

# Lernen aus der Corona-Pandemie – den Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken

## Memorandum

eines Zusammenschlusses international erfahrener Seniorfachkräfte im Gesundheitsbereich

Stand 22.5.2020,

Kontakt: [aerzte-fuer-den-oegd@mailbox.org](mailto:aerzte-fuer-den-oegd@mailbox.org)

- Öffentliche Gesundheitsdienste auf Grundlage einer Überprüfung des Mandats und der Aufgabenstellung stärken
- Wissen und Fähigkeiten im Bereich Epidemiologie und ‚Public Health‘ fördern
- Die Pandemie-Gefährdungen sowie den Nutzen von und die Gefährdung durch Kontrollmaßnahmen umfassend wissenschaftlich bewerten
- Verständliche Kommunikation im Bereich Epidemiologie und ‚Public Health‘ für die Bürger sicherstellen
- Internationale und lokale Erfahrungen nutzen und aktionsorientierte Studien zu möglichen Verbesserungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes durchführen
- Unterstützung ärmerer Länder sicherstellen
- International zusammenarbeiten, insbesondere im Rahmen der Europäischen Union (EU) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

1. Viele der AutorInnen dieses Memorandums haben selbst Infektionsausbrüche bei ihrer Arbeit im internationalen Kontext erlebt und aktiv an ihrer Bekämpfung teilgenommen. Wir haben dabei hautnah erlebt, wie wichtig gute Labordiagnostik, wirkungsvolle Medikamente und Impfstoffe, und ein systemischer Ansatz auf der Grundlage einer guten Kenntnis des Erregers und der betroffenen Bevölkerung für eine erfolgreiche Prävention und Behandlung der hervorgerufenen Krankheiten und Komplikationen sind. Genauso wichtig war aber auch das lokale epidemiologische Team des öffentlichen Gesundheitsdienstes, das den Ausbruch erkennt und dokumentiert, Fallzahlen und Schweregrade feststellt, Infektionsketten beschreibt, die Informationen weiterleitet, erste Kontrollmaßnahmen durchführt, die notwendige Unterstützung spezialisierter Teams auf regionaler oder nationaler Ebene anfordert und Daten liefert um die epidemiologisch relevanten Kennzahlen des Ausbruchs zu erheben.

2. Die Erkenntnis der Wichtigkeit dieser Institution des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist keineswegs neu, und ihre besondere Bedeutung wurde deswegen auch schon im Zusammenhang mit der Kontrolle der SARS- (*severe acute respiratory syndrome*), Ebola-, MERS- (*Middle East respiratory syndrome*) und Influenzaausbrüche der letzten Jahre immer wieder von den zuständigen internationalen Organisationen (WHO, European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC) und einschlägigen Experten betont, ebenso wie ihre Wichtigkeit in zukünftigen zu erwartenden Krankheitsausbrüchen. Dennoch finden die lokalen Teams des öffentlichen Gesundheitsdienstes – als integraler Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsversorgung – in der politischen Debatte, in der Aufgabenzuweisung und in der Zuteilung von Ressourcen oft nicht die Berücksichtigung, Anerkennung und Unterstützung, die sie benötigen. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Weil sie zu weit entfernt von den Entscheidungszentren sind, weil ihre Dienstleistung zu wenig produkt- und damit umsatzrelevant ist, weil ihnen der Glanz der klinischen Spitzenmedizin fehlt, weil ihre Aufgabenstellung weder der Bevölkerung noch den politischen Entscheidungsträgern ausreichend klar ist, weil sich die Akteure selbst mit dem Trott des Amtsschimmels abgefunden haben, und vielleicht auch weil eine politische Orientierung, die starke öffentliche Institutionen für weniger relevant hielt und glaubte, fast alles den freien Marktakteuren überlassen zu können, in den letzten Jahrzehnten sehr dominant war. – Die lokalen Strukturen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland sind eingebettet in die Strukturen lokaler demokratischer Machtausübung. Die Effektivität, Vertrauenswürdigkeit und Fähigkeit zur bürgernahen Dienstleistung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst ist deshalb von großer Bedeutung für das Vertrauen der Bürger in den Staat insgesamt.
  
3. Aus unserer Erfahrung heraus weisen wir ausdrücklich auf das große Potenzial öffentlicher Gesundheitsdienste hin, und auf die besondere Bedeutung, die epidemiologischem und ‚Public-Health‘-Sachverstand auf lokaler und national-strategischer Ebene zukommt. Die durch die lokalen epidemiologischen Teams des öffentlichen Gesundheitsdienstes durchgeführte Fallidentifizierung, Kontaktaufsuche und Verlaufsverfolgung generiert per se schon eine Menge Daten, die, einheitlich erhoben, zentral zusammengeführt und ausgewertet, bereits wesentliche Informationen über Infektionsketten und Kenndaten der Epidemiologie eines Ausbruches liefern können. Eine besondere Herausforderung dürfte hierbei das Spannungsfeld zwischen den hoheitlichen (sanitäts-polizeilichen) Aufgaben einerseits und dem epidemiologisch-investigativen Erkenntnisinteresse andererseits darstellen. In der Organisation der Ausbruchsbekämpfung kommt die Schwierigkeit hinzu, eine effektive und effiziente Organisationsstruktur vorzuhalten, die nur periodisch in voller Breite benötigt wird, und gleichzeitig die vielfältigen staatlichen wie frei-gemeinnützigen und privaten Akteure einzubinden und zu koordinieren. Unser Eindruck ist,

dass die öffentlichen Gesundheitsdienste hier bereits enormes geleistet haben, und im Rahmen ihrer Möglichkeiten viel zur Reduktion der Infektionen beigetragen haben. Wir begrüßen, dass dies in den letzten Wochen auch zunehmend in der Öffentlichkeit gewürdigt wird.

4. Wir verstehen unseren Beitrag als Ergänzung zur gerade stattfindenden und sich differenzierenden Debatte in der Fachöffentlichkeit und im politischen Raum, um zwei besondere Aspekte einer angemessenen Antwort auf die Herausforderungen der Corona-Pandemie herauszuheben: Die Stärkung von Epidemiologie und ‚Public Health‘ als strategische Disziplinen, und die herausragende Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Diese zu stärken sollte ein zentrales Element sowohl in der Gestaltung und Durchführung des Ausstiegs aus dem ‚Shutdown‘ als auch zur frühen Erkennung und Begrenzung zukünftiger Pandemien sein. Die internationalen Erfahrungen auf dem Gebiet der Organisation und Finanzierung öffentlicher Gesundheitsdienste (insbesondere die viel zitierten Beispiele wie Taiwan, Süd-korea oder Hongkong) haben die Wichtigkeit dieses Bereiches eindrucksvoll demonstriert, und sollten Anlass zu einem vertiefenden internationalen Austausch zu Aufgabenstellung, Organisation, Ausstattung und Finanzierung öffentlicher Gesundheitsdienste sein. In unserem eigenen Land können die erheblichen Leistungen sowie die spontan etablierten lokalen Organisations- und Managementenerfahrungen der knapp 400 deutschen Gesundheitsämter während der Corona-Krise eine gute Grundlage bieten für die Erarbeitung langfristiger praxisorientierter Maßnahmen zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

5. Wir schlagen deshalb vor, **folgende Maßnahmen prioritär zu berücksichtigen:**

- a) Die **öffentlichen Gesundheitsdienste müssen kurzfristig und langfristig gestärkt werden.**  
*Kurzfristig*, damit sie lokales Wiederaufflammen der Infektion erkennen, dokumentieren und bekämpfen können, und damit sie in der Lage sind, Institutionen, insbesondere Altenheime sowie besondere Risikogruppen, bei der Entwicklung von effektiven Konzepten und Maßnahmen der Vorbeugung von Erregereintragung zu unterstützen. Dazu müssen sie finanziell und personell gestärkt und mit den entsprechenden wissenschaftlich begründeten und praktisch umsetzbaren Standardinstruktionen versehen werden. *Langfristig*, damit sie in der Lage sind, zukünftige Ausbrüche frühzeitig zu erkennen, zu dokumentieren, Informationen und Daten in zentrale EDV-basierte Systeme einzuspeichern und lokal zu bekämpfen. Auf der Grundlage einer Überprüfung des Mandats und der Aufgabenstellung, sowie einer partizipativen Analyse der Aufbau- und Ablauforganisation sollte eine umfangreiche Stärkung der epidemiologischen Kapazität und Reaktionsfähigkeit der lokalen öffentlichen Gesundheitsdienste in Angriff genommen werden. Die

Aufarbeitung der Geschichte des öffentlichen Gesundheitsdienstes gerade in Deutschland sollte dabei auch eine besondere Berücksichtigung erfahren.

- b) **Epidemiologisches und ‚Public-Health‘-Knowhow** gehören genauso zur Ausbruchsbekämpfung wie Virologie, Infektiologie, Versorgungsforschung, Allgemeinmedizin, Immunologie, Demographie, Pflegewissenschaft, Logistik, Ökonomie, und andere relevante Disziplinen der Sozialwissenschaften, sowie die Berücksichtigung der psychologischen und psychiatrischen Dimension. *Kurzfristig* sollten die vorhandenen Kapazitäten in diesem Bereich systematischer in Diskussions-, Beratungs- und Entscheidungsprozesse eingebunden werden, auf lokaler Aktionsebene wie auf nationaler strategischer Ebene. *Langfristig* sollte eine Kapazitätsanalyse von existierendem ‚Public-Health‘- und Epidemiologie-Knowhow erfolgen, wie dieses praxisorientiert gestärkt werden kann, und welche Mittel dazu eingesetzt werden können. Epidemiologie und ‚Public Health‘ müssen in der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe adäquat berücksichtigt werden – insbesondere auch in der Facharztweiterbildung der Allgemeinärzte, die als Erstkontakte der Bevölkerung eine besondere Rolle spielen. Die Evaluierungen bisheriger Förderprogramme sowie die Möglichkeiten der Vernetzung mit bereits laufenden Konsultationsvorhaben sollten dabei berücksichtigt werden.
- c) **Risikoabschätzung und Risikokommunikation** auf epidemiologisch-wissenschaftlicher Grundlage müssen gestärkt werden, in der Fachwelt, in den Medien, im politischen Diskurs, in den zuständigen Institutionen, und dies in einer Sprache, die es den Bürgern ermöglicht, die Entscheidungen in der Epidemie-Situation zu verstehen und kompetent zu bewerten. Hierzu ist eine kohärente Wissenschaftskommunikation und eine Kommunikationsstrategie erforderlich, die mit evidenzbasierten, belastbaren Daten der wachsenden Flut von ‚Fake News‘ in einer verständlichen Sprache entgegenwirkt. Der gegenwärtige Lernprozess in der Auseinandersetzung mit der Corona-Pandemie zeigt deutlich die Schwierigkeiten, aber auch die Möglichkeiten, die einer solchen Stärkung in einer offenen Gesellschaft innewohnen.
- d) Neben einer adäquaten Einordnung der Gefährdung durch einen bestimmten Erreger ist auch eine umfassende **Bewertung des Gesundheitsnutzens und der Gesundheitsgefährdungen durch die vorgesehenen Kontrollmaßnahmen** erforderlich; *kurzfristig* sind nach Möglichkeit die existierenden Verbindungen zu anderen Diensten hierfür zu verstärken (z.B. innerhalb der Gesundheitsämter zwischen den Abteilungen für Infektionsbekämpfung und dem Kinder- und Jugenddienst, über das Gesundheitsamt hinaus mit den Jugendämtern und Sozialdiensten, sowie anderen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren), *langfristig* sollten Möglichkeiten der weiteren Vernetzung und der verbesserten Einordnung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in

den weiteren institutionellen Rahmen erfolgen (Robert Koch Institut - RKI, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - BZgA, Träger der Krankenversorgung, Träger der Kinder- Jugend- und Sozialhilfe, Betroffenen- und Selbsthilfegruppen, strategische Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Fachärzten für Allgemeinmedizin, etc.).

- e) Die während der Corona-Epidemie gemachten Erfahrungen sollten genutzt werden für **eine umfassende aktionsorientierte Studie zu Rolle und möglichen Verbesserungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes**. Folgende Aufgabenbereiche sollten dabei schwerpunktmäßig untersucht werden:
- i. die epidemiologischen Überwachung inkl. Beobachtung von Infektionsketten, die Zusammenarbeit zwischen RKI und lokalen Gesundheitsämtern, sowie die Vernetzung zwischen dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der Krankenversorgung (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Seniorenheime u.a.), auch durch einen konsequenten Ausbau der Digitalisierung.
  - ii. Verbesserung der Gesundheitsinformation durch eine Zusammenarbeit zwischen RKI, BZgA, und dem Bildungssektor (Kitas, Schulen, Universitäten), sowie zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst, den öffentlich-rechtlichen Medien und der Werbewirtschaft (z.B. während des Ausbruchs durch gut gemachte Spots über evidenzbasiertes Verhalten, gesendet zur ‚Primetime‘)
  - iii. Berücksichtigung aller gesellschaftlichen Gruppen bei der Gestaltung der Kontrollmaßnahmen und beim Monitoring der Gesundheitssituation, z.B. durch innovative Zusammenarbeitsformen zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst einerseits und den Kinder- und Jugendämtern und Sozialbehörden andererseits, insbesondere aber auch durch Einbeziehung von Betroffenenorganisationen, Selbsthilfegruppen und anderen Organisationen, die die Lebenswelt und die besonderen Probleme aller Zielgruppen erfassen helfen (s. z.B. die positiven Erfahrungen in der Bekämpfung der HIV-Epidemie), unter besonderer Berücksichtigung vulnerabler Gruppen mit oft geringem Zugang zu existierenden Dienstangeboten.
  - iv. Beschreibung der erforderlichen Anpassung von Aufgabenstellungen, Regelungen und institutionellem und organisatorischem Aufbau, sowie Erhebung der nötigen finanziellen und personellen Ressourcen, um die bisherigen und die neu definierten Aufgabenbereiche des öffentlichen Gesundheitsdienstes ausreichend abzudecken.

- f) Die Corona-Pandemie hat noch einmal deutlich gemacht, dass ein Grad der globalen Vernetzung erreicht ist, bei dem eine von Mensch zu Mensch übertragbare Infektion innerhalb weniger Wochen alle Länder betreffen kann. Deshalb ist die Unterstützung von Ländern mit sehr begrenzten Ressourcen nicht nur eine Frage der globalen Solidarität und der Umsetzung bereits getroffener internationaler Vereinbarungen, sondern auch ein Akt aufgeklärten Eigennutzes. Die Förderung basis-orientierter umfassender und resilienter Gesundheitsdienste insbesondere in ärmeren Ländern muss deshalb mit großer Entschiedenheit vorangetrieben werden.
- Die Wichtigkeit internationaler Zusammenarbeit, der UN-Organisationen und einer starken WHO und die Existenz der vorher beschriebenen lokalen **öffentlichen Gesundheitsdienste** und ihrer strategischen Anleitung durch qualifizierte nationale Gesundheitsinstitute **in allen Ländern** ist in der Corona-Pandemie erneut deutlich geworden. Eine Verstärkung der europäischen und internationalen Zusammenarbeit zwischen den öffentlichen Gesundheitsdiensten, vermittelt durch existierende Institutionen wie WHO und EU, ist weiterhin dringlich. Weder diese internationale Zusammenarbeit noch die Unterstützung ärmerer Länder dürfen deshalb den mittelfristig zu erwartenden Sparzwängen zum Opfer fallen.

#### **LISTE DER UNTERZEICHNENDEN (Stand 20.5.2020)**

- Assia **Brandrup-Lukanow**, Dr.med Dipl. Psych., Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen, MSc Klinische Tropenmedizin. Seniorberaterin, Europäisches Regionalbüro der WHO
- Walter **Bruchhausen**, Univ.-Prof. Dr. med. M.Phil., Dipl.-Theol., Einsätze im Distriktgesundheitswesen von Ruanda und Ost-Kongo, langjährige Forschungen zur Entwicklung von Gesundheitswesen und Öffentlicher Gesundheit in Deutschland und Ostafrika, Dozent in verschiedenen Public Health-Studiengängen, Leiter der Sektion Global Health am Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit des Universitätsklinikums Bonn und des Masterstudiengangs Global Health – Risk Management and Hygiene Policies
- Christoph **Bunge**, Dr. biol. hom., Gesundheitsinformatiker, Master of Public Health Johns Hopkins University, tätig in der internationalen Zusammenarbeit (GTZ/GIZ, WHO, KFW, BMGF). Langzeiteinsätze in der Entwicklung von Gesundheitsinformationssystemen u.a. in Peru, Kamerun, Indonesien, Tadschikistan, Belize und WHO Genf
- Elisabeth **Holder-Koob**, Ärztin, Entwicklungshelferin des DED in Burkina Faso von 1991 bis 1994; Ärztin im Öffentlichen Gesundheitsdienst Berlin 2005 bis 2013, seitdem Ärztin im Giftnotruf Berlin der Charité

- Helmut **Jäger**, Dr. med., Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Langzeiteinsätze in Tansania und Kongo (Forschung zur HIV-Pandemie in Afrika), von 1990-2016 im Bereich Public Health tätig (u.a. Leitung des Fachreferates Gesundheit des DED, Leitung einer AG des BMG zur Novellierung des BSeuchG zum IfSG, Leitung des Referates Infektionsschutz der Hamburger Gesundheitsbehörde)
- Barbara **Kloss-Quiroga**, Dr. Med., Fachärztin für Anästhesie und Intensivmedizin, MPH, MSc Gender und Diversity Kompetenz; 1979-1988 Gesundheitsministerium Nicaragua, Teilnahme an Gesundheitskampagnen zu Dengue und Aufbau der Ausbildung von Anästhesiepflegekräften, 1988-2013 tätig in der Internationalen Zusammenarbeit in Afrika, Asien, Lateinamerika zu Themen von Primary Health Care, HIV/AIDS Prävention, Gesundheitssystemorganisation, Soziale Sicherung, Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte
- Ulrich **Knobloch**, Dr.med., Internist, MPH (Johns Hopkins), bis 1981 Universitätsklinik Heidelberg, von 1982 bis 2011 bei der GTZ/GIZ, Langzeiteinsätze im Südsudan, Kolumbien, Marokko, mit Inhalten wie Primary Health Care, Systementwicklung, Qualitätsmanagement, Urban Health und Health Promotion, Disease Control
- Eberhard **Koob**, Arzt, MPH, seit 1984 tätig in der internationalen Zusammenarbeit (DED, GIZ, KfW, unabhängiger Gutachter); Langzeiteinsätze in Ruanda, Burkina Faso, Jemen, Tschad, Guinea, Kamerun, Sierra Leone, Schwerpunkte Gesundheitssystementwicklung, Gesundheitsfinanzierung, reproduktive Gesundheit sowie Bekämpfung von Infektionskrankheiten wie Masern, Meningitis, Cholera, HIV, Ebola
- Birgit **Niebuhr**, Dr. med., Dipl. Sozialwirtin; sozial-epidemiologische Forschung zu Bilharziose, Ägypten (1980-88); bis 1997 Beratung öffentlicher Gesundheitsdienste (GIZ), u.a. im Bereich HIV/AIDS/reproduktive Gesundheit; seitdem Beraterin Schwerpunkt Organisationsentwicklung
- Cornelius **Oepen**, Dr.med., Arzt, MPH, von 1979 bis 2017 tätig in der internationalen Zusammenarbeit (DED, GIZ); Langzeiteinsätze u.a. in der Vorbeugung von Epidemien in Burkina Faso (Gelbfieber), Guinea (Aids), Mali (Cholera), Togo und Zimbabwe, sowie in der EU-Kommission z.B. Ebola-Krise in Westafrika; und Umsetzung der Internationalen Gesundheitsregeln (IHR) der WHO
- Peter **Przybylski**, Dr. med., Master of International Public Health (Heidelberg), Facharzt für Allgemeinmedizin / Tropenmedizin, Facharzt für Allgemeine Chirurgie
- Thomas M. **Rehle**, Prof. Dr. med., MPH, PhD, Professor of Public Health, University of Cape Town, School of Public Health and Family Medicine; Director and Senior Program Advisor, Human Sciences Research Council, South Africa (2005 – 2016); Associate Director, AIDS Control and Prevention Projects (AIDSCAP and IMPACT), Family Health International, USA (1996-2001); AIDS Koordinator, GTZ (1987-1993)
- Heide **Richter-Airijoki**, Dr. med., Master of Public Health (Harvard), langjährige Regierungsberaterin in der internationalen Zusammenarbeit (GIZ, WHO, Unicef, Europäische Kommission)

- Eleonore **Roth**, Reil/Mosel, GIZ-Ländermanagerin Asien im Ruhestand, Ehrenamtliche Richterin am Sozialgericht Trier, Engagement in „Saar-Lor-Lux-Internationale“ (D, F, B, L)
- Bergis **Schmidt-Ehry**, Dr.med., Arzt, MPH, bis 2013 tätig in der internationalen Zusammenarbeit (GTZ, KfW, DESA, WHO); Langzeiteinsätze in Benin, Niger, Kamerun, Tansania, Schwerpunkte Gesundheitssystem-Entwicklung, Gesundheit-Finanzierung, sowie Bekämpfung von AIDS, Schistosomiasis, Lepra, Cholera, Meningitis etc.
- Angelika **Schrettenbrunner**, Dr.med., Fachärztin Medizinische Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie, MPH, 1986-2013 tätig in der internationalen Zusammenarbeit (u.a. in Peru, Mosambik, Nepal und Tansania: u.a. AIDS-Bekämpfung, Impfkampagnen zur Ausrottung der Polio, Bekämpfung von Ausbrüchen der Cholera und Japanese Encephalitis)
- Walter **Seidel**, Dr.med., Arzt, MPH, bis 2017 tätig in der internationalen Zusammenarbeit (u.a. GTZ und Europäischer Kommission); Langzeiteinsätze in Burkina Faso und Madagaskar, u.a. in der Vorbeugung von Masern-, Meningitis- und Gelbfieberepidemien durch Impfkampagnen, sowie Vor-Ort-Bekämpfung von Ausbrüchen von Cholera und Pest
- Friedeger **Stierle**, Facharzt für Allgemeinmedizin/Tropenmedizin/Ärztl. Qualitätsmanagement; Master of Business Administration; Einsätze in über 30 Ländern (Uni Heidelberg, GIZ, KfW, NGOs, Europarat, Europäische Kommission, UNICEF, WHO); Schwerpunkte Gesundheitssystementwicklung, Gesundheitsfinanzierung und -ökonomie, Qualitätsmanagement
- Mechthild **Wagner**, Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen, Allgemein- und Tropenmedizin, 22 Jahre Hafenärztin im Lande Bremen, Langzeiteinsätze: 1. Zimbabwe, DED Distriktkrankenhaus, 2. in Nigeria ein EC finanziertes Routineimpfprogramm mitaufgebaut, aktuell tätig als medizinische Fachberaterin im Krisenstab Bremerhaven

Kontakt: [aerzte-fuer-den-oegd@mailbox.org](mailto:aerzte-fuer-den-oegd@mailbox.org)