

# POLITIK MACHT GESUNDHEIT

Kongress Armut und Gesundheit

Berlin, 14. März 2019

# Themen

---

1. Gesundheitsförderung und Prävention:  
Entwicklungstrends
2. Hindernisse für „Health in all Policies“
3. Umdeutung: Gesundheit als gesellschaftliche  
Rationalisierungsressource
4. Ausblick

# 1.

---

## Entwicklungstrends in der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik

# Bedeutungszuwachs von Gesundheitsförderung und Prävention (GfP)

---

- wachsende Zahl von Programmen und Initiativen mit explizitem oder implizitem Gesundheitsbezug
  - durch Krankenkassen
  - auf kommunaler Ebene
- Ausbau betrieblichen Gesundheitsmanagements
- gesetzliche Maßnahmen (Alkohol- und Tabakkontrolle)
- Debatten über gesetzliche Maßnahmen (z.B. Besteuerung o. Kennzeichnungspflicht für Lebensmittel)
- öffentliche Kampagnen zu verhaltensbezogenen Risiken

# Modernisierung der GfP-Politik (1/2)

---

- Gesundheitsförderung und Primärprävention als Auftrag der Krankenkassen
  - seit 1989
  - Wiederaufwertung seit 2000
- Professionalisierung des Kassenhandelns in Gesundheitsförderung und Primärprävention
  - gesetzliche Vorschriften über Qualitätskriterien (Ziele, Zugangswege, Methoden, Evaluation etc. ...)
  - Erweiterungen durch das Präventionsgesetz (seit 2016)

# Modernisierung der GfP-Politik (2/2)

---

- Arbeitsschutzgesetz (1996) und SGB VII (1996)
  - neue Schutzphilosophie, umfassendes Schutzverständnis
  - Erweiterung des Präventionsauftrags auf arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren
  - neue Präventionsinstrumente (z.B. Gefährdungsbeurteilung)
- Hinwendung zu integrierten, gruppenspezifischen Hilfen, bei denen gesundheitsbezogene Prävention nur eine von mehreren Komponenten ist (Beispiel: KeKiz)
- Schaffung neue Institutionen und Strukturen (s. Präventionsgesetz)

# Gesundheitsförderung und Prävention

---

zu geringe Aufmerksamkeit auf **setting-bezogene Ansätze (Gestaltung von Lebenswelten)**, nicht zuletzt:

- Arbeit und Gesundheit
  - prekäre Beschäftigung (Leiharbeit, befristete Beschäftigung etc.)
  - Arbeitsverdichtung (Stress, Burnout, psychische Erkrankungen etc.)
  - Dauer und Lage der Arbeitszeiten (nicht zuletzt: Schichtarbeit)
- Umwelt und Gesundheit (Schnittstelle von Klima- und Gesundheitspolitik)
  - Braunkohlebergbau
  - Dieselfläre (Fahrverbote, Grenzwerte etc.)

# Armut und Gesundheit

---

- zu geringer Stellenwert des Abbaus von gesundheitlicher Ungleichheit
- wachsende Zahl von Einzelinitiativen
- aber: keine umfassende, koordinierte, zielorientierte Steuerung und Strategie erkennbar
- vom Leitbild „Health in all Policies“ weit entfernt
- auch: pure Ignoranz und reine Interessenpolitik

# Implementation

---

- weiteres Problem: Implementation von Rechtsvorschriften
  - Abbau von Aufsichts- und Beratungskapazitäten bei staatlichem Arbeitsschutz und DGUV
  - keine oder unzureichende Implementation von Rechtsvorschriften (z.B. in Klein- und Mittelbetrieben; psychische Gefährdungsbeurteilung)
  - Nichterreicherung besonders vulnerabler Gruppen (z.B. Leiharbeiter/innen)
- Widerspruch zwischen Präventionsrhetorik und Präventionsrealität

# 2.

---

Hindernisse für  
„Health in all Policies“

# Armut und Ungleichheit als Folge makropolitischer Entscheidungen (1/2)

---

- Wirtschafts-, Finanz-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik hat Armut und Ungleichheit verstärkt und nicht reduziert
  - Reduzierung des Rentenniveaus und Privatisierung der Rente
  - Erhöhung des Renteneintrittsalters
  - Einführung von Bedürftigkeitsprüfungen für vormalige Sozialversicherungsleistungen
  - niedrige Löhne, unzureichender Mindestlohn
  - Senkung der Steuersätze für Spitzenverdiener

# Armut und Ungleichheit als Folge makropolitischer Entscheidungen (2/2)

---

- im Mittelpunkt dieser Politik: Ausrichtung auf einen nationalen Wettbewerbsstaat
- Ideologie: Ungleichheit als Anreiz für Leistungsbereitschaft und Selbstoptimierung
- wer solchen Zielen folgt und solche Instrumente einsetzt, nimmt
  - mit sozialen Ungleichheiten
  - auch gesundheitliche Ungleichheit in Kauf

# Komplexität von Handlungsanforderungen, Interessen und Akteuren (1/2)

---

- Heterogenität von Akteuren, Aufgaben und Interessen
    - Bund, Länder und Kommunen (BZgA, ÖGD)
    - Sozialversicherungsträger (GKV, DGUV, GRV, BA)
    - Zusammenwirken von SV-Trägern und Gebietskörperschaften
    - freie Träger
  - Komplexität von Public Health-bezogenen Handlungsanforderungen
    - Koordinierung zahlreicher Akteure
    - Berücksichtigung vielfältiger Interessen
  - zahlreiche Implementationshindernisse (z.B. Veto-Spieler)
-

# Komplexität von Handlungsanforderungen, Interessen und Akteuren (2/2)

---

- Bismarcksche Krankenversicherung
  - weitgehende institutionelle Trennung der Zuständigkeiten für Krankenversorgung und Prävention
  - Fokus auf „Kompensation“ eingetretener Risiken
- Folge: Reduzierung von Komplexität, Beschränkung auf das „Machbare“
- „Darwinsches Gesetz der Prävention“ (Kühn/Rosenbrock)
- Tendenz: Priorität auf isolierte Maßnahmen und Verhaltensprävention

# Politik und Wirtschaft

---

- häufig: Gegensatz von Gesundheit und wirtschaftlichen Interessen
- Gesundheit allein als nicht sonderlich starkes Motiv
- insbesondere, wenn das Gesundheitsziel mit mächtigen Interessen in Konflikt gerät (s. Diskussion um Grenzwerte und Fahrverbote)

# 3.

---

Umdeutung:  
Gesundheit als gesellschaftliche  
Rationalisierungsressource

## Motive (1/4):

# Gesundheit als gesellschaftlicher Makrotrend

---

- Politik folgt einem gesellschaftlichen Makrotrend
- Gesundheit als Wert und Ziel genießt in der Gesellschaft einen sehr hohen Stellenwert
- Politik weiß sich in Übereinstimmung mit breiten Teilen der Bevölkerung
- durch die Beschwörung von Gefahren kann sich der Staat als Akteur in Szene setzen, der ihnen als Hüter des Gemeinwohls (und des individuellen Wohls) entschlossen entgegentritt
- daher: Legitimationsrisiken sind denkbar gering

## Motive (2/4):

### Antwort auf sozialen Wandel

---

- neue Belastungen und Beanspruchungen bei der Arbeit (v.a. psychische Gesundheitsgefahren)
- Gefahr der dauerhaften Exklusion einzelner Bevölkerungsgruppen
- demographischer Wandel
- Einsicht in die begrenzten Handlungsmöglichkeiten der Medizin

## Motive (3/4):

### Antwort auf sozialen Wandel

---

- Gesundheitspolitik auch Ausdruck einer gezielten Interessenpolitik
- Gesundheitsförderung und Prävention als Teil einer Sozialinvestitionsstrategie
- Ziel: Erschließung der Produktivitätspotenziale einer verbesserten Bevölkerungsgesundheit

## Motive (4/4):

# Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit

---

- Begrenzung des Anstiegs von Behandlungskosten in Krankenversorgung und Pflege
  - Entlastung von Arbeitgebern und öffentlichen Haushalten
- Gesundheit als Produktivitätsressource
  - alternde Belegschaften und Fachkräftemangel
  - Fehlzeiten reduzieren
  - Frühberentung vermeiden
- Gesundheit als Voraussetzung für ein aktives Altern
  - Arbeiten mit 67 (oder länger)
  - soziales Engagement im Alter (z.B. ehrenamtliche Pflege)
  - Eintritt von chronischer Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit hinausschieben

# Paradigmenwechsel: Gesundheitsförderung und Prävention als Sozialinvestition (1/2)

---

- Plädoyer für GfP wird verknüpft mit der Diskreditierung und De-Legitimierung der finanziellen Kompensation von Nachteilen oder Notlagen
- expandierender Wohlfahrtsstaat: positive Konnotation von Sozialpolitik
  - Eröffnung von Lebenschancen
  - Chancengleichheit
  - Befriedung sozialer und politischer Konflikte
- nun: Sozialeleistungen
  - als ineffiziente Hilfe
  - potenzielles als Fass ohne Boden

# Paradigmenwechsel: Gesundheitsförderung und Prävention als Sozialinvestition (1/2)

---

- „Der wirtschaftliche Wert der Sozialpolitik“ (Georg Vobruba) erhält nun einen neuen Inhalt:
- Prävention von Unterstützungsbedürftigkeit (auch im Hinblick auf Gesundheit) wird zu einem tragenden Element des aktivierenden Sozialstaats
- „flexibel sei der Mensch, selbständig und unternehmerisch“ (Stephan Lessenich)
- Indienstnahme (Klaus Dörre: „Landnahme“) des Handlungsfeldes „Gesundheit“ für eine Strategie angebotsorientierter Standortpolitik im globalen Wettbewerb

## Gesundheitsbewegung im Zwiespalt (1/2)

---

- Legitimation von GfP-Politik mit der Erwartung wirtschaftlichen Nutzens bringt Gesundheitsbewegung in einen Zwiespalt:
- einerseits: Stärkung der Durchsetzungskraft des Gesundheitsarguments durch Einbeziehung mächtiger Interessen
- andererseits: Gefahr, die Verfolgung des Ziels „Gesundheit“ von eben diesen Interessen abhängig zu machen

## Gesundheitsbewegung im Zwiespalt (2/2)

---

- zwei problematische Konsequenzen:
  1. GfP wird **fragil**, denn die Legitimationsgrundlagen können erodieren, wenn die Erwartung eines wirtschaftlichen Nutzens nicht eintritt oder nicht mehr vorhanden ist
  2. Das Nutzenargument beinhaltet eine **latente soziale Selektivität** von GfP, denn wenn sie mit wirtschaftlichem Nutzen legitimiert wird, dürfte sie sich primär auf solche Gruppen richten, deren Gesundheit einen Nutzen verspricht, weil deren Qualifikation nicht ohne Weiteres zu ersetzen ist

4.

---

Ausblick

## Ausblick (1/2)

---

- Die Rahmenbedingungen für GfP im letzten Jahrzehnt waren gut:
  - demographischer Wandel, Arbeitskräfteknappheit, steigende Kosten der medizinischen Versorgung, strukturelle Exklusion bestimmter Bevölkerungsgruppen: erhöhte politische Bereitschaft zu Finanzierung von GfP
  - Zunahme der Beschäftigung: volle Kassen der öffentlichen Haushalte
- Dies muss nicht so bleiben:
  - Konjunkturunbrüche, Haushaltsdefizite, Schuldenbremse können Finanzierungsbereitschaft schnell erodieren lassen

## Ausblick (2/2)

---

- Gesundheitsbewegung sollte sich auf ihre politische Autonomie besinnen
- Gesundheit als ein humanistisches Anliegen
- Legitimation aus dem Ideal eines langen, von Einschränkungen freien Lebens – für alle!
- Einsatz für Gesundheit: vorsichtig Gebrauch machen vom ökonomischen Nutzenargument

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**