

Strukturelle und zukunftsorientierte Weiterentwicklung
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

11. Dezember 2024

Der ÖGD der Zukunft

2. Stellungnahme des Beirates Pakt ÖGD

Zusammenfassung:

Das Gesundheitssystem steht vor zahlreichen gesundheitspolitischen Herausforderungen. Die Erhaltung und Förderung von Gesundheit der Bevölkerung kann aber nicht allein im Gesundheitssystem geleistet werden, sondern erfordert ein koordiniertes Zusammenwirken von Akteurinnen und Akteuren im Bereich der Öffentlichen Gesundheit, im Sozial-, Arbeits-, Planungs-, Verkehrs- und Sicherheitsbereich. Diese Veränderungsprozesse machen deutlich, dass eine regionale Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung aus einem Guss und ein systematischer Gesamt- und Gestaltungsansatz notwendig sind. Kommunale Gesundheitskonferenzen oder vergleichbare Gremien sollten zukünftig unter fachlicher Steuerung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) diesen regionalen Strukturwandel im Versorgungsbereich aktiv gestalten und auch die gesundheitliche Versorgung in Krisenlagen sicherstellen. Dies gelingt nur mit einer Gesundheitsplanung auf der Basis einer integrierten Gesundheitsberichterstattung sowie mit einer strukturellen und rechtlichen Verankerung in allen Gesundheitsdienstgesetzen der Bundesländer. Insgesamt werden in diesem Bericht 14 konkrete Handlungsempfehlungen für einen ÖGD der Zukunft adressiert.

1. PROBLEMBESCHREIBUNG

Im Gesundheitsbereich gibt es zahlreiche gesundheitspolitische Herausforderungen (1). Beispiele dafür sind: demografischer Strukturwandel, chronische Erkrankungen und Multimorbidität, gesundheitliche Risiken aufgrund des Klimawandels, besondere Schadensereignisse mit mittel- und unmittelbaren Gesundheitsgefahren, Fachkräftemangel und Finanzierung des Gesundheitssystems (2). In Deutschland ist – wie auch weltweit – die allgemeine und gesunde Lebenserwartung sozial und regional ungleich verteilt (3). Es wird postuliert, dass Ursachen dieser Unterschiede z. B. das Fehlen präventiver Maßnahmen und eine oftmals unzureichende medizinische Primärversorgung sind (4).

Neben der regional und lokal unterschiedlichen und ggf. unzureichenden Bereitstellung gesundheitlicher Leistungen ist die starke Sektorierung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren Schnittstellen ein Problem, das in einem aktuellen Regierungsgutachten umfassend dargestellt wurde (5). Diese Entwicklung wird auch als wichtiger Grund für die spezifischen gesundheitlichen Über-, Unter- und Fehlversorgungslagen in der Bevölkerung gesehen (6). Zusätzlich verschärft eine investorengetriebene Konzentrierung auf profitabel operierende medizinische Versorgungszentren diese Situation (MVZ) (7), besonders in strukturschwachen Regionen (8).

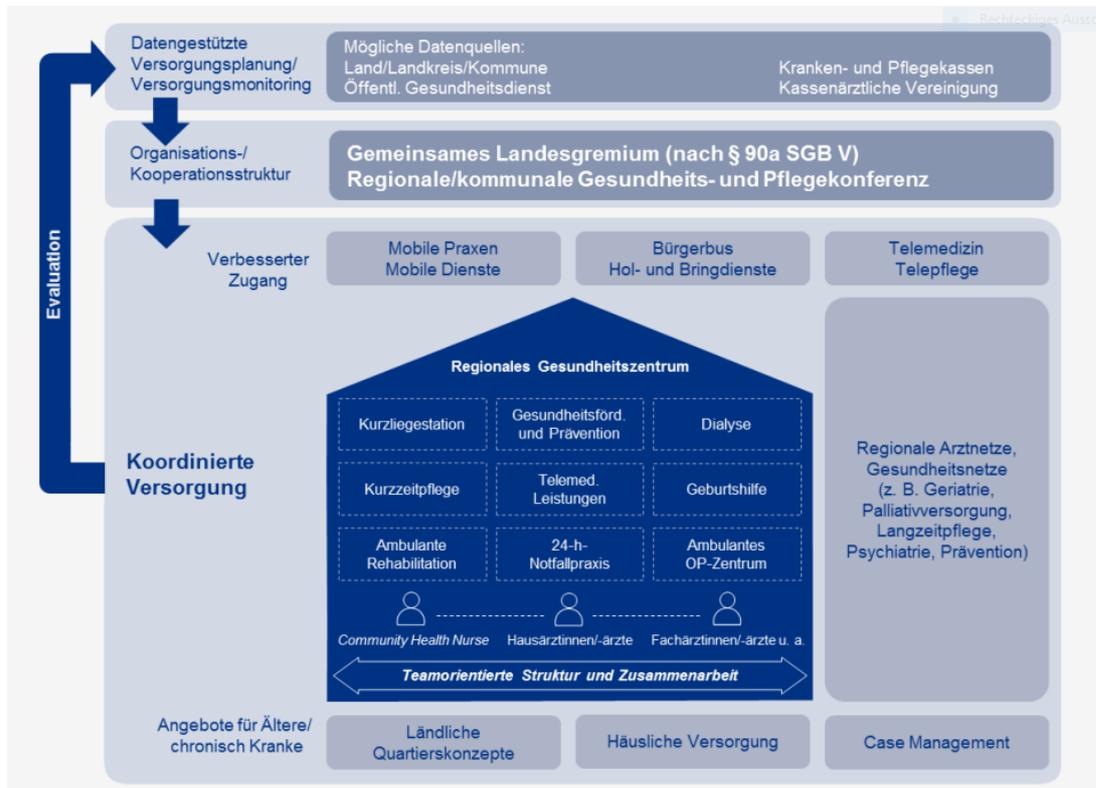
Am Beispiel der Kindergesundheit wird diese Lücke deutlich. Gerade die fachärztliche gesundheitliche Versorgung von Kindern ist durch Unterversorgungslagen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich gekennzeichnet. Zwar liegen in den Gesundheitsämtern mit den flächendeckenden Schuleingangsuntersuchungen umfangreiche Daten vor. Jedoch können diese aktuell u. a. wegen fehlender kompatibler Datenerfassungssysteme nicht umfassend in der weiterführenden gesundheitlichen Versorgung von Kindern genutzt werden. Der ÖGD könnte über eine entsprechende gesetzliche Grundlage steuernd tätig werden und kooperative regionale Lösungswege entwickeln und umsetzen.

2. BISHERIGE ANALYSEN

Bereits in den letzten Jahren ist die Notwendigkeit zur Regionalisierung der Gesundheitsversorgung u. a. auch in Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit und Pflege) (9–11) deutlich geworden. Schon 2014 (9) wurden anlässlich eines wegweisenden Gutachtens klare Ziele für eine bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung vor Ort benannt. Der Sachverständigenrat schlug ein umfassendes Modell einer regional vernetzten gesundheitlichen Versorgung für ländliche Räume vor. Dieses Modell gewährleistet eine koordinierte Versorgung durch lokale Gesundheitszentren sowohl für

die Primär- als auch für die Langzeitversorgung und wurde in den letzten Jahren weiterentwickelt. Im Bericht der Regierungskommission wurde der stationäre Bereich mitberücksichtigt (5).

Abbildung 1 Modell einer vernetzten Versorgung im ländlichen Raum (11)



3. BISHERIGE BUNDESWEITE ROLLE DER GESUNDHEITSÄMTER ALS TEIL DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES IN DER VERSORGUNG

Den Kommunen obliegen zentrale Aufgaben der Daseinsvorsorge. Sie müssen alle damit einhergehenden Dienstleistungen vorhalten. Bereits heute sind die Kommunen u. a. durch den Sicherstellungsauftrag der stationären Versorgung, als Träger von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen und in vielen Fällen durch den ÖGD in Form der Gesundheitsämter subsidiär oder sozialkompensatorisch in die gesundheitliche Versorgung eingebunden (12). Die gesundheitsrelevanten bundesgesetzlichen Regelungen enthalten jedoch nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten für Kommunen und die Gesundheitsämter, entsprechend den bestehenden Bedarfen zu handeln.

Häufig wird von den Gesundheitsämtern eine koordinierende Rolle erwartet, in Ergänzung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung oder Krankenhausplanung. Diese koordinierende Rolle in der Gesundheitsplanung ist in den Gesundheitsdienstgesetzen von 10 der 16 Bundesländer konkret verankert (13). Alle 16 Bundesländer sehen Prävention und Gesundheitsförderung als wesentliche Aufgabenschwerpunkte des ÖGD vor. Zu den aktuellen Aufgaben der Gesundheitsämter zählt auch ein umfassender Überblick über die gesundheitliche Versorgung in ihrer Region. In diesem Zusammenhang werden in vielen Bundesländern Gremien seitens des ÖGD geleitet und moderiert, in denen sämtliche Akteure der Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlichen Versorgung einer Region zusammenkommen, z. B. in kommunalen Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsregionen^{plus} und vergleichbaren Gremien (14).

Neben der bevölkerungsmedizinischen Ausrichtung nimmt der ÖGD subsidiär bereits heute in vielen Fällen individualmedizinische Aufgaben für einzelne Gruppen von Patientinnen und Patienten wahr, wenn diese von keiner anderen Stelle im ambulanten Krankenversorgungssystem Leistungen erhalten (können). Zu diesen Gruppen gehören Menschen ohne Zugang zum regulären medizinischen Versorgungssystem wie beispielsweise Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Vor allem betroffen sind unter ihnen chronisch kranke, behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen und deren Angehörige. Diese subsidiären Leistungen des ÖGD gewinnen vor dem Hintergrund der steigenden Armutsgefährdung breiter Bevölkerungsgruppen zunehmend an Bedeutung.

Dieser zentralen Herausforderung wurde in einigen Bundesländern mit der Einrichtung der o. g. Gremien auf der Grundlage einer Gesundheitsplanung als Instrument des ÖGD Rechnung getragen. Hauptaufgabe dieser Gremien ist, das Gesundheitswesen über den sektorenübergreifenden Austausch aller Gesundheitsakteure bedarfsorientiert, sozial, zugangs- und chancen gerecht weiterzuentwickeln.

BOX 1. INTEGRIERTE GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG

Die integrierte Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist die „verdichtete, ziel- und zielgruppenorientierte Darstellung und beschreibende Bewertung von Daten und Informationen [anhand von Indikatoren], die für die Gesundheit und die soziale Lage der Bevölkerung, das Gesundheitswesen und [...] für die die gesundheitliche und soziale Situation beeinflussenden Lebens- und Umweltbedingungen bedeutsam sind. Sie dient als Planungsgrundlage für die Entwicklung und Durchführung von konkreten Maßnahmen und deren Evaluation“ (§§ 5 und 6 GDG Berlin) (15). Hierdurch werden Politik und Bevölkerung über die gesundheitliche und sozioökonomische Lage im Land und in der Kommune, insbesondere in den Sozialräumen, informiert. Ein regelmäßiges Gesundheitsmonitoring anhand festgelegter Indikatoren und Schwerpunktthemen ermöglicht, Probleme von regionaler, epidemiologischer und sozialstruktureller Bedeutung frühzeitig zu identifizieren, aufzugreifen und zu vertiefen.

Die Basis einer solchen Gesundheitsplanung ist eine umfassende und integrierte regionale Gesundheitsberichterstattung, die es vielerorts noch aufzubauen gilt (siehe Box 1 auf Seite 4).

Im Vergleich der Regelungen der Gesundheitsdienstgesetze der Bundesländer zeigt sich, dass diese Aufgaben in unterschiedlicher Weise wahrgenommen werden. So ist die Gesundheitsberichterstattung in 13 von 16 Bundesländern als Aufgabe des ÖGD gesetzlich verankert, die integrierte Gesundheitsberichterstattung allerdings nur in zwei Bundesländern (Berlin und Bremen). Die Einbeziehung weiterer Daten für die Beurteilung der gesundheitlichen Lage von Bevölkerungsgruppen wie Sozial-, Umwelt- und Stadtplanungsdaten ziehen jedoch acht Bundesländer in Betracht, wobei konkrete Regelungen erst in vier Gesundheitsdienstgesetzen verankert sind.

4. NEUE ROLLE DES ÖGD BEI DER BEDARFSGERECHTEN WEITERENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen wird durch aktuelle gesetzgeberische Maßnahmen versucht, auf Bundesebene zu reagieren. Die beabsichtigten Reformen zielen auf eine Stärkung der Gesundheitsversorgung in den Kommunen ab. Dieser Transformationsprozess im ambulanten und stationären Bereich wird zu einem regional differenzierten Strukturwandel in der Gesundheitsversorgung führen. Der Konzentrationsprozess im stationären Bereich unterstützt die „Ambulantisierung“ – dadurch kommen auf die fachärztlichen Praxen mehr Aufgaben zu. Auf allen Versorgungsebenen unterentwickelt ist derzeit noch die Prävention. Deren Bedeutung wird zunehmend erkannt. Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass Prävention einen Beitrag zur Lösung der aktuellen Herausforderungen leisten wird (16, 17).

Eine regional mitgestaltete integrierte und koordinierte Gesundheitsversorgung wird immer mehr zur Versorgungsnotwendigkeit. Gesundheit muss dabei auf regionaler Ebene sektorenübergreifend und im multidisziplinären Kontext als Querschnittsthema in allen Politikbereichen (im Sinne von „Health in All Policies“) betrachtet werden (18). Unter sektorenübergreifender bzw. sektorenverbindender Versorgung wird die stärkere Vernetzung über den ambulanten, den stationären, den pflegerischen und den rehabilitativen Sektor hinweg verstanden. In einer interprofessionellen Versorgung arbeiten unterschiedliche Professionen und Fachdisziplinen arbeitsteilig zusammen. Im Kern geht es darum, Schnittstellen zwischen den Sektoren einerseits und den Professionen im Gesundheits- und Sozialsystem andererseits zu identifizieren und zu einer stärkeren Verzahnung im Sinne einer patientenorientierten regionalen Versorgung zu kommen.

Auf Kreisebene bieten sich die Gesundheitsämter an, diesen Strukturwandel im Versorgungsbereich koordinierend, aber auch aktiv mitsteuernd innerhalb der vorhandenen Strukturen

(z. B. Kommunale Gesundheitskonferenzen) zu gestalten und zu begleiten, zumal der ÖGD der einzige Akteur ist, der keine sektoralen oder professionsbezogenen Einzelinteressen vertritt und allein der Daseinsvorsorge verpflichtet ist. Die Notwendigkeit einer Steuerungs- und Vernetzungsfunktion des ÖGD ist in den letzten Jahren in unterschiedlichen Stellungnahmen zum Ausdruck gekommen (erster Bericht des Beirates Pakt für den ÖGD, 2021 (19); Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2014, 2018, 2023 (9–11); Leitbild für den ÖGD von 2018 (20)). Die Voraussetzung für eine konsequente Umsetzung dieser Funktionen ist jedoch deren bundes- und landesgesetzliche Verankerung.

Da es bislang keinen systematischen Gestaltungs- und Gesamtansatz für eine regionale Versorgungsstruktur gibt, ist aus Sicht des Beirates eine Gesamtkonzeption für eine zukunftsgerichtete Gesundheitsversorgung aus einem Guss notwendig, die durch die Gesundheitsämter im Rahmen der o. g. Gremien wesentlich mitgestaltet und begleitet wird. Zentrale Eckpunkte einer solchen Konzeption sind der Populationsbezug (Bedarfe der Bevölkerung, partizipatorisches Vorgehen, Zugang auf Kreis- oder Stadtebene), die Optimierung von Versorgungsprozessen, z. B. in der intersektoralen und interprofessionellen Zusammenarbeit, sowie Angebote bedarfsgerechter Leistungsspektren auf hohem Qualitätsniveau. Prävention und Gesundheitsförderung müssen integrale Bestandteile einer solchen Konzeption sein. Voraussetzung hierfür ist aber zukünftig eine flächendeckende effektive Gesundheitsplanung auf der Grundlage der jeweiligen Gesundheitsberichterstattung.

Auch der erste Beiratsbericht (19) fordert, dass die Öffentliche Gesundheit bei der Planung der gesundheitlichen Versorgung und deren finanzieller Ausstattung grundsätzlich und weitaus mehr mitberücksichtigt wird. Um die auch im ÖGD-Leitbild der GMK von 2018 (20) beschriebenen Potentiale zu heben, bedarf es eines starken Mandats des ÖGD zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Ohne einen bundes- und landesgesetzlichen Auftrag ist eine Steuerungsfunktion des ÖGD für die Gesundheitsversorgung vor Ort nicht grundlegend umsetzbar.

Eine weitere Voraussetzung hierfür ist eine enge Einbindung der Gesundheitsämter als Teil des ÖGD bei den anstehenden Reformen.

5. OPERATIONALE VORAUSSETZUNGEN: GERSUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG UND INTEGRIERTE GESUNDHEITSPANUNG FLÄCHENDECKEND IMPLEMENTIEREN

Eine Steuerungs- und Vernetzungsfunktion der Gesundheitsämter, insbesondere auf kommunaler Ebene, ist eine Voraussetzung für eine einheitliche und methodisch fundierte Gesundheitsplanung, die es flächendeckend bislang nicht gibt (siehe Box 2 auf Seite 8).

Zunehmend werden in dem Prozess der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung auch Lücken in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung deutlich, die bereits heute an die Gesundheitsämter herangetragen werden.

Um gemeinsam mit allen relevanten Partnern eine regionale Gesundheitsförderung und Versorgung aus einem Guss gewährleisten zu können, bedarf es innerhalb des ÖGD einer fundierten qualitativen und quantitativen Datenbasis. Aus Sicht des Beirats müssen Gesundheitsämter in der Lage sein, die bereits verfügbaren regionalen Gesundheitsdaten anwendungsorientiert aufzuarbeiten und mit weiteren relevanten Indikatoren zu verknüpfen; dies ist bisher nur eingeschränkt möglich. Zudem sollten die Anschlussfähigkeit und die überregionale Vergleichbarkeit für vorhandene Daten hergestellt und Daten aus anderen Berichterstattungen berücksichtigt werden (integrierte Gesundheitsberichterstattung). Bislang sind die Daten, die in Gesundheitsämtern erhoben und ausgewertet werden, für andere Gesundheitsakteure in der Kommune nicht zugänglich und mit deren Systemen auch nicht kompatibel. Umgekehrt sind Sekundärdaten aus der Gesundheitsversorgung für die Gesundheitsämter bislang kaum nutzbar. Ein Zugang des ÖGD zur Nutzung der Telematikinfrastruktur (TI), der zentralen Plattform für digitale Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen (vgl. § 306 SGB V), ist seit Ende 2022 grundsätzlich möglich. ÖGD-Einrichtungen können sich an die Telematikinfrastruktur anschließen und die TI-Anwendungen für einen schnellen und sicheren Informationstausch nutzen. Dies geschieht derzeit jedoch weder systematisch noch flächendeckend.

BOX 2. ZIELE EINER BUNDESWEITEN FLÄCHENDECKENDEN GESUNDHEITSPANUNG IM ÖGD

Die Gesundheitsplanung ist ein langfristiger, dynamischer und interdisziplinärer Gestaltungs- und Steuerungsprozess auf kommunaler und Landesebene. Sie ist Teil eines integrierten Gesamtplans in der kommunalen Daseinsvorsorge (17) und damit eine Kernaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (21). Auf kommunaler Ebene ist dieser Prozess im Rahmen von Kommunalen Gesundheitskonferenzen oder vergleichbaren Gremien (z. B. den bayerischen Gesundheitsregionen^{plus}) entlang des Public-Health-Action-Cycles zu verstehen (22).

Grundlage der Gesundheitsplanung wiederum ist eine datengestützte integrierte Gesundheitsberichterstattung, die flächendeckend auf einer Bestandsanalyse, Bedarfsermittlung, umfassenden Erhebung und Analyse von Gesundheits-, Umwelt-, Sozial- und Versorgungsdaten basiert. Unter Einbeziehung partizipatorischer Elemente werden ergänzend qualitative Daten zu den Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger hinsichtlich ihres Gesundheitsstandes und ihrer gesundheitlichen Versorgung erhoben.

Auf der Grundlage der identifizierten gesundheitlichen Themen und Herausforderungen werden im Rahmen der Gesundheitsplanung regionale Ziele sowie bedarfsgerechte und evidenzbasierte Maßnahmen für die Bevölkerung vor Ort formuliert und lebensraumorientiert umgesetzt.

Konkrete Handlungsfelder für eine bedarfsgerechte Gesundheitsplanung ergeben sich zum Beispiel aufgrund der demographischen Zusammensetzung der Bevölkerung in einer Region, der regionalen Morbidität, der sozioökonomischen Situation von Bevölkerungsgruppen, der vorhandenen Infrastruktur sowie der gewerblichen Ausrichtung der Region, aber auch durch Belastungen der Umwelt mit gesundheitlichen Auswirkungen im Lebensumfeld.

Ein Gesundheitsmonitoring macht die Umsetzung einer bedarfsgerechten Gesundheitsplanung transparent und unterstützt die datengestützte, qualitative und quantitative Evaluation in allen genannten Handlungsfeldern²². Die Entwicklung und Implementierung eines an Public Health orientierten proaktiven Vorgehens auf Grundlage der regionalen Gesundheitsplanung ist deshalb für die Regionen und damit für den ÖGD eine zentrale Zukunftsaufgabe.

Ziel der Gesundheitsplanung ist die Sicherstellung von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in der Bezugsregion. Dabei finden alle Bürgerinnen und Bürger Berücksichtigung, um lebensweltorientiert gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu ermöglichen.

Die Gesundheitsplanung geschieht durch die Kooperation verschiedener Akteurinnen und Akteure vor Ort und wird im Rahmen von kommunalen Gesundheitskonferenzen oder vergleichbaren Gremien in Landkreisen, kreisfreien Städten, Bezirken oder in vergleichbaren Strukturen wie Aktionsräumen bzw. Quartieren organisiert und umgesetzt.

Die Festlegung der Themen der Gesundheitsplanung und ihre Umsetzung werden kontinuierlich evaluiert und weiterentwickelt.

6. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN UND OPERATIONALE VORSCHLÄGE

Nach Ansicht des Beirates machen die beschriebenen Entwicklungen deutlich, dass der ÖGD zukünftig im Rahmen seiner Zuständigkeit fachliche Standards zur Sicherung von Qualität und Nachhaltigkeit der Leistungen des Gesundheitssystems entwickeln bzw. weiterentwickeln muss. Dies sollte evidenzbasiert und transparent geschehen und auf der Grundlage der im Rahmen integrierter Gesundheitsberichterstattung erhobenen Daten und in Zusammenarbeit mit den Partnern erfolgen.

6.1. Neue Rolle des ÖGD in der gesundheitlichen Versorgung

1. Die gesundheitliche Versorgung der Regionen (einschließlich einer strukturellen Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung) sollte bundesweit aus einem Guss gedacht werden. Eine Gesamtstrategie, die maßgeblich durch den ÖGD auf der Grundlage einer strategisch agierenden vorausschauenden Gesundheitsplanung gesteuert werden sollte, ist notwendig.
2. Der ÖGD sollte deshalb mandatiert werden, zukünftig eine steuernde und koordinierende Rolle einzunehmen. Entsprechende bundes- und landesgesetzliche Rahmenbedingungen sollten möglichst zeitnah geschaffen werden.
3. Der ÖGD sollte in den regional zuständigen Zulassungsausschüssen, die sich bisher paritätisch aus Leistungserbringern und Kostenträgern zusammensetzen, und in den Planungsgremien auf Landesebene vertreten sein. Entsprechende gesetzliche Änderungen, insbesondere das Sozialgesetzbuch betreffend, sind hierfür die Voraussetzung.

6.2. Gesundheitsplanung und integrierte Gesundheitsberichterstattung

4. Eine Gesundheitsplanung auf der Datengrundlage einer integrierten Gesundheitsberichterstattung (unter Anwendung des gesundheitspolitischen Aktionszyklus) sollte als Aufgabe des ÖGD bundesweit in allen Gesundheitsdienstgesetzen verankert werden. Die kommunale Zuständigkeit des ÖGD für die Jugendhilfeplanung ist im Sozialgesetzbuch VIII auf Bundesebene längst etabliert. Analoge Regelungen sind auch für die übrigen Bereiche der Gesundheitsplanung zu empfehlen.
5. Ein Vergleich der Gesundheitsdienstgesetze der Bundesländer zeigt, dass eine Konkretisierung und Vereinheitlichung der Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung erforderlich ist.
6. Deshalb ist ein regionaler Datenraum zu schaffen, in dem Routinedaten aus unterschiedlichen Datenquellen gesammelt sowie vorgehalten werden und als Basis von Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung des ÖGD ausreichend und schnell zur Verfügung gestellt werden können.

7. Die kommunalen Planungsinstrumentarien wie Nahverkehrsplanung, Sozialplanung, Pflegeplanung, Altenhilfeplanung, Jugendhilfeplanung u. v. m. sollen mit der Gesundheitsplanung des ÖGD verknüpft und zu einer sektorenübergreifenden Planung weiterentwickelt werden. Dies geschieht über eine gesetzliche Verankerung.

6.3. Kommunale Gesundheitskonferenzen

8. Kommunale Gesundheitskonferenzen oder vergleichbare Gremien sollten unter fachlicher Steuerung durch den ÖGD in allen Kreisen verpflichtend und als das führende und entscheidende Gesundheitsgremium auf Kreisebene etabliert werden.
9. Eine rechtliche Verankerung dieser Konferenzen benötigt auch eine dauerhafte finanzielle Ausstattung (z. B. Präventionsbudget) und eine rechtlich verbindliche Verankerung der Beschlüsse (Bindungswirkung).
10. Die Etablierung bedarfsgerechter und wirksamer gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen in einer Region ist ebenso Handlungsauftrag für die kommunalen Gesundheitskonferenzen wie die Sicherstellung einer adäquaten bedarfsorientierten Gesundheitsversorgung.

6.4. Anbindung des ÖGD an die Telematikinfrastuktur des Gesundheitswesens und Vereinheitlichung der Fachanwendungen

11. Der ÖGD sollte sich flächendeckend an die Telematikinfrastuktur innerhalb des Gesundheitswesens anbinden. Die strukturellen und finanziellen Voraussetzungen für die Anbindung des ÖGD an die Telematikinfrastuktur sollten dauerhaft gewährleistet sein.
12. Im ÖGD sollten bundesweit einheitliche Fachanwendungen etabliert werden, denn bei modularen digitalen Lösungen ist die Interoperabilität unverzichtbar.
13. Als Basis der integrierten Gesundheitsberichterstattung sollte ein Datenraum aufgebaut werden, in dem umfassend relevante Gesundheits- und Sozialdaten sowie Daten aus dem Arbeits-, Planungs-, Verkehrs- und Sicherheitsbereich gesammelt, aktualisiert und zeitnah für Analysen zur Verfügung gestellt werden.
14. Der ÖGD sollte auf Basis der Fachanwendungen in der Lage sein, alle relevanten internationalen Indikatoren abzubilden.

7. QUELLEN

- (1) Roller G, Reumann T. Zukunft mutig mitgestalten statt Status quo verwalten. In: Klapper B, Cichon I, Hrsg. Neustart!: Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens. 1st ed. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2021. S. 299–305.
- (2) Robert Koch-Institut. Themenschwerpunkt: Regionale Unterschiede; 2024 [Stand: 18.10.2024]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/RegUnterschiede/RegUnterschiede_node.html.
- (3) Tetzlaff F, Sauerberg M, Grigoriev P, Tetzlaff J, Mühlichen M, Baumert J et al. Age-specific and cause-specific mortality contributions to the socioeconomic gap in life expectancy in Germany, 2003–21: an ecological study. *The Lancet Public Health* 2024; 9(5):e295–e305. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00049-5.
- (4) Jasilionis D, van Raalte AA, Klüsener S, Grigoriev P. The underwhelming German life expectancy. *European Journal of Epidemiology* 2023; 38:839–50. doi: 10.1007/s10654-023-00995-5.
- (5) Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems; 2024 [Stand: 16.10.2024]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_10te_Stellungnahme_Ueberwindung_der_Sektorengrenzen.pdf.
- (6) Schang L, Sundmacher L, Grill E. Neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor: ein innovatives Förderkonzept. *Gesundheitswesen* 2020; 82(06):514–9. doi: 10.1055/a-0829-6465.
- (7) Tisch T, Nolting H-D. Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KV Bayern; 2021 [Stand: 16.10.2024]. Verfügbar unter: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27954/e27955/e27963/attr_objs27964/IGES-MVZ-Gutachten-April-2022_ger.pdf.
- (8) Bundesärztekammer. Versorgung in dünn besiedelten Regionen – Teil 1: Problemstellung und Monitoring. *Deutsches Ärzteblatt Online* 2022:1–21. doi: 10.3238/baek_sn_duenn_besiedelt_teil1_2021.
- (9) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche: Gutachten 2014; 2014 [Stand: 16.10.2024]. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf.
- (10) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Gutachten 2018. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2018.
- (11) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen: Gutachten 2023. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2023.

- (12) Deutscher Landkreistag. Ambulante Versorgung sicherstellen: Rolle der Landkreise bei der Gestaltung einer zukunftsfähigen medizinischen Struktur vor Ort; 2018 [Stand: 16.10.2024]. Verfügbar unter:
<https://www.landkreistag.de/images/stories/publikationen/180110%20PosPap%20Ambulante%20Versorgung.pdf>.
- (13) Starke D, Arnold L. Steuerung im Öffentlichen Gesundheitswesen: Koordination im Öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Roller G, Wildner M, Hrsg. Lehrbuch Öffentliche Gesundheit: Grundlagen, Praxis und Perspektiven. 1st ed. Bern: Hogrefe; 2024. S. 231–9.
- (14) Roller G, Firsching M, Ewert T. Gesundheitsplanung und Kommunale Gesundheitskonferenzen. In: Roller G, Wildner M, Hrsg. Lehrbuch Öffentliche Gesundheit: Grundlagen, Praxis und Perspektiven. 1st ed. Bern: Hogrefe; 2024. S. 240–4.
- (15) Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst: GDG; 2006 [Stand: 29.11.2024]. Verfügbar unter: <https://gesetze.berlin.de/bsbe/document/jlr-%C3%96GesDGBEV4IVZ>.
- (16) ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“. 3. Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“: Gesundheit: Ganzheitlich denken, vernetzt handeln; 2024 [Stand: 27.11.2024]. Verfügbar unter:
<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2310120/b1bde757a2f2e4392ddd3b2144b7cf29/2024-09-20-expertinnenrat-stellungnahme-3-data.pdf?download=1>.
- (17) ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“. 4. Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“: Stärkung der Resilienz des Versorgungssystems durch Präventionsmedizin; 2024 [Stand: 27.11.2024]. Verfügbar unter:
<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2310122/199b2113ab2787ddf6da240f257715fc/2024-09-20-expertinnenrat-stellungnahme-4-data.pdf?download=1>.
- (18) Dragano N, Gerhardus A, Kurth B-M, Kurth T, Razum O, Stang A et al. Public Health – mehr Gesundheit für alle: Ziele setzen – Strukturen schaffen – Gesundheit verbessern. Gesundheitswesen 2016; 78(11):686–8. doi: 10.1055/s-0042-116192.
- (19) Beirat zur Beratung Zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. 1. Bericht: Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen; 2021 [Stand: 09.10.2024]. Verfügbar unter:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/2021_10_Erster_Bericht_Beirat_Pakt_OeGD.pdf.
- (20) Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD“. Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst: Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft. Gesundheitswesen 2018; 80(08/09):679–81. doi: 10.1055/a-0664-9349.
- (21) Roller G, Reyer M. Gesundheitsplanung als Kernaufgabe für den ÖGD. Public Health Forum 2023; 31(4):280–2. doi: 10.1515/pubhef-2023-0119.
- (22) Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Handlungsempfehlungen für den Aufbau einer Gesundheitsplanung im Öffentlichen Gesundheitsdienst: Ergebnisse eines Pilotvorhabens in Baden-Württemberg; 2017 [Stand: 16.10.2024]. Verfügbar unter:
<https://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/HandlungsempfehlungenGesundheitsplanung10-2017.pdf>.

Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

TEXT/REDAKTION

RG 2: Integrierte Gesundheitsplanung vor Ort – die Rolle des ÖGD

Prof. Dr. Gottfried Roller (RG-Leitung)
Landesgesundheitsamt Flächenland
im MSGI (Baden-Württemberg)

Thomas Altgeld (RG-Leitung)
Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung e. V.

Dr. Beate Bokhof
Gesunde Städte-Netzwerk

Dr. Susanne Brose
GMK (Hessen)

Prof. Dr. Ansgar Gerhardus
Deutsche Gesellschaft für Public
Health e. V.

Prof. Dr. Eva Grill
Deutsche Gesellschaft für Epidemio-
logie e. V.

Jörg Heusler
Bundesverband der Ärztinnen und
Ärzte des Öffentlichen Gesundheits-
dienstes e. V.

Dr. Barbara Kowalzik
Bundesamt für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe

Dr. Ute Rexroth
Robert Koch-Institut

Dirk Rieb
Bundesverband der Hygieneinspek-
toren e. V.

Dr. Alexander Steinmann
GMK (Bayern)

Gudrun Widders
Einzelsachverständige für den
Öffentlichen Gesundheitsdienst

Dr. Ina Zimmermann
Gesunde Städte-Netzwerk

UNTERSTÜTZUNG

Externe Sachverständige

Ein besonderer Dank gilt den exter-
nen Sachverständigen, die durch ihre
Expertise die Entwicklung dieses
Textes unterstützt haben.

Prof. Dr. Stefan Eehalt
Gesundheitsamt Stuttgart

Gunnar Geuter
Bayerisches Landesamt für Gesund-
heit und Lebensmittelsicherheit

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Institut für Community Medicine,
Universität Greifswald

Oliver Kahl
Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

Prof. Dr. Heike Köckler
Dept. für Gesundheitswissenschaften,
Hochschule für Gesundheit Bochum

Dr. Maren Reyer
Ministerium für Soziales, Gesundheit
und Integration Baden-Württemberg

Michael Weller
Bundesministerium für Gesundheit

TRANSPARENZ

Der Beirat Pakt ÖGD hat Themen-
schwerpunkte identifiziert, die für
eine strukturelle und zukunftsorien-
tierte Weiterentwicklung des Öffent-
lichen Gesundheitsdienstes relevant
sind. Diese Schwerpunkte wurden in
Redaktionsgruppen des Beirates in-
haltlich beraten und jeweils Stellung-
nahmen dazu erstellt. Diese Stellung-
nahmen basieren auf relevanter wis-
senschaftlicher Literatur, auf Anhö-
rungen externer Expertinnen und
Experten sowie auf der Expertise der
Redaktionsgruppenmitglieder. Zum
Abschluss wurden die Stellungnah-
men dem gesamten Beirat zur Kom-
mentierung zur Verfügung gestellt.
So wurde die Sichtweise aller Perso-
nen berücksichtigt, die im Beirat ver-
treten sind. Zu kontroversen Punkten
wurde versucht, einen Konsens zu
finden.

IMPRESSUM

Herausgeber

Der Beirat zur Beratung zukunftsfä-
higer Strukturen im Öffentlichen Ge-
sundheitsdienst in Umsetzung des
Paktes für den Öffentlichen Gesun-
heitsdienst (Beirat Pakt ÖGD)

Der Beirat Pakt ÖGD ist ein externes
unabhängiges Gremium, das vom
Bundesgesundheitsministerium im
Einvernehmen mit der Gesundheits-
ministerkonferenz berufen wurde.
Der Beirat Pakt ÖGD berät Bund und
Länder.

Übersicht der Beiratsmitglieder:

[https://www.bundesgesundheitsmi-
nisterium.de/themen/gesundheits-
wesen/pakt-fuer-den-oegd/beirat-
pakt-oegd.html](https://www.bundesgesundheitsmi-
nisterium.de/themen/gesundheits-
wesen/pakt-fuer-den-oegd/beirat-
pakt-oegd.html)

Gestaltung

Atelier Hauer & Dörfler GmbH,
10117 Berlin

Satz und Layout

Geschäftsstelle Pakt für den ÖGD

Stand

Dezember 2024

Kontakt

Beirat Pakt ÖGD

Geschäftsstelle Pakt für den ÖGD
Mauerstraße 29
10117 Berlin
E-Mail:

GeschaeftsstellePaktOEGD@bmg.bund.de