

Krisenmanagement

Herausforderungen und Bewältigungsstrategien Geschichten von Erfolgen und Scheitern



Alle Bilder: © Alexius-Kommunikation

In Krisenzeiten sind in allen politischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bereichen stressresistente Krisenmanager gewünscht. Durchsetzungsstark, handlungsorientiert, kommunikationsstark, resilient, teamfähig, gleichermaßen auf akute Probleme fokussiert und mit Visionen für die Zukunft ausgerüstet, so sollen sie sein, die Krisenmanager. Dies sind hohe Anforderungen, doch grosse Krisen lassen sich nur mit grossen Anstrengungen bewältigen.

In der jetzigen weltweiten Corona-Krise lassen sich viele unterschiedliche Bewältigungsstrategien beobachten. Eine abschliessende Beurteilung der Wirksamkeit verschiedener Ansätze für diese Krise lässt sich sicherlich erst nach der Überwindung der Pandemie bewerkstelligen. Doch gibt es generelle Empfehlungen und Vorgaben für ein sinnvolles Krisenmanagement. **In dieser Titelstory Krisenmanagement** werden theoretische Modelle, Praxisvorgaben und reelle Umsetzungsstrategien einander gegenübergestellt.

Krisenmanagement kann als ein Teil des Risikomanagements angesehen werden. Unternehmen, Organisationen, Behörden, Management und Politik müssen **Krisenmanagement als Präventionsleistung** angehen. Ist eine Krise erst einmal da, fehlt die Zeit für

Zum allgemeinen Verständnis einer Epidemie:

«Mit dem Begriff «Epidemie» verbinden wir in der Regel ein historisches Ereignis, was sich dank des Fortschritts in Gesundheitsvorsorge und -versorgung heute in industrialisierten Ländern nicht mehr wiederholen wird. Dabei erinnern wir uns in diesem Zusammenhang an grosse Epidemien und Pandemien in früheren Jahren wie beispielsweise an die Spanische Grippe, die von 1918 bis 1920 die Welt heimsuchte und bis zu 50'000'000 Todesopfer forderte. Hamburg ereilte 1892 eine Cholera-Epidemie, an deren Ende 8600 Todesopfer zu beklagen waren. Infektionskrankheiten haben auch heute hinsichtlich ihres gesundheitlichen Bedrohungspotenzials nicht an Bedeutung verloren, obwohl seither die medizinische und pharmakologische Entwicklung enorme Fortschritte zu verzeichnen haben. Ebola und Zika-Virus sind nur zwei aktuelle Beispiele, die in den Ausbruchgebieten verheerende Wirkungen zeigen und über Reisende auch weit verbreitet werden. In den vergangenen 15 Jahren ist das deutsche Gesundheitswesen schon mehrfach durch das Auftreten von Infektionskrankheiten in besonderem Masse gefordert worden. Vorrangig denke ich hier an die Vogelgrippe und die sogenannte Schweinegrippe. Beide Infektionskrankheiten hatten das Potenzial, die gesamte Bevölkerung zu treffen und wurden deswegen zu Recht als besondere Bedrohung wahrgenommen.»

(Quelle: Katja Scholtes, Thomas Wurmb, Peer Rechenbach Hrsg.: Risiko- und Krisenmanagement im Krankenhaus. Stuttgart. Kohlhammer, 2018, S. 295)

Titelstory

gut durchdachte Vorbereitungen.

Die Gefahr einer weltweiten Seuche wurde von den meisten Fachleuten seit Langem für sehr wahrscheinlich gehalten. Die Gesundheitssysteme aller Länder waren gefordert, entsprechende Vorsorgemassnahmen zu treffen.

«**Noch Anfang Februar** hätten wahrscheinlich die wenigsten Menschen geglaubt, dass bald in Deutschland Schulen und Geschäfte schliessen, Fussballspiele in leeren Stadien ausgetragen oder ganz abgesagt werden, Weltkonzerne die Produktion stoppen und gefühlt die Hälfte der Bevölkerung täglich mehrfach auf die Zahl der neuen Coronavirus-Infektionen starrt. Wächst sie immer noch exponentiell? Hat sich der Verzicht der letzten Tage auf Kneipe, Sport und Konzerte, auf Arbeit und Schule vielleicht schon gelohnt? Wann ist es endlich wieder vorbei? Dürfen in vier Wochen wieder alle tun, was man im Frühling tut? «Nein», sagt der Epidemiologe Gérard Krause vom Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung in Braunschweig, «das Virus wird durch die aktuellen Massnahmen nicht gestoppt, wir verschaffen nur den Krankenhäusern mehr Luft, damit sie mit weniger Fällen gleichzeitig umgehen müssen» (SZ vom 20.03.2020)

Für die Corona-Epidemie kann es auch Ende März 2020 noch keine Entwarnung geben. «**Wir stehen am Anfang dieser Epidemie**», sagt Lothar Wiler, Präsident des Robert-Koch-Instituts (RKI). (...) Ein fortgesetzter deutlicher Anstieg der Zahlen um Tausende Neuinfektionen pro Tag lässt sich jedenfalls über alle Quellen hinweg feststellen. (...) Dennoch steckt in den Zahlen auch eine gute Nachricht: Die Ausbreitung der Epidemie geht zwar weiter, das Tempo nimmt jedoch derzeit



Management für den Krisenfall

Im Praxishandbuch Krisenmanagement heisst es: «Unsere Erfahrung zeigt: Eine Organisation, die gut aufgestellt sein will, muss über ein professionelles Managementmodell für den Krisenfall verfügen. Ein solches Modell umfasst (...) vier verschiedene Managementbereiche, die alle wie ein Räderwerk ineinander greifen. Ein Krisenmanagement ohne Krisenkommunikation funktioniert ebenso wenig, wie Krisenkommunikation ohne fundiertes Krisenmanagement wenig erreichen kann.»

Die Vorbereitung auf Krisensituationen umfasst:
Aufbau eines integrierten Risikomanagements
Regelmässige Strategiechecks hinsichtlich Chancen und Risiken

Installieren eines praxisbezogenen, ganzheitlichen Krisenmanagement-Modells, z.B. nach der C4-Methode (Command – Krisen erfolgreich managen, Communication – nach innen und aussen mit einer Stimme, Care – die Sorge um die Menschen, Aufklärung, Betreuung, Stressmanagement, Compliance – für regelkonformes Verhalten sorgen)

«Das operative Element für ein wirksames Krisenmanagement ist ein gut vorbereiteter Krisenstab mit einem Führungsunterstützungs- oder Supportteam.»

(aus: Beda Sartory, Patrick Senn, Bettina Zimmermann, Sita Mazumder: Praxishandbuch Krisenmanagement. Midas Management Verlag St. Gallen, Zürich, 2013)

ab. (...) Ist das Schlimmste also geschafft? Dieses Fazit wäre verfrüht.» (SZ vom 26.03.2020)

Krisenmanagement Deutschland

Die deutsche Bundesregierung hat am 27. Februar auf einer Pressekonferenz bekanntgegeben, dass ein **Krisenstab zum Coronavirus** eingerichtet wurde.

([Link zum Radiobeitrag vom Deutschlandfunk - https://ondemand-mp3.dradio.de/file/dradio/2020/02/27/corona_krisenstab_wird_eingerichtet_vorerst_keine_dlf_20200227_0717_9e38c93c.mp3](https://ondemand-mp3.dradio.de/file/dradio/2020/02/27/corona_krisenstab_wird_eingerichtet_vorerst_keine_dlf_20200227_0717_9e38c93c.mp3)) Der gemeinsame Krisenstab soll unter Beteiligung weiterer Ressorts die Krisenvorsorge in Deutschland weiter stärken. Bundesinnenminister Horst Seehofer hob bei der gemeinsamen Pressekonferenz **die zentralen Aufgaben des Krisenstabes** hervor, um den Schutz der Bevölkerung sicherzustellen: erstens sollen Infektionsketten in Deutschland unterbunden sowie zweitens Infektionsketten nach Deutschland eingedämmt werden. Zu den ersten Massnahmen gehörten umfangreiche Informationen durch die Fachbehörden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BzGA sowie Robert Koch-Institut, RKI). Infektionsketten sollten durch so genannte Aussteigekarten für Flug- und Schiffsreisende im grenzüberschreitenden Verkehr nachvollzogen werden können und eventuell Betroffene kontaktiert werden. Das Krisenreaktionszentrum des Auswärtigen Amtes beschäftigt sich seit Anfang Januar mit dem Coronavirus, denn in einer internationalen Krise gilt es, deutschen Landsleuten schnell zu helfen oder Reisewarnungen auszusprechen. Das Auswärtige Amt verfügt über einen festen Kreis von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie über Verbindungsbeamte anderer Ministerien und Sicherheitsbehörden und kann im Krisenfall schnell personell aufgestockt werden. Prinzipiell gilt auch im Krisenfall das Prinzip der Subsidiarität, das heisst, die Krisenstäbe der Länder sind für die Massnahmen der Gefahrenabwehr im Inneren verantwortlich. **Bei nationalen Gefahren geschieht das Krisenmanagement auf Bundesebene unter Federführung des je nach Gefahrenlage zuständigen Ressorts. Gemeinsame Krisenstäbe, z.B. im Fall von Pandemien, bündeln die ressortspezifischen**

Fähigkeiten und Handlungskompetenzen für eine einheitliche Krisenbewältigung.

Stephan Pusch, Landrat der besonders betroffenen Region Heinsberg in NRW, hadert mit dem Krisenmanagement von Bund und Ländern in Deutschland. Er findet, dass alle Entscheidungen sowie deren konkrete Umsetzung viel zu lange dauern und sagt im Interview mit der SZ: «Meine Theorie, warum das alles so lange dauert, ist mittlerweile: Die örtlichen Krisenstäbe und das operative Geschäft sind alle auf der untersten Ebene bei den Kreisen und Gemeinden angesiedelt. In so einer Krise muss man aber auch auf Landes- und Bundesebene operativ arbeiten, finde ich. Das hätte ich mir früher gewünscht. Wir haben auch erst nach zahlreichen Bitten und vielen Telefonaten erreicht, dass die Bezirksregierung Köln sich um die Verlegung von Intensivpatienten aus unseren Krankenhäusern gekümmert hat. (...) **Wir haben immer wieder adressiert: Leute, es geht um ein landesweites Verlegemanagement, da kommt was auf uns zu, wir können nicht jeden Einzelfall besprechen und immer wieder betteln.** Wir brauchen in so einer Lage ein zentrales Management von Klinikkapazitäten. So was kann nur eine Landesregierung planen.» Zu den Lehren, die aus der Situation in Heinsberg zu ziehen wären, meint der Landrat: «Erstens, das Virus auf keinen Fall unterschätzen. Zweitens: mit italienischen Verhältnissen planen und sich jeden Tag die Frage stellen, was können wir jetzt noch tun, um das zu vermeiden? Drittens: Infizierte von Nicht-Infizierten strikt trennen, um das normale Gesundheitssystem nicht zu gefährden. Arztpraxen und Krankenhäuser von Testverfahren entlasten, gut organisierte Teststationen einrichten. Viertens: Früh Masken und Kittel beschaffen. Fünftens: die Beatmungskapazität erhöhen. Sechstens: die Bevölkerung informieren, direkt und klar verständlich.» (SZ vom 27.03.2020)

Stefan Kühl, Professor für Organisationssoziologie an der Universität Bielefeld meint, dass globale Krisen zeigen, «**wie stark Organisationen auf Effizienz getrimmt worden sind und wie viel Puffer ihnen für**

Titelstory

Unvorhergesehenes gelassen wurde. Der Ablauf ist dabei immer gleich: In normalen Zeiten dominieren die Rationalisierer. Puffer werden immer weiter reduziert. In Krisen werden die Kosten dieser Rationalisierung dann deutlich. Es fehlt an Lagern, um dringend benötigtes Gerät verfügbar zu haben, Betten für intensivmedizinische Betreuung stehen nicht in ausreichender Anzahl zur Verfügung, und Personal wird in den Organisationen knapp. In der Krise wird dann hektisch versucht, die Folgen dieser fehlenden Puffer abzufedern. Ist die Krise vorbei, dauert es nur wenige Monate, bis die ersten Expertenberatungsfirmen und politischen Stiftungen sich mit der Forderung nach dem Abbau von Fettpolstern profilieren und ihre Unterstützung bei der Rationalisierung von Unternehmen, Verwaltungen und Krankenhäusern anbieten. Zweitens machen Krisen deutlich, wie eng oder lose Produktionsprozesse miteinander gekoppelt sind. Der Ausfall einer Fabrik in einem Krisengebiet ist häufig nicht deswegen problematisch, weil sie für die Versorgung vor Ort nötig ist, sondern weil dort ein wichtiges Teil für einen eng ge-



koppelten weltweiten Produktionsprozess hergestellt wird.» (SZ vom 23.03.2020)

Wesentliches Element des Krisenmanagements ist die Krisenvermeidung, ein Frühwarnsystem mittels Risikomanagement, die Identifizierung möglicher Krisenszenarien und die Erarbeitung von Krisenstrategien. Anders als in Notfallsituationen, wo es um die Sicherstellung und Wiederherstellung bestehender Systeme geht, bringen Krisen wesentlich grössere Unsicherheiten und vielfach fehlende bzw. verzögerte Entscheidungen mit sich.

Beratungsunternehmen, Krisenmanager und andere einschlägige Fachleute halten gleichermassen einen Krisenstab als essenziell für die Bewältigung von Krisen. Krisenstäbe sollte im Rahmen von Präventionsmassnahmen bereits angedacht und geschult werden. Wenn eine Krise über Unternehmen oder Gesellschaften hereinbricht, ist es für vorsorgendes Handeln zu spät und das Krisenmanagement kann mit der Krisensituation überfordert sein. Krisenstäbe sind zeitlich befristete Entscheidungsgremien, die in ihrer Zusammensetzung und **Entscheidungskompetenz** an die jeweilige Organisationsstruktur angepasst sein muss. Die Kompetenzen müsse aber in jedem Fall unmissverständlich geregelt sein. Die Mitglieder in Krisenstäben müssen über die jeweils nötigen Fachkompetenzen verfügen, sich im Idealfall in ihren Fachkompetenzen ergänzen und sie müssen sehr belastbar sein.

Bill Gates, der seit Jahren mit seinem Stiftungskapital gegen Pandemien kämpft, einer der Hauptgeldgeber der WHO und der Impfallianz Gavi ist und als «Weltmarktführer der Philanthropie» gilt, denkt bei Pandemien militärisch. Der unbedingte Fokus liegt auf der Lösung von Problemen, es gelte, sich wie auf einen Krieg vorzubereiten, sagte er auf einer Videokonferenz Ende März 2020.

Begriffsklärung Krise

Das Wort «Krise»: stammt aus dem Griechischen und bedeutet «trennen», «scheiden», «beurteilen» und deutet auf eine schwierige Situation mit ungewissem Ausgang hin. Im Chinesischen besteht das Wort «Krise» auf den beiden Schriftzeichen für «Gefahr» und «Chance». Jede Krise stellt einen Höhepunkt oder einen Wendepunkt einer gefährlichen Konfliktentwicklung dar. Grundsätzlich besteht in jeder Krise die Möglichkeit zur Lösung oder Verschärfung der gefährlichen Entwicklung. Höhepunkte und Wendepunkte lassen sich in aller Regel erst nach Bewältigung einer Krise beurteilen. Nimmt die Krise einen längerfristig negativen Verlauf, wird sie zur Katastrophe. In Krisensituationen reichen die vorhandenen Strategien und Ressourcen zur Problembewältigung meist nicht aus.

Krisenmanagement Schweiz

Die **Vorsorgemassnahmen für eine mögliche Pandemie** werden angesichts der Corona-Krise von vielen Experten/Insidern für nicht ausreichend gehalten. So wird an der Schweizer Gesundheitspolitik kritisiert: «Es ist nicht so, dass die Behörden die Gefahr einer weltweiten Seuche nicht auf dem Radar gehabt hätten. 2015 bezeichnete das Bundesamt für Bevölkerungsschutz (Babs) eine Pandemie als zweitgrösstes Risiko für das Land nach der Gefahr einer Strommangellage. In einem Bericht gingen die Autoren davon aus, dass ein solches Ereignis die Schweiz alle 30 bis 100 Jahre trifft und dabei einen Schaden in der Höhe von 70 bis 80 Milliarden Franken anrichtet. 2016 trat das neue Epidemiegesezt in Kraft. Es gibt auch eine Eidgenössische Kommission für Pandemievorbereitung und -bewältigung (EKP). Zusammen mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat sie erst 2018 den Influenza-Pandemieplan überarbeitet. Und trotzdem erwischte das Corona-Virus die Schweiz kalt.» (*Simon Hehli in der NZZ vom 25.03.2020*)

«**Die Reaktionszeiten müssen aber in einer Krise** durch Anpassungen des Führungsverhaltens und der Führungsorganisation verkürzt werden. Gestützt auf die Erfahrungen aus realen Krisen und die Lehren aus der Strategischen Führungsübungen 2013/2017 sowie der Sicherheitsverbandsübung 2014 will der Bundesrat eines seiner Mitglieder als für die Bewältigung einer konkret vorliegenden Krise federführend bezeichnen, tendenziell jenes, dessen Departement fachlich am stärksten betroffen ist. Für die Federführung kommt auch das Präsidialdepartement in Frage, wenn der fachliche Bezug zum Ereignis gegeben ist oder eine Krise alle Departemente betrifft. Das für die Federführung bezeichnete Mitglied des Bundesrates kann einen Ad-hoc-Krisenstab bilden und diesen den Erfordernissen der Lage anpassen. Zusätzlich stehen der Bundesstab Bevölkerungsschutz (für Krisen, die in erster Linie den Bevölkerungsschutz betreffen, wie Katastrophen und Notlagen) und der Führungsstab Polizei (für Krisen, die primär nach Mitteln der Polizei verlangen, wie akute Terrordrohungen) zur Verfügung,

um das zuständige Mitglied des Bundesrates und den Ad-hoc-Krisenstab mit Infrastruktur und Kenntnissen über die Stabsarbeit zu unterstützen oder sogar den Kern des Krisenstabs zu bilden.» (*Quelle: <https://www.svs.admin.ch/de/themen-/krisenmanagement/krisenmanagement2.html>*)

Anders als in akuten Katastrophen sind in grossen andauernden Notlagen nicht mehr die unteren Organisationseinheiten (Kommune, Kantone) die Entscheidungsträger. In Krisenzeiten geht **die Verantwortung und Entscheidungsgewalt auf den Bund über**. Jetzt wird von oben nach unten geführt. **Je schlimmer die Lage desto einheitlicher die Führungsstruktur**. Das Fazit der Pandemie-Übung von 2014 lautete: Die wichtige Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen und Dritten zur Bewältigung einer nationalen Notlage sei weiter zu verstärken und zu trainieren.» Kritisch wird von Insidern bemängelt, dass das zentrale Koordinierungsinstrument in der Corona-Krise sehr zögerlich seine Arbeit aufgenommen habe. «Die Führungsorgane der Kantone spielen (...) weiterhin eine Schlüsselrolle in der Bewältigung der Krise. Sie sind einer der Resilienzfaktoren des Systems – und auch Treiber für weitergehende Massnahmen. (*«Wer das Land durch die Krise führt», NZZ vom 28.03.2020*)

Kritik der UNO

Uno-Generalsekretär Antonio Guterres zeigte sich in Stellungnahmen enttäuscht von der internationalen Zusammenarbeit in der Corona-Krise. Er bezeichnet die Corona-Pandemie als die schlimmste Krise seit dem Zweiten Weltkrieg, er fordert zu weltweitem Stopp aller Kriegshandlungen auf, verweist auf die Notwendigkeit, den armen Ländern bei der Bewältigung der Krise beizustehen und er warnt, dass die Pandemie Instabilität, Unruhen und Konflikte in der Welt verstärken könne. Der Kampf gegen die Seuche nehme zwar langsam Fahrt auf, doch es müsse international viel schneller und effektiver gehen. Im wichtigsten Gremium, dem Uno-Sicherheitsrat, gab es Anfang April keine Sitzung, keine Erklärung, keine Resolution zum Thema. Die Spaltung im Sicherheitsrat - die Spannungen zwischen USA und China, Behinderung formeller

Titelstory

Beschlüsse durch Russland - ist offenbar zu gross, um zu gemeinsamen Schritten zu kommen. **Es gebe auch noch immer keine koordinierten Handlungen der Länder unter Führung der WHO.**

„Für mich ist es sehr schwierig, die Maßnahmen der einzelnen Länder zu analysieren“. Dennoch kritisierte [Guterres] die Tatsache, dass jede Regierung von sich aus und ohne „Koordinierung auf globaler Ebene“ handelt. „Wenn ein Land bestimmte Maßnahmen ergreift und ein anderes Land andere Maßnahmen umsetzt, nutzt das Virus diese Widersprüche aus, um die Gebiete zu infiltrieren, in denen die Reaktionsfähigkeit geringer ist“, warnte Guterres. Einige Nationen stehen laut Guterres entweder bereits vor dramatischen Bedingungen oder werden diese bald noch erleben. Der Uno-Generalsekretär stellte auch klar, dass die Welt nicht zu ihrem früheren Status quo zurückkehren könne:

„Wir müssen diese Gelegenheit nutzen, damit der Aufschwung dafür sorgen kann, dass wir eine Wirtschaft haben, die integrativer und nachhaltiger ist und besser in der Lage ist, Epidemien, dem Klimawandel und all den anderen Herausforderungen, denen wir uns stellen müssen, zu widerstehen“, forderte der UN-Generalsekretär. (EURACTIV online vom 02.04.2020) Am 09. April tagt der Uno-Sicherheitsrat das erste Mal in einer virtuellen Sitzung zum Thema Corona-Pandemie.



Begriffserklärung Triage

In der deutschen Wikipedia wird Triage als **«ein nicht gesetzlich kodifiziertes oder methodisch spezifiziertes Verfahren zur Priorisierung medizinischer Hilfeleistung, insbesondere bei unerwartet hohem Aufkommen an Patienten und objektiv unzureichenden Ressourcen.** Die aufgeschobene, beziehungsweise abwartende, medizinische Hilfe ist in diesem Fall unvermeidlich. Ohne eine strukturierte Triage (Einstufung) besteht die Gefahr einer politisch oder ideologisch motivierten, unethischen Selektion.»

Die Abwägung, wie mit Kranken und Verletzten bei Mangel an medizinischen Ressourcen umgegangen werden sollte, ist aus der Notwendigkeit entstanden, verletzte Soldaten in Kriegen zu versorgen. «Der russische Chirurg Nikolai Iwanowitsch Pirogow (1810–1881) entwickelte aus seinen Erfahrungen im Kaukasischen Krieg und im Krimkrieg abgestufte chirurgische Behandlungsverfahren und das Prinzip der „Krankenzerstreuung“ (verteilte Behandlung von Verletzten und Erkrankten) zur Ordnung auf den überfüllten Verbandplätzen mit Einteilungen der Verwundeten in fünf Stufen (Pirogowsches Sichtungsprinzip). Die preußische Armee übernahm 1866 das russische Prinzip, später fand es auch bei den anderen Sanitätsdiensten verbündeter Armeen Europas Anwendung. In der weiteren Entwicklung wurden zahlreiche Fortschritte der Medizin und der Operationsmethoden auch auf die Organisation des militärischen Sanitätsdienstes übertragen. Das Pirogowsche Prinzip der „Krankenzerstreuung“ blieb jedoch noch im Ersten Weltkrieg erhalten.»

Das Prinzip der Einteilung von Soldaten in «Sichtungskategorien» blieb im Wesentlichen erhalten, und kommt auch bei Sanitäts- und Rettungsdiensten zum Einsatz.

Quelle: <https://de.wikipedia.org/wiki/Triage>

Titelstory

Grundsätzlich ist ärztliches und pflegerisches Handeln auf das Wohl eines jeden einzelnen Patienten gerichtet. Die grundlegenden Menschenrechte verlangen eine Gleichbehandlung aller Menschen. In Zeiten der Ressourcenknappheit werden diese Grundorientierungen um die Notwendigkeit der öffentlichen Gesundheit erweitert.

Mit Ausbreitung der Corona-Pandemie wurden die **Triage-Empfehlungen** z.B. in Deutschland und in der Schweiz aktualisiert. Seitens der **SAMW** heisst es dazu, dass es bei einem Massenzustrom von Covid-19-Patienten zur Beschränkung von Wahleingriffen, sowie Verzicht auf personalintensive Behandlungsmöglichkeiten kommen kann. Die Beschränkungen gelten, sobald eine Ressourcenknappheit vorliegt und entsprechende Rationalisierungsentscheidungen getroffen werden müssen. Möglichst früh sollte der Patientenwille abgeklärt sein, die Verteilung der Ressourcen soll ohne Diskriminierung nach Alter, Geschlecht, Wohnort, Nationalität, religiöser Zugehörigkeit, sozialer Stellung, Versicherungsstatus oder chronischer Behinderung erfolgen. Für die intensivmedizinische Behandlung ist bei Überlastung die kurzfristige Prognose entscheidend. Ziel ist, möglichst viele Menschenleben zu erhalten und das Fachpersonal schützen. Je knapper dabei die Ressourcen werden, desto mehr tritt das Kriterium der kurzfristigen Prognose in den Vordergrund. Patienten über 85 Jahren, Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten oder Patienten mit schweren zerebralen Defiziten werden dann beispielsweise nicht mehr auf die Intensivstation aufgenommen.

(Quelle: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html>)

Der **Deutsche Ethikrat** bezieht in seiner Ad-Hoc-Empfehlung «Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise» Stellung: «Die Möglichkeiten des Staates, abstrakt bindende Vorgaben für die Allokation knapper Ressourcen zu machen, sind (...) begrenzt. Die grundrechtlichen Direktiven beschreiben im Wesentlichen negativ den Bereich des nicht mehr Zulässigen. Positive Orientierung für die konkrete Auswahlentscheidung

in der Klinik bieten sie dagegen kaum. Das bedeutet nicht, dass keine handlungsleitenden Vorgaben konzipierbar wären.»

(Quelle: *Ethikrat.org, Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise, Ad-Hoc-Empfehlung*)

In den «Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie» der **Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin** vom 25.03.2020 heisst es, dass die patientenzentrierten medizinischen Entscheidungen grundsätzlich auf der Indikation und dem Patientenwillen beruhen. Intensivmedizinische Behandlung kann dabei unterbleiben, wenn der Sterbeprozess unaufhaltsam begonnen hat, die Therapie als aussichtslos eingeschätzt wird oder wenn ein Überleben an den dauerhaften Aufenthalt auf der Intensivstation gebunden wäre. Behandlungsentscheidungen sollen möglichst nach dem Mehraugen-Prinzip erfolgen unter Beteiligung von Intensivmedizinern, Pflegenden und weiteren Fachvertretern. Zu den Kriterien für Priorisierungs-Entscheidungen in Mangelsituationen gehören: «1.Informationen zum aktuellen klinischen Zustand des Patienten 2.Informationen zum Patientenwillen (aktuell/vorausverfügt/zuvor mündlich geäußert/mutmaßlich) 3.Anamnestiche/klinische Erfassung von Komorbiditäten 4.Anamnestiche und klinische Erfassung des Allgemeinzustands (einschl. Gebrechlichkeit, z.B. mit der Clinical Frailty Scale) 5.Laborparameter zu 1. und 3., soweit verfügbar 6.Prognostisch relevante Scores (z.B.SOFA-Score)»

(Quelle: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>)

Krisenkommunikation

Krisenkommunikation ist ein essenzieller Teil des Krisenmanagements. Schlechte Nachrichten und Einschränkungen im Alltag der Menschen zu kommunizieren ist dabei nicht einfach. Scheibchenweise werden schlechte Nachrichten der Öffentlichkeit darum in altbewährter «Salamitaktik» serviert, doch hier müssen

Titelstory



die Krisenmanager besonders gut aufpassen: «Daniel Koch [Sprecher des BAG in der Corona-Krise, hat] zu Beginn der Krise unglücklich kommuniziert: Er führte aus, das Coronavirus sei nicht viel gefährlicher als eine saisonale Grippe. Das war nur schwer wieder aus den Köpfen der Schweizerinnen und Schweizer zu bringen, als es Wochen später darum ging, das Social Distancing mit harten Mitteln umzusetzen.»

(Quelle: Simon Hehli in der NZZ vom 25.03.2020)

Seit Ende Februar werden in den Südregionen der Schweiz die (gelben) Flyer des BAG verteilt mit den Piktogrammen für «Hände waschen», «Abstand halten» und «zu Hause bleiben». Die Flyer sind vielleicht kein grosser gestalterischer Wurf, ein Hingucker sind sie allemal. «Google, Twitter und Instagram installieren in Absprache mit den Behörden ein Aufklärungstool, das User nach dem Eintippen von Schlüsselwörtern rund um das Coronavirus direkt zu den Informationen des BAG weiterleitet. Vergleichbares geschieht auf

Facebook und Youtube, dort ist allerdings die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Lead. In der Informationskampagne des BAG wechselt die Signalfarbe Anfang März von Gelb auf Rot. Die Werbemittel haben nun sechs Piktogramme und werden im ganzen Land eingesetzt. Der Bundesrat informiert die Medien stetig und nutzt dabei auch seinen Youtube-Kanal, um die Bevölkerung direkt zu erreichen. Das wirkt vertrauensbildend. Bei seinen Auftritten wirken die Regierungsmitglieder entschlossen, sie kommunizieren klar und überzeugend. Keine Zweifel, die Landesregierung hat das Heft in die Hand genommen, führt top-down und setzt sich durch», schreibt die Medienwoche online am 24.03.2020

(Quelle: <https://medienwoche.ch/2020/03/24/corona-krisekommunikation-und-plotzlich-fuehrt-der-bundesrat/>)

Frank Roselieb, Direktor des Instituts für Krisenforschung an der Christian-Albrechts-Universität in Kiel erklärt im Gespräch mit dem Deutschlandfunk am 24.03.2020 zur Krisenkommunikation: «Wir haben jetzt im Nachgang gesehen, dass wir an der einen oder anderen Stelle nachschärfen mussten. Beispielsweise hat man die Katastrophenkommunikation im Laufe der Jahre immer freundlicher gestaltet. Das heißt, da wurde immer weniger mit Befehl und Gehorsam gearbeitet. Wenn Sie in unser Archiv gucken, 70er-, 80er-Jahre, da hat man wesentlich mehr den Befehlston draufgehabt, wenn man Bürgern etwas in Krisenzeiten gesagt hat. Das war offenkundig auch richtig. Wenn man sich das Verhalten der Bürger jetzt anschaut, dann sagen wir als Chefs, Du kannst ins Home Office gehen; was macht der Mitarbeiter? Der geht abends ins Fitness-Studio. Sie sagen der Mutter, die Schule wird gesperrt; was macht die Mutter? Die schickt ihr Kind am folgenden Wochenende, weil das Wetter gerade schön ist, mit anderen Kindern auf den Spielplatz. Das ist das Gegenteil von dem, was man erwartet. Da werden wir sicherlich nachschärfen müssen. Das gleiche gilt auch beim Thema Hamsterkäufe.»

Die Kommunikation in Krisenzeiten ist anspruchsvoll. Jeder erwartet einerseits schnellstmögliche Informati-

Titelstory

on, andererseits soll keine Panik geschürt werden und es soll die Bereitschaft gefördert werden, unliebsame Massnahmen der Behörden mitzutragen. So kommt es auch immer wieder zu mehr oder weniger lauter Kritik am Kommunikationsverhalten der Verantwortlichen. Ein Beispiel dafür sind die stark voneinander abweichenden täglich aktualisierten Zahlen zu Corona-Infizierten und -Toten zwischen der Johns Hopkins Universität und dem Robert-Koch-Institut. Es ist schwer zu vermitteln, wieso die amerikanische Universität über aktuellere Zahlen aus Deutschland verfügen sollte als die deutschen Behörden. Schnell stellt sich die Frage, welche Zahlen denn nun richtig sind. Das führt zu Verunsicherungen in der Bevölkerung.

Die Frage, welchen **Schutz Gesichtsmasken bieten** können, wird höchst unterschiedlich bewertet und kommuniziert. Die Verwirrung darüber ist in der Öffentlichkeit gross. Mal heisst es, das medizinische Personal braucht ganz dringend das Schutzmaterial, mal heisst es, es gebe keine wissenschaftliche Evidenz für die Schutzwirkung der Masken. Der Verdacht liegt nahe, dass das Tragen von Gesichtsmasken im Alltag so lange für nutzlos erklärt wird, wie es nicht ausreichend Masken für grosse Teile der Bevölkerung gibt. Österreich führt eine allgemeine Maskenpflicht in Supermärkten ein, die deutsche Stadt Jena verlangt das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes im ÖV und in Supermärkten. Und Südkorea schwört auf den Mundschutz in der Öffentlichkeit. «Gesundheitsbehörden, die [widersprüchlich argumentieren], wirken unglaublich und arrogant. Überzeugender wäre es, die eigene Unsicherheit hinsichtlich des Nutzens der Gesichtsmasken offen anzusprechen und einzugestehen, dass derzeit ein Mangel an Masken besteht. Angebracht wäre es auch, die Erfahrungen der asiatischen Gesellschaften ernst zu nehmen.»

(Quelle: Kommentar von Peter Rásonyi in der NZZ vom 02.04.2020)

Die Schriftstellerin Helena Janeczek beschreibt die Situation in Norditalien im März 2020 so:

«Die Sirenen der Rettungswagen sind der einzige Ton, der die gespenstische Stille unserer Städte zerreisst.

Man horcht, man schätzt, wie viele am Tag vorbeifahren. Rettungswagen klingen heute nach Untergang und nicht nach Rettung. So sieht es aus in der reichsten, produktivsten Region Italiens. Es mangelt an Personal, an Labors, an Schutzmasken, an Sauerstoff, an Krankenbetten, vor allem in den bereits auf das Dreifache ausgebauten Intensivstationen. Die humanitäre Katastrophe resultiert in erster Linie aus einer Kombination dieser Mängel, die immer nur notdürftig behoben wurden, während sich das Virus mit exponentieller Geschwindigkeit verbreitete.» Die Autorin warnt vor einem Auseinanderbrechen der EU, wenn es keine Solidarität über nationale Grenzen hinaus gibt: «Wenn aber nicht auch den Bürgern der anderen EU-Staaten signalisiert wird, und zwar sehr deutlich, dass ihr Leben und ihre Zukunft genauso wertvoll und rettungswürdig sind, wäre das, angesichts des Ausmasses von Tod und Elend, das wir in Italien und Spanien erleben, das Ende der Europäischen Union.»

(Quelle: Helena Janeczek in der SZ vom 03.04.2020)

Es gibt national und regional unterschiedliche Konzepte des Krankenhaus-Krisenmanagements. Obwohl in vielen Fällen einheitliche gesetzliche und/oder behördliche Regelungen existieren, werden Krisenpläne



Krisenmanagement und Organisationskultur

Viel hängt in Krisenzeiten von der Organisationskultur und der Führung ab. Viele Krisen, z.B. schwere Komplikationen und Todesfälle im Krankenhaus durch multiresistente Erreger, lassen sich auf organisatorische Mängel und Managementfehler zurückführen. «Aber wenn Mitarbeiter sich die Hände nicht ordentlich desinfizieren, wenn bei der Sterilisation nicht sorgfältig gearbeitet wird, wenn Klinikchefs abtauchen, Verantwortung abgeschoben und wegdelegiert wird, dann geht Vertrauen verloren. Da geht es um menschliches Verhalten und um Führung. Nosokomiale Infektionen sind nicht vollständig vermeidbar, denn im Krankenhaus kumulieren die Gefährdungen durch Erreger, die durch Patienten und Angehörige eingebracht und durch den direkten Kontakt zu Ärzten und Pflegekräften weitergetragen werden, Da hilft eben nur strenge Hygiene und sorgfältige Händedesinfektion vor und nach dem Patientenkontakt. (...) Vorgesetzte werden zu Führungskräften in dem Maße, wie sie es erreichen, dass ihre Mitarbeiter, Kollegen, Vorgesetzten und Kunden sie als Partner schätzen und anerkennen und mit ihnen konstruktiv an der Verwirklichung gemeinsamer Ziele arbeiten. In der Führungsbeziehung entsteht eine Wechselwirkung von Führen und Geführtwerden, von der beide Seiten profitieren. In der Krise zeigt sich, was eine gute Führungskraft bereits lange vor dem Eintreten von krisenhaften unerwarteten Ereignissen bei ihren Mitarbeitern erreicht hat. Durch Führung wird wertvolle Krisenprävention geleistet, indem die Mitarbeiter ins Vertrauen gezogen und in die Verantwortung geführt werden. Führung ist Krisenprävention, weil sie die Mitarbeiter vor Ort als die wirklichen Experten für die Krisenbewältigung anerkennt, ohne die keine Krisenbewältigung denkbar ist. In einer Krise zeigt sich dann, wie effektiv Führungsarbeit bisher gewesen ist.

Quelle: Kapitel Führung im Krankenhaus bei Notfällen und Krisen, Risiko- und Krisenmanagement im Krankenhaus, S. 117 ff

an die jeweiligen Organisationen und vorhandenen Ressourcen angepasst. Drei wesentliche Aspekte lassen sich aus den verschiedenen Stärken und Schwächen der Konzepte herausarbeiten:

- «1. Wer soll die Führung <ab den ersten Minuten> in der Initialphase einer kritischen Einsatzlage in die Hand nehmen?
2. Ist es sinnvoll, die Führungsfunktionen des Klinikalltags auch in Alarmsituationen beizubehalten, oder ist eine alternative Führungsstruktur besser geeignet?
3. Welche Voraussetzungen müssen für Planung und Implementation eines funktionierenden Krankenhauseinsatzkonzeptes gegeben sein?

(...) Bei der Formulierung eines Krankenhausalarmplanes darf man sich nicht auf die Übertragbarkeit eines vorgegebenen Konzeptes verlassen. Lokale Strukturen sind immer verschieden und müssen bei der Erprobung von Führungskonzepten berücksichtigt werden.»
(Quelle: Risiko- und Krisenmanagement im Krankenhaus, S. 134 ff)



Krisenmanagement am Beispiel der EHEC-Epidemie von 2011 in Hamburg

«Im Mai 2011 tauchte der EHEC-Erreger (EHEC: Enterohämorrhagische Escherichia coli) wie aus dem Nichts auf. Die Symptome: Bauchschmerzen, schwerer Durchfall und Übelkeit. Manche Betroffene erlitten bleibende Nierenschäden, 53 Menschen starben in Deutschland an den Folgen der Infektion. Insgesamt rund 3800 Menschen hatten sich mit dem Darmkeim EHEC angesteckt, rund 850 davon entwickelten das sogenannte hämolytisch-urämische Syndrom (HUS), eine lebensgefährliche Komplikation. Nach fieberhafter Suche aller Beteiligten wurden ägyptische Bockshornkleesamen von einem niedersächsischen Gartenbaubetrieb als Verursacher der Erkrankung identifiziert. (...) Obwohl es keine Versäumnisse gab, zeigt der Verlauf [der Epidemie] aber auch, dass die Erkrankungswelle zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens schon sehr weit fortgeschritten war. (...) Hintergrund [der verzögerten Meldung durch das Robert-Koch-Institut] war die wöchentliche Taktung der Meldekette vom Bezirk zum Land und dann zum Bund. Inzwischen hat eine Gesetzesänderung stattgefunden und derartige Daten werden täglich an das RKI weitergeleitet.»

Das Krisenmanagement der Hamburger EHEC-Epidemie lässt sich wie folgt zurückverfolgen: Rasches Eintreffen der Berliner Task-Force des RKI in Hamburg, tägliche Krisensitzungen in der Landesgesundheitsbehörde, Einsetzung einer behördeninternen Task-Force mit den beteiligten Fachbereichen Infektionsschutz und Verbraucherschutz, tägliche Telefonkontakte zwischen allen Beteiligten mit festen Ansprechpartnern, Austausch über aktuellen Belegungsstand und ggf. freie Behandlungskapazitäten. Gute, auch über Stadt- und Landesgrenzen hinausgehende Zusammenarbeit von Krankenhäusern und ambulanten Praxen, insbesondere bei der Versorgung dialysepflichtiger Patienten. Eine schnelle Auskunft der Untersuchungslabore über vorliegende EHEC-Infektionen war entscheidend für die Auswahl notwendiger Therapien. Die Information der Öffentlichkeit erfolgte zentral «mit einer Stimme», wodurch Fehlmeldungen und Irritationen vermieden werden konnten. Bei der Suche nach der Infektionsquelle wurde zwar schnell klar, dass es sich um Lebensmittel handeln musste, doch ab da war es wie die berühmten Suche nach der Nadel im Heuhaufen. Die Untersuchungen wurden in Privathaushalten, Kliniken, Heimen, Gastronomiebetrieben und bei Lebensmittelherstellern durchgeführt. Beim Hamburger Institut für Hygiene und Umwelt waren mehr als 50 Personen beteiligt. Schnell wurde Rohkost als Infektionsherd identifiziert, die Bevölkerung reagierte auf entsprechende Meldungen, verzichtete weitestgehend auf den Verzehr von Rohkost und die Infektionszahlen gingen zurück. Erst später konnten die Sprossen, die der Rohkost als Beigabe zugesetzt waren, als eigentliche Auslöser identifizieren.

«Ohne Vorwarnung füllten sich die Aufnahmebereiche der Hamburger Notfallkrankenhäuser zusehends mit Patienten, die mit einer noch nicht bestätigten Verdachtsdiagnose eher vorsorglich aufgenommen wurden, aber auch mit solchen Patienten die bereits deutliche Krankheitssymptome aufwiesen und deren gesundheitlicher Zustand sich schnell dramatisch verschlechterte. Gerade diese Patienten forderten die Krankenhäuser im Besonderen, da in grösserem Umfang Dialysen durchgeführt werden mussten und vielfach sogar eine intensivmedizinische Betreuung notwendig wurde. Das führte dazu, dass zeitweise Zentrale Notaufnahmen der Krankenhäuser für die reguläre Versorgung nicht zur Verfügung standen und deren Patienten von anderen Krankenhäusern in Absprache zwischen den Beteiligten aufgefangen werden mussten. (...) Derartige Belastungssituationen erforderten einerseits ein wirkungsvolles interdisziplinäres Zusammenarbeiten aller Fachgruppen und andererseits ein Höchstmass an persönlichem Engagement, das von jedem einzelnen von ihnen aufgebracht wurde.»

Quelle: Risiko- und Krisenmanagement im Krankenhaus, S. 297

Titelstory

Es wird eine Zeit <danach> geben und dann gehören alle beteiligten und betroffenen Institutionen auf den Prüfstand.

Eines Tages ist die akute Notlage vorbei und es wird Bilanz gezogen. Einige dieser Fragen könnten dann im Mittelpunkt der Analyse stehen:

- Welche Verbesserungen muss es bei den nationalen Krisenstäben geben?
- Wie kann die Abstimmung zwischen den Entscheidungsebenen verbessert werden?
- Wie kann die medizinische Versorgung für möglichst viele Menschen aufrechterhalten werden?
- Wurden die Nicht-Covid-19-Patienten angemessen behandelt?
- Müssen die Lagerbestände für eine Krisensituation besser ausgestattet werden?
- Wie lässt sich die internationale wissenschaftliche Kooperation verbessern?
- Wie lassen sich wissenschaftliche Erkenntnisse schneller und barrierefreier verbreiten?
- Wo haben die gesellschaftlichen Einschränkungen positiv gewirkt, wo negativ?
- Wie hoch sind die Kosten der gesellschaftlichen Einschränkungen?

Quellen: Katja Scholtes, Thomas Wurmb, Peer Rechenbach Hrsg.: Risiko- und Krisenmanagement im Krankenhaus. Stuttgart. Kohlhammer, 2018; Beda Sartory, Patrick Senn, Bettina Zimmermann, Sita Mazumder: Praxishandbuch Krisenmanagement. Midas Management Verlag St. Gallen, Zürich, 2013; Süddeutsche Zeitung, 20.03., 23.03., 26.03., 27.03., 03.04.2020; DLF; NZZ, 25.03., 28.03., 02.04.2020; EURACTIV Online, 02.04.2020; Wikipedia.org, Triage; SAMW.ch; Ethikrat.org; DIVI.de; manager-magazin online; medienwoche.ch

