

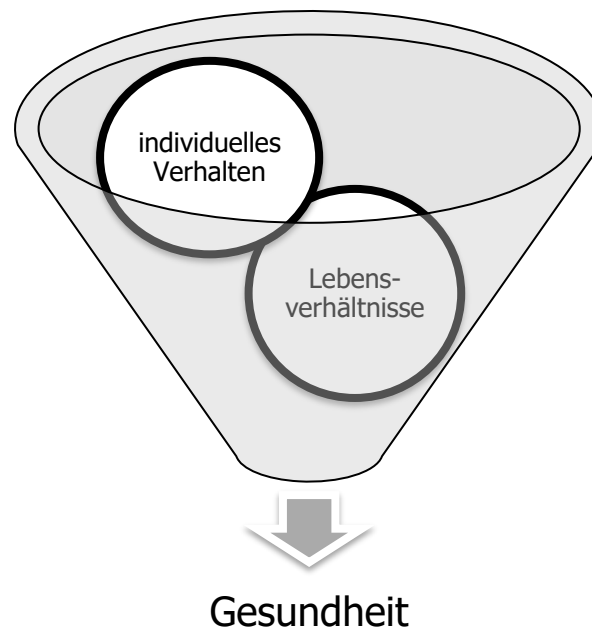
## POLITIK MACHT GESUNDHEIT

Diskussionspapier zum Kongress Armut und Gesundheit 2019

(erste Arbeitsversion als Diskussionsgrundlage, Stand: 19.7.2018)

*"Der gesellschaftliche Umgang mit Gesundheit muss sich verändern: es geht heute darum, Gesundheit als ko-produziertes Gut zu verstehen: so wie es Aufgabe der Politik ist, unsere Lebensumwelten gesundheitsförderlicher zu gestalten, so können und müssen wir auch selbst Verantwortung für unsere Gesundheit übernehmen, für unsere eigene und die von anderen"* beschreibt Ilona Kickbusch die heutige „Gesundheitsgesellschaft“.

Im Jahr 2017 hat das Zukunftsforum Public Health in einer öffentlichen Stellungnahme (De Bock et al., 2017) deutlich gemacht, dass *"Prävention, wenn sie flächendeckend effektiv implementiert werden und zur Verminderung ungleicher Gesundheitschancen beitragen soll, in erheblichem Maße auch auf Verhältnisänderung setzen (muss)."*

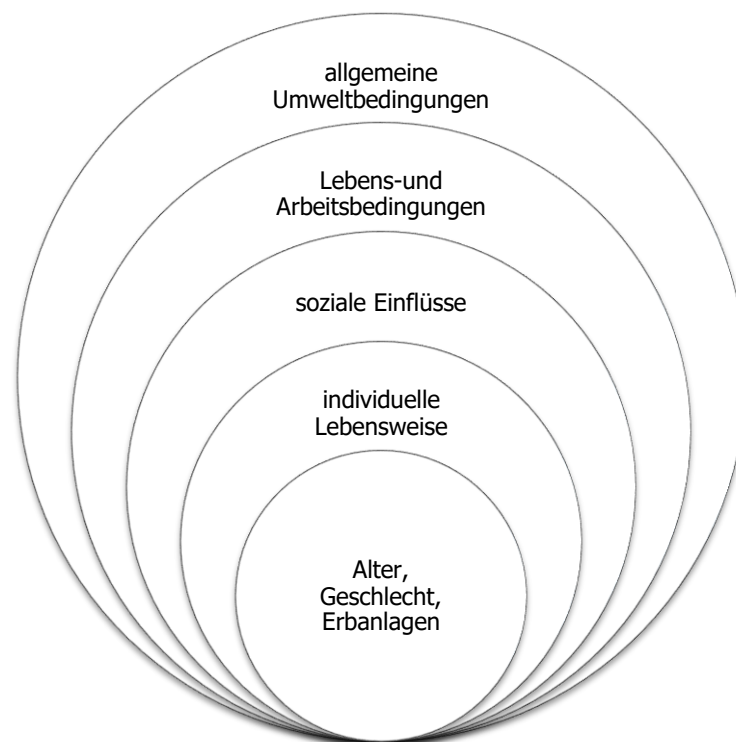


(Abbildung 1: „Einflussfaktoren auf Gesundheit 1“, eigene Darstellung)

In dieser bewusst sehr simplen Form der Darstellung wird ein wesentlicher Kernaspekt der aktuellen Debatte deutlich: **Wer ist (eigentlich) verantwortlich für Gesundheit?** Der Mensch selbst oder die (sozioökonomischen) Lebensbedingungen?

Nicht zuletzt in dem im Jahr 2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz) ist eine als „*Paradigmenwechsel*“ (De Bock et al., 2017) zu bezeichnende Schwerpunktverschiebung erkennbar: weg von dem bis zu diesem Zeitpunkt vorherrschenden Fokus auf dem individuellen Verhalten (messbar an den bis dahin veranschlagten Ausgaben in diesem Bereich), hin zu einer deutlichen Erhöhung der Investitionen in verhältnispräventive Ansätze, v.a. zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Settings (Lebenswelten). Übersetzt man diese Entwicklung, könnte man die soeben gestellte Frage: Wer ist (eigentlich) verantwortlich für Gesundheit?, vorsichtig beantworten mit: Endlich wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Gesundheit weder über den Einzelnen allein hergestellt noch aufrechterhalten werden kann. **Gesundheit entsteht in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung!**

Ist dies jedoch gelebte Praxis? Laut Bettina Schmidt sind noch dicke Bretter zu bohren, denn „*die aktuelle Gesundheitspolitik setzt (weiterhin) auf Eigenverantwortung. (...) – obwohl hinreichend belegt ist, dass Gesundheit weniger das Ergebnis von persönlicher Leistung als von sozialer Lage ist* (Schmidt, 2010).“ Den deutlichen Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit machen auch aktuelle Daten immer wieder deutlich, die sich auf eine einfache Formel bringen lassen: Armut macht (immer noch) krank! (vgl. u.a. Lampert et al., 2018).



(Abbildung 2: „Einflussfaktoren auf die Gesundheit 2“, eigene Darstellung, angelehnt an das Regenbogen-Modell nach Whitehead und Dahlgren)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat dieser Kenntnis Rechnung getragen und auf ihrer 8. globalen Gesundheitsförderungskonferenz im Jahr 2013 ein Konzept (an)diskutiert das seither breit (weiter)diskutiert wird: der **Ansatz Health in All Policies (HiAP)**. Das Konzept begründet sich im Kern dadurch, dass wesentliche Einflussfaktoren (Determinanten) auf die Gesundheit der Bevölkerung außerhalb des Einflussbereichs von Gesundheitspolitik und -versorgung im engeren Sinne liegen. Entsprechend sind Bemühungen gesundheitsförderliche Lebenswelten zu gestalten nur dann erfolgversprechend, wenn neben dem Gesundheitssektor auch andere Bereiche in die Planung und Umsetzung einbezogen werden. Im Jahr 2014 veröffentlichte die WHO eine entsprechende Stellungnahme mit den folgenden Kernforderungen:

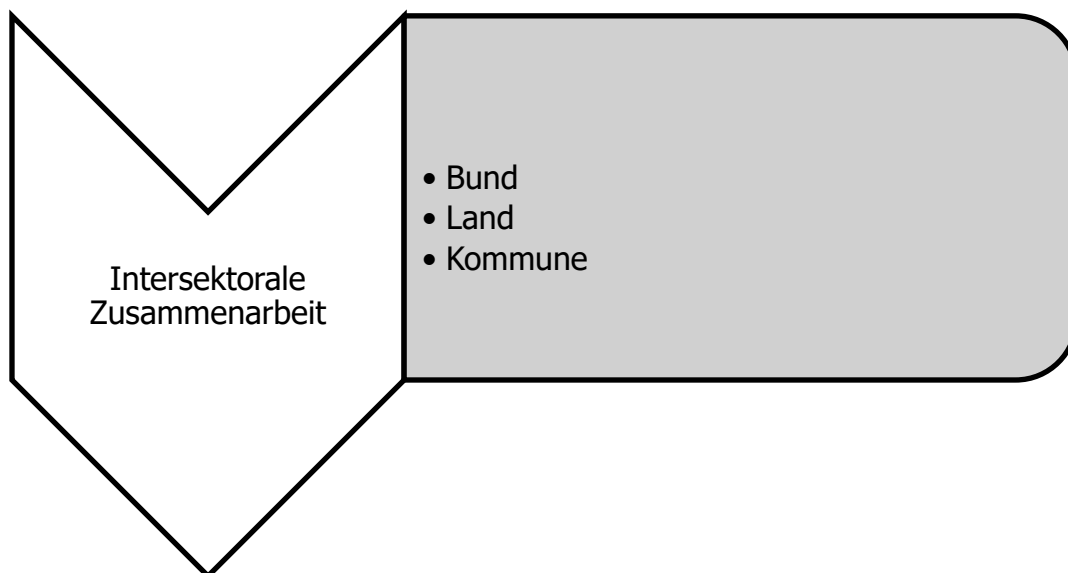
- *„Festlegung von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit als einer politischen Priorität.*
- *Sicherstellung effektiver Strukturen, Prozesse und Ressourcen, die die Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik ermöglichen.*
- *Kompetenzstärkung der Ministerien für Gesundheit, um innerhalb eines Landes und über Ländergrenzen hinweg bessere Gesundheitschancen zu ermöglichen.*
- *Aufbau institutioneller Kompetenzen und Fähigkeiten, die die Umsetzung von Health in All Policies ermöglichen und Daten zum Zusammenhang von Gesundheit und Ungleichheit sowie zu effektiven Gegenmaßnahmen bereitstellen.*
- *Einführung von Kontrollen und Rechenschaftspflicht.*
- *Erarbeitung von Methoden zur Überwindung von Interessenskonflikten, um politische Entscheidungen vor (wirtschaftlicher) Einflussnahme zu schützen.*
- *Einbezug von Öffentlichkeit, gesellschaftlichen Bewegungen und Zivilgesellschaft in die Entwicklung, Umsetzung und Kontrolle einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik mit dem Ziel, innerhalb der Bevölkerung ein Gesundheitsbewusstsein („health literacy“) zu schaffen (Weltgesundheitsorganisation, 2014).“*

Das Konzept des HiAP wurde bereits auf den Kongressen Armut und Gesundheit 2015, 2016 und 2018 (an)diskutiert. Michael Marmot verabschiedete sich im Kongressjahr 2014 mit einer klaren Aufforderung an die Kongressteilnehmenden: *„Do something, do more, do better“* (Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2014). Diese Forderungen griff der Kongress Armut und Gesundheit 2015 wieder auf und führte sie unter folgenden Schwerpunktsetzungen weiter:

- Programme, Projekte und Regelangebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, die besonders die ressort- und professionsübergreifende Zusammenarbeit in den Mittelpunkt stellen wurden dargestellt und diskutiert.

- Politischen Strategien, die unter Einbindung verschiedener Politikfelder einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz verfolgen wurden dargestellt und diskutiert.
- Aspekte der Qualitätssicherung und -entwicklung in Settings wurden dargestellt und diskutiert, um die Effekte gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen zu verbessern.

Das Kongressjahr 2016 stand dann stark unter dem Einfluss des zu dieser Zeit im dritten Anlauf verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland (Präventionsgesetz). Im Mittelpunkt der Diskussionen standen die politischen Gestaltungsspielräume, die sich, auch aus dieser neuen gesetzlichen Regelung heraus für die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland ergeben.



(Abbildung 3: „Ebenen der politischen Gestaltungsspielräume“, eigene Darstellung)

- **Horizontale Ebene: Intersektorale Zusammenarbeit stärken!** Durch den Health in All Policies-Ansatz soll der Blick auf alle Politikbereiche ausgeweitet werden, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben. Diesen jeweiligen Einfluss (bzw. Einflussmöglichkeiten) gilt es zu bestimmen und die Praxis ggf. deutlicher auszurichten auf das erklärte Ziel, die Lebenswelten gesundheitsförderlicher zu gestalten. Hier sieht sich der Public Health-Bereich auch in der Pflicht, eine stärkere Strahlkraft in andere Politikbereiche zu entwickeln und die Zusammenarbeit zwischen diesen verschiedenen Bereichen zu fördern.
- **Vertikale Ebene: Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene verzahnen!** Natürlich setzt das Präventionsgesetz einen

grundlegenden Impuls, schafft neue Möglichkeiten und unterstreicht die Wichtigkeit des Themas. Gesundheit wird jedoch auf kommunaler Ebene erfahren und (auch) gestaltet. Mit der bundesweiten Gesetzgebung rücken die Lebenswelten (Settings) als wichtigste Orte gelingender Gesundheitsförderung in den Vordergrund. Gerade Menschen in schwieriger sozialer Lage werden mit Lebenswelt-Aktivitäten am besten erreicht. Diesen Prozess zu begleiten und zu unterstützen, bleibt Aufgabe der Bundes- und Landespolitik (Verzahnung vertikaler und horizontaler Gestaltungsspielräume). Aber auch die kommunale Ebene muss gestärkt und mit entsprechenden Ressourcen ausgestattet werden (Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2016).

An die Diskussion um die politischen Gestaltungsspielräume knüpfte der Kongress Armut und Gesundheit 2018 an und stellte in seinem Diskussionspapier (Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2018) zunächst zwei – hier sehr einfach dargestellte – Strategien vor:



(Abbildung 4: „Gesundheit und andere Politikbereiche“, eigene Darstellung)

Entscheidungen, die in anderen Bereichen getroffen werden, haben – im extremsten Fall - eklatante Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen. So hat beispielsweise der „Dieselskandal“ bislang tausende Todesfälle zur Folge (International Journal of Health, 2017). Der Public Health-Bereich sollte stärker in die politischen Prozesse anderer Politikbereiche einbezogen werden. Und es schließen sich Fragen nach den Geltungsbereichen der einzelnen Politikfelder und ihren tatsächlichen Einflussmöglichkeiten an. Selbstverständlich gibt es Herangehensweisen und Modelle, die eine steuernde Wirkung einnehmen können: zu nennen wäre hier beispielsweise das Health Impact Assessment (Wismar 2004).

Eine wichtige Voraussetzung für die stärkere Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Themen außerhalb des Gesundheitsbereichs ist die intensivere Auseinandersetzung mit den Logiken

und handlungsleitenden Grundsätzen der „anderen“ Politikfelder, deren rechtlichen Rahmensetzungen und Handlungslogiken und ihrer Akteurinnen und Akteure. Zu begreifen, warum bestimmte Entscheidungen getroffen werden und welchen Nutzen die jeweils anderen Ressorts davon hätten, diese unter der Fragestellung der „Gesundheitsverträglichkeit“ (neu) zu hinterfragen, sind hier die ersten Schritte. Diese Herangehensweise scheint die nachhaltigere Option darzustellen, da man die Motive und Interessenlagen in anderen Politikbereichen weniger über politischen Druck als über wirkliche Überzeugungsarbeit verstehen und hieran anknüpfen kann.

Der Kongress Armut und Gesundheit 2019 möchte unter dem Motto „Politik M/macht Gesundheit“ Wissenschaft, Zivilgesellschaft und Politik einladen und an die oben genannten Diskussionen unter neuer Schwerpunktsetzung anknüpfen. **Das Motto „POLITIK MACHT GESUNDHEIT“ enthält hierbei bewusst zwei Lesarten: Zum einen ist Gesundheit immer auch eine Frage des politischen Willens (*„Politik macht Gesundheit*), zum anderen stellt Politik einen ständigen Kampf um Macht zwischen konkurrierenden Interessen dar (*„Politik Macht Gesundheit*).**

Nun ist die Gestaltung des Politikfeldes Gesundheit besonders schwierig. Zum einen ist das deutsche Gesundheitssystem *„gekennzeichnet durch einen Regulierungsmix aus staatlichen Vorgaben, Wettbewerbselementen und – prägend – korporatistischen Selbstverwaltungsstrukturen. Dieses komplexe Steuerungssystem führt nicht selten sowohl zu einer Überregulierung als auch zu einem Stillstand durch gegenseitige Blockaden.“* (Huster, 2017). Zum anderen interagieren hier eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren (governance). Neben den staatlichen Akteurinnen und Akteuren (Ministerien, Regierungen in Mehrebenensystemen wie der Europäischen Union oder dem deutschen föderalen Bundesstaat) gibt es private oder nichtstaatliche Akteurinnen und Akteure (Arbeitgeber, Gewerkschaften, Ärzteschaft, Krankenkassen), die Einfluss auf Entscheidungen im jeweiligen Politikfeld nehmen. Diese sind mit unterschiedlichen Machtressourcen (z.B. in Geld, Wissen oder Einfluss auf die öffentliche Meinung) ausgestattet, um ihre Positionen durchzusetzen, die nicht unbedingt und primär dem Ziel der Verbesserung der öffentlichen Gesundheit folgen müssen (Gerlinger & Schmucker, 2011). Gesundheitspolitik und das Gesundheitswesen gestalten häufig weniger(er) Gesundheit, als dass sie den Umgang mit Krankheit(en) organisieren, gestalten und verwalten.

*„Die Gesundheitspolitik ist in allen Industrieländern sicherlich das schwierigste, konfliktreichste und zugleich emotionalste politische Thema<sup>1</sup>“*

---

<sup>1</sup> Angela Merkel im Kölner Stadt-Anzeiger vom 6.3.2010

Es bedarf einer starken, im Idealfall mandatierten und in jedem Fall unabhängigen Interessenvertretung, die ressortübergreifend politische Entscheidungen beraten und bewerten kann. Diese Rolle sollte von Akteurinnen und Akteuren des Bereichs Public Health<sup>2</sup> eingenommen werden. Hierzu gibt es auch bereits erste Überlegung, z.B. des Zukunftsforums Public Health. Akteurinnen und Akteure der Szene beschreiben das selbst so: „*Verantwortungsbewusste und effiziente Gesundheitspolitik kann nur mit einem kompetenten, funktionsfähigen, vielfältigen und flexiblen Public-Health-System umgesetzt werden*“ (Kurth et al., 2016). Gerade in Politiksektoren, die primär anderen Zielen folgen als der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit, braucht es eine Beratung zu den möglichen gesundheitlichen Konsequenzen einer Entscheidung bzw. Nicht-Entscheidung (Wismar, 2003).

### **Health in All Policies: ein (un)erreichbares Ziel?**

Der Kongress Armut und Gesundheit 2019 möchte die in diesem Diskussionspapier skizzierten Spannungsverhältnisse in den Mittelpunkt der Diskussionen stellen. Insbesondere möchten wir auch fragen, was wir – als Akteurinnen und Akteure im Bereich Public Health – (auch anderes) tun können, um in der selbstdefinierten Rolle als Beraterinnen und Berater der Politik stärker wahrgenommen zu werden.

Leitfragen für den kommenden Kongress Armut und Gesundheit könnten sein:

- Wie können wir dem aktuellen Wissensstand Rechnung tragen und dem Ansatz Health in All Policies auch in Deutschland auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zu gelebter, selbstverständlicher Praxis verhelfen?
- Welcher Akteurinnen und Akteure bedarf es hierfür?
- Was sind die bislang fördernden und hemmenden Faktoren?

Unter dem Motto „POLITIK MACHT GESUNDHEIT“ lädt der Kongress Armut und Gesundheit herzlich dazu ein, sich am 14. und 15. März 2018 an der Technischen Universität Berlin an den Diskussionen zu beteiligen.

---

<sup>2</sup> „Public Health ist die Wissenschaft und die Praxis der Verhinderung von Krankheit, Verlängerung des Lebens und Förderung der Gesundheit durch organisierte Anstrengungen der Gesellschaft“ (WHO-Definition)

### Literaturverzeichnis:

De Bock, Freia; Geene, Raimund; Hoffmann, Wolfgang & Stang, Andreas (2017): „*Vorrang für Verhältnisprävention*“. Berlin: Zukunftsforum Public Health unter: [http://zukunftsforum-public-health.de/wp-content/uploads/2018/01/2017\\_12\\_Handreichung\\_Verhältnisprävention\\_Zukunftsforum.pdf](http://zukunftsforum-public-health.de/wp-content/uploads/2018/01/2017_12_Handreichung_Verhältnisprävention_Zukunftsforum.pdf), letzter Zugriff 19.7.2018)

Gerlinger, Thomas & Schmucker, Rolf (2011): „*Individuelle Gesundheitsleistungen*“ Berlin: GGW unter: [https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ggw/wido\\_ggw\\_heft411\\_aufs3\\_1011.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_heft411_aufs3_1011.pdf), letzter Zugriff: 19.7.2018

Gesundheit Berlin-Brandenburg (2014): „*Eröffnungsbeitrag 2014*“ unter: <http://www.armut-und-gesundheit.de/Eroeffnungsbeitrag.1532.0.html>

Gesundheit Berlin-Brandenburg (2016): „*Konzeptpapier 2016*“ unter: <http://www.armut-und-gesundheit.de/Konzept-2016.1861.0.html>, letzter Zugriff 19.7.2018

Gesundheit Berlin-Brandenburg (2018): „*Konzeptpapier 2018*“ unter: [http://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/MAIN-dateien/Kongress\\_A\\_G/A\\_G\\_18/Diskussionspapier.pdf](http://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Kongress_A_G/A_G_18/Diskussionspapier.pdf), letzter Zugriff 19.7.2018

Huster, Stefan (2017): „*Gesundheit gerecht gestalten. Politisch-ethische Überlegungen zur Situation in Deutschland*“, in: WISO direkt unter <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/13766.pdf>, letzter Zugriff 19.7.2018

International Journal of Health (2017): „*Impacts and mitigation of excess diesel-related NOx emissions in 11 major vehicle markets*“ unter <https://www.nature.com/articles/nature22086>, letzter Zugriff 19.7.2018.

Kickbusch, Ilona & Hartung, Susanne (2014): „*Die Gesundheitsgesellschaft*“. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Kurth, Bärbel Maria (2016): „*Public Health – mehr Gesundheit für alle Ziele setzen – Strukturen schaffen – Gesundheit verbessern*“ unter [http://zukunftsforum-ph.de/wp-content/uploads/2017/07/2016\\_10\\_White-Paper.pdf](http://zukunftsforum-ph.de/wp-content/uploads/2017/07/2016_10_White-Paper.pdf), letzter Zugriff 19.7.2018.

Lampert, Thomas; Kroll Lars Eric; Kuntz Benjamin & Hoebel Jens (2018): „*Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends*.“ Berlin: Journal of Health Monitoring unter <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDo wnloads/Journal-of-Health->



[Monitoring\\_03S1\\_2018\\_Gesundheitliche\\_Ungleichheit.pdf?\\_blob=publicationFile](#), letzter Zugriff 19.7.2018.

Schmidt, Bettina (2010): „*Neo-Gesundheitsförderung: Wer kann, muss ran*“. Berlin: GGW unter: [https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ggw/wido\\_ggw\\_aufs2\\_0410.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs2_0410.pdf), letzter Zugriff: 19.7.2018

Weltgesundheitsorganisation (2014): "*The Helsinki statement on Health in All Policies*" unter: <http://www.searo.who.int/entity/healthpromotion/Helsinki-Statement/en/>, letzter Zugriff am 19.7.2018

Wismar, Matthias (2003): „*Health Impact Assessment – Politikberatung als Bindeglied zwischen Wissensproduktion und Entscheidungsfindung*“. Berlin: GGW unter: [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ggw/GGW\\_4-03\\_25-35.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/GGW_4-03_25-35.pdf), letzter Zugriff: 19.7.2018

Wismar, Matthias (2004): „*The effectiveness of health impact assessment*“ in *eurohealth*, Volume 10 Number 3-4, 2004 unter: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.431.1505&rep=rep1&type=pdf#page=44>, letzter Zugriff 19.7.2018