

**Stellungnahme zur öffentlichen Sachverständigenanhörung der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“ am 1.Dezember 2025 zum Thema: „Vorsorge, Krisenpläne und Frühwarnsysteme, Dateninfrastruktur, Risikobewertung und internationale Koordination“**

**Herausforderungen und Aufgaben für die Gesundheitsämter zu Beginn der Corona-Pandemie**

Unmittelbar nach Ausbruch der Corona-Pandemie standen die Gesundheitsämter vor zahlreichen Herausforderungen. Entscheidende Aufgaben in der Anfangsphase waren das Aufspüren von Infektionen und das Eindämmen der Verbreitung der Pandemie. Neben der Anordnung und Durchsetzung von Quarantäne-Vorschriften machte daher die Kontaktpersonennachverfolgung einen zentralen Bereich der Aufgaben der Gesundheitsämter aus. Der Infektionsschutz in Gesundheitseinrichtungen, die Schließung von öffentlichen Einrichtungen sowie von Kitas und Schulen und Betrieben können als weitere Stichworte genannt werden. Die zu Pandemiebeginn bestehenden Pandemiepläne richteten aus heutiger Sicht ihren Blickwinkel insbesondere auf Influenza.

Die Leitungen der Gesundheitsämter und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren zu Beginn und im weiteren Verlauf der Corona-Pandemie in erheblichem Umfang damit beschäftigt, die Öffentlichkeit vor Ort über die Gefahren und aus damaliger Sicht erforderlichen Maßnahmen zu informieren. Die auf ehrenamtlicher Basis tätigen Vorsitzenden und Vorstandmitglieder des BVÖGD und seiner Landesverbände haben durch ihre Präsenz in den Medien maßgeblich zur bundesweiten Aufklärung der Bevölkerung über die medizinischen Risiken der Pandemie und die Notwendigkeit der getroffenen Maßnahmen beigetragen.

**Begrenzte personelle Ressourcen**

Ressourcen und Expertise der Gesundheitsämter waren zu Beginn der Pandemie daher die entscheidenden Faktoren. Es bestand nur bedingt direkt nutzbare praktische Erfahrung mit vorherigen Ausbrüchen von Infektionskrankheiten. Die Personaldecke in zahlreichen Gesundheitsämtern war durch unbesetzte oder in den Vorjahren gestrichene und gekürzte Stellen ausgedünnt.

Unterstützung erhielten die Gesundheitsämter nach den ersten Monaten durch externes Personal (medizinischer Dienst, Bundeswehr, andere Bereiche der Kommunalverwaltung sowie Medizinstudierende, die über den BVÖGD vermittelt wurden). Die Organisation dieser Unterstützung einschließlich deren Einarbeitung und Schulung stellte eine große Her-

ausforderung dar. Vor Ort im eigenen Amt war die Personalakquise durch den direkten Zugriff auf Personal des Jugendamtes als Leitung für beide Ämter erleichtert, es bestand keine hinderliche Verwaltungsschnittstelle.

### **Defizite im Bereich der Digitalisierung**

Im Bereich der Digitalisierung gab es verschiedene Softwarelösungen, die in den einzelnen Gesundheitsämtern eingesetzt wurden. Eine landes- oder gar bundesweit einheitliche Anwendung stand nicht verlässlich in erforderlicher Qualität zur Verfügung, so dass die Erfassung und Weiterleitung der Infektionszahlen und Hintergründe nicht reibungslos möglich waren. Die bestehenden Vorgaben des Datenschutzes schränkten die Möglichkeiten der Kontaktpersonennachverfolgung ein, immer wieder lagen bei der Erfassung keine eindeutigen personenbezogenen Kontaktdaten vor.

Wenn die Gesundheitsämter hier die erforderlichen Daten nicht verfügbar haben, dann sind sie gezwungen, früher vom Ansatz der individuellen Eindämmung zu einem globalen Ansatz mit allgemeinen Maßnahmen zu wechseln. Dabei stellt der Ansatz der individuellen Eindämmung grundsätzlich das mildeste Mittel i.S. der Verhältnismäßigkeit (im Gegensatz zu allg. Maßnahmen bis hin zur Ausgangssperre) dar. Daher ist es wichtig, diesen so gut und lange als möglich beizubehalten. Es scheint, dass diese individuellen Maßnahmen aufgrund der o.g. Einschränkungen bei digitaler Technik und Personal sowie wegen Limitierungen durch bestehende Regelungen und Vorgaben des Datenschutzes zu früh an Grenzen gestoßen sind.

Zu Beginn der Pandemie gab es keine strukturierten Instrumente zur Beurteilung der Auslastung der ambulanten bzw. stationären medizinischen Versorgung. Instrumente wurden im Verlauf entwickelt in der praktischen Situation, hier braucht es perspektivisch eine kritische Betrachtung bestehender oder ggf. noch optimierbarer rechtlicher Regelungen.

### **Organisation von Test- und Impfzentren**

Aufbau und Überwachung von Testzentren, Einbindung und Koordinierung in Abstimmung mit niedergelassenen Ärzten und Apothekern, später nach der Zulassung von Impfstoffen Organisation von Impfkampagnen in Impfzentren, Abstimmung mit den Akteuren im niedergelassenen Bereich einschließlich Priorisierung und dem besonderen Schutz von medizinischem Personal und vulnerabler Gruppen sind weitere Stichworte, die bei den Aufgaben der Gesundheitsämter genannt werden können.

Bei den Impfzentren war die Datenlage unzulänglich über Kreisgrenzen. Die jeweils über die Länder organisierte Terminbuchung (teilweise mit unterschiedlichen Regelungen, bspw. ob Personen aus einem anderen Bundesland zur Impfung zugelassen werden) für die Impfzentren lief problematisch und war technisch oftmals anfällig. Starre Impfpriorisierung hat insbesondere zu Beginn den Kommunen oftmals nicht die Freiheit gegeben, sich

auch auf Hotspots mit vielen Corona-Neuinfektionen bzw. Quartiere mit sozialen Herausforderungen und/oder schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen zu fokussieren. Impfpriorisierungen, die sich nicht nach einfach nachvollziehbaren Parametern (bspw. Alter, Berufsgruppe) gerichtet haben (z.B. Kontaktperson zur Schwangeren, Pflegebedürftigen), ließen sich faktisch vor Ort in den Impfzentren nicht prüfen.

### **Paradigmenwechsel durch „Pakt für den ÖGD“**

Vorsorge, Krisenpläne und Frühwarnsysteme, Dateninfrastruktur, Risikobewertung und internationale Koordination stehen als zentrale Bereiche im Mittelpunkt der heutigen Sachverständigen-Anhörung. Dabei möchte ich den Focus auf organisatorisch-systemische Vorsorge richten, die individuelle Vorsorge soll nicht prioritär angesprochen werden. Der aus Sicht der Gesundheitsämter und des BVÖGD zentrale Schritt für die Vorsorge und den Gesundheitsschutz der Bevölkerung war die Vereinbarung des „Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ durch Bund und Länder im September 2020 und dessen konsequente Umsetzung. Hier können sowohl aus meiner Sicht als Amtsleiter als auch als BVÖGD-Vorsitzender positive Erfahrungen dargestellt werden. Der Pakt für den ÖGD hat in den Jahren 2020 bis 2025 maßgeblich dazu beigetragen, den ÖGD personell deutlich besser aufzustellen, eine personelle Stärkung zu realisieren. Gleichzeitig konnten wesentliche Entwicklungsschritte gegangen werden, um die digitale Modernisierung entscheidend voranzubringen. Verschiedene digitale Lösungen stehen weitgehend einsatzbereit zur Verfügung, hier wird sich in der Praxisanwendung kurzfristig zeigen, ob damit flächendeckend in einzelnen Bundesländern oder idealerweise länderübergreifend wesentliche Fortschritte in der Digitalisierung im ÖGD erzielt werden können. Aktuelle Entwicklungen der Zusammenarbeit von Bundesländern stimmen hoffnungsvoll. Als weitere zentrale Maßnahme soll an dieser Stelle die Implementierung des digitalen Impfausweises mit verpflichtender Anwendung genannt werden. Dieser muss aus fachlicher Sicht anonymisiert, ggf. auch pseudonymisiert zur Herstellung von Datenverknüpfungsmöglichkeiten (s. das geplante Medizinregistergesetz) auswertbar für mehrere Impfungen sein und gleichzeitig einen Abgleich für verschiedene Impfstoffe, einschließlich Nebenwirkungen (vgl. Dänemark) ermöglichen.

### **Aus- Fort- und Weiterbildung**

Verbesserungen und Ausweitung der Kapazitäten bei Aus-, Fort- und Weiterbildung im ÖGD tragen ebenso kurz- und mittelfristig zur Vorsorge und zur Verbesserung beim Gesundheitsschutz der Bevölkerung bei. Die Verankerung des Öffentlichen Gesundheitswesens (ÖGW) sowie der Bevölkerungsmedizin an den Universitäten in Kooperation mit Gesundheitsämtern in Forschung und Lehre (Stichwort Lehrstühle, Brückenprofessuren, Praktisches Jahres im letzten Jahr des Medizinstudiums an den Gesundheitsämtern) können in diesem Zusammenhang als wesentliche Voraussetzung für qualifizierte Nachwuchsgewinnung genannt werden.

## **Gesundheitsschutz in Verbindung mit Kinder- und Jugendschutz**

Ein anderer Aspekt der Vorsorge liegt dem Autor dieser Stellungnahme aufgrund seiner Leitungsverantwortung in Gesundheitsamt und Jugendamt für die junge Generation nahe. Während einer Pandemie, insbesondere während eines Lockdowns müssen alle psychosozialen Maßnahmen (Hilfen zur Erziehung präventiver und interventioneller Kinderschutz, ambulante Psychotherapien, Gruppen etc.) für Kinder, Jugendliche und belastete Familien mit größtmöglichem Aufwand funktional gehalten werden. Es sind gerade Kinder und Jugendliche mit vorbestehenden Belastungen, die unter den Lockdowns besonders gelitten haben, bei denen die Pandemie zusätzliche Risikofaktoren beigetragen hat und die zum Teil Monate lang vom Radar der Hilfesysteme verschwunden sind. Wir wussten früh, dass die Pandemie eine erhebliche Belastung für die psychische Gesundheit vieler Kinder und Jugendlicher darstellt. Daher müssen entsprechende Ressourcen zur Nachsorge Teil jeder Vorsorgeplanung werden.

Auch nach Ende der Lockdowns sind Kinder mit bestimmten Vorerkrankungen (oder auch ohne) zum Teil monatelang vom Schulunterricht freigestellt worden, auch nachdem die wissenschaftlichen Daten vorlagen, dass für sie kein erhöhtes Risiko besteht. Hier sollten eindeutige Empfehlungen und Regelungen geschaffen werden, die sicherstellen, dass Schulbefreiungen so kurz wie möglich, so lang wie nötig ausgesprochen und frühzeitig amtsärztlich geprüft werden. Die Nachwirkungen der Pandemie auf gesellschaftliche Teilhabe zahlreicher Kinder sehen wir bis heute, das Wechselspiel zwischen Schuldistanz und chronischen postviralen Verläufen (ME/CFS) ist noch unzureichend verstanden, bietet aber insbesondere im Hinblick auf die gesellschaftliche Teilhabe betroffener Kinder großen Anlass zur Besorgnis.

Rückblickend ist noch einmal deutlicher geworden, welche zentrale Rolle der Schulbesuch insbesondere für Kinder aus Familien mit vorbestehenden psychosozialen Belastungen einnimmt. Dies muss auch für die zukünftige Pandemieplanung in Kosten-Nutzen-Erwägungen einzelner Maßnahmen zur Pandemieeindämmung Berücksichtigung finden. Die Einrichtung einer Notbetreuung während der Lockdowns war in vielen Kommunen Eltern aus sog. "systemrelevanten" Berufen vorbehalten. Hier schließt sich der Kreis: Der Kinderschutz muss insgesamt als systemrelevante gesellschaftliche Aufgabe verstanden werden, so dass auch und insbesondere psychosoziale Belastungsfaktoren als Indikator für eine Notbetreuung gelten müssen.

## **Internationale Koordinierung**

Bzgl. der Stichworte „Frühwarnsystem, Risikobewertung und internationale Koordination“ kann auch auf die Expertise unseres Fachausschusses „Krisenmanagement“ des BVÖGD verwiesen werden. Aus meiner Sicht funktioniert Internationalität bzw. internationale Koordination in der Wissenschaft. In der praktischen Pandemiearbeit sind Abkommen zwischen Nachbarländern auch künftig erforderlich. Hier kam es in der Anfangsphase der Pandemie

zu teils sehr belastenden Einzelschicksalen, wenn Familienangehörige vor dem Lockdown nicht rechtzeitig nach Deutschland zurückkehren konnten und dann längere Zeit im jeweiligen Ausland verbleiben mussten.

Als Fazit kann, festgestellt werden, dass es im Sinn der Vorsorge für künftige Ereignisse, die die öffentliche Gesundheit bedrohen, quantitativ und qualitativ ausreichend aufgestelltes Personal, eine gut umgesetzte Digitalisierungsstrategie sowie rechtliche Rahmensetzung für Datenschutz in den Gesundheitsämtern bzw. im ÖGD insgesamt braucht.

### **Was droht, wenn Personalausstattung und Digitalisierung nicht weitergeführt werden?**

Ob und wie der Pakt für den ÖGD über das Jahr 2026 hinaus fortgeführt wird, ist bislang offen. Der Wortlaut des Koalitionsvertrages vom April 2025 lässt hierzu keine eindeutige Positionierung erkennen: „Wir prüfen, wie wir nach dem Ende des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in gemeinsamer Kraftanstrengung von Bund, Ländern und Kommunen den ÖGD weiterhin unterstützen können“.

Dabei sieht die Vereinbarung ausdrücklich alle drei Ebenen in einer gemeinsamen Verantwortung. Die GMK der Länder hat sich in einem einstimmig beschlossenen Leitantrag im Juni 2025 für eine Fortführung des Paktes über das Jahr 2026 hinaus ausgesprochen. Auch der Deutsche Ärztetag hält eine weitere Unterstützung des ÖGD durch Bund und Länder für dringend geboten. Seitens der Bundesregierung gibt es bislang keine offizielle und öffentliche Positionierung, ob und in welcher Weise den Vereinbarungen des Koalitionsvertrages mit Blick auf eine nachhaltige Stärkung entsprochen werden sollte. Als Vorsitzender des BVÖGD kann ich nur appellieren, dass es hier dringend auch weiterhin gemeinsame Kraftanstrengungen braucht.

Sofern für den ÖGD-Pakt keine adäquate Anschlusslösung gefunden wird, droht angesichts der Altersstruktur vor allem im ärztlichen Bereich eine Rückkehr in die Zeiten vor der Pandemie, als der ÖGD Jahr für Jahr einen Stellenabbau zu verzeichnen hatte. Nach den neuesten Statistiken der Bundesärztekammer (BÄK) sind z.B. bei den berufstätigen Fachärztinnen und Fachärzten für öffentliches Gesundheitswesen Ende 2024 mehr als 40 % älter als 60 Jahre. Damit ist bereits heute erkennbar, dass angesichts dieser kritischen Altersstruktur in den kommenden Jahren ein erheblicher Teil dieser Kolleginnen und Kollegen in den Ruhestand gehen wird. Ohne Paktverlängerung und qualifizierten Nachwuchs besteht die Gefahr, dass die Stellen nicht neu besetzt werden und die Personaldecke in den Gesundheitsämtern trotz der personellen Stärkung durch den Pakt auf Dauer wieder schlechter wird.

## **Bestehende und neue Aufgaben für den ÖGD**

Nach dem Ende der Corona Pandemie konnten sich der ÖGD und damit auch die Gesundheitsämter vor Ort wieder verstärkt den drängenden bevölkerungsmedizinischen Aufgaben zuwenden. Andere wichtige Aufgaben sind neu hinzugekommen. Zu den klassischen Aufgaben zählen die Themen Prävention, gesundheitliche Aufklärung, Beratung und Information der Bevölkerung sowie die lokale und regionale Erfassung von Erkrankungen und Krankheitshäufigkeiten im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung. Der Kinder- und Jugendmedizinische Dienst (KJGD) in den Gesundheitsämtern kümmert sich um die Förderung und Kontrolle der Gesundheit in Kitas und Schulen und wird dabei durch die Zahnmedizinischen Dienste im Rahmen der Zahnärztlichen Gruppenprophylaxe ergänzt. Die Sozialpsychiatrischen Dienste übernehmen die besonderen Aufgaben bei der Betreuung und Versorgung psychisch erkrankter und hilfebedürftiger Personen

Zusätzlich treten aktuell neue Tätigkeitsfelder für den ÖGD wie die Herausforderungen des Klimawandels für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung in den Vordergrund. Im Rahmen des nationalen Hitzeschutzplans sollen bei verstärkt auftretenden Hitzewellen die Bevölkerung und insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen vor den damit verbundenen gesundheitlichen Gefahren geschützt werden. Dabei kommt gerade der kommunalen Ebene und damit den Gesundheitsämtern eine besondere Bedeutung zu, die unweigerlich auch mit neuen und zusätzlichen Aufgaben verbunden ist. Viele Städte und Landkreise haben mittlerweile Hitzeaktionspläne entwickelt und setzen diese um, um die Bevölkerung und vornehmlich ältere und chronisch kranke Menschen sowie andere vulnerable Gruppen vor den gesundheitlich negativen Folgen extremer Temperaturen zu schützen.

Angesichts der veränderten politisch militärischen Sicherheits- und Bedrohungslage werden auch der ÖGD und die Gesundheitsämter vor Ort mit neuen und bislang nicht gekannten Herausforderungen und wesentlichen Aufgaben konfrontiert. Auch hierfür gilt es einen leistungsfähigen Öffentlichen Gesundheitsdienst zu erhalten bzw. gezielt noch zu stärken.

Andere Überlegungen beziehen sich auf eine stärkere Beteiligung des ÖGD und seiner Gesundheitsberichterstattung bei der ambulanten und stationären Versorgungsplanung. Auch hier spielt der vorgenannte Fachkräftemangel in der Zukunft ebenso wie die frei von kommerziellen Interessen und gemeinwohlorientierte Aufgabenwahrnehmung des ÖGD gemäß dem Leitbild für einen modernen ÖGD eine entscheidende Rolle. Eine solche Einbeziehung bis ggf. hin zu einer koordinierenden Aufgabenwahrnehmung setzt ebenfalls einen leistungsfähigen ÖGD voraus.

Für weitere Ausführungen vor der Wahl des Autors dieser Stellungnahme zum BVÖGD-Vorsitzenden (vor April 2025) kann ich auch auf die Verbandstätigkeit der ebenfalls zur Anhörung am 1. Dezember 2025 geladenen Sachverständigen Frau Dr. Böhm und Herrn Dr. Nießen verweisen. Auch bislang vorgelegte Berichte, die der Beirat zum Pakt für den ÖGD unter dem Vorsitz von Frau Dr. Böhm (und unter Beteiligung von Herrn Dr. Nießen)



erstellt hat und der die Umsetzung des Pakts bis Ende 2026 begleiten soll, können genannt werden. In diesem Kontext sollte auch der unverzichtbare Erfahrungsaustausch in den Fachausschüssen des BVÖGD und der wissenschaftlichen Fachgesellschaft (DGÖG, Deutsche Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen) sowie auf unseren jährlich stattfindenden wissenschaftlichen Kongressen genannt werden.

Gerne kann zu den vorgenannten Aspekten bei der öffentlichen Anhörung am 01. Dezember 2025 eine ergänzende und vertiefende Erläuterung erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Peter Schäfer  
(Vorsitzender)

Mannheim, den 24.11.2025