

# Von der Schönwetterveranstaltung zur Krisenresilienz

## Public Health braucht ein klares Mandat

*Cornelia Heintze*

Die Daten sind eindeutig: Wegen des primär menschengemachten Klimawandels und der Abnahme von Biodiversität nehmen Extremwetterereignisse unterschiedlichster Art nach Anzahl und Intensität zu und in der Folge auch die Risiken für die menschliche Gesundheit. Die Sachstandsberichte des Weltklimarates (IPCC) verdeutlichen das breite Panorama wachsender Gefahren. Mit mehr und intensiveren Waldbränden, häufigeren Hochwasserereignissen, der Zunahme extrem heißer Tage und einer Trinkwasserverknappung ist zu rechnen sowie für den Fall einer weiteren Schwächung des Golfstromsystems paradoxerweise zugleich mit extremer Kälte in Nordeuropa. Hinzu kommen die Zerstörungen durch häufigere und intensivere Tornados und Hurrikans. Die Gesundheitsgefahren, die daraus erwachsen, werden in fortlaufenden LANCET-Berichten (Lancet 2024, 2025) eingehend analysiert. Statt die Gefahren einzudämmen, hat die Menschheit nach Bernd Ulrich (2025) aber beschlossen, „ungebremst in die ökologische Katastrophe zu gehen.“ Für die These spricht, dass an die Stelle der eigentlich gebotenen Verstärkung internationaler Kooperation ein Rückfall in Muster imperialer und neokolonialer Großmachtpolitiken getreten ist. Der Ausstieg der USA aus dem Klimaschutzabkommen und aus mehr als 60 UN- und Nicht-UN-Organisationen, darunter das IPCC und die WHO, ordnet sich hier ein. Statt die Risiken einzudämmen, werden sie geleugnet. In den Mittelpunkt rückt der Kampf um die Absicherung und Ausweitung eigener Herrschaftssphären und des unbeschränkten Zugangs zu ausbeutbaren Rohstoffquellen auf der Erde und im Weltall. Gleichzeitig werden die Klimaforschung und die Sicherung klimabezogener Datenüberwachung durch Verbote und den Entzug finanzieller Mittel massiv beeinträchtigt.

Die Gesundheitssysteme sind gefordert, mit einem Mehr an Resilienz und Redundanz den wachsenden Gefahren standzuhalten. In seiner aktuellen Verfassung ist das deutsche Gesundheitssystem dafür schlecht gerüstet. In seinem Gutachten von 2023 sprach der Gesundheitssachverständigenrat (SVR 2023) von einem „Schönwettersystem“ mit einer Vielzahl von Akteuren bei gleichzeitigem Fehlen von

Strukturen, die im Krisen- und Katastrophenfall das zielgerichtete Zusammenwirken sichern. Resilienz wird als Ziel benannt, der Weg zur Erreichung dieses Ziels ist jedoch noch lang.

Nachfolgend geht die Argumentation dahin, dass dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bei der Krisenkommunikation und Krisenkoordination eine neue Aufgabe zu wachsen sollte, für die die rechtlichen Grundlagen derzeit aber ebenso fehlen wie die erforderlichen Ressourcen. Gesundheitsschutz hat in Deutschland Verfassungsrang. Aus dem Grundrecht „auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ (Art 2 II GG) erwächst für die politisch Verantwortlichen die Verpflichtung, für den gesundheitlichen Krisen- und Katastrophenfall die Strukturen und Verantwortlichkeiten so auszulegen, dass die Akteure aus den Bereichen von Rettungsdienst und präklinischer Versorgung, niedergelassener Ärzteschaft und ambulanter Versorgung, der Krankenhäuser, Pflegedienste und der mit Infektionsschutz und gesundheitlicher Überwachung betrauten Träger von Public Health effektiv und effizient zusammenwirken. Die Abbildung „Das Wagenrad des gesundheitlichen Katastrophenschutzes“ (nächste Seite) verdeutlicht die Akteursvielfalt. Offen ist, wer die Rolle des „Gesundheitlichen Krisenkoordinators“ (GEKKO) einnimmt.

### Status-Quo von Aufgaben und Kompetenzzuweisung an den ÖGD

Der föderalen Ordnung entsprechen im Krisen- und Katastrophenfall geteilte Zuständigkeiten. Zivilschutz fällt in die Bundeskompetenz mit rechtlicher Regelung durch das Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes – ZSKG (BGBl. I S. 1328). Katastrophenschutz, Rettungsdienste und die öffentlichen Gesundheitsdienste sind Länderkompetenz. Die entsprechenden Landesgesetze betrauen meist die Kommunen mit der operativen Durchführung; Näheres vgl. Geier 2021.

Problematisch an der bestehenden Kompetenzordnung ist die Ausrichtung auf Einzelzuständigkeiten, die schlecht miteinander verzahnt sind. Klare Verantwortlichkeiten für die Sicherstellung der bevölkerungsbe-



zogenen Gesundheitsversorgung existieren nicht, denn dazu wären übergreifende Zuständigkeiten der Koordination, Kommunikation und Steuerung erforderlich, die es aber nicht gibt. Widersprüche schließt dies ein. So weist § 21 ZSKG den Gesundheitsämtern im Verteidigungsfall bei der Planung der Gesundheitsversorgung eine zentrale Koordinierungs- und Steuerungsfunktion zu, auf Landesebene jedoch betrauen bei der Gesundheitsplanung nur 10 von 16 Bundesländer die Gesundheitsämter mit einer koordinierenden Rolle (vgl. Arnold/Starke 2024). Die in der Abbildung erfassten Kern- und Unterstützungsprozesse funktionieren nach je eigenen Logiken. Beispielsweise bewegt sich die Krankenhauspolitik auf einem Pfad, der faktisch auf den Abbau von Krankenhauskapazitäten im Wege kalter Strukturbereinigung durch den Markt hinausläuft. Wesentlicher Hebel ist das Preissystem der Fallpauschalen, das Mengenausweitungen bei lukrativ vergüteten Eingriffen belohnt. Die Krankenhausreform, die als Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG; BGBl. 2024 I Nr. 400 vom 11.12.2024) seit Ende 2024 in Kraft ist, gibt diese Logik nicht

auf, sondern schwächt sie nur ab. Vordergründig werden ab 2027/28 nur noch 40% der KH-Finanzierung über Fallpauschalen gedeckt und der größere Teil über Vorhaltepauschalen. Da sich diese jedoch nach den Fallzahlen richten, wird es auch zukünftig keine echte Vorhaltefinanzierung geben. Krisenvorsorge spielt bei der Krankenhausreform kaum eine Rolle. Sofern der Abbau von Kliniken weiter den Marktprozessen überlassen bleibt, kann dies bei einem gesundheitlichen Notstand dazu führen, dass benötigte Krankenhauskapazitäten in einzelnen Regionen nicht ausreichend verfügbar sind, weil in der Krankenhausplanung des entsprechenden Bundeslandes an die Vorhaltung schnell mobilisierbarer Reservekapazitäten nicht gedacht wurde. Im Konzert der Hauptakteure des deutschen Gesundheitssystem unterteilt sich das Aufgabenfeld des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) der Länder und Kommunen in vier große Bereiche:

- 1. Infektionsschutz:** Der ÖGD soll verhindern, dass sich übertragbare Krankheiten in der Bevölkerung ausbreiten. Dazu dient zum einen der Impfschutz. Bei neu auftretenden

Epidemien stehen die Gesundheitsämter an vorderster Front, um den Erreger wirksam zu bekämpfen und Infektionsketten durch Nachverfolgung zu unterbrechen.

- 2. Gesundheitsfürsorge:** Hierunter fallen die Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJGD), des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJpD), der Zahnärztliche Dienst, die Behindertenbetreuung und Angebote von Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie. Individualmedizinische Ansätze werden dabei mit gruppenbezogenen Ansätzen kombiniert.
- 3. Gesundheitsvorsorge:** Gesundheitsämter bieten gesundheitliche Aufklärung und Leistungen der Gesundheitserziehung und -beratung an. Ziel ist die Förderung eines gesunden Lebensstils durch gesunde Ernährung, ausreichend Sport und den Verzicht auf den Konsum gefährlicher Drogen resp. die Geringhaltung des Konsums von alkoholischen Getränken. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird erfasst und in Gesundheitsberichten dokumentiert.
- 4. Gesundheitsüberwachung, Arbeitsschutz und Umweltmedizin:** Gesundheitsämter sind eingebunden in die Überwachung der Einhaltung gesetzlicher Vorschriften zur Hygiene, zum Umwelt- und Arbeitsschutz sowie in die Entwicklung der Planung von Maßnahmen zur Reduktion gesundheitsgefährdender Belastungen.

Aufgrund seiner kollektiven Grundausrichtung wäre der ÖGD prädestiniert, im Krisen- und Katastrophenfall über erweiterte Zuständigkeiten der Koordination und Steuerung zu verfügen. Bislang allerdings (Stand 2025) sehen nur wenige Bundesländer für den ÖGD hier explizit Kompetenzen vor:

- **Baden-Württemberg:** Das „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG – i.d.F. vom 17.12.2015; GBl. 2015, 1210) sieht vor, dass im Landesgesundheitsamt eine Geschäftsstelle Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz eingerichtet wird. Dem Zentrum „obliegt die koordinierende Schnittstellenfunktion auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge und der Gefahrenabwehr beim Auftreten von gefährlichen übertragbaren Krankheiten, Großschadens- und Katastrophenfällen sowie bei terroristischen Bedrohungen.“ (Abschnitt 3, § 16)
- **Hessen:** Das Hessische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) i.d.F. vom 16. Dezember 2025 (GVBl. 2025 Nr. 110) weist den Gesundheitsämtern zur Abwehr erheblicher gesundheitlicher Gefahren für Leib und Leben der Bevölkerung Aufgaben zu bei der Erstellung von Alarmplänen, der Bevorratung von Schutzkleidung und der präventiven Schaffung von Strukturen zur Bewältigung von Epidemien und Pandemien. Sie „wirken auf sachgerechte Regelungen zwischen Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Krankenhäusern hin.“ (§ 5, I + III)
- **Nordrhein-Westfalen:** Das Gesetz über die Errichtung des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen sowie zur Novellierung landesrechtlicher Vorschriften über den öffentlichen Gesundheitsdienst und den Arbeitsschutz sieht i. d. F. v. 10.06.2025 (GV NRW S. 530) ein bedarfsgerechtes „Ausbruchs- und Krisenmanagement sowie die gesundheitsbezogene Kommunikation, insbesondere im Krisenfall“ vor. (§ 2 II, Nr. 10)

### Coronapandemie erzwingt Rückbesinnung auf den ÖGD

Die Coronapandemie der Jahre 2000 bis 2022 führte der Bevölkerung schlagartig die Bedeutung eines gut funktionierenden Öffentlichen Gesundheitsdienstes vor Augen. Seit Mitte der 90er Jahre war der kommunal verankerte Öffentliche Gesundheitsdienst immer mehr ins Abseits und in die Unsichtbarkeit gedrängt worden. In Gang gesetzt wurde eine neoliberale Transformation des Gesundheitswesens in eine der Gewinnlogik folgende Gesundheitswirtschaft. Aus der Perspektive „Gesundheitswirtschaft“ interessiert die individuelle Gesundheitsnachfrage nach folgender Grundmelodie: Je mehr Arzneimittel – rezeptpflichtige oder rezeptfreie – Menschen konsumieren, umso besser für den Umsatz, damit den Gewinn der Pharmaindustrie. Je mehr Diagnostik, umso besser für die Industrie, die die dafür benötigten Gerätschaften und Materialien herstellt. Je mehr bei Krankheiten operativen Eingriffen der Vorzug vor konservativer Behandlung und Prävention eingeräumt wird, umso besser für ein Krankenhaus, das über das Preissystem der Fallpauschalen die Anreize genau hier setzt. Die Frage nach dem gesundheitlichen Nutzen für den Einzelnen und die Bevölkerung tritt in den Hintergrund und das generierte Wachstum von gewinnträchtiger Wirtschaftstätigkeit in den Vordergrund. Die Pandemie bedeutete hier eine gewisse Zäsur. In der Situation einer Pandemie wie auch in Krisen- und Katastrophenfällen insgesamt kann mit einer rein individuellen Herangehensweise wenig erreicht werden. Nun geht es um Bevölkerungsschutz insgesamt. In den Strukturen von Public Health, seinen Kompetenzen und seiner technischen wie personellen Ausstattung muss sich die kollektive Herangehensweise widerspiegeln. Wie sehr der ÖGD vernachlässigt wurde, zeigt sich an rück-

läufigen Ausgaben und einer sinkenden Zahl von Gesundheitsämtern (vgl. SVR 2023, S. 167). Zum Abdrängen des ÖGD in die Unsichtbarkeit gehört, dass sein Personalstand nur noch lückenhaft dokumentiert wurde. Die laufende Gesundheitspersonalrechnung von Destatis nahm keine differenzierte Erfassung der Einrichtungen des Gesundheitsschutzes mehr vor, sondern wies nur das Personal des Gesamtbereiches, zu dem auch Einrichtungen etwa der Lebensmittelüberwachung oder des Arbeitsschutzes gehören, aus. Von 2000 bis 2015 gab es hier einen leichten Personalarückgang von 39 Tsd. auf 35 Tsd. Beschäftigte (Destatis 2017). Schon rein personell konnten die Gesundheitsämter ihren Aufgaben immer weniger nachkommen und sahen sich zugleich mit einer veralteten technischen Ausstattung konfrontiert.

In der Pandemie dann rückte der ÖGD vom Spielrand urplötzlich ins Zentrum des Geschehens. Gesundheitsämter nämlich sind nach Infektionsschutzgesetz die staatlichen Stellen, auf denen vor Ort die Verantwortung für die Erfassung und Eindämmung von Epidemien und Pandemien lastet. Wichtige Stichworte lauten: Kontaktpersonennachverfolgung, Anordnung und Überwachung von Quarantänemaßnahmen, Durchführung von Testungen, Beteiligung an Massimpfungen. Angefangen beim RKI als oberster Bundesbehörde bis zu den kommunalen Gesundheitsämtern war der ÖGD in seiner gesamten Aufgabenbreite gefordert. Ein Kollaps der unzureichend ausgestatteten Ämter konnte nur durch die Anwerbung freiwillig Tätiger (Medizinstudenten, z.B.) und die Abordnung von Kräften aus anderen Bereichen des öffentlichen Dienstes (Bundeswehr, z.B.) verhindert werden.

### Pakt für den ÖGD bringt Fortschritte

Im Lichte des Fast-Kollapses beschlossen Bund und Länder am 29. September 2020 einen Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst mit der Zielsetzung, den ÖGD in ganz Deutschland technisch zu modernisieren mit digitaler Vernetzung sowie personell zu verstärken. Zum Tragen kam, dass aus Anlass vorangegangener Krisen wie der EHEC-Krise (2011) und dann der Flüchtlingskrise (2015), bei deren Bewältigung der ÖGD eine wichtige Rolle spielte, dem ÖGD sukzessive schon vor der Pandemie mehr Aufmerksamkeit zuteil wurde. Die Krisenerfahrungen schlugen sich in dem Leitbild *„Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Public Health vor Ort“* nieder, das die Gesundheitsministerkonferenz 2018 verabschiedete (vgl. ÖGD-Leitbild 2018) und das nun als Orientierung dient. Für den Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2026 stellen sie für Personal, Digitalisierung und die Umsetzung internationaler Gesundheitsvorschriften in Summe 4 Mrd. € bereit. Den Schwerpunkt bildet mit 3,1 Mrd. € der Personalaufbau; weitere 16 Mio. € dienen der personellen Stärkung der beteiligten Bundesbehörden. 5.000 rechnerische Vollzeitstellen sollen geschaffen werden. (Näheres siehe: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/pakt-fuer-den-oegd.html>; 03.02.26)

Mit dem Rückenwind des Paktes wurde die technische Ausstattung der Gesundheitsämter modernisiert und die personelle Unterausstattung abgebaut. Im Zeitraum vom 1.1.2020 bis zum 31.12.2021 gab es bei den Stellen einen Nettowachstum von 2.740 Vollzeitäquivalenten. Zum Jahresende 2024 erreichten die Gesundheitsämter einen Personalstand von 26.655 Personen (Destatis-PM Nr. 226 v. 25.06.2025). Bundesweit seien 5.210 Vollzeitäquivalente (VZA)

aus Paktmitteln geschaffen und besetzt worden, zieht die Bundesregierung eine positive Bilanz (BT-Drs. 21/416 v. 05.06.2026, S. 3). Ärzte, incl. Zahnärzte, stellen 20% des Personals; gut jede zweite Kraft war eine Fachkraft. Unter den Tätigkeitsfeldern dominiert die Kinder- und Jugendgesundheit (18%), gefolgt von der Sozialpsychiatrie (12%). Der Infektionsschutz macht 9% der Tätigkeiten aus. Im Bundesmittel kamen 2023 auf 100.000 Einwohner\*innen durchschnittlich 25 Vollzeitäquivalente. Regional variierte die Versorgungsdichte freilich deutlich zwischen 10 und 51 Vollzeitäquivalenten je 100.000 Einwohner\*innen.

Zur Umsetzungsbegleitung des Paktes wurde im März 2021 ein Beirat geschaffen. Der *„Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“* – kurz Beirat Pakt ÖGD – ist ein externes, unabhängiges Gremium. Er widmete sich in den zwei Jahren seiner 1. Amtszeit dem Ziel, den ÖGD anhand der Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie für künftige gesundheitliche Notlagen krisenfest zu machen. Die erarbeiteten Empfehlungen bündelte er in 4 Berichten. Die ersten beiden Berichte beschäftigen sich mit gesundheitlichen Krisenlagen: Die *„Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen“* (Erster Bericht, Herbst 2021) zielen auf ein effektives Krisenmanagement, eine Zentralisierung und Vereinheitlichung in der Datenerfassung sowie die Kommunikation und Qualifikation des Personals. Die *„Empfehlungen für abgestimmte Kommunikationswege und -maßnahmen über Verwaltungsebenen hinweg in gesundheitlichen Krisen“* (Zweiter Bericht, November 2022) verfolgen das Ziel, bei künftigen gesundheitlichen Notlagen schneller und besser abgestimmt in der Kommunikation zu agieren. Im

Vordergrund der bis zum Ende des Paktes dauernden zweiten Amtszeit steht der Aufbau zukunftsfähiger Strukturen, um den ÖGD nachhaltig zu modernisieren und als Arbeitgeber attraktiver zu machen. Der Erste Bericht der 2. Amtszeit datiert vom November 2024 und umreißt die Rolle, die *„Der Öffentliche Gesundheitsdienst als wichtiger Akteur im Kontext des Klimawandels“* einnehmen sollte. Die Empfehlungen betreffen Voraussetzungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene für eine aktivere Rolle und Weiterentwicklung des ÖGD in Bezug auf Klimaanpassung und -schutz. Alle Berichte sowie die Sitzungsprotokolle stehen auf der Webseite des Gesundheitsministeriums zum Download bereit.

### Flächendeckende und auf Dauer gestellte ÖGD-Stärkung fehlt

Der Pakt-Beirat lieferte wichtige Impulse für die Stärkung und Neupositionierung des ÖGD. Zunehmend ist in der Politik die Erkenntnis gereift, dass die Sektorengrenzen überwunden und an ihre Stelle eine auf der regionalen Ebene integrierte Gesundheitsversorgung mit Stärkung auch der Prävention treten muss (vgl. u.a. Expert\*innenrat 2024). Nach Empfehlung des Beirates bieten sich die Gesundheitsämter an, bei diesem Prozess eine Steuerungs- und Vernetzungsfunktion einzunehmen und so den Strukturwandel aktiv mit zu gestalten (Pakt ÖGD 2021, S. 19). Für den ÖGD spreche, dass er *„der einzige Akteur ist, der keine sektoralen oder professionsbezogenen Einzelinteressen vertritt und allein der Daseinsvorsorge verpflichtet ist.“* (Pakt ÖGD 2024b, S. 6).

Welche Aufgaben daraus beim Klimawandel für den ÖGD erwachsen könnten, hat der Beirat im Ersten Bericht seiner 2. Amtszeit näher durchdekliniert (Pakt ÖGD 2024a). Die Empfehlungen betreffen Voraussetzungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene.

Da es sowohl um Klimaschutz wie auch um Klimaanpassung geht, ist die Palette sehr breit. Ein zentrales Handlungsfeld liegt in die Verminderung von Gesundheitsungleichheit. Der Klimawandel trifft verschiedene Bevölkerungsgruppen aufgrund sozioökonomischer, sozioökologischer und physiologischer Faktoren nämlich höchst unterschiedlich. Gruppen mit erhöhten Risiken aufgrund von schwierigen Lebenslagen, ihres Alters, ungünstigen Wohnverhältnissen oder einer Behinderung benötigen zusätzliche Unterstützung. Hier kann der ÖGD kompensatorisch tätig werden. Welche Potentiale gehoben werden könnten, machen Projekte im Zusammenhang mit der Erarbeitung von Hitzeaktionsplänen, grüner Stadtentwicklung oder der Bekämpfung von Infektionserkrankungen deutlich. Der Pakt-Beirat unterstreicht jedoch, dass dahinter Einzelinitiativen stehen oder mit befristeten Fördermitteln umgesetzte Projekte. *„Eine kontinuierliche, flächendeckende, nachhaltige und qualitativ einheitliche Umsetzung ist (...) nicht gegeben“* und der gesetzliche Handlungsrahmen vage (ebd. 3). Demgegenüber fordert der Beirat, dass der ÖGD bei der Entwicklung einer strategisch vorausschauenden Gesundheitsplanung, die es bislang nicht gibt, zukünftig eine zentrale Rolle einnimmt. In die vorhandenen Planungsgremien soll der ÖGD eingebunden werden (Pakt ÖGD 2024b, S. 9).

Die dem ÖGD zugeordnete Rolle bei Planung, Steuerung und Koordination setzt gesetzliche Änderungen im Bundes- und Landesrecht voraus. Derzeit sind sie nicht ersichtlich. Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD liefert nur eine vage Ansage: *„Wir schaffen gesetzliche Rahmenbedingungen für den Gesundheitssektor und den Rettungsdienst im Zivilschutz- sowie Verteidigungs- und Bündnisfall mit abgestimmter Koordinierung und eindeutigen Zuständigkeiten“* (a.a.O., Zeile 3571-3574). Gedacht ist

vorrangig an kriegerische Auseinandersetzungen. So will Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) noch im Sommer 2026 einen Gesetzentwurf vorlegen, der das deutsche Gesundheitssystem strukturell auf militärische Ausnahmesituationen und schwere Krisenszenarien vorbereitet. Nach Pressemitteilung vom 14.02.2026 ist ein sogenanntes Gesundheits-sicherstellungsgesetz geplant. Es soll verbindlich regeln, wie medizinische Versorgung, Ressourcenmanagement und Zuständigkeiten im Verteidigungsfall organisiert werden. Die Ressortzuständigkeit ist offen, könnte aber auf das Verteidigungsministerium zulaufen mit der Argumentation, dass es um die Behandlung von Verwundeten geht und die Bereitstellung notwendiger finanzieller Mittel bei dieser Ressortzuweisung keinen Restriktionen unterliegt. Den ÖGD-Pakt will der Bund dagegen nicht über 2026 hinaus fortführen, was die Krisenfestigkeit des Gesundheitssystems insgesamt beeinträchtigt und ärztlicherseits scharf kritisiert wird (vgl. Ärztezeitung vom 13.02.2026). Auch bei den meisten Bundesländern steht die Anpassung ihrer GDG an die Herausforderungen gesundheitlicher Krisenlagen aus.

#### Fazit

Einerseits brachte der Pakt den ÖGD zurück ins Spielfeld. Die erreichten Fortschritte relativieren sich aber vor dem Hintergrund der massiven Einsparungen, denen der ÖGD über Jahrzehnte ausgesetzt war. Um nach 2026 nicht erneut in die Situation zu geraten, dass wegen klammer kommunaler Kassen Personalreduktionen die erreichten Fortschritte zunichtemachen, wäre eine Verstetigung des ÖGD-Paktes erforderlich. Die Politik weist jedoch in eine andere Richtung. Nur für den Kriegsfall soll die strukturelle Verwundbarkeit adressiert werden; die wachsenden Gesundheitsgefahren aufgrund der Destabilisierung ökologischer Systeme werden ausgeblendet.

*Ohne dauerhafte Finanzierung des ÖGD-Stellenaufwuchses über das Jahr 2026 hinaus, ohne auskömmliche Ressourcen und ohne eine Anpassung der rechtlichen Grundlagen gleichermaßen auf Bundes- wie Landesebene kann sich der ÖGD aber nicht zu einem Kernakteur des bevölkerungsbezogenen Gesundheitsschutzes weiterentwickeln. In der Rückschau droht dem ÖGD-Pakt dann das Schicksal einer Eintagsfliege, die nur auf kurzfristige Impulse während der Corona-Pandemie hin angelegt war. ■*

DOI: 10.3936/dmm\_artid47763394



Dr. Cornelia Heintze

Dr. Cornelia Heintze (StK a. D.) war beruflich zunächst als Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der FU Berlin (Statistik und Arbeitsmarktforschung), dann als Wirtschaftsreferentin bei den Grünen und Referentin im Niedersächsischen Finanzministerium tätig. Als Stadtkämmerin umfasste ihr Dezernat auch die Zuständigkeit für Liegenschaften, Wohnungswesen, Stadtwerke/ÖPNV und Städtische Kliniken. Sie arbeitet heute freiberuflich im Bereich international vergleichender Wohlfahrtsforschung mit Schwerpunktsetzung bei Gesundheit und Pflege.

Die Literatur zum Artikel finden Sie hier:

