

Tanja Klenk, Mirella Cacace, Stefanie Ettelt

Der öffentliche Gesundheitsdienst in der Corona-Krise: zwischen Hierarchie, loser Koppelung und polyzentrischer Koordination

Zusammenfassung

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) spielt bei der Bewältigung der Covid-19 Pandemie eine zentrale Rolle. Sein Krisenmanagement ist im hohen Maße auf Koordination angewiesen, was jedoch durch die Komplexität der Strukturen und die Vielzahl der Akteure im deutschen Gesundheitssystem erschwert wird. Die verwaltungswissenschaftliche Literatur unterscheidet drei Paradigmen der Koordination: hierarchisch-funktional, lose verbunden (neo-institutionalistisch) und polyzentrisch. Der Beitrag nutzt diese Unterscheidung als theoretischen Rahmen und zeigt, dass alle drei Formen der Koordination in der Struktur und im gesetzlichen Auftrag des ÖGD angelegt sind. Wir zeigen anhand von zwei Aufgaben des Krisenmanagements, Testung und Kontaktnachverfolgung, dass sich hierarchische Koordinationsformen in der Krise als unzureichend herausgestellt haben und zunehmend polyzentrische Ansätze erprobt wurden. Eine nachhaltige Verankerung der polyzentrischen Koordination verlangt allerdings eine grundlegende Reform der institutionellen Architektur des ÖGD, auch im Regelbetrieb. Abschließend plädiert der Beitrag dafür, das durch die Krise entstandene „Window of Opportunity“ für eine solche Reform zu nutzen.

Schlagworte: Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD), Covid-19, Koordination, Krisenmanagement, Governance

Abstract

The public health service in the Corona crisis: between hierarchy, loose coupling and pluricentric coordination

Local health authorities (ÖGD) are central to the response to the Covid-19 pandemic. Their crisis management is highly dependent on coordination, which is complicated by the structural complexity and large number of actors in the German health care system. The public administration literature distinguishes three paradigms of coordination: hierarchical-functional, loosely coupled (neo-institutional) and pluricentric. This article uses this distinction as a theoretical framework and demonstrates that all three forms are embedded in the institutional structure and legal mandate of the ÖGD. Using testing and contact tracing as examples, we show that hierarchical forms of coordination have proven unsatisfactory and have increasingly been replaced by pluricentric approaches. We argue that a sustainable approach to pluricentric coordination would require changes to the institutional architecture of the public health service. The article concludes with the observation that the Covid-19 pandemic also opens a “window of opportunity” that should be seized for reform.

Keywords: local health authorities (ÖGD), Covid-19, coordination, governance, crisis management

1 Einleitung

Durch Pandemien ausgelöste Krisen sind in räumlicher, funktionaler und zeitlicher Hinsicht komplex. In der politik- und verwaltungswissenschaftlichen Literatur wird

dabei die Fähigkeit der Akteure zur horizontalen und vertikalen Koordination und zum Netzwerkmanagement als eine zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Bewältigung komplexer Krisen gesehen (Boin, 2009; Boin & 't Hart, 2010). Die Gesundheitsämter sind zentrale Akteure in der Bekämpfung der Corona-Pandemie in Deutschland. Bislang gibt es nur wenige politik- und verwaltungswissenschaftliche Forschungsbeiträge zur Rolle der Gesundheitsämter im Gesundheitsschutz und in der Koordination während der Krise. So fragen Nathalie Behnke und Matthias Zimmermann (2020), wie Landesministerien unter Bedingungen des föderalen Mehrebenensystems den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) steuern können und verweisen auf die Notwendigkeit einer intensiven Vernetzung über Ebenen und geografische Grenzen hinweg.

Dieser Beitrag widmet sich der Fragestellung, welche Koordinationsaufgaben des ÖGD wie im gesetzlichen Rahmen verankert sind und wie sie im aktuellen Krisenfall umgesetzt wurden. Er geht insbesondere der Frage nach, ob unter dem Druck der Krise neue Formen polyzentrischer Koordination entstanden sind, die über die Pandemie hinaus für die Bevölkerungsgesundheit genutzt werden können. Der Artikel leistet auf diese Weise einen konzeptionellen Beitrag zur aktuellen Diskussion um die Weiterentwicklung der Rolle des ÖGD im Gesundheitswesen.

Um diese Fragen zu beantworten, stellen wir in Kapitel 2 zunächst theoriebasiert drei Ansätze von Koordination vor, die unterschiedlichen Steuerungsparadigmen zugeordnet werden können und als funktional-hierarchisch, lose gekoppelt (*loosely coupled*) und polyzentrisch (*pluricentric*) beschrieben werden (Pedersen, Sehested & Sørensen, 2011). Jeder Ansatz geht mit unterschiedlichen Stärken, Schwächen und Voraussetzungen einher, die auch für die Bewältigung des Krisenfalls relevant sind. Kapitel 3 beschreibt unseren methodischen Ansatz und die Datengrundlage. In Kapitel 4 untersuchen wir, welches Koordinationsverständnis der formalen Aufgabenbeschreibung des ÖGD zugrunde liegt, bevor wir uns in Kapitel 5 mit der Frage befassen, wie sich die beschriebenen theoretischen Ansätze der Koordination in der Praxis wiederfinden. Wir untersuchen an zwei zentralen Aufgaben der Krisenbewältigung – Organisation der Testung und Nachvollziehen von Kontakten – welche Koordinationsformen sich beobachten lassen. Die beschriebenen Beispiele erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern haben illustrativen Charakter und dienen vor allem der Vorbereitung der konzeptionellen Diskussion der Stärken, Schwächen und Voraussetzungen der hierarchischen, lose gekoppelten und polyzentrischen Steuerung im Krisenfall in Kapitel 6. Wir stellen fest, dass sich eine Bewegung hin zu einem polyzentrischen Ansatz der Koordination beobachten lässt. Zum Zeitpunkt des Schreibens dieses Beitrags im November 2020 befinden wir uns in der zweiten Welle dieser Pandemie. Abschließende Einschätzungen sind daher derzeit nicht möglich. Kapitel 7 fragt vor diesem Hintergrund nach der künftigen Rolle des ÖGD im Gesundheitswesen.

2 Theoretische Perspektiven auf Koordination

In ihrer Systematisierung der verwaltungs- und organisationswissenschaftlichen Theorien der Koordination schlagen Anne Pedersen, Karina Sehested und Eva Sørensen (2011) vor, drei zeitlich aufeinanderfolgende Paradigmen zu differenzieren. Diese unterscheiden sich in ihren Annahmen über Akteure und deren Rationalität sowie in den Bedingungen und Mechanismen von Koordination. Angewendet auf den Krisenfall,

sind die Stärken und Schwächen dieser Modelle von Koordination von zentraler Relevanz.

2.1 Paradigmen von Koordination

Das erste Paradigma, das zeitlich vom Beginn des 20. Jahrhunderts bis ca. Mitte der 1970er Jahre verortet wird, ist vor allem durch ein funktionalistisches Verständnis von Koordination geprägt. Zentral ist der Gedanke der Gestaltbarkeit („designability“ nach Okhuysen & Bechky, 2009, p. 467): Komplexe Aufgaben und Arbeitsprozesse lassen sich in Einzelschritte zerlegen, auf verschiedene Akteure verteilen und anschließend wieder zu einem konsistenten Ganzen zusammenführen. Dabei gibt es eine rational optimale Form der Koordination, die sich ex ante beschreiben und beispielsweise durch Studien über die Effekte von Standardisierung und Spezialisierung wissenschaftlich untermauern lässt. In der praktischen Anwendung setzt dieses Verständnis von Koordination auf detaillierte Pläne, fest definierte Regeln der Informationsweiterleitung sowie auf hierarchische Entscheidungsstrukturen (Oykhuse & Bechky, 2009, p. 484).

In der zweiten Phase der Theorieentwicklung findet eine kritische Auseinandersetzung mit dem funktional-hierarchischen Paradigma statt, insbesondere bezüglich seiner Annahmen über Rationalität und der Idee eines universell optimalen Modells von Koordination. Die Vorstellung von hierarchisch organisierten Arbeitsprozessen, bei der Arbeitsprozesse zentral gesteuert werden, wird durch das Bild des lose gekoppelten Systems (loosely coupled system) ersetzt. In Abgrenzung zum funktionalistischen Paradigma betont das sich nun herausbildende (neo-)institutionalistische Paradigma die Kontingenz und Situativität von Koordination. Es verweist auf die Bedeutung von feld- oder fallspezifischen Logiken der Angemessenheit („logic of appropriateness“ nach March & Olsen, 1995), die sich nicht nur in formalen Regeln und Strukturen, sondern auch in institutionalisierten Normen und Werten manifestieren. Koordination in lose gekoppelten Systemen – so die Argumentation – ist anpassungsfähiger, flexibler und offener für Innovation als in funktional-hierarchisch organisierten Systemen, vor allem bei turbulenten Umweltbedingungen. J. Douglas Orton und Karl E. Weick (1990) stellen jedoch fest, dass Koordination in lose gekoppelten Systemen nur dann gelingen kann, wenn es eine klare Verständigung über gemeinsame Ziele sowie eine Aufgabenteilung gibt, in der alle Beteiligten ihre Rolle kennen und auch übernehmen. Fehlen diese Voraussetzungen, wird aus dem lose verflochtenen ein desintegriertes System. Probleme entstehen insbesondere, wenn Abstimmungs- und Koordinationsprozesse zwischen den Teilsystemen von Machtasymmetrien geprägt sind oder wenn das Verständnis über gemeinsame Zielsetzungen fehlt.

Seit den 1990er Jahren konzentriert sich die Theorieentwicklung auf ein drittes Paradigma, welches Pedersen, Sehested und Sørensen, (2011) als „pluricentric theory of coordination“ bezeichnen. In diesem Paradigma wird das binäre Systemverständnis früherer Theorieansätze (Vorhandensein von Steuerung, stark oder schwach ausgeprägte Mechanismen) zugunsten hybrider Logiken überwunden. Das Zusammenspiel von Akteuren wird dabei als Netzwerk gedacht, dessen Maschen weiter und enger, dessen Knotenpunkte dicker oder schwächer, auf einer oder mehrerer Ebenen angeordnet sein können (Kickert, Klijn & Koppenjan, 1997; Sørensen & Torfing, 2009). Koordination wird dabei als relational und abhängig von der Kommunikation der Akteure verstanden

(Hoffer Gittell, 2002). Koordination gelingt dann, wenn Akteure Situationen auf gleiche Weise interpretieren, beispielsweise aufgrund gemeinsam geteilter Weltbilder, Normen und Werte oder wechselseitigen Vertrauens. Koordinationsmuster folgen einer feld- bzw. fallspezifischen Logik und haben nur einen temporären Charakter. Im polyzentrischen Paradigma werden dementsprechend Elemente des lose gekoppelten und des hierarchischen Modells zusammengeführt: Fragmentierung wird – wie im lose gekoppelten Modell – als systemimmanent begriffen. Aus dem funktional-hierarchischen Modell greift das polyzentrische Paradigma die Idee der Gestaltbarkeit auf und betont die Notwendigkeit von Steuerung.

Im polyzentrischen Modell wird einem Akteur innerhalb des Netzwerkes die Rolle des „Governors“ zugeschrieben, der durch Monitoring und Netzwerkmanagement eine Steuerungsfunktion übernimmt, innerhalb derer die Akteure ihre relative Autonomie ausleben (Kickert, Klijn & Koppenjan, 1997; Rhodes, 1997). Pedersen, Sehested und Sørensen (2011, p. 379) betrachten diese als Metagovernance bezeichnete Form der hierarchischen Koordination als notwendig, damit innerhalb des Netzwerkes effektive Selbststeuerung erfolgen kann. Es ist Aufgabe des Governors, diese Rahmenbedingungen zu schaffen und Selbststeuerung beispielsweise durch kommunikative Mittel (story telling, framing), durch Anreize und die Bereitstellung von Ressourcen zu fördern (Sørensen & Torfing, 2009).

Metagovernance soll darauf hinwirken, die horizontale und vertikale Vernetzung zu stärken und Mechanismen zu etablieren, mittels derer relevantes Steuerungs- und Fachwissen geteilt und eine gemeinsame Problemsicht befördert werden kann. Aufgabe des Governors ist ferner, Qualitätskontrollen und Rechenschaftsmechanismen in polyzentrisch organisierten Systemen zu verankern, Lernerfahrungen über neue Modelle, Instrumente und Strategien zu systematisieren und zu kommunizieren sowie Rückkopplungsmechanismen bereitzustellen, so dass Informationen über Probleme, die vor Ort nicht gelöst werden können, übergeordnete Ebenen erreichen, um dort bearbeitet zu werden.

Im Unterschied zur hierarchischen Steuerung besteht im polyzentrischen Modell kein Anspruch darauf, jeden Aspekt von Top-down zu bestimmen. Der Governor begrenzt also seinen eigenen Führungsanspruch und gesteht den Akteuren innerhalb des Netzwerkes Entscheidungs- und Handlungsspielraum zu. Diese Spielräume sind erforderlich, um die Motivation der lokalen Akteure vor Ort zu erhalten bzw. zu steigern, und damit sich Lösungsansätze an lokale Gegebenheiten oder sich verändernde Rahmenbedingungen anpassen lassen (Pedersen, Sehested & Sørensen, 2011, p. 389). Zum Gelingen polyzentrischer Koordination ist jedoch auch die Inanspruchnahme dieser Freiräume durch die beteiligten Akteure erforderlich. Gleichzeitig ist zu akzeptieren, dass Vorgehen und Ergebnisse lokal variieren und auch suboptimale Ergebnisse erzielt werden.

Tabelle 1 zeigt zusammengefasst eine Übersicht der Stärken, Schwächen und Voraussetzungen der drei Modelle von Koordination.

Tabelle 1: Drei Modelle der Koordination: Stärken, Schwächen und Voraussetzungen

Hierarchisch-funktional	Lose verbunden (neo-institutionalistisch)	Polyzentrisch
STÄRKEN		
<ul style="list-style-type: none"> – Klare Verantwortlichkeiten durch System der Unter- und Überordnung – Ressourceneffizienz – Planbarkeit – Geschwindigkeit – Einheitlicher Ansatz 	<ul style="list-style-type: none"> – Flexibilität und Anpassungsfähigkeit – Autonomie lokaler Akteure – Vielfalt lokaler Lösungsansätze – Fähigkeit zur Innovation 	<ul style="list-style-type: none"> – Flexibilität und Anpassungsfähigkeit – Vielfalt lokaler Lösungsansätze – Zentrale Übersicht durch Monitoring
SCHWÄCHEN		
<ul style="list-style-type: none"> – Unflexibel und statisch – Geringe Innovationsfähigkeit – Repliziert den Status Quo – Demotivation durch geringe Autonomie lokaler Akteure 	<ul style="list-style-type: none"> – Hohes Risiko der Desintegration und fehlenden Koordination – Keine langfristige Planung oder Zusammenarbeit – Anfällig für Machtasymmetrien 	<ul style="list-style-type: none"> – Mittleres Risiko der Desintegration – Ressourcenintensiv und wenig effizient durch Dopplung – Hohes Konfliktpotential, da Konsens über Weltbilder, Normen und Werte immer wieder erneut herzustellen ist – Risiko des Scheiterns
VORAUSSETZUNGEN		
<ul style="list-style-type: none"> – Existenz eines zentralen Akteurs mit hoher Legitimität – Bereitschaft lokaler Akteure, Anweisungen zu befolgen 	<ul style="list-style-type: none"> – Akteure brauchen (temporär) gemeinsame Ziele, Normen und Weltbilder – Eigeninitiative bei gleichzeitig klarem Rollenverständnis – Klare Aufgabenteilung – Hoher Anspruch an Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> – Existenz eines zentralen Akteurs mit hoher Legitimität (Governor) und begrenztem Führungsanspruch – Mittlere Autonomie der lokalen Akteure, um Motivation zu erzeugen/erhalten und Anpassungsmöglichkeiten zu schaffen – Hoher Anspruch an Kommunikation/zweiseitige Kommunikation – Fähigkeit zum Lernen und Risikotoleranz

Quelle: Eigene Zusammenstellung.

2.2 Koordination im Krisenfall

Neben den grundsätzlichen Fragen zum Verständnis und den Voraussetzungen von Koordination gibt es in der politik- und verwaltungswissenschaftlichen Literatur eine intensive Auseinandersetzung über die Möglichkeit zur Koordination in der Krise. Die drei oben genannten Theorieperspektiven sind auch in dieser Literatur vertreten und artikulieren unterschiedliche Annahmen darüber, wie Koordination im Krisenfall gelingen kann. Basierend auf *Tabelle 1* werden im Folgenden Stärken, Schwächen und Voraussetzungen der vorgestellten Koordinationsmodelle speziell im Krisenfall betrachtet.

Die funktional-hierarchische Perspektive geht davon aus, dass man sich auch auf komplexe Krisen optimal vorbereiten und diese durch gute Planung und solides Management beherrschen kann. Der Vorteil dieses Top-down Vorgehens ist, dass die Aufgabenteilung im Vorfeld geklärt ist und dadurch ein schnelles und einheitliches

Handeln ermöglicht wird. Das Modell stößt jedoch an seine Grenzen, wenn die Herausforderungen den vorhandenen Planungs- und Ressourcenrahmen überschreiten. Es setzt voraus, dass die hierarchische Vorgehensweise und insbesondere die Rolle der zentralen Akteure an der Spitze der Hierarchie als legitim anerkannt werden.

Demgegenüber akzeptiert die neo-institutionalistische Perspektive, dass Teilsysteme eigenen, internen Logiken folgen, die sich für diese selbst zwar bewährt haben, aber die Zusammenarbeit über Systemgrenzen hinweg nicht unbedingt erleichtern. Dies gilt auch für die Koordination in Krisensituationen, da hier oftmals Akteure erstmals aufeinandertreffen (Wolbers, Boersma & Groenewegen, 2018; Christensen, Læg Reid & Rykkja, 2015). Die politik- und verwaltungswissenschaftliche Krisenforschung befasst sich in diesem Zusammenhang mit den Grenzen der Steuerung im Krisenfall und fragt, wie ein Auseinanderdriften (decoupling) der nur lose gekoppelten Teilsysteme vermieden werden kann. Zumindest temporär gemeinsam geteilte Ideen, Normen und Weltbilder (shared understanding) spielen hierfür eine zentrale Rolle (Pedersen, Sehested & Sørensen, 2011, p. 387). Das Risiko ist jedoch hoch, dass die Zusammenarbeit suboptimal bleibt und im Krisenfall versagt.

Auch die aktuelle Diskussion über Koordination im Krisenfall ist durch polyzentrische Modelle geprägt. Diese akzeptieren, dass ein politisch-administratives System komplex und auch fragmentiert ist, wobei letzteres sogar die Voraussetzung für autonomes und flexibles Handeln der Akteure angesichts sich schnell verändernder Rahmenbedingungen bildet. Entscheidend für gelingende Koordination sind ein oder mehrere Governor(s), deren Aufgabe es ist, den Handlungsrahmen der Akteure zu definieren und zu überwachen. Dementsprechend ergibt sich die Resilienz und Robustheit eines Systems aus seiner Fähigkeit zur Anpassung, *nicht* aus der Erhaltung seiner bestehenden Strukturen und Prozesse (Ansell, Sørensen & Torfing, 2020). Eine solche Adaptionsleistung lässt sich zum Beispiel durch Improvisation (bricolage) erzielen oder durch Skalierung, das heißt durch den schnellen Auf- oder Abbau von Kapazitäten.

Ein weiteres Instrument polyzentrischer Koordination ist die Modularisierung, also die Entwicklung von Lösungsansätzen als Systembausteine, die auf andere Situationen und Orte leicht übertragen werden können. Anders als im zentral gesteuerten hierarchischen Koordinationsmodell ermöglicht diese Vorgehensweise Flexibilität, indem sich Module in immer neuer Weise zusammenfügen lassen. Auch die Delegation von Entscheidungskompetenzen und Befähigung von Teilsystemen zur Selbststeuerung ist eine Strategie zur Steigerung der Adaptionsfähigkeit und damit der Resilienz. Dementsprechend zeichnet sich gutes Krisenmanagement durch die gelungene Balance zwischen einer starken zentralen Steuerung und lokaler Autonomie aus. Voraussetzungen für Koordination im polyzentrischen Modell sind Metagovernance, also Führungsvermögen, das die Balance zwischen zentralen Kompetenzen und lokaler Autonomie hält, sowie die Fähigkeit, gemeinsame Ziele und Wertvorstellungen zu schaffen (Ansell, Sørensen & Torfing, 2020). Von Nachteil ist jedoch, dass polyzentrische Koordination ressourcenintensiv sein kann, da sie Redundanzen und Wiederholungen erfordert (siehe auch Howlett, Capano & Ramesh, 2018, p. 406). Alle Beteiligten, auch der Governor, müssen bereit sein, Ineffizienzen und Fehler zu tolerieren. Krisenmanagement ist damit nicht nur eine Frage technischer Lösungen, sondern auch der politischen bzw. Organisationskultur (Christensen, Læg Reid & Rykkja, 2016, p. 892).

Um polyzentrische Koordination von einem unkoordinierten, ad hoc erfolgenden und situativen „Muddling through“ zu unterscheiden, ist die Beobachtung von Meta-

governance essentiell. Bislang sind polyzentrische Koordination und Metagovernance jedoch nicht im Kontext von föderalen Mehrebenensystemen beschrieben worden. Föderale Systeme, so lässt sich argumentieren, sind grundsätzlich polyzentrisch angelegt und auch im Krisenfall sind Kompetenzen zwischen den Ebenen des Bundes, der Länder und der Kommunen aufgeteilt. Hinzu kommt, dass die Identifikation von Metagovernance im komplexen, sektoral gegliederten deutschen Gesundheitssystem erschwert ist. Je mehr Teilsysteme – und damit auch potenzielle Governors – beteiligt sind, desto anspruchsvoller wird Metagovernance.

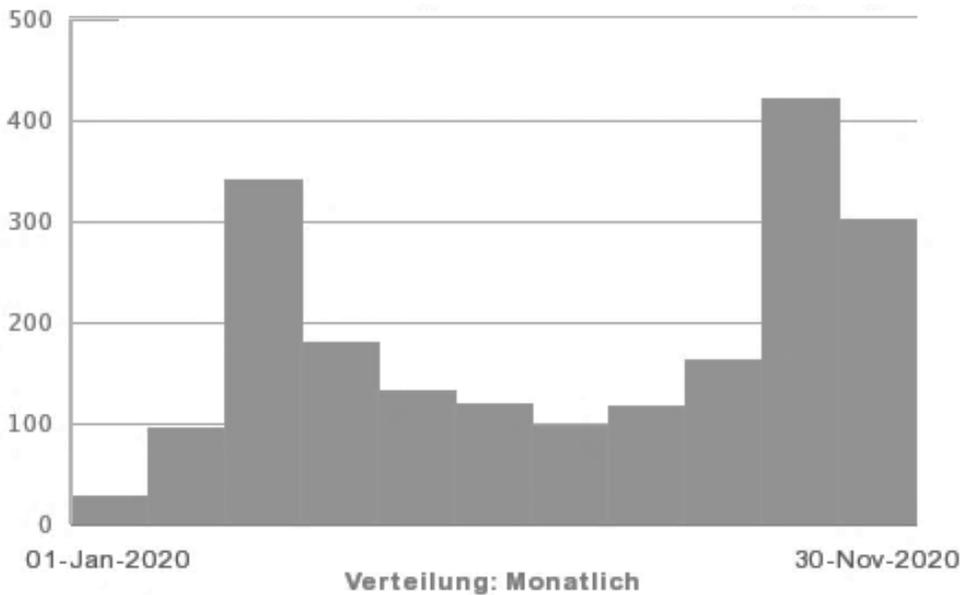
3 Datengrundlage und Methoden

Die Analyse von Policy-Dokumenten und Medienbeiträgen dienen der Identifikation von Koordinationsleistungen – und damit auch von Metagovernance – durch den ÖGD in der Krisensituation. Datengrundlage bilden dazu Policy-Dokumente einschließlich Gesetzestexten, Richtlinien und Planungsdokumenten von Organisationen der Landes- und Bundesregierungen sowie Stellungnahmen von Berufsverbänden. Die Recherche dieser Dokumente erfolgte gezielt über die Websites der jeweiligen Organisationen und Suchmaschinen. Sie dienen dazu, gesetzliche Rahmenbedingungen, Aufbau und Mandat des ÖGD im Krisenfall zu verstehen.

Darüber hinaus wurden sieben überregionale Tages- und Wochenzeitungen (Süddeutsche Zeitung (SZ), Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ), Die Zeit, Tageszeitung (TAZ), Der Tagesspiegel, Die Welt und Frankfurter Rundschau (FR), einschließlich der jeweiligen online-Ausgaben, über das Suchportal Factiva ausgewertet. Die Analyse der Medienartikel erfolgt thematisch fokussiert auf zwei Fallbeispiele, Kontaktverfolgung und Testung, als zentrale pandemiebedingte Aufgaben der Gesundheitsämter (GA), die ein hohes Maß an Koordination erfordern. In die Auswertung wurden Artikel einbezogen, in denen das Stichwort „Gesundheitsämter“ im engen Kontext (Operator: „same“) von „Kontaktverfolgung“ oder „Testung“ steht. Schwerpunkt der Berichterstattung waren März 2020 (insbesondere Kontaktverfolgung) sowie Oktober/November 2020 (Kontaktverfolgung und Testung). In unserer Analyse konzentrieren wir uns auf die Spitzenmonate der Berichterstattung, März und Oktober 2020, wie in den *Abbildungen 1 und 2* dargestellt.

In einem weiteren Analyseschritt wurden die Berichte nach genauer Lektüre auf die Schilderung der Akteure, ihrer Arbeitsabläufe und auf Änderungen bestehender Vorgehensweisen hin untersucht und für diesen Beitrag beispielhaft ausgewählt. Ergänzend fanden Hintergrundgespräche mit Expert*innen aus dem ambulanten und stationären Gesundheitssektor, dem Pflegebereich, der Kommunalverwaltung und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr statt, um das in den Medien beschriebene Krisenmanagement zu kontextualisieren.

Abbildung 1: Berichterstattung über Kontaktverfolgung

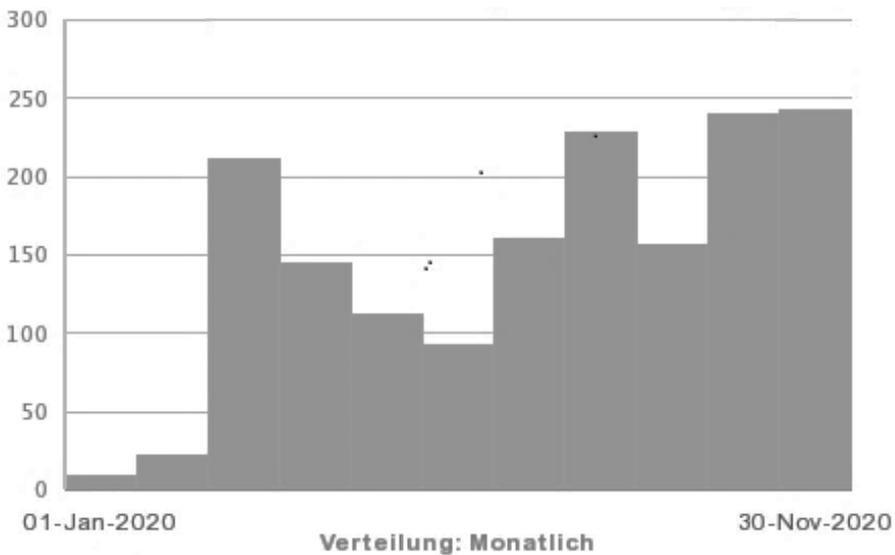


1,985 Dokumente Von 28/01/2020 bis 30/11/2020

© 2021 Factiva, Inc. Alle Rechte vorbehalten.

Quelle: Factiva, eigene Zusammenstellung.

Abbildung 2: Berichterstattung über Testung



1,614 Dokumente Von 28/01/2020 bis 30/11/2020

© 2021 Factiva, Inc. Alle Rechte vorbehalten.

Quelle: Factiva, eigene Zusammenstellung.

4 Aufgaben und Mandate des ÖGD

Im Folgenden stellen wir Aufbau und Mandat sowie die gesetzlichen Rahmenbedingungen des ÖGD vor. Dabei zeigt sich, dass die drei Koordinationsansätze – hierarchisch, lose verbunden und polyzentrisch – bereits in der Struktur und im gesetzlichen Auftrag des ÖGD angelegt sind.

4.1 Die Gesundheitsämter in der Hierarchie von Bund und Ländern

Öffentliche Gesundheit fällt in Deutschland in die Kompetenz des Bundes, der Länder und der Kommunen, ist jedoch vor allem eine Aufgabe der Bundesländer (GG 30) (Reisig & Kuhn, 2020). Auch die Rolle der Gesundheitsämter als lokale Akteure ist vor allem durch die Landesgesetzgebung festgelegt, somit übt die Landesregierung die Funktion des Governor aus (Behnke & Zimmermann, 2020). Strukturelle Unterschiede gibt es bei der Frage, ob Gesundheitsämter Teil der staatlichen Landesverwaltung (z. B. in Bayern und Baden-Württemberg) oder der kommunalen Selbstverwaltung sind (z. B. in Nordrhein-Westfalen) sind. Zudem variieren Landesgesetze in der Beschreibung der Aufgaben der kommunalen Gesundheitsämter, beinhalten jedoch übereinstimmend Gesundheitsvorsorge (Aufklärung, Gesundheitserziehung, Beratung), Gesundheitsfürsorge für spezielle, insbesondere vulnerable Gruppen, Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz, insbesondere bei übertragbaren Krankheiten, als Kernfunktionen (Deutscher Bundestag, 2015).

Die Aufgaben der Gesundheitsämter bei der Krisenvorbereitung und dem Krisenmanagement werden in den Plänen der Länder für die Vorbereitung auf eine Influenza-Pandemie beschrieben. So legt der Pandemieplan des Landes Baden-Württemberg Rahmenbedingungen, Strukturen, Aufgaben und Zuständigkeiten in der Pandemiebewältigung fest, darunter die Mitwirkung der Gesundheitsämter im Verwaltungsstab der Kommunen (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020, insbes. S. 14 ff.). Die Gesundheitsämter sind hierin aufgefordert, entsprechendes Fachwissen beizutragen und den Führungsstab, der im Pandemiefall einzurichten ist, entweder zu leiten oder darin mitzuwirken. Grundlage hierfür ist die Einschätzung der epidemiologischen Lage vor Ort auf Basis von Daten der Krankenhäuser, Arztpraxen und Apotheken sowie von Meldedaten nach Infektionsschutzgesetz.

Ein weitgehend hierarchisches Rollenverständnis ergibt sich aus den Bestimmungen des (Bundes-) Infektionsschutzgesetzes (IfSG), das die Aufgaben des ÖGD in Bund, Ländern und Kommunen bei der Bekämpfung bestimmter Infektionserkrankungen festlegt. Das IfSG regelt insbesondere den Beitrag der verschiedenen Hierarchieebenen zur Meldepflicht. Zur Umsetzung der Meldepflicht sind – neben dem ÖGD – auch Gemeinschaftseinrichtungen (Kindertageseinrichtung, Schulen, Einrichtungen für ältere, behinderte und pflegebedürftige Menschen) verpflichtet (§36 IfSG). Anlässlich des Ausbruchs der Pandemie erweiterte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Januar 2020 die Meldepflicht auf SARS-CoV-2.

Im Pandemiefall kann der Bundestag die Rolle des Bundes als Governor stärken, indem er eine „Epidemische Lage von nationaler Tragweite“ feststellt (§5 IfSG). Diese ermächtigt das BMG durch Rechtsverordnung und ohne Zustimmung des Bundesrats, Maßnahmen festzulegen, die der Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung (z. B.

Erhalt und Ausbau von Laborkapazität) und dem Schutz der Gesundheit (z. B. Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel für Gesundheitsämter) dienen, sofern sie die Befugnisse der Länder nicht einschränken.

Das IfSG legt auch fest, dass Gesundheitsämter in Fragen des Infektionsschutzes gegenüber anderen Einrichtungen weisungsbefugt sind (z. B. bei der Durchführung der (infektions-)hygienischen Überwachung (§ 15a IfSG) oder bei Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (§ 16 IfSG)). Das heisst, sie treten im Rahmen bestimmter hoheitlicher Aufgaben ebenfalls als Governor gegenüber anderen (kommunalen) Akteuren auf. Sie können die Erstellung eines regelkonformen Hygieneplans einfordern oder die temporäre Schließung einer Einrichtung anordnen, wenn das dem Schutz der Gesundheit der Bewohner*innen bzw. Nutzer*innen dient. Das Gesetz verpflichtet die Gesundheitsämter ferner, Ansteckungsquellen zu ermitteln (§ 25 IfSG) und Schutzmaßnahmen durchzusetzen, darunter Maßnahmen der Isolierung im Ansteckungsfall (§ 28 IfSG).

Auch das Robert Koch Institut (RKI) auf Bundesebene erhält zusätzliche koordinierende Funktionen durch das IfSG, z. B. bei der Zusammenführung und Auswertung der Meldedaten. Ferner übernimmt das RKI Steuerungsaufgaben, indem es „Richtlinien, Empfehlungen, Merkblätter und sonstige Informationen zur Vorbeugung, Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten“ (IfSG §4) erstellt (z.B. RKI, 2020a), die von Gesundheitsämtern umzusetzen sind.

4.2 Lose verbunden: ÖGD, Gesundheitsversorgung und Kommunalverwaltung

Der ÖGD wird häufig als Dritte Säule – neben dem ambulanten und stationären Gesundheitssektor als Erste und Zweite Säule – bezeichnet; eine Metapher, die die Trennung der Bereiche sowie die Nachrangigkeit des ÖGD als staatlicher Akteur im Sinne des Subsidiaritätsprinzips zum Ausdruck bringt (Grunow & Grunow-Lutter, 2000). Gesundheitsämter erbringen sogenannte (sozial-) kompensatorische Leistungen im Rahmen der Gesundheitshilfe. Diese richten sich vorrangig an vulnerable Gruppen in der Bevölkerung, die keinen Zugang zum Krankenversorgungssystem haben, weil es Lücken hat oder Zugangsbarrieren aufweist.

Gleichzeitig befinden sich die Gesundheitsämter als zentraler Akteur mit Koordinationsfunktion des (meist) kommunalen Gesundheitsdienstes an der Schnittstelle zwischen öffentlicher Gesundheit und der durch die selbstverwalteten Leistungserbringer im ambulanten und stationären Sektor erbrachten Gesundheitsversorgung, die im SGB V geregelt und durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder die Private Krankenversicherung (PKV) erstattet wird.

Die Ländergesetzgebung macht zudem deutlich, dass die Gesundheitsämter mit den Akteuren der Gesundheitsversorgung der anderen beiden Säulen zusammenarbeiten sollen, so etwa beim Arbeitsschutz oder beim Gesundheitsschutz für Kinder und Jugendliche (Reisig & Kuhn, 2020). Die Gesundheitsämter verfügen jedoch weder über positive noch über negative Sanktionsmittel, um diese Kooperation einzufordern. Die Aufgabenerfüllung wird zudem durch den Fachkräftemangel und durch Statusunterschiede zwischen den im ÖGD und den im ambulanten und stationären Gesundheitssektor Beschäftigten erschwert.

Zusätzlich zur Gesundheitshilfe gehören Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung zu den zentralen Aufgaben der Gesundheitsämter. Dabei ist der ÖGD auf die Zusammenarbeit mit den Akteuren des kommunalen Sozialwesens angewiesen, um in der Kommune gesundheitsbezogene Maßnahmen zu initiieren und zu begleiten. Die Aktivitäten der Gesundheitsämter reichen bei dieser Querschnittsaufgabe weit in andere Politikfelder hinein, etwa Verkehr, Bildung und Stadtentwicklung (Grunow & Grunow-Lutter, 2000). Dabei zeigt sich, dass die Gesundheitsämter entscheidend auf das Wissen der Implementierungsakteure in Selbstverwaltung und Kommunalpolitik angewiesen sind, da sie selbst dieses Wissen nur bedingt bereitstellen können (Mosebach & Walter, 2006, S. 10). Eine Interviewstudie aus Heinsberg von 2007 zeigt zudem, wie schwierig es für kommunale Gesundheitsämter sein kann, Entscheidungsträger (Bürgermeister, Politiker, Dezernenten), die nicht hauptsächlich für Gesundheit zuständig sind, für gesundheitsbezogene Belange zu interessieren (Ziemer & Grunow-Lutter, 2007).

4.3 Gesundheitsämter als Netzwerker: Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsberichterstattung

Zunehmend richtet sich der ÖGD an der Idee von Bevölkerungsgesundheit (Public Health) aus, wie im „Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst“ zum Ausdruck gebracht wird (Akademie des Öffentlichen Gesundheitsdiensts, 2018). In diesem Leitbild ist Koordination neben Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung eine Kernaufgabe des ÖGD. Dem Leitbild zufolge sollen sich Gesundheitsämter als Netzwerker betätigen und kommunale und regionale Akteure stärker in Gesundheitsthemen integrieren. Diese Aufgabe soll durch Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung und die Moderation von kommunalen oder regionalen Gesundheitskonferenzen wahrgenommen werden. Das Leitbild beschreibt die Rolle des ÖGD daher auch als Moderator, Anwalt und Politikberater (ibid, S. 3). In Nordrhein-Westfalen wurde diese Rolle bereits 1997 in das Gesetz über den ÖGD aufgenommen. Gesundheitsberichterstattung – also die Sammlung relevanter Sozial- und Gesundheitsdaten für ein kommunales Gesundheitsmonitoring – sowie Gesundheitskonferenzen dienen dabei dem Ziel, den ÖGD mit den Akteuren der Selbstverwaltung und der Kommune an einen Tisch zu bringen. Auf diese Weise sollen Ziele der Gesundheitsförderung gemeinsam erarbeitet werden. Damit geht die Forderung einher, dass Gesundheitsämter „vernetzter, interdisziplinärer und wissenschaftlicher als bisher“ arbeiten sollen (Kuhn, Wildner & Zapf, 2012, S. 415).

Diese Funktionen sind jedoch relativ neu und haben gegenüber anderen gesetzlichen (und hierarchisch angelegten) Mandaten wenig Durchsetzungskraft. Zudem werden sie durch die dünne Personaldecke unzureichend unterstützt (Behnke & Zimmermann, 2020). Gesundheitskonferenzen enthalten wichtige Elemente des polyzentrischen Modells wie etwa die Betonung der horizontalen Vernetzung als eine zentrale Voraussetzung für eine effektive Aufgabenerfüllung. Eine konsequente Umsetzung dieses Modells erfordert die Unterstützung der Steuerungsebene der Governors in Bund und Ländern (Borrmann & Rosenkötter, 2014). Derzeit sind solche Aktivitäten zur gezielten Unterstützung der lokalen Selbststeuerung jedoch weder durch kommunikative Mittel (*story telling, framing*) noch durch Anreize oder die Bereitstellung von Ressourcen durchgängig erkennbar.

Im Ergebnis finden sich die drei Koordinationsmodelle bereits in der Struktur des ÖGD wieder. Dabei ist die klassische Aufgabenverteilung durch die drei Hierarchieebenen gekennzeichnet, in der sowohl die Länder als auch der Bund die Rolle der Governors einnehmen. Eine aktive Koordinationsrolle des ÖGD wird dabei durch dessen Nachrangigkeit in dem Nebeneinander von ÖGD und ambulantem und stationärem Gesundheitssektor erschwert, da diese unterschiedlichen Regelungswerken unterstehen und eine übergeordnete Form von Governance fehlt. Daneben gibt es neuere Bestrebungen, den ÖGD als Netzwerker in einer polyzentrischen Struktur zu etablieren. Diese ist jedoch bislang schwach ausgeprägt und wird nur bedingt durch Formen der Metagovernance gestützt.

5 Koordination in der Corona-Pandemie

Die Betrachtung der Struktur und Mandate des ÖGD im vorausgegangenen Kapitel hat gezeigt, dass Gesundheitsämter bereits durch ihre gesetzlichen Rahmenbedingungen verschiedenen Koordinationsmodellen verpflichtet sind. Die Analyse der gewählten Aufgabenbereiche – Testung auf Infektionen mit SARS-CoV-2 und Kontaktnachvollziehung bei positivem Testergebnis hat zum Ziel, in der Pandemie Koordinationsmodelle zu beschreiben. Aufgrund der besonderen Fähigkeit zu Selbststeuerung und Adaptionfähigkeit in Krisensituationen ist von besonderem Interesse, ob sich polyzentrische Formen der Koordination herausgebildet haben.

5.1 Organisation der Testung

Die vom RKI (2020b) erarbeitete Nationale Teststrategie beschreibt im Sinne der Gestaltbarkeit von Prozessen detailliert, welche Bevölkerungsgruppen durch welche Organisationen zu testen sind und wie diese Ergebnisse zusammenzuführen sind. Sie wurzelt damit im funktionalistisch-hierarchischen Paradigma, dessen Funktionsfähigkeit – wie oben beschrieben – das Vorhandensein von steuerungsrelevantem Fachwissen und hinreichender Implementationskapazität voraussetzt. Früh gibt es jedoch Hinweise (z. B. SZ, 07.03.20; Die Welt, 06.03.20), dass die Implementationskapazität nicht ausreicht: Wer wann wo getestet wird, variiert je nach Region oder Einrichtung; zugleich fehlt es an Personal, um Tests durchzuführen. War zuerst hauptsächlich medizinisches Fachpersonal aus dem ambulanten und stationären Sektor mit der Testung betraut, so ermächtigte das BMG die Gesundheitsämter schon im Frühjahr dazu, diese Leistung ebenfalls zu erbringen und mit der GKV abzurechnen. Alle testenden Instanzen, Ärzt*innen, Wohlfahrtsverbände wie auch private Unternehmen sind verpflichtet, positive Testergebnisse an die Gesundheitsämter zur Weiterleitung an das RKI zu melden. Koordinierende Aufgabe der Gesundheitsämter ist damit das Zusammenführen der Ergebnisse der arbeitsteilig, in lose gekoppelten Systemen durchgeführten Testung, in die eine Vielzahl von Akteuren involviert sind.

Um die Testkapazitäten auszuweiten, wurden bereits im März mobile Testzentren eingerichtet, die meist von Wohlfahrtsverbänden oder Kassenärztlichen Vereinigungen betrieben wurden (KVN, 11.03.20; Die Welt, 26.03.20). Zur Entlastung des Gesundheitssystems wurden zudem andere öffentliche Einrichtungen herangezogen. So führte

beispielsweise das Kriminaltechnische Institut des Landeskriminalamtes Baden-Württemberg ab Mitte April 2020 SARS-CoV-2-Testverfahren für Polizeiangehörige durch (Landesregierung Baden-Württemberg, 13.04.2020).

Die Anordnung der Testpflicht für Rückkehrende aus Risikogebieten erforderte ebenfalls eine schnelle Ausweitung der Testkapazitäten. Um dies zu leisten, bat beispielsweise das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) Hilfsorganisationen wie das Bayerische Rote Kreuz, äußerst kurzfristig (innerhalb eines Tages) fünf Teststationen an Raststätten und in Bahnhöfen in Betrieb zu nehmen (BRK, 12.08.2020). Die weitere Auftragsvergabe durch das LGL, diesmal an Privatfirmen, erwies sich jedoch aufgrund fehlender Expertise stellenweise als problematisch. So verfügten die beauftragten Firmen zwar über Erfahrung im Bereich Logistik und Militärdienstleistungen, nicht jedoch in der Organisation von Testungen. Um die Aufträge abzuwickeln, waren die beauftragten Organisationen gezwungen, sehr kurzfristig eine Vielzahl von Personen zu rekrutieren und zu schulen. Erschwerend kam hinzu, dass das LGL den beauftragten Hilfsorganisationen und Privatfirmen kurzfristig keine adäquate Technikausstattung zur Verfügung stellen konnte, sodass die dann manuell durchgeführte Erfassung der Reiserückkehrer*innen zu einem „Befund-Chaos“ und negativer Berichterstattung für die politisch Verantwortlichen führte (SZ, 18.10.20).

Die Entwicklung von Antigen-Schnelltests brachte einen weiteren Innovationsimpuls. Ihre Organisation wurde von Beginn an nicht auf Ärzt*innen und Gesundheitsämter beschränkt, sondern – dem polyzentrischen Paradigma entsprechend – auf eine Vielzahl an Organisationen ausgeweitet. Insbesondere Pflegeheime und Krankenhäuser wurden angehalten, die Schnelltests anzuwenden, um Bewohner*innen und Personal zu schützen (BMG, 2020). Voraussetzung ist dabei ein Test-Konzept, welches dem zuständigen Gesundheitsamt verpflichtend zu dessen Prüfung vorzulegen ist. Die Verantwortung der Beschaffung der Tests – inklusive Vorkasse – oblag im Regelfall der Einrichtung selbst. Auch Kitas und Schulen wurde die Anwendung von Antigen-Schnelltests ermöglicht, um Lehrende und Erziehende zu testen.

Obleich dieses Vorgehen bereits in anderen Nationen erprobt war und die Testverordnung vom 14. Oktober 2020 ihren Einsatz und Vergütung regelt, sprach sich die Ärzteschaft zu Beginn gegen diese Vorgehensweise aus (Die Zeit, 20.10.2020). Mit der Änderung von Infektionsschutzgesetz und Medizinprodukte-Abgabeverordnung wurde der Arztvorbehalt für den Schnelltest annulliert; die Durchführung muss jedoch durch Personal erfolgen, das hierfür eigens zu schulen ist (z. B. Hygienebeauftragte).

Im Sinne einer polyzentrischen Koordination erfolgte damit – unter dem Druck der Krise – eine schnelle Verbreiterung der in die Testung involvierten Akteure. Dezentralisierung und Delegation der Aufgaben gingen stellenweise mit einem erhöhten Betreuungs- und Ausstattungsbedarf einher, konnten jedoch einen erheblichen Zeitgewinn realisieren.

5.2 Nachvollziehen von Kontakten

Seit der Ausweitung des Infektionsschutzgesetzes auf Sars-CoV-2 sind die Gesundheitsämter in der Pflicht, Menschen mit einem positiven Testergebnis zu informieren, zur Isolation aufzufordern sowie deren Kontakte aus den beiden Tagen vor dem Auftreten erster Symptome zu erfragen. Personen mit hohem Infektionsrisiko sind zur

Quarantäne aufzufordern (RKI, 2020c). Diese Aufgabe war in ihrem Umfang neu und erforderte in stark von Covid-19-Erkrankungen betroffenen Gebieten schnell zusätzliche Kapazitäten. Vielfach wurde kommentiert, dass die Personalausstattung der Gesundheitsämter in den vorangegangenen Jahrzehnten geschrumpft und damit zu gering sei (Der Tagesspiegel, 13.03.2020; SZ, 27.03.2020).

Während der ersten Welle im Frühjahr 2020 war die Strategie, Mitarbeitende in den Gesundheitsämtern verstärkt auf diese Aufgabe auszurichten und Personal aus anderen Behörden hinzuzuziehen, also eine Ausweitung der Kapazitäten nach dem funktional-hierarchischen Prinzip. Zusätzlich wurden vom RKI Stellen für Containment Scouts ausgeschrieben, für die der Bund Mittel zur Verfügung stellte (SZ, 09.05.2020; Der Spiegel, 02.05.2020). Auf diese Weise sind über 500 weitere Kräfte, insbesondere Studierende der Medizin, zur Unterstützung hinzugekommen. Darüber hinaus wurde auf Soldat*innen der Bundeswehr und Mitarbeitende des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zurückgegriffen, die für diesen Zweck geschult wurden (Der Tagesspiegel, 04.05.20; SZ, 12.05.20; MDK, 26.05.20). Diese Maßnahmen trugen dazu bei, innerhalb des vorhandenen Modells für eine begrenzte Zeit zusätzliche Kapazität zu schaffen. Die Unterstützung wurde jedoch meist über den Sommer wieder abgebaut, insbesondere weil Studierende ihr Studium fortsetzten und Mitarbeitende anderer Behörden ihre Arbeit dort wieder aufnahmen.

In der zweiten Welle sind mit schnell steigenden Infektionszahlen viele Gesundheitsämter (erneut) an die Grenzen des Machbaren gestoßen. In diesem Zusammenhang ließ sich ein Strategiewechsel beobachten. Zahlreiche Gesundheitsämter gingen nun dazu über, Aufgaben direkt an Bürger*innen zu delegieren und an deren Eigenverantwortung zu appellieren. In einigen Berliner Bezirken beispielsweise verpflichteten die Gesundheitsämter Bürger*innen, die positiv auf das Corona-Virus getestet wurden, in engem Kontakt mit einer positiv getesteten Person waren oder Symptome hatten, sich eigenverantwortlich zu Hause zu isolieren (Der Tagesspiegel, 16.10.2020; Deutsches Ärzteblatt, 23.10.2020). Zudem überließen es die Gesundheitsämter den Bürger*innen zunehmend, ihre Kontakte selbst zu informieren und zur Quarantäne aufzufordern. Diese Strategie wurde im Oktober in Berlin erst in einzelnen Bezirken, dann flächendeckend umgesetzt (Der Tagesspiegel, 24.10.2020). In Hamburg wurden die Bürger*innen gebeten, selbst ein Kontakttagebuch zu führen (Welt online, 10.11.2020), um einem Strategiewechsel von der Nachvollziehung aller Kontakte zur Auffindung von Clustern Rechnung zu tragen.

Neben dem Appell an die Eigenverantwortung der Bürger*innen überließen es die Gesundheitsämter zunehmend auch den Leitungskräften betroffener Organisationen, Quarantänemaßnahmen einzuleiten. Das Gesundheitsamt in Neukölln, ein besonders von Covid-19 betroffener Stadtteil Berlins, hielt unter anderem Schulleitungen und Arbeitgeber*innen an, die betroffenen Schulklassen, Lerngruppen oder Beschäftigten zur Quarantäne aufzufordern (Der Tagesspiegel, 13.10.2020). Ein ähnlicher Ansatz, Aufgaben zu delegieren, galt in Berlin für Kitas oder in Schulen. Einrichtungen sollten im Ansteckungsfall nicht auf Anweisung des Gesundheitsamts warten, sondern eine Schließung selbst in die Wege leiten und Kontaktpersonen benachrichtigen (FAZ, 28.10.2020). Diese Strategien sollten es den Gesundheitsämtern erlauben, sich auf die Ermittlung von Infektionsclustern und auf Hochrisikogruppen zu konzentrieren (SZ, 27.10.2020).

Diese Beispiele der Delegation von Verantwortung an dezentrale Akteure und der Stärkung der Eigenverantwortung können einen Übergang zu einem polyzentrischen

Ansatz der Koordination signalisieren. Dies setzt allerdings voraus, dass der Governor (in oben beschriebenen Fällen: die lokalen Gesundheitsämter) proaktiv den Wissensaustausch und die Kommunikation zwischen den dezentralen Akteuren fördert und durch eine gemeinsam geteilte Situationsinterpretation gewährleistet. Ob dies während der Krise gelungen ist oder es sich um ein Systemversagen handelt, wird in Medien kontrovers diskutiert.

6 Diskussion: Der öffentliche Gesundheitsdienst als Koordinator in der Corona-Pandemie?

Die vorangegangenen Kapitel haben gezeigt, dass der ÖGD durch den gesetzgeberischen Rahmen der funktional-hierarchischen und der lose gekoppelten Koordination verpflichtet ist. Vereinzelte Ansätze polyzentrischer Koordination sind zwar erkennbar, jedoch noch nicht voll entwickelt. Zu Beginn der Pandemie fand Koordination vor allem funktional-hierarchisch (Kontaktverfolgung) oder lose gekoppelt (Testung) statt. Während der Corona-Krise hat sich dieses Vorgehen schnell als unzureichend erwiesen, insbesondere weil die Menge und Komplexität der Aufgaben in der notwendigen Geschwindigkeit nicht zu bewältigen waren. Im funktional-hierarchischen Modell der Kontaktverfolgung waren der Ausweitung von Kapazitäten zum Teil enge Grenzen gesetzt. Als Reaktion auf diese „Grenzerfahrung“ setzte der ÖGD, flankiert durch den Gesetzgeber (BMG), eine Reihe von Lösungen um, die im Gesundheitssystem bislang nicht angelegt waren, wie zum Beispiel die längerfristige Amtshilfe durch die Bundeswehr oder die Aufgabendelegation an Bürger*innen und Einrichtungen. Diese führten zu einem veränderten Ansatz von Koordination – in Richtung eines polyzentrischen Modells – und damit auch zu neuen Konstellationen der an der Krisenbewältigung beteiligten Akteure.

Das lose gekoppelte Modell der Testung sah dagegen von Anfang an größere Spielräume für eine Zusammenarbeit vor, zum Beispiel im Zusammenspiel von öffentlichem und privatem Sektor oder von ÖGD und Selbstverwaltung. Auch wurde eine Vielfalt an Modellen entwickelt, Testung zu organisieren, die auch zusätzliche Akteure in die Testung einbezogen. Gleichzeitig blieb die strukturelle Trennung von ÖGD und Selbstverwaltung weitgehend erhalten.

Die Adaptionleistungen bei den beiden Kernaufgaben des pandemischen Krisenmanagements – Testung und Kontaktverfolgung – bestehen in der Ausweitung von Ressourcen und Aufgaben (Skalierung). Dabei zeigen unsere Beispiele, dass Skalierung mit einem schrittweisen Übergang vom hierarchischen bzw. lose gekoppelten zum polyzentrischen Steuerungsmodell einhergeht, bei dem gemeinsame Werte, Wissen und Vertrauen aktiviert und geschaffen werden müssen. So suchten Gesundheitsämter nach Möglichkeiten, Personal aufzustocken, etwa mit Hilfspersonal (Containment Scouts) oder mit Mitarbeiter*innen aus anderen Behörden, der Bundeswehr und Leistungen privater Akteure (z. B. bei der Testung). Unsere Analyse zeigt auch Beispiele der Delegation von Aufgaben und der Befähigung zur Selbststeuerung sowie der Modulbildung, etwa bei der Schaffung von Testzentren, für die unterschiedliche Organisationsformen entwickelt wurden, die sich andernorts schnell nachahmen ließen. Andererseits zeigt das Beispiel aus Bayern zur Ausweitung der Testkapazitäten unter Einbezug privater Dienstleister, dass solche neuen Ansätze nicht immer fehlerfrei umgesetzt wurden und dass solche Fehler letztlich auf die politisch Verantwortlichen zurückfielen.

Mit dem Übergang zum polyzentrischen Modell können also neue und flexible Lösungswege beschritten werden. Nicht immer erwächst daraus unmittelbar eine Arbeitserleichterung für die Gesundheitsämter. So sind Gesundheitsämter zwar bei der Organisation von Schnelltests durch neue Akteure entlastet, sie sind aber bei der Abnahme von Testkonzepten weiterhin gefordert. Gleichzeitig ist festzustellen, dass vielen Akteuren neue Aufgaben und Verantwortlichkeiten zugesprochen werden, die Zeit, Umsicht und einen erheblichen Grad an Expertise erfordern, wie zum Beispiel bei der Erwartung, dass Einrichtungen wie Alten- und Pflegeheime Hygiene- und Testkonzepte entwickeln und umsetzen.

Die polyzentrische Vorgehensweise schafft im Vergleich zum funktional-hierarchischen und zum lose gekoppelten Paradigma Flexibilität. Die vorgenommenen Adaptationsleistungen gelingen jedoch unterschiedlich gut. Die Erfahrung des Scheiterns ist dem polyzentrischen Modell inhärent und gehört, zumindest in der Theorie, zu den Voraussetzungen für organisatorisches Lernen (Ansell, Sørensen & Torfing, 2020, p. 6). Das bedeutet aber auch, dass Akteure, die administrative oder politische Verantwortung tragen, Fehler akzeptieren und aushalten müssen, ohne dass eine Kultur der Schuldzuweisungen entsteht. Dem entspricht, dass Fehler nicht (bzw. nicht ausschließlich) als mangelndes Wissen, mangelnde Motivation oder fehlgeleitetes Eigeninteresse ausgelegt werden, sondern versucht wird, diese zu erklären und daraus für die Zukunft zu lernen. Fehlt dieses Lernen, werden Chancen auf eine zukünftige Resilienz vergeben.

Die empirischen Beispiele zeigen, wie voraussetzungsreich die polyzentrische Steuerung ist. Begrenzte Autonomie lokaler Akteure verlangt ein gemeinsames Problemverständnis sowie Vertrauen in die Fähigkeiten und Absichten des jeweils anderen. Von Seiten der öffentlichen Akteure bedarf es eines Vertrauensvorschlusses, insbesondere auf Seiten des Governors, da Möglichkeiten der Kontrolle über Aufgaben aufgegeben werden. Von Seiten der neu zur Pandemiebewältigung hinzugezogenen Akteure ist ebenfalls Vertrauen erforderlich, da sie mit zusätzlichen Aufgaben betraut werden. Ein gemeinsames Problemverständnis und wechselseitiges Vertrauen lassen sich jedoch nur bedingt in der Krise herstellen. Der Übergang von funktional-hierarchischen bzw. lose verbundenen Koordinationsformen zu polyzentrischen Modellen ist vielmehr langfristig zu denken und schärft damit den Blick für die Bedeutung der Krisenvor- und -nachbereitung und für die Rolle polyzentrischer Organisationsformen und ihrer Voraussetzungen außerhalb der Krise.

Damit im Krisenfall polyzentrische Kooperation gelingt, muss sie auch im Regelbetrieb zur Alltagspraxis gehören. Dementsprechend sollten Gesundheitsämter auch in Nicht-Krisenzeiten starke horizontale Kooperationsbeziehungen aufbauen. Diese sind ansatzweise angelegt, beispielsweise in den Gesundheitskonferenzen, sind bislang jedoch nur schwach ausgebildet und nicht flächendeckend vorhanden. Solche-Kooperationsstrukturen benötigen wiederum einen institutionellen Rahmen und die kommunikative, personelle und finanzielle Unterstützung des Governors (Torfing, Peters, Pierre & Sørensen, 2012; Jessop, 2011).

Metagovernance ist im deutschen System zwar vorhanden, aber auf mehrere Akteure verteilt, die für Untersysteme zuständig und daher selbst im Handeln eingeschränkt sind. Der Bund und seine Akteure haben zwar Aufsichts- und Beratungsfunktionen, etwa bei der Entwicklung von Richtlinien durch das RKI und der Auswertung von Meldedaten, sind jedoch in weiten Teilen weder dem ÖGD noch der Selbstverwaltung gegenüber weisungsbefugt. Monitoring durch das RKI ist im Wesentlichen auf

epidemiologische Datenerfassung beschränkt, hat aber im Hinblick auf das Monitoring des Systems kaum Kompetenzen. Zum anderen nehmen die Landesregierungen ihre Aufgaben unterschiedlich wahr und haben eigene Kapazitätsgrenzen. Außerhalb der Krise wird den Belangen der öffentlichen Gesundheit häufig nicht die Priorität eingeräumt, die es erlauben würde, dauerhaft Strukturen und Mechanismen aufzubauen, die in der Krise flexibel und belastbar sind. Auch aus dem Monitoring des Funktionierens lokaler Systeme halten sich manche Landesregierungen weitgehend heraus. Gleichzeitig wird die organisatorische Trennung von Selbstverwaltung und ÖGD nur selten in Frage gestellt. Die Verstetigung von polyzentrischen Verwaltungsansätzen hängt jedoch davon ab, dass das Funktionieren des Systems und seiner Bestandteile überblickt, verstanden und gegebenenfalls nachjustiert wird.

7 Ausblick

Dieser Beitrag ist eine explorative theoriegestützte Analyse, die eine Momentaufnahme eines höchst dynamischen Krisengeschehens zeigt und diese aus der Perspektive der Politik- und Verwaltungswissenschaften diskutiert. Er widmet sich der Frage, ob und wie durch die Corona-Krise polyzentrische Koordinationsformen entstanden sind, und kommt zu dem Schluss, dass dies zwar der Fall ist, es aber unklar ist, ob sich diese Entwicklungen verstetigen lassen. Der Beitrag erhebt nicht den Anspruch, Koordination im pandemischen Krisenfall umfassend zu analysieren. Vielmehr strebt er an, die Debatte über die zukünftige Rolle des ÖGD und der kommunalen Gesundheitsämter im deutschen Gesundheitssystem zu fördern und eine theoretische Einordnung zu bieten, die helfen kann, Entwicklungsperspektiven zu schaffen. Insbesondere ist die empirische Betrachtung dadurch eingeschränkt, dass nur zwei Fallbeispiele mit einer begrenzten Zahl an Quellen beispielhaft analysiert werden konnten. Im Einzelfall können Situationen auch anders interpretiert werden. Wir stellen unsere Lesart hiermit zur Diskussion. Gleichzeitig stellt die Anwendung des theoretischen Modells polyzentrischer Koordination auf einem Mehrebenensystem föderalistischer Prägung (Stichwort: mehrere Governors) eine Herausforderung dar. Eine Übertragung auf die deutsche Politik- und Verwaltungslandschaft scheint möglich, bedarf jedoch weiterer Beispiele und damit verbundener konzeptioneller Überlegungen, die es sich aus unserer Sicht jedoch anzustellen lohnt.

Es ist möglich, aber unwahrscheinlich, dass die Rolle der Gesundheitsämter nach der Krise so bleiben wird wie zuvor. Die im Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst vereinbarte bessere personelle, finanzielle und technologische Ausstattung der Ämter ist (hoffentlich) auf Dauer angelegt und nicht nur für den Krisenfall gedacht. Weniger klar ist jedoch, wie sich die Rolle der Gesundheitsämter nach der Krise weiter entwickeln wird, auch mit Blick auf Koordinationsaufgaben. Werden die Potenziale, die sich aus der polyzentrischen Krisenbewältigung ergeben, für die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit weiter genutzt werden können oder wird der ÖGD „auf eine Rolle als Virusjäger und Quarantänisierer“ reduziert (Heudorf, 2020)? Es wird nicht genug sein, wenn Bund und Länder einfach mehr Ressourcen bereitstellen, denn Ressourcen allein schaffen keine Robustheit. Diese benötigt ständiges Weiterarbeiten und einen Wandel des Rollenverständnisses der Governors hin zu einem Verständnis als „continuous policy-fixers“ (Ingraham, 1987). Dazu gehört auch die Reflexion der Pro-

zesse, das Nachdenken darüber, was erhaltenswert ist und wo neu gewonnene Lösungen und Zuschnitte in der Arbeitsteilung verstetigungswürdig sind.

Policy-Akteur*innen, insbesondere in der Rolle des Governor, sollten lernen, als Architekt*innen, Moderator*innen („facilitators“) oder Lernende zu agieren und sich nicht (nur) in ihrer Finanzierungsrolle zu verstehen (Howlett, Capano & Ramesh, 2018, p. 414). Ein Leitbild hierfür ist bereits entworfen, die Architekturaufgabe besteht darin, das polyzentrische Vorgehen auf die Arbeit der kommunalen Gesundheitsämter nach der Krise zu übertragen und damit neue Möglichkeiten für die Entwicklung von Public Health Governance zu erschließen. Hierfür braucht es jedoch von Seiten der Politik und der verschiedenen Governors Unterstützungsarbeit, auch um die Grenzen zwischen ÖGD und Selbstverwaltung, die sich bislang als hartnäckig erweisen haben, durchlässiger zu gestalten und somit ein gemeinsames und kohärentes Gesundheitssystem zu ermöglichen. In der Vergangenheit hat die Politik die Verantwortung für eine solche Architekturaufgabe mit entsprechenden Unterstützungsangeboten jedoch nicht angenommen (Geraedts, 2003; Heudorf, 2020). Ob die Corona-Krise politisches Lernen in dieser Hinsicht hervorbringt, muss sich erst noch erweisen. Diese Debatte ist jedoch wichtig und sollte nicht auf den nächsten Krisenfall verschoben werden.

Quellen/Medienartikel

- BRK, Bayerisches Rotes Kreuz (12.08.2020). *Stellungnahme: Befund-Chaos an den Teststationen*. Verfügbar unter: <https://www.brk.de/aktuell/presse/meldung/stellungnahme-befund-chaos-an-den-teststationen/> [25.08.2021].
- Der Spiegel (02.05.2020). *Die Virendetektive*. S. 104-107.
- Der Tagesspiegel (13.03.2020). *Coronavirus im Alltag. Wie sich die Pandemie auf Familien, Schulen, Pflegeheime und den Verkehr auswirkt. Zu Hause und angefeindet: Nach einem Coronavirus-Fall in ihrer Kita bleiben eine Mutter und ihr Sohn in Quarantäne – freiwillig*. Ein Erfahrungsbericht.
- Der Tagesspiegel (04.05.2020). *Vom nationalen zum lokalen Kampf gegen das Virus*. Verfügbar unter: <https://www.tagesspiegel.de/politik/naechste-phase-bei-der-eindaemmung-der-pandemie-vom-nationalen-zum-lokalen-kampf-gegen-das-virus/25799396.html> [25.08.2021].
- Der Tagesspiegel (16.10.2020). *Berliner Amtsärzte fordern Strategiewechsel, „Wir halten sonst nicht länger durch“*.
- Der Tagesspiegel (24.10.2020). *Konsequent statt krank. Neue Wege in der Corona-Pandemie. Selbst sind die Berliner: Weil die Gesundheitsämter die Kontaktverfolgung nicht mehr schaffen, wird nun den Bürgern mehr Verantwortung übertragen*.
- Der Tagesspiegel (13.10.2020). *Unterstützung angefordert: Berliner Gesundheitsämter mit Corona-Kontaktverfolgung überfordert*. Verfügbar unter: <https://www.tagesspiegel.de/berlin/unterstuetzung-angefordert-berliner-gesundheitsaemter-mit-corona-kontaktverfolgung-ueberfordert/26268818.html> [25.08.2021].
- Deutsches Ärzteblatt (23.10.2020). *Berlin steuert im Kampf gegen Coronavirus um*. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/1117672/Berlin-steuert-im-Kampf-gegen-Coronavirus-um> [25.08.2021].
- Die Welt (06.03.2020). *Das Chaos mit dem Coronavirus-Test*. Verfügbar unter: <https://www.welt.de/wirtschaft/article206339325/Coronavirus-Warum-es-so-schwer-ist-sich-testen-zu-lassen.html> [25.08.2021].
- Die Welt (26.03.2020). *Mobile Abstrichzentren: Zwei Busse in Vorpommern unterwegs*.
- Die Zeit (20.10.2020). *Corona. Testen, testen, testen*. Verfügbar unter: <https://www.zeit.de/2020/45/tests-pflegeeinrichtungen-senioren-herausforderung-hamburg> [25.08.2021].

- FAZ – Frankfurter Allgemeine Zeitung (28. Oktober 2020). *Die selbstverwaltete Quarantäne der Kitas*. Verfügbar unter: <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/keine-gesundheitsamt-hilfe-selbstverwaltete-quarantaene-der-kitas-17022527.html> [25.08.2021].
- KVN, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (11.03.2020). *KVN eröffnet erste Corona-Testzentren in Niedersachsen*. Verfügbar unter: https://www.kvn.de/Presse/KVN+er%C3%B6ffnet+erste+Corona_Testzentren+in+Niedersachse+n-p-5841.pdf?press=5841&no301=1 [25.08.2021].
- Landesregierung Baden-Württemberg (13.04.2020). *Landeskriminalamt führt Tests auf das Coronavirus durch*. Verfügbar unter: <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/landeskriminalamt-fuehrt-tests-auf-das-coronavirus-durch/> [25.08.2021].
- MDK, Medizinischer Dienst der Krankenkassen (26.05.2020). *Medizinische Dienste unterstützen Gesundheitsämter und Versorgung*. [Nachricht vom 26.05.20], Verfügbar unter: <https://www.mdk.de/aktuelles-presse/meldungen/artikel/medizinische-dienste-unterstuetzen-gesundheitsaemter-und-versorgung/> [25.08.2021].
- SZ, Süddeutsche Zeitung (07.03.2020). *Empfehlungen mit Fehlern. Ärzte und Behörden bemühen sich, richtig mit Corona-Verdachtsfällen umzugehen. Doch das geht offenbar immer wieder schief*. Verfügbar unter: <https://www.sueddeutsche.de/muenchen/muenchen-coronavirus-aerzte-empfehlungen-1.4834698> [25.08.2021].
- SZ, Süddeutsche Zeitung (27.03.2020). *Kraftakt für Mediziner, Klinik und Gesundheitsamt; Das medizinische Personal im Landkreis bereitet sich auf weitere Infektionen vor. Dafür wird personell aufgestockt. Zudem sollen die Hausärzte ihre Ressourcen besser einteilen und im Krankenhaus wird mehr Platz bereitgehalten, Nachricht vom 27. März 2020*.
- SZ, Süddeutsche Zeitung (09.05.2020). *Sprachlos in Sachen Scouts. Die meisten Gesundheitsämter verweigern dem RKI die Auskunft, ob ihr Personal für die Kontaktnachverfolgung reicht*.
- SZ, Süddeutsche Zeitung (12.05.2020). *Piks mit der Finanzspritze; Kommunen, Landkreise und Ärzte sind unzufrieden mit der Hilfe des Bundes für örtliche Gesundheitsbehörden*.
- SZ, Süddeutsche Zeitung (18.10.2020). *Aicher am Airport*.
- SZ, Süddeutsche Zeitung (27.10.2020). *Den Infizierten auf der Spur*.
- Welt online (10.11.2020). *Hamburg ändert Strategie der Corona-Bekämpfung*. Verfügbar unter: <https://www.welt.de/regionales/hamburg/article219754260/Coronavirus-Hamburg-aendert-Strategie-der-Corona-Bekaempfung.html> [25.08.2021].

Literatur

- Akademie des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (2018). *Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst. Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft*. Verfügbar unter: https://www.akademie-oegw.de/fileadmin/customers-data/Leitbild_OEGD/Leitbild_final_2018.pdf [25.08.2021].
- Ansell, Christopher, Sørensen, Eva & Torfing, Jacob (2020). The COVID-19 pandemic as a game changer for public administration and leadership? The need for robust governance responses to turbulent problems. *Public Management Review*, 23 (7), 949-960. <https://doi.org/10.1080/14719037.2020.1820272>.
- Behnke, Nathalie & Zimmermann, Matthias (2020). Notlage des öffentlichen Gesundheitsdienstes im ländlichen Raum. Handlungsoptionen für ministeriale Akteure. *Verwaltung & Management* 26 (4), 169-182. <https://doi.org/10.5771/0947-9856-2020-4-169>.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2020). *Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)*. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Verordnungen/Corona-Test-VO_BAnz_AT_141020.pdf [25.08.2021].

- Boin, Arjen (2009). The New World of Crises and Crisis Management: Implications for Policymaking and Research. *Review of Policy Research*, 26 (4), 367-377. <https://doi.org/10.1111/j.1541-1338.2009.00389.x>.
- Boin, Arjen & 't Hart, Paul (2010). Organising for Effective Emergency Management: Lessons from Research. *Australian Journal of Public Administration*, 69 (4), 357-371. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8500.2010.00694.x>.
- Borrmann, Brigitte & Rosenkötter, Nicole (2014). Steuerungspotenziale des ÖGD – Gesundheitsberichterstattung. *Public Health Forum*, 22 (85), 11-13. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2014.09.002>.
- Christensen, Tom, Læg Reid, Per & Rykkja, Lise H. (2015). The challenges of coordination in national security management – the case of the terrorist attack in Norway. *International Review of Administrative Sciences*, 81 (2), 352-372. <https://doi.org/10.1177/0020852314564307>.
- Christensen, Tom, Laegreid, Per, & Rykkja, Lise H. (2016). Organizing for Crisis Management: Building Governance Capacity and Legitimacy. *Public Administration Review*, 76 (6), 887-897. <https://doi.org/10.1111/puar.12558>.
- Deutscher Bundestag (2015). *Die Gesundheitsdienstgesetze der Länder. Ausarbeitung*. Berlin: Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags. Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/410444/a2f24acb7bdabf15da541c95d2946167/WD-9-027-14-pdf-data.pdf> [25.08.2021].
- Geraedts, Max (2003). Qualitätsmanagement im und durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. *Gesundheitswesen*, 65 (S1), 3-7. DOI: 10.1055/s-2003-38112.
- Grunow, Dieter & Grunow-Lutter, Vera (2000). *Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Eine Untersuchung über Handlungsspielräume und Restriktionen im Rahmen kommunaler Gesundheitspolitik*. Weinheim, München: Juventa.
- Heudorf, Ursel (2020). COVID-19-Pandemie – Rationalität statt Regelungschaos tut not. *Gesundheitswesen*, 82 (12), 941-943. DOI: 10.1055/a-1288-7064.
- Hoffer Gittell, Jody (2002). Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups: Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects. *Management Science*, 48 (11), 1408–1426. <https://doi.org/10.1287/mnsc.48.11.1408.268>.
- Howlett, Michael, Capano, Giliberto & Ramesh, M. (2018). Designing for robustness: surprise, agility and improvisation in policy design. *Policy and Society*, 37 (4), 405-421. <https://doi.org/10.1080/14494035.2018.1504488>.
- Ingraham, Patricia W. (1987). Toward more systematic considerations of policy design. *Policy Studies Journal*, 15 (4), 611-628. DOI: 10.1111/j.1541-0072.1987.tb00750.x.
- Jessop, Bob (2011). Metagovernance. In Mark Bevir (Ed.), *The SAGE Handbook of Governance* (pp. 106-123). Los Angeles: SAGE.
- Kickert, Walter J.M., Klijn, Erik-Hans & Koppenjan, Joop F.M. (Hrsg.) (1997). *Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector*. London: Sage.
- Kuhn, Josef, Wildner, Manfred & Zapf, Andreas (2012). Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (9), 413-416.
- March, James G. & Olsen, Johan P. (1995). *Democratic governance*. New York: Free Press.
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2020). *Influenzapandemieplan Baden-Württemberg*, Stand: 02.03.2020. Verfügbar unter: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Gesundheitsschutz/Influenzapandemieplan-BW.pdf [25.08.2021].
- Mosebach, Kai & Walter, Ulla (2006). Was vermag der Staat? Möglichkeiten und Grenzen politischer Steuerung in der Prävention und Gesundheitsförderung. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 43, 8-24.
- Okhuysen, Gerardo A. & Bechky, Beth A. (2009). Coordination in Organizations: An Integrative Perspective. *Academy of Management Annals*, 3 (1), 463-502. DOI: 10.1080/19416520903047533.
- Orton, J. Douglas & Weick, Karl E. (1990). Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization. *The Academy of Management Review*, 15 (2), 203-223. <https://doi.org/10.2307/258155>.
- Pedersen, Anne, Sehested, Karina & Sørensen, Eva (2011). Emerging Theoretical Understanding of Pluricentric Coordination in Public Governance. *The American Review of Public Administration*, 41 (4), 375-394. <https://doi.org/10.1177/0275074010378159>.

- Reisig, Veronika & Kuhn, Joseph (2020). *Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung*, Stand 26.11.2020. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung/>. DOI:10.17623/BZGA:224-i081-1.0 [25.08.2021].
- Rhodes, Roderick A. W. (1997). *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Buckingham, UK: Open University Press.
- RKI, Robert Koch Institut (2020a). *Präventionsmaßnahmen in Schulen während der COVID-19-Pandemie. Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts für Schulen*, Stand 12.10.2020. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Praevention-Schulen.pdf?__blob=publicationFile [25.08.2021].
- RKI, Robert Koch Institut (2020b). *Nationale Teststrategie SARS-CoV-2*, Stand: 30.10.2020. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Nat-Teststrat.html [25.08.2021].
- RKI, Robert Koch Institut (2020c). *Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen*. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Grafik_Kontakt_allg.pdf?__blob=publicationFile [25.08.2021].
- Sørensen, Eva & Torfing, Jacob (2009). Making governance networks effective and democratic through metagovernance. *Public Administration*, 87 (2), 234-258. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2009.01753.x>.
- Torfing, Jacob, Peters, B. Guy, Pierre, Jon & Sørensen, Eva (2012). *Interactive Governance. Advancing the Paradigm*. Oxford: Oxford University Press.
- Wolbers, Jeroen, Boersma, Kees & Groenewegen, Peter (2018). Introducing a Fragmentation Perspective on Coordination in Crisis Management. *Organization Studies*, 39 (11), 1521-1546. <https://doi.org/10.1177/0170840617717095>.
- Ziemer, Bernhard & Grunow-Lutter, Vera (2007). Lokale Gesundheitspolitik und Gesundheitsplanung aus Sicht der EntscheidungsträgerInnen des kommunalen politisch-administrativen Systems. *Gesundheitswesen*, 69 (10), 534-540. DOI: 10.1055/s-2007-992767.

Anschrift der Autorinnen:

Prof. Dr. Tanja Klenk, Professur für Verwaltungswissenschaft, Helmut-Schmidt Universität / Universität der Bundeswehr, Holstenhofweg 85, 22043 Hamburg,
E-Mail: tanja.klenk@hsu-hh.de.

Prof. Dr. Mirella Cacace, Gesundheitssystemgestaltung und Gesundheitspolitik, Katholische Hochschule Freiburg, Karlstraße 63, 79104 Freiburg,
E-Mail: mirella.cacace@kh-freiburg.de.

Dr. Stefanie Ettelt, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 15-17 Tavistock Place, London WC1H 9SH, UK,
E-Mail: stefanie.ettelt@lshtm.ac.uk.