

Gesundheit sichern und schützen

Die Chance für ein modernes Public Health System in Deutschland nutzen - jetzt!

Es gibt in Deutschland bislang keine institutionelle und regulative Struktur mit koordinierter Verantwortung und entsprechender Ausstattung für die Gesundheitssicherung der Bevölkerung (Public Health). Das gilt sowohl für den Fall von Epidemien als auch für die Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten wie für die Gesundheitsförderung generell.



© ASH Berlin, Gesundheit Berlin Brandenburg

Zur Person

Prof. Raimund Geene hat eine Professur für Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Schwerpunkt auf kommunale Ansätze an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Dabei handelt es sich um eine Forschungsprofessur, die an der Berlin School of Public Health angesiedelt ist. Geene ist in vielen Gremien der Gesundheitspolitik und der Selbstverwaltung tätig, unter anderem im Gemeinsamen Bundesausschuss. Er initiierte die seit vielen Jahren bestehende Kongressreihe „Armut und Gesundheit“.



© David Ausserhofer

Zur Person

Prof. Rolf Rosenbrock ist seit 2012 Vorsitzender der Paritätischen Wohlfahrt - Gesamtverband. Vorher leitete er unter anderem die Forschungsgruppe „Public Health“ im Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB). Er war außerdem Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bzw. zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Rosenbrock hat seit 2007 eine Lehrbefugnis als Professor an der Berlin School of Public Health in der Charité Universitätsmedizin Berlin.

Ein Beitrag von Raimund Geene und Prof. Rolf Rosenbrock

Auch die vielfältigen, oft erfolgreichen Bemühungen beim Aufbau von Public Health - zu nennen sind hier etwa der Aufbau von Forschungsverbänden, Fakultäten/Schools of Public Health und Studiengängen sowie auch beachtlicher Forschungsförderung v.a. durch DFG und Ressortforschung - all diese Bemühungen finden in Deutschland kein institutionelles Gerüst, in dem die Expertise von Public Health ihre volle Wirksamkeit entfalten könnte. Dieser Mangel wurde bereits 2015 durch die Leopoldina beklagt und in den letzten Jahren insbesondere durch das Zukunftsforum Public Health aufgegriffen. Hier wurde in einem breit angelegten Beteiligungsprozess über zwei Jahre ein Fahrplan für eine Public Health-Strategie für Deutschland skizziert.

Nicht zuletzt diesem Engagement ist es zu verdanken, dass sich im Koalitionsvertrag der Ampelregierung mehrere Anknüpfungspunkte für Public Health finden. Die aktuellen, jeweils gut begründeten bzw. überfälligen Reformen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD-Pakt), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit, BlöG) und der GKV-getragenen Primärprävention (Novellierung §§ 20ff SGB V) bieten die in Deutschland bislang einmalige Chance, dieses Defizit zu verringern und die Fundamente für eine dem Stand des Wissens und der absehbaren Entwicklung der zu bearbeitenden Probleme entsprechende Public Health-Struktur zu legen.

Das ist ein hoher Anspruch. Er kann nur erfüllt werden, wenn diese drei Reformvorhaben kon-

zeptionell als zusammengehöriges Paket unter gemeinsamer Zielstellung betrachtet, behandelt und geregelt werden. Eine Chance dafür bietet auch der im Koalitionsvertrag vereinbarte und aktuell vom BMG initiierte Prozess zur Entwicklung eines Nationalen Präventionsplans (NPP)¹. Ziel ist eine kohärente, flächendeckende, handlungs- und lernfähige Infrastruktur für Public Health in Deutschland - so auch die Kernaussage der vom Zukunftsforum skizzierten Nationalen Public Health-Strategie.

Wie kann ein solcher Prozess hin zur Strukturbildung für Public Health ausgestaltet werden?

Ausgangspunkt von Überlegungen zur Struktur sind die zu erfüllenden Aufgaben. Daraus lassen sich Schlüsse über die zu ihrer Erfüllung notwendigen Kompetenzen, Institutionen, Kooperationen und Ressourcen der beteiligten bzw. zu beteiligenden Institutionen und stakeholder ziehen.

Im Folgenden wird dies, dem Ansinnen des Koalitionsvertrags folgend, zunächst für den New Public Health-Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention skizziert². Dieser wurde zuletzt durch das Präventionsgesetz von 2015 (§§ 20ff SGB V) umfassend modernisiert und beauftragt die Krankenkassen mit partizipativ organisierter, ressourcenorientierter Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere zur Verminderung sozial und geschlechtsbedingt

- 1 Auch weitere Reformvorhaben sind hier unmittelbar anschlussfähig. So enthalten insbesondere die Vereinbarungen zum flächendeckenden Aufbau von Gesundheitskiosken das Potenzial, den in Deutschland lange vernachlässigten Primary Health Care Ansatz auszubauen und weiter zu entwickeln und dabei auch präventive Potenziale gesundheitlicher Versorgung zu erschließen. Sie sollten deshalb ebenso in die Überlegungen einbezogen werden wie die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), die gemäß Koalitionsvertrag zu einer nachhaltigen, staatsfernen Unterstützungs- und Beratungsinstitution für Hilfesuchende ausgebaut werden soll. Denn es ist diesen Prozessen gemeinsam, den breiten Auftrag von Public Health - nämlich Forschung und Praxis der bevölkerungsbezogenen Gesundheitssicherung und -förderung - als gemeinsamen und längst überfälligen Modernisierungsprozess wirkungsvoll zu organisieren.
- 2 Nach dem gleichen Ansatz sind Ziele und Aufgaben im Bereich der Epidemiekontrolle und desaster preparedness, der Hygiene, der Beratung und weiterer Funktionen der beteiligten stakeholder und Institutionen zu beschreiben. Gerade auch für Aufbau von Gesundheitskiosken oder der Neuaufstellung der Unabhängigen Patientenberatung ist dies von hoher Bedeutung. Die Zusammenführung dieser Überlegungen einschließlich der Schnittstellen und Überlappungen ergibt eine vollständige Public Health-Strategie.

ungleicher Gesundheitschancen.

Sämtliche Überlegungen und Entwicklungsschritte zur Public Health Struktur in Deutschland sollten sich am übergreifenden gesellschaftlichen Leitbild des WHO-Konzepts „Health in All Policies“ orientieren. Es ist für eine Präventionsstrategie auf zwei Ebenen von Bedeutung: Auf lokaler/kommunaler Ebene dient es als Richtschnur für eine Praxis, bei der jeder Akteur die gesundheitlichen Implikationen seines Handelns und Unterlassens reflektiert und danach handelt, und zwar sowohl im Bereich politischer Steuerung („Whole-of-Governance Approach“) als auch im zivilgesellschaftlichen Engagement („Whole-of-Society Approach“). Im Hinblick auf die Umsetzung von HiAP auf der Makroebene (Einkommensverteilung, Bildungs-Chancen, Wohnen, Mobilität etc.) soll die hier skizzierte Struktur auf Basis der Daten zu den sozialen Determinanten beständig entsprechende Politik-Veränderungen anmahnen (gemäß dem Advocacy-Auftrag der WHO Ottawa-Charta) und in konkreter Praxis initiieren („gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“, 1. Handlungsfeld der Ottawa-Charta). Zu HiAP gibt es international inzwischen zahlreiche, z.T. auch bereits langfristig evaluierte Maßnahmen wie etwa das Nordkarelien-Projekt in Finnland, das Health in All Policies-Modell in South Australia und – besonders umfassend konzipiert – das Wellbeing Budget als ökonomische Maßeinheit der neuseeländischen Regierung.

Mit Blick auf die angekündigte (und notwendige!) Nachbesserung des Präventionsgesetzes mit dem Ziel der Verbesserung der Umsetzung der bislang eher inselhaft betriebenen Prävention und Gesundheitsförderung muss vom bestehenden institutionellen Grundgerüst in Deutschland ausgegangen werden. Dieses besteht im Wesentlichen aus

- 380 lokalen Gesundheitsämtern (mit jeweils länderspezifischer Regulierung),
- überregionale ÖGD-Steuerung durch Landesministerien und Landesgesundheitsämter sowie auf Bundesebene durch das BMG und

seine nachgeordneten Fachbehörden, hier insb. zu nennen das RKI und die BZgA,

- den unter dem Dach der Nationalen Präventionskonferenz und faktischer Führung der GKV mit Prävention und Gesundheitsförderung befassten Stellen,
- einer reichen Landschaft von Netzwerken im wissenschaftlichen Bereich (z.B. Zukunftsforum Public Health, Fachgesellschaften) und
- in der Zivilgesellschaft (z.B. Landesvereinigungen für Gesundheit, Wohlfahrt, Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit).
- Hinzu kommen zahlreiche ergänzende oder parallele Programme und Projekte aus Bundes- und Landesministerien (etwa Bauministerium ‚Soziale Stadt‘; das Bund-Länder-Programm ‚Frühe Hilfen‘, Landesprogramme für Gesundheitsförderung und viele weitere).

Die Zusammenführung dieser Kräfte zu einem Gesamtprojekt ‚Public Health Struktur in Deutschland‘ muss die politisch-praktische Schwierigkeit überwinden, dass die aktuell aufgerufenen Baustellen von jeweils historisch gewachsenen, aber untereinander nur fragmentarisch vernetzten issue communities bearbeitet werden und zudem alle Ebenen des föderalen Systems sowie die Sozialversicherungen betreffen.

Der Prozess braucht deshalb viel Überzeugungsarbeit und eine vom politischen Willen geprägte, starke und transparente Führung durch die Bundesregierung.

Im Ergebnis sollen Kapazitäten für folgende Aufgabenbündel verfügbar sein:

1. Sozialepidemiologische Daten zu allen relevanten Gesundheitsrisiken nach SES, Gender, Alter, Region unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Determinanten kontinuierlich erheben und veröffentlichen (health monitoring, risk monitoring).
2. Unter Nutzung dieser Daten die Kommu-

nikation über alte und neue Risiken für die Gesundheit, populationsbezogen sowie zielgruppenspezifisch auf allen geeigneten Kommunikationskanäle und -ebenen konzipieren, organisieren sowie entsprechende Interventionen der Verhältnis- und der Verhaltensprävention durchführen.

3. Für sämtliche geeigneten Lebenswelten flächendeckend dem state of the art entsprechende, partizipativ gestaltete Interventionen bereithalten und durchführen, evaluieren, in ihrer Qualität sichern und methodisch weiterentwickeln.
4. Methodenentwicklung, Evaluation und Qualitätsentwicklung im Sinne selbstlernender Systeme, Interventionsberichterstattung über Wirkungsfelder und Wirksamkeiten.
5. Durch fortlaufende Diskursivierung, sowohl in Form von Kongressen, Arbeitsgruppen als auch Newsletter Austausch und Aufwuchs von Public Health in Deutschland fördern.

Alle fünf Arbeitsfelder

- enthalten Aufgaben für das BiöG, die Gesundheitsämter, die GKV-Prävention, die Zivilgesellschaft und die Wissenschaft
- benötigen zu ihrer Bearbeitung klare Verantwortlichkeiten und definierte Abläufe für Kommunikation und Entscheidung.

Daraus ergeben sich für die Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung operationalisierbare Aufgaben und Kooperationen:

RKI: Datenerhebung und Forschung: Sozial-epidemiologie (social determinants, orientiert an Health in All Policies), nach Gender, Alter, SES, Regionen, Gesundheitsressourcen, Krankheiten, Versorgung iWS), Methodenentwicklung, internationale Vernetzung, z.T. unabhängig, z.T. in Umsetzung von hoheitlichen Aufgaben.

BiöG (ex-BZgA): Umsetzung der RKI-Forschungsergebnisse in populationsweite bzw. gruppenspezifische und ggf. regionale Inter-

ventionskonzepte (Qualitätsstandards), Risikokommunikation i.w.S., Methodenentwicklung der Intervention und Qualitätssicherung, Leitlinien für Intervention und Qualitätssicherung, bevölkerungsbezogene Gesundheitsinformationen/Führung und Koordination von Mehr-Ebenen-Kampagnen, Wissenschaftsanbindung, Gesamtevaluation.

Auch die enge Verknüpfung mit anderen Fachressorts (im Sinne eines „Health in All Policies“) und die Ausrichtung jährlicher Public Health-Konferenzen mit begleitenden unterjährigen Arbeitsgruppen ist hier anzustreben.

Public Health-Forschung wird nach diesem Konzept sowohl im RKI als auch im BIÖG betrieben werden. Das verlangt eine enge und vertrauensvolle (und erfahrungsgemäß auch mögliche) Kooperation zwischen beiden Institutionen. Die Arbeitsteilung sollte dabei pragmatisch und auf gleicher Augenhöhe geregelt sein, schlagwortartig: RKI: health monitoring; BiöG: interventionsbezogene Forschung. Auch eine solche Arbeitsteilung wird Überschneidungen nicht gänzlich verhindern, sie erledigt diese Aufgabe aber besser als alle denkbaren Alternativen.

ÖGD: Alle Lebenswelten sind in Kommunen. Die Stadt, das Dorf, der Stadtteil, der Kiez und die dort zu findenden Lebenswelten sind damit die wesentliche Handlungsebene und zugleich die Ebene, auf der die Qualität der Prävention geleistet, beurteilt und entwickelt werden kann. Das impliziert eine starke, initiiierende und z.T. auch steuernde Rolle für das Gesundheitsamt. Der Um- und Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zu einem Eckstein der flächendeckenden Public-Health-Infrastruktur beinhaltet kommunale Planungs- und zum Teil Durchführungsverantwortung in enger Kooperation mit weiteren kommunalen Behörden. Hier liegt auch die Zuständigkeit für ein regionales und adressatenspezifisches risk appraisal und daraus abgeleitet eine für alle Akteure verbindliche Prioritätensetzung, die auf nationaler Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszielen basiert.

Weitere Aufgaben sind die Koordination, Initiierung, (ergänzende) Durchführung und Qualitätssicherung der entsprechenden Lebenswelt-Interventionen. Eine lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung soll sozial und geschlechtsbedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen entsprechend der sozialepidemiologisch fundierten Prioritätensetzung des ÖGD³ reduzieren. Sie wird finanziert durch die GKV und durchgeführt von Trägern der Zivilgesellschaft, Krankenkassen und dem ÖGD. Wo sich Lücken in der GKV-Prävention zeigen, kann und soll das Gesundheitsamt auch selbst Programme und Projekte in Lebenswelten durchführen.

GKV und andere, in Zukunft verstärkt zur Finanzierung heranzuziehende **Sozialversicherungsträger**: V.a. innerhalb der GKV haben sich in den letzten 30 Jahren umfassende Präventions-Expertisen und Interventionserfahrungen entwickelt, auch für die Lebenswelt-Prävention. Diese Expertise kann sich künftig - von den Fehlanreizen aus der Kassen-Konkurrenz befreit - auf die Platzierung und Qualität der Interventionen konzentrieren. Prävention in Lebenswelten soll von den Sozialversicherungen einheitlich und gemeinsam betrieben, es geht demnach nicht (mehr) um Werbung nicht für die einzelne Kasse(nart), sondern für das soziale Sicherungssystem in Deutschland. Verhaltensprävention kann - im Rahmen der vom BiöG kommenden fachlichen Standards - weiterhin wettbewerblich genutzt werden. Perspektivisch sollten auch Arbeitsschutz und Betriebliche Gesundheitsförderung als Lebenswelt-Intervention in diese Struktur integriert werden.

Public Health Wissenschaft:

Schon heute ist die wissenschaftliche Szene, u.a. über das Zukunftsforum Public Health, die Entwicklung einer Public Health Strategie, zahlreiche Praxisprojekte, Begleitforschungen und Methodenentwicklung von erheblicher Bedeutung für die Entwicklung der Prävention und Ge-

sundheitsförderung. Ihre Befunde und Konzepte werden allerdings nur selektiv in Entscheidungsprozessen berücksichtigt. Künftig soll die Public Health-Wissenschaft über Mitgliedschaften in der NPK und weiteren zentralen Gremien auch formellen Einfluss auf Entscheidungen nehmen und ihrer Rolle als Innovationsmotor mit größerem Nachdruck wahrnehmen können.

Zivilgesellschaft:

Die Zivilgesellschaft hat im Präventionsgeschehen zwei Rollen: Zum einen befinden sich viele interventionsrelevante Lebenswelten in zivilgesellschaftlicher Trägerschaft, melden den Bedarf an Interventionen an und kooperieren bei der Durchführung. Zum anderen wird ein großer Teil der Interventionen in Lebenswelten not-for-profit von Akteuren der Zivilgesellschaft organisiert und geleistet. Die stärkere Einbeziehung dieses Sektors in die Entwicklung der Public Health-Struktur und strategische Entscheidungen ist daher geboten, auch um die notwendige Rückkopplung mit Wissenschaft und ÖGD zu gewährleisten.

Fazit:

ÖGD- Reform, BiöG-Errichtung, Novellierung des Präventionsgesetzes - jedes für sich ein hochkomplexes Reform-Vorhaben. Die Komplexität wird zwar zunächst gewiss nicht geringer, wenn - wie hier - dazu aufgefordert wird, diese Reformprojekte als integrale Bestandteile eines gemeinsamen Prozesses der Zielerreichung zu gestalten: Ziel ist eine kohärente, flächendeckende, handlungs- und lernfähige Infrastruktur für Public Health in Deutschland. Die zeitliche Koinzidenz der drei Reformvorhaben öffnet ein Fenster zur längst fälligen Institutionalisierung der dafür notwendigen und auch in Deutschland vorhandenen Expertise. Das kann gelingen, wenn alle beteiligten Akteure die Prävention von Erkrankungen, die Förderung der Gesundheit, die

³ Integraler Bestandteil der Gesundheitssicherung durch den ÖGD ist außerdem eine individuelle Beratung zu allen gesundheitsbezogenen Problemen und gegebenenfalls begleitete Weiterverweisung. Epidemiekontrolle und desaster preparedness sind weitere relevante Themen einer populationsbezogenen Gesundheitssicherung.

Verlängerung des Lebens und die Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen als gemeinsame Aufgabe erkennen und bearbeiten und es zudem eine politisch starke, transparent und partizipativ agierende Führung und Steuerung des Prozesses durch die Bundesregierung (in Umsetzung des Koalitionsvertrages) gibt. Gelingt dies nicht, so wäre ein weiteres Mal die Kluft zwischen programmatischem Anspruch und regulativer Wirklichkeit zu beklagen. Ein Gelin-

gen andererseits kann als Beleg dafür dienen, dass auch das korporatistisch organisierte Gesundheitswesen in Deutschland in der Lage ist, dringend erforderliche Modernisierungsprozesse einzuleiten und damit auch dem hohen Problemdruck entgegen zu wirken, der durch Krisen (Pandemie, Klima) und Kriege wächst. So kann Gesundheitsförderung einen wichtigen Beitrag leisten, den vielfach bedrohten sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft zu stärken.

Impressum

Herausgeber und Redaktion

Presseagentur Gesundheit
Albrechtstraße 11
10117 Berlin

www.pa-gesundheit.de
030 - 318 649 - 0
V.i.S.d.P.: Lisa Braun

Mit Unterstützung von

AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Pfizer Deutschland GmbH
Linkstraße 10
10785 Berlin

Roche Pharma AG
Emil-Barell-Str. 1
79639 Grenzach-Wyhlen

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Lützowstraße 107
10785 Berlin