS, A., SINGH, A. K., MUELLER, S. & VOGEL, S. 2019. Dynamic De/Centralization in Federations: Comparative Conclusions. *Publius*, 49, 194-219.
- DEBRAY, R. G. 1973. *Prison writings: Transl. by Rosemary Sheed*, New York, Random House.
- DESTATIS. 2020. *Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag* [Online]. Statistisches Bundesamt. Available: <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=12411-0010&bypass=true&levelindex=1&levelid=1615381206007#abreadcrumb> [Accessed 30.11.2020 2020].
- DIEKMANN, A. 2014. *Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen*, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt.
- DW. 2020. *Merkel: Coronavirus is Germany's greatest challenge since World War II* [Online]. online Available: <https://www.dw.com/en/merkel-coronavirus-is-germanys-greatest-challenge-since-world-war-ii/a-52830797> [Accessed 13.11.2020].
- ECKHARD, S. & LENZ, A. 2020. *Die öffentliche Wahrnehmung des Krisenmanagements in der Covid-19 Pandemie*, Konstanz KOPS Universität Konstanz.
- ELAZAR, D. J. 1987. *Exploring federalism*, Tuscaloosa, Ala, Univ. of Alabama Press.
- GERRING, J. 2017. *Case study research: principles and practices*, Cambridge, Cambridge University Press.
- HEIDENHEIMER, A. J. 1965. *The governments of Germany*, London Methuen.
- HERBST, S. P. 2020. *Fluch und Segen des Föderalismus* [Online]. Deutschlandfunk Available: <https://www.deutschlandfunk.de/kommentare-und-themen-der-woche.719.de.html?drbm:date=2020-05-09> [Accessed 18.09.2020].
- JANIS, I. L. 1982. *Groupthink: psychological studies of policy decisions and fiascoes*, Boston [u.a.], Houghton Mifflin.

- JESSOP, B. 2015. Crises, crisis-management and state restructuring: what future for the state? *Policy and politics*, 43, 475-492.
- KINCAID, J., TARR, G. A. & WÄLTI, S. 2010. Federalism and the Global Financial Crisis: Impacts and Responses. Introduction. *L'Europe en Formation*, 358, 3-14.
- KING, G., KEOHANE, R. O. & VERBA, S. 1994. *Designing social inquiry: scientific inference in qualitative research*, Princeton, NJ, Princeton Univ. Press.
- KRANE, D. A. 2002. The State of American Federalism, 2001-2002: Resilience in Response to Crisis. *Publius*, 32, 1-28.
- KUCKARTZ, U. 2018. *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, Weinheim;Basel;, Beltz Juventa.
- MAITLIS, S. 2005. The Social Processes of Organizational Sensemaking. *Academy of Management journal*, 48, 21-49.
- MAITLIS, S. & SONENSHEIN, S. 2010. Sensemaking in Crisis and Change: Inspiration and Insights From Weick (1988). *Journal of management studies*, 47, 551-580.
- MARCH, J. G. & OLSEN, J. P. 2008. *The Logic of Appropriateness*. Oxford University Press.
- MAYRING, P. 2015. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, Basel;Weinheim;, Beltz.
- MDR. 2020. *Die Chronik der Corona-Krise* [Online]. Mitteldeutscher Rundfunk Available: <https://www.mdr.de/nachrichten/politik/corona-chronik-chronologie-coronavirus-100.html#sprung0> [Accessed 07.12.2020].
- MEUSER, M. & NAGEL, U. 2002. ExpertInneninterviews—vielfach erprobt, wenig bedacht. *Das Experteninterview*. Springer.
- MILLER, D. T. & MCFARLAND, C. 1987. Pluralistic Ignorance: When Similarity is Interpreted as Dissimilarity. *Journal of personality and social psychology*, 53, 298-305.
- MUSCHEL, R. 2020. *Wechsel beim Landesgesundheitsamt – Ein Reutlinger soll es richten* [Online]. Südwest Presse (SWP). Available: https://www.swp.de/suedwesten/staedte/reutlingen/personalie-wechsel-beim-landesgesundheitsamt-_ein-reutlinger-soll-es-richten-53355596.html [Accessed 01.12.2020].

- REGIERUNGSPRÄSIDIUM-STUTTGART. 2021. *Dr. Gottfried Roller ist neuer Leiter des Landesgesundheitsamts (LGA) Baden-Württemberg* [Online]. online Regierungspräsidium-Stuttgart. Available: <https://rp.baden-wuerttemberg.de/rps/presse/artikel/dr-gottfried-roller-ist-neuer-leiter-des-landesgesundheitsamts-lga-baden-wuerttemberg/> [Accessed 01.03.2021].
- RIKER, W. H. 1964. *Federalism: origin, operation, significance*, Boston [u.a.] Little, Brown.
- RKI. 2020. *Das Robert Koch-Institut: Eines der ältesten biomedizinischen Institute weltweit* [Online]. Robert Koch Institut Available: https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Geschichte/geschichte_node.html;jsessionid=15F62E19C1932E60604014F160751727.internet081 [Accessed 02.12.2020].
- RKI. 2021. *RKI COVID19* [Online]. COVID-19 Datenhub: Robert-Koch-Institute. Available: https://npgeo-corona-npgeo-de.hub.arcgis.com/datasets/dd4580c810204019a7b8eb3e0b329dd6_0/geoservice [Accessed 10.03.2021].
- ROSS, J. & PEREZ, V. 2020. Federalism and Polycentric Government in a Pandemic. *CE Think Tank Newswire* p.Newspaper Article.
- RUDZIO, W. 2018. *Der deutsche Verbundföderalismus*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- RÜRUP, B. 2020. *Die Corona-Epidemie offenbart eine grundlegende Schwäche im Staatsaufbau* [Online]. Handelsblatt. Available: <https://www.handelsblatt.com/meinung/kommentare/kommentar-die-corona-epidemie-offenbart-eine-grundlegende-schwaech-im-staatsaufbau/25679876.html> [Accessed 15.09.2020].
- SALANCIK, G. R. & PFEFFER, J. 1978. A Social Information Processing Approach to Job Attitudes and Task Design. *Administrative science quarterly*, 23, 224-253.
- SANDBERG, J. & TSOUKAS, H. 2020. Sensemaking Reconsidered: Towards a broader understanding through phenomenology. *Organization Theory*, 1, 2631787719879937.
- SCHARPF, F. W. 1988. THE JOINT-DECISION TRAP: LESSONS FROM GERMAN FEDERALISM AND EUROPEAN INTEGRATION. *Public administration (London)*, 66, 239-278.
- SPARER, M. & BROWN, L. 2019. States and the Health Care Crisis: The Limits and Lessons of Laboratory Federalism.

- SPIEGEL. 2020. "Ich glaube, dass der Föderalismus zunehmend an seine Grenze stößt" [Online]. Der Spiegel Available: <https://www.spiegel.de/politik/deutschland/corona-krise-markus-soeder-kritisiert-foederale-ordnung-und-fordert-bundesweite-maskenpflicht-a-1cea2ead-b8a3-4cc0-9720-16c8b9c540a4> [Accessed 02.12.2020].
- VAN DEN BERGH, R. 2016. Farewell Utopia?: Why the European Union Should Take the Economics of Federalism Seriously. *Maastricht Journal of European and Comparative Law*, 23, 937-964.
- WATTS, R. L. 1996. *Comparing Federal Systems in the 1990s*, Kingston, Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University
- WATTS, R. L. 2008. *Comparing federal systems*, Montreal [u.a.], McGill-Queen's University Press.
- WEICK, K. E. 1988. ENACTED SENSEMAKING IN CRISIS SITUATIONS[1]. *Journal of Management Studies*, 25, 305-317.
- WEICK, K. E. 2020. Sensemaking, Organizing, and Surpassing: A Handoff. *Journal of management studies*.
- WEICK, K. E., SUTCLIFFE, K. M. & OBSTFELD, D. 2005. Organizing and the Process of Sensemaking. *Organization science (Providence, R.I.)*, 16, 409-421.
- WELT. 2020. *Merkel wird grundsätzlich – Söder und Kubicki liefern sich Privatduell* [Online]. online. Available: <https://www.welt.de/politik/deutschland/article218140968/Merkel-zur-Coronavirus-Pandemie-Foederalismus-hat-sich-bewaehrt.html> [Accessed 12.11.2020].
- WHEARE, K. C. 1946. *Federal government*, London., Oxford University Press.
- WHO. 2020. *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020* [Online]. online: WHO. Available: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> [Accessed 09.09.2020].
- WHO. 2021. *Numbers at a glance* [Online]. WHO. Available: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> [Accessed 12.03.2021].
- WILSON, K. 2006. Pandemic Threats and the Need for New Emergency Public Health Legislation in Canada. *Healthcare Policy/Politiques de Santé*, 2, 35-42.
- WISSENSCHAFTLICHER-DIENST 2014. Die Gesundheitsdienstgesetze der Länder - WD 9 - 3000 - 027/14. Wissenschaftlicher Dienst, Deutscher Bundestag

Appendix

a) Interview Guidelines

Appreciation for willingness to talk, institutional context / introduction and explanation of the topic.
Explanation of the interview process, half an hour is planned.

- detailed descriptions explicitly desired
- subjective views

Obtain permission to record and assurance of anonymity

Introductory question

- List 3 keywords that describe how your work has changed since Corona.

Challenges in crisis management

- What were/are, from your perspective, the biggest challenges in fighting the Corona pandemic? What surprised you in a positive way/ potential for improvement?

Local autonomy

- How do you see your role, that of the health department or county/city, state and federal in the overall crisis management?
 - What could possibly be improved about it/relationships?
- What institutes/sources of information inform your decisions or recommendations? (Sense-making.)
 - Ministry, RKI, LGA, WHO, ECDC, or similar?
 - Multiple opinions in the federal states? Opportunity or danger?
- Where did the pressure to act come from at the beginning and where does it currently come from in your view?
- In which situations do you see a need for more decision-making? Where is there a need for more centralized decision-making?
- What are the advantages of a decentralized health system in crisis management?
 - What disadvantages?

Centralization

- What might be improved/deteriorated by centralizing authority?
- To what extent do different phases of the crisis matter?
 - Do they currently see a trend toward centralization? How would you assess this?
- If you look abroad, for example to the U.S., the U.K., Brazil, what could be possible reasons why the course in Germany has been less dramatic up to this point?

Final question

- What specifically would you need to be better prepared for a pandemic in the future?

“All in all - do you have the impression that I have forgotten any points that are relevant from your point of view for our investigation? Would you have anything else to add?”

Thank you & turn off the recorder → further interviewees? → further procedure

b) Interviewleitfaden

Dank für Gesprächsbereitschaft, Institutioneller Kontext/Vorstellung

Erläuterung des Themas

Erläuterung des Interviewablaufs, geplant ist eine halbe Stunde

- ausführliche Schilderungen ausdrücklich erwünscht
- subjektive Sichtweisen

Erlaubnis Aufzeichnung und Zusicherung der Anonymisierung

Einstiegsfrage

- Nennen Sie 3 Stichwörter, die beschreiben, wie sich Ihre Arbeit seit Corona verändert hat.

Herausforderungen im Krisenmanagement

- Welche waren/sind, aus Ihrer Sicht, die größten Herausforderungen in der Bekämpfung der Corona-Pandemie? → Was hat Sie dabei positiv überrascht/Verbesserungspotential?

Lokale Autonomie

- Wie sehen Sie Ihre Rolle, die des Gesundheitsamtes bzw. des Land-/Stadtkreises, des Landes und des Bundes in der gesamten Krisenbewältigung?
 - Was könnte man daran/an den Beziehungen möglicherweise noch verbessern?
- Welche Institute/Informationsquellen sind für Ihre Entscheidungen oder Empfehlungen maßgeblich? (**Sensemaking**)
 - Ministerium, RKI, LGA, WHO, ECDC, o.Ä.?
 - Multiple Meinungen in den Bundesländern? → Chance oder Gefahr?
- Woher kam zu Beginn und kommt aktuell aus Ihrer Sicht der Druck zu handeln?
- In welchen Situationen sehen Sie Bedarf für einen größeren Entscheidungsspielraum? Wo bedarf es mehr zentraler Entscheidungen?
- Welche Vorteile birgt ein dezentrales Gesundheitssystem in der Krisenbewältigung?
 - Welche Nachteile?

Zentralisierung

- Was könnte sich durch die Zentralisierung der Befugnisse verbessern/verschlechtern?
- Inwiefern spielen verschiedene Phasen der Krise eine Rolle?
 - Sehen sie aktuell eine Tendenz zur Zentralisierung? Wie würden Sie diese bewerten?
- Wenn Sie den Blick ins Ausland richten, beispielsweise in die USA, nach Großbritannien, Brasilien, was könnten mögliche Gründe sein, warum der Verlauf in Deutschland bis zum jetzigen Zeitpunkt weniger dramatisch war?

Abschlussfrage

- Was würden Sie konkret benötigen, um in Zukunft besser auf eine Pandemie vorbereitet zu sein?

„Alles in allem – haben Sie den Eindruck, dass ich noch Punkte, die aus Ihrer Sicht relevant sind, für unsere Untersuchung vergessen habe? Hätten Sie noch etwas zu ergänzen?“

Danke & Abschalten des Aufnahmegeräts → weitere Interviewpartner? → weiteres Vorgehen

c) Coding Frame

Code	Sub-Code	Specification	Description of Content	Application of the Category	Example of Use
C1: Level of Sensemaking	C1a: Federal		Sensemaking is happening at the federal level.	Every expression naming institutions or authorities, located at the federal level, which play a role within the sensemaking process. Most likely through its research institutions, like the Robert-Koch-Institute, but can also be every other authority or institution, located at the federal level.	“Especially the RKI these are always basics that we use” (TH 4, Pos. 16)
	C1b: State		Sensemaking is happening at the state level.	Every expression naming institutions or authorities, located at the state level, which play a role within the sensemaking process. For example, the state health department.	“Thuringian Ministry of Health and then we also get the situation reports from the RKI and crisis management daily” (TH 4, item 16).
	C1c: Local		Sensemaking is happening at the local level.	Applicable when authorities as, for example, the local health office are named according to the sensemaking process.	“First of all, of course, the figures that we have from our own health department [...] because we have the shorter reporting path.” (BY 5, item 20)
C2: Public Evaluations	C2a: Crisis as challenge/major threat		The COVID-19 crisis is publicly described as major threat by leaders regardless their level.	Expressions about the severity of the crisis by leaders on various levels.	“That was certainly very helpful in our case, that the federal government, the state government all pulled together.” (BW 1, item 46)

C3: Scope of People/Plurality of Ideas	C2b: Optimistic	Public evaluations are, from the beginning onwards, optimistic about the overcoming of the crisis.	References describing that expressions from leaders have downplayed the severity of the crisis.	“[T]here have been simply far too many contradictions already from the very top” (BW 1, item 46)
	C3a: Positive	More people and ideas improve the crisis management process.	Any positive evaluation about multiple opinions or many in the crisis management involved actors	“It turns out time and again that everyone is nibbling away at certain things, [...] at the same questions. And that's where it's important to have a range of variations so that you can come up with good solutions.” (BW 2, item 22)
	C3b: Negative	More people and ideas are a hindering fact in the crisis management process.	Expressions seeking for a single leader or a small group of decision makers.	-
C4: Time/Fast Action	C4a: Decentral faster	A decentral system can act or react quickly in crisis.	All expressions about a fast pandemic response pointing out the value of a decentral system or the obstruction of a central system	“[T]hat there is an authority that makes decisions and implements them in a timely manner (TH 4, item 34)
	C4b: Central faster	A central system can act or react more quickly in crisis.	All expressions about a fast pandemic response pointing out the value of a central system or the obstruction of a decentral system	-
	C4c: Shift towards central decisions over time	Over time a shift towards central decision making is described or wanted.	All expressions about a wishful thinking or a description of a shift towards central decision making during the crisis.	“[T]hat the regulatory density is so tight that the districts now all function in the same way.” (BW 1, item 12)

C5: Distribution of Resources	C5a: Better decentral	The distribution of scarce resources is more efficient in a decentralized system.	Assertions pointing out the efficiency of the distribution of resources in a decentral context. E.g., masks.	“If one relies on correctness and guidelines from above, that doesn't work. And I think that's the problem in France and the UK and Spain, which are essentially central states” (BW 2, item 32).
	C5b: Need for centralization	In order to improve the distribution of scarce resources a centralized system is needed.	Assertions pointing out the efficiency of the distribution of resources in a central context. E.g., masks.	“In any case, a standardized procedure, [...] that it runs more uniformly and is then also quickly put through to the [local] authorities“ (TH 4, item 10).
C6: Satisfaction of Regional Needs and Creation of "Laboratories"	C6a: Helpful	The satisfaction of regional needs and creation of "laboratories" through decentral systems can be helpful in the prevention and containment of the COVID crisis.	All expressions that the satisfaction of regional needs and the use of different regions as laboratories are improving the crisis management	“Of course, this has an advantage in that you can look very precisely at the situation on site “(BW 1, item 44) “[O]ne can certainly find appropriate solutions for a limited place or space” (BY 6, pos. 32)
	C6b: Not Helpful	The satisfaction of regional needs and creation of "laboratories" through decentral systems are not helpful in the prevention and containment of the COVID crisis.	All expressions that the satisfaction of regional needs and the use of different regions as laboratories are not improving the crisis management	“[O]n the other hand, there occurs the problem that the neighbor, [...] across the district border has other restrictions” (BW 1, item 44)
C7: Complexity	C7a: SQ too complex	The status quo is too complex.	Negative evaluations about the complexity of the current system.	-

C8: Compliance	C7b: SQ not too complex	The status quo is not too complex.	Positive evaluations about the complexity of the current system.	“We had federal and state regulations that contradicted each other in nuances. [...] there were actually uncertainties as to what applied. Does the state regulation apply or the federal regulation?” (BW 1, item 16)
	C7c: Small units allow for pragmatism	The status quo allows for pragmatism at the local level.	Evaluations that the status quo enables local pragmatism, regardless its complexity.	“There are people who say: 'Let's just do something until they decide something up there', that's what we'll do now” (BW 2, item 34).
	C8a: More compliance through decentralization	Compliance with the rules can be improved through a decentralized system.	Any statement, providing a positive evaluation of a relationship between a decentralized system and the compliance of the populations with the rules	“And it's better if it's decided at the local level and a consensus is reached in the local political community than if something is decided somewhere in Berlin or Stuttgart.” (BW 2, item 20)
	C8b: No, negative or unknown effect	The compliance with the rules is independent from decentralization.	Any statement, denying a relationship between compliance and decentralization or assessing a negative effect.	-
	C8c: No acceptance of different rules in equivalent circumstances	The population is not accepting different rules in equivalent circumstances, regardless of where those decisions are made	Any skeptical statement about the acceptance of rules, when they are handled differently elsewhere in the same circumstances.	“I believe that it is important, also in terms of acceptance by the population, that we have uniform procedures as far as it is somehow possible.” (BY 5, item 14)
C9: Decision Making	C9a: Possible on the local level	Decision Making is possible on the local level.	Expressions showing that decision making is possible on the local level. This category does not exclude expressions that it is more difficult e.g. category C9b.	“[It] is clearly regulated that the local police authority at the municipal level is the authority that makes the decisions together with us as the health authority.” (BW 2, item 20)

	C9b: Harder on the local level	Decision Making is harder on the local level.	Skeptical evaluations about decision making on the local level.	“There is, of course, a decision at the local level, which is often linked with economic things and with dependencies” (BW 1, item 42).
	C9c: Information available at level of decision	Information, necessary to make a decision, are available at the level of decision	Assessments showing the availability of information at the level of decision, regardless which level.	“I have repeatedly emphasized that the numbers are one thing, but we are a relatively small city [...] and one infected person more or less makes a big difference.”(BY 5, item 20).
C10: Major Challenges	C10a: Uncertainty	Uncertainty was a major challenge in the beginning of the crisis.	Descriptions about the major challenges in the beginning of the crisis including uncertainty in any possible way.	“The biggest challenges are that we can plan a lot of things, but when the politicians start planning for us again, i.e. when they issue new regulations, a lot of what we have painstakingly devised will be thrown overboard again with the stroke of a pen” (BY 6, item 6).
	C10b: Equipment	The availability of equipment was a major challenge in the beginning of the crisis.	Descriptions about the major challenges in the beginning of the crisis including procurement, distribution, stock or other difficulties according to necessary equipment.	“In the beginning, we also had quite different problems, for example, with the protective equipment” (TH 4, item 40)
	C10c: Financial	Financial pressure was a major challenge in the beginning of the crisis.	Descriptions about the major challenges in the beginning of the crisis including financial stress.	“I'll put it this way, it's no secret that the PHS has been cut to the bone, and it's also clear that this hasn't exactly been beneficial” (BW 2, item 36).

	C10d: Organizational	Technical	Organizational matters were a major challenge in the beginning of the crisis. This sub-code was, if possible, further divided into technical and HR matters.	Descriptions about the major challenges in the beginning of the crisis including organizational matters, including technical issues.	“To generate all these data, a reasonable software is needed, which we unfortunately have not yet introduced in the health department” (BY 6, item 28).
		Staff	Organizational matters were a major challenge in the beginning of the crisis. This sub-code was, if possible, further divided into technical and HR matters.	Descriptions about the major challenges in the beginning of the crisis including organizational matters, including staff issues.	“The second thing, of course, was to increase staff accordingly and train people very quickly” (TH 3, item 6)
	C10e: Inquiries		Inquiries were a major challenge in the beginning of the crisis.	Descriptions about the major challenges in the beginning of the crisis including inquiries made by the public, media or other institutions and authorities.	“the population who wanted to get information in unsafe situations” (BW 1, item 4)
	C10f: Cases		The case numbers were a major challenge in the beginning of the crisis.	Descriptions about the major challenges in the beginning of the crisis, including case numbers as central issue.	“[I]f the number of cases becomes excessive” (BY 6, item 28)
C11: Cooperation and Communication Between Authorities	C11a: On the same level	Good on the same level	The cooperation and communication are described as good on the same level e.g., local level.	Evaluations of a good cooperation and communication between authorities and institutions on the same level e.g., between districts.	We now also hold telephone conferences, because nothing comes from the ministry. (BW 2, item 22)
		Bad on the same level between states	The cooperation and communication are described as bad on the same level between states e.g. local level in Bavaria and Baden-Württemberg.	Evaluations of a poor cooperation and communication between authorities and institutions on the same level e.g., between districts across states.	“We have just across the Danube the city of Ulm and the Alb-Donau district, which of course again operate according to a completely different scheme, [...] The exchange of data among each other is already bumpy, [...] a central system where you could exchange data among each other would be nice.” (BY 6, item 32)

C12: Sense of Urgency	C11b: Between state and local level	Bad on the same level	The cooperation and communication are described as bad or not good on the same level.	Evaluations of a poor cooperation and communication between authorities and institutions on the same level e.g., between districts.	"I then have to find out about this in a conference call that we, as the head of the office, have set up ourselves, so to speak. And I ask how you do it and then he says, we haven't done that for a long time." (BW 2, item 26)
		Good between state and local level	The cooperation and communication are described as good between the state and the local level within a state.	Evaluations of a well working cooperation and communication between authorities on the state and on the local level.	"This is excellent in both directions. Both when I have questions or my employees, the direct line is always guaranteed and vice versa, if data is inconclusive or there is a need for additions, then the LGA contacts the appropriate administrator who has entered it." (BW 1, item 24)
		Bad between state and local level	The cooperation and communication are described as bad between the state and local level within a state.	Evaluations of a poor cooperation and communication between authorities on the state and on the local level. Accordingly, a further specification in 'no experts on state level' and 'central requirements not practicable' was made.	"No, they don't have any experts at all. They just don't have them, the experts." (TH 3, item 16)
	C12a: Local/Immediate	Local population	The sense of urgency and therefore the pressure to act grew out of the local population.	Descriptions about pressure coming from the local population.	"The pressure that came (...) from the population eventually and also from the matter itself" (BW 1, item 14)
		Local cases	The sense of urgency and therefore the pressure to act grew out of the local case numbers.	Descriptions about case numbers enacting pressure to act.	"This simply came from the local infection event." (BW 2, pos. 16)

C13: Competence Center	C12b: From a higher level		The sense of urgency and therefore the pressure to act was handed downwards from a higher level.	Descriptions about regulations and orders from a higher level, which caused a sense of urgency and therefore pressure to act.	“That was a huge topic, huge excitement, because the Free State of Bavaria has ordered [...] wearing masks is mandatory at all schools, regardless of the age of the student, the student even in elementary schools.” (BY 5, item 24)
	C13a: No competence center at state level		As there is no competence center for public health in Thuringia, this category was created.	No competence center at state level.	-
	C13b: Not responding to needs		The existing competence center is not responding properly to the needs of the local authority.	Explicit comments or evaluations of a dysfunctional relationship between the local authority and the competence center. By competence center the LGA (Landesgesundheitsamt) in Baden-Württemberg and the LGL (Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit) in Bavaria is meant.	“Also, the technical support by the state of BW through the technical competence center LGA was almost non-existent.” (BW 2, item 8)
	C13c: Helpful	Data processing	The existing competence center is helping in processing data and information.	Positive evaluations about the relationship between the competence center and the local authority with a focus on data and information procession.	„On the one hand, our state health office [LGA] is the institution that aggregates the data and then evaluates it accordingly” (BW 1, item 20).
	Expert assistance	The existing competence center is preventing expert assistance to the local authorities.	Positive evaluations about the relationship between the competence center and the local authority with a focus on expert assistance and specific knowledge.	“Our state health office is [...] our expert advisory body when it comes to infection protection “ (BW 1, item 20)	

d) Transcripts

1 **Transkript BW1**

2 28.10.2020

3 F: Also zunächst einmal eine ganz kurze Einstiegsfrage: Wenn Sie jetzt ihre Arbeit in Zeiten von Corona anschauen, in drei bis vier Stichwörtern, was hat sich da genau verändert?

4 B1: Ja also, das erste ist die Überflutung mit Anforderungen, sei es von der Bevölkerung die Auskunft bekommen wollte in unsicheren Situationen, sei es von der Fallbearbeitung mit der Flut der Fälle in der ersten Welle, jetzt in der zweiten bis hin zu organisatorischen Fragen, ja das Amt ist gewachsen. Ein positiver Aspekt, das ist die Wertschätzung. Also wir hatten noch nie in meiner ganzen Zeit, ich bin seit Ende der 80er Jahre im ÖGD, und in der ganzen Zeit ist mir noch nie so eine Wertschätzung entgegengekommen wie jetzt zu Beginn der zweiten Welle. Das war in der ersten Welle anders, da wusste man nicht, wie der ÖGD funktioniert, ob das überhaupt einen Wert hat, keiner hat so recht gewusst, wie wir funktionieren und das hat sich diametral geändert. Die Leute interessieren sich für unsere Arbeit, sie wissen, was wir leisten und von den meisten bekommen wir eine sehr positive Wertschätzung und Rückmeldung.

5 F: Okay, das ist ja wirklich ein sehr positiver Aspekt. Dahingehend, was waren die größten Herausforderungen? Vor allem zu Beginn und jetzt in der zweiten Welle?

6 B1: Ja, die größte Herausforderung in der ersten Welle war die Überflutung und mit den Anfragen umzugehen. Das heißt, nicht nur die Politik hat uns gefragt, die Teilnahme am Krisenstab, die vielen Anfragen von Einrichtungen, Institutionen, Ärzten, Laboren auch die Bevölkerung hat uns Überflutet mit ganz banalen Fragen, auch mit jeder weiß es ja immer besser Hinweisen, was man machen müsste. Jeder hat versucht, da zu dirigieren und in dieser Situation den (uvs.) für sich zu behalten, das war wirklich eine enorme Herausforderung und vor allem dann auch mit den eigenen Ressourcen umzugehen, Priorisieren, auch mal ein Telefonat nicht anzunehmen, das war am Anfang ganz ungewöhnlich und auch die E-Mails unbeantwortet zu lassen, aber es ging nicht anders. Das ist eine Herausforderung, da nicht das wichtigste zu übersehen.

7 F: Ja, das glaube ich sofort. Und wenn Sie dann die Anfragen bekommen oder Entscheidungen vorbereiten, woher beziehen sie die dafür nötigen Informationen, woher kommt sozusagen der Input, den Sie dann auch weitergeben, also welche Institution ist da entscheidend?

8 B1: Bei mir persönlich als Amtsleiter war es der Input der Mitarbeiter, die natürlich sehr nah an den Fällen, an der Bevölkerung und an den Nöten, auch an dem was nicht funktioniert hat waren. Zum anderen war es der Input vom Krisenstab (lacht) ja das war ein hartes Wirken damals. Ich denke, der Krisenstab hat durch die anderen Strukturen, also diese eher militärischen Strukturen, da auch eine größere Wirkung entfaltet, die Dinge einzunorden und bei uns waren wir natürlich ob der Einordnung nicht nur erfreut, wir haben dadurch einen gewissen Spielraum verloren in der eigenen Entscheidung, andererseits auch Sicherheit gewonnen, dadurch dass die Dinge vorgegeben waren.

9 F: OK, und wenn Sie jetzt gerade sagen, dass Sie Spielraum verloren haben, in welchen Situationen denn? Wo drückt sich sowas aus?

10 B1: Stellen Sie sich vor, da ist einer positiv. Sinnvoll ist, dass der daheim bleibt, er kann aber im Wald spazieren, wenn er zu keinem Kontakt hat. Das ist natürlich eine Situation wenn da ein Polizist kommt und den erwischt beim Freigang, obwohl er Quarantäne hat, das ist fatal. Am Anfang gab es diese Vorschriften nicht, wir hatten die häusliche Absonderung nach fachlichen Kriterien gestaltet und waren fortan dann in der Situation, besonders in der Übergangszeit, da musste man täglich neu

dazulernen, wie die Vorgaben sind das hat sich praktisch ständig, täglich was geändert in den RKI vorgeben. Wir haben mittlerweile eine Regelungsdichte, es ist nicht mehr die Kunst, da was wir gelernt haben an Epidemiologie anzuwenden, es ist nur noch die Kunst das zu finden was geregelt ist. Es ist alles geregelt.

-
- 11 F: Und würden Sie das jetzt als Chance oder als etwas positives bewerten, dass es eben weniger Entscheidungsspielraum gibt? Oder ist gerader der Bedarf gegeben, dass es diese Entscheidungen oder zentralen Mechanismen gibt vom RKI o.Ä.?
-
- 12 B1: Der Bedarf war da und ich bin froh, dass der Bedarf auch so eng gedeckt wurde. Das heißt, wir hätten Probleme bekommen. Das fängt an beim Nachbarlandkreis, der Nachbarkreis entscheidet so, und wir entscheiden so. Zu Beginn der ersten Welle hatten wir einen richtigen Shitstorm, weil es da an der Schnittstelle der Landkreise Verwerfungen gab. Die Leute unterhalten sich, das ist teilweise im Freundeskreis, der eine wohnt hier der andere wohnt dort und da waren diese unterschiedlichen Verfahrensweisen, die in normalen Zeiten gar nicht auffallen, diese wir entscheiden als Gesundheitsamt, das wird von der Bevölkerung akzeptiert und in dieser Situation, diese massenhaften Häufung von eben auch Bekannten, die in der gleichen Situation stecken und das Gesundheitsamt entscheidet anders, da hat sich die Bevölkerung regelrecht empört. Da sind wir natürlich froh, dass wir sozusagen eine Gleichschaltung, eine Einnordung erhalten haben, dass die Regelungsdichte so eng ist, dass die Kreise mittlerweile alle gleich funktionieren.
-
- 13 F: Und dann würden Sie auch beschreiben, dass der Druck auch daher kam, diese Handlungen umzustellen oder woher kam der Handlungsdruck, etwas zu verändern in den Strukturen?
-
- 14 B1: Der Druck, der kam (...) aus der Bevölkerung letztendlich und auch aus der Sache selber. Wir hatten ja am Anfang auch aus dieser ersten Welle beispielsweise massenhaft Überstunden. Das heißt, die will man abbauen, man hat das Tagesgeschäft auch noch zu erledigen und in dieser Situation brauch es einen Aufwuchs an Personal. Das ist aber nur ein Baustein des Ganzen. Um nochmals auf die Regelungsdichte des ganzen zurück zu kommen, das ist ein weiterer Baustein. Wir brauchen uns heute keine Gedanken mehr machen (...), wenn in Situationen abgefragt wird wie könnten wir das machen, was ist sinnvoll, sondern wir brauchen nur noch das entsprechende Paper vom RKI finden und anwenden und schon ist es gelöst.
-
- 15 F: Dementsprechend wir würden Sie dann die verschiedenen Rollen der verschiedenen Ebenen in Deutschland beschreiben? Also des Kreises, des Landes und des Bundes? Wem fällt oder sollte welche Rolle zufallen?
-
- 16 B1: Hm (...) also das RKI ist ja Bund und das Land mit dem LGA, Sozialministerium und ich denke (...) die Strukturen haben sich in der ersten Welle natürlich teilweise ergänzt, teilweise gab es Widersprüche. Wir hatten ja Bundes und Landesregelungen, die sich widersprochen haben in Nuancen. Also das ist jetzt nicht unbedingt einem Bürger aufgefallen, aber es gab tatsächlich dann Unsicherheiten was gilt. Gilt die Landesregelung oder die Bundesregelung und wir als Kreis haben ja (...) durch dieses (...) wirken der Krisenstäben hatten wir ja ne recht enge militärisch anmutende Struktur, in dem die Dinge ja auch sehr gleich gehandhabt wurden zwischen den Kreisen.
-
- 17 F: Dass es dort dann sozusagen eine gute Kommunikation zwischen den Kreisen gab, die das dann ähnlich geregelt haben?
-
- 18 B1: Ja, also eine Einnordung, die (...) das Innenministerium funktioniert nach meinem Eindruck einfach etwas direkter als das Sozialministerium. Im Sozialministerium darf man mitdenken, beim Innenministerium muss man zuhören und danach handeln, um es mal so aus meiner Sicht auf den Punkt zu bringen.
-

- 19 F: Und die Rolle des LGA's? Weil das gibt es ja nur in manchen Bundesländer, wie Bayern und Baden-Württemberg beispielsweise, in Thüringen gibt es gar nicht. Welche Rolle fällt dem dann speziell zu? Und welche Wichtigkeit besitzt es dann auch?
-
- 20 B1: Also unsere (...) Unser Landesgesundheitsamt ist ja zum einen die Stelle die die Daten aggregiert und diese dann auch entsprechend bewerte, also unsere fachliche Beratungsstelle, wenn es um Infektionsschutz geht. Eine ganz wichtige Funktion. Auch hier eben dieses Gleichbehandeln landesweit, dieser Sensor, wo im Land irgendwas schief läuft, wo es Häufungen gibt und Handlungsbedarf entsteht. Das ist oft an den Kreisgrenzen wichtig, dass man da Herde kennzeichnet. Das ist im RKI auch verortet, die Daten fließen ans RKI, aber ich denke, als Filterstelle für die ganz banalen Belange des Alltags, da ist das LGA enorm wichtig.
-
- 21 F: Dass man da nochmal ein Kompetenzzentrum hat, bei der täglichen Arbeit und das dann auch relativ schnell eine Lösung bietet?
-
- 22 B1: Genau, und auch als umgekehrter Filter in den Fachfragen vom RKI, dass diese dann auch so an uns herangetragen werden, dass wir diese verstehen.
-
- 23 F: Funktioniert dabei die Kommunikation in beide Richtungen, also vom LGA runterwärts wie auch hoch relativ gut, oder ist das eher one-way?
-
- 24 B1: Das ist hervorragend in beide Richtungen. Sowohl, wenn ich Fragen hab oder meine Mitarbeiter, der direkte Draht ist immer gewährleistet und umgekehrt, wenn Daten unschlüssig sind oder Ergänzungsbedarf besteht, dann meldet sich das LGA beim entsprechenden Sachbearbeiter der das eingepflegt hat. Das funktioniert hervorragend.
-
- 25 F: Wenn jetzt die verschiedenen Landesgesundheitsämter in der BRD verschiedene Meinungen haben, würden Sie dies eher als Chance oder Gefahr bezeichnen?
-
- 26 B1: Das sehe ich als Chance. Das heißt, wir haben die (...) also eine Telefonkonferenz, die epidemiologische Lagekonferenz und (...) das sind natürlich Chancen. Wenn verschiedene Leute sich die gleichen Gedanken machen, hat man natürlich auch mal die Situation, dass einer tatsächlich den Stein des Weisen findet und die anderen profitieren. Und ich denke, da ist so eine Art, das möchte ich nicht Wettbewerb nennen, aber einfach ein Anarbeiten an den gleichen Schwierigkeiten, das halte ich für förderlich.
-
- 27 F: Funktionell in dem Fall und weniger politisch aufgeladen? Verstehe ich das richtig?
-
- 28 B1: Genau, Politik spielt da soweit ich das überblicke gar keine Rolle.
-
- 29 F: Nochmal zusammenfassend, welche Vorteile bringt ein dezentrales Gesundheitssystem, wie das vorhandene in der Krisenbewältigung?
-
- 30 B1: Also die Schnittstelle zur Ordnungsverwaltung, die ist auf Landkreisebene.
-
- 31 F: Und das ist in dem Fall gut, weil die Entscheidungen dort auch getroffen werden?
-
- 32 B1: Ganz genau, wir haben ja in Baden-Württemberg die Zuständigkeit bei den Ortspolizeibehörden und da war die Kommunikation über die Landräte, also ich kann natürlich nur für meinen Landrat sprechen, aber da war die Kommunikation über den Landrat an die entsprechenden Ortspolizeibehörden, Bürgermeister das war eine hervorragende Ergänzung unserer Arbeit und auch Untermauerung der Wertigkeit, dessen was wir tun.
-
- 33 F: Sozusagen, dass die Kompetenz zur Entscheidung auf der selben Ebene angesiedelt ist wie die Informationen die dann auch verfügbar sind?
-
- 34 B1: Genau
-

- 35 F: Entgegengesetzte Frage: Welche Nachteile könnte das mit sich bringen? Oder hat es bereits mit sich gebracht?
-
- 36 B1: (...) Können Sie die Frage nochmals anders stellen?
-
- 37 F: Gerne. Dadurch, dass das Gesundheitssystem in Deutschland dezentraler ist und auch vor allem in BW, wird auch beschrieben, dass Informationen dann nur auf der lokalen Ebene verfügbar sind, das ist der positive Aspekt, aber es dann zu Schwierigkeiten kommen kann, wenn man über verschiedene Bereiche oder Bundesländer zusammenarbeiten will, oder was eine problematische Stelle sein könnte, ist dass das Vertrauen der Bevölkerung, was Sie ja vorher auch schon angesprochen haben, da ein bisschen drunter leiden könnte.
-
- 38 B1: Ja, also ganz eindrucksvoll haben wir das erlebt, als es um die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft ging. Die Ärzteschaft ist ja nicht Kreisscharf aufgestellt. Das heißt, wir haben natürlich die Ärzte im Kreis, die behandeln ja auch Patienten aus dem Nachbarkreis und da gab es gerade zu Beginn, die Ordnungsämter die sind gewohnt in Kreisdimensionen zu denken und die Ärzteschaft, die ist an Kreisgrenzen wenig interessiert. Auch in den Krankenhäusern, die Patienten liegen normalerweise in einem Krankenhaus ihrer Wahl oder dort wo es sie hin verschlägt und eben nicht in dem zuständigen Kreiskrankenhaus das es ja teilweise gar nicht mehr gibt.
-
- 39 F: Inwiefern hat sich auch da der Fokus ein wenig verändert? Markus Söder hat jetzt davon gesprochen, wir brauchen eine zentrale Lösung in Deutschland oder dass alle Entscheidungen zentral getroffen werden. Jetzt in dieser zweiten Welle im Verhältnis zum Beginn der Krise, wo ja vielmals auch der Föderalismus gelobt wurde. Gibt es da irgendeinen Unterschied den das epidemiologisch macht?
-
- 40 B1: Ich würde sagen, die entscheidenden (...) Weichensteller, die Entscheidungsträger, die haben natürlich aus der ersten Welle auch gelernt wie unterschiedlich die Systeme sind. Das Medizinsystem eben ohne Kreisgrenzen und das Ordnungssystem mit klar definierten Kreisgrenzen. Ich denke, das war ein Lernprozess aus der ersten Welle und mittlerweile spüre ich auch einen großen Rückhalt bei diesen kreisübergreifenden Schwierigkeiten, wenn Dinge eben kreisübergreifend anders gelöst werden wenn sie auch in der Information dann Schwierigkeiten auslösen.
-
- 41 F: Könnte das dann dazu führen, dass wenn die Befugnisse lokal verbleiben und sind, dass verschiedene Kreise vielleicht nicht mitziehen, weil sie Angst davor haben, dass es in dem eigenen Landkries mehr dagegen geht, weil es im nächsten Landkreis vielleicht anders geregelt ist?
-
- 42 B1: Die Gefahr besteht, das ist eindeutig. Also ganz eindrucksvolle Beispiele sind ja aus der Anfangszeit, mir ist da in guter Erinnerung, das hat allerdings keinen deutschen Kreis betroffen. Das war Südtirol, das war Ischgl. Wo natürlich die politischen Entscheidungsträger, warum auch immer, die Dinge sehr sehr weit von sich gewiesen haben, die ja eigentlich schon für alle anderen gut sichtbar waren. Da ist natürlich eine Entscheidung auf der lokalen ebene, die ist ja oft verknüpft mit wirtschaftlichen Dingen und mit Abhängigkeiten, das ist meine persönliche Sicht, das möchte ich nicht unbedingt öffentlichkeitswirksam sehen. Aber Sie wissen damit umzugehen, was ich meine. Je kleinräumiger die Entscheidungsprozesse, desto eher wird auf bestimmte Personen, wirtschaftliche Gegebenheiten oder eben politische Vorgaben, Rücksicht nehmen müssen.
-
- 43 F: Und da könnte eine Zentralisierung der Befugnisse, also wenn aus dem Ministerium in Stuttgart oder aus dem Bundesministerium/Kanzleramt eine Entscheidung kommt, Abhilfe schaffen?
-
- 44 B1: Ja, das denke ich. Wir hatten zur zweiten Welle, also in der Latenzphase im Sommer, wo wir wenig Fälle hatten, da haben wir das Phänomen gehabt, dass man Entscheiden sollte wie solche Regelungen getroffen werden für einen zweiten, ich möchte es mal Lockdown nennen, diese Maßnahmen, wer trifft die. Da hat man letztendlich entschieden, dass es lokal getroffen wird, wir haben

ja die 50, wenn wir die überschreiten dann gibt es diese Allgemeinverfügungen und das wird lokal getroffen. Das hat natürlich einen Vorteil, dass man sehr exakt auf die Situation vor Ort schauen kann, andererseits hat es das Problem, dass der Bürger wenn der Nachbar sozusagen über der Kreisgrenze andere Einschränkungen hat, dann irritiert fragt, ja kann das sein?

-
- 45 F: Wenn Sie den Blick ins Ausland richten, also einfach eine ganz neutrale Einschätzung, bspw. in die USA, Frankreich kürzlich oder auch GB. Was könnten Gründe sein, warum Deutschland bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht ganz so dramatisch getroffen wurde wie die anderen Länder?
-
- 46 B1: Ja also ich denke da haben sicher mehrere Faktoren eine Rolle gespielt. Ein Faktor war mit Sicherheit unser öffentliches Gesundheitswesen, das sehe ich persönlich natürlich sehr subjektiv, weil ich mittendrin stecke. Ein zweiter wichtiger Grund sehe ich das gute Zusammenwirken mit den Ordnungsbehörden. Das ist mit Sicherheit ein, als Beispiel: Ich bin mal so im ersten Lock-Down durch die Innenstadt gelaufen und habe gedacht was geht da, da hat die Polizei patrouilliert, die haben sich alle super dran gehalten, das ist natürlich hervorragend, die Leute waren hinterher natürlich irritiert und jetzt sind die Stände natürlich umso höher, aber in der ersten Welle hat das hervorragend geholfen. Und wenn man es schafft nochmals Akzeptanz in der Bevölkerung über das gute Zusammenwirken von ÖGD und Ordnungsverwaltung da eine Akzeptanz zu schaffen, denke ich hat man eine gute Chance, dass es im Griff bleibt, aber das ist mit Sicherheit auch was subjektives von mir. Verglichen mit dem Ausland, da kann ich schwer Vergleiche anstellen, weil ich die Strukturen nicht kenne. Plakativ, die USA, da hat es schon von ganz oben einfach viel zu viele Widersprüche gegeben. Brasilien, das war ja auch der offene Aufruf sozusagen ist doch alles Quatsch und wie soll da der Bürger sich orientieren, wenn von der Regierung solche Botschaften kommen. Das war bei uns mit Sicherheit sehr hilfreich, dass die Bundesregierung, die Landesregierung alle haben an einem Strang gezogen.
-
- 47 F: Zum Abschluss: Was würden Sie konkret benötigen, um in Zukunft vielleicht noch besser auf eine Pandemie vorbereitet zu sein?
-
- 48 B1: Personal ohne Ende. (lacht) Das ist natürlich eine Sache und die große Diskussion. Brauchen wir ein Militär, wenn keiner uns angreift? Wie viel Geld geben wir aus für unsere Panzer, wenn kein Mensch sie braucht?
-
- 49 F: Vielen Dank. Haben Sie den Eindruck, ich habe noch irgendwas vergessen, was aus Ihrer Sicht relevant wäre?
-
- 50 B1: Nein, war sehr ausführlich, viel Erfolg dabei.

1 **Transkript BW 2**

2 30.10.2020

-
- 3 F: Dann zunächst einmal eine ganz allgemeine Frage: Wie hat sich Ihre Arbeit verändert, seit es Corona gibt?
-
- 4 B2: Ja, die Arbeit hat sich dahingehend verändert, dass wir nichts anderes außer Corona mehr machen. Also wir haben sämtliche sonstigen Aktivitäten und Kernaufgaben des Gesundheitsamtes von der Gesundheitsförderung und Prävention über die Heimaufsicht bis hin zu Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Schuleingangsuntersuchungen, zahnärztliche Untersuchungen, amtsärztliche Untersuchungen außer für Notfälle eingestellt. Wir machen nichts anderes praktisch außer Corona.
-
- 5 F: Und wenn Sie da die ganze Situation betrachten, was war dann vor allem zu Beginn die größten Herausforderungen, die es mit sich gebracht hat?
-

- 6 B2: Ich glaube, die größte Herausforderung würde ich sagen, war und ist bis zu einem gewissen Grad immer noch. Die Bewusstseinsbildung bei den Entscheidungsträgern, dass man vorausschauend Planen und Vorbereiten kann. [uvs.] im Landkreis also sprich diese Ortspolizeibehörden, die daran beteiligt sind, oder auch andere Institutionen, wie die Kreisärzteschaft, der Pandemiebeauftragte der Kassenärztlichen Vereinigung, einige bestimmt niedergelassene Kolleginnen und Kollegen, die Krankenhäuser bis hin zu den Reha-Kliniken da war ein unheimlich großer Abstimmungs- und Koordinierungsbedarf und auf lokaler Ebene muss ich sagen, nach meinem Empfinden, hat das hervorragend funktioniert. Was sicherlich, häufig auch schlicht an den agierenden Personen und Persönlichkeiten liegt, weniger vielleicht an den Strukturen manchmal. Ich sage es mal so, hier in Oberschwaben, da pflegt man ja einen eher barock-pragmatischen Ansatz zu vielen Dingen, das mag man manchmal belächeln, hat aber in dieser Situation enorme Vorteile. Man kennt sich, weiß, auf wen man zugehen kann und findet pragmatische Lösungen, die Strukturell eigentlich so gar nicht unbedingt vorgesehen sind.
-
- 7 F: Wenn Sie jetzt gerade das lokale ansprechen, wie ist denn dann die Zusammenarbeit mit dem Land, wie kann man sich das vorstellen?
-
- 8 B2: Ja, da muss ich tief Luft holen, das ist auch ein Grund warum ich um Anonymität bitte und diese Aufzeichnung von Ihnen ja nur für Ihre Gedächtnisstütze zur Auswertung gemacht wird. Die Zusammenarbeit mit dem Land ist sehr schwierig, weil im Grunde genommen findet sie nicht statt. Also wir haben seit vielen vielen Wochen jetzt keine Telefonkonferenz gehabt. Also in dieser gesamten Krisenzeit erinnere ich mich jetzt vielleicht insgesamt an, aber das ist schon hoch gegriffen, ich müsste natürlich nachschauen, fünf Telefonkonferenzen mit den Amtsleiterinnen und Amtsleitern von Baden-Württemberg, also wirklich seit Februar. Da ist aus meiner Sicht nahe null Kommunikation, und wenn kommuniziert wurde, haben wir häufig nur Inhalte kommuniziert bekommen, die bereits in diesen Minuten, als mit uns gesprochen wurde, dies auch auf die Homepage des Sozialministeriums gestellt wurde. Also eine Kommunikation im Sinne eines Kollegialen Austauschs, auch einer Diskussion zu Entscheidungen einer Partizipation in diesen Entscheidungen, ich erwarte ja nicht, dass man meine „genialen“ Ideen übernimmt, aber man würde schon erwarten, dass die Nöte, Anregungen und Ideen von der Basis und auch die Rückkoppelung was ist Theorie und durchaus richtig, aber was ist dann auch pragmatisch umsetzbar, dass da wenigstens ein Austausch darüber kommt, das ist überhaupt nicht nach meinem Empfinden passiert. Auch die sachliche Begleitung durch das Land BW durch die fachliche Leitstelle LGA war nahezu nicht existent. Bei vielen Fragen fachlicher Art, stellt sich ja allen Stadt- und Landkreisen vom Grundsatz her das gleiche Problem, Stichwort, ab wann beginnt die Quarantäne zu laufen bei jemandem der Mitbewohner im Haushalt ist. Da gibt es viele viele fachliche Fragen, die nicht alle eindeutig geklärt sind, die auch wenn man die Leitlinien des RKI kennt, interpretationsfähig sind und wo ich mir persönlich natürlich schon erwartet hätte, dass dann unsere fachliche Leitstelle LGA zumindest für die Regelfälle eine Interpretationshilfe gibt und das ist nicht erfolgt. Fast nie.
-
- 9 F: Also sozusagen Kommunikation irgendwie nur one-way? Wenn ich das richtig verstanden habe?
-
- 10 B2: Wenn überhaupt one-way und dann auch eher inhaltsleer, also vieles von dem, was dort gesagt wurde, da hätte man mir auch den Link auf die Pressemitteilung des Ministeriums schicken können, das hätte weniger Zeit gekostet. Also erstens viel zu wenig insgesamt, also rein vom Volumen, fünf Telefonkonferenzen mit den Leiterinnen und Leitern der Gesundheitsämter an der Front in acht oder neun Monaten, Entschuldigung, dass ist alleine von der Frequenz her eigentlich völlig unzureichend. Dann one-way in aller Regel. Zum Beispiel gab es nicht einmal ein Protokoll dieser Telefonkonferenzen. Das Ministerium hat sich nicht bemüht gefühlt selbst die wenigen Dinge die da besprochen worden sind und im Sinne eines Protokolls zukommen zu lassen. Und die fachliche Begleitung eben auch, aus meiner Sicht null. Im Gegenteil, es war so dass ich natürlich viele Anfragen auch ans Ministerium, viele, man will sie ja auch nicht fluten mit Anfragen, bestenfalls die Hälfte meiner

Anfragen und das waren jetzt nicht so wahnsinnig viele, ist beantwortet worden und das ist jetzt ein sehr freundlicher Schätzwert. Aber da kam einfach nichts. Ich kenne die Gründe, weil die auch total überfordert waren aber wenn man mich fragt was lief schlecht, dann muss ich einfach sagen – und wenn Sie mich nach der Kommunikation fragen, dann sage ich, im Grunde genommen waren wir hier eine autonome Einheit, die wir aufgrund eigener Erkenntnis und Sachverstand und Erkenntnisgewinnung durch Fachliteraturstudium oder von Empfehlungen der Bundesoberbehörden oder was man sonst irgendwo in vielleicht interkollegialer Zusammenarbeit sich erarbeitet hat, agiert hat. Aber nicht im Sinne einer erkennbaren Landeslinie.

11 F: Bedeutet von der Informationsverteilung und Generierung, also wo man die Infos her nimmt, war das dann auch hauptsächlich ein eigener Job nochmal für jemanden, der das macht und es mit der Basis, mit denen die Anrufen Cross-Checked?

12 B2: Ja, genau.

13 F: Das ist spannend, ich habe heute morgen mit einer Kollegin von Ihnen aus Thüringen gesprochen, die haben kein LGA und wünschten sich eines, aber eins, was funktioniert, das ist klar.

14 B2: Ja genau, also wir haben eines aber das hat seine Funktion nicht erfüllt, oder konnte sie nicht erfüllen. Also ich kenne die Hintergründe, aber nur die Institution wenn sie besteht nützt nichts wenn sie nicht inhaltlich in ausreichendem Maße ihrer Funktion nachkommt und zumindest, und ich denke das kann ich sogar auch objektiv belegen, durch meine Anfragen usw. aber zumindest gefühlt ist sie dieser Anforderung nicht einmal im Ansatz nachgekommen.

15 F: Davon, also von der Informationsverteilung unabhängig, ganz zu Beginn, wo kam da aus Ihrer Sicht der Druck zu handeln her? Also eher von einer oberen Schicht, Land, LGA, Bund oder kam das eher von den Leuten oder dem lokalen?

16 B2: Das kam einfach vom lokalen Infektionsgeschehen. Also da war von oben keinerlei Druck, wir haben einfach die Zahlen gesehen wie sie rasant ansteigen und mussten irgendwie agieren und das haben wir dann eben auch getan.

17 F: Gerade dahingehen, sehen Sie da einen Entscheidungsspielraum, der dann auch positiv zu bewerten wäre? Oder bedarf es eigentlich mehr zentraler Entscheidungen, die aber nicht stattgefunden haben? Wenn ich Sie richtig verstehe?

18 B2: Ja, das ist sehr ambivalent. Das muss ich schon gestehen. Es ist natürlich wie immer ein Wechselspiel, also ich bin persönlich nach diesen Erfahrungen und wir sind als Landkreis XXX, Sie können unsere Zahlen recherchieren, wir sind mit am besten durchgekommen bisher. Wir haben heute wieder die niedrigste Inzidenz in ganz BW, das führe ich nicht nur, aber natürlich auch auf unsere fachlichen Entscheidungen zurück. Und die konnte ich natürlich so nur treffen weil ich einen weiten Ermessensspielraum habe und im Grunde genommen mir hier niemand reinredet, jedenfalls nicht von höherer Verwaltungsebene, Regierungspräsidium oder Ministerium. Wir haben hier sogar so ein Modell gefahren, das am Anfang auch ganz kurz vom Ministerium kritisch beäugt wurde weil wir sehr früh, praktisch von Anfang an die Ortpolizeibehörde in die Ermittlungstätigkeit mit einbezogen haben. Wo in vielen anderen Landkreisen eben alle gesagt haben, das kann man nicht machen, das ist originäre Aufgabe des Gesundheitsamtes und ich hatte, danke ich, gute Gründe warum ich es so entschieden habe. Und es hat sich aus meiner Sicht auch als Erfolgsmodell herausgestellt, das hätte ich bei zentralen Vorgaben im Sinne einer Zuständigkeit oder nicht interpretations-möglichen Zuständigkeitverordnung natürlich ich aus meiner Sicht das niemals machen können. Insofern, ja gibt einem das natürlich, ich sage mal die nicht Existenz der oberen Ebene oder nicht Einmischung und fehlende Vorgaben von oben außer fachlichen vom RKI gibt einem das eine große Handlungsfreiheit die meines Erachtens hier lokal sehr erfolgreich war. Was ich kritisiere ist aber, das schließt ja nicht aus, dass gerade die lokal agierenden praktisch eine Möglichkeit haben müssen,

sich bei dem was sie tun sich auch auf höherer Ebene rück zu versichern und da Fragen zu stellen und eine Meinung einzuholen und vielleicht auch zu fragen, insgesamt, wie sieht das aus? Und das hat gefehlt aus meiner Sicht.

-
- 19 F: Gäbe es dann auch Situationen, in denen Sie sich vielleicht auch gewünscht hätten, dass mehr zentrale Entscheidungen getroffen werden, weil die vermutlich oder vielleicht lokal auch nicht so gut durchsetzbar sind?
-
- 20 B2: Nein. Also die Durchsetzbarkeit ist auf lokaler Ebene gegeben, da ist die Rechtslage gut. Also ich meine die Rechtslage, bleibt ja sowieso so, dass wir ein föderaler Bundesstaat sind, dessen kleinste Einheit die Kommune ist, die im Prinzip erst mal, bei allem was nicht von oben geregelt wird autonom agiert und im IFSG ist ja eindeutig geregelt, dass die Ortspolizeibehörde auf kommunaler Ebene die Behörde ist, die die Entscheidungen zusammen mit uns als Gesundheitsamt trifft. Jetzt natürlich mit Änderung der Zuständigkeit wenn die Inzidenz von 50/100.000 überschritten wird, geht diese komplett auf das Gesundheitsamt über, aber bleibt auf lokaler Ebene. Also es gibt genügend Macht um Dinge durchzusetzen, die Akzeptanz ist ja dann eher das Problem. Und da ist es auch eher besser, wenn es auf lokaler Ebene entschieden wird und ein Konsens in der politischen Community vor Ort findet, wie wenn da irgendwo in Berlin oder Stuttgart etwas entschieden werden würde. Also das schon, trotzdem muss man natürlich sehen, Entschuldigung ich bin hier ein kleiner Amtsarzt am Rande der Republik, der hier doch enorme Entscheidungen treffen soll, zumindest für diesen Kreis, auf genauso schmaler Datenbasis wie alle anderen und ich habe keinen Professoren Titel und bin nicht ständig im Fernsehen, also da wäre es schon manchmal hilfreich, wenn es eine Institution gäbe, mit der man das zumindest fachlich durchdiskutieren könnte, und die jetzt nicht im Sinne von ganz strikten zentralen Vorgaben aber doch mit einer gewissen Lenkungsfunktion übernehmen würde. Und das habe ich schon vermisst.
-
- 21 F: Bedeutet so ein Kompetenzzentrum, wenn ich Sie da richtig verstehe?
-
- 22 B2: Genau, zum Beispiel. Wo man das einfach auch mal kollegial durchdiskutieren kann und wo sich dann, das haben wir auch immer wieder festgestellt, wir haben uns dann als Amtsärzte zum Teil also im Gäu (in der Umgebung) organisiert, man kennt sich ja. Und da machen wir inzwischen auch Telefonkonferenzen, weil vom Ministerium halt nichts kommt. Da stellt sich immer wieder heraus, dass alle an bestimmten Dingen, zwar mit Variationen, aber doch immer an den gleichen Fragen knabbern. Und da ist eine Variationsbreite wichtig, dass man auch zu guten Lösungen kommt. Aber die Vorstellung, die Lösung sieht im Kreis A komplett anders aus als im Kreis B und wieder anders als im Kreis C, und deshalb muss es lokal entschieden werden, das halte ich auch für falsch. Da ist es tatsächlich so, dass in einem Kompetenzzentrum bestimmte fachliche Fragen durchaus einmal durchdiskutiert werden könnten und dann kann man da einen gewissen Konsens finden. Also als Beispiel: Beim RKI da steht drin, dass das Gesundheitsamt die Kontaktpersonen Kategorie 1 jeden Tag anrufen und nach ihrem Gesundheitszustand befragen soll. Da sage ich einfach Bullshit. Was soll denn das? Also wer sich krank fühlt, wird sich hoffentlich bei uns und beim Arzt melden, wenn er das nicht tun will, wird er mich auch anlügen, wenn ich ihn anrufe, also ist es egal ob ich ihn anrufe oder nicht. Und die Vorstellung, die das RKI vielleicht hat, damit sei noch eine Art Kontrolle über die Quarantäneinhaltung verbunden, ist in Zeiten von Handys quatsch. Das frag ich mich natürlich, sollen wir jetzt zig Leute hier, wir haben mittlerweile 800 Leute unter Quarantäne, die müssen dann jeder einmal jeden Tag angerufen werden. Bei der Hälfte landen Sie auf dem Anrufbeantworter, der inzwischen mit so Dingen besprochen wird wie: „Wir sitzen gerade in der Badewanne“ – Das ist kein Witz, da frage ich mich, was soll das, dafür verballere ich keine Ressourcen. Trotzdem stelle ich natürlich fest, andere machen das. Da müsste man schon mal fachlich darüber diskutieren, weil da ein weites Feld ist zwischen theoretisch richtigen Überlegungen beim RKI, wo allerdings nur Menschen sitzen, die in aller Regel noch nie einen Fuß in ein Gesundheitsamt gesetzt haben und die Basisarbeit gemacht haben. Das ist wie so oft, da ist eine weite Lücke und die müsste eigentlich
-

ein Kompetenzzentrum eines Landes mit Kontakt zu Basis füllen. Aber das ist da leider genauso weit weg wie das RKI sag ich mal.

-
- 23 F: Und verstehe ich Sie da richtig, wenn die Konferenzen stattgefunden haben, auf Landesebene wie auch zwischen den Ländern, dass die verschiedenen multiplen Meinungen, die es ja auch von Gesundheitsämtern gibt, wenn man die diskutieren kann, dass es dann auch zu einem gewissen Beitrag auch liefert, dass eine bessere Entscheidung getroffen werden kann.
-
- 24 B2: Meines Erachtens ja.
-
- 25 F: Gut, da wollte ich mich nur nochmals rückversichern, dass ich das auch richtig verstanden habe.
-
- 26 B2: Die Kommunikation und auch Diskussion zwischen verschiedenen Ebenen. Also zwischen denen die Empfehlungen herausgeben und denen die sie hinterher durchführen müssen, wie auch auf Verwaltungsebenen, ist zwar durchaus mühsam, aber im Prinzip ist das nicht in dem Sinne ein demokratischer Prozess, aber es ist etwas was fachlich notwendig ist, um Rückkopplungen zu haben. Und das ging völlig unter aus meiner Sicht. Das ist auch sonst nicht gut etabliert, weil, sage ich mal, Ministerien eher im politischen Kategorien denken und wir auf lokaler Ebene, ich bin kein Politiker, ich bin rein, niemand ist völlig frei von politischen Erwägungen und so weiter, aber wir sind auf einer ganz anderen Flughöhe unterwegs. Und Ministerien sind nach meiner Erfahrung im Normalbetrieb, ich bin jetzt 25 Jahre Beamter, Meister darin, geschliffene Formulierungen zu finden, die am Schluss mein Problem nicht lösen. Ich muss aber das Problem auf lokaler Ebene lösen. Mich fragt keiner, ich komme mit einer geschliffenen Formulierung durch. Wenn die Zahlen explodieren, dann wissen Sie, jeden Tag lese ich, dass das mit dem Melden ein Problem des Meldeverzugs durch die Gesundheitsämter sei, dann denke ich, hört mir auf mit dem Scheiß, das stimmt alles gar nicht. Ich weiß schon, wer da seine Haut warum rettet und welche Interessen da dahinter stecken, das ist mir schon klar und das ist auch in Ordnung, das können die auch tun, aber das löst kein Problem. Ich muss Probleme auf lokaler Ebene einfach lösen, weil ich bin so nah dran, mir reißt einer den Kopf ab wenn es nicht funktioniert. Da ist ein Wechselspiel, das verstehe ich schon, nur pragmatisch Dinge zu lösen, trägt auch nicht auf Dauer. Der Austausch ist wichtig, dass die oben verstehen, was wir unten tun. Gerade heute schickt mir eine Mitarbeiterin, wir hatten ein Problem: Wann beginnt die Quarantäne von Kontaktpersonen Kategorie 1 im häuslichen Umfeld? Die reine Lehre des RKI war, diese beginnt am letzten Tag des Endes der Quarantäne der Indexperson. Denn theoretisch hätte sich dieser ja dort am 10. Tag angesteckt haben und dann kommen nochmal 14 Tage darauf. Zudem haben manche Indexpersonen sich noch am Tag 8 erneut testen lassen und da der PCR-Test noch positiv war. Und wenn Sie das alles summieren, dann kommen nochmals 10 Tage drauf wodurch es schon 18 Tage sind und an diese 18 Tage kommen dann nochmals die 14 Tage hinzu. Da kommt ein Irrsinn dabei raus. Und wir müssen dann irgendwie an der Basis damit umgehen. Da wäre eine fachliche Leitstelle natürlich nicht schlecht. Die sagt, da gibt es wenig Evidenz, das ist eine Grenzfrage zwischen fachlichem und politischen drum herum, wie viel Risiko geht man noch ein, was ist Pragmatik und da wäre eine Landesweite Linie nach dem Motto wir machen das so, durchaus sinnvoll. Meines Erachtens und das hat komplett gefehlt. Also entscheiden da halt einzelne Gesundheitsämter und diese haben das schon vor Monaten so entschieden, am Tag 1 des Indexfalls beginnt auch die Quarantäne der Haushaltsperson und nach 14 Tagen ist Schluss und da haben wir gute Erfahrungen mit gemacht. Das muss ich dann erfahren, in einer Telefonkonferenz, die wir sozusagen als Amtsleiter selber auf die Füße gestellt haben. Und da frage ich wie machst du es und dann sagt er, das machen wir schon lange nicht mehr. Weil wir festgestellt haben, das bindet enorme Ressourcen. Man muss mit den Leuten diskutieren, keiner versteht es als Laie, warum er jetzt 32 Tage in Quarantäne soll. Und wir diskutieren und die beschwerten sich und machen Widerspruch und dann muss ich en passant feststellen, ein Großteil meiner Kollegen hat längst für sich schon entschieden, dass man das einfach nicht mehr macht und gut ist. Und jetzt kommt das RKI und zieht nach uns sagt nö, das machen wir nicht mehr. Da fehlt einfach irgendwie, der Austausch ist sehr zäh und sehr träge.
-

Das bedeutet, die pragmatische Basis ist oft schon irgendwo anders auf der Flughöhe als da oben sozusagen diskutiert wird und das ist schwierig und bürdet und enorm viel Verantwortung, weil wenn sie es richtig machen dankt ihnen keiner und wenn sie es falsch machen heißt es ja, aber beim RKI stand es doch so und so. Das ist dann natürlich etwas was auch die Menschen an der Basis zermürbt. Das kann man mal ein paar Wochen machen aber nicht ein dreiviertel Jahr.

-
- 27 F: Verständlich. In den verschiedenen Phasen dieser Krise, wenn man sich anschaut am Anfang ist vielleicht das dezentrale gut gewesen, um schnell zu reagieren, wie sie sagten, dass der Druck von unten kam durch die Infektionszahlen, schnell zu agieren. Sehen sie da eine Tendenz dazu, dass es, je länger die Krise auch dauert, dass es dabei mehr zentraler Führung bedarf oder dass es eine solche geben sollte?
-
- 28 B2: Ja. Definitiv. Das würde ich schon sagen, vor allem im Sinne eines fachlichen und strukturierten Austauschs und das unter Partizipation aller in der Entscheidungskette.
-
- 29 F: Und wenn wir jetzt zum Abschluss noch den Blick kurz ins Ausland richten, in die USA, nach GB, Frankreich. Würden sie sich da eine Einschätzung erlauben, warum es in Deutschland auch zum jetzigen Zeitpunkt wieder, ein bisschen weniger dramatisch aussieht als in anderen Ländern?
-
- 30 B2: Ich führe das tatsächlich auf unseren Föderalismus zurück. Also ich würde sagen ein Zentralstaat, [...] ist in der Krise eher schwieriger, weil er eben die Flexibilität nicht zulässt. Das geht ja bis in rechtlichen Randbereiche, wo wir merken, gut Sie machen es ja Anonym und sollen dann auch die Informationen bekommen für Ihre Arbeit, jetzt überlegen Sie mal, rechtlich korrekt ist jemand erst in Quarantäne, wenn er die Verfügung der Ortspolizeibehörde in Händen hält. Jetzt muss theoretisch alles beachtet werden, also es muss formal korrekt sein, es muss im Einzelfall begründet sein, individuell, es muss per Post verschickt werden, weil E-Mail etc. ist kein sicherer Übermittlungsweg. Dann raten sie mal wann derjenige tatsächlich seine Verfügung rechtlich wirksam in Händen hält?
-
- 31 F: 4-5 Tage wahrscheinlich mindestens.
-
- 32 B2: Aber das wäre schon super sag ich mal. Also wursteln wir hier ganz pragmatisch rum. Und im Grunde genommen können wir dann froh sein, dass die meisten Menschen nicht sofort Widerspruch einlegen. Und würden sie das tun, und manche tun das auch, die legen uns im Grunde sofort lahm. Wenn ich mehr als eine Beschwerde pro Tag habe dann bin ich Lahmgelegt, weil wenn ich das mache nach rechtsstaatlichen Prinzipien mit allen Nachweisen, und um wieviel Uhr haben wir ihnen was gesagt und wo ist es dokumentiert usw. dann sind wir tot, sofort. Das heißt es ist notwendig in der Krise, dass auf allen Ebenen bis ganz runter bis zu den Menschen die dort am Telefon sind, die Grunde genommen Dinge tun und übernehmen auf eigene Verantwortung, für die sie gar nicht ausgebildet sind. Also hier machen sozialmedizinische Assistentinnen ärztliche Tätigkeiten schlussendlich. Dazu bräuchte man eigentlich ein akademisches Studium, für das was die da tun. Und die sind in schnellbleiche dafür autorisiert worden und übernehmen diese Verantwortung auch, das geht auch gar nicht anders. Wenn man dabei auf Korrektheit und Vorgaben von oben, das funktioniert nicht. Und ich denke das ist das Problem in Frankreich und GB und Spanien, das sind im Kern Zentralstaaten, da bewegt sich unten keiner, weil jeder Angst hat er bekommt ärger, weil er gewohnt ist, das kommt von oben herunter. Zumindest in der Verwaltung.
-
- 33 F: Und dadurch zieht es Kreise und möglicherweise ist dann die nächste Beförderung schwierig.
-
- 34 B2: Ja zum Beispiel. Und die haben dort auch gar keine solche Kultur, dass sozusagen bei uns diese Kleinstaaterei seit dem Mittelalter in unseren Genen und jeder ist hier so ein kleiner Landesfürst oder Kreisfürst, das kann man belächeln, aber das hat in der Krise aus meiner Sicht schon einen massiven Vorteil. Klar, weil eben dann viele Menschen da sind die sagen: „komm da machen wir einfach was, bis die da oben was entscheiden, das machen wir jetzt“. Das ist die Grundmentalität und die ist in einem Zentralstaat, ich kann da auch nur spekulieren das ist meine Privatmeinung, die
-

ist in einem Zentralstaat einfach auch nicht Verwaltungsmäßig nicht so ausgeprägt. Das führt eben auch zu diesem typisch deutschen die da oben. Das ist auch Ausdruck davon und das hat in der Krise massive Vorteile, weil Sie viele Menschen haben die sage ich mal das notwendige an ihrem Platz zu tun. Und sich erst sekundär drum kümmern was das jetzt bedeutet. Das hat viele Facetten, beispielsweise müssen wir jetzt hier Büroplätze schaffen ohne Ende, der Brandschutz zieht die Augenbraun hoch, dann sagt man eben einfach machen wir jetzt. Wenn sie da natürlich warten bis zentral die Vorgabe kommt unter welchen Bedingungen die Arbeitsplätze entstehen, dann wird das nichts. Und wenn sie das als Verwaltungsmensch gewohnt sind, dass sie warten bis der Erlass erst kommt und dann machen sie was, dann wird's schwierig. Deshalb bin ich dabei ein glühender Verfechter von Föderalismus und das was in der Öffentlichkeit dabei so als schwierig empfunden wird, sage ich das ist notwendiger Bestandteil wenn wir eben gerade nicht mit dem Rasenmäher drüber gehen, sondern vor Ort doch relativ Situationsabhängig, angepasst und sinnvoll vorgehen können, aber trotzdem muss es dabei eine zweite Komponente geben die wir vorhin besprochen haben und da sind die extrem Träge. Als Beispiel: Jetzt kommt die Testverordnung des Bundes, diese ist am 14.10. nachmittags vom Herrn Minister Spahn handschriftlich mit Datumseintragung unterschrieben worden. Am 15.10. ist sie in Kraft getreten, aber die Ausführungsbestimmungen des Landes fehlen zwei Wochen später immer noch. Und hier rufen die Leute an und fragen wo bekomme ich die Tests her, wer genehmigt mir das. Und da [...] ich habe da auch keine Lösung für, weil ich weiß natürlich, ich kenne die Verhältnisse in BW, im Ministerium sitzt ja kein Arzt. Verstehen sie, ich kenne die Leute ja, da sitzt nur eine Hand voll Leute die die Kompetenz überhaupt haben und die können auch nicht mehr arbeiten als 24 Stunden. Und dann ist halt Ende der Fahnenstange, da haben wir schon auch ein strukturelles Problem, das wir für solche Dinge keine Redundanzen und Vorsorge getroffen haben und dann, wenn man das nicht hat und da bin ich davon überzeugt, das ist in GB und Frankreich nicht anders, die haben ja auch nicht ein Heer von Ministeriellen die gigantische Erfahrungen in Epidemiologie o.Ä. haben und dann haben Sie theoretisch weiter unten Leute die das Wissen hätten und so etwas machen könnten, wie wir auch, die sich dann aber nicht trauen. Insofern merken Sie ich bin da Verfechter dieses kleinteiligen, mühsamen Systems und habe halt meine Kritikpunkte was man trotzdem aus meiner Sicht verbessern könnte. Das wären z.B. diese fachliche Leitstelle die mir über kollegialen Austausch dann Rückendeckung geben könnte oder sagen kann, ich weiß nicht ich wäre da mal lieber vorsichtig.

-
- 35 F: Wenn Sie sich in Zukunft auf eine Pandemie vorbereiten müssten, was würden Sie konkret benötigen, dass das noch besser läuft als jetzt?
-
- 36 B2: Theoretisch müsste man eine breite Kompetenz haben, von Fachärzten des öffentlichen Gesundheitswesens, Epidemiologen, Leute die IFSG-Dinge können. Bei mir war das vorher, muss man ehrlich sagen, wir sind ein mittelgroßes Gesundheitsamt, wir hatten vorher alles in allem 37 Vollzeitkräfte und von diesen Vollzeitkräften bei diesem Gemisch-Waren-Laden den wir in der Normalzeit bedienen, ich habe es ja Anfang aufgezählt: Gesundheitsförderung, Trinkwasser, Schulung, usw. Gab es, würde ich mal sagen wirklich nur zwei Leute, die sich wohlgeföhlt haben im Infektionsschutz und diesen Themen, die wir jetzt jeden Tag von morgens bis abends beackern. 2 von 36, natürlich wenn sie 36 gehabt hätten da hätten sie da aufsetzen können. Da gibt es dann auch ein nachziehen von Menschen die wenig Erfahrung haben durchaus auch Sinn, Problem ist jetzt, wissen sie ich sage es etwas ironisch, das Ministerium plant jetzt wohl einen Erlass, dass wir von unseren Pflichtaufgaben entbunden werden. Auch ein hübsches Beispiel, das habe ich vor einem halben Jahr schon hingeschmissen, die Pflichtaufgaben. Eigentlich ist das Dienstverletzung was ich hier tue. Also jetzt planen sie wohl einen Erlass um uns von unseren Pflichtaufgaben zu entbinden und nach meiner Kenntnis soll darin stehen, dass wir nicht von der Einschulungsuntersuchung entbunden werden. Jetzt muss man dazu wissen, die Einschulungsuntersuchung bindet ein Drittel unserer Kompetenzen und Ressourcen. Ich sage jetzt natürlich ironisch und ich glaube dann wird relativ schnell das Problem klar: „Ja gut, dann machen doch jetzt die Bundeswehresoldaten, die ab Montag zu uns kommen die Einschulungsuntersuchung.“ Da sagt jeder, XXX spinnt rum was soll denn das. Aber im

Grunde genommen sagt man zu mir, Pandemiebekämpfung ja gut das ist kein Problem, da schicken wir Ihnen fünf Bundeswehrosoldaten. Und das bedeutet, man müsste um auf so etwas vorbereitet zu sein und dann zielgerichtet, adäquat, ausreichend reagieren zu können, bräuchte man eine Vorhaltung von Kompetenz in der Breite und die entsprechende Menge natürlich auch. Das heißt ich müsste alle meine Ärzte und das sind ja nur 10 müssten dann mindestens so vorbereitet sein, dass sie wissen was sie tun im Infektionsschutz. Und es war eben nur ein Fünftel davon, wenn überhaupt. Und das ist wie immer Vorsorge. Im normalbetrieb brauch ich das aber nicht. Da reichen mir die 2, kein Thema, da ist nichts angebrannt vorher. Aber das ist halt wie immer, das ist das Problem der Schülerbeförderung, wenn sie nicht wollen, dass die Busse am Morgen überfüllt sind, dann müssen sie eben mehr Busse vorhalten und Fahrer. Und die fahren morgens zur Schule und holen sie spät nachmittags wieder ab und den Rest des Tages brauchen wir sie nicht. Das ist das klassische Vorhalteproblem und da gibt es wahrscheinlich keine Lösung dafür. Ich sage mal so, dass man den ÖGD kaputt gespart hat das ist kein Geheimnis und dass das nicht gerade förderlich war ist auch klar und dass das dann da auch endlich einmal zu einer Korrektur führt ist sicher gut und auch die 4 Mrd. die da angekündigt sind. Der Punkt ist aber, akut helfen die uns nicht. Aber wenn man besser gerüstet sein wöllte, dann nützen Pläne nichts sondern da muss Kompetenz und Wissen in der breite vorhanden sein und das kostet halt. Das muss man dann entweder investieren oder man tut es halt nicht. Und man hat es bisher nicht getan, sondern man hat es im Gegenteil komplett abgebaut. Es gibt hier einen Spruch des hiesigen Sozialministers meines obersten Dienstherren, der hat immer so ironisch gesagt:“ Ja, vom Tuberkulosearzt zum Gesundheitsmanager.“ Also wir sollten Gesundheitsmanager sein und ich sag natürlich ironisch: „Und? Was machen jetzt deine Gesundheitsmanager in der Pandemie? Da wäre mir der Tuberkulosefürsorgearzt der Infektionologie kann wahrscheinlich mehr Hilfe. Aber das klang halt eingestaubt und das wollte man nicht mehr und inzwischen hat man es für besiegt erklärt. Wenn man es wollte, müsste man Kompetenz in der Breite haben und vorhalten, wohl wissend, dass man davon nur einen Bruchteil im Routinebetrieb braucht und dann ist es halt wie bei der Bundeswehr, nach dem Motto wir haben theoretisch, weiß ich nicht wie viele 100 Panzer, wirklich einsatzbereit [lacht] ist einer. Ich bin da eher pessimistisch. Auch da ist es so eher Föderalismus und lokale Ebene, wir kriegen es dann schon irgendwie hin, wenn man sich unten kennt. Strukturelle Vorhaltung denke ich persönlich ist wahrscheinlich so unrealistisch, niemand macht eine Vorsorge für ein Ereignis das nur alle 100 Jahre vorkommt.

37 F: Habe ich irgendwas noch vergessen, was Sie noch sagen ist unglaublich relevant und muss unbedingt noch Beachtung finden?

38 B2: Nö, also wir haben alles gemacht. Sie spiegeln mir dann zurück was die Ergebnisse sind?

39 F: Genau ich würde die Aufnahme dann jetzt stoppen.

1 **Transkript TH 3**

2 30.10.2020

3 F: Wie hat sich Ihre Arbeit verändert seit es Corona gibt?

4 B3: Naja, ich mache im Prinzip seit März so gut wie nichts anderes mehr als Corona. Wir hatten zwischendrin ein paar Amtsärztliche Untersuchungen aber die haben wir jetzt auch schon wieder zurückgefahren. Ansonsten ist alles andere was ich sonst so mache, gerade in ORT, ich habe ja in ORT erst im Januar angefangen, da wollte ich den Bereich Gesundheitsförderung aufbauen und das ist komplett gestrichen. Da läuft gar nichts.

5 F: Was waren denn dann die größten Herausforderungen gerade zu Beginn der Pandemie also als das alles aufgekommen ist?

- 6 B3: Naja das erste war und neu zu strukturieren in der Hygieneabteilung, weil das System wie wir es bis dahin hatten, das hätte nicht funktioniert. Das zweite war natürlich dementsprechend das Personal aufzustocken und die Leute ganz schnell zu schulen. Wir haben zum Beispiel auch ganz neue Software installiert, das wird normalerweise zwei Wochen lang geschult, das haben wir in drei Tagen dann intus haben müssen. Solche Geschichten eben. Das waren dann schon große Herausforderungen.
-
- 7 F: Was hat Sie dabei besonders positiv überrascht?
-
- 8 B3: Meine Mitarbeiter. Ich kann nur sagen toll was die alle zusammen leisten und natürlich hat es auch vereinzelt Erkrankungen gegeben, aber nicht so wie wir das befürchtet haben, dass irgendwann die Hälfte zusammenbricht. Die leisten unglaubliches.
-
- 9 F: Gab es dann auch Dinge, in der ersten Phase wo Sie gedacht haben, das könnte jetzt zu einem Scheitern führen oder bedarf unglaublichen Verbesserungen, dass es funktioniert?
-
- 10 B3: Nein, eigentlich nicht. Weil wir hatten auch von unserem Stab, unserem Krisenstab, hat am 28. Februar angefangen zu arbeiten und arbeitet seither durchgehend, ja also andere haben ja ihre Krisenstäbe im Sommer auch wieder ruhen lassen. Wir haben es nur zurück gefahren auf dreimal pro Woche, jetzt sind wir wieder auf jeden Tag wo wir uns in einer Telko, also wir haben einen kleinen Stab und einen großen Stab. Also die Telko tagt ab jetzt wieder jeden Tag und wir haben einfach seitens der Stadtspitze und seitens des Stabes unglaublich viel Unterstützung bekommen.
-
- 11 F: Gerade wenn Sie das Ansprechen. Das ist ja jetzt die kommunale Ebene, wie würden Sie gerade auch die Beziehungen beschreiben? Also welche Rolle fällt dem Gesundheitsamt oder der Kommune zu, welche dem Land oder dem Bund? Gerade jetzt in der Krisenbewältigung?
-
- 12 B3: Naja das Problem ist, im Grunde genommen, dass mit den Lockerungen sehr viel neue Aufgaben auf die Gesundheitsämter übertragen wurden von Landesseite und das bedeutet, dass wir praktisch in der Zeit in der wir wenig Fälle hatten, das ging los ab Mai bis August/September, da sind wir dann quasi lahmgelegt worden mit Infektionsschutzkonzepten, die wir bearbeiten und überprüfen haben sollen und genehmigen mussten. Also Bescheide schreiben. Das sind Dinge unter Anderem, dann kam natürlich noch dazu, dass wir noch über den Bund wiederum diese Testungen angeordnet bekommen haben. Also symptomlose Personen und Kontaktpersonen testen, das war dann auch wieder neu. Aber auch das haben wir geschafft, mit zwei jungen neuen Kollegen und zwei Helfern die jetzt täglich Abstriche machen. Das waren so die Geschichten, das hätte es nicht gebraucht, da ist einfach zu viel runter delegiert worden und zu viel Verantwortung an uns abgegeben worden und wir sagen immer das Land hat sich einen schlanken Fuß gemacht.
-
- 13 F: Das Land hat sich einen schlanken Fuß in dem Fall gemacht, dass einfach durchgegeben wurde, wie sie gerade beschrieben haben und welche Rolle fällt dann jetzt in der Krisenbewältigung noch an das Land?
-
- 14 B3: Die schicken uns schon auch ihren täglichen Lagebericht und haben da Nachfragen, wenn wir wiederum einen Sonderlagebericht schreiben müssen, aber im Grunde genommen ist die Unterstützung seitens des Landes also wirklich als schlecht anzusehen.
-
- 15 F: Also das bedeutet, Sie können sich auch nicht mit fachspezifischen Fragen an die Kollegen wenden?
-
- 16 B3: Nein, die haben überhaupt keine Fachleute. Die haben sie einfach nicht, die Experten.
-
- 17 F: Und wenn dann jetzt gerade irgendwelche Institute oder dergleichen wie beispielsweise das RKI, neue Informationen geben, das müssen Sie sich alles selbst dort ziehen und wird nicht nochmals aufgearbeitet mit Rückfragen.
-

- 18 B3: Das kommt ja über das Land täglich an uns, das RKI macht ja einen täglichen Lagebericht, den bekommen wir auch regelmäßig, wir haben mit dem Land auch, also mit dem Thüringer Landesverwaltungsamt, zwischendrin also ich schätze seit Beginn der Pandemie drei oder vier Telefonkonferenzen gehabt. Also die Gesundheitsämter mit dem Land, aber im Grunde genommen sind diese Telefonkonferenzen auch ziemlich unbefriedigend gewesen, weil die Fragen die wir als Gesundheitsämter gestellt haben sind zum Teil überhaupt nicht befriedigend beantwortet worden.
-
- 19 F: Und wenn Sie das jetzt gerade aus Ihrer Zeit in Nürnberg noch wissen, mit dem Landesgesundheitsamt, was es ja in Bayern gibt, wäre das eine Lösung, würde das dazu beitragen?
-
- 20 B3: Natürlich, da sitzen Experten also dort gibt es die Fachleute, die dann konkrete Fachfragen auch mal beantworten können. Das haben wir hier in Thüringen definitiv nicht.
-
- 21 F: Davon jetzt losgelöst; gibt es ja in verschiedenen Bundesländern auch durch die Landesgesundheitsämter oder die Ministerien verschiedene Meinungen, wie man was jetzt umsetzen will, wie würden Sie das jetzt aus fachlicher Perspektive bewerten?
-
- 22 B3: Was meinen Sie, was man konkret umsetzen will?
-
- 23 F: Also ich erinnere mich beispielsweise zu Beginn der Pandemie an die Frage: Sind jüngere Schulkinder infektiös. Und dann hatte BW eine Studie, sie sind es auf jeden Fall und andere Länder haben gesagt sie sind es nicht. Gerade solche fachlichen Diskussionen, die ja auf jeden Fall entstehen, wenn es verschiedene Meinungen gibt?
-
- 24 B3: Naja also wir haben ja gerade in der Stadt ORT, das haben Sie sicherlich mitgekriegt, wir waren ja die ersten mit der Maskenpflicht überhaupt und dementsprechend waren wir dann auch, als es mit den Schul- und Kitaöffnungen losgegangen ist, da kam von Landesseite, diesmal vom Kultusministerium, sozusagen die Vorgaben wie die Hygieneregeln in den Schulen zu handhaben sind. Und die haben uns dann geschrieben, dass die Kinder außerhalb des Klassenraumes, wenn sie in Gängen unterwegs sind und in den Pausen, Maske tragen sollen und in der Klasse nicht. Das haben wir also hier, meine Kollegin und ich als absolut nicht ausreichend angesehen, also genau im Gegenteil, die sollen doch wenn sie rausgehen in die Pause, da brauchen sie keine Masken tragen. Wir wissen, dass das Infektionsrisiko draußen viel geringer ist und da sollen sie sich austoben und essen können, aber in der Klasse sollen sie Masken tragen. Und das haben wir eben auch in unsere Allgemeinverfügung reingebracht, das ist uns gekippt worden seitens des Gerichtes, sodass wir das dann entsprechend angepasst haben, dass wir Infektionsschutzkonzepte vorlegen, sprich es wird ausreichend gelüftet und auf ausreichend abstand geachtet und so weiter, dann brauchen die Kinder keine Masken tragen. Wobei wir müssen jetzt mal abwarten, was da kommt in anderen Bundesländern haben sie ja jetzt schon Masken in den Schulen und das sind tatsächlich die Räume wo viele Menschen über einen längeren Zeitraum zusammen sitzen, das wissen wir ja, wo sie sich gegenseitig infizieren.
-
- 25 F: und gerade dahingehend, Sie haben, wie eben erwähnt da schon relativ früh gehandelt, mit der Maskenpflicht. Wo kommt denn da der Druck her zu Handeln? Aus welcher Richtung?
-
- 26 B3: Das sind wir die das Entscheiden aufgrund dessen, was wir an neuen Studie, wir sind drei ärztliche Kolleginnen, die im Stab arbeiten und wir sind im Prinzip permanent dabei uns gegenseitig abzustimmen und mit neuen Studien zu versorgen und zu schauen welche Maßnahmen sind angemessen, deshalb haben wir immer sehr frühzeitig reagiert, aber das ist eben nicht von Landesseite gekommen sondern das war von städtischer Seite. Und weil wir einfach einen gut funktionierenden Krisenstab haben. Das Land hat dann letztendlich uns die Möglichkeiten genommen in den Schulen überhaupt noch etwas zu machen außer dass wir sie schließen wenn dann Fälle auftauchen. Ansonsten bestimmt das Kultusministerium, es heißt nicht Kultusministerium es hat einen anderen Namen, aber jeder weiß was mit Kultusministerium gemeint ist, die bestimmen drüber was in den Schulen läuft.
-

- 27 F: Und das bedeutet ja im Umkehrschuss, Sie haben einen relativ großen Entscheidungsspielraum in den Entscheidungen...
-
- 28 B3: Aber nicht in dem Bereich, wo es um Bildung und um den Sport, also den organisierten Sport geht. Das ist das, was uns sozusagen aus der Hand genommen wurde.
-
- 29 F: Und würden Sie jetzt sagen es wäre besser, wenn Sie in diesen Bereichen auch noch einen Entscheidungsspielraum hätten? Oder in anderen weniger?
-
- 30 B3: Mir geht es gar nicht so sehr um den Entscheidungsspielraum. Mir geht es viel mehr darum, dass auch auf Landesebene Fachleute dasitzen, die tatsächlich auch für mich aus Infektionshygienischer-Sicht nachvollziehbar sind.
-
- 31 F: Ok. Gäbe es dann auch Situationen in denen Sie es begrüßen, wenn Ihnen Entscheidungen abgenommen würden, die dann für das ganze Land gelten und vom Land getroffen werden, wie es bei den Schulen vielleicht der Fall ist?
-
- 32 B3: Absolut, ich halte das für Sinnvoll, weil Sie sehen wie sich die Lage darstellt, auch in Thüringen, wo die Infektionszahlen ja relativ gering waren, haben wir ja jetzt auch 11 Landkreise die jetzt über dieser 50er Marke sind und da noch irgendwie den großen Unterschied zu machen zwischen dem ein oder anderen Landkreis halte ich nicht für sehr Sinnvoll, weil die Leute ja auch schon alleine wenn sie zur Arbeit fahren, ihren Landkreis verlassen und dann im nächsten sind. Und das kann nicht sein, dass da unterschiedliche Regeln gelten.
-
- 33 F: Was dann auch die Akzeptanz gefährden könnte?
-
- 34 B3: Genau so.
-
- 35 F: Welche Vorteile bringt es denn doch, in Thüringen, wie dezentral es organisiert ist mit sich? Also das ist ja schon außergewöhnlich dezentral organisiert.
-
- 36 B3: Es bringt keine Vorteile, ich bin sehr dafür, dass es hier ein Landesgesundheitsamt gibt mit Fachleuten, mit wirklichen Experten auf die wir dann, wenn irgendwelche komplizierten Fragestellungen da sind, auch zurückgreifen können. Und unabhängig davon muss man noch dazu sagen, dass wir hier in Thüringen ja einen absoluten Mangel an Personal haben, das hat sich ja nicht geändert auch wenn es immer in der Presse heißt: „Gesundheitsämter sind aufgestockt worden.“ Wir haben teilweise Gesundheitsämter die noch nicht einmal einen Amtsarzt haben, gerade das ärztliche Personal ist völlig unterbesetzt und die Fachkompetenz fehlt. Wir können uns zwar alle möglichen Leute an Land holen, wir haben natürlich auch gerade von Seiten der Stadt und auch von der Bundeswehr Seite her Unterstützung. Aber das ist ja so, dass wir auch einen großen Aufwand betreiben müssen um diese Leute einzuarbeiten und wenigstens ein Minimum an Fachlichkeit herzustellen, aber die Experten die fehlen überall oder an vielen Stellen.
-
- 37 F: Und die Experten müssten die von jeder Kommune einzeln an Land gezogen werden oder müsste das übers Land gehen?
-
- 38 B3: Nein, das ist ja so, dass das kommunale Gesundheitsämter sind in Thüringen, ganz anders in Bayern, dort sind das ja staatliche, bis auf ganz wenige. Nürnberg hat auch dazu gehört, das ist auch ein kommunales Gesundheitsamt. Und das heißt, die Kommunen müssen entsprechend das Personal einstellen. Das nützt nichts, man kann noch so viel ausschreiben, es bewirbt sich auch kaum einer und vor allen Dingen, also hier in Thüringen ist das ja vorgeschrieben, dass der Amtsarzt, Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen sein soll. Die sind ja noch weniger auf dem Markt zu haben.
-
- 39 F: Das ist dann sicher auch eine Frage des finanziellen.
-
- 40 B3: Ja, aber nicht nur. Das ist einer der Gründe.
-

- 41 F: Wenn wir jetzt verschiedene Phasen der Krise anschauen, also auf nochmal eine größeren Ebene auf Bund und Ländern und natürlich noch runtergebrochen auf die Kommunen, sehen Sie da zumindest von den Entscheidungen eine Tendenz zu einer Zentralisierung der Entscheidungen hin zu den Ländern oder zum Bund?
-
- 42 B3: Ich denke mal, ja das sehen Sie ja jetzt mit dem Lockdown-Light, wie sie den bezeichnen. Das ist ja mehr oder weniger über den Bund gesteuert worden, wobei ja jetzt doch mehr oder weniger die Länder ihre einzelnen Verordnungen erst mal aufs Papier bringen müssen, dass das dann auch in den Ländern gültig ist. Da werden wir am Wochenende auch zusammen sitzen mit dieser neuen Verordnung, aber das ist schon auch zentral gesteuert wenn sie so wollen und ich finde das ist in so einer Krise, in so einer Pandemie auch wichtig, dass diese Möglichkeit vom Bund aus besteht, dass da eine zentrale Steuerung besteht. Also ich will nicht den Föderalismus abschaffen, aber in bestimmten Situationen muss es möglich sein, zentrale Entscheidungen zu treffen.
-
- 43 F: Könnten zentrale Entscheidungen dann auch irgendwelche Risiken mit sich tragen, gerade für den kommunalen Dienst?
-
- 44 B3: Ja, natürlich. Das ist genau der Punkt, weshalb man überlegen muss wann kann man dem Bund sozusagen diesen Entscheidungsspielraum zuordnen, weil man muss dann tatsächlich auch schauen wie ist die Struktur in den einzelnen Bereichen und wo macht es Sinn etwas zentral zu steuern und wo nicht.
-
- 45 F: Jetzt noch eine ganz allgemeine Frage, wenn sie den Blick ins Ausland richten, wir sehen in Frankreich, in den USA, in vielen anderen Ländern ist es nochmal deutlich heftiger ausgefallen als bei uns. Würden Sie sich eine Einschätzung erlauben, was da ein Grund dafür sein könnte?
-
- 46 B3: Das sind sicherlich unterschiedliche Gründe. Ich versuche das also soweit es geht auch nachzuvollziehen. Ich habe jetzt gerade geschaut, was ich über Tschechien in Erfahrung bringe, wie weit die einen Lockdown gemacht haben und trotzdem noch im exponentiellen Wachstum sind. Ist es weil das ganze öffentliche Gesundheitssystem gar nicht mehr funktioniert oder nicht ausreichend funktioniert oder weil sich die Menschen im Grunde genommen nicht mehr an diese notwendigen Kontaktbeschränkungen halten. Das lässt sich so schwer beurteilen, in Israel da habe ich gerade geschaut, da haben sie den Lockdown gemacht, da gehen jetzt die Zahlen zurück. Also da funktioniert es, aber in anderen Ländern wo ja schon der Lockdown eine Zeit lang läuft, da sind die Zahlen immer noch am Steigen. Ich möchte gar nicht daran denken was passiert, wenn das bei uns auch noch so ist. [...] weil eben Menschen keine Lust mehr haben sich daran zu halten und sagen: „Naja wenn ich jetzt in der Früh jemanden einlade und mittags jemanden einlade und abends jemanden einlade, dann habe ich immer nicht mehr als zwei Haushalte in meinem Haus und dann ist gut.“ Also das ist nicht Sinn und Zweck dieser Sache, sondern dass man tatsächlich seine Kontakte so weit es geht reduziert, nur so können wir die Kurve abflachen.
-
- 47 F: Eine Abschlussfrage noch. Eine ganz allgemeine, aber dennoch sehr wichtige. Was würden Sie konkret benötigen, um in Zukunft einfach auf eine Pandemie besser vorbereitet zu sein? Also in einem Ansatz von: Bitte lass uns das nie wieder so schlimm haben wie wir es jetzt hatten.
-
- 48 B3: Naja ich denke das kann man auf Bundes- oder auf Landesebene machen, das würde ich jetzt nicht bestimmen wollen, aber tatsächlich Menschen – Containment Scouts – vorhalten, die regelmäßig geschult werden und die in so einem Krisenfall dann den Gesundheitsämtern schnell zur Verfügung stehen. Also wie Soldaten, Reservisten sagt man dazu. Aber die brauchen auch regelmäßige Schulung, das muss immer wieder aufgefrischt werden, damit sie tatsächlich schnell einsatzbereit sind.
-
- 49 F: Habe ich noch etwas vergessen, was gerade zu diesem Thema noch relevant wäre, was noch unbedingt aufgefasst werden sollte?

50 B3: Nein, ich denke ich hab das wichtigste von mir gegeben.

1 **Transkript TH 4**

2 03.11.2020

3 F:Zunächst einmal eine ganz allgemeine Frage: Wie hat sich Ihre Arbeit verändert seit es Corona gibt?

4 B4: Naja, zunächst einmal hat das Personal enorm zugenommen. Wir sind ja ein Amt mit ca. 30 Leuten und das muss eben jeden Tag neu abgestimmt werden, wo jeder seinen Arbeitsplatz hat, wer für welche Aufgaben zuständig ist und wir haben auch viele externe Kräfte, die uns zur Verfügung stehen, wir haben vom Landratsamt allgemein einen Personalpool bekommen, auf den wir bei Bedarf zugreifen können. Es wurden neue Arbeitsplätze geschaffen, neu technisch ausgestattet und wie gesagt, um das alles zu koordinieren hat es eben eine gewisse Anlaufphase gebraucht, weil ich hatte auch keine Anleitung in irgend einer Art und Weise ich bin da mehr oder weniger ins kalte Wasser geschmissen worden. Das war für mich am Anfang eine große Herausforderung, weil es mit meinem eigentlichen Studium, mit meiner eigentlichen Aufgabe gar nichts zu tun hat.

5 F: Jetzt haben sie auch schon einige der vielen Herausforderungen beschrieben, hat Sie da etwas besonders positiv überrascht?

6 B4: Ja, also positiv überrascht hat mich die Hilfsbereitschaft der Mitarbeiter, also die uneingeschränkte Möglichkeit über die Arbeitszeit hinaus zu arbeiten, wenn man Personal brauchte haben die meisten wirklich zugesagt und haben dann geholfen und haben die Bereitschaft gegeben zu helfen. Wie gesagt es hat niemand nach irgendwelchen Dienstschluss-Zeiten geschaut, jeder hat wirklich versucht zu helfen, wo es ging. Da war auch die kleinste Arbeitskraft eine wichtige Arbeitskraft zum Beispiel die Versorgung, da hat jeder irgendwo mitgezogen und mit an einem Strang gearbeitet also bis zur Erschöpfung. Wir waren am Anfang Hot-Spot im April haben wir ganz viele Pflegeheime gehabt, wo es zu Häufungen kam, wo wir auch Massentest durch die Bundeswehr haben durchführen lassen, da wurden auch Merhfachtests anberaumt und das war auch von Organisation, die hier im Haus im Prinzip gelaufen ist, die Abstrichnahme ist das eine aber die Organisation im Vorfeld das andere, was ich durch das Haus hier stemmen muss, da waren alle ohne Wenn und Aber dabei.

7 F: Und die entgegengesetzte Frage: Was wäre in dem Bezug vielleicht noch verbesserungswürdig? Wo hats gehakt?

8 B4: Ja, was wir bemängeln und das werden sicherlich die anderen Ämter auch gesagt haben, dass es immer schwierig war an die übergeordneten Stellen zu kommen, sprich Land, Thüringer Landesverwaltungsamt, usw. wenn es da Fragen unsererseits gab und wir nicht mehr weiterwussten, dann waren die schlecht zu erreichen oder wir haben e-Mails geschrieben und haben sehr lange keine Antwort bekommen und da haben wir uns schon alleine gelassen gefühlt. Wie gesagt, Hilfe hier vom Haus von den ganzen Abteilungsleitern, inklusive Landrätin, hatten wir immer Unterstützung erfahren. Wie gesagt jetzt haben wir momentan auch Teams, die Abstriche machen, die sind von extern gekommen und das ist alles im Prinzip gut organisiert, aber die übergeordneten Behörden, da hat es eben manchmal gehapert wo wir dann manchmal wirklich lange Zeit gar nichts erfahren haben oder bis zum Schluss die uns eine Antwort schuldig geblieben sind.

9 F: Und welche Rolle würden Sie dem Land eigentlich zumessen, wenn Sie jetzt sagen lokal ist relativ geklärt und funktioniert auch gut, sie sind das operative Geschäft sozusagen was sollte das Land dann erfüllen in Ihren Augen?

- 10 B4: Auf alle Fälle eine einheitliche Verfahrensweise, dass nicht jeder sein Stüppchen kocht so wie es jetzt war, dass jeder auch andere Richtlinien hat in Bezug auf Feierlichkeiten, Reiserückkehrer usw., dass es einheitlicher funktioniert und dann auch schnell durchgestellt wird an uns Ämter. Wir haben oft Anfragen von Bürgern erhalten, zu denen wir noch gar keine Aussage treffen konnten. Das haben die Leute schon aus der Presse und Fernsehen erfahren und wir haben die schriftlichen Benachrichtigungen erst später bekommen. Da wünsche ich mir, dass es zeitnah oder vorzeitig uns mitgeteilt wird, dass wir aussagefähig sind und den Bürgern auch zeitnah mit Rat und Tat zur Seite stehen können.
-
- 11 F: Gibt es dann irgendwelche anderen Mechanismen in denen sich die verschiedenen Kommunen/Kreise zusammenschließen, wenn das Land die Koordination nicht übernimmt.
-
- 12 B4: Wir haben das in Eigeninitiative gemacht, dass wir unsere Nachbarlandkreise mehr oder weniger eingeladen haben und mit denen gemeinsam dann auch Krisenberichte abgleichen und uns gegenseitig informieren und austauschen und das halte ich auch für besonders wichtig, dass man sich dann auch abstimmt, besonders wenn man dann eingekesselt wird von anderen Landkreisen, die dann mit der Inzidenz deutlich höher sind als man selber. Man tritt dann auch in Erfahrungsaustausch, gerade wir im Landkreis xxx haben ja wirklich schlechte Erfahrungen am Anfang gemacht mit ganz hohen Fallzahlen, hohen Sterberaten und da stehen wir dann auch anderen Landkreisen mit Rat und Tat zu Seite und tauschen uns aus. Das denke ich ist auch ganz wichtig.
-
- 13 F: Aber in dem Fall funktioniert das informeller und nicht durch geregelte Prozesse, sondern alles selbstorganisiert?
-
- 14 B4: Ja genau das ist dann alles selber organisiert.
-
- 15 F: In dem Fall ist Thüringen ja auch ein Sonderfall, da es im Gegensatz zu Bayern und BW beispielsweise kein Landesgesundheitsamt gibt, also eine zentrale Kompetenzstelle. Wie bzw. was für verschiedene Informationsquellen nutzen Sie dann für Ihre Entscheidungen und Empfehlungen, Informationen und wo sie sich selbst informieren?
-
- 16 B4: Speziell das RKI das sind immer Grundlagen, die wir nutzen. Thüringer Ministerium für Gesundheit und dann bekommen wir auch die Lageberichte vom RKI und Krisenmanagement täglich, die man dann auch abgleichen kann und von den Nachbarkreisen, das hat man auch selbst organisiert, dass man von denen auch die Krisen-/Lagemeldungen bekommen.
-
- 17 F: Aber von allen Kreisen in Thüringen gemeinsam eine Konferenz, dass man sich da mal kurzschaltet gibt es dann nicht?
-
- 18 B4: Wir haben Telkos gemacht, wo dann auch Amtsleiter etc. untereinander in Kontakt sind. Das machen wir schon. Da sind spezielle Themen dann und dann kann man durch die Telko in den Erfahrungsaustausch treten.
-
- 19 F: Wie würden sie dann den Erfahrungsaustausch bewerten? Mit den verschiedenen Meinungen die dann auch existieren?
-
- 20 B4: Also es ist schon gut, sich gegenseitig auszutauschen, aber da werden manchmal dann eben Versprechungen gemacht, dass man Ansprechpartner bekommt, Telefonnummern, E-Mail-Adressen und das klappt dann halt nicht, dass wir dann auch wirklich Ansprechpartner von übergeordneter Seite bekommen. Das wurde bei der letzten TelKo zum Beispiel gesagt, dass wir da E-Mail-Adressen und Telefonnummern bekommen sollten, die haben wir bis heute nicht, das ist dann zeitlich so verzögert und da ist man dann häufig auf sich allein gestellt.
-
- 21 F: Woher kommt oder kam zu Beginn der Krise denn aus Ihrer Sicht der Druck zu handeln?
-
- 22 B4: [.....]

- 23 F: Eine schwierig gestellte Frage das weiß ich. Es geht darum, dass ja verschiedene Akteuer gibt. Manchmal heißt es das Land hat Druck gemacht, andere sagen es kam definitiv von den Fallzahlen, vom Boden von den Leuten, die angerufen haben und des hat die dazu geführt dass wir spüren wir müssen sofort was tun.
-
- 24 B4: Ja mehr oder weniger sind wir da immer an dem Plan des RKI's entlang gehandelt. Am Anfang war das mit den Tests ja noch gar nicht so genau geregelt, da wurden dann auch nur die symptomatischen abgestrichen, dann hat sich das verändert. Dann kamen auch die asymptomatischen Personen also kam letztlich von allen Seiten Druck. Wir waren dann auch durch die Häufungen in Pflegeheimen sehr in Beschuss von Angehörigen, von Angehörigen aus Pflegeheimen, die fragten: „Warum wird bei uns nicht getestet?“ usw... Aber wir haben uns da recht strikt an dieses Testkonzept gehalten. Das neue Testkonzept lässt immer noch auf sich warten. Das kann ich hier gleich mitansprechen, da warten wir seit Mai auf die Aktualisierung und da haben wir noch immer keine Handlungsgrundlage an die Hand bekommen, nach der wir verfahren.
-
- 25 F: Und da wäre das Ministerium unter Zugzwang?
-
- 26 B4: Ja und auch das Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz.
-
- 27 F: In welchen Situationen würden Sie sagen ist ihr Entscheidungsspielraum auf der kommunalen/lokalen Ebene gut bemessen und vielleicht wo bedarf es mehr Zentralität im Sinne einer Koordinierung durch das Ministerium? Am besten anhand von konkreten Fällen.
-
- 28 B4: Konkrete Fälle sind eben immer bei Einrichtungen was zentral geregelt sein müsste. Wie verfare ich, wenn Ausbrüche in Kindergärten, Schulen, Pflegeheimen sind. Das ist immer etwas was ich mir wünsche, wo ich gerne auch mal ein Konzept hätte wonach ich verfahren soll. Das ist immer ein Ermessensspielraum, werden die alle Abgestrichen, oder streicht man jetzt nur die Klasse ab, die es betrifft, wo der positive ist, welche Handlungsgrundlage habe ich da.
-
- 29 F: Und gerade wo sollte es weiterhin großen Entscheidungsspielraum auf der kommunalen Ebene geben?
-
- 30 B4: Ja wo sollte es Entscheidungsspielraum auf er kommunalen Ebene geben [...]
-
- 31 F: Oder hat es überhaupt Vorteile?
-
- 32 B4: Weiß ich gar nicht was ich darauf Antworten könnte.
-
- 33 F: Und generell das Gesundheitssystem so dezentral wie es geregelt ist, welche Vorteile bringt das mit sich?
-
- 34 B4: Also ich sag mal schon, dass es eine Behörde gibt, die Entscheidungen trifft und diese auch zeitnah umsetzt und da möchte ich aber auch unbedingt ansprechen, fehlendes Fachpersonal, Fachkraft des ÖGD, dass wirklich Personen aufgestockt werden, gerade Fachkräfte, nicht nur Kontaktpersonennachverfolgungen, sondern eben auch Hygienemitarbeiter, Amtsärzte das ist das was uns speziell fehlt und wo wir dringend Unterstützung brauchen. Es wird ja immer gesagt, Kontaktpersonennachverfolgung das kann die Bundeswehr machen und das können die und jene, aber damit ist es ja nicht getan, wir brauchen Fachpersonal die auch die Entscheidungen fachlich nachverfolgen und unterstützen und da fehlt es. Wie gesagt es wurde ja gesagt, dass Stellen geschaffen werden laut dem takt, aber da ist noch nichts gekommen. Und es soll ja auch die Digitalisierung vorangetrieben werden, dass halt auch mit technischem Equipment die Gesundheitsämter ausgestattet werden, dass Headsets verwendet werden, dass kabellose Telefone verwendet werden, zusätzliche PCs aber da warten wir auch immer noch auf die Unterstützung vom Land selber.
-
- 35 F: Und gerade bei regulierenden Befugnissen, was sie ja auch in Empfehlungen an Ihre Landrätin geben. Da könnte ja trotzdem, wie auch passiert, das Land gewisse Befugnisse von vornherein

ausüben. Also dass bei den kleineren Fallzahlen auch schon das Land sagt jetzt riegeln wir diesen Bereich ab, welche Verbesserungen oder auch Gefahren könnte sowas mit sich bringen.

-
- 36 B4: Ich sag mal, nur als Beispiel wir haben einen Hinweis bekommen, dass wir Besucherlisten in Pflegeheimen erst ab einer Inzidenz von 35/100.000 führen lassen, aufgrund von Datenschutz. Da haben wir gesagt, als Gesundheitsamt hier im Kreis, dass wir sind sehr sensibel, was das Thema Pflegeheime angeht, weil wir 7 Pflegeheime hatten, die alle Ausbrüche hatten und dann haben wir gefragt, wieso wird nicht gesagt, dass von Landesebene immer die Besucherlisten zu führen sind. Die können verdeckt geführt werden, wie eine Wahlurne aber wir sehen als sehr wichtig an, dass die Besucherlisten geführt werden, dass wir im Falle eines Ausbruchs sofort handeln können. Da wünschen wir uns mehr Zugeständnisse für selbständige Entscheidungen. Letztlich haben wir es dann auf unsere Kappe genommen und haben gesagt, dass wir es im Landkreis so handeln, dass wir die Besucherlisten trotzdem führen lassen. Wir haben auch alle Pflegeheime nochmal vorher angeschrieben und gesagt, dass sie die Besuche beschränken sollen, obwohl das noch gar nicht vom Land so vorgeschrieben war. Da sind wir nach vorne gestürmt und waren da sehr progressiv und haben gesagt, da wir ja aus Erfahrung sprechen wollen wir die sensibilisieren und haben so die Entscheidung aus eigenen Stücken getroffen. Dass wir das im Prinzip nur für zwei Stunden zulassen und nur für maximal zwei Besucher pro Betreuten.
-
- 37 F: Gerade so etwas, was sie eben beschreiben könnte ja unter Umständen so aufgefasst werden, in den Medien wird häufig von einem Flickenteppich gesprochen ich würde es eher als multiple Meinungen und Erfahrungen bezeichnen. Ist so etwas eher ein Vorteil in der Krise, besonders so ein Zwiespalt aus Erfahrungen zum einen, die man dann auch selber durchführt und der Akzeptanz in der Bevölkerung?
-
- 38 B4: Ich weiß nicht ob man so eine allgemeine Meinung machen kann und dass man sagen kann: „für ganz Deutschland gilt das jetzt so.“ Ich denke schon, dass man da auch individuell reagieren muss und das wollen die Leute auch. Die werden nicht verstehen warum ich in einem Landkreis mit wenig Inzidenz im Prinzip strenge Maßnahmen sind wie bei einer Inzidenz, die bei 100 liegt. Also das werden die Bürger dann auch nicht verstehen. Also alles über einen Kamm zu scheren denke ich ist dann schwierig und deshalb kam es dann vielleicht auch zu dem Flickenteppich, weil die Inzidenzen ganz unterschiedlich waren.
-
- 39 F: Jetzt hat die Krise ja verschiedene Phase. Wir haben das Ausbruchsgeschehen im März wo zu Beginn ja auch keiner wirklich wusste was los ist. Jetzt geht die Krise schon eine gewisse weile, sehen Sie da eine Tendenz dazu, dass alles ein bisschen zentraler geregelt wird oder geregelt werden soll?
-
- 40 B4: Also ich muss sagen, wenn ich jetzt den Unterschied vergleiche von März/April zu jetzt, würde ich sagen wir sind einfach besser aufgestellt. Wir wissen das Virus ist nicht mehr mit so schwerwiegenden Symptomen, auch schon aber nicht mehr ganz so, es ist aggressiver geworden sprich steckt viel an, aber es sind oft mildere Symptome, aber wir sind schon besser aufgestellt, weil wir sagen: „alle Kontaktpersonen asymptomatisch sofort mit Tag eins abstreichen und dann mit Tag fünf bis sieben nochmal abstreichen. Um bei Tag eins gleich die Infektionsketten abzuschneiden und zu sagen wir verhindern, dass sich die Kontaktperson zu Kontaktpersonen noch weiterhin anstecken kann. Da spüren wir schneller auf, das würde ich auf alle Fälle als positiv nennen. Am Anfang hatten wir auch ganz andere Probleme zum Beispiel mit der Schutzausrüstung. Da sind wir jetzt auch gut aufgestellt und können im Prinzip über einen großen Pool verfügen, dass wir ausreichend Schutzausrüstung haben. Aber es klemmt manchmal noch an den Testergebnissen, dass wir die schnell genug bekommen, da arbeiten wir ja auch noch gegen die Zeit, weil die Labore sind wieder überfordert und am Anfang, wie ich schon sagte, haben wir ja nur die symptomatischen abgestrichen. Das hat sich gewandelt. Am Anfang hatten wir keine Abstrich-Tupfer das ging, da ging es noch darum, dass
-

wir nicht genügen Abstrich-Tupfer zur Verfügung gestellt bekommen haben, die Frage der Bezahlung der Abstriche war nicht geklärt und da sind wir jetzt schon anders aufgestellt.

-
- 41 F: Und gerade die Antwort auf diese Fragen kann ja im kommunalen gar nicht geliefert werden, das muss zwingend
-
- 42 B4: ... nein, das muss vom Land gemacht werden.
-
- 43 F: Gerade um nochmal auf das Landesgesundheitsamt, was es in Thüringen nicht gibt, zurückzukommen. Würden Sie sowas empfehlen, dass es da nochmal eine Kompetenzstelle gibt, die am Ministerium oder auf Landesebene angesiedelt ist oder genügt da die Info vom RKI?
-
- 44 B4: Naja. Ich würde sagen, es wäre schön einen Ansprechpartner zu haben, das muss ich sagen, einfach um sich zu vergewissern und eine Fachmeinung zu hören und sich abzustimmen. Da würde ich mir schon eine Unterstützung wünschen. Ich habe ihnen ja meine Situation geschildert, so ein wenig auf sich alleine gestellt. Man fragt mal einen Kollegen oder so, da wäre eine übergeordnete Behörde schon sehr sinnvoll, um die Kompetenz abzustecken und noch ein bisschen zu forcieren und man bekommt dann ein besseres Gefühl, als wenn man das selber anberaumt und sagt: „ich mach das jetzt so ob es richtig ist oder nicht, aber ich denke es ist richtig.“ Da denke ich schon wäre es schön. Das wünschen wir uns da ja von unserer übergeordneten Behörde aber da die ja auch für sehr viel zuständig sind, sind die oft nicht greifbar. Zum Anrufen schwierig, besonders in dieser großen Phase war es ganz schwierig, da haben wir nur noch aufs Diensthandy zurückgegriffen. Da wünsche ich mir eine E-Mail zu schreiben und dass die dann am Tag beantwortet zurückkommt. Denn sie fordern es ja auch von uns. Wenn jetzt Sonderlageberichte anfallen, weil ich mit der Inzidenz über einen gewissen Wert komme, die werden sofort angefordert vom Land, die muss ich sofort schreiben, was auch sehr viel Kraft und Zeit kostet, aber andererseits, wenn ich dann eine Frage habe muss ich mich Tagelang begnügen und stehe dann in der Luft. Da wünsche ich mir mehr Hilfe.
-
- 45 F: Dass dann da der Informationsfluss gegeben ist?
-
- 46 B4: Genau.
-
- 47 F: Wenn Sie jetzt noch den Blick ins Ausland richten. Wir haben in Deutschland ganz viele Herausforderungen noch zu bewältigen, aber in anderen Ländern läuft es vermutlich, vermeintlich noch wesentlich schlechter, USA, GB, jetzt Frankreich. Was könnten mögliche Gründe sein, warum es in Deutschland zum jetzigen Zeitpunkt nicht ganz so dramatisch verläuft. Einfach aus Ihrer Sicht.
-
- 48 B4: Ich denke einfach, wir sind mehr sensibilisiert. Wir sind ja sehr vorsichtig geworden. Auch die Einrichtungen sprich Kindergärten, Schulen, die sind daran interessiert, dass die Eltern ihre Kinder abgeben können. Ich denke einfach, dass die Vorsicht und Rücksichtnahme der Leute schon zugenommen hat. Was ich bemängeln muss sind die Familienfeiern. Das ist immer unser Knackpunkt Nr. 1, der immer noch gestreut hat, aber Krankenhäuser Pflegeheime und die ganzen Bildungseinrichtungen sind sehr daran interessiert, dass alles Reibungslos funktioniert und deshalb sind sie auch sehr sensibel mit dem Thema Hygieneschutzkonzepte und Aktualisierung des Hygieneschutzkonzeptes. Das ist denke ich ein großer Punkt, warum es bei uns besser laufen wird.
-
- 49 F: Noch eine Abschlussfrage, ich will Ihnen auch nicht mehr Zeit als nötig stehlen, wir haben darüber gesprochen, klar eine Landesbehörde und bessere Informationen und Austausch, aber was würden Sie konkret benötigen, um in Zukunft besser auf eine Pandemie vorbereitet zu sein.
-
- 50 B4: Ausreichend Personal, ganz klare Strukturen was Abstriche, Impfungen usw. anbelangt, dass man konsequente Handlungsfreiheit hat in der Hinsicht und dass das auch vom Land umgesetzt ist sprich die Bezahlung geklärt ist. Das wir da nicht erst fragen müssen wie läuft das, wir werde die Abstriche bezahlt usw., dass man einfach da gerüstet ist und gleich agieren kann wie es sein muss und nach RKI auch vorgeschrieben ist.
-

51 F: Haben Sie den Eindruck ich habe noch irgendwas vergessen, was aus Ihrer Sicht noch wichtig und relevant ist zu berücksichtigen?

52 B4: eigentlich nicht.

1 **Transkript BY 5**

2 26.11.2020

3 F: Was waren aus Ihrer Sicht die größten Herausforderungen, gerade zu Beginn der Pandemie?

4 B5: Also ganz am Anfang war, vielleicht ist es auch immer noch, eine ganz ganz große Unsicherheit da. Es war ja etwas völlig neues, Corona kannte keiner bis zu diesem Zeitpunkt oder zumindest nur die Fachleute, der normale Bürger auf der Straße hatte davon keine Ahnung und da war eine ganz große Unsicherheit und bei dem einen oder anderen auch eine ganz große Angst da. Ich glaube die Wesentliche Aufgabe, sowohl der Politik als auch der Behörden war es, und ist es vielleicht auch heute noch, den Menschen ein Stück weit diese Angst zu nehmen und bei aller gebotenen Vorsicht und aller gebotenen Aufmerksamkeit zu sagen, auch das Vertrauen in die Strukturen, in die Gesundheitsämter, in die Politik auch zu fördern und auch zu sagen, wir haben das soweit es möglich ist im Griff, aber wir müssen da alle zusammenhalten. Ich glaube, dass das die größte Herausforderung war, neben den technischen Herausforderungen, die damit einher gingen.

5 F: Gab es da etwas, was Sie zu Beginn besonders positiv überrascht hat, wo Sie sagen würden „wow“ da habe ich nicht damit gerechnet?

6 B5: Also was mich sehr positiv überrascht ist jetzt vielleicht zu viel gesagt, aber ich habe das sehr wohlwollend zur Kenntnis genommen, war doch eine große Disziplin, gerade im Frühjahr, gerade mit dieser Unbekannten und mit diesen Risiken die da sind und den Gefahren die man darin gesehen hat, haben sich die Menschen doch sehr diszipliniert verhalten. Wir hatten ja da eine ganz scharfe Kontaktbeschränkung in Bayern, es gab ja den Katastrophenfall im Frühjahr und das haben die Menschen ernst genommen und haben sich auch dran gehalten und haben auch jeder für sich selber gesagt, was kann ich dazu beitragen um mich selber auch zu schützen, um nicht Gefahr zu laufen, mich zu infizieren. Und da war eine große Disziplin. Ich möchte nur ein Beispiel nennen, was ich so in dieser Form vorher zumindest nur bedingt erlebt habe, dass man sich wirklich ordentlich in Reihe und Glied irgendwo aufgestellt hat an der Ladenkasse, keiner sich vorgedrängelt hat, keiner mit den Ellenbogen durchgegangen ist, jeder geschaut hat, dass er auf Abstand bleibt und das war etwas, da habe ich auch einmal zu meiner Frau gesagt, ich hoffe, dass wir diese Disziplin auch über die Zeit retten und dass man sich auch da danach noch daran erinnert und nicht wieder in alte Verhaltensmuster zurückfällt.

7 F: Wenn Sie gerade auch den Katastrophenfall ansprechen, was hatte das für eine direkte Auswirkung auf Ihre Arbeit?

8 B5: Beim Katastrophenfall gibt es dann das mehr oder weniger direkte Durchgriffsrecht des Staatsapparates bis in die Kommunen hinein also auch auf unsere direkten Dienststellen und Dienststellen. Das heißt, da ist ein Stück weit zumindest dann die Gestaltungsfreiheit eines Oberbürgermeisters oder der Kommunalverwaltung ausgehebelt oder eingeschränkt. Das ist notwendig, um da auch den direkten Durchgriff auf Infrastruktur zu haben, das ist völlig klar und das war sicher auch richtig zu diesem Zeitpunkt so zu verfahren, aber wie gesagt, da ist auch dann ein Stück weit die Entscheidungsfreiheit eines bayrischen Oberbürgermeisters doch eingeschränkt.

9 F: Gab es da dann Situationen, in denen Sie sich auch mehr Entscheidungsspielraum gewünscht hätten?

- 10 B5: Nein, soweit würde ich nicht gehen. Natürlich ist es immer wichtig vor Ort auch nochmal individuell abzuwägen und auch an der einen oder anderen Stelle nach zu justieren bei allgemeine Verordnungen, das tun wir ja auch und das haben wir auch in der Zeit getan, als es den Katastrophenfall gab. Also von dem her war das nicht so spürbar, dass ich gesagt hätte dann gehe ich jetzt zwei Monaten in den Urlaub weil ich werde ja eh nicht mehr gebraucht, macht ja alles dann der Staat von oben, soweit würde ich jetzt nicht gehen.
-
- 11 F: Also im Prinzip eher etwas formales, dass man die Möglichkeit hat, aber im gelebten wurde es trotzdem dezentral gehandhabt, wenn ich das richtig verstehe?
-
- 12 B5: Ja, genau.
-
- 13 F: Wie würden Sie dann die Rolle auch vom Kommunalen in der Verbindung mit dem Land sehen, wer sollte welche Aufgabe erfüllen und wer erfüllt welche Aufgabe?
-
- 14 B5: Ich glaube, dass es wichtig ist auch im Sinne einer Akzeptanz bei der Bevölkerung, dass wir soweit es irgendwie möglich ist, einheitliche Vorgehensweisen haben. Idealerweise natürlich bundeseinheitliche Vorgehensweisen. Das wird nicht funktionieren, wir erleben das ja auch, aber zumindest, dass der Rahmen einheitlich ist. Da ist ja, Gott sei Dank, auch schon in den Letzten Monaten ein bisschen etwas erreicht worden auch in der Abstimmung mit der Kanzlerin und den Regierungschefs der Länder. Das man sich zumindest auf ein paar Eckdaten verständigt und sagt das machen wir jetzt bundeseinheitlich gleich. Das es dann beim Freistaat Bayern ein Ministerpräsident sagt, aber wir haben da nochmal eine besondere Situation, weil wir Grenznähe zu Österreich, in die Schweiz haben, ich weiß nicht was, da müssen wir vielleicht nochmal besonders drauf schauen und nachjustieren in speziellen Hotspot Regionen nochmal einen obendrauf setzen, ja das ist ok, aber wir tun uns leichter auf der kommunalen Ebene den Menschen zu erklären das ist überall so, das ist kein Lex ORT oder Lex Schwaben, sondern das ist in der ganzen Republik so und da können wir dann auch nicht ausscheren, weil wir uns dann eben schon daran halten müssen. Das macht es uns auch ein Stück weit leichter.
-
- 15 F: Verständlich. Gerade in Bayern ist ja auch ein großer Unterschied zu Thüringen dieses Landesgesundheitsamt, oder Landesamt für Gesundheit und Lebensmittel, welcher Rolle oder wie stark würde sie das einschätzen? Ist das nur fachlich führend und kommunikativ oder auch richtig vorgehend?
-
- 16 B5: Also da sind wir jetzt vielleicht in ORT in einer besonderen Situation. Wir haben damals als die Diskussion in Bayern war, wie geht man zukünftig mit den Gesundheitsämtern um. Haben wir als eine der wenigen kommunen in Bayern unser eigenes Gesundheitsamt behalten. Alle anderen sind da auf eine staatliche Behörde umgeschwenkt und wir haben quasi noch ein eigenes Gesundheitsamt, also wir haben ein städtisches Gesundheitsamt, dass nicht ganz losgelöst ist aus den anderen Strukturen soweit nicht, aber das doch sehr nahe an der Stadtverwaltung, auch nahe am Oberbürgermeister und nahe an der Bevölkerung dran ist. Das hat jetzt gerade in dieser Zeit gewaltige Vorteile gegeben, aber das muss man auch ganz nüchtern sehen es gibt natürlich auch gewaltige Nachteile, weil wir kapazitätsmäßig, personell, raumtechnisch an die Grenzen stoßen. Das merken wir. Wir haben zwar nachgerüstet aber da merken wir schon. Da ist es so, dass wir, als städtisches Gesundheitsamt, schon das Infektionsgeschehen hier in der Stadt vielleicht auch noch einmal etwas anders bewerten als das jetzt ein LGL bayernweit tut. Ich habe es jetzt zumindest hier nicht erlebt, das mag auf der fachlichen Ebene beim Gesundheitsamt nochmal anders sein, da gibt es ja eine entsprechende Melderegel, aber ich habe es nicht erlebt, dass das LGL hier in unsere Entscheidungen so massiv eingegriffen hätte, dass sie gesagt hätten ne das dürft ihr so nicht machen, das müsst ihr anders machen. Das hat nicht stattgefunden. Klar stimmt man sich ab, klar versuchen wir auch im Sinne von individuellen Verordnungen da eine Abstimmung herbeizuführen, aber am Ende des Tages sind wir zuständig und verantwortlich dafür.
-

- 17 F: Das bedeutet sozusagen, das städtische Gesundheitsamt ist auch nochmal ein bisschen mehr mit Entscheidungskompetenzen, wie ich es verstanden habe, als es wäre, wenn es ganz staatlich wäre.
-
- 18 B5: Ja, würde ich so sehen. Das hat wie gesagt Vorteile, hat Nachteile, ich möchte es nur vielleicht an einem Beispiel deutlich machen. Es gab eine Landesverordnung vom Freistaat Bayern, da wurde die Zahl der Menschen festgelegt, das ist schon einige Wochen her, die sich treffen dürfen, in Geschlossenen Räumen bzw. im Freien. Das war insbesondere für Sportveranstaltungen ein Thema, also wenn jetzt auf dem Fußballplatz im freien gespielt wird, dann durften damals glaube ich 200 Personen dort zusammenkommen und in der Halle, also Eishockey zum Beispiel, maximal 100. Wir haben damals, weil wir damals bundesweit an der Spitze von den Inzidenzwerten, dies Vorgabe von Seiten unseres Gesundheitsamtes nochmal verschärft, und zwar deutlich verschärft. Wir haben gesagt es dürfen im Freien maximal 50 und in der Halle maximal 25 Personen zusammenkommen. Da sind wir ziemlich geschimpft worden von den Sportvereinen unter anderem, wir haben es damit begründet, wir sehen einfach in ORT ein anderes Infektionsgeschehen als an anderen bayrischen Städten oder Gebietskörperschaften und deswegen sehen wir die Notwendigkeit, diese Regel die da vorgegeben wird nochmal zu verschärfen. Was uns ja auch zugestanden wurde, das durften wir ja auch, aber da schaffen Sie sich natürlich keine Freunde. Einfacher wäre es wenn Sie sagen, der Freistaat sagt 200 und 100, dann machen wir das eben so, egal wie hoch unsere Zahlen sind, dann halten wir uns an das, was da vom Freistaat genannt wurde und dann können wir immer noch sagen, sorry das ist nicht unser Verschulden, das hat der Freistaat so vorgegeben.
-
- 19 F: Jetzt noch eine Frage, da gibt es ja immer verschiedene Möglichkeiten sich über die Lage zu informieren, Sie haben die Möglichkeit durch das LGL, das Gesundheitsamt, das RKI, alle möglichen Institutionen geben dabei Infos und Empfehlungen was, bzw. welche Institution spielt da für Ihre Entscheidungen eine Maßgebliche Rolle?
-
- 20 B5: Also zunächst einmal natürlich die Zahlen die wir vom eigenen Gesundheitsamt haben, da sind wir oft auch aktueller als das RKI oder LGL ist, weil wir den kürzeren Meldeweg haben. Wenn das Gesundheitsamt am späten Nachmittag ans RKI, bzw. ans LGL und dann ans RKI, dann haben wir vielleicht einen Vorteil, weil wir wissen schon zwei Stunden vorher was passiert und wir müssen nicht darauf warten, bis auf den entsprechenden Plattformen aktualisiert wird. Das hat schon einen großen Vorteil und natürlich ist für uns in erster Linie auch die medizinische Einschätzung unseres Gesundheitsamtes maßgeblich. Ich habe das immer wieder betont, die Zahlen sind das eine, wir sind aber eine relativ kleine Stadt, wir haben gerade einmal 44.000 Einwohner und da macht ein Infizierter mehr oder weniger schon einen großen Unterschied aus. Da muss man dahinter schauen und wir müssen auch immer wieder ein Stück weit das Thema Verhältnismäßigkeit im Auge haben. Natürlich kann man nicht ganz frei handeln, das ist klar, aber wir können im Rahmen der uns gegebenen Spielräume dann eben auch abwägen, schießen wir da über das Ziel hinaus, oder ist es zu wenig was wir da tun und ist es Verhältnismäßig was wir da tun. Und da verlasse ich mich schon auch auf die Aussagen unseres eigenen Gesundheitsamtes.
-
- 21 F: Und daher kommt, wenn ich das richtig verstehe, dann auch der Druck zu Handeln, sozusagen aus dem lokalen Infektionsgeschehen über das Gesundheitsamt dann zu Ihnen.
-
- 22 B5: Ganz genau, ja.
-
- 23 F: Also nicht im klassischen Top-Down Ansatz, wo es heißt das kommt vom Land aus München wo es entschieden wird und jetzt müssen die Kommunen mal zu machen, sondern der kommt von unten?
-
- 24 B5: Sowohl als auch. Natürlich können wir nicht, wenn der Freistaat Bayern eine Infektionsschutzmaßnahmen-Verordnung erlässt, dann sind dort bestimmte Dinge angeordnet wo wir nicht sagen können, das machen wir nicht. Ich will nur ein Beispiel nennen, Maskenpflicht in Schulen. Das war ein riesen Thema, riesen Aufreger, weil der Freistaat Bayern angeordnet hat, ab einem bestimmten Inzidenzwert sind die Masken Pflicht an allen Schulen, unabhängig vom Alter des Schülers, der

Schülerin auch in den Grundschulen. Dann gab es hier einen Aufstand, Eltern, die bei mir vor dem Rathaus auf die Straße gestanden sind und gefordert haben ich möge das rückgängig machen. Diesen Spielraum habe ich nicht. Mein benachbarter Landrat im Landkreis Unterallgäu der war der Meinung er habe diesen Spielraum und hat das mal für ein paar Tage auch dann aufgehoben und hat gesagt, nein für ihn gilt das nicht er hebt die Maskenpflicht an Grundschulen auf, der wurde dann aber zurückgepfiffen, da hat der Freistaat dann relativ schnell drauf reagiert und er musste das dann relativ schnell zurückfahren, obwohl er das nicht wollte, aber er wurde da gezwungen. Da merkt man schon, dass da Spielräume durchaus eingeschränkt sind, auf der anderen Seite lässt uns da aber der Gesetzgeber, die Regierung des Freistaats, die Staatsregierung auch entsprechende Spielräume, die sind aber im Moment zumindest ziemlich überschaubar. Die Frage Maskenpflicht im öffentlichen Raum, an stark frequentierten Plätzen zum Beispiel, da haben wir noch die Freiheit zu definieren, was sind denn stark frequentierte Plätze, wo gilt denn dann diese Maskenpflicht tatsächlich?

25 F: Gerade dazu nochmal, natürlich ist das einfacher in der Durchsetzung oder in der Vermittlung, dass man sagt das ist vorgegeben, da können wir nichts anderes entscheiden, aber würden Sie sich wünschen, dass Sie es selber entscheiden könnten?

26 B5: Ich sage mal so, es ist natürlich bequem, zu sagen sorry, ich hätte da zwar eine andere Vorstellung, aber ich muss so handeln, weil es der Gesetzgeber vorschreibt ich kann da gar nicht anders. Egal ob ich will oder nicht, das ist eine gesetzliche Vorgabe. Das ist natürlich bequem. Ich glaube, das es unsere Aufgabe gerade hier in der Kommunalpolitik auch sein muss den Menschen die Notwendigkeit der einen oder anderen Maßnahme auch immer wieder zu erklären. Ich habe ja ganz am Anfang auch von der Akzeptanz gesprochen und dass das im Frühjahr wirklich sehr wohlwollend war, was die Menschen dort auch erlebt haben und wie sie sich auch dran gehalten haben. Da merke ich, dass das mittlerweile schon auch abgenommen hat. Da ist es unsere Aufgabe in der Kommunalpolitik den Menschen immer wieder deutlich zu machen, warum verfahren wir so wie wir verfahren und nicht nur zu sagen, das hat der große Gesetzgeber so angeordnet und jetzt Augen zu und durch, haltet euch alle daran. Das wäre zu einfach, das dürfen wir auch nicht machen.

27 F: Und gerade bezüglich dieser verschiedenen Phasen in der Krise. Am Anfang gab es ja weniger Kommunikation auch zwischen den Ländern, jetzt ist es ja eigentlich eher der Regelfall, das sich die Ministerpräsidenten mit der Kanzlerin treffen, was ja auch definitiv Auswirkungen auf die Kommunen hat, sehen Sie das einfach als generellen Trend von einem Dezentralen eher zu einem Gemeinsamen und wie würden Sie das dann bewerten?

28 B5: Also ich halte es in der gegenwärtigen Situation schon für geboten, dass es da solche Abstimmungen auf Bundesebene gibt. Weil das war ja immer schon das Problem, gerade wir hier, wir sind jetzt hier in ÖRT relativ Grenz nah zwischen BW und BY, zwei Bundesländer mit unterschiedlichen Regelungen. Ich kann mich noch erinnern, ganz am Anfang da war z.B. in Bayern waren Baumärkte geschlossen, in BW waren sie geöffnet. Das hat in der Konsequenz dazu geführt, dass die Bayern nach BW gefahren sind, das sind ca. 25km, also das ist nicht wirklich eine Strecke und die haben dann halt dort im Baumarkt eingekauft. Das ist ungut und das ist auch nicht im Sinne des Erfinders behaupte ich mal, und deshalb ist es sicher auch zu begrüßen, wenn es da eine mehr oder weniger einheitliche, Bundeseinheitliche Abstimmung gibt. Auf der anderen Seite glaube ich aber schon, dass gerade der Föderalismus in vielerlei Hinsicht, ob das jetzt im Bildungswesen oder in anderen Themen ist, schon auch seine Vorteile hat und dass es auch gut ist, dass die einzelnen Bundesländer da auch Entscheidungsfreiheit haben, wie sie es in ihren Bundesländern dann umsetzen und auch zur Anwendung bringen und ich hielte es für einen Fehler, wenn man sagt, wir schmeißen den Föderalismus über Board wir versuchen das jetzt alles viel Zentraler in Berlin zu machen und die Bundesländer haben dann nichts mehr zu entscheiden, das hielte ich für einen kardinalen Fehler. Ich glaube, dass der Föderalismus schon ein gutes Instrument ist.

- 29 F: Zuletzt ganz allgemeine und auch gerne subjektiv zu beantwortende Frage. Wenn Sie den Blick ins Ausland richten, in der ersten Phase und in vielen anderen Bereichen sind wir im Vergleich zu den USA, GB oder Brasilien eigentlich ganz gut durchgekommen. Was würden Sie ausmachen als Grund oder Gründe, dass es eben weniger dramatisch war.
-
- 30 B5: Wie sagt mein Referatsleiter, mein Zuständiger, „No honor in prevention“, keine Ehre in der Prävention. Man weiß es immer nicht, was wäre gewesen wenn, das sind ja auch immer so Theorien wo man sagt, hättet ihr nichts gemacht, wäre es dann wirklich schlimmer geworden. Das wissen wir ja nicht. Ich glaube, dass ein ganz entscheidender Aspekt, das wir unterm Strich noch einigermaßen gut durch diese Geschichte gekommen sind und kommen, schon unser sehr leistungsstarkes Gesundheitswesen ist. Wir haben hier auch ein eigenes Klinikum mit einem extrem guten Leistungsspektrums, das Gesundheitswesen des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist Leistungsstark und kann das auch handeln, hier kommen uns auch Tugenden, die man uns deutschen auch nachsagt, vielleicht auch dazu passt, dass wir immer so organisiert und gut aufgeräumt sind. Das mag alles eine Rolle mit spielen und ich glaube das ist in der Summe schon auch ein Rezept ist, warum wir besser durch diese Krise kommen, als das ein oder andere Land dies tut. Vielleicht auch noch etwas ganz spezifisches, weil sie auch nach einer subjektiven Einschätzung gefragt haben, auch hier für ORT, da komme ich nochmals auf mein eigenes Gesundheitsamt zu sprechen. Gerade am Anfang, wir waren ja eine der wenigen Gebietskörperschaften wo wir ganz überschaubare Zahlen hatten, ich glaube im Frühjahr 55 Infizierte in der Summe gehabt, das ist gar nix im grunde genommen. Wir waren dann auch Wochen lang Coronafrei, da hat überhaupt nichts statt gefunden, nichts, null. Da hat unser Gesundheitsamt quasi Urlaub gemacht. Und das ist glaube ich schon auch ein ganz wichtiges Argument, weil wir eben auch ein eigenes Gesundheitsamt haben, weil wir konsequent in der Nachverfolgung waren, weil es uns gelungen ist frühzeitig Infektionsketten zu unterbinden und zu unterbrechen. Ich glaube, dass das auch mit ein Grund für die guten Ergebnisse ist. Mittlerweile kann dieses Argument allerdings nicht mehr zählen, weil wir mittlerweile eben bei weitem drüber sind über diesen sehr sehr guten Zahlen im Frühjahr.
-
- 31 F: Zum Schluss noch, was würden Sie konkret benötigen, um in Zukunft ein bisschen besser vorbereitet zu sein, auf eine Pandemie?
-
- 32 B5: Das ist natürlich schwierig, ich meine wir haben ja alle miteinander keine Erfahrungen in solchen Dingen. Wir ziehen nicht irgendeinen Aktenordner aus dem Schrank und sagen, da steht genau drin was wir zu tun haben. Mittlerweile haben wir viele Erfahrungen gesammelt und aus der eher etwas „Hemdärmeligen“ Vorgehensweise aus dem Frühjahr, der Hauruck Vorgehensweise im Frühjahr, wo wir ganz kurzfristige Reaktionen hatten meine ich kommen wir mittlerweile schon in eine eher geplante Vorgehensweise und das vielleicht auch besser strukturiert als in der Vergangenheit. Wünschenswert wäre es natürlich, wenn wir so etwas wie eine Blaupause hätten, wenn wir sagen, wir greifen in unseren Bücherschrank und da steht drin Pandemie und da steht drin das sind die 10 Schritte, die ihr zu gehen habt und dann funktioniert das. Aber ich glaube das ist eine Wunschvorstellung, wir werden immer im Einzelfall reagieren müssen und wir werden auch immer ein Stück weit improvisieren müssen, an der einen oder anderen Stelle.
-
- 33 F: Haben Sie den Eindruck ich habe noch irgendetwas relevantes vergessen, was noch wichtig wäre mit aufzunehmen als Thema,
-
- 34 B5:Ne so jetzt aus dem Bauch heraus glaube ich ist ziemlich alles angesprochen worden, aber ich stehe auch gerne nochmal zur Verfügung falls ihnen später nochmal etwas einfällt, dann rühren Sie sich einfach nochmals, gerne auch per Mail, dann kann ich das auch schriftlich beantworten.

1 **Transkript BY 6**

2 09.12.2020

3 F: Zu Beginn möchte ich einfach kurz abklären, die Stelle die Sie jetzt besetzen wurde extra im Zuge der Krise für Sie geschaffen, eine Art Verwaltungsstelle, vielleicht könnten Sie kurz beschreiben wie sich dadurch Ihre Arbeit verändert hat?

4 B6: Also das war im Endeffekt so, ich war zuvor in der Hauptverwaltung eingesetzt, als Teamleiter Organisation und stellvertretender Fachbereichsleiter also für die Abteilung Personal und Organisation. Und da haben wir natürlich viele Aufgaben bereits für das Gesundheitsamt wahrgenommen, von der Personaleinstellung angefangen, über andere organisatorische Fragen und schlussendlich war es dann eben so weit, dass sich die Aufgaben die sich nur auf den Gesundheitsdienst bezogen haben immer mehr und mehr ausgeweitet haben, bis wir dann schlussendlich als Konsequenz daraus mich rübergeschickt haben, komplett in den ÖGD um dort diesen Verwaltungspart zu übernehmen. Weil es hat sich herauskristallisiert, dass die medizinische Leitung hier wunderbar medizinische Probleme klären kann, aber so ein Problem damit hat, einen Arbeitsprozess zu etablieren, manche Dinge organisatorisch zu regeln etc. Und schlussendlich war das dann meine Aufgabe. So viel zum Thema wie das entstanden ist. Zum anderen, wie habe ich das erlebt? Ich mache das jetzt seit dem 12.10. also seit gut zwei Monaten, wenn man so möchte. Kurzfassung jede Menge Arbeit, ungefähr mindestens 100 Überstunden und jedes Wochenende im Dienst gewesen, mindestens einen Tag. Um eben die wichtigsten Sachen zu etablieren. Wir haben jetzt im Endeffekt einen neuen Arbeitsprozess eingeführt, ein Testzentrum verlegt, wir haben Teams eingerichtet hier im Gesundheitswesen und noch ein paar Sachen mehr.

5 F: Was waren dann die größten Herausforderungen sozusagen, die es in Ihrem Bereich, oder auch generell gibt gerade?

6 B6: Die größten Herausforderungen sind, wir können im Endeffekt vieles Planen, aber wenn die Politik wieder für uns plant sprich neue Regelungen erlässt, dann wird vieles von dem, was wir uns mühsam erdacht haben mit einem Federstrich wieder über den Haufen geschmissen und wir müssen für manche Sachen komplett neue Lösungen finden, wie jetzt zum Beispiel aktuell die Teststrategie in Bayern, dass Kontaktpersonen KP1 nicht mehr generell getestet werden, sondern eigentlich gar nicht mehr getestet werden sollen und bis auf wenige Ausnahmen, systemrelevantes Personal gehört zu diesen Ausnahmen dazu, aber die anderen können sich sofern es sich um Schüler handelt nach fünf Tagen testen lassen, wo die Quarantäne wieder aufgehoben wird und Erwachsene eben ab zehn Tagen. Das bringt die ganzen Abläufe wieder durcheinander und wir sind jetzt zum Beispiel heute mit Hochdruck dabei diese Regelungen dementsprechend umzusetzen.

7 F: Und diese Regelungen kommen dann vom Ministerium in München?

8 B6: Genau.

9 F: Wie würden Sie dann sozusagen die Rollenverteilung, wenn sie gerade sagen, die Politik, die Ihnen einen Strich durch die Rechnung macht, also welche Rolle fällt dann dem Gesundheitsamt zu, welche dem LGL und welche dem Ministerium zu?

10 B6: Grundsätzlich hat ein Gesundheitsamt die Aufträge zu erfüllen, die vom Ministerium vorgegeben worden sind. Schlussendlich kommen die Weisungen ja vom Ministerium über das Landesamt und so weiter und so fort, aber die Weisungslage in Corona die ändert sich halt ständig, wo man aber auch der Politik keinen Vorwurf machen darf, weil dementsprechend ständig neue Erkenntnisse da sind, die eben vorher nicht da waren. Dementsprechend sich die Fallzahlen ändern, wo man drauf reagieren muss und schlussendlich muss eben einer die Entscheidung treffen, welche Richtung man jetzt einschlägt.

- 11 F: Und wird da auch Feedback eingeholt von der Basis, also vom Gesundheitsamt, dass man zurückspiegelt, das war jetzt ein wenig schwierig für uns umzusetzen oder ist das eher one-way?
-
- 12 B6: Da sind im Endeffekt die Mediziner unter sich, unsere beiden, die Frau Dr. Grötz die das Gesundheitswesen leitet mit ihrem Vertreter dem Herrn Dr. Nikolov, die sind ständig in Kontakt mit der Regierung von Schwaben, dem Dr. Lutz dort und da ist es dann schon so, dass die Erfahrungen ausgetauscht werden. Die Veraltungserfahrungen die ich jetzt so mache werden in dem Sinne nicht ausgetauscht.
-
- 13 F: Und gerade diesbezüglich, mit dem Katastrophenfall der jetzt ich glaube gestern ausgerufen wurde, hat das direkte Auswirkungen, also jetzt im Moment auch schon oder ist das eher zur Vorbeugung noch?
-
- 14 B6: Also der Katastrophenfall an sich, der hat ja weniger Auswirkungen auf die Arbeit des Gesundheitsamtes, weil der Katastrophenfall in erster Linie ausgerufen worden ist, um die Verteilung der Intensivpatienten in den Krankenhäusern besser koordinieren zu können, aber für die eigentliche Arbeit hier vom Gesundheitsamt, im Sinne von Indexfallermittlung, im Sinne von KP1 Ermittlung ist der Katastrophenfall eher irrelevant.
-
- 15 F: Und gerade auch mit dem LGL, wie funktioniert denn da die Zusammenarbeit? Ich meine gerade auch wie Sie sagen, die Verwaltung wird jetzt nicht ganz rückgekoppelt oder die Erfahrungen ausgetauscht, aber gibt es da vom LGL irgendwelche Empfehlungen oder ist das rein Fachlich?
-
- 16 B6: Also die Empfehlungen die wir herein bekommen, die sind rein fachlich, weil die bekommen von uns im Endeffekt die täglichen Meldungen wo wir Fallzahlen widerspiegeln, wie viele Schulen sind betroffen, wie viele Altersheime sind betroffen, wie entwickeln sich die Todesfälle, was macht die 7-Tage Inzidenz, das bekommen die von uns täglich gemeldet, aber eine große Rückspiegelung davon was man mit den Daten alles macht das haben wir nicht.
-
- 17 F: Und haben Sie dann auch ein bisschen Einblick, wie die Zusammenarbeit mit dem LGL sozusagen funktioniert und ob man da eher sagt das LGL ist eine große Hilfe oder ob da eher Skepsis herrscht?
-
- 18 B6: Gut, das LGL ist bei uns ein bisschen, stand jetzt, in erster Linie haben wir mit denen zusammengearbeitet, was die Testungen angeht, weil wir alle Proben von unseren Probanden nach Obereschleißheim gefahren haben und dort die Labors sind von LGL. Wir haben dann die Testergebnisse eingespielt bekommen, mit ihnen die Statistik abgeglichen und solche Sachen. Das läuft dann als tag tägliche Zusammenarbeit mit denen.
-
- 19 F: Und auch unkompliziert und ohne Probleme?
-
- 20 B6: Relativ unkompliziert. Also im Endeffekt, natürlich wenn es um Fallzahlenabgleiche geht, um Statistiken abzugleichen geht das ist halt immer mit einem gewissen Aufwand verbunden aber im Großen und Ganzen kann man sagen, wenn man was braucht von denen dann bekommt man da auch jemanden. Weil wir brauchten da letztens einen Ansprechpartner für eine Privatfirma, die mit dem LGL zusammenarbeiten wollten, auch bei sowas bekommt man da jemand kompetentes ans Ohr, der sich dann als Ansprechpartner auch anbietet.
-
- 21 F: Die nächste Frage geht ein bisschen ins medizinische, ich will sie aber trotzdem stellen, weil ich sie nicht rauslassen wollte. Es geht darum, welche Informationsquellen für die Entscheidung oder Empfehlungen, die vom Gesundheitsamt raus gehen denn entscheidend sind? Ob das eher das Ministerium, RKI oder LGL entscheidend sind.
-
- 22 B6: Also teils teils. Natürlich haben wir unsere eigenen Daten, die wir erheben, die immer mit in die Entscheidungsgrundlage einfließen. Ich mache das mal an der alten Teststrategie fest, wo man die KP1 noch richtig getestet hat. Da war die Vorschrift, dass man die zwischen dem fünften und siebten

Tag nach letztmaligem Kontakt testen sollte. Das kann man in der Praxis nicht immer so umsetzen, weil wenn die Massen zu groß werden, die man testen muss, dann muss man den einen oder anderen Kompromiss eingehen. Also habe ich zwar im Endeffekt zwar hier von der Praxis eine glasklare Vorschrift, dass ich es eigentlich in diesen drei Tagen machen soll, aber man muss halt, was die medizinische Seite angeht, um praktikabel zu bleiben auch mal auf Tag 8 oder Tag 9 ausweichen.

-
- 23 F: Und da ist Ihr Spielraum groß genug oder würde es dann theoretisch Ärger geben?
-
- 24 B6: Nein, also die Vorgesetzten der Mediziner, die sind im Endeffekt erreichbar, die sprechen Entscheidungen ab und tragen dann auch vieles zum Beispiel dieser praktikablen und pragmatischen Lösungsansatz mit, also wie jetzt an dem Beispiel der Teststrategie aufgelistet.
-
- 25 F: Und die Vorgesetzten von den Mediziner, wenn Sie die gerade ansprechen, sind das dann die von der Regionalregierung in Schwaben, oder wer wäre da zuständig?
-
- 26 B6: Zunächst mal, ist das der Dr. Lutz bei der Regierung von Schwaben. Das ist der Vorgesetzte für die zehn Gesundheitsämter in Schwaben. Und der ist wiederum unterstellt dem Staatsministerium.
-
- 27 F: Sie haben jetzt auch schon beschrieben, dass Ihre eigenen Informationen auch in die Entscheidung mit einfließen, die Frage zielte eigentlich auf den Beginn der Pandemie ab, möchte sie aber jetzt für Sie auf den jetzigen Zeitraum bezogen stellen, wo kommt denn der Handlungsdruck her? Sagt da jemand von der Regierung in Schwaben, jetzt macht doch mal was oder ist das eher auf die Fallzahlen und die Anfragen aus der Bevölkerung zurückzuführen?
-
- 28 B6: Grundsätzlich ist es so, dass das System mehr oder weniger ein Selbstläufer ist, wenn man es mal genauer betrachtet, weil wir haben im Endeffekt Indexfälle oder Positivtestungen, die wieder das Gesundheitsamt in scharf setzen und dann müssen wir wieder diesen ganzen Geschichten nachgehen, je mehr Indexfälle sie haben, desto mehr Arbeit ist im Gesundheitsamt, desto mehr Presse ist in der Öffentlichkeit wo Sie Presseanfragen haben über die kuriosesten Fragen, wo Aufgliederungen nach Gemeinden gewünscht werden usw. Diese Daten alle zu generieren, dazu bedarf es halt entweder einer vernünftigen Software, die wir hier leider noch nicht eingeführt haben im Gesundheitsamt, weil das habe ich so übernommen. Oder man muss sein Prozessmanagement dahingehend gestalten, dass man eben die Daten an der richtigen Stelle abgreifen kann. Und genau dieses, wir wollen Zahlen haben, ist eigentlich für uns der größte Druck, neben der Tatsache, wenn die Fallzahlen überhandnehmen, also wir haben jetzt immer teilweise Phasen drin, wo wir deutlich über dem machbaren lagen, das ist natürlich der andere Druck, weil dann kommen die Mitarbeiter ins Rotieren, die dann natürlich über Gebühr beansprucht werden. Da sehe ich im Endeffekt diese Information der Öffentlichkeit und die steigenden Fallzahlen sind die größten Druckfaktoren, die wir haben.
-
- 29 F: Und jetzt etwas davon losgelöst, wenn man das Ganze ein wenig genereller betrachtet, dann haben wir ja in Deutschland in allen Bundesländern eigentlich ein dezentrales Gesundheitssystem, welche Vorteile bringt das denn in der Krisenbewältigung aus Ihrer Sicht?
-
- 30 B6: Das dezentrale Gesundheitssystem, welche Vorteile das bringt?
-
- 31 F: Genau.
-
- 32 B6: Naja, das ist momentan ein wenig schwierig, da Vorteile zu finden. Klar, ich meine der eigentliche Vorteil ist, man kann für einen begrenzten Ort oder Raum natürlich angemessene Lösungen finden. So ein Landkreis ist eben überschaubar. Wenn man jetzt ein zentrales System hätte, dann tut man sich natürlich schwer, auf kleinere Einheiten unterschiedliche Lösungen zu fahren. Wir sind jetzt hier in ORT quasi im Mehrländereck. Wir haben gerade über die Donau die Stadt ORT und den LANDKREIS, die natürlich wieder nach einem ganz anderen Schema arbeiten, Heidenheim auch, wir haben damit viel zu tun, weil auch unsere Mitarbeiter aus den Landkreisen kommen, aber auch unsere Nachbarlandkreise Dillingen und Günzburg aber teilweise auch etwas anders arbeiten als wir.

Da ist der Datenaustausch untereinander schon holprig, man sieht das ja auch oft in der Presse, wo dann steht die Pandemie muss mit Technik aus den 90ern, mit Fax etc., ganz so schlimm ist es nicht, da wäre ein zentrales System, wo man die Daten untereinander austauschen könnte schon schön.

-
- 33 F: Da haben Sie jetzt auch schon die Nachteile angesprochen, was sonst die nächste Frage gewesen wäre.
-
- 34 B6: Ja das ist eben immer so eine Abwägungsfrage, je nach dem von welcher Seite man drauf schaut gibt es immer Vor- und Nachteile. Wie gesagt, den entscheidenden Vorteil sehe ich, dass man eine bestimmte Fläche kontrolliert oder besser dosiert mit Regelungen versorgen kann. Nachteil ist halt, diese vielen Kleinen Flecken untereinander, mit dem Datenaustausch und den vielen verschiedenen Insellösungen in der EDV, das ist eben immer ein Fall für sich.
-
- 35 F: Wie würden Sie die Akzeptanz in der Bevölkerung einschätzen, hat das eine Auswirkung ob das eher lokal gelöst wird oder wenn die Anordnung aus München kommt, etwas anderes bewirkt?
-
- 36 B6: Momentan erleben wir hier, dass wenn in Baden-Württemberg andere Regelungen getroffen werden, dann geht bei uns im Landkreis bzw. von unserem Landratsamt aus gesehen über der Donau, ein paar Meter weiter weg, dann muss man sich schon die Frage gefallen lassen, warum regelt Ihr was anderes wie die da drüben. Aber das liegt eben daran, dass wir aus München andere Vorgaben bekommen wie die aus Stuttgart.
-
- 37 F: Und das ist dann schwierig zu vermitteln, weil es da natürlich eine Grenze gibt, aber...
-
- 38 B6:... die keine Grenze ist. Jetzt ist es im Endeffekt nicht mehr so schlimm, wie es am Anfang war, also im März als das ganze nach dem Lockdown wieder leicht in die Öffnungsphase ging. Da waren ja Phasen, bei uns war alles zu in Bayern und da drüben waren dann teilweise die Baumärkte offen, was dann zu Tourismus darüber geführt hat im Lockdown, dass man sich dann im Baumarkt in BW versorgt hat.
-
- 39 F: Sehen Sie dann eine Tendenz, dass man in Deutschland zumindest innerhalb der Bundesländer irgendwie die Regelungen einheitlicher getroffen werden oder eben mehr Zentralisiert wird, dass mehr aus München aus Stuttgart oder aus welcher Landeshauptstadt auch immer regiert wird und weniger aus den Gesundheitsämtern?
-
- 40 B6: Also ich glaube, dass die Regelungen die jetzt getroffen werden bei uns in Bayern, dass die im Endeffekt schon dafür sorgen, dass man ein relativ einheitliches Vorgehen hat.
-
- 41 F: Dann noch eine ganz subjektive Einschätzfrage, was würden Sie sagen, warum ist Deutschland in der ersten Phase relativ gut durch die Krise bisher gekommen? Auch im Vergleich zu anderen Ländern.
-
- 42 B6: Ich meine in der ersten Pandemiephase war die Disziplin der Bevölkerung noch relativ hoch, was daraus resultiert ist, dass es neu war, keiner wusste was da so recht passiert, die Bevölkerung auch noch etwas Angst davor hatte, deswegen sind die Fallzahlen damals natürlich in Verbindung mit dem kompletten Lockdown da drastisch nach unten gefallen. Wir haben es ein wenig verpasst in den Sommermonaten die Lehren daraus zu ziehen. Kaum sind die Zahlen nach unten gegangen und im Sommer war alles draußen und dann hat man ein bisschen Corona wieder vergessen, obwohl man den warnenden Finger bekommen hat und jetzt müssen wir das eben hinten raus mit dieser deutlich heftigeren zweiten Welle machen. Da ist die Entscheidung natürlich ganz klar, dass man so einen harten Lockdown wie beim ersten mal nicht mehr machen kann und deswegen muss man manchen Kontakte einfach zulassen aber im privaten Bereich entsprechend die Kontakte beschränken. Das sehen halt viele Leute auch nicht mehr ein. Weil die der Meinung sind, ich habe dann auch ein Recht auf meine Freizeit und so weiter, was wiederum dazu führt, dass solche Bewegungen wie
-

Querdenken und wie sie alle heißen, immer mehr Zulauf finden, weil die Leute haben auf deutsch gesagt von diesen Einschränkungen die Nase voll.

-
- 43 F: Und jetzt noch die allerletzte Abschlussfrage. Aus Ihrer Sicht, gerne auch mit dem Verwaltungsaspekt, was wäre konkret nötig um in Zukunft besser auf eine Pandemie vorbereitet zu sein?
-
- 44 B6: Also Konkret wäre auf jeden Fall eine richtige Softwarelösung nötig, das fängt an beim Einspielen der Laborergebnisse, das geht weiter bei der Verwaltung der Indexfälle und der KP1 Personen wo man dann wirklich eine Datenbankbasiertes System, einheitlich am besten haben sollte. Am besten in ganz Deutschland. Dass man auch Daten untereinander elektronisch in Gesundheitsämtern hin und her schieben kann, dass auch die Arbeitsgrundlage gelegt ist. Dann sollte man vielleicht manche Vorgänge etwas zentraler steuern, wie wird ein Indexfall ermittelt, wer wird in Quarantäne geschickt, wo es teilweise in Deutschland noch immer unterschiedliche Regelungen gibt und zum dritten sollte auch das Personal dementsprechend etabliert sein in den Gesundheitsämtern und ganz wichtig, dass man im Endeffekt die persönliche Schutzausstattung auch vorrätig hat. Mit allem was dazu gehört, den ganzen Reagenzien für die Tests usw.
-
- 45 F: Die Reagenzien sind gerade wieder ein größeres Problem oder?
-
- 46 B6: Ja momentan wird ja eher die Schnellteststrategie wieder bevorzugt. Das hat alles seine Vor- und Nachteile.
-
- 47 F: Haben Sie noch den Eindruck ich habe irgend ein wichtigen Punkt oder Thema/Gebiet vergessen, was noch wichtig zu erwähnen wäre.
-
- 48 B6: Also was mit jetzt auffällt, was Sie überhaupt nicht gefragt haben ist das Thema Überlastung der Mitarbeiter. Oder Überlastung der GÄ allgemein.
-
- 49 F: Gerne, erzählen Sie mir.
-
- 50 B6: Es ist so, unsere Mitarbeiter kämpfen ja seit Februar tout jour im Dauereinsatz mit Wochenende und Überstunden. Das ist nicht ganz ohne, was wir denen abverlangen. Und trotzdem kommt es bei erhöhten Fallzahlen, also alles was bei einer 7-Tages Inzidenz von 100 hinaus geht ist äußerst schwer zu handeln. Und wir sind seit Wochen auf 200 und kräpseln da rum, dann haben sie eine ungefähre Vorstellung wie überlastet hier die Mitarbeiter wirklich sind und was von ihnen abverlangt wird und jetzt kommt natürlich indes, dass die Bevölkerung immer ungeduldiger wird, weil aufgrund der hohen Arbeitsbelastung kommt es natürlich zu deutlichen Verzögerungen, was wieder dazu führt, dass wir ein erhöhtes Telefon, E-Mail und Beschwerdebriefaufkommen haben, was natürlich die Überlastung nicht verbessert, sondern im Gegenteil noch verschlimmert, weil diese ganzen telefonischen, per E-Mail oder Post, die muss ja auch jemand beantworten.
-
- 51 F: Und so gehen die Zahlen dann auch nicht mehr so schnell runter
-
- 52 B6: Und das ist ein Teufelskreis, der da entsteht, wo man im Endeffekt den Absprung nicht verpassen darf. Jetzt müssen wir sehen, wie sich die Fallzahlen weiterentwickeln, auch diese Woche waren die wieder relativ hoch, mit bis zu 100 Fällen pro Tag.
-
- 53 F: Das ist viel und vermutlich nicht mehr Handlebar.
-
- 54 B6: Wir haben Glück, dass meistens sonntags und montags die Zahlen relativ gering sind, sodass wir da eine Lücke drin haben, wo wir den Rest wieder aufarbeiten können. Momentan geht es sich irgendwie gerade noch so aus, unter Einsatz aller Kräfte, aber das ist kein Dauerzustand.
-
- 55 F: Absolut klar. Dann wären das zumindest einmal meine groben Themengebiete. Vielen Dank für das Gespräch.