



Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland

ausgearbeitet in einer AG des Zukunftsforums Public Health

in Kooperation mit der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung und Gesundheit Berlin-Brandenburg

Autorinnen und Autoren: Raimund Geene, Ansgar Gerhardus, Beate Grossmann, Joseph Kuhn, Bärbel M. Kurth, Susanne Moebus, Peter von Philipsborn, Stefan Pospiech, Svenja Matusall

1. Zur Einführung: Was ist „Health in all Policies“?

Gesundheit ist nicht nur Thema des Gesundheitssektors, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die in allen Bereichen des öffentlichen Handelns gefördert werden soll – so die Kernaussage des Konzepts „Health in All Policies“ (HiAP).

Die 2013 verabschiedete Helsinki-Erklärung der 8. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert HiAP als „ein Konzept für die Politik in allen Sektoren, die systematisch die Auswirkungen von Entscheidungen auf Gesundheit und Gesundheitssysteme berücksichtigt, Synergien sucht und schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit vermeidet, um die Gesundheit der Bevölkerung und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern“ (WHO 2013). Der HiAP-Ansatz basiert auf gesundheitsbezogenen Rechten und Pflichten. Er betont die Auswirkungen politischer Entscheidungen auf gesundheitsrelevante Faktoren („Gesundheit ist eine politische Entscheidung“, Kickbusch & Hartung 2014) und zielt darauf ab, die Handlungsfähigkeit der mit Gesundheit befassten politischen Entscheidungsträger*innen auf allen Ebenen der Politikgestaltung zu verbessern.

Im Grundlagenwerk im Vorlauf der Helsinki-Konferenz 2013 (Leppo et al. 2013) sowie den entspre-

chenden Modellprogrammen sind für Health in All Policies die folgenden Aspekte als Prioritäten herausgearbeitet worden:

Chancengleichheit

Ein prioritäres Ziel ist die Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit, was ethisch wie ökonomisch geboten ist, weil soziale Determinanten die Gesundheit maßgeblich beeinflussen und in der Ausrichtung auf Chancengleichheit wesentliche Gesundheitsgewinne liegen. Dies umfasst auch eine Orientierung auf Geschlechtergerechtigkeit und die Förderung der menschlichen Vielfalt und ein Einsatz gegen alle Formen von Benachteiligung und Diskriminierung.

Intersektorales Verständnis

HiAP betrifft neben dem Gesundheitsbereich u.a. auch die Sozial-, Bildungs-, Umwelt-, Verkehrs-, Stadtentwicklungs-, Wirtschafts- und Arbeitspolitik. Zahlreiche Maßnahmen aus diesen Bereichen wirken gegen (gesundheitliche) Chancenungleichheit und daher gesundheitsförderlich, selbst wenn sie Gesundheit bislang nicht explizit thematisieren. Dies sind beispielsweise Maßnahmen gegen Altersarmut und -einsamkeit, zur Grundsicherung oder zur Förderung lokaler Ökonomie, gegen Wohnungsmangel, Diskriminierung oder Rassismus, für sozialen Zusam-

menhalt, zur Begrenzung von Kinder- und Familienarmut oder sozialen Unterstützung von Alleinerziehenden und Pflegebedürftigen.

Vernetzung und Nachhaltigkeit

Diese positiven Wirkungen können verstärkt werden, wenn Strategien der Gesundheitsförderung (wie etwa Partizipation, Empowerment und Stärkung von Selbsthilfepotenzialen, gesundheitsförderliche Strukturentwicklung) auch in anderen Politikfeldern aufgegriffen werden und idealer Weise Vernetzungen mit dem Gesundheitssektor erfolgen. Dabei ist Gesundheitsförderung nicht nur ein Zusatzaspekt, sondern vielmehr geeignet, die jeweils eigenen Ansätze und Ziele der Politikfelder zu tragen, da sich Gesundheit gut als verbindendes Thema eignet. Gesundheitsförderung kann dabei nachhaltig wirkende Strukturen initiiieren.

Nutzungsorientierung

Nutzungsorientierung – oft auch analog verwandt mit ähnlichen Begriffen wie Bevölkerungs-, Nachbarschafts-, Konsumierenden-, Familien- oder Krankenorientierung – stellt eine zentrale Zukunftsanforderung an alle gesundheitlichen und sozialen Angebote dar. Sie postuliert, Sozial- und Gesundheitsleistungen nicht angebots-, sondern bedarfs- bzw. nutzungsorientiert vorzuhalten. Dies bedeutet sowohl, die Nutzenden aktiv einzubinden (Teilhabe/Partizipation), als auch von ihren spezifischen Lebenswelten, Lebensphasen und Lebenslagen auszugehen und alle Formen gesundheitlicher und sozialer Versorgung darauf auszurichten.

Empowerment, Selbstwirksamkeit und Selbsthilfe

Ein wesentliches Ziel aller Maßnahmen ist die Stärkung von Empowerment und Selbstwirksamkeit der Menschen, die zentral für das subjektive Wohlbefinden und damit für Gesundheit sind. Die Ottawa-Charta hat den Begriff des „Experten des Alltags“ herausgestellt. Es ist ein geeignetes und gängiges Bild für den Anspruch an das Gesundheitswesen, an den Interessen, Bedürfnissen und Bedarfen der Kranken,

Bevölkerung oder eben, übergreifend ausgedrückt, an den Nutzenden ausgerichtet zu sein.

Salutogenese

In den meisten gesellschaftlichen Bereichen sind Anreizsysteme nicht an Ressourcen, sondern an Defiziten ausgerichtet. D.h. anstatt gewünschte Zustände zu fördern, wird auf Probleme reagiert. Auf den Gesundheitsbereich bezogen bedeutet dies, dass der Fokus auf der Beseitigung von Krankheit und nicht auf der Förderung von Gesundheit liegt. Eine übergreifende Gesundheitsstrategie, wie sie HiAP zugrunde liegt, beruht hingegen auf einem salutogenetischen Verständnis, das die Förderung von Wohlbefinden in den Mittelpunkt stellt und sich an der Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten orientiert.

2. Warum *Health in All Policies*?

Diese Erkenntnis ist nicht neu: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medizin im Großen“ (Virchow 1848) lautet ein berühmtes Zitat von Rudolf Virchow in Anlehnung an seinen Kollegen Salomon Neumann. Beide erkannten schon Mitte des 19. Jahrhunderts, dass vor allem die Lebensbedingungen Gesundheit und Krankheit beeinflussen. Dies gilt heute unvermindert: 2019 sind es nicht mehr die Infektionskrankheiten, die durch beengte Wohnverhältnisse oder schlechte Wasserversorgung übertragen werden, sondern nichtübertragbare, chronische und degenerative Erkrankungen, die durch Sorgen und Stress, Bewegungsmangel, Luftschadstoffe und Fehlernährung verstärkt werden. So ist Gesundheit unvermindert wesentlich von der sozialen Lage abhängig, wie wir aus den großen sozialepidemiologischen Studien, Analysen und Weißbüchern (z.B. Berkman & Kawachi (2000), Siegrist & Marmot (2006), Wilkinson & Marmot (2003), Wilkinson & Pickett (2010), Marmot (2015)) und auch aus der bundesdeutschen Gesundheitsberichterstattung (z.B. Kuntz et al. (2018), Lampert et al. (2017), Lampert et al. (2019)) wissen.

Weil Gesundheit ein Menschenrecht ist, sind wir dazu verpflichtet, es auf bestmögliche Art einzulösen, in dem wir umfassende Chancen zur Gesundheit

zu bieten. Dazu bedarf es gesunder Lebensverhältnisse auf allen politischen Ebenen.

Auf internationaler Ebene wird seit Jahrzehnten eine Gesundheitspolitik eingefordert, die Gesundheit in Verknüpfung mit anderen Politikbereichen sieht. So steht beispielsweise das Ziel 3 „Gesundes Leben für alle“ der nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) der Vereinten Nationen in engem Zusammenhang mit Verkehrs-, Bildungs-, Ernährungs-, Wirtschafts- und Umweltpolitik (Vereinte Nationen 2016)¹. Auch das auf der Weltgesundheitsversammlung 2018 ratifizierte Konzept des „Nurturing Care Framework“ (WHO et al. 2018) verpflichtet die Länder zur Entwicklung übergreifender familiärer Gesundheitsförderung zur Bekämpfung von Kinderarmut und weiteren sozialen Notlagen, die weiterhin die zentralen Herausforderungen für die Gesundheitssicherung weltweit, aber auch in Deutschland, darstellen.

Aus diesem Verständnis heraus hat die WHO das Konzept „Health in All Policies“ (HiAP) als Antwort auf die komplexen Gesundheitsfragen moderner Gesellschaften entwickelt. HiAP bildet die Grundlage, um gesundheitliche Herausforderungen wie Klimawandel, menschenwürdige Pflege, Inklusion, soziale Chancengleichheit, städtische Lebensqualität oder flächendeckende Versorgung zu bewältigen und leistet damit – visionär wie gleichermaßen pragmatisch – einen substanzuellen Beitrag zu sozialer Gerechtigkeit und gesellschaftlichem Frieden in unserer Gesellschaft.

Im Mittelpunkt von HiAP steht die Anforderung einer politikfeldübergreifenden Strategie für Gesundheit. Eine solche Strategie muss eine Doppelstrategie von regierungspolitischen und gesellschaftlichen Ansätzen sein („Whole-of-Government“ und „Whole-of-Society-Approach“)². Diese beiden Ansätze der Einbeziehung der politischen Führung und des gesellschaftlichen Engagements sollen auf gesunde Lebensverhältnisse ausgerichtet sein und sich dabei gegenseitig verstärken. Dies wiederum stellt die Schnittstelle zu Public Health dar als „der Öffentli-

chen Sorge um die Gesundheit aller“. Dabei ist HiAP die Vision und der politische Rahmen für eine Public-Health-Strategie.

3. Internationale Erfahrungen mit dem HiAP-Konzept

Die konzeptionellen Grundlagen von HiAP sind weltweit in Modellprojekten und Regionen aufgegriffen. Eine lange Tradition besteht dabei in Skandinavien (insb. Finnland). Neben kommunalen Aktivitäten, u.a. im Rahmen des Healthy City-Netzwerks, gibt es seit 2008 in Australien eine WHO-Modellregion. Auch in Deutschland gibt es Erfahrungen mit Modellregionen sowie kommunale Aktivitäten zu intersektoralen Ansätzen, die sich z.T. auch explizit auf HiAP beziehen und in den folgenden Unterkapiteln dargestellt werden, ergänzt um eine erste Zwischenanalyse zur Fragestellung, auf welchen Wegen sich innovative, intersektorale Veränderungsprozesse initiieren lassen.

International gibt es bereits umfassend ausgewertete Erfahrungen mit Health-in-All-Policies-Strategien. Insbesondere das bereits seit 1972 entwickelte Nordkarelien-Projekt (Melkas 2013) gilt als Modell für die HiAP-Implementierung. In dieser finnischen Region wird durch gesetzliche und finanzielle Anreize intersektorale Zusammenarbeit gefördert mit dem Ziel, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die damit verbundene Mortalität zu senken. Im Ergebnis konnten durch entsprechende Maßnahmenbündel mehrere gesundheitliche Parameter (u.a. Mortalität durch koronare Herzkrankheiten, Säuglingssterblichkeit) deutlich verbessert werden – auch wenn der spezifische Projektbeitrag schwer zu messen ist.

Im Nachbarland Norwegen wurden durch den „Norwegian Public Health Act“ (Public-Health-Gesetz) von 2012 flächendeckend kommunale Public-Health-Koordinationsstellen eingerichtet, die jeweils direkt an der Spitze der Kommunalverwaltung angesiedelt sind. Ihre Aufgabe ist es, kommunale HiAP-Strategien

¹ Die Bundesregierung hat sich verpflichtet, die Ziele der „2030-Agenda“ bis 2030 umzusetzen. In der Aktualisierung der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie wird zum SDG 3 insbesondere auf die Gesundheitskompetenz und die Globale Gesundheit, inkl. einer Stärkung der WHO, gesetzt (Bundesregierung 2018)

² Whole-of-Government-Ansatz bezieht sich vor allem auf die politische Verantwortung der Regierungen. Doch diese können nur wirksam sein, wenn es auch zivilgesellschaftliches Engagement (Whole-of-Society-Ansatz) gibt. Erst durch das Zusammenwirken beider Ansätze wird ermöglicht, dass die Prinzipien von Health in All Policies tatsächlich in den Lebenswelten der Menschen wirken und somit der konkrete Alltag über gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen („Make the healthier way the easier way, WHO 1986) auf Gesundheit und Wohlbefinden ausgerichtet wird.

zu erarbeiten. Die Koordinationsstellen entwickeln dazu in breiten Abstimmungsprozessen integrierte kommunale Konzepte und steuern deren Umsetzung (Fosse & Helgesen 2017). Evaluationsergebnisse zeigen dabei Erfolge u.a. in der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit seit Einführung des Gesetzes insbesondere in solchen Kommunen, in denen die Ansiedlung bei der Verwaltungsspitze gelungen ist und der Prozess durch kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung flankiert wird (Hagen et al. 2018). Im australischen Bundesstaat South Australia wird seit 2008 das von der WHO eng begleitete und evaluierte HiAP-Modell „SA Health“ aufgelegt (Kickbusch & Buckett 2010), das international als beispielgebend gilt. Hier wurden in einem breiten Bündnis eine gemeinsame Strategie mit sechs Handlungsfeldern und 98 Gesundheitszielen vereinbart (Wismar & Ernst 2010). Im Mittelpunkt stehen dabei die sozialen Determinanten der Gesundheit sowie Fragen der Beteiligung/Partizipation, Mechanismen, Verantwortlichkeiten und Transparenz sowie Prozessmonitoring und Finanzierung (Kickbusch & Buckett 2010). Basis ist ein explizites Mandat der politischen Führung, flankiert von Monitoring- und Mediationsmechanismen (Department of Health South Australia 2011). Die Konzeption und Implementierung der HiAP-Strategie in South Australia wurde wissenschaftlich eng begleitet (Baum et al. 2014) und bietet daher einige evaluierte Instrumente zur Umsetzung von HiAP-Konzepten, auf die im Abschnitt 6 eingegangen wird.

Ein weiteres Beispiel für die Umsetzung von HiAP sind die sogenannten „Marmot-Prinzipien“ (Marmot 2010), die in allen Lebensbereichen ansetzen:

- allen Kindern den besten Start ins Leben geben
- Kinder, Jugendliche und Erwachsene dazu befähigen, ihre Fähigkeiten zu maximieren und Kontrolle über ihr Leben zu haben
- gute Arbeitsbedingungen für alle schaffen
- gesunde Lebensstandards sicherstellen
- gesunde und nachhaltige Orte und Kommunen schaffen
- die Rolle und den Einfluss der Prävention stärken

Mit dem Programm der „Marmot Cities“ wurden diese Prinzipien 2013 in sechs Modellkommunen in Großbritannien implementiert. Aus einer der Modellkommunen, der Stadt Coventry, liegt ein umfassender Bericht zu einer erfolgreich umgesetzten HiAP-Strategie vor, in der als Maßnahmen u.a. Förderung des Fahrradverkehrs, Einbindung von Mental-Health-Fachkräften in die Betreuung Obdachloser, Einbindung der Feuerwehr beim Erkennen von Demenz oder Vernachlässigung sowie Fokussierung auf die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen beschrieben werden (Coventry City Council 2018). Im November 2018 kündigte der britische Gesundheits- und Sozialminister Matt Hancock an, den übergreifenden Ansatz insgesamt zu verstärken und eine landesweite Initiative für Prävention unter Einbezug von Umwelt-, Wirtschafts- und Ernährungssektor zu starten (Hancock 2018).

Weitere regionale und überregionale HiAP-Projekte werden u.a. aus Kanada (British Columbia), USA (Kalifornien) sowie Thailand (mit landesweit verbindlicher Einführung von Gesundheitsfolgenabschätzungen) berichtet (Geene 2018).

4. Erfahrungen mit dem HiAP-Konzept in Deutschland

Das Konzept *Health in All Policies* hat auch in Deutschland zahlreiche Anknüpfungspunkte. Zunächst wird es seit der Helsinki-Konferenz 2013 von zunehmend mehr Agierenden aufgegriffen, so etwa im Grundsatzpapier der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK), einem Zusammenschluss von 21 wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, Fachverbänden und Forschungsinstituten (Schaller et al. 2017). Dieses identifiziert, auf Grundlage internationaler Empfehlungen sowie der wissenschaftlichen Evidenzlage, zwölf prioritäre Maßnahmen zur Prävention nichtübertragbarer Erkrankungen in Deutschland, welche allesamt außerhalb des Gesundheitssystems ansetzen und somit dem HiAP-Gedanken entsprechen. Auch im Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2018 finden sich zahlreiche Bezüge zu Maßnahmen, die zu HiAP beitragen bzw. einen HiAP-Ansatz zur Umsetzung benötigen (von Philipsborn et al. 2018). HiAP wird auch als

Ziel in den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (2018), im Leitbild des Gesunde-Städte-Netzwerks (WHO 2009; vgl. auch Köckler & Fehr 2018) oder durch den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017) formuliert. Bislang hat sich jedoch noch keiner dieser Akteure als Motor für HiAP in Deutschland profiliert.

Auf Länderebene hat sich Bremen 2018 explizit zu HiAP bekannt, indem sich der Senat darauf verständigt hat, „Gesundheit in allen Politikfeldern zu verankern“ (Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz 2019). Ressortübergreifend werden derzeit die Grundlagen für strategische Zusammenarbeit entwickelt, z.B. in den Bereichen Bildung und Stadtplanung. In den letzten Jahren werden HiAP-Projekte insbesondere auf der kommunalen Ebene umgesetzt. Den entsprechenden Initiativen ist gemein, dass sie eher „Bottom Up“ entstanden sind: Hier wurden Initiativen der Einwohnerschaft von der lokalen Politik aufgegriffen und verstärkt. Explizit dem WHO-Ansatz des HiAP verpflichtet ist dabei die sächsische Landeshauptstadt Dresden, die als einzige deutsche Stadt dem europäischen Healthy City-Verbund seit 1991 kontinuierlich angehört. Inzwischen befindet sich Dresden in der siebten Phase des Projekts. Durch gezieltes Engagement ist es zu einem kontinuierlichen Aufwuchs von Themenbereichen, Handlungsfeldern und Zielgruppen der Gesundheitsförderung in Dresden gekommen, koordiniert durch ein Projektbüro im Rathaus und begleitet durch einen Beirat, dem neben Beauftragten aus Politik, Verwaltung, Wirtschaft, Verbänden und Wissenschaft auch engagierte Bürger*innen angehören. Durch den Beirat wird das „Dresdner Stadtgesundheitsprofil“ laufend fortgeschrieben (Landeshauptstadt Dresden 2018). Dem bundesdeutschen Gesunde Städte-Netzwerk gehören zum Stand 2019 insgesamt 84 Kommunen an, darunter die meisten deutschen Großstädte, die sich zu intersektoraler Zusammenarbeit und umfassender Bürgerbeteiligung verpflichtet haben (Gesunde Städte-Netzwerk 2019).

Ein weiteres innovatives Beispiel gibt die Modellgemeinde Dormagen, die seit den 1990er Jahren ein intersektorales Konzept für gesundes Aufwachsen entwickelt hat (Sandvoss & Herrmann-Biert 2017). Hier arbeiten übergreifend alle Ressorts zusammen, ko-

ordiniert vom Bürgermeister und einer bei ihm angesiedelten Stabsstelle. Ähnlich wurde in Gelsenkirchen eine Koordinierungsstelle „Kommunale Prävention“ eingerichtet und durch diese ein ressortübergreifender Arbeitskreis initiiert, dem Planungsbeauftragte aus den Bereichen Umwelt, Stadtplanung, Jugendhilfe, Bildung, Gesundheit und Soziales sowie weiteren beteiligten Referaten (z.B. Öffentliche Sicherheit und Ordnung) und Akteure wie Jobcenter und Senioren- und Behindertenkoordination angehören. Gemeinsam haben sie als Monitoring-Instrument einen Index „Partizipation von Kindern“ entwickelt, der die Teilhabechancen von Kindern misst und mehrdimensional ausgerichtet ist (Stadt Gelsenkirchen 2018).

In München-Freimann wurde ein solcher Ansatz bereits beim Aufbau eines neuen Stadtteils in der Planung von Angeboten für Kinder, Jugendliche und Familien sowie einer inklusiven Infrastruktur mitgedacht. Mit der ressortübergreifenden Zusammenarbeit der Bereiche Stadtplanung, Bildung, Gesundheit und Soziales wurde zeitgleich mit dem Wohnungsbau der Aufbau einer Präventionskette implementiert (Fehrmann-Brunskill et al. 2017).

Dies sind Beispiele einer kommunalen Vernetzung, die auf die Umsetzung lebensphasen-übergreifender Gesundheitsstrategien (sog. „Integrierte kommunale Gesundheitsstrategien“ oder auch „Präventionsketten“) abzielt. Das vorrangige Ziel besteht darin, öffentliche und private Angebote zu vernetzen und miteinander abzustimmen. Dabei wird von den Bedürfnissen der Menschen (Nutzungsorientierung) vor Ort ausgegangen und insbesondere ein Schwerpunkt auf die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Menschen gelegt. Es zeigt sich an diesen Beispielen, dass in Deutschland gilt, was auch international zu beobachten ist: HiAP wird eher auf der kommunalen als auf der Landes- oder Bundesebene umgesetzt. Es ist zu vermuten, dass intersektorale Zusammenarbeit auf der kommunalen Ebene auf Grund kleinerer und flexiblere Verwaltungen und kürzerer Entscheidungswege einfacher umzusetzen ist.

So ermutigend die einzelnen Beispiele sind, so ernüchternd ist es, dass diese Erfahrungen bislang weder gesundheitswissenschaftlich noch politisch ausreichend gesichert und analysiert sind (Kuhn, Ziese & Lampert 2012). Es fehlt bislang an einer wis-

senschaftlich-fachlichen Bündelung von Erfahrungen sowie an grundsätzlich fördernden Rahmenbedingungen, so dass HiAP bislang bei jeder Themenstellung „neu erfunden“ werden muss. Damit bleiben zentrale Erkenntnisse ungenutzt und die Agierenden werden auf Dauer demotiviert, wenn sie mitunter eher gegen bestehende Entscheidungsstrukturen arbeiten müssen, anstatt von diesen unterstützt zu werden.

5. Intersektorales Politikverständnis als Voraussetzung für HiAP

Ein Blick in andere Politikfelder, in denen das intersektorale Analysieren und Handeln mitunter bereits seit Jahren etabliert und z.T. sogar als Leitkonzept formuliert wird, zeigt, dass intersektorale Zusammenarbeit zu nachhaltigen Ergebnissen führen kann. Ein Beispiel ist die Bau- und Stadtentwicklung. So heißt es im Baugesetzbuch (BauGB) in §1 (6): „Bei der Aufstellung der Bauleitpläne sind insbesondere zu berücksichtigen: 1. die allgemeinen Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse und die Sicherheit der Wohn- und Arbeitsbevölkerung“. Dieser Auftrag wird aktuell u.a. in der ressortübergreifenden Strategie der Bundesregierung zur Umsetzung des Programms Soziale Stadt aufgegriffen.

Ähnliche Bestimmungen und Ausrichtungen zur Raum- und Prozessgestaltung finden sich auch in Bildung, Wirtschaft, Familien- und Sozialpolitik sowie Rechts- und Sicherheitspolitik. So setzt die Bildungspolitik zunehmend auf kommunale Bildungslandschaften, die Wirtschaftsförderung auf Diversity-Strategien, regionale Cluster und Vernetzung, die Familien- und Sozialpolitik u.a. auf Frühe-Hilfen-Netzwerke und Präventionsketten, um nur wenige Beispiele aus einer langen Reihe von intersektoralen Handlungsfeldern zu nennen.

Ein interessantes Beispiel gibt der Umweltschutz, der einerseits ein eigenes Politikfeld ist, andererseits aber eine gesamtgesellschaftliche und gesamtpolitische Querschnittsaufgabe darstellt. Der Umweltbewegung ist es in den vergangenen Jahrzehnten erfolgreich gelungen, den Umweltschutz als Ziel in nahezu allen relevanten Politikbereichen umfassend

zu verankern, insbesondere in der Steuer-, Verkehrs-, Bildungs- und Energiepolitik, aber auch im öffentlichen Bewusstsein. Aktuell drückt sich dies beispielgebend im Konzept der Fußverkehrsstrategie aus, die das Umweltbundesamt initiiert, sowie zahlreichen weiteren gesundheitsbezogenen Ansätzen aus der Umweltpolitik. Solche grundlegenden strukturellen Verankerungen sind im Gesundheitsbereich mitunter auf der kommunalen Ebene erkennbar (z.B. flächendeckende Gesundheitskonferenzen in NRW).

Eine grundlegende Erfahrung ist dabei: Um intersektorale Konzepte in die Praxis umzusetzen, bedarf es eines politischen Durchsetzungswillens und eines gesellschaftlichen Rahmens, der die Umsetzung befördert. Bislang ist trotz vielfältiger Forschungsbestrebungen weitgehend unklar, welche Rahmenbedingungen soziale und gesundheitliche Innovationen begünstigen und welche sie eher behindern.

Wie stellen sich nun die Voraussetzungen für HiAP-Strategien auf Bundesebene dar und auf welche inländischen Gesetze, Konzepte und Prinzipien lässt sich aufbauen? Zunächst ist Gesundheit im Sinne von Gesundheitsschutz (Kuhn & Böhm 2015) als rechtliche Norm breit etabliert, denn das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland sichert das Recht auf körperliche Unversehrtheit bereits im Artikel 2, Absatz 2 GG zu. Dies bezieht sich über Art. 20 auch auf das Sozialstaatsprinzip, aus dem sich Ansprüche u.a. auf staatliche Fürsorge sowie Sozialversicherungsschutz (u.a. Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- und Rentenversicherungen) ableiten. Diese abwehrorientierten Schutzkonzepte, die oft als individuelle Rechtsansprüche etabliert sind, dominieren häufig die deutschen Diskussionen. Neben sie treten aber zunehmend präventive und ressourcenorientierte Förderkonzepte, wenngleich diese weiterhin ein Schattensein fristen. Sie sind weniger als individuelle Rechtsansprüche vorhanden, sondern vielmehr mit Blick auf eine gesunde Lebensführung, idealerweise in Verbindung mit der Schaffung gesunder Lebenswelten, zu sehen (De Bock et al. 2017).

6. Instrumente, Projekte und Strukturbildungen

Zur Umsetzung von HiAP-Ansätze liegen bereits ausdifferenzierte Instrumente vor. Insbesondere aus den Erfahrungen aus South Australia lassen sich sinnvolle Instrumente ableiten (u.a. Baum et al. 2014):

- Interministeriale Gremien und intersektorale Arbeitsgruppen sowie Austausch- und Kooperationsplattformen
- Gemeinsame Budgets
- Sektorübergreifende Informations- und Evaluationsysteme
- Koordinierte Entwicklung des Fachkräfteangebots
- Bürgerbeteiligung
- Health Lens Analysis Tool (Gesundheitsprozessanalyse)
- Health Impact Assessment (Gesundheitsverträglichkeitsprüfung)
- Gesetzlich festgelegte Rahmenbedingungen

Solche Instrumente dienen dazu, die verschiedenen Ebenen des Public Health Action Cycle oder auch des „Health Policy Cycle“ (Rosenbrock & Hartung 2010) auszufüllen, der aus folgenden Schritten besteht: Bestandsaufnahme/Zielformulierung, Maßnahmenentwicklung, Maßnahmenumsetzung und Evaluation mit anschließender Neuformulierung der Zielsetzungen.

Bereits 1977 wurden in der von der WHO beschlossenen „Health for All“-Strategie Gesundheitsziele formuliert. Mit der Mexiko-Deklaration „Closing the Health Gap“ von 2000 (WHO 2000) verpflichteten sich die Mitgliedsstaaten zu nationalen Gesundheitszielen. In Deutschland war bereits 1999 auf Grundlage des Beschlusses der 72. Gesundheitsministerkonferenz das Projekt gesundheitsziele.de gestartet. Die Gesundheitsziele tragen zur Umsetzung des aktuellen WHO-Euro-Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ bei. In Deutschland sind sie darauf ausgerichtet, ein abgestimmtes zielgerichtetes Handeln im Gesundheitswesen und darüber hinaus zu fördern. Die ausgearbeiteten Gesundheitsziele erhielten 2015 durch

das Präventionsgesetz (PrävG) Gesetzesrang und verpflichten seitdem die Krankenkassen (nicht aber andere Akteure wie die weiteren Sozialversicherungen) zur Berücksichtigung. Um die Ziele umsetzen zu können, bedarf es jedoch klarer Strukturen, die günstigenfalls sogar gesetzgeberisch im Sinne von „Health Acts“ geregelt sind. Abstimmungsgremien sollten die vereinbarten Maßnahmen aufgreifen, umsetzen und die Umsetzung dokumentieren und evaluieren.

Hier hat die Stärkung und Ausdifferenzierung der Präventionslandschaft seit 2016 eine Reihe neuer Strukturen entstehen lassen. Auf Bundesebene ist dies insbesondere die Nationale Präventionskonferenz, die eine Nationale Präventionsstrategie entwickeln soll, die aus Bundesrahmenempfehlungen und einer regelmäßigen Präventionsberichtserstattung besteht. In den Bundesländern entstehen gleichzeitig Regelungen wie Landesrahmenvereinbarungen und entsprechend zuständigen Gremien wie etwa Landesgesundheitskonferenzen. Auch die verstärkten Bemühungen der Kommunen, über Gesundheitskonferenzen und Präventionsketten Maßnahmen zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit gezielt zu steuern, sind in diesem Rahmen zu verstehen, wobei gleich der Strukturaufbau bislang oft eher indirekt durch das PrävG ausgelöst ist.

Aber trotz Gesetzesrang und obwohl inzwischen Gremien auf allen politischen Ebenen eingerichtet und mit jeweiligen Zielen befasst sind, erscheint die Zielsetzung in Deutschland auf allen Ebenen – Bund, Länder wie Kommunen – noch deutlich ausbaufähig, insbesondere hinsichtlich Koordinierung, Verbindlichkeit und Transparenz. In den Bundesrahmenvereinbarungen der Nationalen Präventionskonferenz (2018) wird darauf verwiesen, dass die Landesrahmenvereinbarungen einen Beitrag zur Umsetzung dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe leisten. Insbesondere der Kooperationsverbund und die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit können in diesem Sinne wirken.

Health in All Policies kann für einen solchen Prozess einen Leitbegriff darstellen, eine Ausrichtung auf HiAP kann als Treiber für die notwendigen Strukturierungsprozesse genutzt werden.

Weitere unterstützende Faktoren für HiAP-Strategien sind Berichterstattung sowie integriertes Monitoring – gerade im Wechselspiel von Umwelt, sozialen Faktoren und Gesundheit. Sie bilden die „Grundlage für eine normative Bewertung und die Ableitung von Interventionen und politischen Entscheidungen unter Gerechtigkeitsaspekten“ (Bolte et al. 2018). Insbesondere die Gesundheitsberichterstattung (GBE) stellt vielfältige Instrumente für die Entwicklung von Ansatzpunkten und die Messung von Erfolgen von HiAP-Maßnahmen bereit. So enthält der Indikatoren- satz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (AOLG 2003) auch Indikatoren zu sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen oder zu Gesundheitsrisiken aus der Umwelt. Insbesondere der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit wird inzwischen routinemäßig in der GBE abgebildet.

Wichtige Instrumente sind Health Impact Assessments (HIA, Gesundheitsfolgen- bzw. Gesundheitsverträglichkeitsabschätzungen) oder auch Umweltverträglichkeitsprüfungen (UVP). Im kleineren Rahmen gibt es Checklisten wie die Healthy-Urban-Development-Checklist (NSW Health 2009) oder Rahmenpläne wie die Fachpläne Gesundheit des LZG NRW (LZG NRW 2016), um gesundheitsrelevante Themen in Vorhaben der Stadtentwicklung oder andere Ressorts zu integrieren. Hier kann der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) im Rahmen der ressortübergreifenden Fachplanung eine wichtige Rolle spielen, wie es auch im Leitbild ÖGD (Gesundheitsministerkonferenz 2018) skizziert wird und in manchen Ländern Gesetzesrang hat. Im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Schleswig Holstein heißt es beispielsweise im § 5 wörtlich: „Die Kreise und kreisfreien Städte stellen sicher, dass ihre Planungen und Maßnahmen auch auf anderen in Betracht kommenden Handlungsfeldern, insbesondere in den Bereichen Siedlungsentwicklung, Wohnen, Schule, Jugend, Menschen im Alter, Verkehr, Umwelt, Arbeitswelt und Soziales, die Ziele des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einschließlich der Gesundheitsziele nach § 4 Abs. 1 angemessen berücksichtigen (Gesundheitsförderung)“. Nach Jahrzehnten des Kostendrucks beim ÖGD sind aber heute oft weder die Kapazitäten noch das notwendige Wissen vorhanden, um Gesundheitsfolgenabschätzung in Pla-

nungsprozesse einzubringen oder sogar selber Netzungsprozesse mit anderen Ressorts zu initiieren.

Zur Maßnahmenentwicklung und -umsetzung wurden seit der ersten Einführung der Gesundheitsförderung in den Aufgabenkatalog der Krankenkassen im Jahr 1990 zahlreiche Projekte initiiert. Hervorzuheben sind dabei insbesondere Projekte nach dem Setting-Ansatz der WHO, die auf gesundfördernde Lebensweltgestaltung etwa in Betrieben, Stadtteilen oder Schulen ausgerichtet sind. Vielfach als „Projektitis“ kritisiert, wird bei diesen die geringe Laufzeit und fehlende Nachhaltigkeit der Maßnahmen bemängelt. Es ist zu hoffen, dass dieser Ansatz zukünftig durch das Präventionsgesetz systematischer und koordinierter ausgestaltet wird, etwa indem sich die Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz und der entsprechenden Ländergremien über gemeinsame, nachhaltige, träger- und politikfeldübergreifende Maßnahmen verstündigen (Geene & Reese 2018).

Es zeigt sich bei den vielen Instrumenten, Projekten und Strukturbildungen der Gestaltungswille der Politik, in diesem Rahmen tätig zu werden und gesellschaftliche Entwicklungen und Anforderungen in die Leistungserbringung der Gesundheitsakteure einzuspeisen sowie diese mit weiteren Akteuren zu vernetzen. Dabei werden insbesondere aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenkassen (über das SGB V) erhebliche Finanzsummen aktiviert. Eine wichtige Herausforderung besteht darin, dauerhafte Strukturen und Prozesse zu etablieren (Capacity Building). Aktuelle Hoffnungen werden mit dem 2019 begründeten kommunalen Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit zum Aufbau gesundheitsförderlicher Steuerungsstrukturen verbunden, wenngleich dies zunächst nur in ausgewählten Kommunen zum Tragen kommen soll und eine überregionale Koordinierung bislang nicht verbindlich vorgesehen ist (GKV-Bündnis für Gesundheit 2019).

Insgesamt fehlt es bislang an gebündelten fachlichen Erkenntnissen zur Wirksamkeit der diskutierten Instrumente. In Deutschland wurde dazu kaum Forschung initiiert. Health Technology Assessments (Gesundheitstechnikfolgenabschätzungen) werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt und durch das Institut für Qualität und Wirt-

schaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie andere Forschungseinrichtungen vorgenommen, beschäftigen sich aber überwiegend mit klinischen Themen, die für HiAP kaum von Relevanz sind. Auch die Gesundheitsfolgen oder „Health Impacts“ von Entscheidungen und Maßnahmen verschiedener Politikbereiche (Wirtschaft, Arbeitsmarkt, Einkommen, Stadtentwicklung, Sozial-, Bildungs-, Wohnungs-, Verkehrspolitik ...) werden kaum bzw. nur in Einzelfällen analysiert. Sie zusammenzuführen und aufzubereiten würde ermöglichen, Anknüpfungspunkte für eine künftige systematische, politikfördübergreifende Berücksichtigung gesundheitlicher Folgen abzuleiten. Daraus könnten sich auch präzise Antworten auf HiAP-Strategiefragen ableiten lassen, also weitere Instrumente, Strategien und Methoden zur Entwicklung von Gesundheitsförderung in allen Politikbereichen (z.B. Netzwerkbildung, Einrichtung von Ombudsstellen oder Unterstützungsbüros, Themenpatenschaften, Selbsthilfeförderung, Initiierung von Bündnissen). Außerdem könnten durch solche Analysen Maßnahmen identifiziert werden, die sich bislang bewährt haben und dargestellt werden, welche konkreten Rahmenbedingungen sie jeweils erfordern.

Zusammenfassend zeigt sich, dass grundsätzlich eine breite Palette von Instrumenten vorliegt. Diese werden jedoch noch zu wenig genutzt und kaum vernetzt. Die hier skizzierten Möglichkeiten eines übergreifenden HiAP-Ansatzes mit ihrer herausragenden Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung werden insgesamt noch deutlich zu wenig aufgegriffen.

7. Bedingungen und Phasen gesundheitlicher Innovationen

Im Gesundheitsbereich gibt es vor allem themenspezifische Entwicklungen, die Innovationen im Sinne des HiAP-Ansatzes begünstigen. Hier ist es besonders aufschlussreich zu analysieren, wie in manchen Phasen grundlegende Veränderungen möglich sind („Windows of Opportunity“), die zu anderen Zeiten als unrealistisch galten.

Ein herausragendes Beispiel ist die Diskussion um die in den 1980er Jahren neu auftretende Krankheit AIDS, die zu einem bis dahin nicht bekannten gesellschaftlichen Bündnis von Betroffenengruppen mit Regierungen und Parteien, sozialen Bewegungen und bürgerschaftlichem Engagement geführt hat.³ Diese nie dagewesene Allianz hatte das positive Ergebnis, dass nicht nur die Erkrankungsraten sanken, sondern dabei auch Stigmatisierung bekämpft und für Erkrankte gesellschaftliche Solidarität mobilisiert wurde (Geene 2000, Rosenbrock & Wright 2003). Dabei wurde auch ein erheblicher Reformbedarf des ÖGD deutlich, dem u.a. mit einer flächendeckenden Finanzierung von AIDS-Fachkräften an allen deutschen Gesundheitsämtern begegnet wurde.⁴ Auch der Aufbau von Public-Health-Forschungsverbünden sowie die Stärkung von Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement in Deutschland wurden durch die Diskussion um AIDS beflügelt.

„Windows of Opportunity“ begünstigten u.a. auch:

- die Verkehrssicherheitskampagnen der 1960er Jahre mit Bildungsprogrammen, Setzung von Sicherheitsstandards, Anschnallpflicht u.v.a.
- die Trimm-Dich-Bewegung der 1970er Jahre mit flächendeckender Einführung von Trimm-Dich-Pfaden (Mörath 2005)
- den Nichtraucherschutz der 1990er und 2000er Jahre mit Rauch- und Werbeverboten sowie von Steuererhöhungen begleitete Kampagnen (gesundheitsziele.de 2015)
- die Energiewende mit der Orientierung auf erneuerbare Energien mit den (gesundheitsbezogenen) Zielen, einen Atomunfall zu verhindern und den Klimawandel zu begrenzen.

Die aktuellen Bemühungen um schulische Inklusion (im Rahmen der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention), Anforderungen an die Lebensmittelindustrie (z.B. Ampelkennzeichnung, Zuckersteuer) oder die Beseitigung des Pflegenotstands sind Beispiele für drängende Themen, für die gesell-

³ Als beispielgebend gilt die intensive arbeitsteilige Zusammenarbeit der Selbsthilfe in Form der spontan als „Deutsche AIDS-Hilfe“ organisierten Betroffenen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), gestützt von der damaligen Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth (CDU) und allen politischen Parteien, sowie flankiert von Bürger*innen- und Menschenrechtsaktivist*innen, vor allem aus den Schwulen-, Datenschutz- sowie aus den Gesundheitsbewegungen (Geene 2000).

⁴ Die weiterhin hohe Bedeutung dieser Frage drückt sich durch neue konzeptionelle Orientierungen aus, die sich im Leitbild des ÖGDs niederschlagen, das 2018 durch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder verabschiedet wurde (GMK 2018).

schaftliche und politische Debatten in näherer Zukunft „Windows of Opportunity“ öffnen könnten.

Auch die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) sowie das seit 2005 aufgebaute Handlungsfeld der Frühen Hilfen⁵ mit Zentrum und verbindlichen Netzwerken in allen Ländern und Landkreisen in Deutschland können als soziale Innovationen herausgestellt werden. Ihnen ist gemeinsam, dass sie sich im Zuge gesellschaftlicher Debatten und Prozesse strukturell verankern konnten, beispielsweise durch gewerkschaftliche Forderungen nach guter gesunder Arbeit oder aus einer kinder- und menschenrechtlich motivierten Kinderschutzbewegung heraus.

8. Organisatorische, politische und rechtliche Rahmenbedingungen

Das bundesdeutsche Gesellschafts- und Gesundheitssystem ist durch Föderalismus (Bund – Länder – Kommunen) und Korporatismus (Delegation gesundheitlicher und sozialer Gestaltungsaufgaben an parastaatliche, bzw. öffentlich-rechtliche Einrichtungen wie Krankenkassen und Ärztevereinigungen sowie an Wohlfahrtsverbände) gekennzeichnet. Das birgt den Vorteil einer breiten Akteurslandschaft mit vielfältig engagierten Fachleuten, die ihren Tätigkeiten mit hoher Selbstständigkeit und Verantwortung nachgehen. Es birgt jedoch auch den Nachteil eines unkoordinierten Nebeneinanders unterschiedlicher Agierender, die sich – weniger in der praktischen Arbeit vor Ort als vor allem auf der Bundesebene – durch den Gegensatz ihrer institutionellen Interessen lahmlegen können. Diese Differenzierung von Zuständigkeiten ist in Deutschland besonders ausgeprägt, prinzipiell aber ein Problem aller Staaten. Um den Problemen zu begegnen, die aus dieser Differenzierung von Zuständigkeiten resultieren, sind in HiAP der Whole-of-Government-Ansatz und der Whole-of Society-Ansatz verankert, die sich gegenseitig verstärken und Ansätze für Bündnisse mit anderen Handlungsfeldern schaffen sollen (s. auch Fußnote 2).

Diese Bündnisse sind für alle Ebenen – in den Kontinenten und Staaten, dann aber auch in den Bundes-

ländern, Regionen und Kommunen – spezifisch. Sie müssen immer wieder neu (weiter) entwickelt werden. Wichtig sind dafür die – von der politisch jeweils höheren Ebene – gesetzten Rahmenbedingungen. So ist es in Deutschland wichtig, dass Bundes- und Landespolitik (Parteien, Regierung, Verwaltung) ebenso wie Dachverbände von privatwirtschaftlichen (z.B. Industrie), öffentlich-rechtlichen (z.B. Sozialversicherung) oder gemeinnützigen Organisationen (z.B. NGOs, Stiftungen, Wohlfahrtsverbände) den fach- und professionsübergreifenden Ansatz des HiAP aufgreifen, unterstützen und tragen. Sie können dadurch die vielfältigen Aktivitäten verstärken, die es bereits vor Ort in den Kommunen gibt.

Tatsächlich existieren auf kommunaler, teilweise auch auf Länderebene, vielfältige intersektorale Aktivitäten im Sinne von HiAP (s. Abschnitt 4). Dabei ist auch das breite zivilgesellschaftliche Engagement in den über 600.000 Vereinen in Deutschland hervorzuheben, fast jede*r zweite Deutsche ist Mitglied in mindestens einem Verein, überwiegend mit Gesundheits- und Sozialbezug (Priemer et al. 2017). Alleine drei Millionen Menschen sind in Deutschland in gesundheitsbezogener Selbsthilfe organisiert (NAKOS 2017). Dieses Engagement beschränkt sich nicht nur auf die praktische Arbeit vor Ort, sondern mündet auch in bundesweiten Aktivitäten ihrer Dachverbände. Auf der kommunalen Ebene findet dieses vielfältige Whole-of-Society-Engagement häufig Anlaufpunkte bei politisch Verantwortlichen, weil die kommunale Praxis davon geprägt ist, im Nahbereich gemeinsame Lösungen für übergreifende Fragestellungen finden zu müssen.

Doch eine solche unmittelbare Problemlösungsstrategie kann auf der überregionalen Ebene kaum greifen, weil sich die Fragen hier zu hochkomplexen Interessenslagen auswachsen. Dies stellt eine große Herausforderung für die Umsetzung des Whole-of-Government-Ansatzes dar: Zwar ist es auf der Bundesebene besonders schwierig, Health in All Policies als Leitbild umzusetzen, gleichzeitig ist es aber hier besonders wichtig, denn mit Vernetzung und Koordination auf der Bundesebene können die Aktivitäten der Zivilgesellschaft und aus den Kommunen aufgegriffen und verstärkt werden. Daher ist

⁵ Der Bereich Frühe Hilfen gilt als ein interessantes Fallbeispiel dafür, inwieweit Gesundheit (hier: gesundes Aufwachsen) als Leitziel in anderen Politikbereichen implementiert werden kann. Zu fragen ist hier auch danach, inwieweit Erfahrungen mit entsprechenden Anforderungen zur Gesundheitsförderung, etwa durch das PrävG im SGB VIII (§§ 16 und 45) sowie in Landesgesetzen und Kommunalverfassungen, ausgewertet und als Modelle profiliert werden können (Fischer & Geene 2017).

es notwendig, sich für eine Anwaltschaft für die Gesundheit der Bevölkerung (Public-Health-Advocacy) einzusetzen. Schon eine Patientenbeauftragte könnte in diese Richtung wirken, besser noch eine Gesundheitsbeauftragte oder gar ein Public-Health-Ministerium. Gleichzeitig sollten zivilgesellschaftliche Akteure, z.B. aus Selbsthilfe und gesundheitlichem Verbraucherschutz, für solche Aufgaben finanziell ausgestattet und politisch unterstützt werden.

Wie in Abschnitt 4 gezeigt wurde, gibt es gerade auf der kommunalen Ebene zahlreiche Initiativen und auch Erfahrungen, HiAP als Leitprinzip zu verankern, wofür verschiedene Maßnahmen in Betracht kommen. Sie sind vor allem aus dem praktischen Bedarf durch die tatkräftige Initiative einzelner entstanden, oft auf Initiativen einzelner Vorkämpfer*innen. Mitunter sind sie aber nicht wegen, sondern eher im Gegensatz zu entsprechenden Anreizsysteme entstanden.

Es ist von zentraler Bedeutung, dass HiAP als übergreifende gesetzliche Zielsetzung und Norm verankert wird, statt es ressortspezifisch anzusiedeln. Eine solche Regelung sollte langfristig durch ein eigenständiges Gesundheitsförderungsgesetz (im Sinne eines „Public Health Acts“) geregelt werden, das auch andere Politikbereiche bindet. Unterhalb dieser weitgehenden Regelung bestehen bereits zahlreiche Möglichkeiten, HiAP etwa im Rahmen normativer Vorgaben (z.B. in der Wirtschafts-, Bildungs-, Umwelt- und Verkehrspolitik) und mittels entsprechender Gremien (z.B. entsprechender Expertengremien wie Enquête-Kommissionen, ressortübergreifender Nachhaltigkeitskonferenzen, interministerieller Arbeitsgruppen) aufzugreifen.

9. Wie kann Health in All Policies in Deutschland nachhaltig verankert werden? - Umsetzungsstrategien

Internationale Erfahrungen zeigen, dass ein explizites Bekenntnis der jeweiligen politischen Führung eine wesentliche Voraussetzung dafür schafft, dass sich HiAP durchsetzen kann. Auch kommunale HiAP-Strategien in Deutschland hängen maßgeblich von den jeweils politisch Verantwortlichen ab. Wo sich diese für HiAP engagieren, kann sich das oft hohe Engagement der fachlichen Mitarbeitenden entfalten und

bemerkenswerte übergreifende Handlungsstrategien entwickeln (z.B. im Rahmen von Präventionsketten).

Auf der überregionalen Ebene gibt es solche Bekenntnisse insbesondere aus dem zivilgesellschaftlichen Bereich („Whole of society“). Insgesamt kann hier von einem enormen Reichtum an Initiativen und Engagement gesprochen werden, der durch eine entsprechende Bündelung noch weiter gestärkt zur Wirkung gebracht werden kann. Diese Bündelung und Stärkung ist v.a. eine politische Aufgabe und mithin in Verantwortung politischer Entscheidungsträger („Whole of government“).

In vielen einzelnen Handlungsfeldern haben sich immer wieder „Windows of Opportunity“ geöffnet, die auch von Parlamenten und Regierungen aufgegriffen wurden. Öffnen sich solche Möglichkeitsfenster, kann die Politik mit entsprechenden Beschlüssen wirksam werden und gesellschaftliche Themen – Health in All Policies – voranbringen. Doch bislang blieb dies überwiegend auf Einzelthemen beschränkt. Die große Herausforderung besteht darin, Beschlüsse zu HiAP in Parlamenten und Regierungen zu fassen, die über das einzelne Thema hinausgehend nachhaltige Strukturen für den übergreifenden Ansatz schaffen. Zentrale Aufgabe solcher nachhaltiger Strukturen ist es, die Vielfalt bestehender Ansätze in Erfahrungs- und Wissensplattformen zu bündeln und mit Koordination und gemeinsamer Zielorientierung zu stärken.

Je nach politischer Ebene können dabei unterschiedliche Bereiche adressiert werden, etwa Forschungsförderung und Wissenschaftsvernetzung oder Praxisaustausch und Qualitätsentwicklung beim Aufbau integrierter Handlungskonzepte. Vorhandene Gremien und Strukturen wie etwa die Nationale Präventionskonferenz oder das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ sollten dazu angeregt werden, sich zu HiAP zu verpflichten. Um diesen Prozess insgesamt aufzugreifen, sollten – so der wesentliche Appell dieses Arbeitspapiers – politische Gremien Health in All Policies als Schwerpunktaktivität festlegen und diese mit Koordinierung in Bund und Ländern und mit umsetzenden (Praxis- und Forschungs-)Programmen hinterlegen.

Zur Umsetzung von Health in All Policies in Deutschland bedarf es eines starken Public-Health-Systems.

Daher versteht sich dieses Papier als ein Bestandteil und ein Diskussionsbeitrag auf dem Weg zu einer Public-Health-Strategie für Deutschland. Diese Public-Health-Strategie soll entlang der zehn von der WHO Europa definierten Kernbereiche von Public Health erarbeitet werden. Diese zehn „Essential Public Health Operations“ (EPHOs) (WHO 2012, WHO 2015) umfassen die folgenden Bereiche:

1. Surveillance von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung
2. Beobachtung von Gesundheitsgefahren und gesundheitlicher Notlagen und Gegenmaßnahmen
3. Gesundheitsschutzmaßnahmen (u.a. in den Bereichen Umwelt-, Arbeits- und Nahrungsmittelsicherheit sowie Patientenorientierung)
4. Gesundheitsförderung, einschließlich Maßnahmen in Bezug auf soziale Determinanten und gesundheitliche Maßnahmen
5. Krankheitsprävention, einschließlich Früherkennung
6. Gewährleistung von Politikgestaltung und Steuerung (Governance) für mehr Gesundheit und Wohlbefinden
7. Gewährleistung einer ausreichenden Zahl von fachkundigem Personal im Bereich der öffentlichen Gesundheit,
8. Gewährleistung von nachhaltigen Organisationsstrukturen und Finanzierung
9. Überzeugungsarbeit, Kommunikation und soziale Mobilisation für die Gesundheit
10. Förderung der Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit zwecks Anwendung in Politik und Praxis

Health in All Policies ist dabei für den Bereich Governance (EPHO 6) sowie den Bereich Strukturen und Finanzierung (EPHO 8) von besonderer Bedeutung. HiAP bietet darüber hinaus aber auch eine wichtige Voraussetzung, um in allen zehn Aktionsfeldern entsprechende Handlungsbedarfe zu adressieren. Um „Mehr Gesundheit für alle“ zu realisieren und durch ein gemeinsames abgestimmtes Vorgehen die Ge-

sundheit der Menschen in Deutschland insgesamt zu verbessern, kann das Konzept HiAP die Instrumente liefern, um dieses Ziel in die Praxis umzusetzen.

Zur Umsetzung ist der Dialog mit der Politik sektorübergreifend zu führen. Wenn alle Politikfelder von Beginn an in die Entwicklung von Health-in-All-Policies-Konzepten eingebunden sind, kann der Blick geweitet und ein Denken, das an den Grenzen des eigenen Ressorts endet, überwunden werden. Vor Ort in der Kommunalpolitik ist dies vielfach bereits umgesetzt – hier kennen sich die Handelnden persönlich, daher ist gemeinsame und abgestimmte Politik häufig besser umgesetzt. Diese Erfahrungen sollten noch stärker auf die überregionale Ebene – Landes-, Bundes- und Europapolitik – gespiegelt werden. So können von der kommunalen Ebene aus eine Bewegung und ein Handlungsdruck für die überregionale Politik entstehen. Kommunalpolitik ist untrennbar verbunden mit der Zivilgesellschaft wie Vereinen, Kirchen, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden, aber auch mit Bürger*innen, mit denen der Dialog gesucht und deren Erfahrungen in der ressortübergreifenden Zusammenarbeit für gesunde Lebensverhältnisse genutzt werden sollten. So können z.B. im Rahmen von Konsultationsverfahren die Bedürfnisse und Prioritäten der Bevölkerung ermittelt werden. Landes- und Bundespolitik kommt dabei die Aufgabe zu, diese Ansätze durch eine unterstützende Gesamtpolitik zu fördern und aufzugreifen.

Die bundesdeutschen Leitprinzipien von Föderalismus und Korporatismus begründen zwar bislang ein Defizit an überregionaler Governance, bieten aber gleichzeitig Chancen für eine Vielfalt an Handlungsansätzen, die durch Koordination genutzt und verstärkt werden können. Hier sollten Bundes- und Landespolitik die Erfahrungen von regionaler und nicht-staatlicher Lösungskompetenz (Kommunen, Wohlfahrt, Vereine, Selbsthilfe) aufgreifen und stützen, orientiert an den inhaltlichen Ansätzen von HiAP, mit Hilfe entwickelter HiAP-Instrumente und gemeinsam vereinbart im Rahmen einer Public-Health-Strategie.

10. Nachwort/Kontakt

Bei Erstellung dieses Papiers haben zahlreiche Fachleute mit ihrer Expertise in Form schriftlicher Rückmeldungen und Kommentare mitgewirkt, denen unser herzlicher Dank gilt.

Für inhaltliche und redaktionelle Anmerkungen zu diesem Arbeitspapier gilt besonderer Dank Stefan Bräunling, Maren Janella, Lotte Kaba-Schönstein, Frank Lehmann, Peggy Looks, Ulrike Maschewsky-Schneider, Rolf Rosenbrock, Robynne Sutcliffe, Alf Trojan, Maike Voss sowie den Teilnehmenden an den Diskussionsveranstaltungen zu diesem Papier im Rahmen des Zukunftsforums Public Health am 24./ 25. Januar 2019 und beim Kongress Armut und Gesundheit am 14./15. März 2019 in Berlin für vielfältige Rückmeldungen, die in diesem Papier soweit möglich berücksichtigt wurden.

Das Papier ist in Kooperation mit den nachfolgenden drei Institutionen entstanden, die sich dem Ansatz des Health in All Policies verpflichtet fühlen und dies zukünftig weiter ausdrücken werden.

Zukunftsforum Public Health
c/o Robert Koch-Institut
General-Pape-Str. 62
12 101 Berlin
zukunftsforum@rki.de

Gesundheit Berlin-Brandenburg
Friedrichstr. 231
10 969 Berlin
pospiech@gesundheitbb.de

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG)
Heilsbachstr. 30
53 123 Bonn
beate.grossmann@bvpraevention.de

Literaturverzeichnis

AOLG (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden) (2003): Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Bielefeld: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. www.gbe-bund.de/pdf/Indikatorensetz_der_Laender_2003.pdf (27.06.2019).

Baum F, Lawless A, Delany T et al. (2014): Evaluation of Health in All Policies. Concept, Theory and Application. In: *Health Promotion International*, 29(S1):i130-142. DOI 10.1093/heapro/dau032.

Berkman, L, Kawachi, I (2000): A Historical Framework for Social Epidemiology. In: dies. (Hg.): *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press: 3-12.

Bolte, G, Bunge, C, Hornberg, C et al. (2018): Umweltgerechtigkeit als Ansatz zur Verringerung sozialer Ungleichheiten bei Umwelt und Gesundheit. In: *Bundesgesundheitsblatt* 61(6):674-683. DOI 10.1007/s00103-018-2739-6.

Bundesregierung (2018): Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie. Aktualisierung 2018. www.bundesregierung.de/resource/blob/975292/1559082/a9795692a667605f652981aa9b6cab51/deutsche-nachhaltigkeitsstrategie-aktualisierung-2018-download-bpa-data.pdf (12.06.2019).

Coventry City Council (2018): Health Inequalities in Coventry. A Summary. www.coventry.gov.uk/download/downloads/id/27141/health_inequalities_in_coventry_-_a_summary.pdf (28.09.2018).

De Bock F, Geene R, Hoffmann W et. al. (2018): Public Health - Vorrang für Verhältnisprävention. Arbeitspapier aus dem Zukunftsforum Public Health. In: *Kinderärztliche Praxis*, 89(3):210-214.

Department of Health South Australia (2011): The South Australian Approach to Health in All Policies. Background and Practical Guide. Version 2. Adelaide: Department of Health, Government of South Australia. www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/cb6fa18043aece9fb510fded1a914d95/HiAPBackgroundPracticalGuide-v2.pdf (28.09.2018).

Fehrman-Brunskill R, Janke C, Hausdorf V (2017): Gut und gesund aufwachsen. Präventionskette München-Freiham. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/praeventionskette-freiham (11.06.2019).

- Fischer J, Geene R (Hg.) (2017): Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung. Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung. Weinheim: Beltz Juventa.
- Fosse E, Helgesen M (2017): Advocating for Health Promotion Policy in Norway. The Role of the County Municipalities. In: Societies 7(2):5. DOI 10.3390/soc7020005.
- Geene R (2000): AIDS-Politik. Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- Geene R, Reese M (Hg.) (2016): Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung in Deutschland. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- Geene R (2018): Vorrang für Verhältnisprävention. Brauchen wir eine Enquête-Kommission zur Weiterentwicklung der Prävention in Deutschland? Kongress Armut und Gesundheit. Kongress-dokumentation. www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Kongress_A_G/A_G_18/Beitraege_2018/60_Geene.pdf (12.06.2019).
- Gesunde Städte-Netzwerk (2019): Das Netzwerk. www.gesunde-staedte-netzwerk.de/index.php (12.06.2019).
- gesundheitsziele.de (2015): Gesundheitsziel Tabakkonsum reduzieren. Aktualisierung 2015. http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=nationale_gz/tabakkonsum (12.06.2019).
- GMK (Gesundheitsministerkonferenz) (2018): Beschlüsse der 91. GMK (2018). TOP: 10.21 Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD. Public Health vor Ort“. www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=730&jahr=2018 (12.06.2019).
- GKV-Bündnis für Gesundheit (2019): Förderangebote. www.gkv-buendnis.de/foerderprogramm/foerderangebote (12.06.2019).
- Hagen S, Øvergård K, Helgesen M et al. (2018): Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups. In: International Journal of Health Policy and Management 7(9):807-817. DOI 10.15171/ijhpm.2018.22.
- Hancock M (2018): Prevention Is Better Than Cure. Matt Hancock's Speech to IANPHI. Delivered on 5 November 2018. www.gov.uk/government/speeches/prevention-is-better-than-cure-matt-hancocks-speech-to-ianphi (10.11.2018).
- Kickbusch I, Buckett K (Hg.) (2010): Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. Adelaide: Department of Health, Government of South Australia.
- Kickbusch I, Hartung S (2014): Die Gesundheitsgesellschaft. Ein Plädoyer für eine gesundheitsförderliche Politik. Bern: Huber Hogrefe.
- Köckler H, Fehr R (2018): Health in All Policies. Gesundheit als integrales Thema von Stadtplanung und –entwicklung. In: Baumgart S, Köckler H, Ritzinger A et al. (Hg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover: Forschungsberichte der ARL 08:70-86.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, 2. Auflage. Berlin: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.
- Kuhn J, Böhm A (2015): Gesundheitsschutz. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. DOI: 10.17623/BZGA:224-i059-1.0.
- Kuhn J, Lampert T, Ziese T (2012): Einführung ins Thema: Komplexe Interventionen – komplexe Evaluationen? In: Robert Koch-Institut (Hg.): Evaluationen komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Berlin: RKI:9-14.
- Kuntz B, Rattay P, Poethko-Müller C et al. (2018): Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. In: Journal of Health Monitoring 3(3):19–36. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-076.
- Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2017): Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI.
- Lampert T, Hoebel J, Kroll LE (2019): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. Journal of Health Monitoring 4(1):3–15. DOI 10.25646/5868.
- Landeshauptstadt Dresden (2018): Dresden – eine engagierte gesunde Stadt. Januar 2018. www.dresden.de/who (13.06.2019).
- Leppo K, Ollia E, Peña S et al. (2013): Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

- LZG NRW (2016): Leitfaden Gesunde Stadt: Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. www.lzg.nrw.de/versorgung/ges_plan/gesunde_stadt (23.08.2018).
- Marmot M (2010): Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review: Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010. London: University College London.
- Marmot M (2015): The Health Gap: The Challenge of an Unequal World. In: *The Lancet*, 386(10011):2442-44.
- Melkas T (2013): Health in All Policies as a Priority in Finnish Health Policy. A Case Study on National Health Policy Development. In: *Scandinavian Journal of Public Health* 41(S11):3-28. DOI 10.1177/1403494812472296.
- Mörath V (2005): Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970-1994. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin: WZB.
- NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfe-gruppen) (2017): NAKOS Studien. Selbsthilfe im Überblick 5. Zahlen und Fakten 2017. www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2017/NAKOS-Studien-05-2017.pdf (12.06.2019).
- Nationale Präventionskonferenz (2018): Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_npk/20180828_BRE_Praevention_barrierefrei.pdf (12.06.2019).
- NSW Health (2009): Healthy Urban Development Checklist: A Guide for Health Services When Commenting on Development Policies, Plans and Proposals. Sidney: New South Wales Department of Health. www.health.nsw.gov.au/urbanhealth/Publications/healthy-urban-dev-check.pdf (23.08.2018).
- Priemer J, Krimmer H, Labigne A (2017): Vielfalt verstehen. Zusammenhalt stärken. Ziviz-Survey 2017. Berlin: Stifterverband und Bertelsmann Stiftung. www.ziviz.info/ziviz-survey-2017 (12.06.2019).
- Rosenbrock R, Hartung S (2010): Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. DOI: 10.17623/BZGA:224-i099-1.0.
- Rosenbrock Rolf, Wright M (Hrg.) (2003): Partnership and Pragmatism: The German Response to AIDS Prevention and Care. London: Routledge.
- Sandvoss U, Hermann-Biert M (2017): Präventionsketten als Netzwerk. In: Fischer J, Geene R (Hg.) (2017): Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung. Weinheim: Beltz Juventa:124-135.
- Schaller K, Effertz T, Gerlach S et al. (2017): Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. www.dank-allianz.de/files/content/dokumente/DANK-Grundsatzpapier_ES.pdf (12.06.2019).
- Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz (2019): Landesgesundheitsbericht Bremen 2019. Bremen: Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz (SWG). www.gesundheit.bremen.de/gesundheit/berichte_zur_gesundheit-4571 (25.06.2019).
- Siegrist J, Marmot M (2006): Social Inequalities in Health. Evidence and Implications. Oxford: Oxford University Press.
- Stadt Gelsenkirchen (2018): Gesellschaftliche Teilhabechancen von Gelsenkirchener Kindern. Entwicklung und Stand 2018. www.gelsenkirchen.de/jedemkind-seinechance (12.06.2019).
- Vereinte Nationen (2016): Sustainable Development Goals. Goal 3: Good Health and Wellbeing. www.un.org/sustainabledevelopment/health (12.06.2019).
- Virchow, R (1848): Der Armenarzt. In: Die medicinische Reform 18.
- von Philipsborn P, Drees S, Geffert K et al. (2018): Prävention und Gesundheitsförderung im Koalitionsvertrag. Eine qualitative Analyse. In: Das Gesundheitswesen 80(08/09):e54-e61. DOI: 10.1055/a-0657-3695.
- WHO (World Health Organization) (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2000): Health Promotion: Bridging the Equity Gap. The Fifth Global Conference on Health Promotion, 5-9th June 2000, Mexico City. www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_en.pdf (12.06.2019).
- WHO (2013): The Helsinki Statement on Health in All Policies. www.who.int/healthpromotion/con-

ferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf
(12.06.2019).

WHO (2012): Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2015): Self-Assessment Tool for the Evaluation of Essential Public Health Operations in the WHO European Region. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO, Europäisches Netzwerk Gesunder Städte (2009): Phase V (2009–2013) des Gesunde-Städte-Netzwerks der Europäischen Region der WHO: Ziele und Anforderungen. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO, United Nations Children's Fund, World Bank Group (2018): Nurturing Care for Early Childhood Development. A Framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential. Genf: World Health Organization.

Wilkinson R, Marmot M (Hg.) (2003): Social Determinants of Health: The Solid Facts. 2nd edition. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Wilkinson R, Pickett K (2010): The Spirit Level. Why Equality Is Better For Everyone. London: Allen Lane.

Wismar M, Ernst K (2010): Health in All Policies in Europe. In: Kickbusch I, Buckett K (Hg.): Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. Adelaide: Department of Health, Government of South Australia: 53-64.

Impressum

Herausgeber: Zukunftsforum Public Health, General-Pape-Straße 62-66, 12101 Berlin.
V.i.S.d.P.: Svenja Matusall, 030-187542989, zukunftsforum@rki.de, www.zukunftsforum-public-health.de