

## Präventionspolitik – Nicht nur ein Themenfeld für das Gesundheitsressort

Laura Arnold, Katharina Mörschel, Anne Suffel und Peter von Philipsborn

Online erschienen unter: <https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0030>

### Zusammenfassung:

Effektive Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen adressieren übergeordnete, strukturelle Risikofaktoren übertragbarer wie nichtübertragbarer Krankheiten. Diese sind zu meist außerhalb des Gesundheitssektors verortet und erfordern einen Health in All Policies (HiAP) Ansatz. Die weltweite Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus verdeutlicht die Notwendigkeit einer ressortübergreifenden Präventionspolitik mit klarer HiAP-Perspektive und politisch institutioneller Verankerung.

### Abstract:

Effective health promotion and prevention measures address overarching, structural risk factors for communicable and non-communicable diseases. These are mostly located outside the health sector and require a Health in All Policies approach. The worldwide spread of the SARS-CoV-2 virus illustrates the need for an intersectoral prevention policy with a clear HiAP perspective and political institutional manifestation.

### Schlüsselwörter:

Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, Gesundheitsförderung und Prävention, Präventionspolitik, Präventionsgesetz

### Keywords:

Health in All Policies, health promotion and prevention, prevention policy, prevention act

**Autorenbeteiligung:** Alle AutorInnen tragen Verantwortung für den gesamten Inhalt dieses Artikels und haben der Einreichung des Manuskripts zugestimmt.

**Finanzierung:** Die AutorInnen erklären, dass sie keine finanzielle Förderung erhalten haben.

**Interessenkonflikt:** Alle AutorInnen erklären, dass kein wirtschaftlicher oder persönlicher Interessenkonflikt vorliegt. LA ist als Referentin für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf tätig. KM war von April 2018 bis Juni 2019 als studentische Assistentin bei der Deutschen Diabetes Gesellschaft für die Deutschen Allianz Nichtübertragbarer Krankheiten (DANK) tätig.

## Haupttext

Zahlreiche Ansätze zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit sowie ein erheblicher Teil der wirkungsvollsten und kosteneffektivsten Präventionsmaßnahmen setzen außerhalb des Gesundheitssektors an und erfordern ein Denken und Handeln entsprechend den Grundsätzen einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (Health in All Policies, HiAP). Diese

Erkenntnis fand bereits 1986 ihren Niederschlag in der Ottawa-Charta, wonach Gesundheit und deren Förderung politikfeldübergreifend auf die Agenda politischer Entscheidungsträger sämtlicher Ebenen gesetzt werden muss [1]. Heute findet sich die Forderung nach sektorenübergreifenden Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung u.a. in den Politikempfehlungen der Deutschen Allianz Nichtübertragbarer Krankheiten [2], in den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz [3] sowie im Leitbild des Gesunde-Städte-Netzwerks der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [4].

Es wäre kurz gegriffen, den HiAP-Ansatz auf die bloße Minimierung negativer gesundheitlicher Folgen von politischen Entscheidungen zu reduzieren. Eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik betrachtet Gesundheit als Menschenrecht, strebt nach sozialer Gerechtigkeit und setzt einen Schwerpunkt auf aktive Politikgestaltung. Um diesen Grundsätzen gerecht zu werden, müssen Gesundheitsdeterminanten verschiedenster Lebenslagen und -welten gemeinsam in den Blick genommen werden [5]. Dies setzt voraus, dass die zu bewältigenden Probleme, die meist als kumulative Benachteiligung auftreten, bekannt sind, transparent kommuniziert werden und Lösungen ressortübergreifend erarbeitet, implementiert und evaluiert werden. Hierzu braucht es organisierte Anstrengungen aus Politik, Wissenschaft und Praxis sowie ein gleichermaßen kompetentes wie vielfältiges und flexibles Public Health-System [6].

Die zentrale Bedeutung von Letzterem zeigt sich gerade angesichts der Bedrohung durch das SARS-CoV-2-Virus. Bei schweren Ausbrüchen übertragbarer Erkrankungen beschäftigt Gesundheit schnell sämtliche Politikressorts und -ebenen. Im Krisenmodus ist ressortübergreifende Zusammenarbeit gelebte Praxis, wenngleich das Potential einer HiAP-gemäßen, langfristigen und nachhaltigen Strategie mit Fokus auf soziale Ungleichheiten auch hier nicht umfassend realisiert wird. Bei nichtübertragbaren Krankheiten ist die Etablierung dessen hingegen vielfach vom politischen Durchsetzungswillen einzelner Ressorts und entsprechenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängig. Dabei beruht das Potential politikfeldübergreifender Herangehensweisen für die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten darauf, dass die Hauptursachen dieser Erkrankungen zu einem erheblichen Teil auf sozial ungleich verteilte, gleichzeitig aber vermeidbare Risikofaktoren zurückzuführen sind, die eng mit Gesellschaft, Wirtschaft und Politik verwoben sind [7,8]. Vielversprechende systemweite Anstrengungen zur Verbesserung sozialer Determinanten setzen u.a. bei frühkindlicher Bildung und Erziehung an, fokussieren auf Bildungsstandards und lebenslanges Lernen, optimieren Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen, bekämpfen Armut und gewährleisten gesunde Lebensstandards, Wohnraum und Umweltbedingungen [9]. Ähnliches gilt für die Prävention übertragbarer Krankheiten: Historische Erfolge beim Eindämmen von Infektionskrankheiten wurden zu einem erheblichen Teil durch Maßnahmen außerhalb des primären Wirkungsbereichs des Gesundheitssektors errungen, lange bevor HiAP als Begriff geprägt wurde. So haben z.B. Maßnahmen wie der Ausbau von Wasserversorgung und Kanalisation ebenso wie verbesserte Ernährungs-, Wohn- und Arbeitsbedingungen mehr zum Rückgang von Krankheit und vorzeitigen Tod beigetragen als Fortschritte bei der Behandlung von Krankheiten oder Impfungen [10,11]. Gleichzeitig zeigt die Historie, dass auch übertragbare Krankheiten erhebliche sozial ungleiche Krankheitslasten aufweisen [12].

Langfristige Fortschritte bei Gesundheitsförderung und Prävention übertragbarer wie nichtübertragbarer Krankheiten erfordern daher systemische Ansätze, die sich mit den „Ursachen der Ursachen“ von Risikofaktoren befassen [9]. So kann beispielsweise die Verringerung von Ungleichheitsbedingungen durch chronische Stressbelastungen induzierte allostatische Last als Risikokonstellation für diverse chronische und akute Erkrankungen reduzieren. (Allostatische Last bezeichnet die Abnutzungs- und Überbeanspruchungseffekte, die durch wiederholte oder

dauerhafte Exposition gegenüber Stress auftreten.) Um entsprechend bevölkerungsweite Maßnahmen ergreifen zu können, braucht es ein gesamtpolitisches Bewusstsein und ressortübergreifendes Engagement, das die ineinandergreifenden strukturellen Ursachen von Krankheit und vorzeitigem Tod in den Blick nimmt.

Wie schwer sich dies in der politischen Praxis realisieren lässt, zeigt sich exemplarisch an dem lange umkämpften ‚Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)‘ [13], welches auch nach erfreulichem 5-jährigem Bestehen verschiedene Weiterentwicklungsbedarfe aufweist. So wird mit der Fokussierung des PrävG auf das SGB V die Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention v.a. den Sozialversicherungsträgern zugewiesen – was dem Gedanken von HiAP grundlegend zuwiderläuft, beschränkt sich ihre Verantwortlichkeit doch im Wesentlichen auf das Gesundheitswesen im engeren Sinne. Entsprechend bleibt die praktische Umsetzung des Präventionsgesetzes deutlich hinter dem Möglichen: Bei einem Gros der Maßnahmen handelt es sich bis heute um verhaltenspräventive Ansätze sowie um zeitlich und räumlich beschränkte Projekte in einzelnen Settings [14]. Hinzu kommt, dass viele Maßnahmen marktwirtschaftlich orientiert sind und oft vor allen besser gestellte Bevölkerungsgruppen erreichen [15]. Die temporäre Aussetzung der Mittelverwendung für die Prävention gem. § 20 a bis c SGB V im Zuge des ‚Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite‘ [16] verdeutlicht die Schwächen des PrävG als politisches Instrument der Gesundheitsförderung und Prävention weiter. So wurde die Mittelaussetzung v.a. damit begründet, dass die geforderten Mindestausgabenwerte für Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und Betrieben, ebenso wie Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention in Form von Kursen während der Corona-Pandemie, nicht erreicht werden könnten [17]. Dies steht nicht nur im starken Kontrast zu einem höheren Bedarf an gesundheitsförderlichen wie präventiven Maßnahmen in Krisenzeiten [18], sondern sendet auch das politisch fatale Signal der Nachrangigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung.

Die gigantischen Herausforderungen angesichts des SARS-CoV-2-Virus zeigen, welch zentrale Rolle politikfeldübergreifende Ansätze für die Gesundheit aller spielen. Die Erfahrungen aus der Krise können so auch zu einer Weiterentwicklung des deutschen Public Health-Systems im Allgemeinen sowie der Präventionslandschaft im Speziellen beitragen, wenn es uns gelingt, die „flussaufwärts“ gelegenen Determinanten übertragbarer wie nichtübertragbarer Krankheiten zukünftig gleichermaßen in den Blick zu nehmen und Maßnahmen ressortübergreifend zu planen, umzusetzen und zu evaluieren. Es gilt, die Umstände und Bedingungen, unter denen Menschen gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen, zu adressieren und darauf hinzuwirken, dass jeder einzelnen Person die gleichen Chancen auf Gesundheit und Wohlbefinden geboten werden – im nationalen wie im internationalen Kontext [19]. Dies erfordert eine entschlossene Präventionspolitik mit klarer HiAP-Perspektive sowie starker institutioneller Verankerung der Themen öffentlicher Gesundheit auf allen Ebenen.

#### **Literatur:**

1. WHO. Ottawa-Charter for Health Promotion. Genf 1986.
2. Schaller K, Effertz T, Gerlach S, Grabfelder M, Müller MJ. Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Grundsatzpapier der Deutschen Allianz Nicht-übertragbare Krankheiten (DANK). Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK). Berlin, 2016.

3. Nationale Präventionskonferenz. Bundesrahmenempfehlung nach § 20d Abs. 3 SGB V. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK): GKV-Spitzenverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Deutsche Rentenversicherung Bund sowie als stimmberechtigtes NPK-Mitglied: Verband der Privaten Krankenversicherung. Die Nationale Präventionskonferenz , 2018 (Erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018).
4. WHO. Phase V (2009–2013) des Gesunde-Städte- Netzwerks der Europäischen Region der WHO: Ziele und Anforderungen. Regionalbüro für Europa Weltgesundheitsorganisation (Hg.). Kopenhagen, 2009. Online verfügbar unter [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/100993/E92260G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/100993/E92260G.pdf), zuletzt geprüft am 24.05.2020.
5. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. 14. Aufl. Institut for Futures Studies (Hg.), 2007.
6. Dragano N, Gerhardus A, Kurth B-M, Kurth T, Razum O, Stang A, Teichert U, Wieler LH, Wildner M, Zeeb H: Public Health - mehr Gesundheit für alle. Gesundheitswesen 2016;11:686-688.
7. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet 2008;372:1661-1669.
8. Alleyne G, Binagwaho A, Haines A, Jahan S, Nugent R, Rojhani A, Stuckler D: Embedding non-communicable diseases in the post-2015 development agenda. The Lancet 2013;381:566-574.
9. Marmot M, Bell R: Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. BMJ 2014;364:l251.
10. Deaton A: The great escape. Health, wealth, and the origins of inequality. Princeton: Princeton University Press, 2013.
11. McKeown: The origins of human disease. Oxford: Basil Blackwell, 1986
12. Wade L: An unequal blow. Science 2020;368:700-703.
13. Bundestag : Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz - PrävG) Bundesgesetzblatt, 2015 (Teil I Nr. 31).
14. De Bock F, Geene R, Hoffmann W, Stang A: Vorrang für Verhältnisprävention. Handreichung aus der Steuerungsgruppe des Zukunftsforums Public Health für alle mit Prävention in Praxis und Politik befassten Akteure. Berlin (Zukunftsforum Public Health), 12.12.2017. Online verfügbar unter <https://zukunftsforum-public-health.de/publikationen/2018-2/vorrang-fuer-verhaeltnispraevention/>, zuletzt geprüft am 24.05.2020.
15. Altgeld T: Mehr Geld in der Präventionslandschaft bedeutet nicht mehr Gesundheit für alle! In: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hg.): Blühende Landschaft oder Irrgarten? 5 Jahre Präventionsgesetz: impulse für Gesundheitsförderung, 2-3.
16. Bundestag: Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Bundesgesetzblatt 2020, 19.05.2020.
17. Deutscher Bundestag 19. Wahlperiode: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, 05.05.2020.

18. van den Broucke S: Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health promotion international* 2020;35:181-186.
19. Bundestag: Gesetz zu dem Internationalen Pakt vom 19. Dezember 1966 über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. *Bundesgesetzblatt* 1973:62.