



Lehren der Corona-Pandemie nicht vergessen: Öffentlichen Gesundheitsdienst dauerhaft stärken!

Stand: 13.03.2025

Kernforderungen der Bundesärztekammer für einen starken, krisenfesten und breit aufgestellten Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD):

- 1. Der Pakt für den ÖGD muss über den 31.12.2026 hinaus fortgeführt werden.**
- 2. Deutschland braucht eine Public-Health-Strategie und eine konsequente Umsetzung des Health-in-and-for-all-Policies-Ansatzes.**
- 3. Die weitere Entwicklung der Public-Health-Institutionen auf Bundesebene muss eng mit der Ärzteschaft und den weiteren Fachkreisen abgestimmt werden.**
- 4. Die Gesundheitsämter müssen ärztlich geleitet sein.**

Mit seinen vielfältigen Aufgaben im Sozialpsychiatrischen Dienst, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Zahnärztlichen Dienst, Amtsärztlichen Dienst, im Bereich Infektionsschutz und Hygiene, im Krisenmanagement, bei Prävention und Management von umweltbedingten Gesundheitsrisiken, bei der kommunalen Präventionsarbeit und der Gesundheitsberichterstattung ist der ÖGD als Dritte Säule des Gesundheitswesens **unverzichtbar für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung.**

Die Coronapandemie hat die – bereits lange vor dieser Krise bestehenden – personellen und technischen Defizite in den Gesundheitsämtern auf dramatische Weise offenbart. Zur kurzfristigen Gefahrenabwehr stellte der Bund im Rahmen des „Pakts für den ÖGD“ vier Milliarden Euro für die Schaffung von Personalstellen, für Digitalisierung und somit letztlich für die Modernisierung der Gesundheitsämter bereit. Der **Pakt für den ÖGD** wird jedoch am 31.12.2026 enden. Die **Finanzierung** des für den ÖGD zentralen und wichtigen Personalzuwachses muss dauerhaft sichergestellt werden. Zudem gilt es, den ÖGD durch die **Schaffung verbindlicher Kommunikations- und Vernetzungsstrukturen** zu stärken und seine **Unabhängigkeit in fachlichen Fragen** zu gewährleisten.

Eine wichtige Rolle spielt der ÖGD zudem angesichts der wachsenden sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit. Die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit benachteiligter Bevölkerungsgruppen muss von der Gesundheitspolitik stärker aufgegriffen werden und ein wesentlicher Baustein einer zu entwickelnden **Public-Health-Strategie für Deutschland** sein.

Außerdem müssen die auf Bundesebene bestehenden **Public-Health-Strukturen** gestärkt und ausgebaut werden. Die weitere Entwicklung der zuständigen Bundesinstitutionen (u. a. BIÖG und RKI) muss **in engem Austausch mit der Ärzteschaft und den betroffenen Fachkreisen** erfolgen. Für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben sind die Public-Health-Strukturen angemessen personell und finanziell auszustatten. Im Sinne eines **Health-in-and-for-All-Policies-Ansatzes** gilt es ferner, den Aspekt der gesundheitlichen Auswirkungen von Beginn an in die politischen Entscheidungsprozesse aller Ressorts auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene einzubeziehen.

Hierfür bedarf es auch einer starken ärztlichen Expertise in den multiprofessionellen Public-Health-Strukturen. Die **ärztliche Leitung der Gesundheitsämter** steht in besonderer Weise für die Gewährleistung einer an hohen medizinischen Standards ausgerichteten und von fachfremden Weisungen unabhängigen Aufgabenwahrnehmung. Besorgniserregend ist daher, dass einige Gesundheitsämter nicht mehr ärztlich geleitet werden. Die ärztliche Leitung der Gesundheitsämter muss erhalten bleiben.