

# Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst

von Joseph Kuhn<sup>1</sup> und Manfred Wildner<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Die Ursprünge des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)** im 18. und 19. Jahrhundert waren vor allem Aufgaben der Abwehr von Gefahren, beispielsweise Seuchen. Im 20. Jahrhundert, mit dem Entstehen städtischer Gesundheitsämter, kamen zunehmend sozialmedizinische Fürsorgeaufgaben dazu. Durch die Beteiligung des ÖGD an der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik war die Bevölkerungsmedizin nach 1945 in Deutschland zunächst diskreditiert und konnte erst unter dem Label Public Health in den 1980er-Jahren wieder an Boden gewinnen. Die Gesundheitsämter haben sich seitdem verstärkt um ein Profil über die tradierten Kontroll- und Überwachungsaufgaben hinaus bemüht, allerdings restringiert durch einen anhaltenden Personalabbau. Die Gesundheitsministerkonferenz hat die Reformansätze im ÖGD 2018 mit einem modernen Leitbild für den ÖGD unterstützt, auch die personelle Stärkung des ÖGD stand auf der Agenda. Durch die Corona-Krise ist einerseits die Stärkung des ÖGD politisch konsensfähig geworden, andererseits liegt der Akzent dabei primär auf dem Infektionsschutz. Für einen modernen ÖGD sollte der mit dem Leitbild 2018 eingeschlagene Weg weiterverfolgt werden.

**Schlüsselwörter:** öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsamt, Corona, Public Health

*The origins of the public health service in Germany in the 18th and 19th century lie in hazard prevention tasks. In the 20th century, along with the development of urban health authorities, sociomedical welfare tasks were added to the remit. The involvement of the public health service in the Nazi extermination policy led to a discreditation of public health medicine in Germany after 1945. A comeback succeeded only in the 1980s under the label "public health". Since then, health authorities have attempted to broaden its profile beyond traditional control and supervision duties, albeit hampered by ongoing staffing cutbacks. In 2018, the conference of health ministers supported the reform attempts with a modern mission statement for the public health service and debated strengthening its workforce. Due to the Corona crisis there is now considerable political consensus on building up the public health service, but with a focus primarily on infection control. For a truly modern public health service, however, the course taken with the mission statement dating from 2018 should be followed.*

**Keywords:** public health service, health authority, Corona, public health

## 1 Staatliche Verantwortung für die öffentliche Gesundheit

Historisch ist der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) im späten Merkantilismus und in der Aufklärung zu verorten. In dieser Zeit ist die Gesundheit der Bevölkerung zu einer

gestaltbaren Größe geworden, Schicksal und Gottgegebenheit allein waren keine ausreichenden Erklärungen mehr. Auch wenn insbesondere die Seuchenbekämpfung weit in die Vergangenheit zurückreicht, sind erst im 18. und 19. Jahrhundert Fragen der öffentlichen Gesundheit in umfassenderer Weise an den Staat adressiert worden (*Flügel 2012*). Dafür steht paradigmatisch das sechsbändige „System einer vollständigen

<sup>1</sup>Dr. PH Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit · Veterinärstr. 2 · 85764 Oberschleißheim  
Telefon: 09131 68085302 · E-Mail: joseph.kuhn@lgl.bayern.de

<sup>2</sup>Prof. Dr. med. Manfred Wildner, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit · Veterinärstr. 2 · 85764 Oberschleißheim  
Telefon: 09131 68085590 · E-Mail: manfred.wildner@lgl.bayern.de

gen medizinischen Polizey“ von Johann Peter Frank. Darin werden zentrale Themen der öffentlichen Gesundheit – von der Ernährung bis zur Wohnungshygiene – als staatliche Verwaltungsaufgaben beschrieben. Vieles davon gehört auch heute noch zum Aufgabenbestand des ÖGD. Die Wahrnehmung der Gesundheit der Bevölkerung als Verwaltungsfrage war mit einem Perspektivenwechsel verbunden. Bei Frank geht es in erster Linie nicht um die individuelle Gesundheit der Menschen, indem sie mit Empfehlungen zum Gesundheitsverhalten versorgt werden, sondern um das Staatswohl. Damit kommt eine ambivalente Grundstruktur des Konzepts der öffentlichen Gesundheit zum Tragen, die Unterstützung und Kontrolle verbindet und die Balance zwischen individuellen und kollektiven Interessen wahren muss. Diese Ambivalenz durchzieht die gesamte Geschichte der Bevölkerungsmedizin bis zu den gegenwärtigen Public-Health-Ansätzen. Die Dominanz kollektiver Interessen und ihre Pervertierung zum Schutz vor Krankheit durch die Ermordung der Kranken im Nationalsozialismus markiert den einen Pol. Die neoliberale Erwartung, dass sich das allgemeine Wohl durch die Selbstverantwortung der Individuen herstellt, den anderen. In dieser Ambivalenz begründet sich die Notwendigkeit einer spezifischen Public-Health-Ethik jenseits der traditionellen ärztlichen Standesethik (Schröder-Bäck 2014).

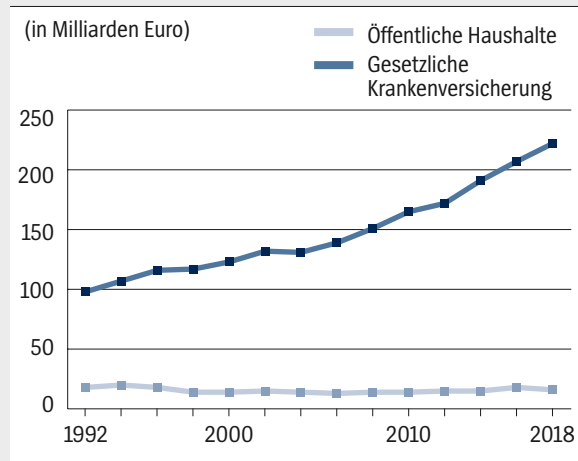
Mit der Industrialisierung und dem damit einhergehenden starken Wachstum der Städte haben sowohl die Hygiene als auch die sozialmedizinische Fürsorge als staatliche Aufgaben

an Bedeutung gewonnen, Letztere vor allem mit der Gründung der ersten städtischen Gesundheitsämter im 20. Jahrhundert. Mit dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens 1934 kam es dann zur flächendeckenden Einrichtung von Gesundheitsämtern. Sie wurden zugleich in die nationalsozialistische Rassenpolitik eingebunden, Bevölkerungsgesundheit biologisch auf den gesunden Volkskörper reduziert (siehe dazu beispielsweise Donhauser 2007; Schleiermacher 2017). Das Vereinheitlichungsgesetz galt nach dem Krieg in der Bundesrepublik weiter und wurde erst ab den 1980er-Jahren schrittweise durch Landesgesetze ersetzt und als Bundesrecht am 14. August 2006 aufgehoben (Kuhn et al. 2012).

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden die Gesundheitsämter in ihren sozialmedizinischen Zuständigkeiten eingeschränkt und in den 1990er-Jahren fast in allen Bundesländern kommunalisiert. Die Gesundheitsämter hatten gesundheitspolitisch keine besondere Bedeutung mehr und auch der Prävention kam jenseits der ärztlichen Beratung kein hoher Stellenwert zu. Ausgebaut wurde stattdessen das System der kassenfinanzierten Krankenversorgung. In den Gesundheitsämtern wurde Personal abgebaut. Allein zwischen 1990 und 2000 ging beispielsweise die Zahl der hauptamtlichen Ärzte in den Gesundheitsämtern von 3.557 auf 2.500 zurück, die Zahl der Medizinisch-technischen Assistenten von 451 auf 141, die der Arzthelfer und Krankenpfleger von 2.094 auf 1.021 (Statistisches Bundesamt 2002). Für die Jahre danach liegen keine Personalstandsdaten des Statistischen Bundesamtes mehr vor. Für die Ärzte sind Daten der Mitgliederstatistik der Bundesärztekammer verfügbar. Demnach gab es zum 31. Dezember 2019 in den Gesundheitsämtern 2.561 Ärzte. In einer Befragung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) 2015 gaben etwa 40 Prozent der Ämter an, mit weniger als 20 Vollzeitäquivalenten ausgestattet zu sein, bei einem Drittel der Ämter waren es 20 bis 40 Vollzeitäquivalente und bei einem Viertel mehr als 40 Vollzeitäquivalente (Pope et al. 2016). Vergleichbare Größenangaben hatte bereits eine ebenfalls bundesweite Befragung der Gesundheitsämter 2007 ergeben (Stockmann et al. 2008). Die Entstaatlichung im Gesundheitsbereich zeigt sich auch bei den Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Leistungsträgern. 1968 gaben die Krankenkassen gut doppelt so viel aus wie die öffentlichen Haushalte (BMJFG 1971, 158), 2018 (siehe Abbildung 1) mehr als 13 Mal so viel.

ABBILDUNG 1

### Gesundheitsausgaben in Deutschland



Die öffentlichen Haushalte gaben 1992 noch 18 Milliarden Euro für Gesundheit aus, 2018 lediglich 16 Milliarden Euro. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung waren es 1992 noch 98, 2018 bereits 222 Milliarden Euro.

## 2 Strukturen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland

Als öffentlicher Gesundheitsdienst wird heute in der Regel die Gesundheitsfachverwaltung verstanden. Die Arbeitschutzbehörden oder die Lebensmittelüberwachung, die ebenfalls wichtige Bereiche staatlicher Verantwortung

TABELLE 1

## Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland

Bundesebene	Länderebene	Regierungsbezirke (in einigen Ländern)	Kommunale Ebene (Gesundheitsämter)
Bundesministerium für Gesundheit mit nachgeordneten Behörden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Robert Koch-Institut (RKI)</li> <li>• Paul-Ehrlich-Institut (PEI)</li> <li>• Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)</li> <li>• Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)</li> </ul>	Gesundheitsministerien der Länder mit nachgeordneten Behörden, zum Beispiel: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Landesgesundheitsämter</li> <li>• Landesuntersuchungsanstalten</li> <li>• Sonderbehörden</li> </ul> Gemeinschaftseinrichtungen der Länder, zum Beispiel die Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten	Mittlere Verwaltungsebene, teilweise mit Wahrnehmung von überregionalen Aufgaben zum Beispiel in der Anerkennung ausländischer Gesundheitsberufe oder im Begutachtungswesen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baden-Württemberg: 38</li> <li>• Bayern: 76</li> <li>• Berlin: 12</li> <li>• Brandenburg: 18</li> <li>• Bremen: 2</li> <li>• Hamburg: 7</li> <li>• Hessen: 24</li> <li>• Mecklenburg-Vorpommern: 8</li> <li>• Niedersachsen: 44</li> <li>• Nordrhein-Westfalen: 53</li> <li>• Rheinland-Pfalz: 24</li> <li>• Saarland: 6</li> <li>• Sachsen: 13</li> <li>• Sachsen-Anhalt: 14</li> <li>• Schleswig-Holstein: 15</li> <li>• Thüringen: 23</li> </ul>

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist vornehmlich auf drei Ebenen organisiert: auf der des Bundes, der Länder und der Kommunen. Die Zahl der Gesundheitsämter korreliert nicht mit der Einwohnerzahl, vergleiche etwa Bayern (rund 13 Millionen Einwohner) und Baden-Württemberg (rund 11 Millionen Einwohner).

für die öffentliche Gesundheit darstellen, zählen nicht dazu. Auf der lokalen Ebene gibt es in Deutschland derzeit 377 Gesundheitsämter, ihre Zahl ist durch Gebietsreformen in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zurückgegangen (zum Vergleich: 1990 gab es noch 532 Gesundheitsämter).

Die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern regelt das Grundgesetz (GG). Artikel 30 und 70 GG weisen den Ländern sowohl in der Gesetzgebung als auch im Vollzug die „grundsätzliche“ Zuständigkeit zu, soweit sie sich nicht der Bund vorbehalten hat. Die Zuständigkeit für Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten, also das Infektionsschutzrecht, fällt nach Artikel 74 GG in die konkurrierende Gesetzgebung. Die Länder können hier Regelungen treffen, soweit der Bund nicht aktiv geworden ist. Unterhalb der Bundesebene regeln die Gesundheitsdienstgesetze der Länder (beziehungsweise in Thüringen eine Rechtsverordnung) Aufgaben und Zuständigkeiten des ÖGD. Dies führt zu einer gewissen Heterogenität des Aufgabenspektrums des ÖGD in den Ländern. So nehmen in manchen Ländern die Gesundheitsämter auch zahnärztliche oder sozialpsychiatrische Aufgaben wahr, in manchen nicht. Die Kommunalisierung der Ämter hat zu einer weiteren variablen Ausdifferenzie-

rung der Tätigkeiten beigetragen (soweit diese im eigenen Wirkungskreis der Kommunen angesiedelt sind). Dennoch gibt es einen gemeinsamen Kern an Aufgaben des ÖGD:

- Gesundheitsschutz (Hygiene und Infektionsschutz, umweltbezogener Gesundheitsschutz, Medizinalaufsicht),
- Beratung und Information, Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfen (zum Beispiel Schwangerenberatung, Suchtberatung, Schuleingangsuntersuchungen, Begutachtungswesen),
- Koordination, Moderation, Politikberatung und Qualitätssicherung (Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Gesundheitskonferenzen, Öffentlichkeitsarbeit etc.).

Für die Gesundheitsämter liegt eine partielle Übersicht über die Tätigkeiten aus der bereits erwähnten AOLG-Befragung 2015 vor (Poppe et al. 2016). Demnach sind alle Gesundheitsämter mit Aufgaben des Infektionsschutzes, der Hygiene, den Schuleingangsuntersuchungen oder der Begutachtung („Amtsärztlicher Dienst“) befasst. Bei anderen Aufgaben, von der Schwangerenberatung bis zur Gesundheitsberichterstattung, gibt es größere regionale Unterschiede in den Zuständigkeiten beziehungsweise der Wahrnehmung von Zuständigkeiten.

Blickt man auf die Personalstruktur der Gesundheitsämter, so ist jeweils ein Fünftel ärztliches Personal, Verwaltungspersonal und sozialpädagogisches Personal sowie je ein Zehntel Hygienekontrolleure und medizinische Fachangestellte (Tabelle 2). Diese prozentuale Verteilung ist nahezu unverändert gegenüber der letzten Personalerhebung durch das Statistische Bundesamt vor 20 Jahren (*BMG 2002*).

### 3 Anhaltende Reformdebatten

Die Entwicklung des ÖGD ist seit Jahrzehnten von zwei Kommentarlagen begleitet: der Klage um den Mangel an qualifiziertem Personal und der Frage, welche Funktion dem ÖGD im Gesundheitswesen heute zukommen soll. So hat schon der Gesundheitsbericht der Bundesregierung 1971 festgestellt: „Seit Kriegsende ist die Besetzung der vorhandenen Stellen in den Gesundheitsämtern (...) mit qualifizierten Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes zunehmend schwieriger geworden. Dadurch sind diese Behörden vielfach nicht mehr in der Lage, die ihnen gesetzlich übertragenen und von Jahr zu Jahr zunehmenden Aufgaben zu erfüllen“ (*BMJFG 1971, 67*). Als Abhilfe wurden damals unter anderem die Einrichtung von Lehrstühlen für Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im öffentlichen Gesundheitsdienst und eine bessere Vergütung vorgeschlagen (ebenda). Fünfzehn Jahre später hat der Bundestag die gleiche Problemlage konstatiert, bei den Reformvorschlägen ging es wiederum darum, den ÖGD attraktiver zu machen und die Ärzte besser zu bezahlen. Hinzu kam nun die Forderung, den ÖGD auch inhaltlich als „Träger einer modernen Bevölkerungs- bzw. Gesellschaftsmedizin“ zu verstehen, der Koordinationsaufgaben wahrnimmt und dessen „epidemiologischer Sachverstand“ gestärkt werden müsse (*Deutscher Bundestag 1985*).

Gegenüber der Wahrnehmung von Koordinationsaufgaben durch den ÖGD gab es auch innerhalb des ÖGD immer kritische Stimmen. So hat 1989 beim Symposium „ÖGD 2000“ Erich Kröger, damals Leiter der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, zwar betont, dass die Gesundheitsämter epidemiologische Aufgaben bei der Beobachtung des Krankheitsgeschehens in der Bevölkerung hätten, mit dem Ziel, drohende Gefahren rechtzeitig zu erkennen, er stand aber einer Zuständigkeit der Gesundheitsämter für Gesundheitsplanung beziehungsweise in der kommunalen Steuerung kritisch gegenüber. Diese würde von den anderen Akteuren nicht akzeptiert (*Kröger 1990, 16 ff.*). Der Medizinsoziologe Christian von Ferber sprach sich dagegen bei diesem Symposium klar für Regiekompetenzen der Gesundheitsämter und ein Überdenken des Berufsbildes der Ärzte im ÖGD aus (*Ferber 1990, 120*).

TABELLE 2

#### Berufe in den Gesundheitsämtern in Prozent

Anteil an allen Beschäftigten nach Vollzeitäquivalenten, n = 193 Gesundheitsämter

Verwaltungsangestellte	20,1
Ärzte	18,5
Sozialpädagogen	18,3
Hygienekontrolleure	10,5
Medizinische Fachangestellte	9,8
Sozialmedizinische Assistenten	4,7
Zahnmedizinische Fachangestellte	3,7
Zahnärzte	2,2
Gesundheitsingenieure	1,9
Psychologen	1,3
Medizinisch-technische Assistenten	1,0
Sozialwissenschaftler	0,4
Gesundheitswissenschaftler	0,4
Heilpädagogen	0,2
Naturwissenschaftler	0,1
Sonstige Berufe (Logopäden, Apotheker etc.)	6,7

Sehr unterschiedliche Berufe sind in Gesundheitsämtern vertreten, am häufigsten Verwaltungsangestellte. Knapp jeder fünfte Mitarbeiter ist Arzt.

In den folgenden 30 Jahren hielt die Debatte um fehlendes Personal und ein fehlendes Aufgabenprofil im ÖGD an (*Grunow und Grunow-Lutter 2000; Grunow und Trojan 2002; Steen 2005*). Gleichwohl wurden in dieser Zeit in den ÖGD-Gesetzen der Länder gesundheitsplanerische und koordinierende Aufgaben verankert (*WD 2015; Kuhn und Trojan 2017*). Ihre Ausfüllung ist durch die Personalsituation und ein diffuses Rollenbild des ÖGD allerdings sehr begrenzt geblieben. Neue Impulse in diese Richtung kamen durch die Diskussion um die Gesundheitsförderung und Prävention auf der kommunalen Ebene, in der dem ÖGD koordinierende, vernetzende und beratende Funktionen zugeordnet werden (*Kuhn und Heyn 2015*). Auch diese Diskussionslinie hat eine lange, weit hinter das Präventionsgesetz von 2015 zurückreichende Geschichte: Schon 1982 hatte die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) kommunale Arbeitsgemeinschaften zur Prävention und Gesundheitsförderung unter Koordination des ÖGD vorgeschlagen (*Statistisches Bundesamt 1998, 294*) und diese Vorschläge

zum Beispiel 1991 wiederholt (*Allhoff et al. 1997, 20*). Die seit den 1980er-Jahren dominante neoliberale Agenda des Staatsrückbaus verhinderte jedoch lange Zeit, dass der ÖGD in der Gesundheitsförderung eine relevante Rolle spielen konnte. Müller (1997, 88) bilanzierte Ende der 1990er-Jahre: „Den Forderungen nach einer Neuorientierung, die anschließend an das Konzept der Gesundheitsförderung für den ÖGD programmatische formuliert werden, steht bislang in der Praxis keine erkennbare Gesamtentwicklung gegenüber.“ Ein für das konzeptionelle Verständnis des ÖGD wichtiges Papier, das einerseits die Koordinations- und Vernetzungsfunktionen des ÖGD sowie seine Beratungstätigkeiten hervorhebt, andererseits die tradierten Überwachungsaufgaben in den neuen Kontext des „New Public Management“ stellt, war der Bericht der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt) mit dem Titel „Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes“ im Jahr 1998 (*KGSt 1998*), der in den folgenden Reformdebatten immer wieder als Referenz angeführt wurde.

Hinsichtlich der Positionierung des ÖGD im Gesamtkontext öffentlicher Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung hat auch das Präventionsgesetz 2015 keine wirklich befriedigende Lösung gebracht. Es hat die „gesamtsellschaftliche Aufgabe Prävention“ zunächst primär in die Verantwortung der Sozialversicherungsträger gegeben. Der ÖGD versucht, sich in die neu entstandenen Strukturen einzubringen, so gut er kann, aber seine Rolle ist im System der Prävention nicht wirklich definiert. Sie changiert noch zu sehr zwischen Rückzug auf klassische Gefahrenabwehr, Mitmachen bei lokalen Gesundheitskampagnen und der ansatzweisen Übernahme von Koordinationsfunktionen. Was die Personalsituation und die Fähigkeit zur Krisenreaktion des ÖGD angeht, haben mehrere infektionsepidemiologische Krisen (Sars, EHEC und Ebola) in den vergangenen Jahren zu einem allmählichen Umdenken in der Gesundheitspolitik geführt – mit spürbaren Konsequenzen allerdings erst jetzt in der Corona-Krise. Diese hat bundesweit die zentrale Rolle der Gesundheitsämter im Seuchenfall deutlich gemacht.

## 4 Der ÖGD und die Corona-Krise – Chancen und Herausforderungen

Der Spagat zwischen dem auch in der Gesundheitspolitik immer wieder bekundeten Willen, den ÖGD zu stärken, und der weitgehenden Folgenlosigkeit dieses Willens unter den restriktiven finanzpolitischen Rahmenbedingungen kennzeichnet die Situation des ÖGD bis heute. Zugleich sind die Voraussetzungen für eine ÖGD-Reform auf der Ebene der verfügbaren Qualifikationen ungleich besser als früher geworden, etwa durch die Wiederverankerung des Fachs Public Health an den Universitäten mit epidemiologisch gut ausgebildeten Absol-

venten, dem modernen Aus- und Weiterbildungsangebot der Akademien für den öffentlichen Gesundheitsdienst oder der schrittweisen Einbindung des ÖGD in multiprofessionelle Netzwerke zum Beispiel bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes.

Ein in der neueren Zeit konzeptionell wichtiger Meilenstein war die Stellungnahme der Wissenschaftsakademien zu Public Health in Deutschland im Jahr 2015 mit den dort formulierten Erwartungen an den ÖGD (*Leopoldina 2015*). Im Anschluss daran hat die 89. GMK 2016 einen weitreichenden Beschluss zur Stärkung des ÖGD gefasst, der Aspekte der Aus- und Weiterbildung, des Verhältnisses von ÖGD und Wissenschaft, der Mitwirkung an der Umsetzung des Präventionsgesetzes, der Personalsituation und des Selbstverständnisses des ÖGD beinhaltet (*GMK 2016*). Unter konzeptionellen Aspekten von besonderer Bedeutung war dabei die Beauftragung eines neuen Leitbilds „Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Public Health vor Ort“. Die 91. GMK hat das abgestimmte Leitbild 2018 verabschiedet (*LP ÖGD 2018*). Der GMK-Beschluss 2016 befürwortet zudem die Einrichtung von ÖGD-Professuren, um diesem wichtigen Handlungsfeld von Public Health wieder eine akademische Präsenz zu geben und die wissenschaftliche Fundierung der Arbeit der Gesundheitsämter zu verbessern. Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2018 kündigt dann ebenfalls eine Stärkung des ÖGD an: „Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist eine wichtige Säule des Gesundheitswesens, insbesondere bei der Prävention und Gesundheitsförderung. Wir stehen für eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ein“ (*CDU, CSU, SPD 2018*).

In dieser fluid gewordenen Situation kam im Februar 2020 der Corona-Ausbruch. Dabei ist wie schon bei Sars-CoV-1 und EHEC und in der Flüchtlingskrise 2015 die zentrale Bedeutung des ÖGD für die Krisenbewältigung deutlich geworden. Anders als die früheren Krisen hat das Sars-CoV-2-Virus aber weltweit eine tiefgreifende gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Krise verursacht. Sie hält an und eine Rückkehr zum Vorher ist weder für die Gesellschaft insgesamt noch für den ÖGD absehbar. Die Gesundheitsämter haben in der Bewältigung der Krise ein breites Aufgabenspektrum. Sie müssen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) die Infektionsketten aufklären und unterbrechen. Dazu haben sie Erkrankungs- und Verdachtsfälle sowie Kontaktpersonen zu ermitteln, Untersuchungen auf eine Infektion (Abstriche) zu veranlassen oder selbst durchzuführen sowie gegebenenfalls Isolierungs- und Quarantänemaßnahmen zu veranlassen. Das IfSG lässt dabei weitreichende Eingriffe in die Grundrechte zu. Des Weiteren arbeiten die Gesundheitsämter in Krisenstäben auf Kreisebene mit, sie koordinieren Sondereinsätze, sie begleiten die Entwicklung und Umsetzung von Hygienekonzepten von Gesundheitseinrichtungen, teilweise haben sie Hotlines zur Bürgerberatung eingerichtet (vergleiche dazu auch *Starke 2020*). Neuerdings sind sie zudem für die Ver-

anlassung von Tests nach der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erlassenen „Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Corona-Virus Sars-CoV-2“ zuständig. Die Verordnung regelt die Erstattung von Laborleistungen für das Testen asymptomatischer Personen.

Allein das Nachverfolgen von Kontakten (*contact tracing*), das unverzichtbar für das Eindämmen der Epidemie ist, hat die Personalressourcen des ÖGD vielerorts überfordert (vergleiche auch die Befragung der Gesundheitsämter in der Zeitschrift „Die Zeit“: Mast et al. 2020). Hier wurde zwar schnell zusätzliches Personal eingesetzt oder über Amtshilfe aus anderen Behörden zugewiesen (vergleiche auch DS und DLT 2020), die Einarbeitung hat dabei allerdings zunächst wiederum Ressourcen gebunden und die Personalstärkung ist befristet. Sollte es zu einer zweiten Infektionswelle kommen, sind erneute Engpässe absehbar. Die inzwischen implementierte Corona-Warn-App wird dabei den Nachverfolgungsaufwand für die Gesundheitsämter noch erhöhen.

Im April und Mai 2020, als viele Infektionen mit Todesfällen in Pflegeeinrichtungen zu verzeichnen waren, waren die Gesundheitsämter in den stark betroffenen Regionen mitunter nicht mehr in der Lage, in den Einrichtungen schnell genug Reihentestungen vorzunehmen und notwendige Absonderungsmaßnahmen anzuordnen. Da zugleich die Routinekontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie die der Heimaufsicht ausgesetzt wurden, die Heime also Beratungsmöglichkeiten verloren, wurden mancherorts von überregionalen Steuerungsstellen mobile Teams zur Beratung und Testung in die Heime geschickt.

So, wie die Corona-Krise die lange bekannte desolate Personalsituation des ÖGD für jedermann erkennbar offengelegt hat, hat sie auch die Defizite der IT-Strukturen im ÖGD ins Rampenlicht der Öffentlichkeit gerückt. Das Meldewesen war mancherorts technisch noch auf Fax-Geräte ausgerichtet. Seit 2013 wird das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem (DEMIS) vorbereitet, um die Kommunikation zwischen den verschiedenen Ebenen des ÖGD zu modernisieren. Es ist bis heute nicht funktionsfähig. Zudem gab es keine funktionierende Software zur Unterstützung des *contact tracing* in den Gesundheitsämtern, die zum Beispiel das Erkennen von Infektionsclustern erleichtert. Der Informationsaustausch zwischen Laboren und Gesundheitsämtern ist ebenfalls nicht auf zeitgemäßem technischen Stand.

Bereits seit einiger Zeit kristallisiert sich das gezielte Zusammenspiel von überregionalen Kompetenzzentren und lokalen Gesundheitsämtern als sinnvolle Kooperationsstruktur heraus. Das hat sich auch in der Corona-Krise bewährt, vom Einsatz mobiler Teams über die Klärung fachlicher Fragen zur Hygiene oder zum Arbeitsschutz, der Entwicklung von Rah-

menkonzepten bis hin zum Betrieb von Hotlines zur Bürgerberatung. Diese Tandem-Struktur gilt es weiterzuentwickeln. Auf Bundesebene wird dazu beim Robert Koch-Institut eine Arbeitseinheit zur Unterstützung des ÖGD mit 40 Mitarbeitern eingerichtet. Die Länder sollten dazu ebenfalls geeignete Konzepte auf ihrer Ebene umsetzen.

Die Politik hat auf die Krise mit zunächst befristeten Personalzuweisungen und mit zusätzlichen Finanzmitteln reagiert. Es wird jedoch darauf ankommen, den ÖGD dauerhaft zu stärken und dabei nicht nur den Infektionsschutz im Auge zu behalten, sondern den mit dem neuen Leitbild 2018 eingeschlagenen Weg weiterzugehen, das heißt den ÖGD zu einer zukunfts- und europafähigen Public-Health-Agentur vor Ort zu entwickeln. Dazu sind Dauerstellen auf allen organisatorischen Ebenen des ÖGD nötig, damit in Kenntnis der lokalen wie auch der regionalen und überregionalen Strukturen Kooperationsbeziehungen aufgebaut werden können. Der ÖGD muss mit einer doppelten Kompetenz zum einen in der Lage sein, reaktive Aufgaben der Gefahrenabwehr kompetent und effizient wahrzunehmen; zum anderen kommt es darauf an, dass er Verantwortung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge in einem umfassenderen Sinne proaktiv übernehmen kann. In Zukunft wird absehbar die Gesundheit der Bevölkerung von den allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen, dem Lebensstil und insbesondere von der sozialen Differenzierung dieser Determinanten wesentlich bestimmt werden – auch im Kontext von Epidemien. Hinzu kommen die großen Themen des Klimawandels und der Globalisierung, die auf lokaler Ebene in Deutschland ebenfalls nicht folgenlos bleiben. Als Beitrag zu ihrer Bewältigung ist es notwendig, dass der ÖGD die gesundheitliche Situation der Bevölkerung beobachtet, also die seit Langem in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder vorgegebene Verpflichtung zur Gesundheitsberichterstattung flächendeckend und regelmäßig wahrnimmt, dass die Ergebnisse in die breitere gesellschaftliche Diskussion einfließen, dass der ÖGD sich an regionalen Netzwerken als Partner auf Augenhöhe beteiligen kann und sowohl horizontale (gegenüber anderen lokalen Akteuren) als auch vertikale Koordinationsleistungen (im Zusammenspiel mit überregionalen Akteuren) erbringt. Das muss wiederum auf einem wissenschaftlich zeitgemäßen und abgesicherten Niveau geschehen, wofür enge Beziehungen zur Wissenschaft nötig sind, insbesondere zu den für Public Health relevanten Fächern. Darüber hinaus braucht der ÖGD eigene spezialisierte Professuren, die seine genuinen Aufgaben als Forschungsgegenstand haben, die jeweiligen aktuellen Fragestellungen zeitnah identifizieren und die Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten wissenschaftlich unterstützen. In Bayern hat der Landtag diesbezüglich einen Prüfauftrag an die Staatsregierung auf Einrichtung einer solchen Professur beschlossen (*LT-Drucksache 18/9013 vom 7. Juli 2020*).

Die Corona-Krise hat gezeigt, dass eine Pandemie alle Bereiche des Gesundheitswesens und des gesellschaftlichen Lebens betrifft, sie ist auch für die Gesundheitsämter nicht nur eine Frage der Kontrolle von Infektionsfällen. Von besonderer Bedeutung ist dabei das vom Koalitionsausschuss am 3. Juni 2020 beschlossene Maßnahmenpaket „Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken“ (*Koalitionsausschuss 2020*). Es enthält einen „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“, der vier Milliarden Euro für die personelle und technische Aufrüstung des ÖGD bereitstellen soll. Dabei werden zwar zunächst konkrete Defizite abzubauen sein, etwa was die Personalausstattung angeht oder das von der Krise völlig überforderte Datenmanagement mit unzureichenden IT-Strukturen. Solche Defizite haben aber die Organisation differenzierter Maßnahmen vor Ort behindert und den Blick zudem einseitig auf die Eindämmung des Infektionsgeschehens fixiert, sodass die Berücksichtigung auch der sozialen und psychischen Folgen zumindest zu Beginn der Epidemie wenig Beachtung fand. Zu Recht wird im Beschluss des Koalitionsausschusses zum „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ daher ausdrücklich der „Health in all Policies/Gesundheit in allen Politikbereichen“-Ansatz angesprochen. Im Juli 2020 hat das Zukunftsforum Public Health einen Policy Brief veröffentlicht, der ebenfalls dazu auffordert, bei der Weiterentwicklung des ÖGD nicht allein den Infektionsschutz zu stärken, sondern den Gesamtkontext öffentlicher Gesundheit mitzudenken: „Der Pakt für den ÖGD bietet die Chance, eine zukunftsorientierte Entwicklung für den ÖGD anzustoßen, ihn langfristig zu stärken und damit einen relevanten Beitrag zum Schutz und der Förderung der Gesundheit der Bevölkerung zu leisten“ (*ZfPH 2020, 4*). Um hier den Blick zu weiten: Diese breitere Orientierung des ÖGD kommt dem Infektionsschutz sehr wohl zugute – dies nicht nur unter einem One-Health-Gedanken, welcher die Gesundheit des Menschen in einen breiteren ökosystemischen Zusammenhang stellt, sondern zusätzlich aus der Einsicht, dass ein Bemühen um gesundheitliche Chancengleichheit und bestmögliche Gesundheitschancen für alle eine bestmögliche Investition auch hinsichtlich des Schutzes vor und der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten darstellt. Insofern könnte der ÖGD nach der Corona-Krise seine 70-jährige Stagnationsphase überwinden und zu dem werden, als was er häufig bezeichnet wurde: der vierten Säule des Gesundheitswesens.

Dieser Artikel stützt sich in Teilen auf den Beitrag „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ der Autoren in: Razum O, Kolip P (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 7., überarbeitete Auflage 2020. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 815–832.

## Literatur

- Allhoff PJ, Leidel J, Ollenschläger G, Voigt HP (1997):** Präventivmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer
- BMJFG (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit) (1971):** Gesundheitsbericht. Bonn: Kohlhammer
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2002):** Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit
- CDU, CSU, SPD (2018):** Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode. Berlin, den 12. März 2018
- Deutscher Bundestag (1985):** Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 10/3374 vom 22. Mai 1985. Bonn
- DLT (Deutscher Landkreistag) (2013):** Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Beschluss des Präsidiums des Deutschen Landkreistages vom 9./10. April 2013
- Donhauser J (2007):** Das Gesundheitsamt im Nationalsozialismus. Das Gesundheitswesen, Vol. 69, No. S1; thieme-connect.de/products/ejournals/issue/10.1055/s-002-5572
- DS (Deutscher Städtetag), DLT (Deutscher Landkreistag) (2020):** Umfrage Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – Personelle Ausstattung. Unveröffentlichtes Arbeitspapier des Deutschen Städtetags und des Deutschen Landkreistags
- Ferber C von (1990):** Der öffentliche Gesundheitsdienst der Zukunft. In: Der öffentliche Gesundheitsdienst der Zukunft. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, 115–121
- Flügel A (2012):** Public Health und Geschichte. Weinheim, Basel: Juventa
- GMK (Gesundheitsministerkonferenz) (2016):** Beschlüsse der 89. GMK. TOP: 4.1 Perspektiven zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes; gmkonline.de/Beschluesse.html?id=416&jahr=2016
- Gruhl M (2020):** Quo vadis, ÖGD? Observer Gesundheit, 8. Juli 2020. observer-gesundheit.de/quo-vadis-oegd/
- Grunow D, Grunow-Lutter V (2000):** Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Weinheim: Juventa
- Grunow D, Trojan A (2002):** Öffentlicher Gesundheitsdienst. Deutliche Unterschiede zwischen Status quo und Wunschbild. Deutsches Ärzteblatt, Vol. 99, No. 25, A1737–A1742
- KGSt (Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement) (1998):** Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes. Bericht Nr. 11/1998. Köln
- Koalitionsausschuss (2020):** Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken. Ergebnis Koalitionsausschuss 3. Juni 2020; bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Schlaglichter/Konjunkturpaket/2020-06-03-eckpunktepapier.pdf?\_\_blob=publicationFile
- Korzilius H (2018):** Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD). Ärzte streiten für mehr Geld. Deutsches Ärzteblatt, Vol. 115, No. 44, A1987
- Kröger E (1990):** Analyse und Bewertung des ÖGD in der modernen Industriegesellschaft. In: Der öffentliche Gesundheitsdienst der Zukunft. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, 15–22

**Kuhn J, Heyn M (Hrsg.) (2015):** Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Bern: Verlag Hans Huber

**Kuhn J, Trojan A (2017):** Daten bereitstellen, Vernetzen, Koordinieren: Der Beitrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu regionaler Kooperation und Integration. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthe EW (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer, 353–372

**Kuhn J, Wildner M (2020):** Öffentlicher Gesundheitsdienst. In: Razum O, Kolip P (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 815–832

**Kuhn J, Wildner M, Zapf A (2012):** Der öffentliche Gesundheitsdienst – Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick. Deutsches Ärzteblatt, Vol. 109, No. 9, A413–A416

**Leopoldina, acatech, Union (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften) (2015):** Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen. Halle, München, Mainz; leopoldina.org/uploads/tx\_leopublication/2015\_Public\_Health\_LF\_DE.pdf

**LP ÖGD (Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD“) (2018):** Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst – Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft. Das Gesundheitswesen, Vol. 80, No. 08/09, 679–681

**Mast M et al. (2020):** Hat Deutschland Corona unter Kontrolle? ZEIT-Online vom 19. Juni 2020; [www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-06/gesundheitsaemter-corona-infektionsketten-nachverfolgung-meldevorverfahren-tests](http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-06/gesundheitsaemter-corona-infektionsketten-nachverfolgung-meldevorverfahren-tests)

**Müller P (1997):** Gesundheitsförderung – Ansatzpunkt für eine Neuorientierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes? Jahrbuch für Kritische Medizin 26, 77–90

**Poppe F, Starke D, Kuhn J (2016):** Personalstruktur an den Gesundheitsämtern in Deutschland. Blickpunkt öffentliche Gesundheit, Jg. 32, Heft 3, 8

**Schleiermacher S (2017):** Amtsärzte und öffentlicher Gesundheitsdienst im Nationalsozialismus und in der frühen Nachkriegs-

zeit – Aufgaben, Arbeitsfelder, Orientierung. In: Busch M, Kroll S, Maksymiak M (Hrsg.): Hippokratische Grenzgänge – Ausflüge in kultur- und medizingeschichtliche Wissensfelder. Hamburg: Verlag Dr. Kovac, 231–252

**Schröder-Bäck P (2014):** Ethische Prinzipien für die Public-Health-Praxis. Frankfurt: Campusverlag

**Starke D (2020):** Arbeitsalltag in der Krise. Die Rolle der Gesundheitsämter in der Corona-Pandemie. Dr. med. Mabase Nr. 245 (3/2020), 20–22

**Statistisches Bundesamt (1998):** Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler-Pöschel

**Statistisches Bundesamt (2002):** Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit

**Steen R (2005):** Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst. München: Ernst Reinhardt Verlag

**Stockmann S, Kuhn J, Zirngibl A, Mansmann U (2008):** Kommunale Gesundheitsberichterstattung in Deutschland: eine empirische Erhebung. Das Gesundheitswesen, Vol. 70, No. 11, 679–683

**Trojan A, Reisig V, Kuhn J (2016):** Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. Prävention und Gesundheitsförderung, Vol. 11, No. 4, 259–264

**WD (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages) (2015):** Die Gesundheitsdienstgesetze der Länder. Ausarbeitung der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestags, WD 9 – 3000 – 027/14; [bundestag.de/resource/blob/410444/a2f24acb7b-dabf15da541c95d2946167/WD-9-027-14-pdf-data.pdf](http://bundestag.de/resource/blob/410444/a2f24acb7b-dabf15da541c95d2946167/WD-9-027-14-pdf-data.pdf)

**WHO (Weltgesundheitsorganisation) (1986):** Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung; [euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

**ZfPH (Zukunftsforum Public Health) (2020):** Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Zukunftsforum Public Health gibt Empfehlungen für die Umsetzung und Ausgestaltung des Paktes für den ÖGDE; [zukunftsforum-public-health.de/stellungnahme-pakt-oegd/](http://zukunftsforum-public-health.de/stellungnahme-pakt-oegd/)

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 2. September 2020)

## DIE AUTOREN



### Dr. PH Joseph Kuhn,

Jahrgang 1958, hat in Berlin Psychologie studiert und in Bremen in Public Health promoviert. Nach Stationen im Berliner Institut für Gesundheitsförderung und im Landesgesundheitsamt Brandenburg ist er seit 2003 am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit tätig. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Gesundheitsberichterstattung. Er ist unter anderem Mitglied der Kommission Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsberichterstattung beim Robert Koch-Institut sowie im wissenschaftlichen Beirat des Bundesgesundheitsblatts und war maßgeblich beteiligt an der Entwicklung des neuen Leitbilds des öffentlichen Gesundheitsdienstes.



### Prof. Dr. med. Manfred Wildner,

Jahrgang 1959, ist Facharzt für Orthopädie und Master of Public Health (Harvard University) und für die Fächer Epidemiologie und Public Health habilitiert. Er leitet das Landesinstitut für Gesundheit im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und hat eine Brückenprofessur für Öffentliche Gesundheit – Public Health Policy and Administration an der Ludwig-Maximilians-Universität München inne. Er ist Hauptschriftleiter der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ und seit vielen Jahren in den Diskussionen zur Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes aktiv.