

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen

aktuell 2021

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Dagmar Starke, Laura Arnold

Der ÖGD im 21. Jahrhundert. Chancen und Herausforderungen,
Seite 68–95

doi: 10.30433/GWA2021-68

Dagmar Starke, Laura Arnold

Der ÖGD im 21. Jahrhundert.

Chancen und Herausforderungen

Der Beitrag befasst sich mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) im 21. Jahrhundert. Einführend werden zunächst die Strukturen und Grundlagen des Öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland dargestellt. Ziel ist es, ein besseres Verständnis für die komplizierte Gemengelage, in der sich der ÖGD in den herausfordernden Zeiten der Pandemie, aber auch schon davor und sicherlich danach befand und befindet, zu schaffen sowie mögliche Perspektiven für die Zukunft aufzuzeigen.

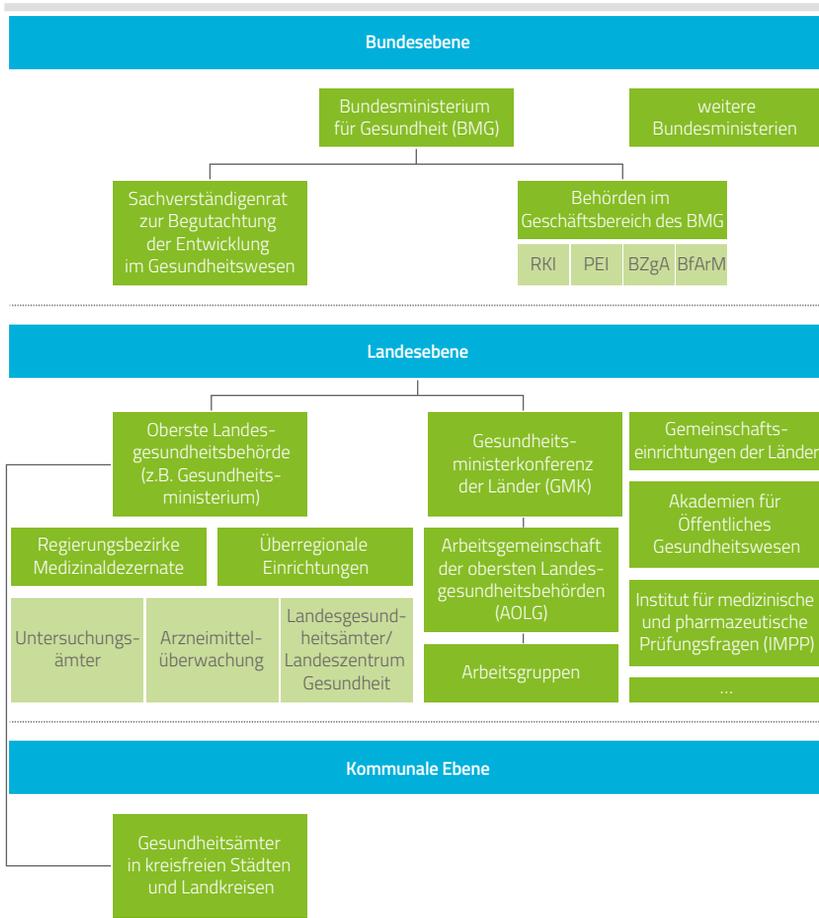
Aufbau des Öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland

Strukturen und gesetzliche Grundlagen

Die Sicherstellung der „öffentlichen Sorge um die Gesundheit aller“ (Brand und Stöckel 2002) übernimmt in Deutschland der ÖGD. Entsprechend der föderalen Struktur des deutschen Gesundheitswesens werden seine breit gefächerten Aufgaben von unterschiedlichsten Trägern auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene übernommen (Teichert 2015). Abbildung 1 vermittelt einen ersten Überblick über die organisatorischen Zuständigkeiten der Vielzahl unterschiedlicher Träger.

Die Zuständigkeiten richten sich nach den jeweiligen Gesundheits(dienst)gesetzen und den Kompetenzen, die zwischen Bund, Ländern, Landkreisen und Gemeinden gegeben sind. Nach Artikel 74 des Grundgesetzes unterliegt die öffentliche Fürsorge der konkurrierenden Gesetzgebung: „Im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung haben die Länder die Gesetzgebungsbefugnis, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht durch Gesetz Gebrauch gemacht hat“ (Deutscher Bundestag 2021). In ausgewählten Bereichen des Absatzes 1 des Artikels 74 des Grundgesetzes (GG) hat das Gesetzgebungsrecht der Bund inne, um gleichwertige Lebensverhältnisse im Bundesgebiet herzustellen. Dies ergibt sich aus Artikel 72 Absatz 2, GG. Dazu zählen unter anderem die „öffentliche Fürsorge“ (Artikel 74, Absatz 1, Nr. 7 GG) und das „Lebensmittelrecht“ (Artikel 74, Absatz 1, Nr. 20 GG).

Abbildung 1: Struktur des Öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland



Anmerkung: eigene erweiterte Darstellung nach Nagel 2013

Auf Bundesebene ist in erster Linie das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verantwortlich, dessen Geschäftsbereich vier Bundesbehörden zugeordnet sind. Die zentralen Aufgaben und Funktionen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Bundesbehörde	Aufgaben und Funktion
Robert Koch-Institut (RKI)	zentrale Einrichtung des Bundes im Bereich der Öffentlichen Gesundheit und das nationale Public Health-Institut in Deutschland zuständig für Krankheitsüberwachung und -prävention sowie die Koordinierung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zum weiteren Aufgabengebiet gehört auch die anwendungs- und maßnahmenorientierte biomedizinische Forschung
Paul-Ehrlich-Institut (PEI) Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel	zuständig für die Genehmigung der klinischen Prüfung und Zulassung für die in seinen Bereich fallenden Human- und Tierarzneimittel zum weiteren Aufgabengebiet gehören die staatliche Chargenprüfung, Pharmakovigilanz, wissenschaftliche Beratung und Inspektion sowie experimentelle Forschung auf dem Gebiet der Biomedizin und Lebenswissenschaften
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	Schwerpunkt im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention auf Bundesebene Entwicklung von Konzepten, Strategien und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung und Umsetzung selbiger in Kampagnen, Programmen und Projekten
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	Zulassung von Fertigarzneimitteln auf der Grundlage des Arzneimittelgesetzes inklusive Überprüfung von Wirksamkeit, Unbedenklichkeit sowie pharmazeutischer Qualität Sicherstellung der Arzneimittelsicherheit im Rahmen der Pharmakovigilanz Risikoerfassung und -bewertung von Medizinprodukten zum BfArM gehört die Bundesopiumstelle datenbankgestützte Informationssysteme für Arzneimittel, Medizinprodukte, klinische Studien und Versorgungsdaten

Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage der Webseiten der Behörden

Auf Ebene der Bundesländer stellt sich die Gliederung wie folgt dar: Länderübergreifend ist die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister:innen und Senator:innen der Länder organisiert (Gesundheitsministerkonferenz – GMK). Ihre Aufgabe ist die Koordination der Länderaktivitäten im Gesundheitswesen, Beschlüsse haben jedoch nur empfehlenden Charakter. Die Umsetzung obliegt den einzelnen Bundesländern.

Die oberste Landesgesundheitsbehörde eines jeden Bundeslandes ist die Abteilung Gesundheit in den jeweiligen Landesgesundheitsministerien beziehungsweise Senatsverwaltungen. Diese sind in der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zusammengeschlossen. Sie bereitet die GMK vor und koordiniert die Arbeit der Länder auf der Verwaltungsebene. Zu den Geschäftsbereichen der Landesgesundheitsministerien beziehungsweise Senatsverwaltungen zählen die Landesgesundheitsämter, deren Aufgabenbereiche über die Gesundheitsdienstgesetze der Länder definiert sind. In Bundesländern, die kein Landesgesundheitsamt haben, werden diese Aufgaben ebenfalls von den zuständigen Senatsverwaltungen beziehungsweise Ministerien wahrgenommen. Einige Bundesländer sind darüber hinaus in Regierungsbezirke untergliedert, hier übernehmen die Bezirksregierungen als Landesmittelbehörden weitere Aufgaben der obersten Landesbehörde, so ist etwa das Landesprüfungsamt NRW für Zahnärzt:innen und Fachapotheker:innen für Öffentliches Gesundheitswesen bei der Bezirksregierung Düsseldorf angesiedelt.

Aus-, Fort- und Weiterbildung im Öffentlichen Gesundheitswesen

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung für das Öffentliche Gesundheitswesen obliegt den Akademien. Die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (AÖGW) ist länderübergreifend verantwortlich für elf Trägerländer und hat mit drei weiteren Bundesländern Verwaltungsvereinbarungen getroffen, die mit dem Ziel des Beitritts zur AÖGW verbunden sind. Sie bietet Ausbildungslehrgänge für Amtliche Fachassistent:innen, Lebensmittel- und Hygienekontrolleur:innen, Sozialmedizinische Assistent:innen sowie den Weiterbildungskurs für Fach(zahn)ärzt:innen und Fachapotheker:innen für Öffentliches Gesundheitswesen an. Ebenso umfasst das Angebot den Grundkurs für Hygienebeauftragte Ärzt:innen und den Fortbildungslehrgang Medizinprodukterecht. Neben den strukturierten Aus- und Weiterbildungslehrgängen bietet die AÖGW Fortbildungen über alle Themenbereiche des ÖGD an, von Amtsärztlicher Begutachtung bis hin zu Inhalten für die Zahnärztlichen Dienste im Gesundheitsamt. In Bayern nimmt das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) die Aufgaben einer zentralen Bildungseinrichtung für den Bereich Gesundheit im Geschäftsbereich des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) und den

Bereich Lebensmittelsicherheit im Geschäftsbereich des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Verbraucherschutz (StMUV) wahr. Die Akademie für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (AGL) übernimmt das Management der Aus-, Fort- und Weiterbildung des öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienstes und der Lebensmittelkontrolle sowie die Weiterbildung in den Fachgebieten Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin.

Auf kommunaler Ebene sind die unteren Gesundheitsbehörden, die Gesundheitsämter (teilweise auch Fachdienste Gesundheit), verortet. Die Aufgaben der überwiegend kommunal verankerten Gesundheitsämter sind vornehmlich in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder geregelt, mit Ausnahme der Aufgaben, die der Bund durch Gesetzgebungstätigkeit geregelt hat, wie das Infektionsschutzgesetz (IfSG) sowie Regelungen bezüglich des Lebensmittelrechts, beispielsweise die Trinkwasserverordnung. Die Heterogenität, die sich bereits aus den unterschiedlichen Vorgaben der Länder ergibt, lässt sich anhand der Änderung des Gesetzes über den ÖGD (Gesundheitsdienstgesetz – [Ö]GDG) Baden-Württemberg vom 17. Dezember 2015 gut veranschaulichen. Im Zuge der Anpassung wurden insgesamt vier medizinische Gutachtenstellen zur Durchführung von amtsärztlichen Gutachten in den einzelnen Regierungsbezirken eingeführt, wodurch Gesundheitsämter erstmals mit der Durchführung von Aufgaben für mehrere Landkreise betraut wurden.

Aufgaben des ÖGD

Der ÖGD leistet einen Dienst an der öffentlichen Gesundheit der Bevölkerung, trägt zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung bei und übernimmt die staatliche Aufgabe der Daseinsvorsorge der Bürger:innen. Sie umfasst „die Sicherung des allgemeinen und diskriminierungsfreien Zugangs zu existenziellen Gütern und Leistungen einschließlich deren Bereitstellung entsprechend der Bedürfnisse der Bürger:innen und auf der Grundlage definierter qualitativer und quantitativer Standards“ (Schäfer 2020). Hierzu zählt neben anderem die Gesundheit. Entsprechend dem Sozialstaatsprinzip nach Artikel 20 GG und den in Artikel 74 GG geregelten Gesetzgebungszuständigkeiten sind die Aufgaben des ÖGD auf Bundesebene über die Gesetze des

Bundes festgelegt, hingegen die Aufgaben der Länder und Kommunen durch die Gesundheitsdienstgesetze beziehungsweise andere Rechtsnormen definiert (siehe Kapitel „Strukturen und gesetzliche Grundlagen“).

Die beispielsweise im ÖGDG des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) skizzierten Aufgaben beziehen sich auf alle Behörden des Landes, die zum ÖGD zählen, von den oberen über die mittleren bis zu den unteren Gesundheitsbehörden (Nordrhein-Westfalen 30. April 2013). Die Aufgabenfülle der unteren Gesundheitsbehörden wird in NRW umschrieben mit der Mitwirkung an der Gesundheitsförderung, der Prävention, dem Gesundheitsschutz, der Gesundheitshilfe, den Diensten der Qualitätssicherung, der Ausstellung amtsärztlicher Zeugnisse und Gutachtertätigkeit, der Gesundheitsberichterstattung sowie der ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung (§ 5 Absatz 2 ÖGDG NRW), während Baden-Württemberg im Vergleich dazu nicht die Mitwirkung an der Gesundheitsförderung festlegt, sondern diese neben anderen explizit als Kernaufgabe des ÖGD bezeichnet (§ 7 ÖGDG BW). Dieses Beispiel ließe sich durch zahlreiche andere ergänzen, etwa die äußerst unterschiedlichen Vorgaben hinsichtlich der Gesundheitsberichterstattung (Rosenkötter et al. 2020) oder auch die Wahrnehmung von Aufgaben der Koordination und Steuerung (Starke et al. 2020). Hinzu kommt, dass bestimmte Aufgaben in manchen Gesetzen gänzlich fehlen, beispielhaft seien hier die Aufgaben des zahnärztlichen Gesundheitsdienstes genannt, die unter anderem im GDVG Bayern nicht aufgeführt sind (Bayern 24. Juli 2003). Bezüglich der Ausführung der gesetzlichen Aufgaben stehen Ausführungsverordnungen (der Länder) beziehungsweise Kommentierungen der Gesetze zur Verfügung.

All diese Aufgaben werden im ÖGD von interdisziplinär zusammengesetzten Abteilungen und/oder Teams wahrgenommen. Die GDG der Länder regeln in unterschiedlichem Umfang die konkreten Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, des Zahnärztlichen Dienstes, des Amtsärztlichen Dienstes, des Infektionsschutzes, der Gesundheitsberichterstattung sowie der Umweltmedizin und des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Für jede dieser Aufgaben gelten zudem weitere Gesetze wie etwa Schulgesetze oder Gesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) der Länder oder Gesetze im Zuständigkeitsbereich des Bundes, wie etwa das IfSG.

Inhalte und Aufgabenschwerpunkte des ÖGD werden darüber hinaus von den staatsrechtlichen und gesellschaftlichen Gegebenheiten und dem jeweiligen Stand der Wissenschaft bestimmt. Daraus ergibt sich ein ständiger Wandel in den Aufgaben und Kompetenzen. Bestes Beispiel dafür, wie dynamisch dieses Geschehen ist, ist im Rahmen der Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie deutlich geworden und wird es immer noch. Während die Bewertung der nationalen Lage auf Bundesebene durch das RKI vorgenommen wird, obliegt die lokale Kontrolle und Eindämmung des Infektionsgeschehens primär den Gesundheitsämtern auf kommunaler Ebene. Hierzu zählen sowohl die Etablierung von Krisenstäben, Lagezentren zur täglichen Politikberatung als auch der Aufbau des gesamten Fall- und Kontaktpersonenmanagements zur Eindämmung der Pandemie. Hinter diesem Aufgabenspektrum wurden etliche andere zurückgestellt, teils aus Sachzwängen, teils infolge nicht intendierter Konsequenzen der eingeführten Maßnahmen (Merton 1936). Schul- und Kita-Schließungen etwa haben die Durchführung von Schuleingangsuntersuchungen ebenso unmöglich gemacht wie die Reihenuntersuchungen oder Gruppenprophylaxeangebote der zahnärztlichen Gesundheitsdienste. Aufsuchende Hilfsangebote der Sozialpsychiatrischen Dienste standen ebenso hinten an wie Beratungsaufgaben (Messer et al. 2020). Nicht nur große Teile der Mitarbeiter:innen der Gesundheitsämter, sondern zusätzliches Personal aus anderen Verwaltungsbereichen und die Bundeswehr unterstützten die (kommunalen) Gesundheitsämter bei diesen Aufgaben (Beerheide 2021; Wagner et al. 2021).

Ein weiterer zentraler Aufgabenschwerpunkt des ÖGD ist der Bereich der Steuerung und Koordination. Im Rahmen der Pandemie hat der ÖGD mehrfach bewiesen, dass er in der Lage ist, in kürzester Zeit funktionierende Strukturen aufzubauen (Starke 2020). Infolge der starken Fokussierung auf das Krisenmanagement während der SARS-CoV-2-Pandemie ist die Tatsache, dass diese Aufgabe dem ÖGD auch außerhalb des Infektionsschutzes obliegt, zunehmend in den Hintergrund gerückt. Dabei birgt gerade die starke kommunale Verankerung des ÖGD die einmalige Chance für eine ressortübergreifende Vernetzung zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (siehe Kapitel „Krankheitsprävention versus Gesundheitsförderung“).

Die Bedeutung des ÖGD im Wandel der Zeit

Von der medizinischen Polizey zum modernen Management unterschiedlicher Herausforderungen

Zu Beginn des letzten Jahrhunderts war die Rolle des ÖGD schwerpunktmäßig ausgerichtet auf Aufgaben der Überwachung und Hygiene. Wenngleich diese auch heute noch von großer Bedeutung sind, war ihre Interpretation seinerzeit ordnungsbehördlich zu verstehen. Schon der Arzt Johann Peter Frank nahm mit dem Titel seiner zwischen 1779 bis 1813 erschienenen sechsbändigen Reihe „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ eine entsprechende Verortung des ÖGD vor. Selbst wenn Johann Peter Frank durchaus für seine Zeit bahnbrechende Vorschläge, wie etwa eine Topografie der Erkrankungen in der Region, was der heutigen Gesundheitsberichterstattung nahekommt (siehe Kapitel „Medizinalstatistik versus Gesundheitsberichterstattung“), forderte oder auch konkrete Vorschläge zum Gesundheitsverhalten der Bevölkerung unterbreitete, ist alleine die Assoziation des ÖGD mit den Diensten der Polizei eindeutig – und nicht zum Guten der Öffentlichen Gesundheit beziehungsweise des ÖGD. Obwohl zahlreiche Sozialmediziner wie Salomon Neumann und Rudolf Virchow die soziale Dimension von Krankheiten hervorgehoben haben und wiederholt betonten, dass Krankheiten (auch Infektionskrankheiten) eine Folge der schlechten Lebens- und Arbeitsverhältnisse der betroffenen Menschen seien, nahm der ÖGD zu dieser Zeit noch nicht in dem Maß die sozialkompensatorische Funktion ein, die ihn in der heutigen Zeit kennzeichnet. Seine Rolle in der Zeit des Nationalsozialismus pervertierte gar dieselbe. Im Kontext des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 wurde der ÖGD Erfüllungsgehilfe (und manchmal auch darüber hinaus) einer menschenverachtenden und zutiefst verwerflichen Politik. Durch diverse Forschungsarbeiten belegt ist die unrühmliche Rolle des ÖGD bei der Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1934) und der systematischen Tötung von Kindern mit körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigungen sowie von Psychiatriepatient:innen (Jachertz 2013). In der Nachkriegszeit blieben viele in den Diensten der Gesundheitsämter, die während der Zeit des Nationalsozialismus an der menschenverachtenden Politik mitgewirkt hatten, und sogar besagtes Gesetz war noch in manchen Bundesländern (bereinigt um die nationalsozialistischen Inhalte) bis Anfang der 2000er Jahre gültig – so beispielsweise in Hessen und Niedersachsen (ebenda).

Erst Ende der 1970er Jahre veränderte sich die Rolle des ÖGD in der Kommune. 1976 wurden die Gesundheitsämter per Erlass des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW mit der Geschäftsführung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) beauftragt (Gunia-Hennecken 2011). Diese bildeten einen Zusammenschluss aller an der psychiatrischen/psychosozialen Versorgung Beteiligten. In der Folge wurden in den 1980er Jahren Psychiatriekoordinationsstellen in den Gesundheitsämtern eingerichtet, mit auch in den 2010er Jahren noch sehr unterschiedlichem Stellenumfang, wie eine Studie der Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) im Auftrag des Landesentrums für Gesundheit NRW (LZG.NRW) zeigt (Schu et al. 2017).

Mit dem Auftreten von HIV/AIDS entstand ein neues Bewusstsein für die Gefährdung der Bevölkerungsgesundheit. So wurden im Jahr 1987 in den Bundesländern in Westdeutschland im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Großmodell Gesundheitsämter“ Strukturen aufgebaut mit dem Ziel, die Arbeit vor Ort zu koordinieren und die Prävention einer HIV-Infektion auszubauen. So konnte in jedem der damals 309 Gesundheitsämter eine AIDS-Fachkraft eingesetzt werden (Sellin und Michalowski 2002). Zum gleichen Zeitpunkt startete die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die erfolgreiche Kampagne „Gib AIDS keine Chance“ (BZgA 2020) – heute sind die Präventionsmaßnahmen und Informationen zu HIV unter dem Namen „Liebesleben“ gebündelt (BZgA 2021).

Weitere bedeutsame Entwicklungen in den 1980er Jahren für den ÖGD waren die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 sowie das 1987 veröffentlichte Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (kurz: SVR-Gesundheit) (SVR 1987). Während die Ottawa-Charta neben der Forderung nach einer Verzahnung der unterschiedlichen politischen Handlungsfelder zur Verminderung sozial ungleicher Gesundheitschancen und einer Neuorientierung der Gesundheitsdienste das Wissen um die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in den Mittelpunkt stellte (siehe Kapitel „Krankheitsprävention versus Gesundheitsförderung“) (WHO 1986), forderte der SVR-Gesundheit in seinem Gutachten die Etablierung einer Gesundheitsberichterstattung, um Datengrundlagen für gezielte Ressourcenallokationen zu schaffen (Starke et al. 2019). Dies war die Geburtsstunde

der modernen Gesundheitsberichterstattung (siehe Kapitel „Medizinalstatistik versus Gesundheitsberichterstattung“). Beides hatte maßgeblichen Einfluss auf das zwischen 1995 und 1998 in NRW durchgeführte Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“. An diesem Projekt waren 28 der damals 54 Kommunen in NRW beteiligt. Zielsetzung war es, neue Abstimmungs-, Planungs- und Managementstrukturen auf kommunaler Ebene zu etablieren, die in Verbindung mit einer verbesserten Gesundheitsberichterstattung einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und -förderung leisten sollten (Knesebeck et al. 2001). Gefördert durch Mittel des Landes NRW wurden infolgedessen in den Kommunen die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) eingerichtet, deren Geschäftsstellen in großem Umfang durch das damalige Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD, heute Landeszentrum.Gesundheit.NRW – LZG) fachlich und auch auf digitalem Wege unterstützt wurden. Noch vor Beendigung des Projektes und der Vorlage des Evaluationsberichts der Universitäten Düsseldorf und Bielefeld wurde die Erfolgsgeschichte der KGK in dem ÖGDG NRW 1997 festgeschrieben. Die damals das Gesetz begleitende Ausführungsverordnung (AV-ÖGDG), die im Jahr 2006 außer Kraft gesetzt wurde, beschrieb nicht nur die Aufgaben der KGK en detail, sondern legte auch fest, welche Akteur:innen Mitglieder sein sollten.

Diese Beispiele mögen aufzeigen, dass es bereits in den 1990er Jahren in einzelnen Bundesländern, in Abhängigkeit der jeweiligen Regierenden, zu einer (unvollendeten) Neuorientierung kam. Letztlich muss das Scheitern auf die fehlende Bereitschaft der Politik und auch der kommunalen Arbeitgeber:innen zurückgeführt werden, in den ÖGD zu investieren, um eine Neuorientierung tatsächlich nachhaltig umzusetzen. Stattdessen begann in fast allen Bundesländern eine systematische Sparpolitik, getrieben von der Auffassung, Gesundheit sei vor allen Dingen Angelegenheit des Einzelnen, eine Folge individuellen Fehlverhaltens und somit nur durch Änderung des persönlichen Risikoverhaltens zu erhalten. Zudem blieb die Gesundheit der Bevölkerung weitestgehend unbedroht, was klassische Gefährdungslagen der Gesundheit angeht. Weder eine mögliche Bedrohung durch Milzbranderreger infolge der terroristischen Bedrohung weltweit nach 9/11 noch die Vogelgrippe erreichten die öffentliche Gesundheit in bedeutendem Maß. Zwar lösten sie Krisenstabaktivitäten und -planungen aus, spielten

aber in der Gesamtgemengelage eine untergeordnete Rolle. Erst die sogenannte Schweinegrippe (Influenza A/H1N1) und schließlich EHEC forderten den ÖGD heraus, brachten ihn, bereits personell stark diminuiert, an seine Grenzen (Bradt et al. 2012). Entsprechende Dokumentationen wurden seitens der Politik zur Kenntnis genommen, EHEC führte mithin zu einer Verkürzung der Meldepflicht (innerhalb von 24 Stunden mussten fortan die Meldungen nach IfSG an die Landesstellen erfolgen), führten aber nicht zu einer substanziellen Stärkung des ÖGD. Selbst zahlreiche Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz (GMK 2016) und das im Jahr 2018 verabschiedete Leitbild ÖGD (Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD“ 2018) brachten keine Verbesserungen, geschweige denn die seit mehr als einem Jahrzehnt anhaltenden Forderungen des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD).

Auch die von der Weltgesundheitsorganisation erstmals im Jahr 2012 veröffentlichten zehn zentralen Handlungsfelder Öffentlicher Gesundheit (Essential Public Health Operations – EPHOs) (WHO 2012) verhallten zunächst ungehört und fanden in Deutschland erst mit den Aktivitäten des Zukunftsforums Public Health zunehmend Beachtung. Das Zukunftsforum Public Health ist ein Zusammenschluss von Akteur:innen aus Wissenschaft und Praxis, die sich im Rahmen verschiedener Aktivitäten und Projekte für eine nachhaltige Stärkung der Öffentlichen Gesundheit in Deutschland einsetzen (ZfPH 2020). Für die Darstellung der EPHOs hat das Zukunftsforum die Darstellung in Abbildung 2 gewählt.

Eine detaillierte Darstellung der einzelnen EPHOs würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen. Sie sind in ihrer Ursprungsform im „Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit“ des Regionalbüros Europa der WHO ausführlich dargestellt (WHO Europa 2012). Darüber hinaus bilden sie die Grundlage des Eckpunktepapiers einer Public Health-Strategie für Deutschland des Zukunftsforums Public Health (ZfPH 2021). In diesem wird vor allem der Frage nachgegangen, wie das Public Health-System in Deutschland weiterentwickelt werden muss, um seine vielfältigen Aufgaben – insbesondere auch angesichts der vielschichtigen zukünftigen Herausforderungen (siehe Kapitel „Perspektiven: Quo vadis ÖGD“) – bestmöglich erfüllen zu können. Dabei eignen sich die EPHOs nicht nur für

die Benennung relevanter Aufgabengebiete und Funktionen für die interprofessionelle Zusammenarbeit aller relevanten Public Health-Akteur:innen, sondern bieten auch die Möglichkeit, Verbesserungspotenziale zu identifizieren und Strategien zur langfristigen Weiterentwicklung des ÖGD zu formulieren (ebenda). Hierfür ist die differenzierte Aufteilung der EPHOs, wie von der WHO ursprünglich vorgeschlagen, in die Kernbereiche Intelligence (Erkenntnisgewinn, EPHO 1 und 2), Service Delivery (Dienstleistung, EPHO 3, 4 und 5) und Enabler als Grundlagen für die Gewährleistung eines ressortübergreifend tätigen Öffentlichen Gesundheitsdienstes (EPHO 6 bis 10) hilfreich (WHO 2012).

Abbildung 2: Kernbereiche von Public Health



Quelle: ZfPH 2020 (mit freundlicher Genehmigung des Zukunftsforums Public Health vom 14. Juli 2021)

Doch auch wenn die zehn Handlungsfelder unabhängig von Darstellung und Gruppierung die wesentlichen Aufgabenbereiche des ÖGD abbilden, ist deren erwartete Ausgestaltung und gelebte ÖGD-Realität weiterhin Gegenstand teils kontroverser Debatten innerhalb des ÖGD selbst, weshalb einzelne Auslegungen im Folgenden noch einmal näher beleuchtet werden.

Kontrolle versus Surveillance

Während mit EPHO 1 „Surveillance of population health and wellbeing“ insbesondere der Erkenntnisgewinn zur Ermittlung der objektiven gesundheitlichen Bedarfe der Bevölkerung, der Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA, im Englischen auch Health Impact Assessment – HIA) und der Gesundheitsplanung durch die Nutzung zahlreicher internationaler, nationaler und regionaler Daten im Mittelpunkt steht, stehen im ÖGD häufig in erster Linie Kontroll- und Schutzaufgaben anderer Bereiche (von Infektionskrankheiten, Badegewässer, Trinkwasser etc.) im Mittelpunkt der Tätigkeiten. Mit den genannten Aufgaben erfüllen die Gesundheitsämter ihre Pflichten, nutzen jedoch bei Weitem nicht alle zur Verfügung stehenden Quellen oder Möglichkeiten, um damit auch sozial ungleiche Gesundheitschancen als eine der zentralen Kernaufgaben des ÖGD zur Sicherstellung Öffentlicher Gesundheit zu adressieren. Gerade Instrumente zur Gesundheitsplanung (Albrich et al. 2017; Claßen und Meikel 2020; LZG.NRW 2019) werden bisher nicht systematisch und flächendeckend eingesetzt, ebenso wenig die gesetzlich verankerte Möglichkeit zur Stellungnahme in Planungsverfahren. Auch Verfahren, Methoden und Werkzeuge der GFA, die dazu dienen, Strategien, Programme und Projekte meist außerhalb des Gesundheitssektors hinsichtlich potenzieller Gesundheitseffekte und deren Verteilung in der Bevölkerung zu beurteilen, finden nur rudimentär Anwendung (Fehr et al. 2017). Die Implementierung dieser Verfahren in die ÖGD-Praxis würde nicht nur einen wertvollen Beitrag zur Evidenzbasierung der Tätigkeiten selbst liefern, sondern darüber hinaus zu mehr Partizipation der Bürger:innen und damit zu mehr Gerechtigkeit beitragen können.

Medizinalstatistik versus Gesundheitsberichterstattung

Wie bereits im Kapitel „Von der medizinischen Polizey zum modernen Management unterschiedlicher Herausforderungen“ angedeutet, haderte Deutschland aufgrund der Vergangenheit lange damit, eine moderne Gesundheitsberichterstattung einzuführen – und auch heute noch differiert die gelebte Praxis sowohl auf Länder- als auch auf kommunaler Ebene erheblich (Rosenkötter et al. 2020; Arnold et al. 2020d). Infolge des Sachverständigengutachtens 1987 (Fehr et al. 2017) wurde zunächst unter Federführung von NRW ein Indikatorensatz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden konsentiert (AOLG-Indikatorensatz). Dieser 297 Indikatoren

umfassende Katalog sollte die Grundlage für die Verwendung einheitlicher Merkmale in der Gesundheitsberichterstattung der Länder darstellen, verbunden mit dem Ziel, eine höhere Transparenz über die gesundheitliche Lage und das Ausmaß sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit zu erreichen. Dazu wird ein kontinuierliches Monitoring gemäß folgender Indikatoren-Gruppen vorgeschlagen (AOLG 2003):

- Kernindikatoren (K) sollten von allen Bundesländern vorgehalten werden; sie sollten EU-kompatibel sein. Kernindikatoren überwiegen von der Bedeutung gegenüber Länderindikatoren, sie sollten grundsätzlich zwischen den Ländern vergleichbar sein.
- Länderindikatoren (L) können zusätzlich in den Ländern geführt werden, wenn dafür gesundheitspolitische Prioritäten bestehen; Indikatoren im Regionalvergleich werden grundsätzlich als Länderindikatoren geführt.
- Bundesindikatoren (B) werden vom Statistischen Bundesamt, dem RKI und anderen Datenhaltern auf Bundesebene berechnet und dort vorgehalten. Bundesindikatoren werden in der Regel verwendet, wenn keine Länderdaten zur Verfügung stehen.

Zusätzlich sollte eine regionale Gliederung durch die Länder erfolgen. Sowohl die Ausgestaltung des Indikatorensatzes auf Länderebene, die Verfügbarmachung der Daten für die kommunale Gesundheitsberichterstattung als auch der Umgang mit verfügbaren regionalen Daten durch die Gesundheitsämter sind äußerst heterogen. Weder sind die Indikatoren oder zumindest die Kernindikatoren bundesweit frei abrufbar noch ist eine Regionalisierung systematisch erfolgt. Wenngleich zu konstatieren ist, dass die vereinbarten Indikatoren gegebenenfalls zu umfangreich für eine regelmäßige Ländergesundheitsberichterstattung sind, ist schon aufgrund der in den Gesundheitsdienstgesetzen festgelegten unterschiedlichen Periodizität der zu erstellenden Gesundheitsberichte ein Vergleich erschwert (Rosenkötter et al. 2020). Zudem bleiben bei einer reinen Befüllung einheitlich definierter Tabellen die Interpretation der Zahlen und die Beurteilung der gesundheitlichen Entwicklung den Betrachter:innen überlassen. Es darf bezweifelt werden, dass der eigentliche Sinn, durch eine verbesserte Informationslage eine Handlungsgrundlage für die Politik zu schaffen, dadurch erreicht werden kann. Regionalisierte Daten stehen ebenfalls nicht in allen Bundesländern zur Verfügung, was zur Konsequenz hat, dass die kommunale Gesundheitsberichterstattung sich nicht

allerorts dieser Daten bedienen kann. Wenn sie es kann, mündet es teils – bedauerlicherweise – in einer reinen Medizinalstatistik, das heißt, verfügbare regionale Indikatoren werden schlicht in vorgefertigte Tabellen eingefügt und somit nach- und nebeneinander abgebildet. Eine wissenschaftlich fundierte Kommentierung der Trends oder auch die Formulierung konkreter Handlungsempfehlungen erfolgt in sehr unterschiedlichem Umfang und unterschiedlicher Detailtiefe. Dies hängt nicht nur von der kommunalen Gesundheitsberichterstattung selbst ab, sondern unterliegt natürlich auch der Bedeutung, die die kommunale Spitze dem Mehrwert einer modernen Gesundheitsberichterstattung einräumt, die aber eben nicht zum Nulltarif als weitere Nebenaufgabe erfüllt werden kann, sondern ein entsprechendes (politisches) Mandat und Ressourcen benötigt. Darüber hinaus setzt eine qualitativ hochwertige kommunale Gesundheitsberichterstattung ein entsprechendes Methoden-Know-how und politisches wie kommunikatives Fingerspitzengefühl voraus (Arnold et al. 2021; Starke et al. 2019).

Klassische Verwaltungsstrukturen versus Governance

Trotz existierender nationaler Gesundheitsziele (GVG), festgelegt durch den Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses sowie den in den Bundesrahmenempfehlungen zum Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) formulierten Zielen (NPK 2018), existiert im ÖGD weder auf nationaler, regionaler noch lokaler Ebene ein abgestimmter Planungsprozess zur Koordination. Die anvisierten sektorenübergreifenden Gremien sind zwar teils auf kommunaler und Landesebene in Form von Gesundheitskonferenzen implementiert, ein vergleichbares Gremium auf Bundesebene fehlt jedoch bislang. Entsprechend folgt das politische Handeln in Deutschland oftmals weiter dem klassischen nach Sektoren und Ressorts getrennten Verwaltungsaufbau. Dabei haben beispielsweise die KGKen in NRW bereits erste Wege aufgezeigt, wie durch intersektorales Handeln (Rau 2009) und den Aufbau gemeinsamer Prozesse zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung auch kommunale Grenzen überwunden werden können (Rau et al. 2009). Tatsächlich besteht in dieser Form vernetzten Arbeitens eine große Chance nicht nur für den ÖGD als Koordinator, sondern auch für alle weiteren beteiligten verwaltungsinternen und externen Stakeholder. Sie bedeutet gleichzeitig, dass sich Verwaltungsspitzen und -organe entsprechend abgestimmt auf ein gleichermaßen

interkommunales wie agiles Vorgehen einlassen müssen. Das teils von überbordender Bürokratie gekennzeichnete Verwaltungshandeln in Deutschland auf allen Ebenen wirkt sich auf derlei prozessuales Handeln nicht förderlich aus und ist weit entfernt von dem unter dem Begriff der Governance subsumierten Verständnis, dass Dienstleistungen im Sinne der öffentlichen Gesundheit am besten auf Basis effizienter Methoden, Prozesse und Institutionen erfolgen können.

Gesundheitsschutz und Katastrophenmanagement versus Pandemic Preparedness

Zwar gab es in den letzten Jahrzehnten immer wieder gesundheitliche Gefährdungslagen (siehe Kapitel „Von der medizinischen Polizey zum modernen Management unterschiedlicher Herausforderungen“), die jedoch insgesamt selten internationale Tragweite erreichten. Aufgaben des Gesundheitsschutzes und Katastrophenmanagements sind in den meisten Fällen aufgrund räumlich begrenzter Ereignisse zu erfüllen. Dazu zählen Ausbruchsgeschehen wie etwa der deutschlandweite EHEC-Ausbruch 2011 (BfR), der Noro-Virusausbruch in Berlin und Brandenburg 2012 (BfR), der Legionellenausbruch in Warstein 2013 (Siegmond-Schultze 2013) oder Katastrophen wie der Chemieunfall bei der Hoechst AG 1993 (Kesselring 1997), die Entgleisung des ICE in Eschede 1998 (Hüls und Oestern 1999), der Einsturz des Kölner Stadtarchivs 2009 (Stadt Köln 2020) und das Unglück bei der Loveparade in Duisburg 2010 (Staatsanwaltschaft Duisburg).

Gesundheitliche Notlagen internationaler Tragweite (Public Health Emergencies of International Concern – PHEIC) gab es derer insgesamt sechs in diesem Jahrtausend (Wilder-Smith und Osman 2020), die meisten ohne direkte Betroffenheit der Bevölkerung in Deutschland. Die Influenza A/H1N1 2009 (die sogenannte Schweinegrippe) zählte ebenso dazu wie aktuell COVID-19. Während die Influenza A/H1N1 vergleichsweise milde verlief (Schätzungen des RKI gehen von etwa 350 Todesfällen in Deutschland aus [Buchholz et al. 2016]), stellt sich die aktuelle Situation gänzlich anders dar. Am 30. Januar 2020 rief die WHO die gesundheitliche Notlage internationaler Tragweite aufgrund der Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus aus (WHO 2020). Nach knapp 1,5 Jahren gibt es weltweit fast 190 Millionen bestätigte COVID-19-Fälle (WHO 2021), davon 3,7 Millionen in Deutschland und mehr als 4 Millionen an oder mit dem SARS-CoV-2-Virus Verstorbene, davon mehr als 91.000 in Deutschland (RKI 2021).

Die Pandemie traf sowohl die Politik als auch den ÖGD weitestgehend unvorbereitet, obwohl der Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012 bereits eine Risikoanalyse „Pandemie durch Virus Modi-SARS“ beinhaltete (Deutscher Bundestag 2013). Im März des Jahres 2020 mussten vielerorts Pandemiepläne angepasst oder aktualisiert werden, die Gesundheitsämter konnten die enorme Herausforderung des Fall- und Kontaktpersonenmanagements nur durch eine Konzentration der Aufgaben auf den Infektionsschutz und mit der Unterstützung von Mitarbeiter:innen anderer Verwaltungsbereiche, Studierenden und schließlich Soldat:innen der Bundeswehr bewältigen (Arnold und Teichert 2021). Neben einer hohen Verunsicherung der Bürger:innen, mangelnden Antworten von Wissenschaft und Politik, fehlte es auch an digitalen Tools für ein effektives Kontaktpersonenmanagement. Vorhandene digitale Lösungen im Infektionsschutz erfüllten zwar zum damaligen Zeitpunkt die formalen Anforderungen an das Fachverfahren nach Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes (§14 IfSG), jedoch war bisher eine Übermittlung von Kontaktpersonen infizierter Personen nicht notwendig und aus diesem Grund in den etablierten Softwareprogrammen nicht vorgesehen. Gleichzeitig zeigte die rasante globale Ausbreitung, dass eine Ermittlung, Quarantänisierung und Nachverfolgung der Kontaktpersonen unabdingbarer Bestandteil zur Eindämmung der SARS-CoV-2-Pandemie war. In der Folge entwickelten Gesundheitsämter eigene Softwarelösungen, Hamburg entwickelte beispielsweise den „Hamburger Pandemiemanager“ (Schneider und Droßmann 2021), Köln das Digitale Kontaktmanagement (DiKoMa) (Neuhann et al. 2020) und das Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung erweiterte das Open Source eHealth Tool SORMAS um ein spezialisiertes Modul zum Fall- und Kontaktpersonenmanagement in Deutschland (Krause et al. 2020). Kurz: Es gab in einer relativ kurzen Zeit eine Reihe von Angeboten für die Gesundheitsämter, die jedoch aufgrund fehlender Schnittstellen zunächst entweder eine doppelte Erfassung oder die Arbeit mit zwei Systemen erforderte. Wesentlich erleichtert worden wäre die Arbeit der Gesundheitsämter durch ein einheitliches Softwareprogramm für den Infektionsschutz, das auch die Kommunikation zwischen den Gesundheitsämtern stadt-, landkreis- sowie bundeslandübergreifend ermöglicht.

Um die Digitalisierung der Gesundheitsämter beziehungsweise deren Reifegrad sind im Zuge der Corona-Pandemie viele kontroverse Diskussionen, fehlerhafte Beiträge in den

Medien und zahlreiche Projekte gefördert von unterschiedlichen Bundes- und Landesministerien entstanden (BMG; Bundesregierung Deutschland). Sicher ist, die dringend notwendige Digitalisierung stellt den Öffentlichen Gesundheitsdienst und de facto die Öffentliche Verwaltung vor große Herausforderungen (Druschel et al. 2021). Es ist keineswegs so, dass die Gesundheitsämter nicht über Softwareprogramme verfügen. Derer gibt es zahlreiche, teils ausschließlich für den Infektionsschutz, teils für verschiedene Aufgabengebiete innerhalb des ÖGD. Ihnen ist jedoch eines gemeinsam: Sie können nicht untereinander kommunizieren, sprich die Weitergabe von Informationen, beispielsweise Kontaktpersonen aus anderen Stadt- oder Landkreisen betreffend, funktioniert eben nicht auf digitalem Weg unter Berücksichtigung der Datenschutzvorschriften. Das betrifft nicht nur den ÖGD, sondern ist auch aus dem ambulanten Bereich hinlänglich bekannt (Stichwort: ePatient:innen-Akte). Für die Zukunft dürfte eine der größten Chancen darin bestehen, den ÖGD digital so auszustatten, dass die Arbeit eine wirkliche Erleichterung erfährt unter ständiger Wahrung von Datensicherheit und Privatsphäre einerseits und der Generierung von Handlungsoptionen andererseits.

Hierin könnte ein bedeutender Beitrag zur effektiven Vorbereitung auf zukünftige Herausforderungen und Pandemien (Pandemic Preparedness) bestehen. Neben der vom europäischen Center for Disease Prevention and Control (ECDC) vorgeschlagenen kontinuierlichen, strategischen und operativen Planung, Übung/Reflektion, Implementierung und Evaluation (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] 2018) der Nationalen Pandemiepläne dürfte der ÖGD insbesondere davon profitieren, frühzeitig in der Lage zu sein, adäquat, effektiv und gleichzeitig maßvoll zu reagieren und, wenn möglich, präventiv zu handeln.

Krankheitsprävention versus Gesundheitsförderung

Deutschland ist trotz der Einführung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (PrävG) (Bundestag 2015) noch sehr dem Präventionsgedanken verhaftet, schwerpunktmäßig wird nach wie vor stark auf die individuelle Verhaltensänderung gesetzt. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die Handlungsfelder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Bewegung, Ernährung, Stressreduktion und Suchtmittelkonsum fokussieren. Diese Ansätze haben sicher ihre

Berechtigung, gleichzeitig zeigt sich in den regelmäßig veröffentlichten Präventionsberichten des GKV-Spitzenverbandes, dass Kursangebote überwiegend von Frauen (81 Prozent) besucht werden und darüber hinaus seltener von Jüngeren (GKV-Spitzenverband 2020). Diese Ergebnisse sind nicht neu (Koppelin et al. 2011), die regelmäßige Replikation der Ergebnisse ist jedoch als Hinweis zu werten, dass entweder männer-spezifische Kursangebote unterrepräsentiert sind oder Männer weniger zu individueller Verhaltensprävention neigen.

Dennoch scheinen die Forderungen der Ottawa-Charta zumeist ungehört zu bleiben. Sie formuliert fundamentale Bedingungen und Ressourcen für Gesundheit (Frieden, Schutz/Zuflucht, Bildung, Nahrung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, nachhaltige Ressourcen, soziale Gerechtigkeit und Gleichheit) (WHO 1986), die einer näheren Überprüfung auch in Deutschland nicht Stand halten, geschweige denn weltweit erfüllt wären. Die pandemiebedingten Schulschließungen haben etwa gezeigt, dass längst nicht alle Schüler:innen in Deutschland einen gleichen und gerechten Zugang zu Bildung haben, und auch der Zugang zu Nahrung war zeitweise nicht sichergestellt, beispielsweise durch die Schließung von Tafeln und Obdachlosenunterkünften. Und von einem instabilen Ökosystem sprechen wir nicht erst seit der aktuellen Hochwasserkatastrophe in Westdeutschland.

Die Ottawa-Charta betont, dass Gesundheitsförderung

- sich dafür einsetzt, dass diese Bedingungen günstig sind,
- darauf abzielt, gesundheitliche Unterschiede zu reduzieren,
- Möglichkeiten und Ressourcen sichert, um alle Menschen dazu zu befähigen, ihr gesamtes Gesundheitspotenzial zu erreichen,
- die koordinierte Aktion aller fordert (Health in All Policies, HiAP),
- heißt, eine gesunde öffentliche Ordnung aufzubauen und
- unterstützende Lebensumstände schafft.

Wie wenig diese Forderungen bisher in Deutschland Fuß fassen konnten, zeigt sich nicht nur darin, dass Gesundheit nach wie vor nicht in allen Politikbereichen, sondern

primär Thema im Gesundheitsressort ist. Darüber hinaus wurden im Zuge des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 die Verpflichtungen der Krankenkassen zu Leistungen nach dem Präventionsgesetz für das Jahr 2020 ausgesetzt (Bundestag 19. Mai 2020). Begründet wurde dies mit den „gegenwärtigen Einschränkungen des öffentlichen Lebens“ (BMG). Zu diesem Zeitpunkt gab es bereits erste Veröffentlichungen des Kompetenznetzes Public Health COVID-19, einem Ad-hoc-Zusammenschluss von über 25 Fachgesellschaften und Verbänden im deutschsprachigen Raum, die damit einhergehende ethische Aspekte, die Gefahr sozialer Isolation sowie die Verschärfung sozialer Ungleichheiten thematisierten (Kompetenznetz PH 7. Mai 2020). Selbst wenn erst heute ein stärkeres Bewusstsein dafür entsteht (und durch regionale, kleinräumige Daten belegt werden kann [DLF 2021]), dass von strukturell bedingter Benachteiligung Betroffene häufiger und schwerer an COVID-19 erkranken und versterben, so hätte selbst zu Beginn der Pandemie der bereits 1848 von Rudolf Virchow formulierte Zusammenhang zwischen der sozialen Lage der Bevölkerung und der Ausbreitung epidemischer Erkrankungen bekannt sein müssen: Sei es nun aus den entsprechenden Publikationen zum Zusammenhang von sozio-ökonomischer Disparität und Mortalität während der Influenzapandemie 2012 (Rutter et al. 2012), aus den ersten Berichten von der Frühphase der aktuellen SARS-CoV-2-Pandemie (Caul 2020) oder aus den Erkenntnissen zur überproportionalen Betroffenenrate von Menschen in stationären Einrichtungen oder Sammelunterkünften (Razum et al. 2020; Daly 2020). Aus diesem Wissen heraus hätte ein eindeutiges Bewusstsein da sein müssen, welches von der Public Health-Community – und hier adressieren wir bewusst gleichermaßen die Public Health-Wissenschaft wie die Public Health-Praxis (wozu wir die ÖGD-Praxis mit all ihren Bundes-, Landes- und kommunalen Behörden eindeutig hinzuzählen) – stärker hätte thematisiert werden müssen. Neben vielen weiteren und nicht minder wichtigen Aspekten hätte zu einem solchen (politischen) Agenda-Setting auch gehört, schnellstmöglich dahingehend Stellung zu beziehen, dass

1. Gesundheit zuallererst „flussaufwärts“ – also auf Basis der grundlegenden Bedingungen von Gesundheit – gedacht und ressortübergreifend verankert werden muss (Arnold et al. 2020c),

2. angesichts des extremen Zeitdrucks Entscheidungen für oder wider einzelne Maßnahmen nachvollziehbar und transparent auf Basis klar kommunizierter Kriterien getroffen werden (Stratil et al. 2020) und
3. eine settingorientierte Risikokommunikation unter Einbeziehung von Multiplikator:innen in den Communities erfolgt (Arnold et al. 2020a), um die Ausbreitung von COVID-19 erfolgreich einzudämmen.

Selbstredend können alle Maßnahmen zur Eindämmung der SARS-CoV-2-Pandemie als Krankheitsprävention eingeordnet werden, den Prinzipien der Gesundheitsförderung (Teilhabe, Partizipation, Empowerment) zu folgen, hätte darüber hinaus aber zusätzliche und vor allem andere Wege bedeutet: Teilhabe steht für gesundheitliche Chancengleichheit, diese war und ist aufgrund unterschiedlicher Lebensbedingungen nicht gegeben. Vor diesem Hintergrund ist die temporäre Aussetzung des § 20a bis c des Fünften Sozialgesetzbuches im Zuge des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (Bundestag 19. Mai 2020) leider sinnbildlich für die marginale Stellung der gesundheitlich hoch relevanten Ansätze der Gesundheitsförderung zu sehen. Ein wesentlicher Punkt der Gesundheitsförderung ist die andere Haltung gegenüber den Personen, die wir erreichen möchten (LVG 2014): Dies beginnt mit einer kritischen Reflektion des Zielgruppenbegriffs (Mielck 2014), hinterfragt gleichzeitig die Rolle von Gesundheitsförder:innen (Altgeld 2014) und die Definitionshoheit, über das, was erreicht werden soll.

ÖGD und Public Health:

Ein großes Missverständnis oder zwei Seiten einer Medaille?

Die öffentliche Sorge um die Gesundheit aller, so haben Stöckel und Brand Public Health 2002 definiert (Brand und Stöckel 2002) – und damit gleichzeitig die kürzeste Umschreibung für die Funktion des ÖGD platziert. Dennoch scheint es, dass es sich hierbei um zwei Welten handelt: auf der einen Seite die Public Health-Wissenschaft, die sich forschend mit den unterschiedlichsten Fragestellungen beschäftigt und dabei oft auch international anerkannt ist, auf der anderen Seite die ÖGD-Praxis (in Deutschland allen voran die Gesundheitsämter als größter direkt vor Ort tätiger Public Health-Akteur), die oft mit dem englischen Begriff fremdeln und sich nicht als Teil von Public Health

begreifen (siehe Kapitel „Von der medizinischen Polizey zum modernen Management unterschiedlicher Herausforderungen“).

Von außen betrachtet mag man sich fragen, was in dem Binnenverhältnis bisher nicht funktioniert hat. Schaut man einmal in das White Paper „Public Health – mehr Gesundheit für alle“ (Dragano et al. 2016), so werden dort zahlreiche Gebiete von Public Health angesprochen (Krisenmanagement, Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung), die als ausbaufähig und verbesserungswürdig in Deutschland beschrieben werden, jedoch ohne den ÖGD und die Gesundheitsämter mit einem Wort in dem jeweiligen Passus zu erwähnen. Besser noch: „Das große Potenzial von Public Health liegt in dem synergistischen Zusammenwirken aller Akteure (wie beispielsweise Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) [...]“ (ebenda). Sucht man in dem Paper wiederum nach dem ÖGD, so findet sich dieser lediglich an zwei Stellen: der eben zitierten und in dem Passus, der von der Politik eine personelle Stärkung des ÖGD fordert. Hierin lässt sich eine künstlich erzeugte Kluft erkennen: Einerseits, indem der ÖGD nicht einmal in Bezug auf seine Kernaufgaben genannt wird, und andererseits, indem die knappen personellen Ressourcen thematisiert werden, ohne den Beitrag für die Öffentliche Gesundheit zu würdigen, den der ÖGD dennoch täglich leistet. Dies mag als ein Beleg für das eklatante Missverständnis zwischen Public Health-Wissenschaft und ÖGD-Praxis angesehen werden. Einen weiteren Hinweis gab die Deutsche Gesellschaft für Public Health im Rahmen einer Podiumsdiskussion auf dem BVÖGD-Kongress 2017 in München: Sie forderte, der ÖGD müsse sich ändern. Und tatsächlich findet sich eine solche Forderung auch unter den Beschäftigten der Gesundheitsämter wieder (Worm 2017). So wird ein lösungsorientiertes Vorgehen für die drängenden Herausforderungen der Globalisierung, des demografischen Wandels, der Zuwanderung sowie des akuten Krisen- und Pandemie-managements eingefordert, statt theorielastige Diskussionen um Leitbilder zu führen oder immerwährend fehlende personelle Ressourcen jedweder Disziplin zu monieren. Auch wenn dies als Einzelmeinung geäußert wurde, lässt sich im Dialog mit der Praxis immer wieder feststellen, dass ein großer Wunsch existiert, nach lösungsorientierten Ansätzen zu suchen. Überspitzt formuliert lässt sich dem geschilderten Praxisdefizit der Public Health-Wissenschaft also ausgleichend ein Theoriedefizit der ÖGD-Praxis attestieren.

Und möglicherweise können sich hier Public Health-Wissenschaft und Praxis – auch im Rahmen der Aufarbeitung der Pandemie, die eines Tages hoffentlich ansteht – aufeinander zubewegen. Selten war die Chance für die Gesundheitsämter für einen Neustart so groß; die Frage, wie kommen wir zu einer neuen Normalität zurück, bewegt so manche schon heute. Diese Chance gilt es zu ergreifen, und zwar nicht nur im Hinblick darauf, wie kommen wir aus der Pandemie, sondern auch im Hinblick darauf, wie wir uns in Zukunft aufstellen wollen. Hierzu werden hoffentlich auch die vom BMG geförderten Forschungsprojekte zur Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und Public Health-Forschung vom 27. Februar 2020 einen Beitrag leisten. Das BMG fördert mit dieser Initiative Forschungsprojekte, die zu einer engeren Verzahnung von Public Health-Forschung und Praxis beitragen sollen. Wesentlich sollte hierbei sein, den ÖGD nicht nur zu beforschen, sondern diesen als ernstzunehmenden Forschungspartner anzuerkennen (Arnold und Teichert 2021).

Die Politik und der ÖGD

Von „KW“-Vermerken (Stellenbesetzung „künftig wegfallend“) zum Pakt für den ÖGD

Mehr als ein Jahrzehnt war die Personalpolitik im ÖGD bestimmt von sogenannten KW-Vermerken, was bedeutete, dass diese Stellen künftig wegfallen sollten, sobald Stelleninhaber:innen den ÖGD verließen. Dies führte zu einer Personalknappheit, die andernorts detailliert diskutiert worden ist (Hillienhof 2021; BDI 2015). Deshalb soll an dieser Stelle auch vor dem Hintergrund des im vergangenen Jahr beschlossenen Paktes für den ÖGD darauf verzichtet und vielmehr ein Augenmerk auf die Ausgestaltung des Paktes gerichtet werden. Auch wenn erst eine Pandemie mit hoher Morbidität und Mortalität wie die aktuelle vermocht hat, die Bundespolitik zum Handeln zu bewegen, nachdem selbst Beschlüsse (mit empfehlendem Charakter) der GMK und auch des Deutschen Ärztetages jahrelang ohne Konsequenz geblieben sind (Bundesärztekammer 2014), darf die Umsetzung des Paktes nicht einseitig medizinisch oder auf den Gesundheitsschutz ausgerichtet sein. Inwiefern dies gelingt, wird zum einen von der Veränderungsbereitschaft innerhalb des ÖGD abhängig sein (Arnold und Teichert 2021), zum anderen von der Veränderungsbereitschaft von Ländern und den kommunalen

Arbeitgeber:innen. Eine in diesem Kontext entscheidende Frage wird sein, wie viel Bereitschaft Letztere hinsichtlich der zeitlich befristeten Finanzierung des ÖGD-Paktes zeigen werden. Schon jetzt gibt es erste Diskussionen um die Umsetzung (EB und Ahadzada 2021; Deutscher Landkreistag 23. Juni 2021). Alleine das Land Thüringen hat sich bereits klar zu einer dauerhaften Stärkung des ÖGD bekannt und im Juni 2021 eine Rahmenvereinbarung mit den kommunalen Arbeitgeber:innen geschlossen (Freistaat Thüringen 16. Juli 2021).

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Gerade aufgrund der föderalen Struktur Deutschlands und der in Artikel 74 GG festgelegten Zuständigkeit der Länder sind die Anforderungen an eine substanzielle wie nachhaltige Stärkung des ÖGD komplex. Allerdings darf diese Komplexität nicht darin münden, dass in langwierigen Abstimmungsprozessen zwischen Bund und Ländern am Ende der kleinste gemeinsame Nenner herauskommt. Zu hoffen ist, dass der vom Bundesministerium für Gesundheit in Abstimmung mit der GMK einberufene Beirat (BMG 2021) zu ausgewogenen Empfehlungen kommt, die vor allen Dingen von gesamtgesellschaftlichen Interessen und weniger von strukturellem Egoismus gekennzeichnet sind.

Würde die Umsetzung des ÖGD-Paktes tatsächlich einhergehen mit einer Neuorientierung der Gesundheitsdienste, einer Umsetzung der zehn Kernbereiche von Public Health in Deutschland entsprechend den Empfehlungen des Europabüros der WHO, dann wäre auch die Bildung entsprechender Kompetenzprofile im ÖGD notwendig. Dazu wurden bereits Vorschläge ausgeführt, die wir kurz zusammenfassen wollen (Arnold und Starke under review):

- Umsetzung einer transparenten, partizipativen und kontinuierlichen Berichterstattung unter Berücksichtigung von gesundheitsrelevanten Determinanten (UN 2021; Gemeinde Utrecht 2021)
- Weiterentwicklung und Verstetigung partizipativer Prozesse durch die Etablierung eines wissenschaftlichen Ansatzes, der die direkte Mitwirkung der Adressat:innen von Beginn an gewährleistet und sich von einem paternalistischen Ansatz in der Gesundheitsförderung abwendet (Altgeld 2014)

- Etablierung strukturierter Prozesse zur Konsultation von Akteur:innen, um evidenzbasierte Handlungsempfehlungen unter Nutzung aller relevanter Entscheidungskriterien gemeinsam zu erarbeiten (Stratil et al. 2020)
- Stärkung von Managementkompetenzen im Bereich der Öffentlichen Gesundheit, verbunden mit den Fähigkeiten zur Gestaltung von Planungsprozessen und Strategieentwicklung, um auf Basis einer systematischen Sichtung, Bewertung und Aufbereitung aller zur Verfügung stehenden Informationen Unsicherheiten abzuwägen (Gigerenzer und Kober 2020)

Viel wird davon abhängen, wie die Umsetzung des Paktes für den ÖGD erfolgt, wie viel Zeit und vor allen Dingen Mut dafür zum Einsatz kommt. Neben den vielen kleinen intrinsischen Notwendigkeiten ist dies maßgeblich bestimmend für die Zukunft des ÖGD.

Perspektiven: Quo vadis ÖGD?

Fünf Punkte werden essenziell für die Zukunft des ÖGD:

1. Die Wahrnehmung der (kommunalen) Steuerung und Koordination durch den ÖGD darf nicht nur dann gefragt sein, wenn es um Krisenmanagement oder neue Herausforderungen geht. Der ÖGD hat mehrfach bewiesen, dass er unter schwierigsten Bedingungen in der Lage ist, diese Aufgabe zu erfüllen. Durch seine Position als größter Public Health-Akteur in Deutschland, seine Niedrigschwelligkeit und aufgrund der Aufgabenvielfalt und bereits vorhandenen Vernetzung innerhalb der Kommune eignet sich der ÖGD hervorragend für diese Aufgabe (Szagun et al. 2016). Um diese wirkungsvoll ausüben und neben bereits vorhandenen rechtlichen Möglichkeiten (Stellungnahmeverfahren) auch Instrumente wie die Gesundheitsfolgenabschätzung einsetzen zu können, ist eine Schärfung des Kompetenzprofils im Sinne von Public Health Management und Policy unbedingt angezeigt (Arnold und Starke under review). Das Anforderungsprofil bewegt sich im Spannungsfeld von Wissenschaft, Politik, Medien und Öffentlichkeit. Bestenfalls fungiert der ÖGD dabei als Mittler zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen, politisch Handelnden und Bürger:innen.
2. Globalisierung, Klimakrise, Migration sind nur einige der Herausforderungen, die wechselseitig miteinander zusammenhängen und eine direkte Auswirkung auf die

Gesundheit haben. Der Health-in-all-Policies-Ansatz muss daher auf allen Ebenen Deutschlands implementiert werden (Arnold et al. 2020b; Geene et al. 2020), da die Herausforderungen nicht allein von den Gesundheitsressorts gemeistert werden können. Hier ist die Vernetzung interner und externer Stakeholder auf allen Ebenen ebenso wie ein Zusammenspiel auf internationaler Ebene unabdingbar. Hierfür ist die Schaffung ressortübergreifender Gremien für eine evidenzbasierte Planung und Koordination essenziell. Erste vielversprechende Ansätze zeigen sich in der Arbeit von Krisenstäben oder Gesundheitskonferenzen.

3. Selbst wenn wir hier – lagebedingt – an der einen oder anderen Stelle immer wieder den Bezug zu der SARS-CoV-2-Pandemie hergestellt haben: Der ÖGD darf keinesfalls – weder von innen noch von außen – ausschließlich als Infektionsschutz-Experte angesehen werden. Er hat vielfältigste Aufgaben, die eine hohe fachliche Kompetenz verlangen, was entsprechende Strukturen benötigt. Ein gutes Beispiel liefert die Bildung sogenannter Schwerpunkttämter in Baden-Württemberg, wie bereits weiter oben beschrieben. Durch die Bündelung von Aufgaben in einigen wenigen Ämtern werden andernorts Kapazitäten frei, die sich vertiefend komplexeren Managementaufgaben widmen können. Eine ähnliche Bündelung relevanter Fachexpertise ließe sich auch in Form von interkommunaler Zusammenarbeit beispielsweise bei der Gesundheitsberichterstattung und -planung realisieren.
4. Die Forderung, den ÖGD über das Krisenmanagement und den Infektionsschutz hinaus wahrzunehmen, bezieht sich auch auf die Digitalisierung. Dies muss alle Bereiche mit einbeziehen und Möglichkeiten des Austauschs und gemeinsame Plattformen der Gesundheitsämter schaffen. Dies gilt sowohl für die ÖGD-internen und originären Aufgabenbereiche des ÖGD (beispielsweise im Rahmen von Austauschmöglichkeiten im KJDG oder auch der GBE) als auch für die ressortübergreifende Zusammenarbeit mit angrenzenden Fachbereichen (beispielsweise Umwelt und Soziales). Dabei muss die Wahrung des Datenschutzes und der Privatsphäre gewährleistet werden.
5. Die sozialkompensatorische Funktion des ÖGD, das heißt sein konsequenter Einsatz für faire Gesundheitschancen für alle, muss in allen Aufgabenbereichen führendes Handlungsprinzip sein, vom Ausbruchmanagement im Sinne von Pandemic Preparedness, in welchem dieser Ansatz bisher gänzlich fehlt und derzeit Gegenstand eines Forschungsprojektes (Hoebel et al.) ist, bis hin zur Mund- und Zahngesundheit

aller, von Kindern und Jugendlichen (zm-online 2018) und Menschen in Pflegeheimen (Krömer 2018). Gleichzeitig ist zur Vermeidung einer Stigmatisierung sogenannter „vulnerabler“ Gruppen der von Michael Marmot vorgeschlagene Ansatz des „proportionate universalism“ zu verfolgen. Gemeint ist hier eine Gesundheitsförderung für alle, jedoch proportional zu den Bedürfnissen, um damit auch einen Beitrag zur Verminderung des sozialen Gradienten (linearer Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status und Gesundheit) zu leisten (Carey et al. 2015).

Fazit

Im Sinne der Sorge für die Gesundheit aller muss der ÖGD in seiner steuernden und integrierenden Rolle auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene essenziell gestärkt werden. Die Sicherstellung der staatlichen Daseinsfürsorge setzt eine umfassende Politikberatung, die Integration professioneller Gesundheitsfolgenabschätzungen bei der Planung und Bewertung sämtlicher Maßnahmen sowie eine fest etablierte, integrierte (Gesundheits-)Berichterstattung und Planung voraus.

Dazu gehört die verpflichtende und finanziell abgesicherte Einführung von Gesundheitskonferenzen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, ausgestattet mit einem entsprechenden (politischen) Mandat, welches über das bloße Formulieren von Handlungsempfehlungen hinausgeht. Dazu gehört ebenso die Etablierung eines Berufsbildes „Public Health Management und Policy“ im ÖGD mit dem expliziten Auftrag der Steuerungs- und Koordinierungsfunktion sowie der Implementierung von Health in all Policies als leitendes Handlungsprinzip auf kommunaler, Landes- und Bundesebene. Damit Letzteres gelingen kann, sind diese Positionen als Stabstellen mit entsprechenden Befugnissen ausgestattet, auf Dezernats- beziehungsweise ministerieller Ebene zu verankern.

Schließlich ist eine wissenschaftliche Infrastruktur für die (angewandte) ÖGD- und Public Health-Forschung zu schaffen, um den Wissenstransfer zwischen Praxis und Wissenschaft in beide Richtungen sicherzustellen.

Mit dem von der Bundesregierung initiierten Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist ein erster Schritt in die richtige Richtung getan. Entscheidend wird jedoch seine Ausgestaltung sein, verbunden mit der Frage, ob zum gegenwärtigen Zeitpunkt alle Beteiligten in der Lage sind, sich von dem akuten Geschehen zu lösen und die dringend notwendigen langfristigen Perspektiven aller Bereiche des ÖGD in den Blick zu nehmen.

Literatur

Das Literaturverzeichnis kann bei den Autorinnen angefragt werden beziehungsweise kann unter diesem QR-Code auf der Homepage des bifg heruntergeladen werden:

