

## Aus der Praxis

# COVID-19 und der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)

Ursel Heudorf<sup>1</sup>, Martin Exner<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ehemals Gesundheitsamt Frankfurt, Frankfurt

<sup>2</sup>Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit, Universität Bonn

## Korrespondierende Autorin:

Prof. Dr. Ursel Heudorf  
MRE-Netz Rhein-Main  
c/o Gesundheitsamt  
Breite Gasse 28  
60313 Frankfurt

E-Mail: mre-rhein-main@  
stadt-frankfurt.de

## Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) besteht.

## Zitierweise:

Heudorf U., Exner M. COVID-19 und der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD). HygMed 2021; 46(1-2): D10-D15

## Manuskriptdaten:

Eingereicht: 02. Dezember 2020  
Manuskript angenommen:  
03. Dezember 2020

## Zusammenfassung

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie hat der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) Herausragendes geleistet. Durch die intensive Bearbeitung gemeldeter Fälle mit Isolierung der Indexpersonen und Quarantänisierung der ermittelten Kontaktpersonen (Containment) hat der ÖGD es geschafft, die Pandemiekurve über Monate flach zu halten und eine Überlastung der Krankenhäuser zu vermeiden. In Anerkennung dieser Leistung hat die Politik einen „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ beschlossen, um den ÖGD personell und technisch besser auszustatten. Dabei wird mehrfach auf die umfangreichen präventiven Aufgaben des ÖGD hingewiesen, die im Leitbild des ÖGD von 2018 niedergelegt sind.

Allerdings führen die derzeitige Fokussierung auf SARS-CoV-2 und die inzwischen starke autochthone Ausbreitung des Virus dazu, dass alle Kräfte in der Fallbearbeitung zu SARS-CoV-2 gebündelt werden und fast alle anderen präventiven Aufgaben hintangestellt werden (müssen).

## Keywords

- COVID-19
- SARS-CoV-2
- öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)
- Leitbild ÖGD
- Pandemieplan

In dem vorliegenden Papier werden das Leitbild des ÖGD, der Nationale Pandemieplan, Lehren aus früheren Pandemien sowie die Probleme aus der derzeitigen Fokussierung des ÖGD auf SARS-CoV-2 vorgestellt. Unter Hinweis auf die im Leitbild beschriebenen weiteren wichtigen Aufgaben des ÖGD wird bzgl. SARS-CoV-2 jetzt ein Strategie-

wechsel gemäß Nationalem Pandemieplan gefordert.

## Abstract

**COVID-19 and the public health service (ÖGD).**

In the context of the COVID-19 pandemic, the Public Health Service (ÖGD) has made outstanding contributions. Through intensive processing of reported cases with isolation of index persons and quarantine of the identified contact persons (containment), the ÖGD has managed to keep the pandemic curve flat for months and avoided overloading hospitals. In recognition of this achievement, politicians have adopted a “Pact for Public Health Services” to improve the staffing and technical equipment of the ÖGD. Therein are several references to the extensive preventive tasks of the ÖGD, which are laid down in the ÖGD’s mission statement of 2018. However, the current focus on SARS-CoV-2 and the meanwhile strong autochthonous spread of the virus led to the effect that all efforts are focused on the case handling of SARS-CoV-2 and almost all other preventive tasks are (must be) put aside.

The paper presents the mission statement of the ÖGD, the National Pandemic Plan, lessons learned from previous pandemics as well as the problems arising from the current focus of the ÖGD on SARS-CoV-2. With reference to the other important tasks of the ÖGD described in the mission statement, a change of strategy with regard to SARS-CoV-2 is now demanded in accordance with the National Pandemic Plan.

Keywords: COVID-19 · SARS-CoV-2 · public health service (ÖGD) · mission statement ÖGD · pandemic plan

## ■ Hintergrund

In der COVID-19-Pandemie hat der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) so viel Aufmerksamkeit von der Politik und öffentliche Wertschätzung wie wahrscheinlich noch nie in seiner Geschichte erhalten. Gesundheitsminister Spahn legte am 21.04.2020 ein Papier „Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“ vor [1]. Der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes publizierte am 15.07.2020 einen „10 Punkte-Plan zur Stärkung des ÖGD“ [2]. Die Bundeskanzlerin lobte die Arbeit der Gesundheitsämter und beauftragte einen „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“. Inzwischen wurde der „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ veröffentlicht [3]. Wenige Tage danach fand eine Web-Konferenz des ÖGD, vertreten durch verschiedene Gesundheitsämter mit der Kanzlerin statt, in der sie nochmals ihrer

Wertschätzung für den ÖGD und ihrem Dank Ausdruck verlieh [4].

## ■ Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst - Leitbild für den öffentlichen Gesundheitsdienst - und die Realität 2020

Dieser „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ sieht u.a. die Schaffung von 5000 Stellen bis 2022 vor (entsprechend 6 Vollzeitstellen/100.000 Einwohner, davon sollen 90% in den Gesundheitsämtern entstehen) sowie eine Digitalisierung des ÖGD, eine angemessene Bezahlung für das ärztliche Personal im Öffentlichen Gesundheitsdienst, die bessere Verankerung der Bereiche des Öffentlichen Gesundheitswesens und der Bevölkerungsmedizin in der medizinischen Ausbildung und die Möglichkeit, Famulaturen und Praktisches Jahr als praktische Teile des Medizinstudiums im Zusammenhang mit der

Versorgung von Patientinnen und Patienten grundsätzlich auch im Gesundheitsamt ableisten zu können. Mehrfach wird dabei auf das im Jahr 2018 von der Gesundheitsministerkonferenz verabschiedete Leitbild [5] hingewiesen.

In Abbildung 1 wird ein Überblick über wesentliche Punkte des Leitbilds gegeben. Neben den hoheitlichen Überwachungsaufgaben werden die steuernden, partizipativen und gesundheitsfördernden Aufgaben dargestellt. Der vom ÖGD gelebte Gesundheitsbegriff ist weit mehr als die Abwesenheit von Krankheit, sondern ist positiv formuliert als „Zustand eines umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens“. Neben den Kernaufgaben des ÖGD, wie Infektionsschutz, Impfung, Hygieneberatung und -kontrolle, Trinkwasserhygiene etc., nimmt der ÖGD viele weitere, oft auch sozial-

### Abbildung 1: Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) - „Der ÖGD: Public health vor Ort“; GMK Beschluss 2018 TOP 10.21

**Präambel:** Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) befindet sich in einem Wandel. Hoheitliche Schutz- und Überwachungsaufgaben werden um steuernde, partizipative und gesundheitsfördernde Tätigkeiten ergänzt ....

**Leitorientierung:** ... Neben seinen hoheitlichen Aufgaben muss er verstärkt modernen zivilgesellschaftlichen Erwartungen und sozialen Herausforderungen gerecht werden und in seiner Arbeitsweise zugleich auch dem wissenschaftlichen Anspruch an das Gesundheitswesen Rechnung tragen. ... Dabei bezieht sich der ÖGD konzeptionell auf Gesundheit als einen umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Zustand des Wohlbefindens. Er berücksichtigt dabei die wichtige Rolle einer gesundheitsförderlichen sozialen und ökologischen Lebenswelt.

**Kernaufgaben des ÖGD:** Der Öffentliche Gesundheitsdienst fördert und schützt die Gesundheit der Bevölkerung. ... Gemeinsame verbindende Schwerpunkte sind:

- Gesundheitsschutz (Hygiene, Infektionsschutz, einschließlich Impfen, umweltbezogener Gesundheitsschutz, Medizinalaufsicht, Ausbruchs- und Krisenmanagement),
- Beratung und Information, Begutachtung, Gesundheitsförderung und Prävention, niedrig-schwellige Angebote und aufsuchende Gesundheitshilfen, insbesondere bei Personen mit besonderen Bedarfen (z.B. Kinder- und Jugendgesundheit, Mund- und Zahngesundheit, sozialmedizinische Aufgaben, wie Schwangerenberatung, Sozialpsychiatrie, Suchtberatung),
- Koordination, Kommunikation, Moderation, Anwaltschaft, Politikberatung, Qualitätssicherung (Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Gesundheitskonferenzen, Öffentlichkeitsarbeit etc.).

**Den ÖGD stärken:** Für die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind drei Punkte von entscheidender Bedeutung:

- Der ÖGD braucht eine breite und nachhaltige politische Unterstützung aller Ebenen, von Kommune bis Bund. Es ist notwendig, die Personalentwicklung und Personalausstattung im ÖGD am Umfang seiner fachlichen Aufgaben auszurichten und nicht allein an finanzpolitischen oder verwaltungspolitischen Vorgaben.
- Die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Zusammenspiel der Akteure im Gesundheitswesen muss entlang der genannten Kernaufgaben profiliert werden, insbesondere mit Blick auf die Stärkung der bevölkerungs- und sozialraumbezogenen Arbeit.
- Die Verbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit der Wissenschaft muss sowohl in der Forschung als auch in der Aus- und Weiterbildung sowie in der Praxis gestärkt werden.

kompensatorische Aufgaben wahr. Hierzu gehören z.B. niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Gesundheitshilfen wie beispielsweise „Frühe Hilfen“, sozialpsychiatrische Beratung und vieles mehr. Koordination von Gesundheitsprojekten in der Kommune, Kommunikation, Gesundheitsberichterstattung und Politikberatung sind nicht nur in dem Leitbild, sondern oft auch als gesetzliche Aufgaben in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder verankert.

Kuhn und Wildner beschreiben in einer aktuellen Arbeit die lange Geschichte des ÖGD. Viele Warnungen, dass die Gesundheitsämter angesichts des Mangels an gut ausgebildetem Personal ihre kontinuierlich (und im Verlauf der Pandemie rapide) zunehmenden gesetzlichen Aufgaben nicht mehr wahrnehmen können, hatten zu verschiedenen größeren Reformdebatten in den letzten Jahrzehnten geführt. Wichtig sei jetzt, dass der mit

dem Leitbild 2018 eingeschlagene Weg zu einem modernen, breit aufgestellten ÖGD mit wissenschaftlicher Fundierung und akademischer Präsenz weiterverfolgt werde [6].

Aber wie ist die konkrete Situation in COVID-19-Zeiten? Haupt- und oft auch alleiniger Fokus ist das Meldewesen mit der Erfassung und Isolierung der positiv auf SARS-CoV-2 Getesteten, die Feststellung von Ausbrüchen und Clustern sowie die Ermittlung und Quarantänisierung der Kontaktpersonen. In vielen Gesundheitsämtern wurden alle vorhandenen Kräfte (plus zusätzlich von extern hinzugezogene Mitarbeiter) in diesem Bereich gebündelt, und andere Bereiche gleichzeitig deutlich heruntergefahren. Es gibt keine oder nur noch reduzierte Einschulungsuntersuchungen [7], keine Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe an Schulen, massive Einschränkungen des sozialpsychiatrischen

Dienstes und anderer Beratungs- und Untersuchungsangebote, teilweise werden sogar die Hygieneberatungen und -kontrollen nach Infektionsschutzgesetz ausgesetzt. Stattdessen werden viele Mitarbeiter aus den entsprechenden Abteilungen der Gesundheitsämter jetzt in der Ermittlungsarbeit eingesetzt – und die Aufgaben, derentwegen sie eingestellt wurden, können derzeit nicht wahrgenommen werden. Dies ist grundsätzlich aufgrund der Pandemiesituation nachvollziehbar. Dennoch erscheint es gerechtfertigt, schon jetzt in der extrem herausfordernden Zeit der Pandemiebekämpfung einen Blick auf die Zeit nach der Pandemie zu richten.

### ■ Der Nationale Pandemieplan

Auch wenn es sich bei SARS-CoV-2 um ein neues Virus handelt und noch viele Fragen offen sind, sind die Mechanismen einer Pandemie und die Möglichkeiten des Umgangs damit grundsätzlich immer die gleichen. Insofern kann (bzw. muss!) man aus früheren Pandemien lernen. Die Erfahrungen aus früheren Pandemien sind in die Pandemiepläne eingeflossen, die u.a. die Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht hat. Auf diesem Grundgerüst haben viele Länder eigene Pandemiepläne erarbeitet. Der für Deutschland erarbeitete Pandemieplan, der aufgrund neuer Entwicklungen und Erfahrungen mehrfach überarbeitet wurde, wird vom Robert Koch-Institut publiziert. Als wesentliche Ziele des Nationalen Pandemieplans (Stand März 2017) [8, 9] werden aufgeführt:

- Reduktion der Morbidität und Mortalität in der Gesamtbevölkerung
- Sicherstellung der Versorgung erkrankter Personen
- Aufrechterhaltung essentieller öffentlicher Dienstleistungen
- Zuverlässige und zeitnahe Information für politische Entscheidungsträger, Fachpersonal, die Öffentlichkeit und die Medien ([8], S. 7).

In dem Pandemieplan sind Phasen und Ziele der Pandemiebekämpfung definiert, die jeweils unterschiedliche Teststrategien und Präventionsmaßnahmen erfordern (Abbildung 2). Laut Pandemieplan soll beim Auftreten erster Cluster in Deutschland und zunehmender regionaler Ausbreitung zunehmend von Begrenzung der Ausbreitung (containment) auf Schutz der vulnerablen Grup-

## Abbildung 2: Phasen und Ziele der Pandemiebekämpfung (Nationaler Pandemieplan)

- 1.) **Frühe Erkennung und Eindämmung/Beeinflussung der Ausbreitungsdynamik („detection & containment“):** Bei dem Auftreten eines neuen Mensch-zu-Mensch übertragbaren Influenzavirus fokussiert die Strategie auf die frühe Erkennung von einzelnen Infektionen und auf Maßnahmen, die die Verbreitung des Influenzavirus möglichst lange verzögern.
- 2.) **Schutz vulnerabler Gruppen („protection“):** Die Schutzmaßnahmen werden auf die Personengruppen konzentriert, die ein erhöhtes Risiko für schwere und tödliche Krankheitsverläufe aufweisen. Dies umfasst auch Personen, die engen Kontakt zu vulnerablen Gruppen haben, z.B. medizinisches Personal.
- 3.) **Folgenminderung („mitigation“):** Wenn eine anhaltende Mensch-zu-Mensch-Übertragung in der Bevölkerung in Deutschland stattfindet, haben die eingesetzten Schutzmaßnahmen vor allem das Ziel, schwere Krankheitsverläufe zu verhindern und Krankheitsspitzen mit einer Überlastung der Versorgungsstrukturen zu vermeiden.
- 4.) **Erholung („recovery“):** In der postpeak/postpandemischen Phase, d.h. wenn die Influenzaaktivität in Deutschland den Höhepunkt überschritten hat, muss geprüft werden, welche Maßnahmen fortgeführt werden sollen (lageabhängige und situationsangepasste Deeskalation). Es erfolgt die Vorbereitung auf eine mögliche weitere pandemische Welle und auf die postpandemische saisonale Influenza. Zudem werden Evaluationen der Pandemievorparatungen und -bewältigung durchgeführt, um die Erfahrungen in die weitere Pandemieplanung einfließen zu lassen.

pen (protection) und später Folgenminderung (mitigation) übergegangen werden (s. Abbildung 2). Die Übergänge zwischen den verschiedenen Phasen sind fließend. *„Die zunächst fallbezogenen Maßnahmen als Reaktion auf aufgetretene einzelne Fälle werden zur Verzögerung einer generellen Ausbreitung in der Bevölkerung mit zunehmender Zahl der Fälle auf einzelne Personengruppen erweitert bzw. auf allgemeine kontaktreduzierende Maßnahmen reduziert. Auch der Surveillance-Schwerpunkt verlagert sich, die Verdachtsmeldung im Einzelfall wird abgelöst durch Meldungen von klinischen Erkrankungen und Meldungen von Todesfällen sowie der Erfassung der Krankheitslast“* [8].

### ■ ... und die H1N1-Pandemie 2009 mit lessons learned

Die praktische Umsetzung dieser Empfehlungen (damals auf Basis des Pandemieplans 2007) ist anschaulich in einem Band des Bundesgesundheitsblatts „Pandemien lessons learned“ [10, 11, 12, 13] im Zusammenhang mit der Influenza-Pandemie 2009 beschrieben: *„In den Monaten Mai bis Juli erfolgte die Diagnostik überwiegend aufgrund einer epidemiologischen Indikation und war eine Entscheidungsgrundlage für Isolierungsmaßnahmen. Eine fließende Anpassung der Strategie auf Basis der aktuell vorliegenden Daten erfolgte ab Juli 2009. Die Isolierungsmaßnahmen wurden zunehmend nur noch auf Personen angewandt, die andere besonders gefährdete Personen betreuen, und schließlich bei steigender Anzahl autochthoner Fälle, wurde nur noch allen Erkrankten empfohlen, bis mindestens einen Tag nach Abklingen der Symptome zu Hause zu bleiben“* [11]. *„Die Handlungsstrategie wurde nach Beobachtung des Anstiegs autochthoner Fälle in allen Bundesländern dahingehend geändert, die Auswirkungen der Pandemie bestmöglich zu bewältigen.“*

Nach der H1N1-Pandemie wurden u.a. geeignete Krankenhaussurveillance- oder Sentinelsysteme sowie Erfassungssysteme für Mortalität, für schwere klinische Verläufe und für die Auslastung der Versorgungsstrukturen gefordert [11, 12]. Diese stehen heute u.a. mit den Systemen wie ARE [14], GrippeWeb [15], SARI [16], aber auch dem DIVI-Intensivregister [17] oder dem in Hessen und anderen Bundesländern etablierten Integrierten Versorgungsnachweis IVENA [18] und – in

Hessen und Berlin – mit EUROMOMO [19] zur Verfügung.

Ein weiterer Beitrag befasst sich mit der Information und Kommunikation der Bevölkerung im Zusammenhang mit der H1N1-Pandemie [13]. Statt einer offenen, transparenten, Positives und Negatives und auch Unsicherheiten ansprechenden Information mit dem Ziel des informierten und aufgeklärten, eigenverantwortlich entscheidenden Bürgers fand eine „paternalistische“ Kommunikation statt mit dem *„Ziel, die Bürger anzuleiten, die vermeintlich richtige Entscheidung zu treffen, und nicht, Bürger zu informieren, damit sie selbständig rationale Entscheidungen treffen können. ... Eine paternalistische Informationspolitik, die Menschen selektiv informiert und Unsicherheiten vorenthält, resultiert (1) in falscher Sicherheit oder gar Verunsicherung durch widersprüchliche Informationen und, (2) falls sich die Informationspolitik im Nachhinein als unangebracht herausstellt, in Ärger und Verschwörungstheorien“*. Im Hinblick auf weitere Pandemien in der Zukunft wurde ein Umdenken gefordert einschließlich einer *„Informationspolitik, die die Voraussetzungen für aufgeklärte und informierte Bürger schafft“* [13].

### ■ COVID-19 und die Präventionsaufgaben des ÖGD

Bei der COVID-19-Pandemie läuft vieles anders. Sehr einschneidende Maßnahmen wurden und werden von politisch Verantwortlichen angeordnet, ohne die Erfahrungen früherer Pandemien zu berücksichtigen. Von den Strategien „Containment“ (Eindämmungsstrategie), „Protection“ (Schutzstrategie für vulnerable Gruppen) und „Mitigation“ (Folgenminderungsstrategie) der Pandemiepläne [8, 9, 20] wird abgewichen. Ein Problem hierbei war (und ist) dass überwiegend virologische Fachexpertise zur Beratung genutzt wurde, um die Maßnahmen zu beschließen; Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, die für solche Situationen eine lange aufwändige Weiterbildung absolvieren müssen, wurden nur selten involviert [21].

Noch am 07.02.2020 hatte das Robert Koch-Institut im epidemiologischen Bulletin auch für SARS-CoV-2 auf Phasenwechsel hingewiesen [22]. Dennoch müssen die Gesundheitsämter bis heute (29.10.2020) weiterhin der Eindämmungsstrategie folgen und

mit großem Aufwand – und teilweise mit Unterstützung durch das Militär – positiv getesteten Fällen nachgehen, Kontaktpersonen ermitteln und Isolierungen/Quarantänen aussprechen, also Einschränkungen der Grundrechte verfügen.

Noch nie gab es so gute und umfassende Surveillance-Daten; Daten zu Krankenhausaufnahmen, schweren Verläufen und Todesfällen werden auf Internetseiten eingestellt, auch in den täglichen Situationsberichten des Robert Koch-Instituts [23], und können dort von Interessierten herausgezogen werden. Es gibt die Zahlen von DIVI, ARS und GrippeWeb etc. Die Bevölkerung wird jedoch weiter von der Politik und den Medien nahezu ausschließlich mit der steigenden Zahl der positiv Getesteten konfrontiert, was eher an die Angst der Menschen vor einer schweren COVID-19-Erkrankung als an Verstand und Vernunft appelliert. Aufgrund dieser Zahl (neue Fälle/Tag bzw. 7-Tagesinzidenz) werden Sperrstunden, Besuchsverbote in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Reisebeschränkungen, Beherbergungsverbote, Bußgelder bei inkorrekten Angaben der Personenerfassung in Restaurants oder Nichteinhaltung der AHA-Regeln und am 16.12.2020 erneut ein Lockdown etc. verordnet.

Aus dem Gesundheitsamt Frankfurt am Main wurden Anfang September nicht nur die Meldedaten der positiv auf SARS-CoV-2 Getesteten sondern auch die Daten der Hospitalisierungen und Todesfälle an oder mit SARS-CoV-2, Daten aus dem IVENA-System, die Mortalitätsstatistik der Gesamtbevölkerung und der Altenpflegeheimbewohner über die letzten Jahre veröffentlicht [24].

Die Autoren des Beitrags – erfahrene Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen – haben auf Grundlage dieser Daten, unter Hinweis auf das Phasenmodell des Pandemieplans und auf die Kriterien guten Verwaltungshandelns mit Prüfung der Legitimität, der Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit von einschränkenden Maßnahmen dringend eine breite öffentliche Diskussion zu den Zielen und Mitteln der Pandemie-Bekämpfung angemahnt – unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes sowie ethischer (primum non nocere) und rechtlicher Fragen (Primat des mildesten Mittels) [21, 24].



Sie stehen mit diesen Vorschlägen nicht alleine; auch medizinische Fachgesellschaften und Expertengremien haben seit Monaten einen anderen Umgang mit der Pandemie angemahnt [25–35] – bislang ohne jeden Erfolg. Dennoch: Der ÖGD ist der Gesundheit der Bevölkerung verpflichtet, wohlgerne der Gesundheit in einem breiten ganzheitlichen Sinn. Der ÖGD muss auch auf andere Gesundheitsrisiken hinweisen, wie beispielsweise die jährlich ca. 30.000 Todesfälle durch ambulant erworbene Pneumonien, die Problematik der Hitzesterblichkeit oder von Depression und Suiziden in der Gesellschaft, für die er gemeinsam mit anderen Präventionskonzepten entwickelt hat (z.B. Rationale Antibiotikatherapie, MRE-Netze, Hitzeaktionspläne, FRANS), für deren Umsetzung er aber angesichts der derzeit geforderten Fokussierung auf SARS-CoV-2 keine Kapazität mehr hat. Auch die am 28.10.2020 erneut verkündeten Einschränkungen der Sport- und Bewegungsangebote für Kinder und Erwachsene (Vereinsport, Fitness-Studios, Schwimmen, Freizeitparks) sind im Sinne der Prävention und Gesunderhaltung der Bevölkerung (physisch und psychisch) kontraproduktiv und konterkarieren etablierte Präventionsaufgaben des ÖGD. Nach dem eingangs besprochenen Leitbild ist der ÖGD Anwalt der Bevölkerung mit der Aufgabe der Politikberatung und ist somit verpflichtet, auf diese Probleme hinzuweisen.

In dem Papier „Quo vadis ÖGD?“ hat Gruhl kürzlich die Grenzen der Gesundheitsämter (rechtlich eingezwängt zwischen kommunaler Verantwortung, landesgesetzlichen Grundlagen und bundesgesetzlichen Spezialnormen; Abhängigkeit von kommunalen Haushalten und Personalentscheidungen), aber auch ihre Pflichten, Möglichkeiten und Chancen dargelegt und einen besser ausgestatteten, stark präventiv ausgerichteten ÖGD in Deutschland gefordert, der Prävention von Krankheiten umsetzt. „Der ÖGD ist gelebte Prävention. ... Dies beginnt bei der seuchenhygienischen Prävention, aber ist notwendigerweise auch auf eine breite bevölkerungsbezogene Prävention auszudehnen, die der ÖGD anwaltlich in unserer Gesellschaft als Zukunftsaufgabe für ein gesünderes Leben und Überleben übernehmen soll“ [36].

Mit der Pandemie steht der öffentliche Gesundheitsdienst als die entscheidende Säule vor der größten Herausfor-

derung und Bewährungsprobe der letzten Jahrzehnte. Die bisherigen Erfolge mit deutlich niedrigerer Morbidität und Mortalität als in anderen vergleichbaren Ländern sind sicher auf die Arbeit des ÖGD zurückzuführen und Anlass zu Stolz. Dennoch dürfen die anderen Aufgaben des ÖGD nicht in Vergessenheit geraten. Schon jetzt muss – bei der erhaltenen Wertschätzung der Arbeit des ÖGD – die Diskussion über die engagierte zukünftige Aufgabenerfüllung eines modernen, ganzheitlich orientierten, der öffentlichen Gesundheit verpflichteten ÖGD wieder aufgenommen werden.

### ■ Literatur

1. BMG Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. 21.04.2020 <https://oegd.gmp-podcast.de/podcast/oegd029/>
2. BVÖGD: 10 Punkte Plan zur Stärkung des ÖGD. 15.07.2020 [https://www.bvoegd.de/wp-content/uploads/2020/07/2020\\_07\\_15-10-Punkte-Plan-o.A..pdf](https://www.bvoegd.de/wp-content/uploads/2020/07/2020_07_15-10-Punkte-Plan-o.A..pdf)
3. BMG Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst 05.09.2020 [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/O/OEGD/Pakt\\_fuer\\_den\\_OEGD.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/Pakt_fuer_den_OEGD.pdf)
4. NN: Webkonferenz mit der Kanzlerin. Gesundheitsämter leisten Herausragendes. *Blickpunkt Gesundheit Sonderausgabe 2020*; 36. Jahrgang.
5. Gesundheitsministerkonferenz: Leitbild für einen modernen öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD: Public health vor Ort“. 2018. <http://www.bvoegd.de/leitbild/>
6. Kuhn J, Wildner M. Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst. *GGW 2020*; 20 Heft 4: 15–22.
7. Trost-Brinkhues G. Der KJGD „an der Front“ *Blickpunkt Gesundheit Sonderausgabe 2020*; 36. Jahrgang.
8. Nationaler Pandemieplan Teil I STRUKTUREN UND MASSNAHMEN. RKI 2017 [https://www.gmkonline.de/documents/pandemieplan\\_teil-i\\_1510042222\\_1585228735.pdf](https://www.gmkonline.de/documents/pandemieplan_teil-i_1510042222_1585228735.pdf)
9. Nationaler Pandemieplan Teil II WISSENSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN RKI, 2016 [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan\\_Teil\\_II\\_gesamt.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan_Teil_II_gesamt.pdf?__blob=publicationFile)
10. Bellinger O, Götsch U, Böddinghaus B, Kraus-Leonhäuser D, Gottschalk R. Management der Influenzapandemie auf kommunaler Ebene. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 2010*; 53 (12): 1250–1256.
11. Marcic A, Dreesmann J, Liebl B, Schlaich C, Suckau M, Sydow W, Wirtz A. H1N1-Pandemie. Maßnahmen und Erfahrungen auf Landesebene. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 2010*; 53 (12): 1257–1266.
12. Schaade L, Reuß A, Haas W, Krause G. Pandemieplanung. Was haben wir aus der Pandemie (H1N1) 2009 gelernt? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 2010*; 53 (12): 1277–1282.
13. Feufel MA, Antes G, Gigerenzer G. Vom sicheren Umgang mit Unsicherheit: was wir von der pandemischen Influenza (H1N1) lernen können. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 2010*; 53 (12): 1283–1289.
14. ARE: Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza. Wochen- und Monatsberichte. [https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2019\\_2020/2020-36.pdf](https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2019_2020/2020-36.pdf)
15. GrippeWeb. <https://grippeweb.rki.de/>
16. SARI Surveillance der Antibiotika-Anwendung und bakteriellen Resistenzen auf Intensivstationen. <http://sari.eu-burden.info/>
17. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) e.V. DIVI Intensivregister. <https://www.intensivregister.de/>
18. IVENA eHealth - Interdisziplinärer Versorgungsnachweis. <https://www.ivena.de/>
19. Euromomo. <https://www.euromomo.eu/>
20. WHO Pandemic Influenza Risk Management. [https://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza\\_risk\\_management\\_update2017/en/](https://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza_risk_management_update2017/en/)
21. Heudorf U, Gottschalk R. Die Covid-19-Pandemie in Frankfurt am Main: Was sagen die Daten? *Hessisches Ärzteblatt 2020*; 81 (10): 548–550
22. Robert Koch-Institut. SARS-CoV-2: Informationen des Robert Koch-Instituts zu empfohlenen Infektionsschutzmaßnahmen und Zielen. *Epidemiol. Bulletin 7/2020* vom 13. Februar 2020, S. 5–6.
23. Robert Koch-Institut: Aktueller Lage/Situationsbericht des RKI zu COVID-19. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html)
24. Gottschalk R, Heudorf U. Die Covid-19-Pandemie – bisherige Erkenntnisse und Empfehlungen für das weitere Vorgehen. *Hessisches Ärzteblatt 2020*; 81 (10): 551–552.

25. Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene. Konzept für Strategien zur Folgenminderung (Mitigierung) und zum Schutz gefährdeter Bevölkerungsgruppen (Protection) durch die COVID-19 Epidemie unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit. 22.03.2020. [https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2020\\_03\\_22\\_DGKH\\_Mitteilung\\_Ausgangssperre\\_RKG\\_Konzept.pdf](https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2020_03_22_DGKH_Mitteilung_Ausgangssperre_RKG_Konzept.pdf)
26. Gemeinsame Stellungnahme der DGKH zusammen mit den Pädiatern unter dem Dach der DAKJ Maßnahmen zur Aufrechterhaltung eines Regelbetriebs und zur Prävention von SARS-CoV-2-Ausbrüchen in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung oder Schulen unter Bedingungen der Pandemie und Ko-zirkulation weiterer Erreger von Atemwegserkrankungen 03.08.2020. [https://www.krankenhaushygiene.de/ccUpload/upload/files/2020\\_08\\_03\\_Stellungnahme\\_DGKH\\_Paediater.pdf](https://www.krankenhaushygiene.de/ccUpload/upload/files/2020_08_03_Stellungnahme_DGKH_Paediater.pdf)
27. Stellungnahme der DGKH, DGPI, DAKJ, GHUP und bvkj. Kinder und Jugendliche in der COVID-19-Pandemie: Schulen und Kitas sollen wieder geöffnet werden. Der Schutz von Lehrern, Erziehern, Betreuern und Eltern und die allgemeinen Hygieneregeln stehen dem nicht entgegen 19.05.2020 [https://www.krankenhaushygiene.de/ccUpload/upload/files/2020\\_05\\_19\\_Stellungnahme\\_DGKH\\_Covid-19\\_Kinder.pdf](https://www.krankenhaushygiene.de/ccUpload/upload/files/2020_05_19_Stellungnahme_DGKH_Covid-19_Kinder.pdf)
28. Stellungnahme – DGKH, BVÖGD und GHUP. Bekämpfung der COVID-19-Epidemie in Deutschland – Handlungsempfehlungen für Gesundheitsämter für die infektionshygienische Überwachung der Durchführung von schriftlichen Schulprüfungen (Abitur, ZP 10), sonstiger Abschlussprüfungen in Ausbildungsberufen und in der Universität und zum Wiederbeginn des Schulbetriebes 16. April 2020. [https://www.krankenhaushygiene.de/ccUpload/upload/files/2020\\_04\\_16\\_Stellungnahme-DGKH-BVOEGD-GHUP-Praeventivkonzept.pdf](https://www.krankenhaushygiene.de/ccUpload/upload/files/2020_04_16_Stellungnahme-DGKH-BVOEGD-GHUP-Praeventivkonzept.pdf)
29. Stellungnahme der DGKH Prävention hat oberste Priorität – das Management von COVID-19-Erkrankungen in Alten- und Pflegeheimen 08.04.2020 [https://www.krankenhaushygiene.de/ccUpload/upload/files/2020\\_04\\_08\\_DGKH\\_Stellungnahme\\_Praevention\\_Alten-und-Pflegeheime.pdf](https://www.krankenhaushygiene.de/ccUpload/upload/files/2020_04_08_DGKH_Stellungnahme_Praevention_Alten-und-Pflegeheime.pdf)
30. Schrappe M, Francois-Kettner H, Gruhl M, Knieps F, Pfaff H, Glaeske G. Thesenpapier 1.0: Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen 5.4.2020, Monitor Versorgungsforschung, <http://www.matthias.schrappe.com/index.htm>
31. Schrappe M, Francois-Kettner H, Knieps F, Pfaff H, Püschel K, Glaeske G. Thesenpapier 2.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen 3.5.2020, <http://www.matthias.schrappe.com/index.htm>
32. Schrappe M, Francois-Kettner H, Gruhl M, Hart D, Knieps F, Pfaff H, Püschel K, Glaeske G. Thesenpapier 3.0 zu SARS-CoV-2/COVID-19 – Strategie: Stabile Kontrolle des Infektionsgeschehens, Prävention: Risikosituationen verbessern, Bürgerrechte: Rückkehr zur Normalität. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 28.6.2020, Monitor Versorgungsforschung, <http://www.matthias.schrappe.com/index.htm>
33. Schrappe M, Francois-Kettner H, Gruhl M, Hart D, Knieps F, Manow P, Pfaff H, Püschel K, Glaeske G. Thesenpapier 4.0: Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase. Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 30.8.2020, <http://www.matthias.schrappe.com/index.htm>
34. Schrappe M, Francois-Kettner H, Gruhl M, Hart D, Knieps F, Manow P, Pfaff H, Püschel K, Glaeske G. Thesenpapier 4.1: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase. Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, Überarbeitung als Thesenpapier 4.1 zum 5.10.2020, <http://www.matthias.schrappe.com/index.htm>
35. Schrappe M, Francois-Kettner H, Gruhl M, Hart D, Knieps F, Manow P, Pfaff H, Püschel K, Glaeske G. Thesenpapier 5.0: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – Spezifische Prävention als Grundlage der „Stabilen Kontrolle“ der SARS-CoV-2-Epidemie. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 25.10.2020, [www.matthias.schrappe.com/index.htm](http://www.matthias.schrappe.com/index.htm)
36. Gruhl M. Quo vadis ÖGD. <https://observer-gesundheit.de/quo-vadis-oegd/>