

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 402, April 2026

Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Arbeitgeber

**Multiprofessionell, digital und beteiligungsorientiert
in die Zukunft?**

Renate Reiter, Dorothee Riese, Benjamin Ewert, Tanja Klenk,
Caspar Lückenbach und Dennis Kurrek

Auf einen Blick

Die Corona-Pandemie hat den Öffentlichen Gesundheitsdienst als dritte Säule des Gesundheitswesens in den Fokus öffentlicher und politischer Debatten gerückt, auch durch den milliardenschweren „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ von 2020. Die damit und auch über den Pakt hinaus angestoßenen Modernisierungsprozesse sind jedoch noch weitgehend unerforscht. Auf der Grundlage einer Befragung der kommunalen Gesundheitsbehörden in Deutschland präsentiert dieses Working Paper Befunde zur Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Bereichen Personal, Organisation, Digitalisierung und Governance. Es finden sich Ansatzpunkte für eine programmatische Modernisierung, während Bestehendes an vielen Stellen pfadabhängig weiterentwickelt wird.

© 2026 by Hans-Böckler-Stiftung
Georg-Glock-Straße 18, 40474 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Arbeitgeber“ von Renate Reiter, Dorothee Riese, Benjamin Ewert, Tanja Klenk, Caspar Lückenbach und Dennis Kurrek ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.
(Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (z. B. mit Quellenangabe gekennzeichnete Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge) erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Abbildungen	4
Zusammenfassung.....	5
1. Einleitung.....	7
2. Methodik und Aufbau der Befragung.....	10
3. Ergebnisse.....	13
3.1 Personal, Ressourcen und Aufgaben.....	13
3.2 Organisation, Amtsleitung und Beschäftigte.....	24
3.3 Digitalisierung	31
3.4 Vernetzung und Kommunikation	35
3.5 Zukunft der lokalen Gesundheitsämter.....	39
4. Fazit und Ausblick.....	42
Literatur.....	46
Autor:innen.....	49

Abbildungen

Abbildung 1: Teilnehmende Gesundheitsämter bzw. -behörden nach Gemeindegröße	11
Abbildung 2: Größe der teilnehmenden Ämter bzw. Behörden nach Anzahl der zur Verfügung stehenden Stellen	14
Abbildung 3: Verteilung der Ämter- bzw. Behördengröße auf Gemeindegrößen.....	14
Abbildung 4: Veränderung der Personalstruktur in den kommunalen Gesundheitsämtern bzw. -behörden	16
Abbildung 5: Geschätzter Personalanteil nach Berufsgruppen	17
Abbildung 6: Geschätzter Personalanteil nach Berufsgruppen und Einwohnergröße	18
Abbildung 7: Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und ihre Bewertung auf kommunaler Ebene	21
Abbildung 8: Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und ihre Bewertung auf kommunaler Ebene nach Gemeindegröße	23
Abbildung 9: Organisation der Arbeitsprozesse.....	25
Abbildung 10: Bewertung von Führungsaspekten	27
Abbildung 11: Verhältnis der Amtsleitung zur politischen Leitung	28
Abbildung 12: Arbeitsbedingungen.....	29
Abbildung 13: Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität als Arbeitgeber	30
Abbildung 14: Zwecke von Digitalisierungsmaßnahmen.....	32
Abbildung 15: Nutzen von Digitalisierungsmaßnahmen.....	33
Abbildung 16: Probleme der Amtsleitung im Zusammenhang mit Digitalisierungsmaßnahmen	33
Abbildung 17: Priorisierung der Reifegraddimensionen	34
Abbildung 18: Relevanz des Kontakts mit kommunalen Akteuren	36
Abbildung 19: Gesundheitspolitische Gremien und Netzwerke in der Kommune	37
Abbildung 20: Bedarfe für die weitere Entwicklung des Gesundheitsamtes bzw. der Gesundheitsbehörde.....	39

Zusammenfassung

Die Gesundheitsbehörden in Deutschland, insbesondere auf kommunaler Ebene, sind mit der Corona-Pandemie besonders in den Fokus der öffentlichen und politischen Wahrnehmung gerückt. Vor dem Hintergrund der Pandemie-Erfahrung ist das Ziel, den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zu stärken, auf die politische Agenda gesetzt worden.

Mit dem „Pakt für den ÖGD“ wurde dabei im Jahr 2020 ein umfassendes Modernisierungsprogramm verabschiedet, von dem insbesondere die Gesundheitsämter profitieren. Wie hat sich der ÖGD auf kommunaler Ebene seither entwickelt? Konnte die Arbeitgeberattraktivität der Gesundheitsämter gestärkt werden? Welche Herausforderungen gilt es weiterhin zu bewältigen? Diese Fragen waren Gegenstand des Projektes „Multiprofessionell, digital und beteiligungsorientiert in die Zukunft? Der ÖGD als Arbeitgeber“, mit dem im März und April 2025 eine Befragung unter den kommunalen Gesundheitsämtern durchgeführt wurde.

Ziel der Befragung war es, auf der Basis einer Vollerhebung unter den Gesundheitsbehörden auf kommunaler Ebene in Deutschland ein möglichst umfassendes Bild der Ziele der Modernisierung des ÖGD und des Standes des Modernisierungsprozesses zu erheben. Weiterhin ging es darum, Informationen über die bislang von den Gesundheitsbehörden im Modernisierungsprozess gemachten Erfahrungen und die auf dieser Grundlage abgeleiteten Zukunftserwartungen zu erhalten.

Insgesamt lassen die Erhebungsergebnisse erkennen, dass Ansätze hin zu einer umfassenderen institutionellen Modernisierung des lokalen ÖGD erkennbar werden, z. B. im Bereich der Digitalisierung und auch mit Blick auf die abgefragten Zukunftserwartungen. So rücken künftig noch drängendere Themen (Hitzeschutz, Umweltmedizin, psychische Gesundheit) in den Fokus der Gesundheitsämter bzw. -behörden.

Überwiegend verbleibt der Wandel des lokalen ÖGD vorerst jedoch auf klassischen Pfaden. Das zeigt sich z. B. an den bisherigen Schwerpunkten der Digitalisierung – diese ist vor allem auf interne Prozesse gerichtet – oder auch daran, dass traditionelle Aufgaben (Hygiene, Infektionsschutz) weiterhin den größten Stellenwert in der Arbeit des lokalen ÖGD einnehmen müssen; dies bleibt eine Kapazitätsfrage.

„Neuere“ Aufgaben (Umsetzung des Health-in-all-Policies-Ansatzes, Public Health, Gesundheitsberichterstattung) im Sinne des „Leitbildes für einen modernen ÖGD“ bleiben demgegenüber nachrangig. Zudem deutet auch die gegenwärtige Aufstellung der Gesundheitsämter bzw. -behörden auf kommunaler Ebene als Arbeitgeber auf die Fortschreibung eines klassischen Entwicklungspfades hin. So bleiben Ansätze zur Attraktivitätssteigerung einzelfallbezogen und wenig strategisch.

Insgesamt deuten die Ergebnisse des Forschungsprojektes darauf hin, dass eine Modernisierung des ÖGD in den vergangenen fünf Jahren eingeleitet wurde. Jedoch bleibt noch einiges zu tun, unter anderem um die Arbeitgeberattraktivität der Gesundheitsämter weiter zu stärken. Neben der dauerhaft wichtigen Frage der Vergütung der Beschäftigten geht es dabei unter anderem darum, dass die aus Mitteln des „Paktes für den ÖGD“ neu geschaffenen Stellen verstetigt werden und auch um eine Stärkung der strategischen Personalentwicklung für alle Ebenen.

1. Einleitung

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) befindet sich als „dritte Säule“ des Gesundheitswesens in Deutschland (Arnold/Teichert 2021) in einer nachrangigen Position gegenüber der ambulanten und der stationären gesundheitlichen Versorgung. Letztere Versorgungsformen liegen in organisatorischer Hinsicht in den Händen der Selbstverwaltung der Leistungserbringer und Leistungsfinanzierer.

Die schwache Stellung des ÖGD, die unter anderem historische Gründe hat (Klein 2021, S. 21 f; Kuhn/Trojan 2017, 355 ff.; Rosewitz/Webber 1990), wurde schon längere Zeit und bereits vor dem Ausbruch der Corona-Pandemie 2020 von Expert:innen als ein Problem wahrgenommen (Altgeld 2022; Holleder/Wildner 2015; Kuhn/Trojan 2017).

So bilden gesellschaftlicher Wandel und Veränderungen der Lebensgewohnheiten der Menschen, demografischer Wandel und Alterung der Gesellschaft, die Ausbreitung von chronischen Volkskrankheiten, Klimawandel und sich rasch ändernde Umweltentwicklungen mit unter Umständen negativen gesundheitlichen Konsequenzen für Einzelne und die Bevölkerung insgesamt seit einiger Zeit die Hintergründe für einen stärkeren Fokus des gesundheitspolitischen Diskurses auf Prävention und Gesundheitsförderung und – damit verbunden – auf die Stärkung der gesundheitlichen Daseinsvorsorge der Bevölkerung.

Diese Diskussion hat den ÖGD, dessen Aufgaben traditionell im Bereich der Infektiologie, Hygiene und gruppenbezogenen Vorsorge liegen, stärker als in früheren Jahren in den Fokus der Fachöffentlichkeit und Fachpolitik rücken lassen (Altgeld 2022). So wurde 2015 das Präventionsgesetz verabschiedet, das unter anderem dem ÖGD eine verstärkte Rolle im Bereich der gesundheitlichen Prävention zuweist. Drei Jahre später (2018) einigten sich Bund und Länder gemeinsam mit wichtigen Stakeholdern auf ein „Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst“, das im selben Jahr von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder verabschiedet wurde (BVÖGD 2018).

Die durch das Coronavirus Sars-CoV2 ausgelöste Krise der öffentlichen Gesundheit und teils auch der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland (Gerlinger 2022) führte ab März 2020 sodann einer breiteren Öffentlichkeit unmittelbar vor Augen, was in der Fachwelt schon länger zuvor bekannt und diskutiert worden war: Der ÖGD bedarf einer grundlegenden Modernisierung und dauerhaften Stärkung seiner Kapazitäten. Das betrifft insbesondere die 379 auf der kommunalen Ebene angesiedelten Gesundheitsämter bzw. -behörden als organisatorisches und funktionales Rückgrat des ÖGD.

Tatsächlich verständigten sich Bund und Länder im Herbst 2020 auf einen „Pakt für den ÖGD“ und brachten damit ein Unterstützungspaket im Umfang von vier Milliarden Euro für die Modernisierung des ÖGD auf den Weg. Dabei sollte nicht nur die Kompetenz zur Bewältigung von Krisen erhöht werden. Vielmehr ging und geht es ausdrücklich um eine umfassende Stärkung des ÖGD als lokale Anlaufstelle für alle Fragen der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsförderung, -fürsorge und Prävention (Altgeld 2022; Gerlinger 2022).

Trotz des gewachsenen Interesses am ÖGD, sowohl in der wissenschaftlichen Community als auch in der breiten Öffentlichkeit, fehlt eine Gesamtbetrachtung der konkreten Modernisierungsansätze der lokalen Gesundheitsämter bzw. -behörden sowie des Standes des damit verbundenen Wandels. Im Rahmen des Forschungsprojektes „Multiprofessionell, digital und beteiligungsorientiert in die Zukunft? Der ÖGD als Arbeitgeber“ (2024–2026) nehmen wir uns dieser Fragen an.

Dabei untersuchen wir den Wandel der Institution Gesundheitsamt bzw. lokale Gesundheitsbehörde mit Blick auf vier zentrale Dimensionen des Wandels:

- Personal und Ressourcen
- Organisation
- digitale Infrastruktur/Digitalisierung
- Strukturen der Koordination und Kooperation mit anderen gesundheitsrelevanten Akteuren, insbesondere auf der lokalen Ebene

In diesem Working Paper, das als Datenbericht gestaltet ist, stellen wir die Ergebnisse einer schriftlichen Online-Befragung der Gesundheitsbehörden auf kommunaler Ebene vor. Die Befragung wurde im Frühjahr 2025 durchgeführt und war einer von drei empirischen Erhebungsbausteinen des Projektes. Ziel der Befragung war es, auf der Basis einer Vollerhebung unter den Gesundheitsbehörden auf kommunaler Ebene in Deutschland ein möglichst umfassendes Bild der Ziele der Modernisierung des ÖGD und des Standes des Modernisierungsprozesses zu gewinnen.

Weiterhin ging es darum, Informationen über die bislang von den Gesundheitsbehörden im Modernisierungsprozess gemachten Erfahrungen und die auf dieser Grundlage abgeleiteten Zukunftserwartungen zu erhalten. Dazu wurde nach institutionellen Veränderungen innerhalb der vergangenen mindestens fünf Jahre in Bezug auf die vier Dimensionen gefragt. Außerdem wurde nach den Zukunftserwartungen mit Blick auf die weitere Entwicklung des ÖGD auf kommunaler Ebene gefragt.

Der Datenbericht untergliedert sich wie folgt: In Kapitel 2 erläutern wir die methodische Vorgehensweise der Online-Befragung. Daran anschlie-

ßend werden in Kapitel 3 zentrale Ergebnisse zum Wandel des lokalen ÖGD in Bezug auf Personal und Ressourcen (Kapitel 3.1), interne Behördenorganisation (Kapitel 3.2), Digitalisierung (Kapitel 3.3) sowie Vernetzung mit anderen lokalen gesundheitspolitisch relevanten Akteuren und Kommunikation (Kapitel 3.4) dargestellt. Zudem werden die Zukunftserwartungen der Befragten mit Blick auf den lokalen ÖGD (Kapitel 3.5) referiert. In Kapitel 4 erfolgt sodann eine Einordnung der Ergebnisse sowie ein Ausblick auf die weiteren Analyseschritte.

2. Methodik und Aufbau der Befragung

Die in diesem Working Paper vorgestellten Daten sind das Ergebnis einer bundesweiten schriftlichen Online-Befragung der Gesundheitsbehörden auf kommunaler Ebene, d. h. auf Ebene der Landkreise und der kreisfreien Städte. Zum Stichtag 31.12.2024 waren dies 379 Gesundheitsämter bzw. -behörden.

Der für die Befragung verwendete Fragebogen wurde unter Berücksichtigung der einschlägigen Forschungsliteratur und der Ergebnisse der von uns im Vorfeld geführten Expert:innen-Interviews erarbeitet. Er bestand überwiegend aus geschlossenen Fragen und enthielt darüber hinaus wenige offene Fragen. Es wurden Daten zu unterschiedlichen Aspekten in den einzelnen von uns unterschiedenen Dimensionen der Modernisierung der kommunalen Gesundheitsämter bzw. lokalen Gesundheitsbehörden erhoben (Personal und Ressourcen; Organisation; Digitalisierung; Koordination und Kooperation).

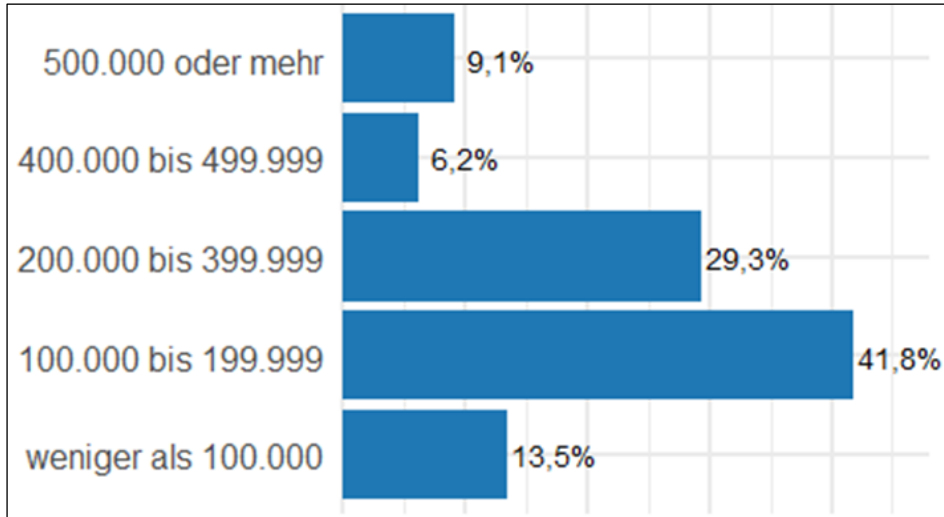
Der Fragebogen wurde in einem Pretest mit Praktiker:innen und Wissenschaftler:innen getestet und darauf aufbauend iterativ überarbeitet und im Sinne der Bearbeitbarkeit gekürzt.

Die Einladung zur Beteiligung an der Online-Befragung, zusammen mit einer grundlegenden Information über das Forschungsprojekt, wurde an die Leiter:innen der Gesundheitsämter bzw. -behörden auf kommunaler Ebene adressiert. Dabei wurde diesen der Befragungs-Link auf Grundlage einer vorab erstellten Behördenliste per E-Mail zugeschickt. Es wurden die Gesundheitsbehörden in allen 16 Ländern angeschrieben.

Der Befragungszeitraum erstreckte sich über knapp sieben Wochen (14.3.–30.4.2025). Um eine möglichst hohe Teilnahmequote zu erreichen, wurden im Befragungszeitraum zwei Erinnerungsschreiben verschickt. Insgesamt nahmen 114 von 379 kommunalen Gesundheitsämtern bzw. -behörden vollständig an der Befragung teil; das entspricht einer Teilnahmequote von 30 Prozent. Weitere 120 Gesundheitsämter bzw. -behörden (32 Prozent) füllten den Fragebogen teilweise aus.

Abbildung 1 zeigt den Vergleich der Teilnahmequote der Gesundheitsämter bzw. -behörden nach Größe der Gemeinde (bzw. der Landkreise und kreisfreien Städte), in der sie angesiedelt sind. Die Beteiligung war unter den Gesundheitsämtern bzw. -behörden in Gemeinden mit 100.000 bis unter 400.000 Einwohner:innen besonders hoch; 71 Prozent der teilnehmenden Ämter gehören dieser Gruppe an. Das restliche Drittel des Rücklaufs kam aus kleinen Gemeinden (unter 100.000 Einwohner:innen) und sehr großen Gemeinden (über 400.000 Einwohner:innen).

Abbildung 1: Teilnehmende Gesundheitsämter bzw. -behörden nach Gemeindegröße



Anmerkung: Anzahl der Einwohner:innen; Abweichung der Summe der Prozentwerte von 100 möglich (Rundungsfehler)

Quelle: eigene Erhebung

Dies korrespondiert insgesamt gut zur Verteilung der Größenklassen in der Grundgesamtheit: So haben 72 Prozent aller Landkreise und kreisfreien Städte in Deutschland (Stichtag 31.12.2024) zwischen 100.000 und unter 400.000 Einwohner:innen, 7 Prozent haben 400.000 und mehr Einwohner:innen und 20 Prozent haben weniger als 100.000 Einwohner:innen (Statistisches Bundesamt 2025).

In der Zusammenschau mit diesen Angaben war die Teilnahmequote unter den Gesundheitsämtern in größeren Landkreisen und kreisfreien Städten (≥ 400.000 Einwohner:innen) leicht überdurchschnittlich und in kleineren Landkreisen und kreisfreien Städten (< 100.000 Einwohner:innen) stärker unterdurchschnittlich. Die mittelgroßen Landkreise und kreisfreien Städte (100.000 bis < 400.000 Einwohner:innen) sind mit ihren Gesundheitsämtern entsprechend ihrem Anteil an den Größengruppen vertreten.

Insgesamt sind 60 Prozent der Gesundheitsämter bzw. -behörden, die sich an der Befragung beteiligten, in einem Landkreis angesiedelt, 22 Prozent in einer kreisfreien Stadt und 8 Prozent in einer Kommune, die einen Doppelstatus als kreisfreie Stadt und Landkreis hat (9 Prozent der Teilnehmenden machten keine Angaben zum Status ihrer Kommune).

Bei der Befragung haben wir aus Datenschutzgründen darauf verzichtet, nach dem Bundesland, in dem die jeweils antwortende Behörde verortet ist, zu fragen. Daher sind bundeslandspezifische Auswertungen z. B. zur Teilnahmequote sowie eine Interpretation der Ergebnisse im Kontext der jeweiligen Landesgesundheitsgesetze nicht möglich.

3. Ergebnisse

In den folgenden Kapiteln werden die Befragungsergebnisse zum Wandel des lokalen ÖGD in Bezug auf die vier von uns unterschiedenen Modernisierungsdimensionen dargestellt.

Dabei geht es zunächst um Fragen in Bezug auf Personal und Ressourcen (Kapitel 3.1), sodann um interne Behördenorganisation, Behördenleitung und Beschäftigte (Kapitel 3.2), weiterhin um die Digitalisierung des lokalen ÖGD (Kapitel 3.3) und schließlich um die Vernetzung der Gesundheitsämter bzw. -behörden mit anderen gesundheitspolitisch relevanten Akteuren auf lokaler Ebene und deren Kommunikation (Kapitel 3.4). In Kapitel 3.5 erläutern wir die Ergebnisse mit Blick auf die Zukunftserwartungen der befragten Behörden; hier wurden neben den Antworten auf wenige geschlossene Fragen insbesondere die Antworten auf eine offene Frage ausgewertet.

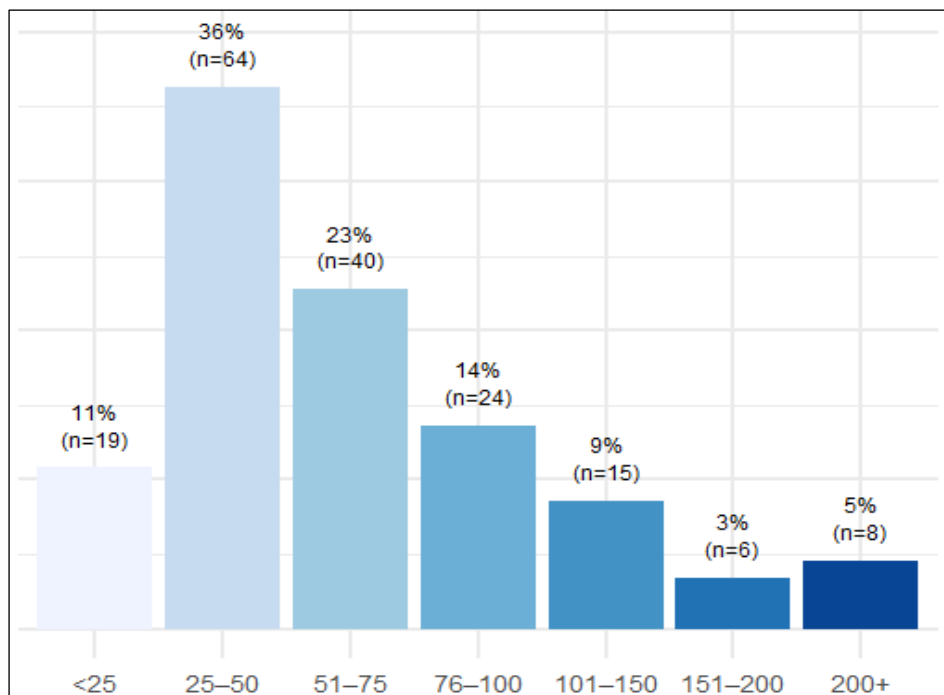
3.1 Personal, Ressourcen und Aufgaben

In einem ersten Schritt ging es darum, die aktuelle Situation der Gesundheitsämter bzw. -behörden auf kommunaler Ebene in Bezug auf ihre Ausstattung mit Personal und Ressourcen zu erfassen. Dazu wurde nach der Anzahl der in den einzelnen Ämtern bzw. Behörden zur Verfügung stehenden Stellen, ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten, gefragt. Deutlich wird, dass über die Hälfte der teilnehmenden Gesundheitsämter bzw. -behörden im mittleren Größenbereich (zwischen 25 und 75 Stellen) liegt. Nichtsdestotrotz gibt es auch kleinere Behörden mit weniger als 25 Stellen und größere, darunter einzelne sogar mit mehr als 200 Stellen (siehe Abbildung 2).

Ein Vergleich der Verteilung der einzelnen von uns unterschiedenen Größenklassen (siehe Abbildung 3) ergab – wie zu erwarten war –, dass ein großer bis sehr großer Teil der Gesundheitsämter bzw. -behörden, die in größeren Landkreisen oder kreisfreien Städten (≥ 400.000 Einwohner:innen) angesiedelt sind, über hohe bis sehr hohe personelle Ressourcen verfügt.

Die allermeisten der Gesundheitsämter bzw. -behörden, die über 200 oder mehr Vollzeitäquivalente verfügen, befinden sich in sehr großen Landkreisen oder kreisfreien Städten mit 500.000 und mehr Einwohner:innen. Interessant ist hier, dass auch einige der Kommunen mit 100.000 bis 199.999 Einwohner:innen so große bzw. personell stark besetzte Gesundheitsämter haben.

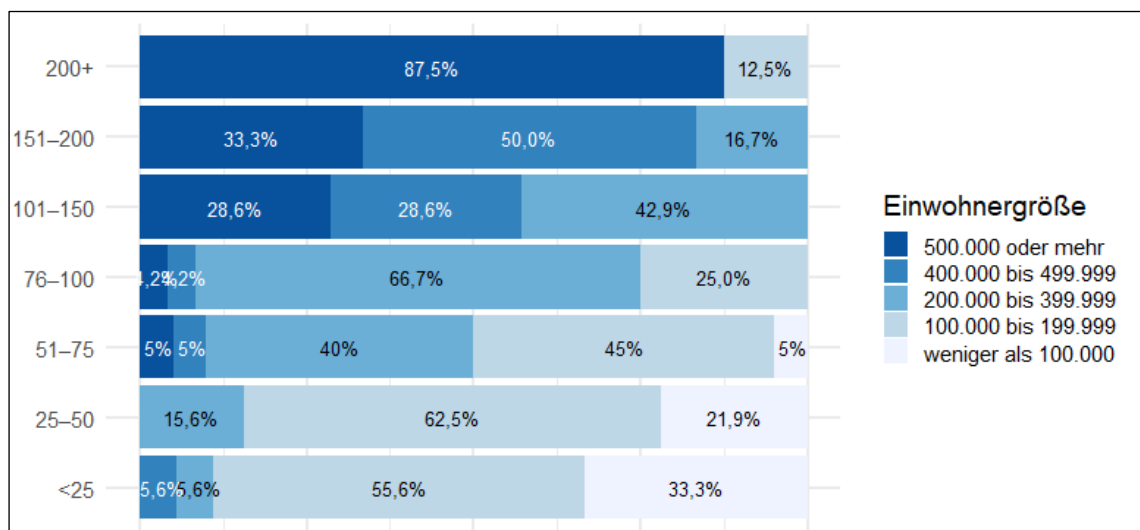
Abbildung 2: Größe der teilnehmenden Ämter bzw. Behörden nach Anzahl der zur Verfügung stehenden Stellen



Anmerkung: Stellen in Vollzeitäquivalenten; Abweichung der Summe der Prozentwerte von 100 möglich (Rundungsfehler)

Quelle: eigene Erhebung

Abbildung 3: Verteilung der Ämter- bzw. Behördengröße auf Gemeindegrößen



Anmerkung: Stellen in Vollzeitäquivalenten; Abweichung der Summe der Prozentwerte von 100 möglich (Rundungsfehler)

Quelle: eigene Erhebung

Von den Gesundheitsämtern bzw. -behörden mit 151 bis 200 Vollzeitäquivalenten liegen 50 Prozent in Gemeinden mit 400.000 bis 499.999 Einwohner:innen, während sich 67 Prozent der Gesundheitsämter bzw. -behörden mit 76 bis 100 Vollzeitäquivalenten in Gemeinden mit 200.000 bis 399.999 Einwohner:innen befinden und 63 Prozent der Gesundheitsämter bzw. -behörden mit 25 bis 50 Vollzeitäquivalenten in Gemeinden mit 100.000 bis 199.999 Einwohner:innen.

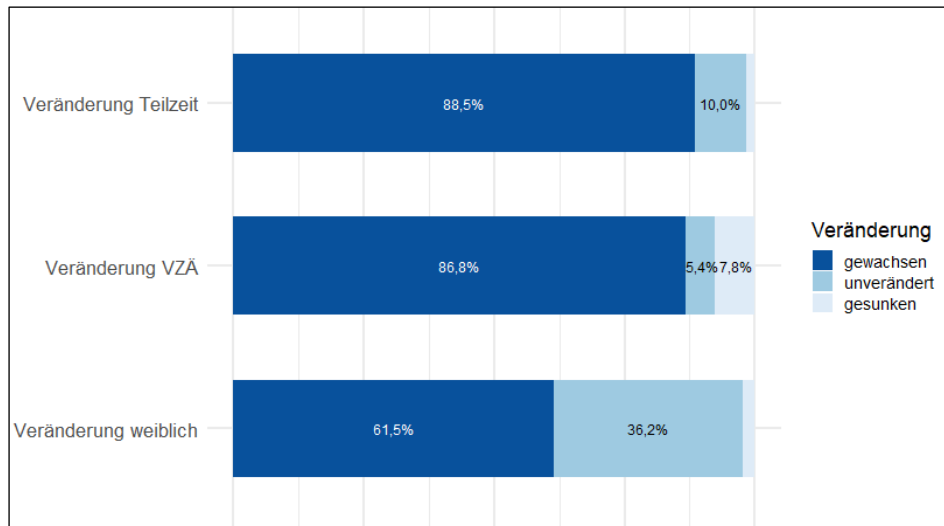
33 Prozent der Gesundheitsämter bzw. -behörden mit weniger als 25 Vollzeitäquivalenten Personalausstattung liegen in kleineren Landkreisen und kreisfreien Städten mit weniger als 100.000 Einwohner:innen. Bemerkenswert ist insgesamt die hohe Varianz in der Personalausstattung der Ämter in den Kommunen mit 100.000 bis 199.999 sowie mit 200.000 bis 399.999 Einwohner:innen. Sie könnte auf interne Organisationsunterschiede (z. B. Zusammenfassung mehrere Funktionen in der Behörde), aber auch auf Unterschiede zwischen den Ländern hinsichtlich des Aufgabenportfolios der Gesundheitsämter bzw. -behörden hindeuten.

Ein zentrales Anliegen des „Paktes für den ÖGD“ war es, dass die Gesundheitsämter bzw. -behörden insbesondere auf der kommunalen Ebene personell besser ausgestattet werden. Neben der Anzahl der zur Verfügung stehenden Personalressourcen wurden die örtlichen Gesundheitsämter bzw. -behörden daher auch nach Veränderungen in ihren Personalressourcen während der vergangenen fünf Jahre gefragt. Dabei wurden die befragten Behörden darum gebeten, konkrete Angaben zur Veränderung der Anzahl der Vollzeitäquivalente sowie zur Veränderung der Zahl der Teilzeit-Beschäftigten und der Zahl der weiblichen Beschäftigten zu machen (siehe Abbildung 4).

Hier gaben 87 Prozent der befragten Gesundheitsämter bzw. -behörden an, dass die Zahl der Vollzeitäquivalente gewachsen sei, 89 Prozent gaben an, dass sich die Zahl der Teilzeitbeschäftigten erhöht habe, und 62 Prozent gaben an, dass die Zahl der weiblichen Beschäftigten gewachsen sei.

Eine wichtige Hintergrundinformation zum besseren Verständnis dieser Daten ergibt sich aus einer Auswertung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, der zufolge bei den „örtlichen Gesundheitsbehörden“ im Jahr 2023 (zum Stichtag 31.12.2023) insgesamt 26.320 Personen beschäftigt waren (BMG/RKI/Destatis 2026). Darunter arbeiteten 12.585 in Vollzeit, 13.620 in Teilzeit und 115 auf Basis einer geringfügigen Beschäftigung (ebd.). In Zusammenschau mit den im Rahmen der Projektbefragung erhobenen Daten deutet dies darauf hin, dass im Zuge der Umsetzung des „Paktes für den ÖGD“ besonders viele Teilzeitbeschäftigte hinzugekommen sind.

Abbildung 4: Veränderung der Personalstruktur in den kommunalen Gesundheitsämtern bzw. -behörden

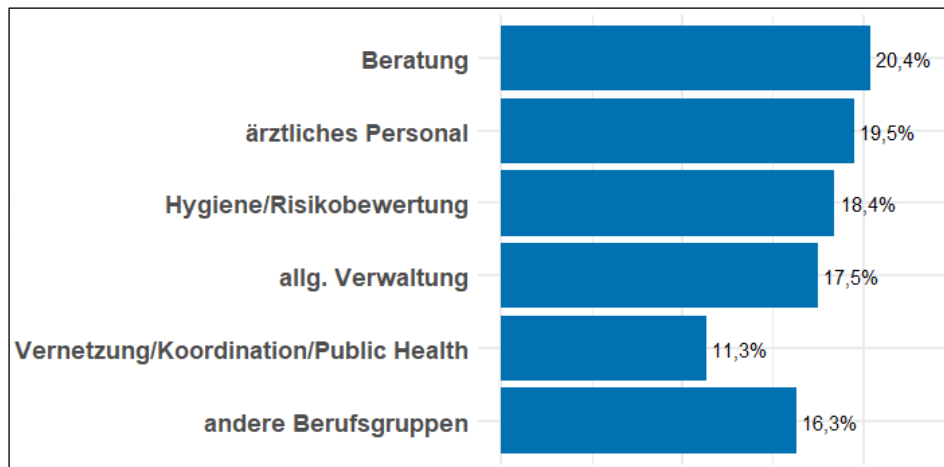


Quelle: eigene Erhebung

Der ÖGD auf kommunaler Ebene ist traditionell multiprofessionell aufgestellt. In den Gesundheitsämtern bzw. -behörden arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen im Schnittfeld von Medizin, Public Health, Sozialwissenschaft / soziale Arbeit / Sozialpädagogik und Verwaltung zusammen. Ein Ziel des Forschungsprojektes ist es zu erforschen, ob und inwieweit sich diese Multiprofessionalität und die Zusammensetzung der Berufsgruppen im lokalen ÖGD in den vergangenen Jahren verändert hat. Im Rahmen der Befragung wurde daher nach der Höhe des Anteils unterschiedlicher Berufsgruppen innerhalb der einzelnen Ämter bzw. Behörden gefragt (siehe Abbildung 5).

Zu beachten ist dabei, dass es sich um Näherungswerte handelt – die Befragten wurden gebeten, die Anteile zu schätzen, um zu vermeiden, dass der mit der Erhebung verbundene Aufwand dazu führt, den Fragebogen abubrechen. Zudem sind die Gruppen nicht immer trennscharf: Ärzt:innen können beispielsweise auch im Bereich Hygiene eingesetzt werden. Die Gruppen können unterschiedliche Berufsbilder umfassen (z.B. Biolog:innen, Hygienekontrolleur:innen) und somit in sich bereits Multiprofessionalität abbilden. Nichtsdestotrotz ermöglichen die Ergebnisse einen Überblick über die Verteilung der Tätigkeitsfelder.

Abbildung 5: Geschätzter Personalanteil nach Berufsgruppen



Anmerkung: Mehrfachnennung möglich

Quelle: eigene Erhebung

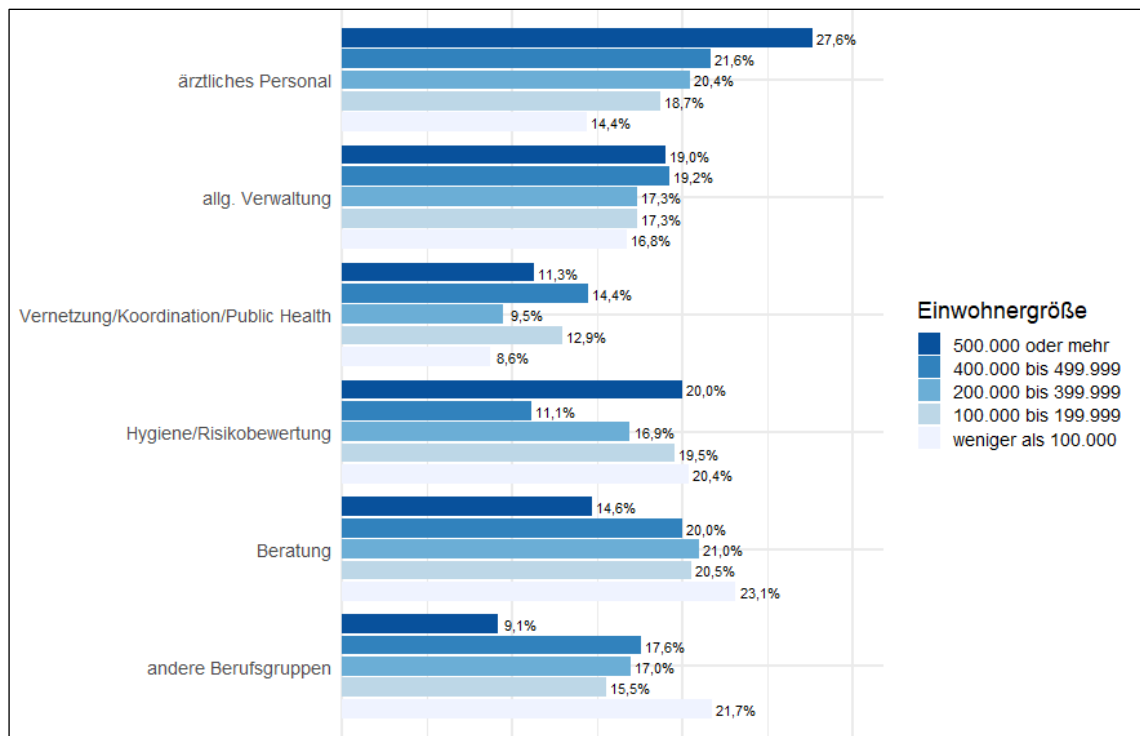
Dabei gaben die Gesundheitsämter bzw. -behörden mit Blick auf die Frage nach den Anteilen einzelner Berufsgruppen an, dass das in der gesundheitlichen und sozialen „Beratung“ tätige Personal („auf gesundheitliche, soziale, psychosoziale Beratung spezialisierte Berufe, z. B. Sozialpädagogik“) mit gut 20 Prozent die stärkste Berufsgruppe darstellt, dicht gefolgt von der Berufsgruppe „ärztliches Personal“, die mit einem Anteil von knapp unter 20 Prozent am Gesamtpersonal vertreten ist.

Dahinter folgen die Berufsgruppen „Hygiene/Risikobewertung“, „allgemeine Verwaltung“ und „Vernetzung / Public Health“ (siehe Abbildung 5). Inwieweit das Ergebnis Effekte des „Paktes für den ÖGD“ zeigt, lässt sich allein aufgrund der Erhebung nicht feststellen. Dies ist insofern interessant, als bei anderen Befragungen, z. B. im Kontext der Begleitforschung zur Umsetzung des Paktes (Beirat Pakt ÖGD 2023, S. 12), die Gruppe der Ärzt:innen als stärkste Gruppe angegeben wurde – allerdings mit Blick auf den gesamten ÖGD, also auch auf Bundes- und Länderebene.

Interessant ist auch der Vergleich der personellen Zusammensetzung je nach Größe des Gesundheitsamtes bzw. des Landkreises oder der kreisfreien Stadt, in der das Gesundheitsamt angesiedelt ist. So stellen Ärzt:innen in den zumeist großen bis sehr großen Gesundheitsämtern bzw. -behörden (≥ 151 Beschäftigte; siehe Abbildung 2), die überwiegend in großen bis sehr großen Landkreisen oder den kreisfreien Städten mit 400.000 Einwohner:innen und mehr angesiedelt sind, die größte Berufsgruppe dar.

Ab einer mittleren Größe des Landkreises oder der kreisfreien Stadt und in der Regel auch des dortigen Gesundheitsamtes (zwischen 51 und 100 Beschäftigte; siehe Abbildung 2) verkehrt sich die Reihenfolge so- dann; hier ist das in der gesundheitlich-sozialen Beratung tätige Personal die größte Berufsgruppe. Besonders deutlich ist diese Überzahl sodann in der Regel in kleinen Gesundheitsämtern bzw. -behörden (bis 50 Be- schäftigte; siehe Abbildung 2), die zumeist in kleinen Landkreisen und kreisfreien Städten mit weniger als 100.000 Einwohner:innen angesiedelt sind. Hier liegt der Anteil des Beratungspersonals bei 23 Prozent, wäh- rend der Anteil des „ärztlichen Personals“ bei lediglich 14 Prozent liegt (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Geschätzter Personalanteil nach Berufsgruppen und Einwohnergröße



Quelle: eigene Erhebung

Um die Bandbreite der beruflichen Tätigkeiten in den Gesundheitsämtern bzw. -behörden auf kommunaler Ebene abbilden und darüber hinaus den Wandel im Bereich der Multiprofessionalität erfassen zu können, wurde in der Online-Befragung danach gefragt, welche weiteren Berufsgruppen zusätzlich zu den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten in den Ämtern

bzw. Behörden tätig sind. Außerdem wurde gefragt, ob in den vergangenen fünf Jahren neue Berufsgruppen hinzugekommen sind und gegebenenfalls welche.

Mit Blick auf die erste Frage gaben die Befragten besonders häufig (33 Prozent der Antwortenden) medizinische und/oder zahnmedizinische Fachangestellte als eine weitere regelmäßig in den Gesundheitsämtern bzw. -behörden vertretene Berufsgruppe an. Ebenfalls sehr häufig angegebenen wurde die Berufsgruppenbezeichnung „Fachangestellte im Bereich Digitalisierung/IT“ o. Ä. (25 Prozent der Antwortenden). Weniger häufig (zwischen 5 und 10 Prozent der Antwortenden) wurden darüber hinaus auch Psycholog:innen, sozialmedizinische Assistent:innen, Apotheker:innen und Jurist:innen angegeben.

Insgesamt 88 Ämter/Behörden füllten die Freifeldangabe im Zusammenhang mit der entsprechenden Frage aus, wobei hier zwischen einem und neun Einträgen je angegebener Berufsgruppe gezählt wurden. Auf eine Quantifizierung der Angaben wird trotz dieser Information verzichtet, da die Beantwortung der Frage mehrfach als beispielhaft („z. B.“) und insofern offen dargestellt wurde.

Anhand der Antworten auf die ebenfalls offene Frage nach neu hinzugekommenen Berufsgruppen wurde für den Bereich der multiprofessionellen Aufstellung der Personalstruktur zumindest bei einem Teil der befragten Gesundheitsämter bzw. -behörden eine Erweiterungs- und zugleich Erneuerungsdynamik erkennbar. Insgesamt 94 Ämter bzw. Behörden lieferten hier genauere Informationen. Dabei gaben annähernd 40 Prozent der Befragten Personal im Bereich Digitalisierung als in den vergangenen fünf Jahren neu hinzugekommene Berufsgruppe an.

Eine Erweiterung fand allerdings auch innerhalb der klassischen und zentralen Berufsgruppe, nämlich beim medizinisch-ärztlichen Fachpersonal statt. So gaben 28 Prozent der Befragten an, dass in diesem Bereich spezialisiertes und insofern neues Fachpersonal hinzugekommen ist. An dritter Stelle steht nicht-medizinisches Fachpersonal, teils ohne klare Zuordnung (z. B. Biolog:innen, Jurist:innen, Gesundheitsökonom:innen, Journalist:innen), aber auch zeitlich begrenzt eingestellte Kräfte, die keiner Berufsgruppe zugeordnet werden können (z. B. Praktikant:innen).

Interessant ist der Befund, dass der Bereich „Sozialmedizin und Beratung“ kaum als Arbeitsfeld genannt wurde, in dem neue Berufsgruppen hinzugekommen sind; lediglich ein Amt bzw. eine Behörde machte mit Blick auf diesen Bereich eine Angabe („Fachkraft Prävention“).

Nicht nur Multiprofessionalität, sondern – damit direkt verbunden – auch Aufgabengabenvielfalt ist ein traditionelles Kernmerkmal des ÖGD auf kommunaler Ebene. Die konkreten Aufgaben der Gesundheitsämter bzw. -behörden als integraler Bestandteil der übergeordneten Aufgabe

der örtlichen öffentlichen Daseinsvorsorge sind in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder festgeschrieben. 15 der 16 Länder haben eigene gesetzliche Regelungen („Gesundheitsdienstgesetze“) zu Struktur, Aufbau und Aufgaben der Behörden des ÖGD auf der untersten Ebene beschlossen. Lediglich Thüringen hat diese Aspekte zum örtlichen ÖGD in Form einer Rechtsverordnung geregelt.

Diese Gesetze stimmen zwar im groben Aufbau überein, weichen jedoch in ihren konkreten Regelungen sowohl bezüglich der Organisation und des Aufbaus der Gesundheitsbehörden sowie ihrer konkreten Aufgaben teils stark voneinander ab (BVÖGD 2018; Deutscher Bundestag 2015).

Die Kernaufgaben des ÖGD im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge können drei Schwerpunkten zugeordnet werden:

- Gesundheitsschutz
- Beratung, Gesundheitsvor- und -fürsorge und Information
- Koordination, Kommunikation und Beratung anderer Behörden und der Politik

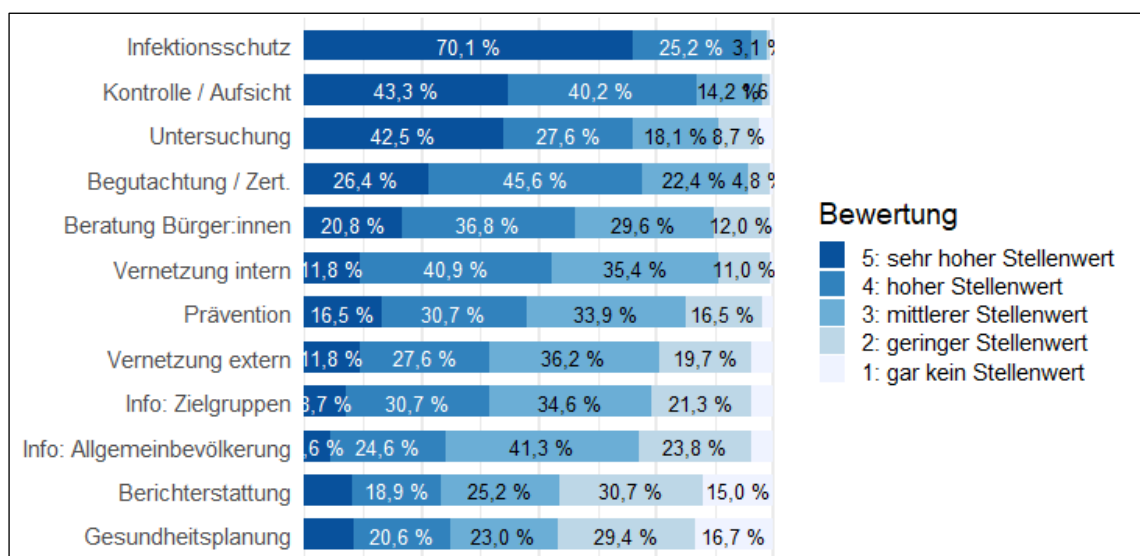
Dabei umfasst der klassische Aufgabenschwerpunkt Gesundheitsschutz die Teilbereiche Hygiene, Infektionsschutz, Arzneimittelverkehr, umweltbezogener Gesundheitsschutz, Medizinalaufsicht und das Ausbruchs- und Krisenmanagement. Zu den ebenfalls klassischen Beratungs-, Vor- und Fürsorgeaufgaben des ÖGD gehören die Durchführung von Begutachtungen, Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Einschulungsuntersuchungen, Schwangeren- und Mütterberatung) sowie weitere niedrigschwellige Beratungsangebote und aufsuchende Gesundheitshilfen. Hinzu kommen hier spezifische Aufgaben im Bereich der gemeindenahen psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Versorgung.

Der Bereich „Koordination, Kommunikation und Politikberatung“ umfasst neuere, in der jüngeren Vergangenheit ins Portfolio des ÖGD auf kommunaler Ebene in den meisten Ländern hinzugekommene Aufgaben, so die Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung und Durchführung von Gesundheitskonferenzen sowie Öffentlichkeitsarbeit (BVÖGD 2018, S. 3). In der Aufgabenwahrnehmung überwiegen klassisch die Bereiche Hygiene, Infektionsschutz, umweltbezogener Gesundheitsschutz und Medizinalaufsicht – auch weil trotz des nach Land variierenden, häufig sehr umfangreichen Aufgabenportfolios die finanziellen Aufwendungen für den ÖGD vergleichsweise gering sind (SVR 2023, S. 167).

In der Online-Befragung interessierte vor diesem Hintergrund, welchen Stellenwert die befragten Gesundheitsämter bzw. -behörden den unterschiedlichen Aufgaben beimessen. Dazu wurden die Ämter bzw. Behörden gebeten, auf einer Skala von „1“ („gar kein Stellenwert“) bis „5“ („sehr

hoher Stellenwert“) den Stellenwert unterschiedlicher Aufgaben des ÖGD im Rahmen der alltäglichen Arbeit der jeweiligen Behörde einzuschätzen. Die Gesamtbetrachtung der Antworten verdeutlicht, dass den klassischen Aufgaben im Bereich Gesundheitsschutz, teilweise auch im Bereich Beratung von der großen Mehrheit der Antwortenden ein „hoher“ oder „sehr hoher“ Stellenwert beigemessen wird (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und ihre Bewertung auf kommunaler Ebene



Quelle: eigene Erhebung

Das gilt insbesondere für die Aufgaben im Bereich „Infektionsschutz“ (95 Prozent der Antwortenden sehen hier einen „hohen“ oder „sehr hohen“ Stellenwert), „Kontrolle/Aufsicht“ (83 Prozent sehen eine „hohen“ oder „sehr hohen“ Stellenwert) sowie „Untersuchung“ und „Begutachtung/Zertifizierung“ (70 bzw. 72 Prozent geben hier einen „hohen“ oder „sehr hohen“ Stellenwert an). Ebenfalls einen hohen Stellenwert hat in den Augen einer Mehrheit der Antwortenden der Aufgabenbereich „Beratung der Bürger:innen“ (37 Prozent sehen hier eine „hohen“ und 21 Prozent einen „sehr hohen“ Stellenwert).

Sämtlichen vorwiegend in jüngerer Vergangenheit in das Aufgabenspektrum des ÖGD auf kommunaler Ebene hinzugekommenen Aufgaben („Prävention“, „Vernetzung extern“, „zielgruppenspezifische Informationsarbeit“, „Information der allgemeinen Bevölkerung“, „Gesundheitsbericht-

erstattung“, „Gesundheitsplanung“) wird hingegen von der Mehrheit der Befragten ein „mittlerer“, „geringer“ oder sogar „gar kein Stellenwert“ bemessen.

Besonders auffällig ist dies in Bezug auf die Aufgaben „Berichterstattung“ (Gesundheitsberichtserstattung) und „Gesundheitsplanung“. Hier antworteten 15 Prozent („Berichterstattung“) bzw. 17 Prozent („Gesundheitsplanung“), dass diese Aufgabe „gar keinen Stellenwert“ in der alltäglichen Arbeit in ihrem Gesundheitsamt bzw. ihrer Gesundheitsbehörde haben, und weitere 31 Prozent („Berichterstattung“) bzw. 29 Prozent („Gesundheitsplanung“) maßen diesen Aufgaben einen „geringen Stellenwert“ bei.

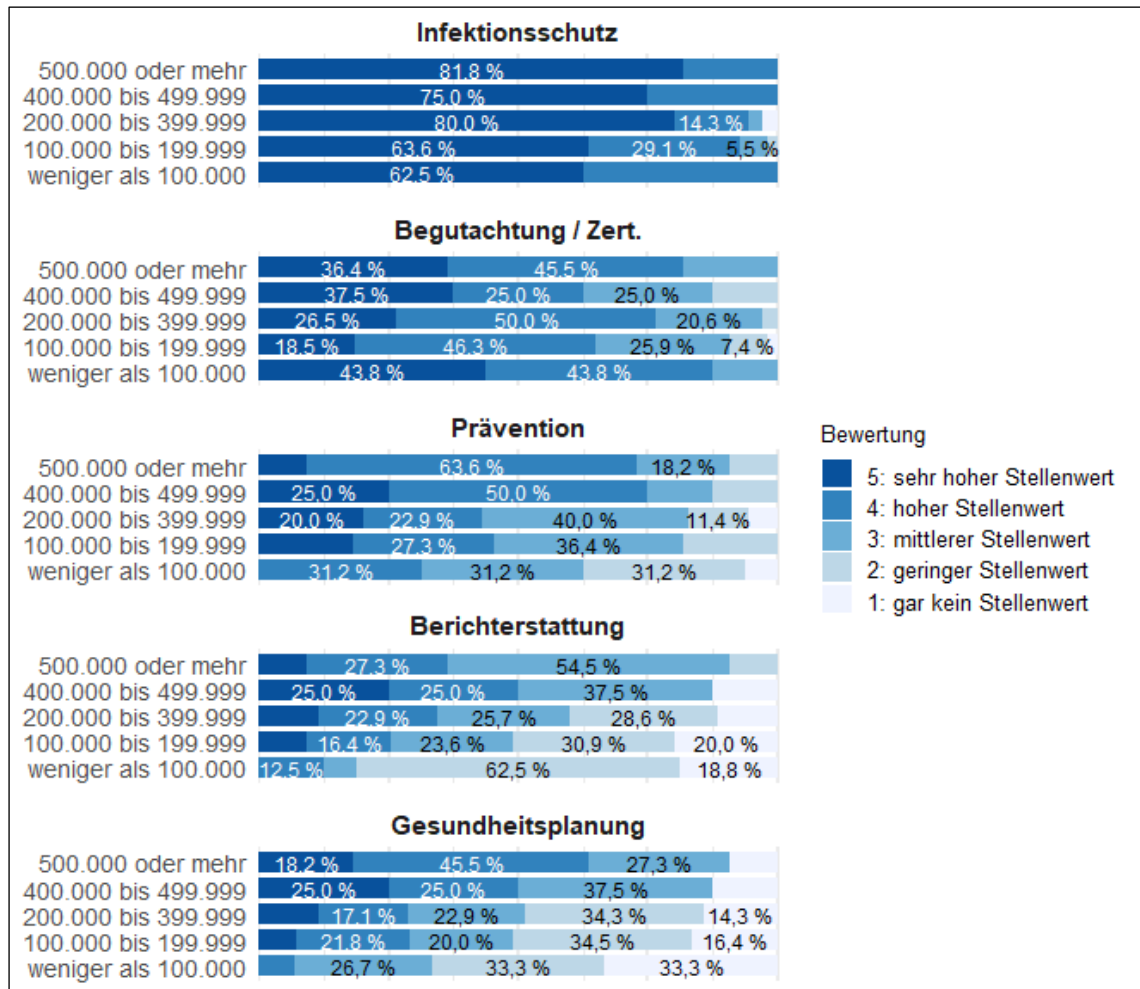
Dieses Ergebnis fällt auf den ersten Blick recht eindeutig aus, allerdings muss bei seiner Interpretation mitbedacht werden, dass Gesundheitsberichtserstattung und Gesundheitsplanung oder auch die (Mit-)Organisation von Gesundheitskonferenzen nicht in allen Ländern explizit als gesetzliche Aufgabe des ÖGD auf kommunaler Ebene geregelt ist. Im sächsischen Gesundheitsdienstgesetz und auch in der thüringischen Verordnung über den ÖGD fehlen z. B. entsprechende Aufgabenzuschreibungen.

Insgesamt muss bei der Betrachtung der Ergebnisse zum Stellenwert der unterschiedlichen Aufgaben mitbedacht werden, dass die Erfüllung der klassischen Funktionen des ÖGD in den vergangenen Jahren objektiv besonders wichtig war (Infektionsschutz zurzeit der Corona-Pandemie), und auch, dass mehrere der klassischen Aufgabenbereiche teils starke inhaltliche Änderungen erfuhren (z. B. neu hinzukommende Teilaufgaben im Bereich umweltbezogener Gesundheitsschutz, etwa Hitzeschutz).

Neben der Gesamtbetrachtung der Antworten zur Einordnung des Stellenwerts einzelner Aufgaben ist es interessant, die Einschätzung des Aufgabenstellenwerts im Vergleich von überwiegend großen Gesundheitsämtern bzw. -behörden, die in der Regel in großen bis sehr großen Landkreisen oder kreisfreien Städten angesiedelt sind, zu kleinen Gesundheitsämtern bzw. -behörden, die überwiegend in kleineren Landkreisen oder kreisfreien Städten tätig sind, zu betrachten (siehe Abbildung 8).

Das Ergebnis dieser Gegenüberstellung – konzentriert auf die zwei klassischen Kernaufgaben „Infektionsschutz“ und „Begutachtung/Zertifizierung“ mit den teils neueren Aufgaben „Prävention“, „Berichterstattung“ und „Gesundheitsplanung“ – legt nahe, dass in größeren, mit mehr Personal und Ressourcen ausgestatteten Ämtern bzw. Behörden die neueren Aufgaben tendenziell einen höheren Stellenwert in der alltäglichen Arbeit besitzen (bzw. besitzen können) als in kleineren Gesundheitsämtern bzw. -behörden mit in der Regel geringerer Ressourcenausstattung.

Abbildung 8: Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und ihre Bewertung auf kommunaler Ebene nach Gemeindegröße



Quelle: eigene Erhebung

Insgesamt ergibt sich mit Blick auf den Bereich „Personal, Ressourcen, Aufgaben“ im Rahmen der Online-Befragung ein gemischtes Bild hinsichtlich des Status quo und des Wandels. Personalaufstockung, insbesondere im medizinischen Bereich, war allgemein ein wichtiges Ziel der meisten Gesundheitsämter. Dabei deutet der Befund, dass neben dem medizinischen Personal vielfach Personal im Bereich Digitalisierung/IT eingestellt wurde, darauf hin, dass es an dieser Stelle auch um eine personelle Neuaufstellung der Gesundheitsämter geht, um notwendiges Digitalisierungsfachwissen, z. B. für die Erfüllung neuer Aufgaben der digitalisierten Meldung von Infektionsereignissen, zu akquirieren.

Die Ergebnisse der Befragung lassen nicht klar darauf schließen, dass darüber hinaus Multiprofessionalität in den Gesundheitsämtern gestärkt worden ist. So ist das als „neu hinzugekommen“ angegebene Personal überwiegend im Spektrum der schon länger in den Gesundheitsämtern vertretenen Professionen (z. B. medizinische Fachangestellte, Biolog:innen; Ökonom:innen) verortet. Im Bereich der Aufgaben deuten die Befragungsergebnisse auf eine fortgesetzt überwiegende Konzentration auf klassische Kernaufgaben hin.

Allerdings muss betont werden, dass über den internen Aufgabenwandel in den klassischen Feldern an dieser Stelle keine genaueren Daten erhoben wurden. Die Antworten auf die Fragen unter anderem nach der Vernetzung und Koordination (siehe Kapitel 3.4) deuten darauf hin, dass es hier ebenfalls einigen Wandel gegeben hat. Zugleich wird erkennbar, dass Aufgabenerweiterungen vor dem Hintergrund ausreichender Kapazitäten möglich werden. Im nachfolgenden Teil werden zentrale Befragungsergebnisse zum Themenfeld „Organisation, Amtsleitung und Beschäftigte“ vorgestellt.

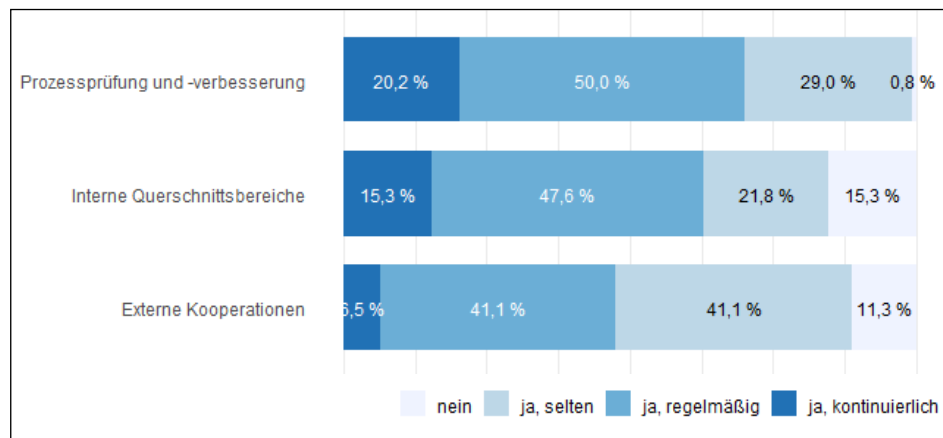
3.2 Organisation, Amtsleitung und Beschäftigte

Die Organisation der Gesundheitsämter bzw. -behörden variiert nicht nur nach Ländern, sondern auch zwischen den einzelnen Kommunen. Beispielsweise sind die betreffenden Behörden mitunter nicht allein für den Bereich Gesundheit zuständig, sondern es gibt Zuständigkeitskombinationen mit oft, jedoch nicht immer thematisch angrenzenden weiteren Bereichen. Am häufigsten wurden von den befragten Gesundheitsämtern hier das Veterinärwesen genannt, an zweiter Stelle Betreuung. Aber auch Soziales, Rettungsdienst, Straßenverkehrsamt, Umweltamt oder Ausländeramt wurden in einzelnen Fällen benannt, was die Bandbreite an organisationalen Zuständigkeiten verdeutlicht.

Um ihre Aufgaben besser zu erfüllen, können Gesundheitsämter bzw. -behörden sich organisatorisch neu aufstellen. Am häufigsten wurde – vor dem Hintergrund des „Paktes für den ÖGD“ nicht verwunderlich – die Personalaufstockung genannt (n = 109). Aber auch interne Umorganisation (n = 76), die Einrichtung von Stabsstellen (n = 68) und übergreifenden Arbeitsgruppen (n = 59) wurden häufig bestätigt. Aus der Befragung ist allerdings nicht ersichtlich, zu welchem Grad diese organisatorischen Maßnahmen der Corona-Pandemie zuzurechnen sind (gefragt wurde nach den letzten fünf Jahren).

Neben dem Aufbau wurde nach der Gestaltung von Arbeitsprozessen und deren regelmäßiger Überprüfung im Gesundheitsamt bzw. der Gesundheitsbehörde gefragt. Abbildung 9 zeigt, wie häufig die befragten Gesundheitsämter bzw. -behörden ihre Prozesse überprüfen und intern und extern kooperieren. Deutlich wird, dass fast alle hier aktiv sind, nur eine Minderheit aber angibt, kontinuierlich daran zu arbeiten.

Abbildung 9: Organisation der Arbeitsprozesse



Quelle: eigene Erhebung

So gaben 70 Prozent der Befragten an, interne Arbeitsprozesse regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls zu verbessern (50 Prozent „regelmäßig“, 20 Prozent „kontinuierlich“) und 63 Prozent gaben an, zur Verbesserung von internen Prozessen regelmäßig mit Querschnittsbereichen oder -bereichen (z. B. Personal, Organisation, IT) der Kommune zusammenzuarbeiten (48 Prozent „regelmäßig“, 15 Prozent „kontinuierlich“).

48 Prozent der Befragten führten zudem an, dass sie Anstrengungen auch zur Verbesserung von externen Kooperationsprozessen unternähmen und hier regelmäßig mit anderen kommunalen Ämtern oder Querschnittsbehörden bzw. -bereichen zusammenarbeiteten (41 Prozent „regelmäßig“, 7 Prozent „kontinuierlich“).

Die Befragung gibt keinen Aufschluss darüber, ob mit der Überprüfung von Arbeitsprozessen auch eine grundsätzliche Aufgabenkritik verbunden ist. Inwieweit also beispielsweise überprüft wird, ob bestimmte Aufgaben eine ärztliche Qualifikation erfordern, kann auf Grundlage der Daten nicht festgestellt werden. Die im Rahmen des Forschungsprojektes geführten Expert:innen-Interviews legen zumindest nahe, dass das oft nicht der Fall ist (siehe Beirat Pakt ÖGD 2023, S. 20).

Auch die formale fachliche Qualifikation der Leitung der Gesundheitsämter bzw. -behörden wurde erfragt. Hier zeigt sich, dass die ärztliche Leitung der Behörden – wie in den Gesundheitsdienstgesetzen der meisten Länder vorgeschrieben – weiterhin die Regel ist. Von den Befragten, die hierzu Angaben machten (n = 122), gaben 67 Prozent an, eine ärztliche Leitung zu haben.

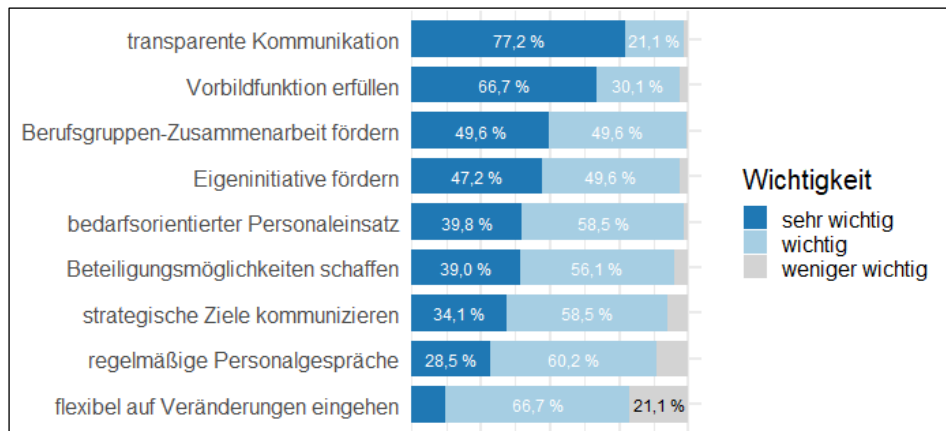
In wenigen Fällen (n = 8) besitzt die Leitung einen Verwaltungs- oder BWL-Hintergrund (dies ist häufiger bei kleineren Gemeinden der Fall), nur in einem wurde Public Health als fachliche Qualifikation angegeben. Auffällig ist aber, dass in einer nennenswerten Zahl der Fälle (n = 23) eine ärztliche Qualifikation der Leitung vorlag und darüber hinaus aber weitere Qualifikationen angegeben wurden (z. B. Verwaltung, BWL oder Public Health), die besonders für die Leitung einer Behörde qualifizieren.

Die meisten Leitungen sind seit null bis sechs Jahren in dieser Funktion tätig (je etwa ein gutes Drittel bis zu drei Jahren bzw. zwischen vier und sechs Jahren). Lediglich 30 Prozent sind bereits länger als Leitung tätig. In den zum Forschungsprojekt geführten Expert:innen-Interviews wurde erwähnt, dass während der Corona-Pandemie ein nennenswerter Austausch auf der Leitungsebene erfolgt sei. Dass ein größerer Personalwechsel stattgefunden hat, wird auch aus unseren Erhebungsdaten deutlich. Wir können allerdings mangels Vergleichsdaten zu früheren Zeiträumen keine Aussage darüber treffen, ob der große Wechsel in den Führungen der Ämter bzw. Behörden auffällig ist.

Um neben diesen formalen und strukturellen Aspekten auch Informationen zum Verständnis von „Personalführung“ der Amts- bzw. Behördenleitungen zu generieren, fragten wir danach, wodurch sich aus Sicht der Befragten „gute Personalführung“ auszeichnet (hier waren Mehrfachantworten möglich). Als besonders bedeutend wurden hier transparente Kommunikation und die eigene Vorbildwirkung eingeschätzt. 77 Prozent der Befragten erklärten „transparente Kommunikation“ als „sehr wichtig“ und 67 Prozent sahen „Vorbildfunktion erfüllen“ als „sehr wichtig“ an (siehe Abbildung 10).

Neben diesen nach innen gerichteten Aspekten der Personalführung wurde auch nach dem Austausch der Gesundheitsämter bzw. -behörden mit externen öffentlichen Akteuren gefragt. Über 80 Prozent der Befragten bestätigten hier, sich regelmäßig mit den Amtsleitungen anderer kommunaler Behörden auszutauschen. 57 Prozent stimmen sich zudem regelmäßig mit der obersten Verwaltungsleitung (z. B. dem Landrat bzw. der Landrätin) ab. Die Hälfte kommuniziert regelmäßig mit dem jeweiligen Landesgesundheitsministerium. Etwas seltener tauschen sich die Befragten mit dem Personalrat (z. B. des Landkreises) und mit dem Landesgesundheitsamt aus.

Abbildung 10: Bewertung von Führungsaspekten



Quelle: eigene Erhebung

Rückschlüsse auf die Bedeutung, die die befragten Leitungen der Gesundheitsämter bzw. -behörden den unterschiedlichen Akteuren beimessen, können hier nicht gezogen werden. Vielfach erfolgt der Austausch funktionsbedingt; so wird der Personalrat in der Regel eher von der Personalstelle des Gesundheitsamtes bzw. der Gesundheitsbehörde und weniger von der Amtsleitung kontaktiert.

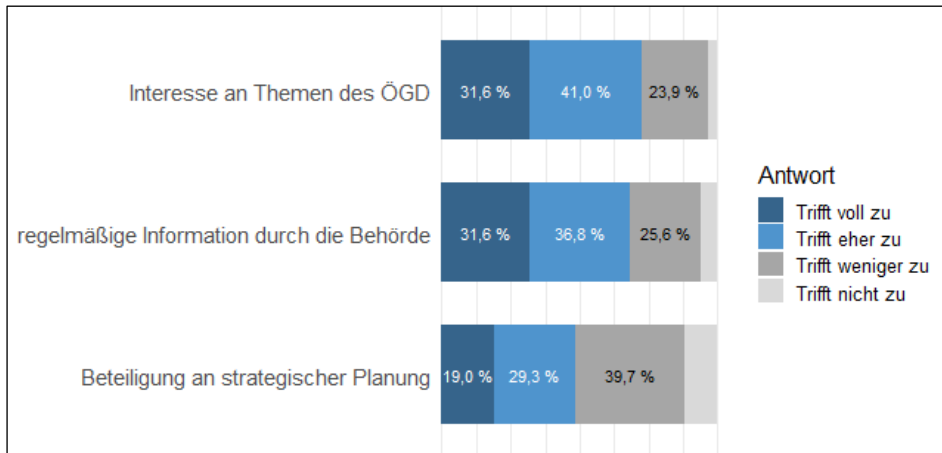
Über ein Viertel der Befragten tauscht sich regelmäßig mit dem Landesgesundheitsministerium und mit dem Landesgesundheitsamt aus. Allerdings steht auch mehr als ein Drittel weder mit dem einen noch dem anderen im Austausch. Darüber hinaus gibt Gesundheitsämter bzw. -behörden, die sich entweder nur mit dem Landesgesundheitsministerium (19 Prozent) oder nur mit dem Landesgesundheitsamt (12 Prozent) austauschen.

Bei der Interpretation dieser Befunde ist zu berücksichtigen, dass die Zuständigkeiten nach Ländern variieren und auch nicht alle Länder ein Landesgesundheitsamt eingerichtet haben. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass es eine unterschiedlich enge Abstimmung mit der politischen Leitung der jeweiligen Kommune gibt.

In Abbildung 11 sind die Antworten zur Frage nach dem Verhältnis der Amtsleitung des Gesundheitsamtes bzw. der Gesundheitsbehörde zur politischen Leitung der Kommune (Oberbürgermeister:in, Hauptverwaltungsbeamter bzw. -beamtin, Landrat bzw. Landrätin) dargestellt. Während eine Mehrzahl der Befragten der politischen Leitung Interesse an ÖGD-Themen bescheinigt und auf einen regelmäßigen Austausch hinweist, wird das Gesundheitsamt bzw. die Gesundheitsbehörde nur in etwa

der Hälfte der Fälle an strategischer Planung der Kommune im Bereich Gesundheit beteiligt.

Abbildung 11: Verhältnis der Amtsleitung zur politischen Leitung

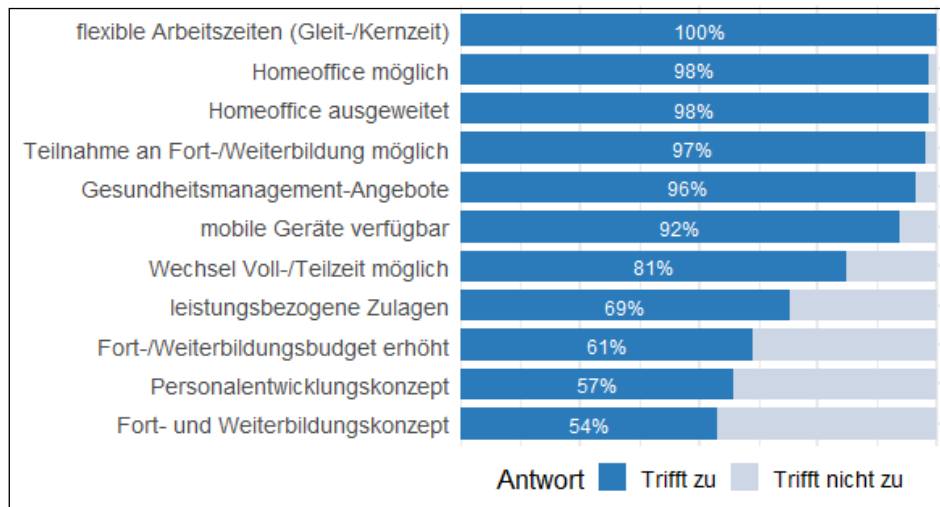


Quelle: eigene Erhebung

Die Arbeitsbedingungen stellen im Sinne des Projektfokus auf den ÖGD als Arbeitgeber einen wichtigen Aspekt der Befragung dar. Bei der Betrachtung der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Amtsleitungen der Gesundheitsämter bzw. -behörden befragt wurden. Daher wurde bewusst eine Auswahl von Maßnahmen abgefragt, sodass die Befragung in Bezug auf die Frage der Arbeitgeberattraktivität des ÖGD auf kommunaler Ebene als Ergänzung zu weiteren Erhebungen und Studien (Arnold et al. 2023; Beirat Pakt ÖGD 2023; Beirat Pakt ÖGD 2025) gelesen werden kann.

Deutlich wird hier (siehe Abbildung 12), dass in der überwiegenden Zahl der Gesundheitsämter bzw. -behörden unterschiedliche Aspekte attraktivitätsfördernder Arbeitsbedingungen (BMG/GMK 2023, S. 10–13) vorzufinden sind. So gibt es beispielsweise flexible Arbeitszeitmodelle, Homeoffice-Optionen (inkl. Bereitstellung mobiler Endgeräte), Weiterbildungsangebote, Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie Wechselmöglichkeiten zwischen Voll- und Teilzeit („Wie stellen sich die Arbeitsbedingungen in Ihrer Gesundheitsbehörde (ggf. als Bestandteil des übergeordneten Landratsamtes) dar?“).

Abbildung 12: Arbeitsbedingungen



Quelle: eigene Erhebung

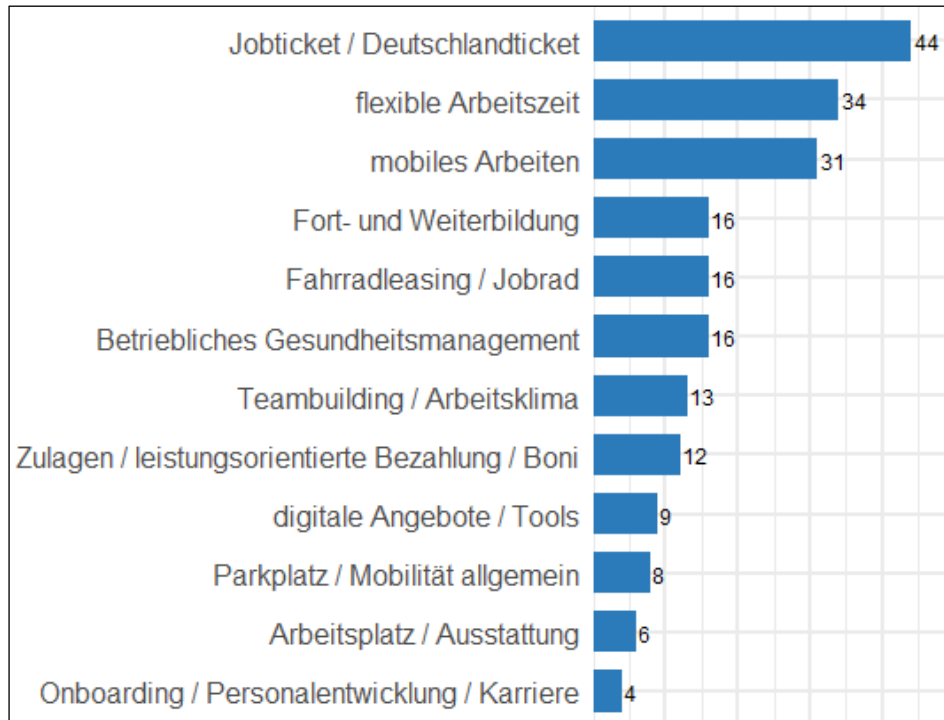
Seltener, aber von einer Mehrheit der Befragten wurde dabei angegeben, dass die Gestaltung der Arbeitsbedingungen strategisch-konzeptionell von Bedeutung ist. So berichteten 57 Prozent der Leitungen, dass das jeweilige Gesundheitsamt bzw. die Gesundheitsbehörde ein eigenes Personalentwicklungskonzept habe, und 54 Prozent gaben an, ein Fort- und Weiterbildungskonzept zu haben. Somit bestehen zwar auf individueller Ebene vielfältige Angebote im Bereich der Gestaltung der Arbeitsbedingungen, das Thema wird allerdings seltener im Rahmen einer gesamthafter Organisationsstrategie behandelt.

Dies lässt sich zumindest implizit mit dem in den Expert:innen-Interviews geäußerten Problem der fehlenden Aufstiegschancen bzw. Verdienstmöglichkeiten in Verbindung bringen: Wenn eine organisationale Strategie fehlt, wie beispielsweise Weiterqualifizierung auch einen Aufstieg innerhalb der Behörde ermöglicht, fehlen einerseits Anreize für Weiterentwicklung, andererseits aber auch ein wichtiger Aspekt von Attraktivität als Arbeitgeber.

Konkrete Maßnahmen, um den ÖGD auf kommunaler Ebene als Arbeitgeber attraktiver zu machen, wurden über ein Freitextfeld zur entsprechenden Frage erhoben. Am häufigsten wurde hier (siehe Abbildung 13) die Finanzierung eines Jobtickets bzw. Deutschlandtickets für die Beschäftigten genannt ($n = 44$), gefolgt von flexiblen Arbeitszeiten ($n = 34$) und der Möglichkeit zum Homeoffice oder zu mobilem Arbeiten ($n = 31$). Auch Fort- und Weiterbildungsangebote, die Existenz von Job-Fahrrädern, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Teambuildingaktionen und

Zulagen wurden mehrfach als Maßnahmen, die zur Steigerung der Attraktivität des ÖGD als Arbeitgeber ergriffen werden, genannt.

Abbildung 13: Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität als Arbeitgeber



Anmerkung: Anzahl der Nennungen

Quelle: eigene Erhebung

Bemerkenswert erscheint, dass die Befragten – die Amtsleiter:innen der lokalen Gesundheitsbehörden – in ihren Freitextantworten zur Frage nach Maßnahmen der Attraktivitätssteigerung das Thema Bezahlung der Mitarbeitenden nicht angesprochen haben. Dieses Thema ist in den von uns geführten Expert:innen-Interviews mehrfach im Zusammenhang mit der Attraktivitätsfrage erwähnt worden, wobei auch darauf hingewiesen wurde, dass auch andere Aspekte, wie die Flexibilität der Arbeitszeiten oder auch Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, die die Befragten hier an zweiter und vierter Stelle nannten, als attraktivitätssteigernd wahrgenommen werden.

Insgesamt kann in Ergänzung weiterer Studien (Arnold et al. 2023; Beirat Pakt ÖGD 2023; Beirat Pakt ÖGD 2025) festgehalten werden, dass die Attraktivität des ÖGD auf kommunaler Ebene als Arbeitgeber von

einem Bündel von unterschiedlichen Faktoren abhängt. Bezahlung ist hier ein wesentlicher Aspekt, wichtig sind aber auch berufliche Aufstiegs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten und auch die konkrete Ausgestaltung des Arbeitsplatzes und der jeweiligen Arbeitsbedingungen vor Ort.

In der Gesamtschau deuten die Befragungsergebnisse für den Bereich der Behördenorganisation und der Beschäftigungsbedingungen beim ÖGD auf kommunaler Ebene darauf hin, dass die Gesundheitsämter bzw. -behörden weitgehend an einer klassischen Perspektive auf die Aufbau- und Prozessorganisation festhalten. Dies gilt – qua gesetzlicher Grundlage in den meisten Ländern – mit Blick auf den professionell-fachlichen Hintergrund der Behördenleitungen (ärztliche Leitung), aber auch mit Blick auf die bevorzugten Aspekte guter Personalführung sowie zur Stärkung der Arbeitgeberattraktivität.

3.3 Digitalisierung

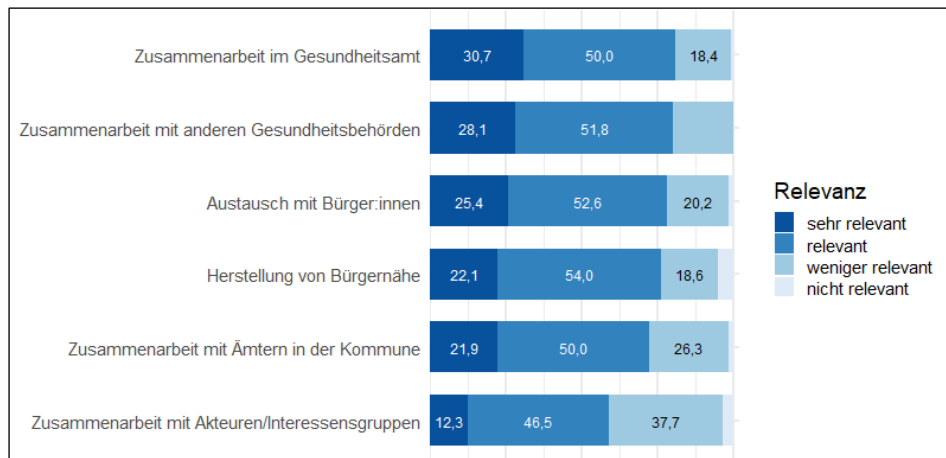
Ein zentraler Aspekt aktueller Modernisierungsbestrebungen ist die Digitalisierung. Eine Reihe der im Umsetzungskatalog des Onlinezugangsgesetzes aufgeführten Leistungen fallen in den Zuständigkeitsbereich der Gesundheitsämter bzw. -behörden. Auch der „Pakt für den ÖGD“ legte einen Schwerpunkt auf die Digitalisierung.

Digitalisierung kann mit unterschiedlichen Zielen verbunden sein. Abbildung 14 zeigt, dass für die Befragten die interne Zusammenarbeit sowie die Zusammenarbeit mit anderen Behörden im Öffentlichen Gesundheitswesen an erster Stelle stehen („Die Digitalisierungsmaßnahmen meiner Gesundheitsbehörde helfen der Amtsleitung ...“). Auch zum Austausch mit Bürger:innen und für die Herstellung von Bürgernähe ist Digitalisierung für über drei Viertel der Befragten ein (sehr) relevantes Instrument.

Nahezu gleich relevant wird die Digitalisierung für die Zusammenarbeit mit anderen Ämtern in der Kommune angesehen. Allerdings kann daraus nicht abgeleitet werden, ob digitalisierte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Ämter bzw. Behörden innerhalb der Kommunalverwaltung ein angestrebtes Ziel ist oder ob die Einschätzung auf gelebter Erfahrung beruht.

Etwas seltener, aber immer noch von einer Mehrheit der Befragten wird Digitalisierung als relevante Basis für die Zusammenarbeit mit weiteren, nicht-öffentlichen Akteuren genannt. Insgesamt wird an den hohen Zustimmungswerten zur Frage der Relevanz der Digitalisierung für unterschiedliche Zwecke deutlich, dass es sich aus Sicht der Befragten um ein wichtiges Mittel zur Realisierung unterschiedlicher Formen des Austauschs und der Zusammenarbeit handelt.

Abbildung 14: Zwecke von Digitalisierungsmaßnahmen



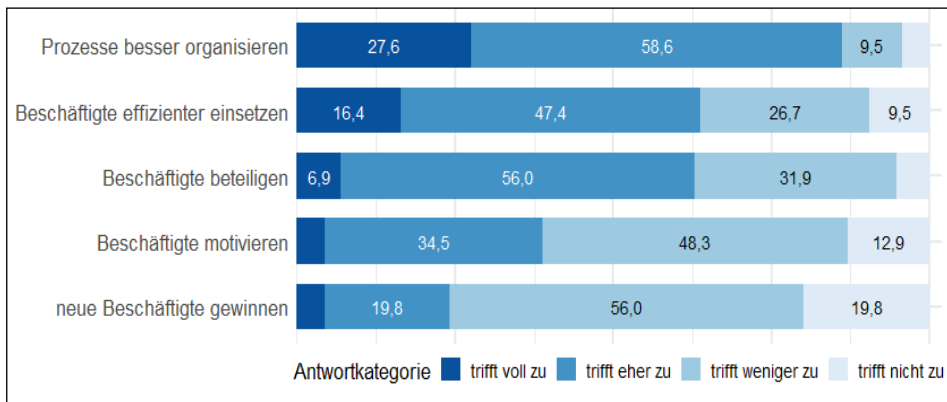
Anmerkung: Angaben in Prozent

Quelle: eigene Erhebung

Welchen Nutzen haben Digitalisierungsmaßnahmen nun aus Sicht der Befragten für die Behörde selbst? Mit einer entsprechenden Frage wurde ein genauerer Blick darauf geworfen, wie und inwieweit Digitalisierung nach Einschätzung der Befragten der Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitsamtes bzw. der Gesundheitsbehörde dienlich sein kann. Den größten Gewinn sehen die Befragten in der besseren Organisation von Prozessen.

Effekte in Bezug auf die Beschäftigten wurden dagegen seltener genannt. Dabei wird bei den Antwortoptionen, die stärker auf die Arbeitsorganisation abstellen – effizienter Personaleinsatz und Beteiligung der Beschäftigten – deutlich häufiger Zustimmung signalisiert als bei denjenigen, die die Motivation von Beschäftigten oder auch die Gewinnung von neuen Mitarbeitenden zum Gegenstand haben. Digitalisierung wird also von den befragten Amts- bzw. Behördenleitungen vor allem als Instrument zur Optimierung der Arbeitsorganisation wahrgenommen und weniger als Maßnahme einer darüber hinausgehenden verbesserten Einbindung der Beschäftigten (siehe Abbildung 15).

Abbildung 15: Nutzen von Digitalisierungsmaßnahmen

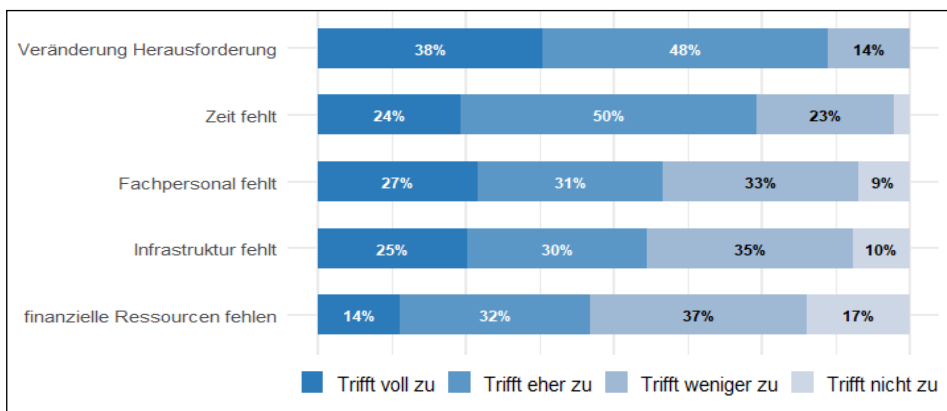


Anmerkung: Angaben in Prozent

Quelle: eigene Erhebung

Diese Beobachtung wird auch durch die Antworten auf die Frage nach den Herausforderungen von Digitalisierung gestützt (siehe Abbildung 16). Als größtes Problem hinsichtlich der Umsetzung von Digitalisierungsmaßnahmen wird die Überforderung der Beschäftigten mit den damit einhergehenden Veränderungen des Arbeitsalltags genannt. Für 86 Prozent der Befragten trifft die entsprechende Antwortoption voll oder eher zu. Auch den Mangel an Zeit für die Umsetzung nimmt eine Mehrheit als problematisch wahr. 74 Prozent stimmen der Aussage, es fehle die Zeit, die Maßnahmen vollständig umzusetzen, voll oder eher zu.

Abbildung 16: Probleme der Amtsleitung im Zusammenhang mit Digitalisierungsmaßnahmen



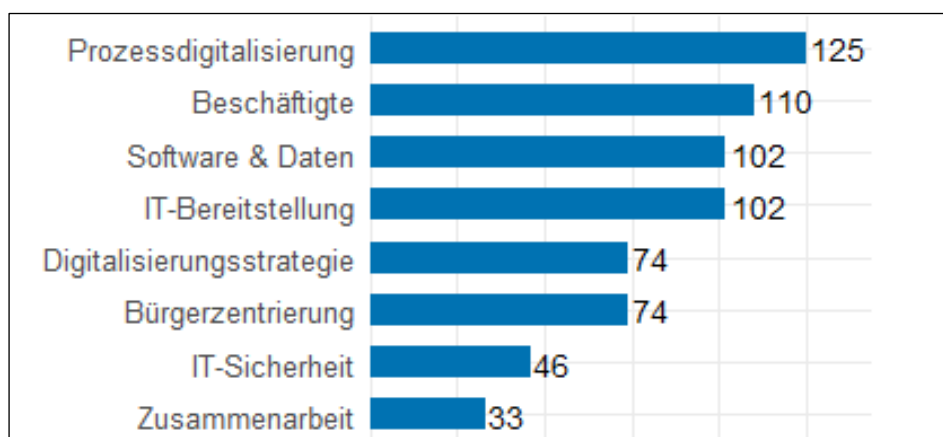
Quelle: eigene Erhebung

Etwas seltener, aber immer noch von einer Mehrheit der Befragten (58 Prozent) wird zudem ein Mangel an Fachpersonal und Infrastruktur als notwendige Voraussetzungen für erfolgreiche Digitalisierung konstatiert. Lediglich in Bezug auf finanzielle Ressourcen sieht nur der kleinere Teil der Befragten ein Problem. Angesichts der Digitalisierungsmittel aus dem „Pakt für den ÖGD“ scheint es also zwar keinen Mangel an finanziellen Mitteln zu geben, doch die Umsetzung und Nutzung stellt die Gesundheitsämter bzw. -behörden und ihre Beschäftigten vor Herausforderungen. Zu berücksichtigen ist, dass viele Projekte noch laufen – eine abschließende Beurteilung ist daher zu diesem Zeitpunkt verfrüht.

An politischer Unterstützung vonseiten der Kommune mangelt es dabei in den meisten Fällen nicht. 74 Prozent der Befragten erklärten, die Digitalisierung ihrer Behörde werde politisch (durch Landrät:in oder Bürgermeister:in) unterstützt; nur 10 Prozent verneinten diese Frage.

Die bisherigen Befunde bestätigen sich auch mit Blick auf die Gewichtung der Dimensionen des „Reifegradmodells für die Digitalisierung der Gesundheitsämter“ durch die Befragten. Das Modell wurde im Zuge der Umsetzung des „Paktes für den ÖGD“ vom Fraunhofer Institut in Kooperation mit mehreren Universitäten und mehr als 60 Akteuren des ÖGD in den Jahren 2021 und 2022 entwickelt (Eymann et al. o. J. a). Seine insgesamt acht Dimensionen zur Messung der digitalen Reife der Gesundheitsämter bzw. -behörden in Deutschland sind in Abbildung 17 genannt.

Abbildung 17: Priorisierung der Reifegraddimensionen



*Anmerkung zur Codierung/Gewichtung: Die genannten Werte geben die Gesamtpunktzahl wieder; Nennung an erster Stelle – drei Punkte; Nennung an zweiter Stelle – zwei Punkte; Nennung an dritter Stelle – ein Punkt
Quelle: eigene Erhebung*

In der entsprechenden Frage wurden die Befragten gebeten, die drei aus ihrer Sicht wichtigsten Dimensionen des Modells zu priorisieren. Erneut wird hier deutlich, dass der Fokus vor allem auf der Arbeitsorganisation liegt, aber auch, dass die Rolle der Beschäftigten für eine erfolgreiche Digitalisierung zentral erscheint (Eymann et al. o. J. b). Auch das Vorhandensein der technischen IT-Grundlagen (Soft- und Hardware) wird relativ häufig als Basis für gelingende Digitalisierung genannt. Bemerkenswert ist, dass Digitalisierung in den wenigsten Fällen als Basis für die Ermöglichung von Zusammenarbeit (intern, extern) eingestuft wird.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich gerade im Bereich der Digitalisierung in der jüngeren Vergangenheit – vor dem Hintergrund der Umsetzung des „Paktes für den ÖGD“ – größere Veränderungen in den Gesundheitsämtern bzw. -behörden ergeben haben. Der Schwerpunkt dieser modernisierungsorientierten Anpassungen lag dabei (bislang) auf der (besseren) Ausstattung der Behörden mit digitaler Infrastruktur sowie auf der (Neu-)Gestaltung der internen Prozessorganisation und Nutzung der Digitalisierung als Weg zu einem besseren internen Schnittstellenmanagement.

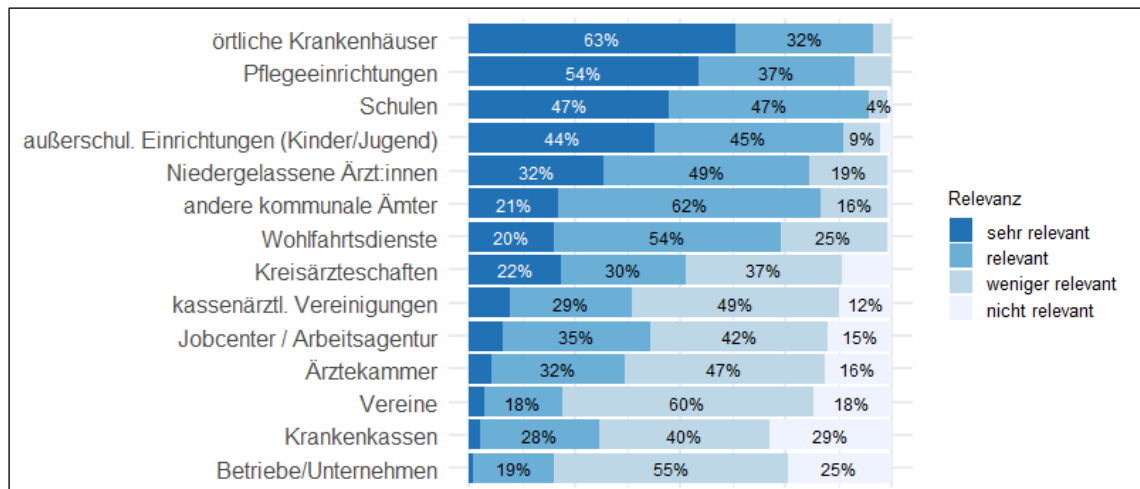
3.4 Vernetzung und Kommunikation

Der Austausch mit anderen Akteuren mit einer (mehr oder weniger engen) Verbindung zum Gesundheitswesen in der Kommune ist ein wichtiges Element in der alltäglichen Arbeit der Gesundheitsämter bzw. -behörden. Zahlreiche Aufgaben erfordern die Koordination oder auch Kooperation mit anderen Akteuren.

Daher fragten wir danach, welche Relevanz dem regelmäßigen Kontakt und Austausch des Gesundheitsamtes bzw. der Gesundheitsbehörde mit unterschiedlichen Akteuren in der Kommune beigemessen wird. An oberster Stelle stehen hier die örtlichen Krankenhäuser (siehe Abbildung 18). Den regelmäßigen Austausch mit diesen bezeichnen 63 Prozent der Befragten als „sehr relevant“ und 32 Prozent als „relevant“, dicht gefolgt von Pflegeeinrichtungen (54 Prozent „sehr relevant“ und 37 Prozent „relevant“).

Auch dem regelmäßigen Kontakt mit Schulen sowie Kinder- und Jugendeinrichtungen wird eine hohe Relevanz beigemessen, was schon aufgrund der Durchführung von Reihenuntersuchungen naheliegt. Der regelmäßige Austausch mit den niedergelassenen Ärzt:innen, anderen kommunalen Ämtern und Wohlfahrtsdiensten wird von einer deutlichen Mehrheit der Befragten als „relevant“ eingeschätzt.

Abbildung 18: Relevanz des Kontakts mit kommunalen Akteuren



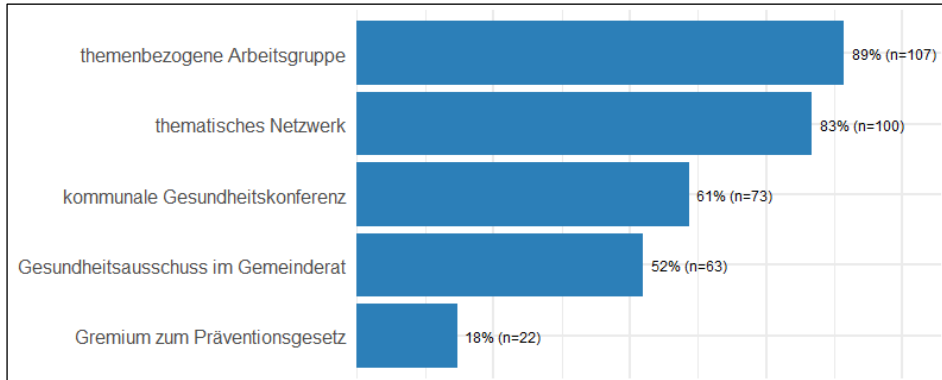
Quelle: eigene Erhebung

Hingegen ist der Kontakt zur Kassenärztlichen Vereinigung und zu Krankenkassen als den Kerninstitutionen der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens und zentralen Akteuren der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in der Kommune für die Mehrheit der Befragten weniger bis nicht relevant. Gleiches gilt für die Ärztekammer. Auch weitere Akteure, die im weiteren Sinne mit gesundheitspolitischen Fragen in der Kommune in Berührung kommen, z. B. die Jobcenter, Betriebe/Unternehmen oder Vereine, werden überwiegend als weniger relevant angesehen.

Vernetzung und Austausch erfolgen nicht nur bilateral mit konkreten Akteuren, sondern auch über mehr oder weniger institutionalisierte Strukturen (Netzwerke und Gremien). Fast alle befragten Gesundheitsämter bzw. -behörden gaben zur Frage nach dem Vorhandensein derartiger Strukturen an (siehe Abbildung 19), dass es in ihrer Kommune mindestens ein entsprechendes Gremium gebe (Mehrfachantworten waren möglich).

Dabei sind thematische Arbeitsgruppen (89 Prozent) und auch thematische Netzwerke (83 Prozent) sehr weit verbreitet. Kommunale Gesundheitskonferenzen, deren Einrichtung als dauerhafte Struktur in einigen Bundesländern gesetzlich vorgeschrieben ist, sind ebenfalls verbreitet. 61 Prozent der Befragten gaben diese Antwortoption an. Seltener, doch gleichwohl immer noch in einer Mehrheit der Fälle (52 Prozent), die geantwortet haben, verfügt die jeweilige Kommune über einen Gesundheitsausschuss als formales Gremium innerhalb der Ratsstruktur.

Abbildung 19: Gesundheitspolitische Gremien und Netzwerke in der Kommune



Quelle: eigene Erhebung

In diesen Fällen ist die Wahrscheinlichkeit, dass die jeweilige Kommune eine eigene kommunale gesundheitspolitische Strategie entwickelt, besonders hoch, auch wenn dies nicht in jedem Fall unmittelbare Folgen für den lokalen ÖGD haben muss.

Nur 18 Prozent der Kommunen verfügen über ein eigenes Gremium im Zusammenhang der Umsetzung des Präventionsgesetzes von 2015. Dessen Umsetzung ist zunächst auf Landesebene über die Landesrahmenverträge geregelt (Böhm/Klennert 2019). Sehen diese in der Regel eine Kooperation mit den Kommunen vor, so kann angenommen werden, dass in diesem Kontext vor Ort anfallende Aufgaben überwiegend von anderen Gremien mit übernommen werden.

Interessant ist, dass fast überall mehrere Gremien mit gesundheitspolitischem Bezug existieren und dass dabei in 25 Prozent der Kommunen, in denen die befragten Gesundheitsämter bzw. -behörden liegen, sowohl eine Kommunale Gesundheitskonferenz als auch ein Gesundheitsausschuss existieren. In 10 Prozent der Fälle sind sogar alle der als Antwoption aufgelisteten Gremien vorhanden. Teils recht dichte Vernetzungsstrukturen scheinen also gegeben zu sein.

In einem Freitextfeld konnten die Befragten darüber hinaus weitere Netzwerk- oder Austauschstrukturen mit gesundheitspolitischem Bezug, die in ihrer Kommune vorhanden sind, angeben. Hier wurden vielfach interdisziplinäre Arbeitsgruppen verschiedener Akteurskonstellationen zu unterschiedlichen Themen (z. B. Migrant:innen/Geflüchtete, Sucht), Dialogforen sowie besondere Netzwerkstrukturen (z. B. Multiresistente Erreger, Psychiatrie, Hygiene) genannt, aber auch thematische Stammtische, Qualitätszirkel und Gesundheitsregionen (siehe Abbildung 19).

Die 61 Prozent der Gesundheitsämter bzw. -behörden, die angaben, dass es in ihrer Kommune eine Kommunale Gesundheitskonferenz gibt, wurden zusätzlich über die Aufgaben der Gesundheitskonferenz befragt. 92 Prozent gaben hier an, dass der regelmäßige Austausch der gesundheitspolitischen Akteure die zentrale Aufgabe der Konferenz sei. Nur in einer Minderheit (43 Prozent) der Fälle geht es dabei auch um die Ausarbeitung gesundheitspolitischer Strategien für die Kommune. Koordination und weniger Mitwirkung an der politisch-strategischen Gestaltung steht damit im Zentrum der Kommunalen Gesundheitskonferenz.

Thematische Schwerpunkte der Gesundheitskonferenz konnten in einem Freitextfeld benannt werden. Hier wurde eine große Bandbreite an Themen benannt, die von Fachkräftemangel über psychische Gesundheit bis hin zu Hitzeschutz reichten. Besonders häufig gaben die Befragten dabei „ärztliche Versorgung“ bzw. „hausärztliche Versorgung“ als Gegenstand des Austauschs an.

Im Großteil der Fälle (74 Prozent) nimmt das Gesundheitsamt bzw. die Gesundheitsbehörde für die jeweilige Kommunale Gesundheitskonferenz eine tragende Funktion (Organisation, Vorsitz) ein. In 19 Prozent ist die Behörde ein Mitglied und in Einzelfällen (7 Prozent) lediglich Zuhörer oder gelegentlicher Gast.

Insgesamt zeigt die Befragung für den Bereich Vernetzung und Kommunikation, dass in den Kommunen eine breitgefächerte strukturelle Basis für einen wechselseitigen Austausch der mit dem Thema Gesundheit befassten Akteure vorhanden ist. Dies geht in der Mehrheit der Fälle, die an der Befragung teilnahmen, über die Existenz lediglich loser Vernetzungsstrukturen hinaus und trägt einen stärker institutionalisierten Charakter (Gesundheitsausschuss; Kommunale Gesundheitskonferenz). Für die Gesundheitsämter bzw. -behörden sind die Kommunalen Gesundheitskonferenzen dabei besonders wichtige Gremien, in denen sie (mehrheitlich) eine wichtige Rolle als Netzwerk- und Koordinationsakteure spielen.

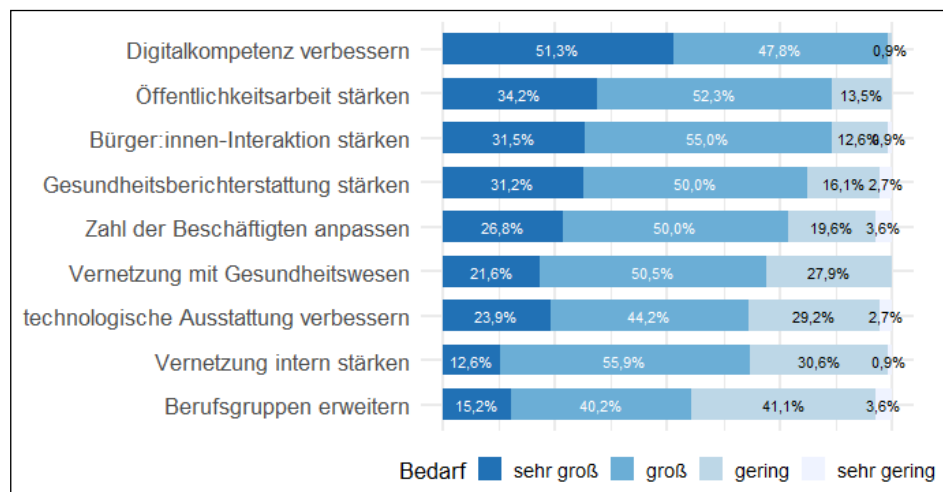
Die weitere Erforschung der Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen und der Rolle des lokalen ÖGD darin erscheint lohnenswert, unter anderem um valide erfassen zu können, welchen Stellenwert die in dieser Befragung sichtbar gewordene Schwerpunktsetzung auf die ärztliche Versorgung vor Ort (und ihre Sicherung) – also ein Thema, das nicht zum Aufgabenspektrum des ÖGD gehört – im Rahmen entsprechender Strukturen einnimmt.

3.5 Zukunft der lokalen Gesundheitsämter

Abschließend wurden die Befragten (Behördenleiter:innen) gebeten, eine Einschätzung der Bedarfe mit Blick auf die weitere Entwicklung ihres jeweiligen Gesundheitsamtes bzw. ihrer Gesundheitsbehörde in unterschiedlichen Bereichen bzw. mit Blick auf unterschiedliche Herausforderungen abzugeben (siehe Abbildung 20).

Den größten Bedarf sehen die Befragten bei der Verbesserung der Digitalkompetenz der Beschäftigten. Fast alle Befragten gaben hier einen „großen“ (48 Prozent) oder „sehr großen“ (51 Prozent) Entwicklungsbedarf an. Mit etwas Abstand dahinter wurde ein „großer“ (52 Prozent) oder „sehr großer“ (34 Prozent) Bedarf bei der Stärkung der Öffentlichkeitsarbeit des Gesundheitsamtes bzw. der Gesundheitsbehörde sowie bei der Stärkung der Interaktion zwischen der Behörde und den Bürger:innen (55 Prozent „groß“, 32 Prozent „sehr groß“) und auch im Bereich der Gesundheitsberichterstattung (Datenerhebung und Berichterstattung; 50 Prozent „groß“, 31 Prozent „sehr groß“) gesehen.

Abbildung 20: Bedarfe für die weitere Entwicklung des Gesundheitsamtes bzw. der Gesundheitsbehörde



Anmerkung: Abweichung der Summe der Prozentwerte von 100 möglich (Rundungsfehler)

Quelle: eigene Erhebung

Bemerkenswert ist, dass ungeachtet der Personalaufstockungen in den meisten Gesundheitsämtern im Zuge der Umsetzung des „Paktes für den ÖGD“ weiterhin die Mehrheit der Befragten „großen“ (50 Prozent) oder „sehr großen“ (27 Prozent) Bedarf bei der Anpassung der Zahl der Beschäftigten ihrer Behörde sehen. Und ungeachtet der mit dem Pakt unterstützen Digitalisierung der Gesundheitsämter wurde auch weiterhin im Bereich der technischen Ausstattung „großer“ (44 Prozent) oder „sehr großer“ (24 Prozent) Bedarf angegeben.

Themenfelder, bei denen die Befragten geringere zusätzliche Bedarfe für die weitere Entwicklung ihres Gesundheitsamtes bzw. ihrer Gesundheitsbehörde sahen, sind die Stärkung der Vernetzung mit anderen Fachbereichen und Ämtern in der Kommune, die Vernetzung innerhalb des Gesundheitswesens sowie die Multiprofessionalität unter den Beschäftigten im jeweiligen Gesundheitsamt bzw. der jeweiligen Gesundheitsbehörde.

Zusätzlich zur Einschätzung von Bedarfen für die künftige Entwicklung konnten die Befragten mittels einer Freitextantwort erläutern, was sie als wichtige Zukunftsaufgaben für ihr Gesundheitsamt bzw. ihre Gesundheitsbehörde erachten („Was sollen die Gesundheitsämter in Zukunft mit welchen Zielen [z. B. Health in all Policies] tun? Bitte erläutern Sie knapp, was aus Ihrer Sicht die zentralen Aufgaben der Gesundheitsbehörden heute und in Zukunft sind.“).

Immerhin in 61 der ausgefüllten Fragebögen wurde diese Frage beantwortet. Die Antworten wurden mittels einer induktiv erstellten Matrix codiert, um sie auch quantitativ auswerten zu können. Zentral ist dabei zu berücksichtigen, dass die Befragten hier keine vorgegebenen Antwortmöglichkeiten bewerteten, sondern selbst auflisten sollten, was ihnen wichtig erscheint. In Anbetracht dieser Tatsache sind die Quoten der am häufigsten genannten Punkte sehr hoch. Zudem variiert der Umfang der Antworten stark – während manche Befragte lediglich ein Stichwort als Antwort nannten, zählten andere eine Vielzahl von Aufgabenfeldern auf und formulierten diese in Form eines Satzes oder mehrerer Sätze.

Deutlich am häufigsten wurde der Themenkomplex „Prävention/Aufklärung/Erhöhung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung“ genannt. Gut zwei Drittel der Antworten beinhalteten diesen Aspekt. An zweiter Stelle wurde „Kooperation/Koordination/Vernetzung“ genannt (41 Prozent der Antworten). Dies beinhaltete beispielsweise den Wunsch nach mehr Kooperation mit anderen lokalen Akteuren sowie nach verstärkter Koordination mit dem stationären und dem ambulanten Sektor der gesundheitlichen Versorgung.

An dritter Stelle wurde die Einbindung in die Versorgung genannt. Immerhin knapp 30 Prozent der Freitextantworten enthielten einen Verweis

darauf, dass der ÖGD hier in Zukunft eine wichtige Rolle einnehmen solle, um Versorgungslücken zu schließen, entweder selbst oder durch eine aktive Koordinationsrolle. Die Vorbereitung auf und Bewältigung von Krisen wurde in einem guten Viertel der Antworten benannt. Auch Digitalisierung nannte ein knappes Viertel der Antwortenden als wichtige Zukunftsaufgabe.

Knapp ein Fünftel der Befragten machten die Klärung von Personalfragen als (auch) künftig wichtige Aufgabe aus (Personalgewinnung, Attraktivität als Arbeitgeber, Multiprofessionalität, Weiterbildung). Im Lichte der Fachdebatte rund um den „Pakt für den ÖGD“ und um das Leitbild für einen modernen ÖGD (2016) zeigt sich ein bemerkenswertes Ergebnis: Nur 18 Prozent der Befragten sahen die Umsetzung des Health-in-all-Policies-/Public-Health-Ansatzes, also der umfassenden Berücksichtigung von gesundheitsrelevanten Fragen in allen öffentlichen Handlungsbereichen explizit als Zukunftsaufgabe an.

Schließlich wurden in den Antworten auf die offene Frage nach Zukunftsaufgaben auch eine Reihe künftiger inhaltlich-fachlicher Themenfelder für die kommunalen Gesundheitsämter bzw. -behörden angesprochen, so die Umweltmedizin (besonders: Hitzeschutz) – in 18 Prozent der Antworten benannt –, Kinder/Jugend (ebenfalls 18 Prozent), psychische Gesundheit, Hygiene und Trinkwasser sowie Arbeit für und mit vulnerablen Gruppen (jeweils 16 Prozent). Weitere Nennungen betrafen die Themen Kommunikation/Bürgernähe/Transparenz, Politikberatung, Gesundheitsberichterstattung, Gutachten, Wissenschaftlichkeit, Impfangebote und Gesundheitsplanung.

Wenngleich nicht explizit abgefragt, enthielten 17 der Freitextantworten auch Aussagen darüber, was der ÖGD nicht tun sollte. Häufig wurde bemängelt, dass der ÖGD oft nur reaktiv handle und nicht proaktiv wirke. In einzelnen Fällen wurde hier auch die gesundheitlich-medizinische Versorgung genannt. Ob der ÖGD hier „einspringen“ soll oder auch kann, ist – so legen die Antworten nahe – nicht unumstritten, wie ein Beispiel zeigt:

„Aktuell und zukünftig sicher noch mehr müssen Gesundheitsämter die ‚Löcher‘ in der stationären und ambulanten Versorgung stopfen. [...] Mit zunehmendem Wegfall von Ärzten und anderem Fachpersonal werden jedoch immer mehr Aufgaben in den öffentlichen Gesundheitsdienst verlegt werden müssen, wie beispielsweise die verpflichtenden U-Untersuchungen oder Impfungen. Die Frage ist nur, woher der öffentliche Gesundheitsdienst in einigen Jahren das Personal nehmen und wie das alles finanziert werden [soll].“

4. Fazit und Ausblick

In diesem Working Paper wurde der Blick auf die Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Deutschland gerichtet. Mit dem Ausbruch der Corona-Pandemie ist in der Politik und breiteren Öffentlichkeit die Aufmerksamkeit für den ÖGD und insbesondere die kommunalen Gesundheitsämter kurzfristig stark gewachsen.

Um deren Fähigkeit zur Bewältigung von Krisen zu stärken, beschlossen Bund und Länder in diesem „Gelegenheitsfenster“ im Jahr 2020 den „Pakt für den ÖGD“ – ein vier Milliarden Euro umfassendes Finanzpaket für die gezielte Modernisierung des ÖGD (u. a. in den Bereichen Personal, Digitalisierung und Vernetzung) im Zeitraum 2020 bis einschließlich 2026.

Hier setzt dieses Working Paper mit seinen Fragen an: Wie hat sich der ÖGD auf kommunaler Ebene seit 2020 entwickelt? Konnte die Arbeitgeberattraktivität der Gesundheitsämter gestärkt werden? Welche Herausforderungen gilt es weiterhin zu bewältigen? Antworten hierauf wurden in diesem Working Paper gegeben.

Die empirische Basis dafür bildete eine Online-Befragung unter allen deutschen Gesundheitsämtern, die die Autor:innen im Rahmen des Projekts „Multiprofessionell, digital und beteiligungsorientiert in die Zukunft? Der ÖGD als Arbeitgeber“ durchgeführt haben.

In der Befragung wurde nach institutionellen Veränderungen in Bezug auf vier Dimensionen gefragt: Personal und Ressourcen (Kapitel 3.1), interne Organisation, Amtsleitung und Beschäftigte (Kapitel 3.2), Digitalisierung (Kapitel 3.3) sowie Vernetzung und Kommunikation (Kapitel 3.4). Darüber hinaus wurde nach den Zukunftserwartungen mit Blick auf die weitere Entwicklung des ÖGD auf kommunaler Ebene (Kapitel 3.5) gefragt.

Die zunächst deskriptive Auswertung der erhobenen Daten zeigt, dass die Modernisierungspfade, die die Gesundheitsämter bzw. -behörden auf lokaler Ebene bis jetzt gegangen sind, variieren, was sich in einer unterschiedlichen Reichweite und Intensität von Reformmaßnahmen in den vier Dimensionen manifestiert.

In der Dimension „Personal, Ressourcen, Aufgaben“ zeigt sich, dass Personalaufstockung allgemein, und insbesondere im medizinischen Bereich, ein wichtiges Ziel der meisten Gesundheitsämter im Zusammenhang der Umsetzung des „Paktes für den ÖGD2 war. Dabei deutet der Befund, dass neben dem medizinischen Personal vielfach Personal im Bereich Digitalisierung/IT eingestellt wurde, darauf hin, dass es an dieser Stelle auch um eine personelle Neuaufstellung der Gesundheitsämter im Zusammenhang mit der Notwendigkeit, im Bereich der Digitalisierung Fachwissen zu akquirieren, geht.

Die Ergebnisse der Befragung lassen nicht klar darauf schließen, dass es darüber hinaus auch um eine Stärkung der Multiprofessionalität ging. So sind die als „neu hinzugekommen“ angegebenen Professionen überwiegend im Spektrum der schon länger in den Gesundheitsämtern vertretenen Professionen (z. B. medizinische Fachangestellte, Biolog:innen; Ökonom:innen).

Im Bereich der Aufgaben deuten die Befragungsergebnisse einerseits auf eine fortgesetzt überwiegende Konzentration auf klassische (sich allerdings inhaltlich teils deutlich wandelnde) Kernaufgaben hin. Andererseits wird aber auch erkennbar, dass Aufgabenerweiterungen, z. B. im Bereich der Prävention oder der Gesundheitsberichterstattung, vor dem Hintergrund ausreichender Kapazitäten möglich werden (können), wenn die personelle Ausstattung sowie fachliche Kompetenz vorhanden sind.

In der Dimension „Organisation, Amtsleitung, Beschäftigte“ deuten die Befragungsergebnisse darauf hin, dass die (Leitungen der) Gesundheitsämter bzw. -behörden weitgehend an einer klassischen Perspektive auf die Aufbau- und Prozessorganisation ihrer Behörden festhalten. Dies gilt nicht nur (weil qua gesetzlicher Grundlage in den meisten Ländern vorgegeben) mit Blick auf den professionell-fachlichen Hintergrund der Behördenleitungen (weit überwiegend: ärztliche Leitung). Es gilt auch mit Blick auf die bevorzugten Aspekte guter Personalführung. So lässt sich z. B. eine eher verhaltene Orientierung an den Ideen der stärkeren Mitarbeiterbeteiligung und Förderung von Eigeninitiative ausmachen.

Auch deuten die Ergebnisse darauf hin, dass im Bereich der Maßnahmen zur Stärkung der Arbeitgeberattraktivität des lokalen ÖGD noch „Spielräume“ bestehen.¹ Der hohe Stellenwert, den das Einräumen zur Möglichkeit von Homeoffice und mobilem Arbeiten hier einnimmt, ist vermutlich auf die während der Corona-Pandemie gemachten Erfahrungen mit entsprechenden Formaten zurückzuführen und stellt daher zumindest zum Teil ein „Erbe“ dieser Krisenerfahrung dar.

Mit Blick auf die Dimension „Digitalisierung“ kann festgehalten werden, dass sich gerade in der jüngeren Vergangenheit – vor dem Hintergrund der Umsetzung des „Paktes für den ÖGD“ – größere Veränderungen in den Gesundheitsämtern bzw. -behörden ergeben haben. Insbesondere gilt dies zunächst für die (teils nachholende) Ausstattung mit Hard- und Software, aber auch um eine personelle Aufstockung im Bereich Digitales/IT.

Nichtsdestotrotz wird der Digitalisierungsbedarf nach wie vor als hoch eingeschätzt. Die befragten Amts- bzw. Behördenleitungen sehen insbe-

¹ In der zugrunde gelegten Befragung, die nur an die Amtsleitungen der Gesundheitsämter gerichtet war, wurde darauf verzichtet, nach dem hier wichtigen Thema Bezahlung/Vergütung zu fragen.

sondere substanzielle Herausforderungen, wenn es um den Einbezug der Beschäftigten in die Digitalisierung und die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden für diesen Modernisierungsbereich geht.

Der Schwerpunkt der bisherigen modernisierungsorientierten Anpassungen liegt auf der besseren Ausstattung der Behörden mit digitaler Infrastruktur sowie auf der (Neu-)Gestaltung der internen Prozessorganisation und der Nutzung der Digitalisierung als Weg zu einem effektiven internen Schnittstellenmanagement. Es gibt (bislang) kaum Anzeichen dafür, dass Digitalisierung für eine verstärkte Interaktion mit den Bürger:innen und/oder die Intensivierung von Austauschbeziehungen über die Grenzen des ÖGD hinaus genutzt wird.

Im Bereich „Vernetzung und Kommunikation“ zeigt die Befragung schließlich, dass in den Kommunen eine breitgefächerte strukturelle Basis für wechselseitigen Austausch der gesundheitlichen oder mit dem Thema Gesundheit befassten Akteure im lokalen und regionalen Raum vorhanden ist. Dies geht in der Mehrheit der Fälle, die an der Befragung teilnahmen, über die Existenz lediglich loser Vernetzungsstrukturen hinaus und trägt einen stärker institutionalisierten Charakter (Gesundheitsausschuss; Kommunale Gesundheitskonferenz).

Für die Gesundheitsämter bzw. -behörden sind die Kommunalen Gesundheitskonferenzen besonders wichtige Strukturen, in denen sie (mehreitlich) eine zentrale Rolle als Netzwerk- und Koordinationsakteure spielen. Die weitere Erforschung der Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen und der Rolle des lokalen ÖGD darin erscheint lohnenswert, unter anderem um erfassen zu können, welchen Stellenwert die in dieser Befragung hier sichtbar gewordene Schwerpunktsetzung auf die ärztliche Versorgung vor Ort und deren Sicherung – also ein Thema, das nicht zum Aufgabenspektrum des ÖGB gehört – im Rahmen entsprechender Strukturen einnimmt.

Insgesamt lassen die Erhebungsergebnisse erkennen, dass es in einzelnen Dimensionen Ansätze hin zu einer strategisch ausgerichteten institutionellen Modernisierung des lokalen ÖGD gibt. Das wird teilweise im Bereich der Digitalisierung und auch an den Antworten zur Frage nach den Bedarfen für die zukünftige Weiterentwicklung des lokalen ÖGD sowie zur Frage nach den Zukunftsaufgaben der Gesundheitsämter bzw. -behörden auf kommunaler Ebene erkennbar. Insbesondere rücken hier künftig noch drängendere Themen (Hitzeschutz, Umweltmedizin, psychische Gesundheit, Gefahrenabwehr) in den Fokus. Überwiegend verbleibt der Wandel des lokalen ÖGD vorerst jedoch auf traditionellen Pfaden.

Das zeigt sich z. B. an der bisherigen Nutzung der Digitalisierung, die überwiegend auf interne Prozesse gerichtet ist. Inwieweit weitergehende

Digitalisierungsentwicklungen aufgrund der Skepsis der Beschäftigten gegenüber entsprechenden Entwicklungen „ausgebremst“ werden, wie die Befragungsergebnisse es nahelegen, muss empirisch weiter untersucht werden. Die Befragung gibt an dieser Stelle die Perspektive der Behördenleitungen wieder.

Ein Indikator für eine pfadabhängige Entwicklung des lokalen ÖGD scheint darüber hinaus auf den ersten Blick der weiterhin zentrale Stellenwert der klassischen Aufgaben (Hygiene, Infektionsschutz) und die weiter bestehende Nachrangigkeit von Public-Health-Aufgaben – die im Sinne des Leitbildes einen modernen ÖGD ausmachen – zu sein. Betont werden muss hier allerdings, dass die klassischen Aufgabenbereiche in den vergangenen Jahren von besonderer Bedeutung waren (Infektionsschutz) und dass sie sich überdies in Teilen inhaltlich dynamisch wandeln (z. B. umweltbezogener Gesundheitsschutz).

Darüber hinaus muss auch festgehalten werden, dass die geringe Anpassung des realen Aufgabenspektrums des lokalen ÖGD an das in der jüngeren Vergangenheit formal breiter gewordene Aufgabenspektrum in weiten Teilen eine Kapazitätsfrage bleibt – auch das hat die Befragung ergeben.

Daneben deutet auch die gegenwärtige Aufstellung der Gesundheitsämter bzw. -behörden auf kommunaler Ebene als Arbeitgeber tatsächlich auf die Fortschreibung eines traditionellen Entwicklungspfades hin. So bleiben Ansätze zur Attraktivitätssteigerung einzelfallbezogen und wenig strategisch, z. B. mit Blick auf Personalentwicklung oder Fortbildungskonzepte. Es erscheint lohnenswert, diese Entwicklungen empirisch weiter im Blick zu behalten und hier auch mit Fallstudien für ausgewählte Fälle genauer zu überprüfen.

Übergreifend deuten die Ergebnisse des Forschungsprojekts „Multiprofessionell, digital und beteiligungsorientiert in die Zukunft? Der ÖGD als Arbeitgeber“ darauf hin, dass in den vergangenen fünf Jahren insbesondere mit dem „Pakt für den ÖGD“ eine Modernisierung des ÖGD auf kommunaler Ebene eingeleitet wurde. Dennoch – auch dies konnte gezeigt werden – bleibt jenseits des weiter bestehenden Forschungsbedarfs auf der praktischen Ebene noch einiges zu tun, unter anderem um die Arbeitgeberattraktivität der Gesundheitsämter weiter zu stärken.

Neben der dauerhaft wichtigen Frage der Vergütung der Beschäftigten geht es dabei aus Sicht der Praktiker:innen unter anderem darum, dass die aus Mitteln des Paktes neu geschaffenen Stellen verstetigt werden. Längerfristig bleiben die umfassende digitale Modernisierung, die noch weitergehende multiprofessionelle Aufstellung und die Stärkung der strategischen Personalentwicklung auf allen Ebenen auf der Reformagenda.

Literatur

Alle im Folgenden genannten Webseiten wurden zuletzt am 5.3.2026 abgerufen.

Altgeld, Thomas (2022): New Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention – Leerstellen im Pakt für den ÖGD. In: Gesundheit + Gesellschaft Wissenschaft 22 (1), S. 16–23.

www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/GGW/2022/wido_ggw_0122_altgeld.pdf

Arnold, Laura / Kellermann, Lisa / Hommes, Franziska / Jung, Laura / Gepp, Sophie / Fischer, Florian / Szagun, Bertram / Starke, Dagmar / Stratil, Jan M. (2023): „Having impact, making a difference“. Ansätze zur Steigerung der Attraktivität des ÖGD als zukünftiger Arbeitgeber. Ergebnisse und Empfehlungen aus zwei bundesweiten Onlinebefragungen. In: Gesundheitswesen 85 (10), S. 945–954.

www.doi.org/10.1055/a-2125-5322

Arnold, Laura / Teichert, Ute (2021): Politischer Reformprozess im Zuge der Covid-19-Pandemie: Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Public Health Forum 29 (1), S. 47–50.

<https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0130>

Beirat Pakt ÖGD (2023): Multiprofessionalität ausbauen und fördern – für einen zukunftsfähigen ÖGD. Strukturelle und zukunftsorientierte Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Berlin.

www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/230515_BMG_4_Bericht_Berat_Pakt_OeGD_bf.pdf

Beirat Pakt ÖGD (2025): Nachhaltige Verankerung des Öffentlichen Gesundheitswesens im Medizinstudium. 3. Stellungnahme des Beirates Pakt ÖGD, Berlin.

www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/Beirat_POEGD_RG3_Stellungnahme_bf.pdf

BMG/GMK – Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheitsministerkonferenz (2023): Zwischenbericht zum Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/Zwischenbericht_Pakt_fuer_den_OEGD.pdf

- BMG/RKI/Destatis – Bundesministerium für Gesundheit / Robert-Koch-Institut / Statistisches Bundesamt (2026): RegGPM-Basistabelle (ÖGD): Personal im Öffentlichen Gesundheitsdienst (in Personen und in Vollzeitäquivalente).
www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.information?p_uid=gast&p_aid=7653491&p_sprache=D&p_thema_id=31386&p_thema_id2=14501&p_thema_id3=15352&p_thema_id4=16642
- Böhm, Katharina / Klinnert, Dorothea (2019): Die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Länderebene: Eine Analyse der Landesrahmenvereinbarungen. In: Gesundheitswesen 81 (12), S. 1004–1010.
<https://doi.org/10.1055/a-0638-8172>
- BVÖGD – Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (2018): Leitbild ÖGD. Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD: Public Health vor Ort“.
www.bvoegd.de/leitbild/
- Deutscher Bundestag – Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste (2015): Ausarbeitung. Die Gesundheitsdienstgesetze der Länder. Aktenzeichen WD 9 – 3000 – 027/14, Berlin.
www.bundestag.de/resource/blob/410444/a2f24acb7bdabf15da541c95d2946167/wd-9-027-14-pdf-data.pdf
- Eymann, Torsten / Doctor, Eileen / Neubauer, Maria / Schreiter, Melina / Stark, Jeannette (o. J. a): Bericht zu den Ergebnissen der dritten Erhebungswelle zur Erfassung der digitalen Reife der deutschen Gesundheitsämter bzw. anderer Institutionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.
https://gesundheitsamt-2025.de/fileadmin/Reifegradmodell/Dritter_Zwischenbericht_EvalDiGe.pdf
- Eymann, Torsten / Heidmann, Nick / Kauffmann, Anna Lina / Neubauer, Maria / Reinsch, Felix / Reuther, Melina / Schick, Doreen / Stark, Jeannette (o. J. b): Bericht zu den Ergebnissen der ersten Erhebungswelle zur Erfassung der digitalen Reife der deutschen Gesundheitsämter bzw. anderer Institutionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.
https://gesundheitsamt-2025.de/fileadmin/Reifegradmodell/Erster_Zwischenbericht_EvalDiGe_bf.pdf
- Gerlinger, Thomas (2022): Die Corona-Pandemie. Herausforderungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst aus wohlfahrtsstaatlicher Perspektive. In: Sozialer Fortschritt 71 (9), S. 659–677.
www.jstor.org/stable/48813636

- Holleder, Alfons / Wildner, Manfred (2015): Versorgungsforschung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und das öffentliche Gesundheitswesen. In: Gesundheitswesen 77 (3), S. 232–236.
<https://doi.org/10.1055/s-0034-1390410>
- Klein, Jessica (2021): Der Öffentliche Gesundheitsdienst und seine Stellung im deutschen Gesundheitswesen – Eine organisationssoziologische Analyse. Working Paper 2021/03, Sankt Augustin: Hochschule Bonn-Rhein-Sieg.
<https://doi.org/10.18418/978-3-96043-097-1>
- Kuhn, Joseph / Trojan, Alf (2017): Daten bereitstellen, Vernetzen, Koordinieren. In: Brandhorst, Andreas / Hildebrandt, Helmut / Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 353–372.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-13783-0_18
- Rosewitz, Bernd / Webber, Douglas (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Schriften aus dem Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung 5, Frankfurt am Main: Campus.
www.econstor.eu/bitstream/10419/209597/1/mpifg-bd-05.pdf
- Statistisches Bundesamt (2025): Daten aus dem Gemeindeverzeichnis. Kreisfreie Städte und Landkreise nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte, Wiesbaden.
www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/04-kreise.html
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf

Autor:innen

Prof. Dr. **Benjamin Ewert** ist Professor für Politik für Gesundheitsberufe am Fachbereich Gesundheitswissenschaften der Hochschule Fulda. Dort leitet er unter anderem das Forschungsprojekt „Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Arbeitgeber“.

Orcid-ID: <https://orcid.org/0000-0002-1837-3898>

Prof. Dr. **Tanja Klenk** ist Professorin für Verwaltungswissenschaft an der Helmut-Schmidt-Universität / Universität der Bundeswehr Hamburg. Sie leitet dort unter anderem das Forschungsprojekt „Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Arbeitgeber“.

Orcid-ID: <https://orcid.org/0000-0003-2569-3221>

Dennis Kurrek (M. A.) ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fernuniversität in Hagen. Er hat die Datenauswertung im Forschungsprojekt „Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Arbeitgeber“ mit durchgeführt.

Orcid-ID: <https://orcid.org/0000-0002-9380-4782>

Caspar Lückenbach (M. A.) ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Bielefeld (Lehre) sowie an der Helmut-Schmidt-Universität / Universität der Bundeswehr Hamburg und der Fachhochschule Fulda im Forschungsprojekt „Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Arbeitgeber“.

Orcid-ID: <https://orcid.org/0000-0003-1293-6175>

PD Dr. **Renate Reiter** ist Privatdozentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fernuniversität in Hagen. Sie leitet dort unter anderem das Forschungsprojekt „Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Arbeitgeber“.

Orcid-ID: <https://orcid.org/0000-0002-3468-8275>

Dr. **Dorothee Riese** lehrt als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fernuniversität in Hagen und arbeitet im Forschungsprojekt „Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Arbeitgeber“ mit.

Orcid-ID: <https://orcid.org/0000-0002-4623-6858>

