

Gesundheitspolitik ist mehr als Krankenversorgung



Jens Holst und Katharina Böhm (HS Fulda / Ruhr-Universität Bochum)

von **Gunnar Göpel**

veröffentlicht am 08.06.2020

Das Zukunftsforum Public Health will sich als Zusammenschluss von Akteuren aus Wissenschaft und Praxis für die Öffentliche Gesundheit und die Entwicklung einer Public-Health-Strategie für Deutschland einsetzen. Ein Gespräch mit den zwei Wissenschaftlern Katharina Böhm und Jens Holst unter anderem über die Pandemie und die Folgen sozialer Ungleichheit.

Das Zukunftsforum Public Health betont in seiner jüngsten Stellungnahme „Pandemiebewältigung und nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung“ (<https://zukunftsforum-public-health.de/stellungnahme-covid/>), dass Risiken und Folgen der Pandemie sozial ungleich verteilt sind: „Beengte Wohnverhältnisse erschweren physische Distanzierung und erhöhen die Gefahr häuslicher Gewalt; Kinder aus bildungsarmen Familien leiden besonders stark unter Schul- und Kita-Schließungen.“ Die Ursachen dafür sind Probleme, die schon lange vor der Coronakrise existiert haben. Warum sollte sich gerade jetzt etwas ändern und wie kann dies erreicht werden?

HOLST: Der Covid-19-Ausbruch hat eindrücklich den engen Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit untermauert. Nicht nur dadurch, dass ärmere, weniger gebildete Menschen sich offenbar eher infizieren und stärker unter dem Virus leiden, sondern eben auch bei den anderen Auswirkungen der Pandemie und der Eindämmungsmaßnahmen. Praktiker und Wissenschaftler aus dem Bereich der Öffentlichen Gesundheit fordern schon lange die stärkere gesundheitspolitische Beachtung der gesellschaftlichen Bedingungen, die für die Gesundheit der Menschen entscheidend sind. Arbeitslosigkeit, Armut und Bildungsferne bringen große Gesundheitsrisiken mit sich, die selbst ein gut funktionierendes Gesundheitswesen kaum ausgleichen kann.

Zusammengefasst lässt sich also sagen: „Soziale Ungleichheit gefährdet die Gesundheit vieler Menschen“, korrekt?

HOLST: Das wissen wir seit Rudolf Virchow und ist bis heute eine der wesentlichen Erkenntnisse der Forschung zur Gesundheit von Bevölkerungen. Die Gesundheit der Menschen hängt in erheblichem Maße von Einkommen, Bildung und gesellschaftlicher Position ab, also den gesellschaftlichen Determinanten für Gesundheit. In Deutschland sterben einkommensschwache Menschen im Durchschnitt neun Jahre früher als ihre Mitbürger mit hohem Einkommen, obwohl alle Menschen Zugang zu Gesundheitsversorgung und sozialer Sicherung haben. Und in der Tat: Je ungleicher eine Gesellschaft, desto schlechter ist es um die Gesundheit aller Menschen bestellt.

Muss bei uns allen, bei Politik, Gesellschaft und Wirtschaft, noch ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass „Gesundheit“ überall eine Rolle spielt?

HOLST: Ja, hier bestehen allerorten noch erhebliche Erkenntnisdefizite. Unter Gesundheitspolitik verstehen die meisten Politiker, Journalisten und Bürger die Steuerung der Krankenversorgung und Fragen der Krankenversicherung. Dabei ist die sogenannte indirekte Gesundheitspolitik weitaus entscheidender für die Gesundheit der Bevölkerung. Denn nicht nur die Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Sozial- und Wohnbaupolitik, sondern auch Verkehr, Umwelt, Landwirtschaft und Ernährung haben großen Einfluss auf die Gesundheit. Bisher fehlt in Deutschland die Anerkennung von Gesundheit als Querschnittsthema, das bei sämtlichen Politikentscheidungen mitzudenken ist. So wie bei den Klimawirkungen müssen auch die Auswirkungen aller politischen Maßnahmen auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung Berücksichtigung finden, und ganz besonders der Bevölkerungsgruppen, die dem größten gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind.

Das Konzept „Health in All Policies (HiAP)“ ist nicht neu: 1978 wurde die Bedeutung sektorenübergreifender Maßnahmen in der Alma-Ata-Erklärung der WHO erstmals betont, 1986 in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zu einer „gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“ weiterentwickelt und 2006 machte die finnische Präsidentschaft der Europäischen Union das Konzept erstmals zu einem zentralen Thema in Europa. Wie beurteilen Sie den Fortschritt in Deutschland bei der Stärkung der Öffentlichen Gesundheit in den letzten 14 Jahren?

BÖHM: Die Grundidee hinter HiAP ist ja die, dass die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit nicht allein Aufgabe des Gesundheitswesens oder des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist. Vielmehr müssen dafür, wie Herr Holst eben schon sagte, andere Politikbereiche

und auch möglichst alle gesellschaftlichen Akteure wie Unternehmen, Vereine und Verbände ihren Beitrag dazu leisten. Gesundheit in allen Politikbereichen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der auch ein gestärkter Öffentlicher Gesundheitsdienst aktiv mitwirken muss.

Allerdings erweist sich die konsequente Anwendung des Health-in-All-Konzepts gerade in Deutschland mit seiner föderalen Struktur und geteilten Verantwortlichkeiten als schwierig. Auf kommunaler Ebene lassen sich zwar zahlreiche Beispiele für eine gelungene Umsetzung finden, für ein koordiniertes Vorgehen fehlt hingegen eine umfassende Strategie. Hier sind andere europäische Länder wie die Niederlande oder Österreich deutlich weiter. Das Zukunftsforum hat zu den *Erfahrungen und Perspektiven einer Health-in-All-Politik in Deutschland ein Arbeitspapier* (<https://zukunftsforum-public-health.de/health-in-all-policies/>) veröffentlicht.

HOLST: In diesem Zusammenhang kommt der Bundesrepublik Deutschland besondere Verantwortung zu, wenn sie im Juli dieses Jahres turnusmäßig den EU-Ratsvorsitz übernimmt. Damit kann die Bundesregierung nun die Weichen in die richtige Richtung stellen: für eine bessere Gesundheit des Planeten, von Mensch, Tier und Natur. Angela Merkel könnte von der vermeintlichen Klima- und tatsächlichen Autokanzlerin zur Kanzlerin der Globalen Gesundheit werden. Dafür muss sie aber darauf verzichten, im Interesse der deutschen Wirtschaft die EU daran zu hindern, Gesundheit so zum Maßstab aller politischen Entscheidungen zu machen, wie teilweise in der Coronakrise. Damit könnte dieses Land an seine human- und sozialmedizinische Geschichte des 19. Jahrhunderts anknüpfen und stärker als bisher zur Verbesserung der Gesundheit auf der Welt beitragen. Dazu bedarf es im Sinne einer Health-in-All-Politik aber einer konsequenten Überprüfung der deutschen und europäischen Außen-, Wirtschafts-, Handels- und Migrationspolitik auf ihre gesundheitsschädlichen Wirkungen, gegen die auch Medizin und Technologie aus deutscher Produktion nicht viel ausrichten kann.

Ein im Gesundheitswesen immer wieder diskutiertes Public-Health-Feld ist Prävention. Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention trat im Juli 2015 in Kraft. Gut fünf Jahre später gibt es immer noch viel Kritik an der Wirksamkeit des Gesetzes. Wo schwächelt die Gesetzgebung?

HOLST: Es war ein Geburtsfehler des Präventionsgesetzes, die Gesundheitseinrichtungen auf kommunaler Ebene, insbesondere die Gesundheitsämter, nicht zu beteiligen und ihnen auch keine Finanzierung zur Verfügung zu stellen. Hier besteht eindeutig Nachbesserungsbedarf. Die Coronakrise hat eindrücklich die große Bedeutung der Gesundheitsämter für den Gesundheitsschutz gezeigt.

BÖHM: Ja, mit dem Präventionsgesetz waren viele Erwartungen verbunden, die dann nicht erfüllt wurden. Dies liegt zum Teil auch wieder an der föderalen Aufgabenverteilung. Der Bund hat im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention nur begrenzte Handlungsmacht. Für ein weitergehendes Gesetz hätte es der Zustimmung der Länder bedurft, und darauf hat man nach dem mehrmaligen Scheitern eines Präventionsgesetzes bewusst verzichtet. So wurde Prävention allein zur verpflichtenden Aufgabe der Sozialversicherungen, insbesondere der Gesetzlichen Krankenversicherung. Abgesehen von der begrenzten Einbeziehung wichtiger Akteure gibt es aus meiner Sicht auch zwei konkrete Schwachpunkte des Gesetzes: Erstens wäre es besser gewesen, die Krankenkassen zur Kooperation mit den Kommunen und gemeinsamen

Erbringung von Präventionsleistungen zu verpflichten, um die laut Gesetz zu finanzierenden Maßnahmen besser auf die kommunalen Präventionsstrategien abzustimmen. Jetzt wissen die Kommunen oftmals gar nicht, welche Präventionsprojekte die Kassen zum Beispiel in den Kindergärten vor Ort anbieten.

Ein weiteres Problem ist, dass die Kommunen, die im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bereits gut aufgestellt sind, überdurchschnittlich von Leistungen des Präventionsgesetzes profitieren, weil sie die Anforderungen der Antragsstellung besser erfüllen. Insgesamt sehe ich die Umsetzung des Präventionsgesetzes aber positiver als viele meiner Kolleg*innen. Es wurden bislang viele gute Projekte initiiert. Die wesentliche Wirkung des Gesetzes geht jedoch über einzelne Projekte hinaus: Mit dem Präventionsgesetz haben die Themen Gesundheitsförderung und Prävention sowohl auf kommunaler als auch auf Landesebene neue Aufmerksamkeit erfahren, in einigen Bundesländern sind dadurch neue Strukturen entstanden.

Aktuell pressieren eher schnelle Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie. Die RKI-Risikoanalyse „Pandemie“ aus dem Jahr 2012, die ein derzeitiges Szenario skizziert, hatte kaum Konsequenzen. Den Fehler wird die Politik nach der derzeitigen Erfahrung nicht wiederholen wollen. Welche Schlüsse und Lehren für die Öffentliche Gesundheit können bisher aus der Pandemie gezogen werden?

HOLST: Die Bundesregierung lieferte den Medien die Bilder für die aktuelle Krise, beispielsweise bei staatstragenden Ankündigungen von Beschränkungen oder der Begrüßung von Flugzeugen mit Maskenlieferungen auf Rollfeldern, und sie fällt grundlegende Entscheidungen. Aber die Probleme vor Ort lösten die Kommunen, vor allem die Netzwerke von Mitarbeiter*innen lokaler Krankenhäuser, Pflegedienste, der Gesundheitsämter, die ihre Kenntnis der lokalen Gegebenheiten in die Problemlösungen einfließen ließen. Allerdings sind nicht alle Kommunen gleich ausgestattet, sondern recht heterogen aufgestellt. Wenn zum Beispiel in einem kommunalen Gesundheitsamt keine Ärzt*innen oder andere Fachleute mehr arbeiten, muss sich etwas ändern.

BÖHM: Das Wichtigste, das uns die Pandemie bislang gezeigt hat, ist die große Bedeutung von Öffentlicher Gesundheit. Die Bemühungen, die Öffentliche Gesundheit zu verbessern, haben bislang weder die Öffentlichkeit noch die Politik hinreichend wahrgenommen. Die Pandemie hat uns nun sehr deutlich vor Augen geführt, dass nahezu jeder Lebensbereich einen Gesundheitsbezug hat. Bei anderen Bedrohungen der Öffentlichen Gesundheit ist das weit weniger offensichtlich, jede*r Einzelne spürt davon kaum etwas. Dabei retten Maßnahmen wie die Kontrolle der Einhaltung von Hygienestandards in der Lebensmittelindustrie, die Festlegung von Lärm- und Abgasgrenzen an vielbefahrenen Straßen oder eine gesundheitsförderliche Stadtplanung tatsächlich sehr viele Leben. Das Gleiche gilt für die übrigen genannten gesellschaftlichen Determinanten, die sich nur durch eine konsequente Health-in-All-Politik beeinflussen lassen.

Kann diese Krise ein Katalysator für die Verbesserung der Öffentlichen Gesundheit in Deutschland sein?

BÖHM: Ich bin etwas skeptisch, ob die Krise tatsächlich Chancen für eine Verbesserung der Öffentlichen Gesundheit eröffnet. Auf keinen Fall reicht es aus, den Öffentlichen Gesundheitsdienst mit neuen Stellen und Mitteln zum Ausbau der Digitalisierung auszustatten, vor allem dann nicht, wenn die meisten Maßnahmen einen starken Fokus auf Infektionsschutz legen. Gesundheitsschutz ist sicherlich ein wichtiger Teil der Öffentlichen Gesundheit, eine nachhaltige Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit lässt sich aber

nur dann erreichen, wenn sich etwas an den krank machenden Lebens- und Arbeitsbedingungen, den gesellschaftlichen Determinanten der Gesundheit ändert. Ich sehe unsere Aufgabe als Expert*innen für Öffentliche Gesundheit deshalb auch darin, die Politik immer wieder auf die sozialen, ökonomischen und ökologischen Dimensionen von Gesundheit hinzuweisen und strukturelle Veränderungen einzufordern. *Dazu haben wir als Zukunftsforum Public Health auch diese Stellungnahme veröffentlicht.* (<https://zukunftsforum-public-health.de/stellungnahme-covid/>)

Katharina Böhm ist Juniorprofessorin für Gesundheitspolitik an der Fakultät für Sozialwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum. Jens Holst ist Professor für Medizin mit Schwerpunkt Global Health und Studiengangsleiter für Internationale Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Fulda. In einem demnächst erscheinenden Buch zu HiAP (<https://www.springer.com/de/book/9783658305031>) wollen Böhm und Kollegen für zahlreiche Politikfelder und für unterschiedliche politische Ebenen einen Einblick in den Stand der Umsetzung von HiAP geben und aufzeigen, wie Praxisbeispiele aussehen können. Das Interview führte Gunnar Göpel.