

Bevölkerungsmedizin in Deutschland: Versorgung und Vorsorge verknüpfen

Public health in Germany: linking care and prevention

Autorinnen/Autoren

Jens Holst¹ , Peter Tinnemann^{2, 3} , Nicolai Savaskan⁴ 

Institute

- 1 Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda, Fulda, Germany
- 2 Amtsleitung, Gesundheitsamt Frankfurt, Frankfurt, Germany
- 3 Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany
- 4 Amtsleitung, Gesundheitsamt Neukölln, Berlin, Germany

Schlüsselwörter

Primäre Gesundheitsversorgung, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Hausärztliche Versorgung, Prävention, Sektorenübergreifende Ansätze, Bevölkerungsgesundheit

Keywords

Primary health care, Public health service, General practitioner care, Prevention, Cross-sectoral approaches, Public health

eingereicht 24.01.2025

akzeptiert nach Revision 12.09.2025

Artikel online veröffentlicht 2025

Bibliografie

Gesundheitswesen 2025; 0:

DOI 10.1055/a-2701-4143

ISSN 0941-3790

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Jens Holst
Hochschule Fulda
Fachbereich Gesundheitswissenschaften
Leipziger Straße 123
36037 Fulda
Germany
jens.holst@gw.hs-fulda.de

ZUSAMMENFASSUNG

Deutschland hat die Corona-Pandemie nicht zuletzt wegen seines gut ausgestatteten medizinischen Versorgungssystems mit hoher Arzt- und Krankenhausedichte bewältigt. Vor allem in der ersten Welle übernahm zudem der Öffentliche Gesundheitsdienst bevölkerungsmedizinische Verantwortung. Dabei legte die Corona-Krise den Bedarf der Gesundheitsämter an besserer Ausstattung, Fachlichkeit und sektoraler Abstimmung offen. Die Pandemie zeigte die enge Verbindung zwischen verschiedenen gesundheitsbezogenen Herausforderungen, Erkrankungsfeldern und gesundheitlichen Ungleichheiten auf. Für die zukünftige Bewältigung akuter und chronischer Gesundheitsprobleme ist eine bessere Koordinierung und Kooperation zwischen der individualmedizinischen, insbesondere der hausärztlichen Krankenversorgung und den für die Bevölkerungsmedizin verantwortlichen Gesundheitsämtern erforderlich. Internationale Erfahrungen zeigen, wie eine wirksame Integration dieser Sektoren zur Verbesserung der Versorgung und zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen kann. Der vorliegende Artikel stellt vor dem Hintergrund der internationalen gesundheitswissenschaftlichen Debatte zunächst die Konzepte der primären Gesundheitsversorgung (Primary health care – PHC) und der Öffentlichen Gesundheit (Public Health – PH) vor. Anschließend diskutiert er die Möglichkeiten und Herausforderungen einer engeren Verzahnung von hausärztlicher Krankenversorgung und Öffentlichem Gesundheitsdienst, entwickelt Ansätze für die entsprechende Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems und analysiert die sich daraus ergebenden Optionen für eine Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit.

ABSTRACT

Germany coped with the coronavirus pandemic not least because of its well-equipped medical care system with a high density of doctors and hospitals. In the first wave in particular, the public health service also assumed responsibility for population medicine. The coronavirus crisis revealed the need for better equipment, expertise and sectoral coordination between health authorities. The pandemic exhibited the close connection between various health-related challenges, disease areas and health inequalities. Better coordination and cooperation between individual medical care, in particular general practitioners, and

public health services responsible for population medicine is necessary for the future management of acute and chronic health problems. International experience shows how effective integration of these sectors can contribute to improving health care and reducing health inequalities. Against the background of the international health sciences debate, this article first pre-

sents the concepts of primary health care (PHC) and public health (PH). It then discusses the opportunities and challenges of a closer integration of primary health care and public health services, develops approaches for the corresponding further development of the German healthcare system and analyses the resulting options for improving population health.

Hintergrund

Die Corona-Pandemie gilt zwar als überwunden, eine systematische, offene und evidenzbasierte Aufarbeitung steckt aber bisher nur in ihren Anfängen [1] und beschränkt sich auf einzelne Analysen [2]. Es besteht kaum Zweifel daran, dass Deutschland vergleichsweise glimpflich durch die Corona-Pandemie gekommen ist. Dies lag vor allem an seinem sehr gut ausgestatteten Krankenversorgungssystem, das sich im internationalen Vergleich durch eine hohe Arzt- und Krankenhausdichte [3] sowie insbesondere eine große Intensivkapazität auszeichnet [4]. Gleichzeitig kamen die Gesundheitsämter ihrer bevölkerungsmedizinischen Kernaufgabe, dem Gesundheitsschutz, nach und trugen durch Nachverfolgung und Isolation von Infizierten sowie Quarantäneanordnungen für Kontaktpersonen zur Eindämmung der Ausbreitung des Virus bei. Die Pandemie brachte die Gesundheitsämter, die in ihrer Gesamtheit den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ausmachen, in das Bewusstsein der Bürger:innen dieses Landes zurück und machte nachdrücklich die oftmals unterschätzte Bedeutung der Bevölkerungsmedizin im Sinne von Gesundheitsschutz, Sozialmedizin, Prävention und Gesundheitsförderung deutlich. Der Kampf gegen das Corona-Virus offenbarte den Bedarf der Gesundheitsämter und anderer Behörden und öffentlicher Einrichtungen an besserer Ausstattung, damit sie ihren originären Aufgaben besser nachkommen können [5].

Auch wenn der Fokus während der COVID-19-Epidemie auf Krisenmanagement und Schutzmaßnahmen lag, zeigte die Pandemie nicht nur die enge Verbindung zwischen verschiedenen Gesundheitsproblemen und Erkrankungsfeldern auf [6–8], sondern auch die gesundheitlichen Konsequenzen sozialer Ungleichheit. Ärmere, weniger gebildete Menschen und solche in einkommensschwächeren Regionen waren einem besonders hohen Erkrankungs- und Sterberisiko ausgesetzt [9–11]. Somit zeigte auch COVID-19, wie stark die Gesundheit einer Bevölkerung von Faktoren außerhalb der Krankenversorgung abhängt. Lebenserwartung und Erkrankungsrisiken sind nämlich in erheblichem Maße von Bildung, Einkommen, Ernährung sowie Arbeits-, Wohn- und Umweltbedingungen beeinflusst. Und die COVID-19-Pandemie hat die bestehende Kluft zwischen ärmeren und reicheren Bevölkerungsgruppen nicht nur widerspiegelt, sondern weiter vergrößert.

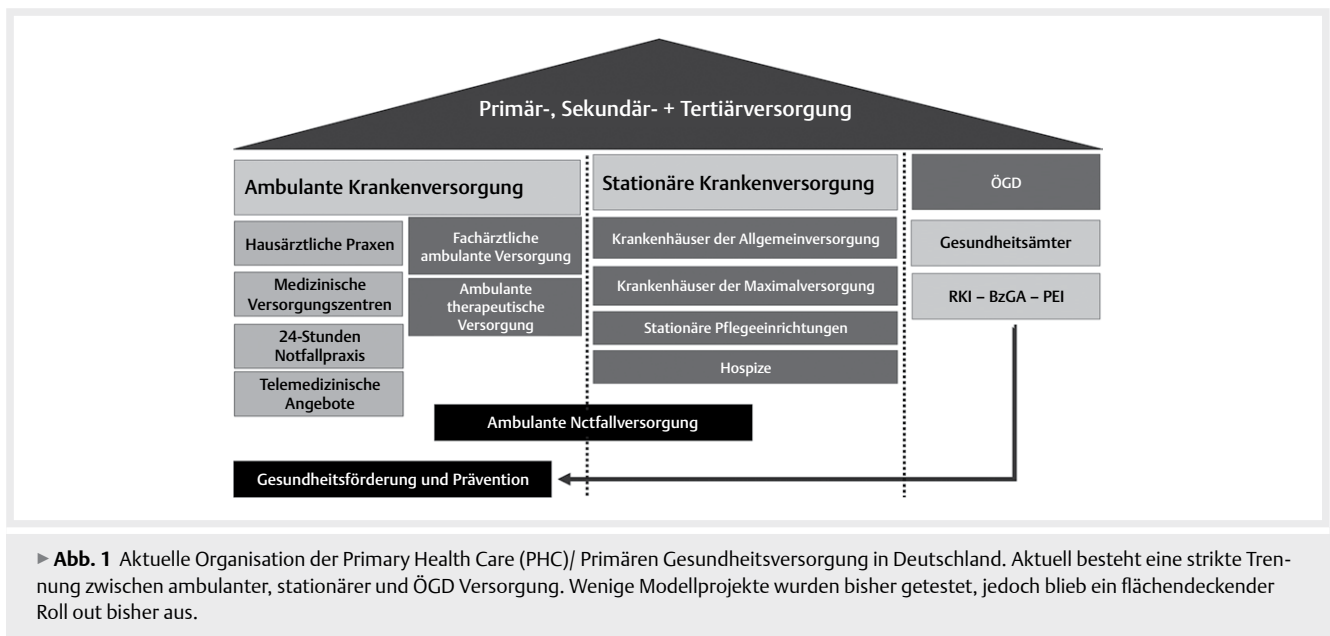
Dass es hierzulande ganze 14 Monate dauerte, bis die Bundespolitik auf die anderswo lange beobachtete Ungleichheit der Pandemie reagierte, weist auf Versäumnisse in der Bevölkerungsmedizin in Deutschland hin [12]. Die späte Kenntnisnahme der gesundheitlichen Ungleichheiten der Pandemie offenbarte auch die fehlende Unabhängigkeit der akademischen Forschung zu Öffentlicher Gesundheit (Public Health), die der virologischen Dominanz in der Seuchenabwehr wenig entgegenzusetzen hatte [13]. Dass

der erforderliche holistische Blick von Fachleuten für öffentliche Gesundheit fehlte, war Ergebnis der jahrzehntelangen gesundheitspolitischen Schwerpunktsetzung auf kurative individualmedizinische Krankenversorgung bei gleichzeitiger politischer Vernachlässigung und chronischer Unterfinanzierung des ÖGD. Spätestens mit der Abschaffung des Bundesgesundheitsamts im Jahr 1993 hatte die Zersplitterung der für die Bevölkerungsmedizin verantwortlichen Behörden begonnen, was auch zur zunehmenden politischen Abhängigkeit des Robert Koch-Instituts als deren oberste Bundesbehörde beitrug [14].

Nach der kurzzeitigen politischen und gesellschaftlichen Wahrnehmung der Bedeutung der Gesundheitsämter während der COVID-19-Pandemie finden grundlegende bevölkerungsmedizinische Reformvorschläge bisher kaum Beachtung. Die bestehenden, teils eklatanten Ungleichheiten in der gesunden Lebenserwartung spielen weiterhin nur eine untergeordnete Rolle in der deutschen Gesundheitspolitik, die sich nahezu ausschließlich mit individualmedizinischer Krankenversorgung und ihrer Vergütung befasst (► **Abb. 1**). Dabei bieten die zahlreichen existierenden und potenziellen Schnittstellen einen vielversprechenden Ansatz für eine engere Abstimmung, Koordinierung und Kooperation zwischen der individualmedizinischen Krankenversorgung vor allem im ambulanten Bereich und den für die Bevölkerungsmedizin verantwortlichen Gesundheitsämtern und freien Trägern der ambulanten Gesundheitsversorgung. Der vorliegende Artikel stellt zunächst die Konzepte der primären Gesundheitsversorgung (Primary health care – PHC) und der Öffentlichen Gesundheit (Public Health – PH) vor, betrachtet vor dem Hintergrund der internationalen gesundheitswissenschaftlichen Debatte die Bedingungen für eine engere Verzahnung dieser beiden Sektoren in Deutschland und entwickelt Vorschläge für eine entsprechende Weiterentwicklung des hiesigen Gesundheitssystems für eine bessere Bevölkerungsgesundheit.

Das Konzept der primären Gesundheitsversorgung – Primary Health Care

Mit ihrer Deklaration von Alma Ata verabschiedete die WHO bereits 1978 das Primary-Health-Care-Konzept als grundlegend neue Ausrichtung der globalen und nationalen Gesundheitspolitik. Primary Health Care (PHC), im Deutschen nicht besonders aussagekräftig mit „primäre Gesundheitsversorgung“ übersetzt, „beruht auf praktischen, wissenschaftlich fundierten und sozial akzeptierten Methoden und ist für den Einzelnen wie für Familien im Sinne von Eigenständigkeit und Selbstbestimmung zu erschwinglichen Kosten für Gemeinschaft und Land erreichbar. PHC wird damit zum ersten Element eines kontinuierlichen Prozesses gesundheitlicher Versorgung“ [15]. Das PHC-Konzept umfasst eine Reihe von Ideen und



Grundsätzen für die Entwicklung von Gesundheitssystemen auf der Grundlage von sozialer Gerechtigkeit, Solidarität, des Rechts auf Gesundheit, menschenzentrierter Gesundheitsversorgung und Partizipation [16].

Der Idealismus der späten 1970er Jahre scheiterte allerdings an den Prioritätensetzungen verschiedener WHO-Mitgliedsstaaten und an finanziellen Engpässen. Für die erforderliche Umverteilung von Ressourcen fehlte es unter dem wachsenden Einfluss der neoliberalen Ideologie zudem an politischem Durchsetzungsvermögen und Willen. Auch fast ein halbes Jahrhundert nach Alma-Ata hat das PHC-Konzept vor allem gesundheitswissenschaftliche und Reformdebatten bereichert, aber nur ansatzweise Eingang in die gesundheitspolitische Praxis gefunden [16, 17]. Mit dem 2008er Weltgesundheitsbericht erneuerte die WHO ihre Empfehlungen für die stärkere Berücksichtigung der PHC-Grundsätze in Verbindung mit universeller Absicherung im Krankheitsfall [18]. Der Bericht empfahl den Mitgliedsstaaten die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung und die Einbettung bevölkerungsgesundheitlicher Initiativen in die primäre bzw. ambulante Versorgung, die präventive und kurative Ansätze der Krankenversorgung und Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Bedingungen umfassen soll: "PHC ist ein gesamtgesellschaftliches Gesundheitskonzept, das darauf abzielt, ein Höchstmaß an Gesundheit und Wohlbefinden und deren gerechte Verteilung zu gewährleisten, indem es sich auf die Bedürfnisse der Menschen konzentriert und so früh wie möglich an dem Kontinuum von Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung bis hin zu Behandlung, Rehabilitation und Palliativversorgung ansetzt, und zwar so nah wie möglich an der Alltagsumgebung der Menschen" [19].

Die Idee einer besseren Kooperation zwischen Gesundheitsämtern und Primärversorgung gehört auch in Deutschland zu den Reformvorschlägen, blieb aber bisher faktisch auf eine akademische Diskussion beschränkt. So empfahl schon das 2009er Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) die Weiterentwicklung herkömmlicher

Hausarzt- in sogenannte Primärversorgungspraxen, um unmittelbare Patienten- und bevölkerungsmedizinische Versorgung zusammenzubringen [20]. Das Jahresgutachten 2023 des nun Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege (SVR-GP) genannten gesundheitspolitischen Beratungsgremiums greift diese Idee auf: „Darüber hinaus müsse die Schlüsselfunktion von Public Health und der primärärztlichen Versorgung für die Stärkung der Resilienz von Gesundheitssystemen sowie der Bewältigung gesundheitlicher Krisen anerkannt werden. Wichtig sei daher, in die öffentlichen Gesundheitsdienste zu investieren und z. B. Präventionsprogramme auch während einer Krise aufrechtzuerhalten“ [21]. Im Jahresgutachten 2024 unterbreitet der SVR-GP konkrete Vorschläge, wie die Koordination zwischen Gesundheitsämtern und ambulanter Primärversorgung zu verbessern wäre [22].

Mit dem im Dezember 2024 eingerichteten Ausschuss für öffentliche Gesundheit wertete das Europäische Parlament in Straßburg nicht nur das Gesundheitsthema insgesamt auf, sondern gab einem umfassenderen Konzept von Bevölkerungsmedizin größere Bedeutung. Neben Arzneimitteln und Medizinprodukten, psychischer Gesundheit, Patientenrechten und der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) fallen mit Programmen der öffentlichen Gesundheit, Gesundheitskrisenvorsorge und -reaktion, Bioterrorismus, dem Europäischen Zentrum für Krankheitsprävention und -kontrolle (ECDC) und den Beziehungen zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) wesentliche Aufgaben in seinen Zuständigkeitsbereich [23].

Ausgangslage und hausärztliche Versorgung in Deutschland

Aufgrund seiner Entstehung und Entwicklung zeichnet sich das bundesdeutsche Gesundheitswesen durch eine starke Fragmentierung aus, die sich zum einen aus der föderalen staatlichen Struktur mit unterschiedlichen Zuständigkeiten auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene und zum anderen aus der parallelen Verantwortlichkeit

des Staates und der Sozialversicherungen im Gesundheitssektor ergibt. Das deutsche Gesundheitssystem basiert bis heute auf dem bereits Ende des 19. Jahrhunderts unter Reichskanzler Otto von Bismarck eingeführten Krankenversicherungssystem, das in den 1950er Jahren in West-Deutschland wesentliche Bedeutung für die medizinische Versorgung erlangte, die im Zuge der Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes auf immer größere Bevölkerungsgruppen und umfangreichere Leistungskataloge kontinuierlich zunahm. Die individualmedizinische Krankenversorgung wurde zum zentralen Aspekt des bundesdeutschen Gesundheitswesens und die damit beauftragte niedergelassene Ärzteschaft zum wichtigen Gesundheitsakteur [24]. Seit den 1970er Jahren fanden auch Impfungen, Massenuntersuchungen z. B. auf Tuberkulose und andere Krankheiten sowie Gesundheitserziehung und -beratung, die ursprünglich in den Händen der Gesundheitsämter lagen, Eingang in den Leistungskatalog der GKV [25].

Die primäre Versorgung von Menschen mit gesundheitlichen Problemen erfolgt, sofern es sich nicht um medizinische Notfälle handelt, bis heute vorrangig im ambulanten Bereich und in den Händen niedergelassener Allgemein- und hausärztlich tätiger Fachärzt:innen [20]. Damit liegt die Verantwortung für die ambulante Krankenversorgung letztlich bei kleinen selbstständigen Unternehmen, die im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben wirtschaftlich arbeiten müssen (► **Abb. 1**). Für gesundheitsfördernde Maßnahmen jenseits der Krankenversorgung und einzelner medizinischer Präventionsmaßnahmen fehlen bei den Vertragsärzt:innen Kapazitäten ebenso wie die entsprechenden Anreize. Die in den letzten Jahren zunehmende Ablösung der traditionellen Einzel- und Gemeinschaftspraxen durch vornehmlich renditegetriebene Medizinische Versorgungszentren (MVZ) dürfte eine Ausweitung von Angeboten der Gesundheitsvorsorge und -förderung im ambulanten Sektor eher verhindern als fördern, da weder das Honorierungssystem der GKV noch der PKV derartige Leistungen abbildet.

In den letzten Jahren sind zwar einzelne Pilotprojekte mit umfassenderem primärärztlichem Ansatz entstanden, beispielsweise Gesundheitskioske, Community Health Nursing und Primärversorgungszentren [26] sowie Polikliniken wie in Hamburg-Veddel oder das Stadtteil-Gesundheitszentrum in Berlin-Neukölln. Allerdings können solche Pilotprojekte die strukturellen Defizite im deutschen Versorgungssystem kaum überwinden. Auch die vom Gesetzgeber seit 1989 eingeführten zusätzlichen Zuständigkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die nichtmedizinische Gesundheitsförderung und Primärprävention haben eher zu einem Anstieg individualpräventiver Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen geführt. Die Bedeutung der GKV für lebensweltbezogene Prävention sowie betriebliche Gesundheitsförderung ist sicherlich gestiegen [24], aber ihre Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte müssen noch deutlich wachsen, um in der Versorgung relevant zu werden.

Rolle und Potenzial des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) umfasst Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene. Dazu gehören Bundesbehörden wie das Robert Koch-Institut (RKI), das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIOG), das

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), in den Ländern die Landesämter bzw. Landesinstitute für Gesundheit und auf kommunaler Ebene rund 380 Gesundheitsämter, die sich in Größe, Struktur und Aufgabenbereichen und somit auch in ihrer Leistungsfähigkeit teils stark unterscheiden. Andere Behörden, die mit Lebensmittelüberwachung oder Arbeitsschutz ebenfalls gesundheitsbezogene Aufgaben wahrnehmen, zählen üblicherweise nicht zum ÖGD [27, 28].

Die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Bereichen Gesundheitsschutz, Prävention, Gesundheitsförderung und Sozialmedizin sind sehr vielfältig. Sämtliche Ämter in Deutschland sind für Infektionsschutz, Hygieneüberwachung, Trinkwasserkontrolle und umweltbezogenen Gesundheitsschutz, Schuleingangsuntersuchungen und amtsärztliche Begutachtungen zuständig. Bei anderen Aufgaben wie Schwangerenschutzberatung oder Gesundheitsberichterstattung bestehen größere regionale Unterschiede bei den Aufgaben bzw. ihrer Wahrnehmung [28].

Nicht allein durch ihre Verantwortlichkeiten, auch durch das multiprofessionelle und interdisziplinäre Profil der Belegschaft unterscheiden sich die Gesundheitsämter deutlich von Arztpraxen oder anderen vertragsärztlichen Leistungserbringer:innen in der hausärztlichen Versorgung. Zudem stehen die Gesundheitsämter auf lokaler Ebene strukturell mit vielen kommunalen Diensten und Behörden wie dem Schul-, Sozial- oder Jugendamt sowie kommunalen Dienstleister:innen und privaten Trägerorganisationen in Verbindung. Sie suchen proaktiv verschiedene, insbesondere vulnerable Zielgruppen und Lebenswelten auf und übernehmen eine gemeinwohlorientierte und sozialkompensatorische Rolle. Hinzu kommen Bedarfserhebungen auf Grundlage epidemiologischer Daten, die Sichtung und Interpretation gesundheitswissenschaftlicher Evidenz sowie Planung, Umsetzung und Evaluation von bevölkerungsmedizinischen Maßnahmen [27].

Das 2024er Gutachten des SVR-GP leitet aus der Vielschichtigkeit der Aufgaben und Tätigkeitsbereiche des ÖGD die Empfehlung einer stärkeren Beteiligung am Versorgungsgeschehen ab: „Die Verbindung präventivmedizinischer, sozialkompensatorischer und gesundheitsfördernder Angebote des ÖGD mit den primär kurativen, rehabilitativen und palliativen Angeboten des Gesundheitssystems kann zu einer Verbesserung des bedarfsgerechten Zugangs zu und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen und dadurch die Versorgungsqualität und auch den längerfristigen Versorgungsbedarf günstig beeinflussen.“ [22].

Derzeitige Situation

Die WHO empfiehlt eine auf den Menschen ausgerichtete, multiprofessionell erbrachte Primärversorgung. Interdisziplinäre Teams sollen sich auf die gesundheitlichen Bedürfnisse Einzelner und der Bevölkerung konzentrieren, dauerhafte persönliche Beziehungen aufbauen, Verantwortung für die Gesundheit der Menschen über den gesamten Lebenszyklus hinweg übernehmen und dabei die gesundheitsrelevante soziale Determination einbeziehen [18]. Bis heute ist dieses Ziel – ebenso wie die über 40 Jahre zurückliegenden Empfehlungen „Health for All by the year 2000“ der Konferenz von Alma-Ata – allerdings eine Utopie geblieben [17]. Die ausgeprägte Fragmentierung des deutschen Gesundheitssystems führt hierzulande zu einer schwer überbrückbaren, strukturellen Trennung zwischen be-

völkerungsmedizinisch ausgerichteten Gesundheitsämtern und individualmedizinisch tätigen vertragsärztlichen Praxen (► **Abb. 1**). Ein ambulant hausärztliches Krankenversorgungssystem, das praktisch ausschließlich als Anlaufstelle für Personen mit Gesundheitsproblemen und als Eintrittspforte in das Krankenversorgungssystem dient, kann weder den Erwartungen an Gesundheitsförderung und -vorsorge noch den Herausforderungen an eine Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit oder gar der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten gerecht werden.

Mit seinem umfassenden Leistungsangebot fängt die ambulante hausärztliche Versorgung einen Teil des Drucks auf das gesamte Gesundheitssystem auf, denn der niedergelassene Versorgungssektor ist nicht nur erste Anlaufstelle bei akutem medizinischem Bedarf, sondern sichert zugleich die Kontinuität der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Im Bereich präventiver Gesundheitsleistungen bestehen durchaus Schnittmengen mit den Aufgaben und Zielen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Anders als in einigen steuerfinanzierten Gesundheitssystemen wie zum Beispiel in Spanien [29], Kanada [30], Portugal [31], Brasilien [32] oder in Sozialversicherungsländern mit teils kommunaler Verantwortung für die ambulante Krankenversorgung wie Slowenien [33] und Chile [34] sind die Bedingungen für eine engere Kooperation zwischen hausärztlichen Praxen und Gesundheitsämtern in Deutschland jedoch vergleichbar schlecht. Und es mangelt an erfolgversprechenden Ansätzen und politischen Initiativen für eine bessere Integration von hausärztlicher Versorgung und Gesundheitsämtern im Sinne des PHC-Konzepts.

Nicht nur die allgegenwärtigen Lagerkämpfe zwischen stationärem und ambulantem Sektor erschweren Reformen, sondern auch manche Initiativen aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Dazu gehört auch der im Jahr 2023 angekündigte Plan des BMG, den Öffentlichen Gesundheitsdienst und damit die Zuständigkeiten für die Bevölkerungsgesundheit in Deutschland zu reformieren. Das Robert Koch-Institut (RKI) sollte sich zukünftig auf die Kontrolle von Infektionskrankheiten beschränken und die ehemalige Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in einer neuen Behörde aufgehen, zunächst in einem Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) und nun im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) [35], das sich der Vermeidung chronischer Gesundheitsprobleme wie Herz-Kreislauferkrankungen, bösartige Tumoren oder Demenz widmen soll. In der Fachwelt stieß die geplante Umstrukturierung vor allem deswegen auf vielfältige Kritik [36, 37], weil eine thematisch-organisatorische Trennung zwischen übertragbaren und nicht-übertragbaren Krankheiten inhaltlich unbegründet und für die Bevölkerungsgesundheit nicht förderlich ist [38]. Eine fachlich überzeugende Begründung für die Neuorganisation hat das BMG bisher nicht geliefert [39, 40]. Die damit verbundenen Mittelkürzungen werden aber die Effektivität des Robert Koch-Instituts weiter beeinträchtigen. Zudem werden mit dem Auslaufen des „Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ im Jahr 2026 weitere signifikante finanzielle Einschnitte auf die Gesundheitsämter zukommen. All dies wird sich absehbar negativ auf die Leistungsfähigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes auswirken.

Herausforderungen

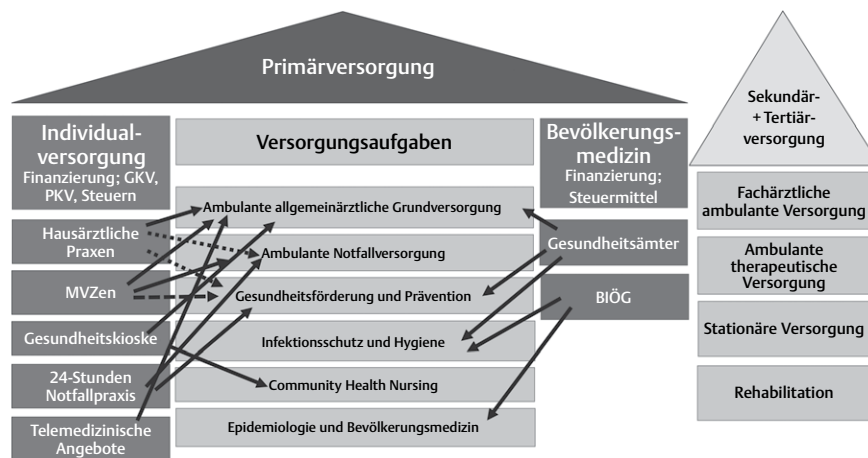
Kernaufgabe der Gesundheitspolitik ist die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Die Erhöhung der gesunden Lebenserwartung aller Menschen, die Verringerung der Gesundheitsungleichheiten zwischen gesellschaftlichen Schichten und Kommunen und die Schaffung landesweit bestmöglicher Gesundheitsverhältnisse erfordern gezielte Maßnahmen vor allem in den Bereichen Bevölkerungsmedizin und öffentliche Gesundheit. Bekanntermaßen sind für die nachhaltige Verbesserung der Gesundheit auf der Bevölkerungsebene Maßnahmen in verschiedenen Politikbereichen (health-in-all policies) unverzichtbar. Allerdings ergeben sich dabei komplexe gegenseitige Abhängigkeiten und vor allem erheblicher Abstimmungsbedarf. Beteiligte Akteur:innen verfolgen unterschiedliche Ziele. Zudem bestehen bisher unklare Zuständigkeiten zwischen verschiedenen Behörden sowie zwischen Bund, Ländern und Kommunen. Dieser Situation wird die derzeitige Struktur und Ausrichtung des Öffentlichen Gesundheitssystems und insbesondere des gesamten ÖGD nicht ansatzweise gerecht.

Die Alterung der Bevölkerung und die Zunahme chronischer Krankheiten insbesondere in einkommensschwächeren Bevölkerungsgruppen erfordern größere Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung [41] sowie in primäre und kommunale Versorgungseinrichtungen [42]. Für ein funktionierendes und effektives PHC-System ist neben einem sektorenübergreifenden Ansatz und Verständnis auch die institutionelle und praxistaugliche Verbindung von Individual- und Bevölkerungsmedizin unerlässlich [43]. Diese Verknüpfung von Primärversorgung und öffentlicher Gesundheit verbessert die Voraussetzungen für die Integration von Gesundheitsvorsorge und -förderung in verschiedenen Settings. Die Aufgabe der primären Gesundheitsversorgung muss dafür über den Erstkontakt mit dem Krankenversorgungssystem hinausgehen.

Ansätze zur Verzahnung von Öffentlichem Gesundheitswesen und Primärversorgung

Wissenschaftliche Erkenntnisse aus verschiedenen Hocheinkommensländern zeigen, wie Initiativen zur Verbesserung der Abstimmung und Kooperation von individual- und bevölkerungsmedizinischer Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit beitragen können [29–31]. Als wirksam erweisen sich dabei vor allem die Koordinierung von Gesundheitsdienstleistungen, die Berücksichtigung der Bevölkerungsperspektive in der klinischen Praxis, die Erfassung und Überwindung von lokalen oder zielgruppenspezifischen Gesundheitsproblemen sowie die Stärkung von Gesundheitsförderung und -schutz [44]. Die positiven Auswirkungen einer engeren Zusammenarbeit von Gesundheitsämtern mit Arztpraxen und anderen hausärztlichen Versorger:innen zeigen sich sowohl im Umgang mit chronischen als auch mit übertragbaren Erkrankungen sowie bei Verbesserungen der Mutter-Kind-Gesundheit [30].

Hilfreich für den Ausbau einer solchen Kooperation ist die Analyse, wo bereits eine erfolgreiche Zusammenarbeit besteht. Die hausärztliche Versorgung ist die Ebene, die Patient:innen im medizinischen Bedarfsfall in Anspruch nehmen, während die Gesundheitsämter bevölkerungsmedizinische Untersuchungen durchfüh-



► **Abb. 2** Primäre Gesundheitsversorgung (Primary health care – PHC) und Öffentliche Gesundheit (Public Health – PH): Modell der sektorenübergreifenden, interdisziplinären Vernetzung der drei Säulen des Gesundheitswesens und medizinischen Versorgung in Deutschland. Basierend auf dem PHC-Konzept der WHO und dem Gutachten des Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege (SVR-GP) von 2024 sind die ambulanten Versorgungsebenen durch eine engere Verzahnung der Leistungserbringer netzartig verbunden.

ren oder klinische Einrichtungen beraten. Individual- und bevölkerungsmedizinische Einrichtungen können sich gegenseitig mit ihren jeweiligen Funktionen verstärken oder sogar intensiv zusammenarbeiten, um die Bevölkerungsgesundheit und die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu verbessern (► **Abb. 2**) [45].

Die WHO empfiehlt verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Koordination und Abstimmung zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst und Primärversorgung. Dazu gehört die Organisation von Impfungen, klinischen Screenings und frühzeitigen präventiven Interventionen ebenso wie die Planung der Gesundheitsversorgung an Hand des Bedarfs der Zielgruppen, die Bewertung der Auswirkungen der medizinischen Versorgung auf Patient:innen und Gemeinschaften, der Einsatz für gesunde Lebenswelten, für Gerechtigkeit und gleichen Zugang zur Versorgung sowie für die klinische Förderung einer gesunden Lebensweise [46].

Im fragmentierten deutschen Gesundheitswesen sind darüber hinaus weitergehende und vor allem grundlegendere Maßnahmen wie die entsprechende Qualifizierung des Personals erforderlich. Die medizinische Ausbildung muss angehende Ärzte:innen stärker als bisher auf nicht-traditionelle Anforderungen in der Ärzt:in-Patient:innen-Dynamik und vor allem auf Zusammenhänge außerhalb der biomedizinisch-klinischen Praxis vorbereiten. Der Gegenstandskatalog des Humanmedizinstudiums, der bisher allenfalls marginalen thematischen Bezug zur gesellschaftlichen Determination von Gesundheit aufweist [47], sollte daher gesellschaftswissenschaftliche Themen und nicht-medizinische Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit stärker berücksichtigen und in den Prüfungen stärkeres Gewicht beimessen [48, 49]. Die flächendeckende Einführung von eigenständigen Instituten für Öffentliches Gesundheitswesen an den medizinischen Fakultäten in Deutschland würde die Bevölkerungsmedizin in Theorie und Praxis stärken und zur Verbesserung des ÖGD und seiner Vernetzung mit der primären Krankenversorgung beitragen.

Gleichmaßen sollten bevölkerungsmedizinisch relevante Themen eine größere Rolle zumindest in der Facharztausbildung All-

gemeinmedizin, idealerweise aber auch in der Weiterbildung in anderen Spezialisierungen spielen, die potenziell auf Tätigkeiten in der ambulanten Versorgung vorbereiten. Ein besseres und tiefergehendes Verständnis der sozialen Determination von Krankheit und Gesundheit, der unterschiedlichen Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen innerhalb und zwischen Gesellschaften sowie vor allem der bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten ist in der heutigen Welt für die gewissenhafte und verantwortungsvolle Ausübung medizinischer Tätigkeiten unverzichtbar [50].

Über die entsprechenden gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Ergänzungen hinaus würde die Erweiterung der Weiterbildungsordnungen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie und ggf. weiterer Spezialisierungen um einen verpflichtenden bevölkerungsmedizinischen Weiterbildungsteil z.B. in einem Gesundheitsamt die Integration von Bevölkerungs- und hausärztlicher Individualmedizin begünstigen. Konkrete eigene Erfahrungen im Bereich des ÖGD würde bei Kliniker:innen das Verständnis für sozioökonomische Bedingungen und Prägungen steigern [51] und zu einem besseren Verständnis der Herausforderungen und Aufgaben der Gesundheitsämter beitragen.

Auf der anderen Seite sollte die Weiterbildung zum/r Facharzt:ärztin für Öffentliche Gesundheit gleichzeitig einen soliden Kontakt zur ambulanten, vor allem zur hausärztlichen Versorgung gewährleisten und damit auch das bevölkerungsmedizinische Fachpersonal noch besser mit den Herausforderungen und Möglichkeiten der in der Grundversorgung tätigen Vertragsärzt:innen vertraut machen. Dafür müsste sichergestellt sein, dass die angehenden ÖGD-Mediziner:innen mindestens zwölf der während der Weiterbildung in der unmittelbaren Patientenversorgung zu absolvierenden 36 Monate in Einrichtungen der ambulanten hausärztlichen Krankenversorgung mitarbeiten, also in allgemein- bzw. hausärztlichen Praxen, in MVZ, Gesundheitskiosken oder anderen vergleichbaren Einrichtungen. Eine entsprechende Anpassung der Weiterbildungsordnung erscheint dringend empfehlenswert. Besonderes Potenzial bietet die integrierte Versorgung, die beteiligte Akteur:innen zur

Überwindung des etablierten sektoralen Denkens und Handelns bewegen soll [52].

Gesundheitsämter sind auf lokaler Ebene präsent und aktiv und stellen außerdem einen Teil der kommunalen Verwaltung dar. Aufgrund ihrer medizinisch-fachlichen Expertise erscheint ein über die Beteiligung an Gesundheitskonferenzen hinausgehendes, systemisch verankertes Beratungs- oder sogar Mitspracherecht der Gesundheitsämter vor Ort bei der Ansiedlung und Verteilung von Arzt-sitzen in Kreisen und Kommunen ebenso wie bei der lokalen Krankenhausplanung sinnvoll und zielführend, um das medizinische Angebot insbesondere, aber nicht ausschließlich auf der hausärztlichen Versorgungsebene besser an den realen Versorgungsbedarf der Bevölkerung anzupassen. Für die wirksame Einbindung der Gesundheitsämter in die kleinräumige Bedarfsplanung und die ambulante Versorgungssteuerung bedarf es allerdings einer rechtlichen Stärkung des ÖGD gegenüber den Bundesländern und den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Anforderungen für die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit

Ob und inwieweit die Gesundheitsämter als wichtige Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung fungieren können, bleibt allerdings abzuwarten. Gewachsene und tradierte Strukturen, die bisherige weitgehende Trennung der verschiedenen Sektoren und nicht zuletzt Besitzstandswahrungs- und Beharrungstendenzen der beteiligten Akteur:innen lassen allenfalls kleinschrittige Änderungen und langsame Fortschritte erwarten. Die aktuellen Tendenzen zunehmender Morbidität und Mortalität aufgrund von potenziell vermeidbaren Krankheiten und wachsender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit erlauben allerdings im Sinne einer ernst zu nehmenden Gesundheitspolitik keinen weiteren Aufschub. Unabhängig von der Dynamik einer engeren Verzahnung zwischen Bevölkerungs- und hausärztlicher Individualmedizin sind eher kurz- als mittelfristig Reformen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erforderlich [53].

Um die großen Herausforderungen wie gesundheitliche Ungleichheit, Klimawandel und Digitalisierung zu bewältigen, ist eine stärkere Zusammenarbeit zwischen allen Ebenen erforderlich. Nur ein integriertes Gesundheitssystem, das soziale, ökologische und technologische Dimensionen einbezieht, kann zukunftsfähige Lösungen hervorbringen. Die Fragmentierung des Gesundheitssystems behindert eine wirksame und koordinierte Gesundheitspolitik. Die Zersplitterung der Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen führt ebenso zu ineffizienten Strukturen wie isolierte Arbeitsweisen unterschiedlicher Institutionen. Die deutsche Gesundheitspolitik braucht daher nicht nur einen politisch kohärenten, sondern auch einen wirksamen strategischen Ansatz in der Bevölkerungsmedizin einschließlich der erforderlichen finanziellen Ressourcen. Das Augenmerk darf nicht ausschließlich auf der Kranken- bzw. Patientenversorgung liegen, sondern muss der Bevölkerungsgesundheit mehr Gewicht beimessen und dabei Prävention und Gesundheitsförderung größeren Vorrang einräumen als bisher (► **Tab. 1**).

Für die Zusammenführung und bessere Koordination der bevölkerungsmedizinischen Kernaufgaben des Gesundheitssystems erscheint die Schaffung einer obersten Bundesbehörde für Öffentli-

che Gesundheit empfehlenswert. Eine solche Behörde sollte im Sinne des Health-in-all-policies-Ansatzes unterschiedliche Bundesinstitutionen unter einem Dach vereinen, einen interdisziplinären Austausch zwischen möglichst allen gesundheitsrelevanten Bereichen institutionalisieren und auf keinen Fall die Zuständigkeit für infektiöse und nicht-übertragbare Krankheiten aufspalten, wie nun mit der Gründung des BIÖG geplant ist. Dazu ist die Integration nicht nur der Gesundheitsbehörden im engeren Sinne erforderlich, also von RKI, BIÖG, des Paul-Ehrlich Instituts (PEI) und des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR), sondern darüber hinaus auch die Einbindung weiterer gesundheitsrelevanter Institutionen aus anderen Ressorts wie z. B. des Umweltbundesamts (UBA), des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BIB), des Bundeszentrums für Ernährung (BZfE) oder des Bundesamts für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL). Diese Behörden arbeiten bisher weitgehend unabhängig voneinander und stehen damit der erforderlichen Kohärenz der öffentlichen Gesundheitsförderung und -versorgung im Weg. Ein solches Bundesinstitut müsste ressortübergreifend arbeiten und direkt beim Kanzleramt angesiedelt sein, um Gesundheit wirksam als Querschnittsthema in allen Politikfeldern zu etablieren.

Trotz ihrer allenfalls marginalen Rolle in der Gesundheitspolitik sind die Kommunen oft wichtige Ansprechpartner:innen für die Bürger:innen bei Versorgungsproblemen. Schon heute ist die Daseinsvorsorge zu einem erheblichen Teil kommunal organisiert, was die Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen begünstigt. So übernehmen die Gesundheitsämter auf Gemeinde- oder Kreisebene bereits vielfach eine Beratungsfunktion, müssten aber in den Kommunen auch in weitere wichtige Bereiche wie Stadt- oder Verkehrsplanung eingebunden sein, etwa bei der Schaffung gesunder Wohn- und Arbeitsverhältnisse einschließlich Grünflächen und Freizeitangeboten [54, 55], und zugleich die Gesundheitsfolgen von Infrastrukturvorhaben oder gesetzlichen Regelungen abschätzen und evaluieren [21].

Empfehlenswert wäre darüber hinaus eine gesetzliche Regelung für die Schaffung von Gesundheitsregionen als Grundlage für die integrierte Versorgung mit Ärztenetzen oder anderen regionalen Akteuren. Dabei muss die regionale Gesundheitsversorgung einen populationsorientierten Ansatz verfolgen, alle Menschen einer Region einschließen sowie spezifischen Bedarf und bestehende Risiken unter Berücksichtigung der sozialen Determination von Gesundheit erkennen. Kommunalverwaltungen stehen vor der Herausforderung, im Bereich der medizinischen Versorgung tätig zu werden. Spitzenverbände fordern denn auch mehr Mitbestimmungsrechte der Kommunen bei Versorgungsfragen [56]. Faktisch haben die Kommunen bereits Möglichkeiten, über gewisse Anreize die ambulante wie stationäre medizinische Versorgung vor Ort zu beeinflussen, entweder durch Mitsprache beim stationären Leistungsspektrum oder ggf. durch die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in kommunaler Trägerschaft [57].

Umbau des ÖGD in Körperschaften öffentlichen Rechts

Angesichts wachsender populistischer Tendenzen und autoritärer Strömungen ist es von entscheidender Bedeutung, die inhaltsbezogene und fachliche Unabhängigkeit und Transparenz von Entscheidungsprozessen institutionell besser gegen politische Einfluss-

► **Tab. 1** Definition relevanter Begriffe und Konzepte.

Bevölkerungsmedizin	Bevölkerungsmedizin ist die Wissenschaft und Praxis, die sich mit der Gesundheit ganzer Bevölkerungsgruppen befasst. Sie untersucht die Verteilung von Krankheiten und Gesundheit, entwickelt Präventionsstrategien und fördert die Gesundheit der Bevölkerung
Bevölkerungsgesundheit	Bevölkerungsgesundheit (engl. Population Health) befasst sich als Wissenschaft und Praxis mit der Gesundheit von Gruppen oder Bevölkerungsteilen und untersucht soziale, wirtschaftliche und ökologische Einflüsse auf die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen
Öffentliche Gesundheit	Öffentliche Gesundheit (engl. Public Health) bezeichnet die Wissenschaft und Praxis, die sich mit der Prävention von Krankheiten, der Verlängerung des Lebens und der Förderung der Gesundheit durch organisierte Anstrengungen der Gesellschaft befasst. Anders als bei der Individualmedizin geht es um die Gesundheit von Bevölkerungen bzw. Bevölkerungsgruppen, unabhängig von Religion, Nationalität oder Ethnie.
Öffentlicher Gesundheitsdienst	Der Öffentliche Gesundheitsdienst (engl. Public Health Services) ist die staatliche Gesundheitsverwaltung auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene (Gesundheitsämter) zuständig. Kernaufgaben des kommunalen ÖGD sind Gesundheitsschutz/Prävention und Gesundheitsförderung: ▪ Infektionsschutz ▪ Hygiene ▪ Umweltmedizin ▪ Schuleingangs- und KiTa-Reihenuntersuchungen ▪ Impfangebote ▪ Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. zur Kindergesundheit, Suchtberatung, Behindertenberatung, psychische Gesundheit, HIV/Aids, Auslandsreiseimpfungen) ▪ Koordination von lokalen Projekten und Aktionen (u. a. Gesundheitstage) ▪ Netzwerkarbeit (u. a. Suchtprävention, psychische Gesundheit, Gesundheitskonferenzen)
Primary Health Care	Primäre Gesundheitsversorgung ist ein holistischer Ansatz zur Gesundheitsversorgung, der darauf abzielt, die Gesundheitsbedürfnisse der Menschen in der Gemeinschaft zu befriedigen und gleichzeitig ihre Gesundheitskompetenz und Beteiligung zu fördern. Sie ist erste Anlaufstelle für die Krankenversorgung und umfasst zugleich eine breite Palette von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Determinanten Gesundheit und Krankheit.
Sozialmedizin	Die Sozialmedizin befasst sich mit den Wechselwirkungen zwischen Gesundheit, Krankheit, Individuum und Gesellschaft unter besonderer Beachtung sozialer Faktoren der Entstehung, Verhütung und Behandlung von Krankheiten.

nahme abzusichern, um längerfristige Strategien und demokratische Verfahren zu sichern. Für einen wirksameren Schutz vor politisch motivierter Einflussnahme bzw. Vereinnahmung durch undemokratische, autoritäre oder faschistoide Akteur:innen sollten das neue Bundesinstitut ebenso wie die Gesundheitsämter als selbstverwaltete Körperschaften öffentlichen Rechts aufgestellt sein. Diese Organisationsform, die sich auch bei Einrichtungen der medizinischen Versorgung und ihrer Finanzierung bewährt hat, ermöglicht eine bessere demokratische Steuerung und größere Unabhängigkeit von direkter politischer Einflussnahme.

Als Vorbild könnten staatliche Universitäten und Hochschulen dienen, die in Deutschland als selbstverwaltete Körperschaften öffentlichen Rechts organisiert und damit inhaltlich nicht unmittelbar weisungsgebunden sind. Die selbständige Regelung von Personal- und inhaltlichen Aufgabestellungen, die sich sowohl ministeriellen als auch selbstgewählten Prioritäten widmen können, etabliert partizipativere Entscheidungsprozesse und gleichzeitig Strukturen für eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit [58, 59]. Die Aufgabenwahrnehmung der Gesundheitsämter als Körperschaften öffentlichen Rechts erfordert ein angepasstes Gesundheitsdienstgesetz, das auf Bundesebene anzusiedeln wäre, ggf. mit nachgeordneten Landesgesetzen im Sinne der konkurrierenden Gesetzgebung im Gesundheitswesen. Solche ÖGD-Körperschaften sollten allerdings weitgehend unabhängig vom neoliberalen Konzept der Drittmittelfinanzierung der Universitäten und Hochschulen arbeiten, da diese vielfach von staatlichen oder anderen öffentlichen Auftraggeber*innen stammt und somit zu po-

litischer Einflussnahme einlädt. Eine Rechenschaftspflicht gegenüber kommunalen oder regionalen Gesundheitskonferenzen im Sinne demokratisch legitimer Kontrolle könnte die Tätigkeit der Gesundheitsämter transparenter machen und zugleich verfassungsfeindliche Einflussnahme erschweren.

Die Neuorganisation des ÖGD muss den institutionellen Rahmen für empirisch begründete Entscheidungsprozesse schaffen und die Voraussetzungen für evidenzbasierte Politikgestaltung fördern, d. h. gesundheitspolitische Entscheidungen auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse treffen. Zudem sollten bevölkerungsmedizinische Expertise und Evidenz nicht nur in der direkten Gesundheitspolitik, sondern auch in allen anderen Politikbereichen Berücksichtigung finden. Dabei ist weitestgehende Transparenz zu gewährleisten, um evidenzbasierte Gesundheitspolitik nachvollziehbar zu machen und das Vertrauen der Bevölkerung zu sichern. Hierfür sind Investitionen in die Entwicklung von Fachpersonal und die strategische Weiterentwicklung von Präventions-, Kontroll- und Überprüfungsmaßnahmen von grundlegender Bedeutung. Denn die Gesundheitsämter sind durchaus prädestiniert, eine Rolle bei der systematischen gesundheitsbezogenen Wirkungsanalyse politischer Vorhaben und Entscheidungen auf kommunaler Ebene zu übernehmen. Dafür braucht es institutionelle und personelle Ressourcen sowie hinreichende Unabhängigkeit und Schutz vor parteipolitischer Einflussnahme [60].

In Zeiten begrenzter Finanzmittel und steigender Anforderungen steht Deutschland vor der Herausforderung, eine klare Vision für die Bevölkerungsgesundheit zu entwickeln und umzusetzen. Die zuneh-

mende Komplexität des Gesundheitssystems erfordert eine effektive Führung. Denkbar wäre die Schaffung der Position eines/r Beauftragten für Bevölkerungsgesundheit nach dem Vorbild des britischen „Chief Medical Officer“ (CMO) bzw. des us-amerikanischen „Surgeon General“, um die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu fördern und eine einheitliche strategische Ausrichtung sicherzustellen [61]. In der Rolle des/r parlamentarisch oder anderweitig demokratisch legitimierten „Ärzt:in der Nation“ könnte ein/e solche/r Beauftragte/r für Bevölkerungsgesundheit an der Schnittstelle zwischen Staat, Medizin und Öffentlichkeit die hochrangige Regierungsberatung in allen Fragen der Bevölkerungsgesundheit übernehmen. Diese Position könnte entsprechende Aktivitäten koordinieren, als Bindeglied zwischen den verschiedenen beteiligten Akteuren fungieren, die Entwicklung von Fachkräften auf allen Regierungsebenen koordinieren und damit insgesamt die Qualität der Bevölkerungsmedizin und der öffentlichen Gesundheit steigern, die sektorenübergreifende Integration fördern und die Koordinierung der primären Gesundheitsversorgung verbessern.

Diskussion

Die Pandemie hat bestehende Schwächen des ÖGD und der Bevölkerungsmedizin in Deutschland offengelegt und die Notwendigkeit einer besseren Vorbereitung auf zukünftige Krisensituationen sowie die Bewältigung anderer Aufgaben zum Schutz und zur Förderung der Bevölkerungsgesundheit aufgezeigt. Die vor allem im Rahmen der COVID-19-Pandemie eingeleiteten Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitsämter gingen zwar in die richtige Richtung, erweisen sich aber letztlich als unzureichend und nicht nachhaltig.

Ein wirksamer ÖGD muss den Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft gewachsen sein. Mit der nötigen Effizienz und Kompetenz hat er Aufgaben der Gefahrenabwehr wahrzunehmen und gleichzeitig proaktiv die gesundheitliche Daseinsvorsorge unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Determination von Gesundheit und ihrer sozialen Differenzierung zu sichern. Bisher haben mangelnde Klarheit und Kohärenz der strategischen Ausrichtung der Bevölkerungsmedizin ebenso wie der vorrangige Fokus auf die individualmedizinische Krankenversorgung und ihre Finanzierung dringend notwendige Reformen verhindert. Wenn die Politik dem Anspruch an Gesundheit als übergreifendes Querschnittsthema gerecht werden will, muss die Bundesregierung die Fragmentierung des Öffentlichen Gesundheitssystems überwinden, eine syndemische Perspektive einnehmen und den Blick nicht nur auf die individualmedizinische Versorgung richten, sondern dem bevölkerungsmedizinischen und -gesundheitlichen Bedarf mehr Gewicht beimessen. Angesichts der aktuell schwierigen Finanzlage der GKV in Folge der lahrenden Konjunktur, der erforderlichen öffentlichen Investitionen in die marode Infrastruktur dieses Landes und der erheblichen Ausgaben für einen sozial-ökologischen Umbau steht es um die verfügbaren Mittel für eine ganzheitliche Reform der Bevölkerungsmedizin allerdings denkbar schlecht, solange der Fiskus z.B. darauf verzichtet, progressive Abgaben auf extrem hohe Einkommen und vor allem Vermögen zu erheben.

Im deutschen Gesundheitswesen bestehen mit dem steuerfinanzierten ÖGD und dem beitragsfinanzierten Krankenversorgungssystem mit jeweils eigenem Personalbestand zwei unverbundene Sys-

teme nebeneinander [22]. Der Zugang zu medizinischer Grundversorgung etwa in hausärztlichen Gesundheitseinrichtungen bietet potenziell geeignete Möglichkeiten nicht nur für präventiv-medizinische Maßnahmen und das Lotsen Erkrankter durch das Gesundheitssystem, sondern auch für weitergehende Gesundheitsvorsorge und -förderung. Während die Gesundheitsämter im Sinne der Präventionsförderung für Gesundheitsschutz und -förderung der Bevölkerung zuständig sind, teilen sie sich mit der ambulanten Hausarztversorgung die Verantwortung für das Erkennen von gesundheitlicher Vulnerabilität und die entsprechende Unterstützung [62].

Eine Verknüpfung oder zumindest eine engere, besser abgestimmte Kooperation zwischen Gesundheitsämtern und ambulanter Versorgung ist aber ein wesentlicher Ansatz zur Realisierung des international diskutierten PHC-Konzepts und zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit. Die Einführung eines Primärarztsystems wäre ein Schritt in die richtige Richtung, zumal er dazu beitragen könnte, die Mehrkosten durch die 2023 erfolgte Entbudgetierung der Hausärztl:innen zu kompensieren, Mehrfachkonsultationen einzudämmen und den Einsatz vermeidbarer Apparatediagnostik zu verringern. Bei angemessener personeller und materieller Ausstattung können nämlich hinreichend ausgebildete und bezahlte PHC-Teams gleichzeitig öffentliche Gesundheitsaufgaben und die hausärztliche Krankenversorgung übernehmen und auf lokaler Ebene sektorenübergreifende Maßnahmen koordinieren [63]. In diesem Sinne fordert auch der Public-Health-Aktionsplan des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „die Stärkung von auf den Menschen ausgerichteten Gesundheitssystemen zusammen mit den Kapazitäten des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ [64]. Trotz der grundlegenden Anbieterdominanz in vielen Bereichen des Gesundheitswesens [65] gibt es dafür zweifelsohne bereits genügend Fachkräfte, die mit ihrer Expertise in interdisziplinärer Zusammenarbeit die anstehenden transformativen Prozesse in der Bevölkerungsmedizin voranbringen können. Allerdings fehlt es an politischem Willen und an der erforderlichen gesundheitspolitischen Priorisierung [66].

Es braucht nicht weniger als eine Neuausrichtung der Gesundheitspolitik in Deutschland. Die für eine Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit und -medizin erforderliche Synergie von ÖGD und ambulanter Primärversorgung kollidiert mit der gegebenen strukturellen Trennung zwischen beiden Sektoren. Die staatlichen, steuerfinanzierten Gesundheitsämter sind administrativ in die verschiedenen Regierungsebenen eingebunden, während die Verantwortung für die ambulante Versorgung und ihre Finanzierung bei staatsunabhängigen Körperschaften öffentlichen Rechts liegt. Zu den Aufgaben des ÖGD gehört zwar auch die sogenannte Medizinalaufsicht über Heilberufe [67], also die Beaufsichtigung und Überwachung der im Gesundheitswesen tätigen Personen und Einrichtungen und damit auch der kassenärztlichen Praxen und anderen ambulanten Versorgungszentren. Zudem besteht für Krankenversorgungseinrichtungen Meldepflicht bei Diagnose von bzw. Verdacht auf bestimmte Infektionserkrankungen [68]. Das sind indes die einzigen institutionell-organisatorischen Verbindungen zwischen beiden Sektoren.

Es überwiegen trennende Faktoren wie unterschiedliche Finanzierungsquellen (Steuermittel versus Vergütung aus GKV-Beiträgen über die Kassenärztlichen Vereinigungen), Organisationsformen (öffentliche Verwaltung versus Einzelunternehmen) und be-

rufflichen Stellungen (Angestelltenstatus versus Freiberuflichkeit). Für die Gesundheitsämter besteht zurzeit kaum Veranlassung zu einer über die gesetzlichen Überwachungsaufgaben hinausgehenden Kooperation mit den Vertragsärzt:innen. Ebenso wenig besteht für Kassenärzt:innen und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) ein Anreiz zur weitergehenden Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern, weil dafür keine Honorierung vorgesehen ist.

Die in den letzten Jahren viel diskutierte und oft wiederholte Forderung nach sektorenübergreifender Kooperation im deutschen Gesundheitswesen bezieht sich zumeist auf die fehlende Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer sowie eventuell rehabilitativer Versorgung, aber kaum auf eine engere Zusammenarbeit zwischen Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge. Zwar hat der Sachverständigenrat Gesundheit wiederholt auf die Notwendigkeit verstärkter Kooperation von ÖGD und ambulantem Krankenversorgungssektor hingewiesen [20–22], diese Empfehlungen sind allerdings bisher nicht spürbar in der Politik angekommen. Angesichts der geschilderten Herausforderungen ist das auch keineswegs überraschend, denn es braucht grundlegendere Änderungen, die vor allem bei Teilen der niedergelassenen Ärzt:innenschaft auf Widerstand stoßen dürften.

Die diversen Vorschläge für die zurzeit viel diskutierte Resilienzsteigerung im Gesundheitswesen [21] gehen sicherlich in die richtige Richtung, aber nicht weit genug. Es braucht mehr als Resilienz, also die Fähigkeit des Gesundheitssystems, sich an Schocks wie Pandemien, Klimawandel, geopolitische Konflikte oder andere Bedrohungen anzupassen. Tragfähige Versorgungssysteme zur Sicherung der Daseinsvorsorge erfordern stärker räumlich als institutionell ausgerichtete Ansätze und gezielte interministerielle Abstimmung [69]. Insbesondere in strukturschwächeren Regionen, in denen die Mängel des herkömmlichen Versorgungsmodells in Deutschland bereits deutlich zu Tage treten, kommt einer kommunalen Perspektive in der primären Versorgung eine wachsende Bedeutung zu [70]. Hier können die Gesundheitsämter eine wichtige moderierende, koordinierende und steuernde Rolle übernehmen und zur besseren Verknüpfung von Versorgung und Vorsorge beitragen. Ohne grundlegende strukturelle Änderungen, die auch die Verteilung von Ressourcen und Einfluss betreffen, werden alle Reformansätze unvollständig bleiben und letztlich eher zur Verfestigung des Status quo als zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit und zum Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten beitragen.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Wildner M. COVID-19 Aufarbeitung: Wahrheit, Versöhnung und Entwicklung, nicht Abrechnung. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2024; 86: 757–760. DOI: 10.1055/a-2418-2896
- [2] Höglund-Braun H, Quartey AL, Ganter M et al. [an after-action review at municipal level in the public health service – lessons learned at the corona unit of the Duesseldorf public health authority after the end of the covid-19 pandemic, March 2023]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2024; 86: 769–775. DOI: 10.1055/a-2329-7058
- [3] European Commission. Health at a glance: Europe 2024: state of health in the EU cycle. 2024
- [4] DESTATIS. Deutschlands Versorgungsdichte mit Intensivbetten im internationalen Vergleich hoch. 2020
- [5] Gerlinger T. Rückblick auf das deutsche Gesundheitssystem in der Corona-Pandemie. 2024
- [6] Holst J. COVID-19: Besondere Herausforderungen an Public Health in Theorie und Praxis [COVID-19: Special Challenges for Theoretical and Practical Public Health]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2020; 82: 829–835. DOI: 10.1055/a-1276-0847
- [7] Hunter DJ, Littlejohns P, Weale A. Reforming the public health system in England. The Lancet Public Health 2022; 7: e797–e800. DOI: 10.1016/S2468-2667(22)00199-2
- [8] Hunter DJ, Littlejohns P, Weale A. Public health is in crisis, but it can be fixed. BMJ (clinical research ed) 2024; 384: q760. DOI: 10.1136/bmj.q760
- [9] Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Armutsrisiken haben sich in Deutschland verfestigt. 2021
- [10] Malliarou M, Gagamanou A, Bouletis A et al. COVID-19 Pandemic and Health and Social Inequalities Worldwide: Impact and Response Measures in Greece. Advances in experimental medicine and biology 2023; 1425: 393–399. DOI: 10.1007/978-3-031-31986-0_38
- [11] Sorci G. Social inequalities and the COVID-19 pandemic. Social science & Medicine (1982) 2024; 340: 116484. DOI: 10.1016/j.socscimed.2023.116484
- [12] Ismar G. Die Corona-Spaltung am Beispiel Köln: „Der Fehler ist doch: Man hätte nicht jahrzehntelang zündeln dürfen“. 2021
- [13] Holst J. The world expects effective global health interventions: Can global health deliver? Global Public Health 2020; 15: 1396–1403. DOI: 10.1080/17441692.2020.1795222
- [14] Osnabrück V. Aussetzungs- und Vorlagebeschluss betreffend die Verfassungsmäßigkeit der einrichtungsbezogenen Impfpflicht (§ 20a IfSG) im Jahr 2022. 2024
- [15] World Health Organisation. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva, Switzerland; 1978
- [16] Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All-from consensus to complexity. BMJ global health 2018; 3: e001188. DOI: 10.1136/bmjgh-2018-001188
- [17] Gauld R, Blank R, Burgers J et al. The World Health Report 2008 - Primary Healthcare: How Wide Is the Gap between Its Agenda and Implementation in 12 High-Income Health Systems? Healthcare policy = politiques de santé 2012; 7: 38–58
- [18] World Health Organisation. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva, Switzerland; 2008
- [19] World Health Organisation. Primary health care. Key facts. 2023; Im Internet: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- [20] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Berlin, Germany; 2009
- [21] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Berlin; 2023

- [22] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung Im Gesundheitswesen und In der Pflege. Fachkräfte im Gesundheitswesen nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource – Gutachten 2024. 2024
- [23] Deutsches Ärzteblatt. Europäisches Parlament wertet Gesundheitsausschuss auf. 2024
- [24] Gerlinger T. Institutionenwandel in der Präventionspolitik. G + G Wissenschaft. 2024 7–14
- [25] Busse R, Riesberg A. Health Care Systems in Transition. Berlin. Copenhagen. 2004
- [26] Schröter T. [Primary care medicine in Germany at the crossroads]. Innere Medizin (Heidelberg, Germany) 2024; 65: 865–870. DOI: 10.1007/s00108-024-01757-5
- [27] Reisig V, Kuhn J. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten. 2024 Strategien und Methoden. DOI: 10.17623/BZGA:Q4-I081-3.0
- [28] Kuhn J, Wildner M. Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst. G + G Wissenschaft 2020; 20: 15–22
- [29] Cabeza E, March S, Cabezas C et al. Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza... (Healthcare promotion in primary care: if Hippocrates were alive today...). Gaceta Sanitaria 30: 81–86. DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.05.012
- [30] Martin-Misener R, Valaitis R, Wong S et al. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. Primary Health Care Research & Development 2012; 13: 327–346. DOI: 10.1017/S1463423611000491
- [31] Lapão LV, Pisco L. [Primary health care reform in Portugal, 2005–2018: the future and challenges of coming of age]. Cadernos de saúde publica 2019; 35: e00042418. DOI: 10.1590/0102-311X00042418
- [32] Giovannella L, Vega R, Tejerina HE et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? (Is comprehensive primary health care part of the response to the COVID-19 pandemic in Latin America?). Trabalho, Educação e Saúde 2021; 19: e00310142
- [33] Petrič VK, Maresso A. Slovenia. In: Rechel B, Maresso A, Sagan A et al. (eds) Organization and financing of public health services in Europe: Country reports. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018: 109–122
- [34] Arteaga Ó, Rebolledo C, Silva N et al. Gesundheitswesen in Chile und Primäre Gesundheitsversorgung – Erfolgreiche Integration? (Chilean Healthcare System and Primary Health Care: Integration accomplished?). In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. Hamburg: Argument-Verlag; 2014: 82–103
- [35] Ärzteblatt D. Aus BIPAM soll Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit werden. 2024
- [36] für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) DG. Stellungnahme der DEGAM zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG). 2024
- [37] Bundesausschuss G. Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 05.07.2024 zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin; 2024
- [38] Oni T, Unwin N. Why the communicable/non-communicable disease dichotomy is problematic for public health control strategies: implications of multimorbidity for health systems in an era of health transition. International health 2015; 7: 390–399. DOI: 10.1093/inthealth/ihv040
- [39] Holst J. Perspektivwechsel: Gesundheit braucht mehr als Medizin. Tagesspiegel. 2023
- [40] Savaskan N, Lampl BMJ, Yavuz M et al. Germany's national public health gets reorganized: A new institute shall take center stage. Health policy (Amsterdam, Netherlands) 2024; 145: 105084. DOI: 10.1016/j.healthpol.2024.105084
- [41] Islami F, Marlow EC, Thomson B et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States, 2019. CA: a cancer journal for clinicians 2024; 74: 405–432. DOI: 10.3322/caac.21858
- [42] OECD. Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic. Paris. 2021
- [43] Rawaf S. A proactive general practice: Integrating public health into primary care. London Journal of Primary Care 2018; 10: 17–18. DOI: 10.1080/17571472.2018.1445946
- [44] Shahzad M, Upshur R, Donnelly P et al. A population-based approach to integrated healthcare delivery: a scoping review of clinical care and public health collaboration. BMC public health 2019; 19: 708. DOI: 10.1186/s12889-019-7002-z
- [45] Levesque J-F, Breton M, Senn N et al. The Interaction of Public Health and Primary Care: Functional Roles and Organizational Models that Bridge Individual and Population Perspectives. Public Health Reviews 2013; 14. DOI: 10.1007/BF03391699
- [46] Rechel B. Integrating primary care and public health. Eurohealth 2020; 26: 20–24
- [47] Hommes F, Drees S, Geffert K et al. Soziale Determinanten von Gesundheit als Lehr- und Prüfungsinhalte im Medizinstudium. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2020; 82: 246–249
- [48] Khan HA, Gillett G, Choi K et al. Medical education fit for the future requires radical change. BMJ (clinical research ed) 2024; 387: q2811. DOI: 10.1136/bmj.q2811
- [49] Kuo AA, Shetgiri R, Guerrero AD et al. A public health approach to pediatric residency education: responding to social determinants of health. Journal of graduate medical education 2011; 3: 217–223. DOI: 10.4300/JGME-D-10-00150.1
- [50] CLEAR CollaborationAndermann A. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. CMAJ: canadian medical association journal = journal de l'association medicale canadienne 2016; 188: E474–E483. DOI: 10.1503/cmaj.160177
- [51] Atkinson S, Cottam B. How doctors can close the gap: tackling the social determinants of health. Clinical medicine (London, England) 2011; 11: 57–60. DOI: 10.7861/clinmedicine.11-1-57
- [52] Greß S, Schnee M. Wege zur integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung. G + G Wissenschaft 2017; 17: 7–15
- [53] Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit und Bevölkerungsmedizin. Zentrale Empfehlungen der DGÖGB für die neue Bundesregierung. 2024
- [54] Böhme C, Dilger U, Quilling E. Integriertes Verwaltungshandeln für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Baumgart S, Köckler H, Ritzinger A, et al., (Hrsg.) Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover: Verl. d. ARL; 2018: 135–144
- [55] Köckler H, Fehr R. Health in All Policies: Gesundheit als integrales Thema von Stadtplanung und -entwicklung. In: Baumgart S, Köckler H, Ritzinger A, et al., Hrsg. Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover: Verl. d. ARL; 2018: 70–86
- [56] Landkreistag D. Ambulante Versorgung sicherstellen Rolle der Landkreise bei der Gestaltung einer zukunftsfähigen medizinischen Struktur vor Ort. Berlin; 2018
- [57] Böhm K, Schönknecht M. Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit. Eine Analyse der Kooperationen zwischen Kommunen und medizinischen Leistungserbringern im Rahmen integrierter kommunaler Präventionsstrategien. Bochum; 2020
- [58] Savaskan N, Roth A, Kunitz F et al. Politisch krisenfestes Gesundheitsämter durch ärztliche Unabhängigkeit. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2025; 87: 85–85. DOI: 10.1055/a-2506-5176

- [59] Holst J. Es braucht mehr als ärztliche Unabhängigkeit für krisenfeste Gesundheitsämter. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2025; 87: 509–511. DOI: 10.1055/a-2600-0753
- [60] Roth A, Gottschalk R. Gesundheitsämter vor politischer Polarisierung schützen - Tagesspiegel Background. 2024
- [61] Tinnemann P, Holst J, Savaskan N. Gesundheitspolitik nach Corona: Was sich in der Bevölkerungsmedizin dringend ändern muss. Berliner Zeitung. 16.01.2025: <https://www.berliner-zeitung.de/open-source/gesundheitspolitik-was-sich-in-der-bevoelkerungsmedizin-dringend-aendern-muss-li.2288423>
- [62] Starfield B. Public Health and Primary Care: Challenges and Opportunities for Partnerships. Ethnicity & Disease 2003; 13
- [63] Bariş E, Silverman R, Wang H et al. Walking the Talk: Reimagining Primary Health Care After COVID-19. Washington DC; 2021
- [64] World Health Organisation. European action plan for strengthening public health capacities and services. 2012
- [65] Hartung S, Dieterich A, Rosenbrock R. Gesundheitspolitik. Köln. 2024
- [66] Sell K, Kuhn E, Arnold L et al. [COVID-19 and Its Potential for Disruption and Transformation in Public Health: Lessons Learned from the Perspective of Young Professionals]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2021; 83: 894–899. DOI: 10.1055/a-1630-7155
- [67] Teichert U, Tinnemann P. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Düsseldorf: Drucken Lightning Source, Ingram Content Group Inc.; 2020
- [68] Bundesministerium der Justiz. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG). 2000
- [69] Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung. Sicherung der Daseinsvorsorge und Zentrale-Orte-Konzepte – gesellschaftspolitische Ziele und räumliche Organisation in der Diskussion. 2010
- [70] Schillen P, in der Schmitten J, Bolland J, et al. Die zukünftige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung aus kommunaler Perspektive. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2025; 87: 38–46. DOI: 10.1055/a-2320-2740