

Wassermann, Dirk

Working Paper

Gesundheitsbezogene Verhältnisprävention in Deutschland: Ein Elend

IU Discussion Papers - Sozialwissenschaften, No. 3 (März 2025)

Provided in Cooperation with:

IU International University of Applied Sciences

Suggested Citation: Wassermann, Dirk (2025) : Gesundheitsbezogene Verhältnisprävention in Deutschland: Ein Elend, IU Discussion Papers - Sozialwissenschaften, No. 3 (März 2025), IU Internationale Hochschule, Erfurt,
<https://doi.org/10.56250/4047>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/317785>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

www.iu.de

IU DISCUSSION

PAPERS

Sozialwissenschaften

GESUNDHEITSBEZOGENE VERHÄLTNISPRÄVEN-
TION IN DEUTSCHLAND: EIN ELEND.

DIRK WASSERMANN

IU Internationale Hochschule

Campus Bremen

Senator-Apelt-Straße 51

28197 Bremen

Telefon: +49 421.166985.23

Fax: +49 2224.9605.115

Kontakt/Contact: dirk.wassermann@iu.org

Autorenkontakt/Contact to the author(s):

Prof. Dr. Dirk Wassermann

ORCID-ID: 0009-0007-0490-396X

IU Internationale Hochschule - Campus Bremen

Senator-Apelt-Straße 51

28197 Bremen

Telefon: +49-421-16 69 85 80

Email: dirk.wassermann@iu.org

IU Discussion Papers, Reihe: Sozialwissenschaften, Vol. 5, No. 3 (MÄR 2025)

ISSN: 2750-0675

DOI: <https://doi.org/10.56250/4047>

Website: <https://repository.iu.org>

GESUNDHEITSBEZOGENE VERHÄLTNISPRÄVENTION IN DEUTSCHLAND: EIN ELEND.

Dirk Wassermann

ABSTRACT (D)

Das deutsche Gesundheitssystem nimmt im internationalen Vergleich seit Jahren nur bei den Ausgaben eine Spitzenposition ein. Bei zahlreichen Parametern öffentlicher Gesundheit hingegen wird Deutschland auch und gerade von Ländern überholt, deren Lebensstandard, gemessen am BIP, niedriger als hierzulande ist.

Gesundheit ist auch und gerade in Deutschland im besonderen Maße vom sozioökonomischen Status abhängig. Doch auch insgesamt leben wir, etwa mit Blick auf Alkohol, Tabak, Ernährung, Bewegung und soziale Einbindung, „über unsere Verhältnisse“. Konsequenterweise ist eine soziale Verhältnisprävention überfällig, die die sattsam bekannte Individualisierung auch gesundheitsbezogener Verantwortung flankiert. In einem stärker gewinn- als gesundheitsorientierten System ohne Konnexität aber sichern sich Bund, Länder, Industrien und Leistungsanbieter ihre Einnahmen. Die Krankenkassen hingegen haben ohnmächtig für die Kosten aufzukommen. Dazu wirken sie im Präventionsgesetz zuweilen wie entrechtet; sie sollen dazu Leistungen erbringen, für die ihnen die Kompetenzen fehlen. Wichtige Impulse für mehr Gesundheit bieten internationale Vergleiche und Interdisziplinarität.

Schlüsselwörter: Gesundheitssystem, Gesundheitsausgaben, öffentliche Gesundheit, Verhältnisprävention, Gesundheitsförderung, Kritik, Präventionsgesetz, internationaler Vergleich, Konnexität.

ABSTRACT (UK)

In an international comparison, the German healthcare system holds for years only a leading position in terms of expenditure. Nonetheless Germany is overtaken in numerous public health parameters by countries whose standard of living, measured in terms of GDP, is lower than in Germany.

Health in Germany is particularly dependent on socio-economic status. Correspondingly we also live ‘beyond our means’ in terms of alcohol, tobacco, nutrition, exercise and social integration. A social prevention is overdue, flanking the well-known individualisation of health-related responsibility. However, in a system that is more profit-orientated than health-orientated and without connexity, the federal government, federal states, industries and service providers seize their income. The health insurance funds, in contrast, are powerless to cover the costs. In addition, the Prevention Act in some degrees makes them feel disenfranchised; they are expected to provide services for which they lack the competences. International comparisons and interdisciplinarity provide important impetus for better health.

Tags: Health System, Health Expenditures, Public Health, Social Prevention, Health Promotion, Prevention Act, International Comparison, Critique, Connectivity.

AUTOR



Prof. Dr. Dirk Wassermann (*1966): Seit eindeutigen Beobachtungen als Kind Abstinenzler (= kein Alkohol, kein Tabak, kein Kaffee / Tee, keine sonstigen Drogen), seit Zivildienstzeiten Vegetarier. Regelmäßiger Langstreckenschwimmer. Sammler, Restaurator und v.a. Fahrer historischer Fahrräder. Männerbewegt (lange her). Wie das alles? Haferflocken, Hülsenfrüchte, Knoblauch, Bananen ohne Ende, hurra! Soziologe, Sozialpädagoge und Gesundheitswissenschaftler mit langj. Erfahrungen u.a. im Bereich Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen / psychische Gesundheit. Seit 2021 Professor für Sozialwissenschaften an der IU.

Persönliche Vorbemerkung: Diese Arbeit entstand an einem verlängerten Wochenende – und hätte auch sonst kaum einen anderen Titel erhalten sollen. Ich war es leid – auch angesichts der hanebüchenen Fakten –, irgendeine Relativierung einzubauen. Also kein Fragezeichen und auch kein nur „ziemliches“ Elend. Die gegebenen Zustände sind mir nicht nachvollziehbar, und es ist zunächst wohl auch unverständlich, warum es schier nirgends eine Gesundheitsbewegung gibt, wie es, zum Glück, überall Frauen- und Anti-AKW-Bewegungen gibt. Solange wir gesund sind, interessiert uns Gesundheit offenbar nicht – und wenn wir dann im Pflegeheim sind, ist es zu spät (s.u.)? Wenn auch Sie insgeheim diese Haltung in sich spüren, freue ich mich, wenn sich daran, nach der Lektüre der folgenden Zeilen, etwas ändert.

Es war nicht immer möglich, Daten aus den gleichen Bezugsjahren heranzuziehen. Das lag auch an den Quellen selbst mit ebenso verschiedenen Bezugsjahren. Sofern nicht anders vermerkt, geht es überall um längerfristige, also einzeljahresunabhängige Entwicklungen - was die Sache keineswegs angenehmer oder leichter macht.

Einführung

Wenn man den Teppich über dem doch so lange angeblich „besten Gesundheitssystem der Welt“ hebt, muss man wahrscheinlich zunächst einmal damit beginnen, einen Handlungsbedarf per se empirisch nachzuweisen – und außerdem klarzumachen, dass die Verhältnisprävention eine Methodik sein kann, diesen Handlungsbedarf zu stillen. In diesem Sinne: Voilá!

Die Gesundheitsausgaben sind im Jahr 2022 auf 497,7 Milliarden Euro gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2024 a). Natürlich trugen Corona-Testungen und -Impfkampagne (ungleich Behandlungen!) wesentlich zur Ausgabenentwicklung bei (ebd.), doch lagen die Gesundheitsausgaben im Jahr 2019 – dem letzten Jahr vor Corona – auch schon bei 410,8 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt 2021 a). Ob so oder so – jeden Tag (!) gehen über eine Milliarde (!) Euro in das Gesundheitssystem; im o.g. Jahr 2022 beliefen sich die Kosten auf 5939 Euro pro Einwohner*in. Diese Kosten pro Person sind Durchschnittswerte, die sich aus den Ausgaben für die quietschfidele Jugendliche wie auch für ihren multipel erkrankten Großvater beziehen.

Zur Orientierung dürfen aber auch folgende Angaben nicht fehlen: Neben allen o.g. Ausgaben für Behandlung (pro Person fast 6000 Euro, s.o.) beliefen sich im genannten Jahr 2022 die Ausgaben, die die gesetzliche Krankenversicherung gem. §§ 20 (6), 20a – c SGB V für Primärprävention und Gesundheitsförderung (§ 20), für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a), für Betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20b) oder für Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20c) aufbringen konnte, auf ganze 7,93 Euro pro versicherter Person (Medizinischer Dienst Bund, GKV-Spitzenverband 2023).

Damit steht aber eben auch die offensichtliche, ziemlich unwissenschaftliche, vielmehr ganz grundsätzliche Frage im Raum:

Wollen wir ein Gesundheitssystem, das sich sehr viel eher darauf konzentriert, uns bis zu chronischen Krankheiten bestmöglich zu versorgen – oder wollen wir Lebensbedingungen, die uns die bestmögliche Gesundheit (= Selbstbestimmung!) ermöglichen – und Erkrankung als bestmöglich zu vermeidenden, schnellstmöglich zu überwindenden Ausnahmezustand verstehen?

Einwände, dass doch jeder Mensch selbst seine Gesundheit in der Hand habe, sind denkbar, aber widerlegt. Das zeigt nicht nur der – zugegebenermaßen zunächst kasuistische - Blick in das eigene Umfeld: Wir alle wollen jung bleiben, niemand will krank werden – doch wir alle scheitern an beidem. Dazu kommt außerdem – und für die Wissenschaften besonders ärgerlich – dass, trotz o.g. Ausgabenvolumens, in Deutschland kaum aktuelle und repräsentative Daten vorliegen.

Über die Vorwände oder gar „Gründe“ hierfür kann man hier und jetzt nur spekulieren – doch in den Jahren 2019/2020 litt die Hälfte aller Erwachsenen in Deutschland an einer chronischen Krankheit (Robert-Koch-Institut 2022, „Gesundheitszustand“ / „Chronische Krankheit“): Bei einem Paar, das uns entgegenkommt, ist also eine Person dauerhaft krank. Dies betraf nicht nur die Mehrheit der Menschen im Alter ab 45 Jahre. Auch unter den 30- bis 44-Jährigen waren schon fast 40% chronisch beeinträchtigt. Insgesamt waren Menschen mit oberen Bildungsabschlüssen mit knapp 40% unter-, Menschen mit unteren Abschlüssen entsprechend überrepräsentiert (alle Angaben ebd.).

Das akute Erkrankungsgeschehen ist zunächst von einem breiten Spektrum möglicher Diagnosen gekennzeichnet, doch nach den „sonstigen“ Anlässen sind es vor allem Muskel-Skelett-Erkrankungen, die bei Menschen bis 64 Jahren, vor allem bei älteren Versicherten, für Arbeitsunfähigkeitstage sorgen. Natürlich sorgt Corona im Jahr 2021 für eine enorme Inzidenz der Atemwegserkrankungen. Insgesamt aber dominieren im Erkrankungsgeschehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verletzungen und Atemwegserkrankungen vor psychischen Erkrankungen, die in der Summe noch nachrangig sind.

Psychische Erkrankungen betreffen umgekehrt aber vor allem Jugendliche und jüngere Erwachsene und nahmen in den zehn Jahren zwischen 2013 und 2023 unter den AOK-Versicherten um über 40% zu (alle Angaben Sozialpolitik-aktuell 2023 a, Sozialpolitik-aktuell 2023 b).

Beim stationären Behandlungsgeschehen fallen – bei beiden Geschlechtern und seit Jahren unverändert – Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Hirninfarkte / Schlaganfälle auf (Sozialpolitik-aktuell 2022 a). Allein eine ambulante Behandlung (s.o.) bekommt diese Diagnosen richtungsweisend also nicht „in den Griff“. Besonders auffällig sind die „Verhaltensänderungen nach Alkohol“, die seit Jahren die zweithäufigsten Diagnosen bei stationär aufgenommenen Männern sind. Ebenso erschreckend ist der Brustkrebs als fünfthäufigste Aufnahmediagnose bei Frauen (rund 120 000 Fälle im Jahr 2022) (alle Angaben ebd.).

Alzheimer als Hauptaufnahmediagnose ist hingegen noch nachrangig. Insgesamt rund 19 000 Patientinnen und Patienten wurden 2022 stationär behandelt – wohl aber eben auch, weil sie alsbald in Pflegeheimen aufgenommen werden mussten oder von dort zur Akutbehandlung in ein Krankenhaus überwiesen worden waren. Hier ist das Geschehen im stationären *Akutbereich* also das Eine, im stationären *Pflegebereich* das Andere!

Alzheimer als Diagnose hat in den vorangegangenen 20 Jahren um 61% zugenommen. Nur 6% aller stationär aufgenommenen Alzheimer-Patienten sind jünger als 65 Jahre (Statistisches Bundesamt 2024 b). „[...] 2022 war knapp die Hälfte der Patientinnen und Patienten (49 %) 75 bis unter 85 Jahre alt, gut ein Viertel (28 %) der Behandelten war 85 und älter. [...] 58 % der Alzheimer-Patientinnen und -Patienten waren Frauen, 42 % Männer. Ein stationärer Krankenhausaufenthalt wegen einer Alzheimer-Behandlung dauerte im Schnitt 20,2 Tage – und damit vergleichsweise lang. [...]“. Diese Inzidenzen sind natürlich auch auf die demographische Überalterung insgesamt zurückzuführen (Statistisches Bundesamt 2024 b).

Die Zahlen der Krankenhaussfälle steigen aber auch insgesamt seit Jahren mit dem Alter von 40 bis 85 Jahre (Sozialpolitik-aktuell 2022 b) – erst und wohl „nur“ Corona stoppte diese Entwicklung (vorläufig?) (ebd.), als viele Menschen mit aufschiebbaren Diagnosen die stationäre Aufnahme mieden.

Simultan zu stationären Aufnahmen machen Krankheiten des Kreislaufsystems (33,9%), aber auch bösartige Neubildungen (22,4%) seit Jahren unter insgesamt über einer Million Verstorbenen mehr als die Hälfte aller Todesursachen aus. Ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Todesfälle – überall dominieren Herz-Kreislauf-Erkrankungen! Diesen und den genannten, bösartigen Neubildungen folgen u.a. psychische und Verhaltensstörungen (6,8%), äußere Ursachen (4,8%), und Herzinfarkt (4,3%). Covid-19 war im Berichtsjahr 2023 bei 2,5% aller Verstorbenen die Todesursache (Sozialpolitik-aktuell 2023 c).

Zu den psychischen und Verhaltensstörungen sind auch rund 10 100 Tote in Folge einer Alzheimer-Erkrankung zu zählen. Diese Zahl ist insgesamt noch nachrangig – sie hat sich aber innerhalb von 20 Jahren quasi verdoppelt (+ 96%). Mehr als die Hälfte der hier Verstorbenen (53%) war 85 Jahre alt und älter, nur 2% der Verstorbenen waren höchstens 65 Jahre alt (Statistisches Bundesamt 2024 b).

Zur Lebenserwartung insgesamt schreibt das Statistische Bundesamt:

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt betrug in Deutschland im Jahr 2023 für Frauen 83,3 Jahre und für Männer 78,6 Jahre. [...] Während der Pandemiejahre 2020 bis 2022 war die Lebenserwartung sowohl bei Männern als auch bei Frauen um 0,6 Jahre im Vergleich zu 2019 gesunken. Das Niveau aus dem Jahr 2019 ist somit noch nicht wieder erreicht [...]. (Statistisches Bundesamt 2024 c).

Hohe Lebenserwartung, geringe Gesundheitserwartung (s.o.): Zu „Gesundheitserwartung“ nämlich – also dem Maß der Jahre ohne manifeste, gesundheitliche Beeinträchtigung – liefert die Suche auf der Website des Statistischen Bundesamtes im Dezember 2024 *keinen einen* Eintrag! Dabei treibt uns doch gerade die damit weiter bestehende und mutmaßlich zunehmende Diskrepanz (s.o.) zwischen Gesundheits- und Lebenserwartung in das politisch, gesellschaftlich, volkswirtschaftlich und – last, but not least – auch persönlich so vielfache Elend mit ständigen Besuchen von Ärzt*innen und endlosen Medikamenten, mit Stöhnen, Seufzen, Pflegeversicherung!

Gesundheit, Krankheit und Armut

Gesundheit hat eben nicht nur eine biologische, sondern auch eine psychische und soziale Dimension: Menschen mit einem an Bildung, Beruf und Einkommen gemessenen, niedrigeren sozioökonomischen Status sind in besonderem Maße körperlichen und psychischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Ihre gesundheitlichen Belastungen sind höher und ihre Bewältigungsressourcen niedriger. Diese Zusammenhänge erstrecken sich über gesamte Lebensspannen bis hin zu ungleichheitsspezifischem Krankheitsgeschehen, geringeren Lebenserwartungen und entsprechend höheren, vorzeitigen Sterblichkeiten (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2024, 3, 4, 6 ff.).

Dementsprechend sei darauf verwiesen, dass „[...] im Jahr 2023 gut 17,7 Millionen Menschen von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht“ waren, entsprechend 21,2 % der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2024 j). Für mehr als jede fünfte Person in Deutschland also ist das gesunde Brot, die Mitgliedschaft im Sportverein, das auch nur gebrauchte Fahrrad oder der Kinobesuch mit Freund*innen eine finanzielle Herausforderung. Kind bis 15 Jahre zu sein ist bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze das größte Armutsrisiko hierzulande – mit allen absehbaren, biographischen Echo-Effekten (Sozialpolitik-aktuell 2024 a).

Kein Wunder also, dass schon vor Corona etwa ein Viertel der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status von psychischen Auffälligkeiten betroffen war – während dies nur für etwa ein Zehntel derer aus statushohen Familien galt (Lampert et al. 2019 b, in: Hoebel, Müters 2024). Auch bei Übergewicht und Adipositas sind die Prävalenzen in dem Maße höher, wie der sozioökonomische Status der Familie niedriger ist (Hoebel et al. 2022, in: Hoebel, Müters 2024, 174).

In fataler Kontinuität beurteilen auch Erwachsene mit geringem, sozioökonomischem Status ab 18 Jahre bis hin ins hohe Alter ihren allgemeinen Gesundheitszustand deutlich seltener mit „gut“ oder „sehr gut“ als Gleichaltrige mit mittlerem oder hohem Status. Die Korrelationen verlaufen bei Frauen und Männern linear zwischen Status und Einschätzungen, und sie variieren zwischen den Statusgruppen insbesondere bei den 30- bis 64-Jährigen um bis zu knapp 40% (Frauen) (Hoebel, Müters 2024, Lampert et al. 2021, in: Statistisches Bundesamt 2021 b, 335)!

Sozioökonomische Gesundheitschancen sind insgesamt in einer Vielzahl von Diagnosen richtungsweisend. Lampert und Hoebel (2023, in: Hoebel, Müters 2024, 174) nennen ein ganzes Spektrum von

[...] Herzkreislauf-Krankheiten über Atemwegserkrankungen, Stoffwechselstörungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen bis hin zu psychischen Störungen. [...] Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status [haben] ein etwa zwei bis dreimal so hohes Risiko für Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, chronisch-obstruktive Lungenkrankheit und Depressionen wie Gleichaltrige mit hohem Status. (ebd.).

Diese Unterschiede betreffen Frauen wie Männer – und sind auch regional messbar (Hoebel et al. 2018 a, in: Hoebel, Müters 2024, 173). Eine umgekehrte Korrelation, also zwischen höherem Status und ebenso gewachsenem Erkrankungsrisiko, ist nur bei wenigen Erkrankungen zu beobachten - etwa bestimmte Allergien, Hautkrebs (Freizeitverhalten?) und Brustkrebs (Hoebel et al 2018 a, Langen et al. 2013, in: Hoebel, Müters 2024, 174).

Es mag deshalb kaum überraschen, dass in einer Untersuchung des Sterbegeschehens von 1992 bis 2016 13 % der Frauen und 27 % der Männer aus der niedrigsten Einkommensgruppe (mit weniger als 60 % des Medianeinkommens) bereits vor einem Alter von 65 Jahren starben, während lediglich 8 % der Frauen und 14 % der Männer aus der höchsten Einkommensgruppe (mit 150 % des Medianeinkommens und mehr) vorzeitig zu Tode kamen. Bezogen auf die mittlere Lebenserwartung bei Geburt zeigte sich außerdem eine Differenz zwischen der niedrigsten und der höchsten Einkommensgruppe von 4,4 Jahren bei Frauen und 8,6 Jahren bei Männern (Lampert et al. 2019 a, in: Hoebel, Müters 2024, 175, dito in: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2024, 6).

Oben war bereits auf die besondere Bedeutung von Herz-Kreislauf- und von Krebserkrankungen hingewiesen worden. Auch bei diesen für die Mortalität so zentral bedeutsamen Diagnosegruppen haben Michalski et al. 2022 sowie Tetzlaff et al. 2023 (in: Hoebel, Müters 2024, 175) die besondere Bedeutung des sozioökonomischen Status nachgewiesen. Hier schwankt die Zahl der Sterbefälle pro 100 000 Einwohner*innen je nach Status um bis zu 29% (Krebs bei Männern, eigene Berechnungen) (ebd.).

Die sozioökonomischen Unterschiede im allgemeinen Gesundheitszustand und in der Lebenserwartung haben sich über Jahrzehnte bis zu Covid i.W. gehalten. Sie haben sich außerdem und vielmehr bei einigen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf- sowie für Krebserkrankungen grob noch weiter ausgedehnt, etwa „[...] mit Blick auf Übergewicht im Kindes- und Jugendalter sowie Adipositas, Tabakrauchen und sportliche Inaktivität bei Erwachsenen.“ (Hoebel et al. 2017; 2018 b; 2019; 2022, in: Hoebel, Müters 2024, 176). In ähnliche Richtung gehen auch Richter et al. 2021 sowie Schienkiewitz et al. 2022 (in: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2024, 7): Rauchen, sportliche Inaktivität oder unge-

sunde Ernährung ist in unteren Bildungsgruppen sehr viel weiter verbreitet als in oberen Bildungsgruppen. Auch von Depressionssymptomen in Folge der Corona-Pandemie waren sozial benachteiligte Gruppen am stärksten betroffen (Mauz et al. 2023, in: Hoebel, Müters 2024, 176). Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit führt (ebd. 2024, 8) weiter aus:

Im Hinblick auf psychische Erkrankungen wie Depressionen zeigen sich deutliche Unterschiede zulasten der niedrigen Statusgruppen (Heidemann et al. 2021). Bei älteren und hochaltrigen Menschen aus niedrigen und mittleren Bildungsgruppen zeigt sich bei Männern eine erhöhte Prävalenz von Einsamkeit, Depressivität und geringerer Lebenszufriedenheit und bei Frauen eine erhöhte Prävalenz von chronischen Schmerzen und geringer sozialer Unterstützung (Gaertner et al. 2023).

So treten wir bereits an dieser Stelle *expressis verbis* aus einzig individualistisch-verhaltensbezogenen Präventionsansätzen heraus, denn (Hoebel, Müters 2024, 178) als

[...] Mechanismen, die der gesundheitlichen Ungleichheit zugrunde liegen, werden vor allem materiell-strukturelle Faktoren wie Arbeits- und Wohnbedingungen, psychosoziale Faktoren wie Zukunftssorgen oder chronischer Stress in Beruf und Alltag sowie verhaltensbezogene Faktoren wie ein gesundheitsriskanter Lebensstil angeführt, die jeweils Effekte des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit vermitteln (Verursachungsthese). Gleichwohl gilt auch in umgekehrter Richtung (Selektionsthese), dass gesundheitliche Beeinträchtigungen sozialen Aufstieg erschweren und soziale Abstiege begünstigen können (Bartley 2017; Lampert et al. 2016). Die empirische Studienlage deutet diesbezüglich darauf hin, dass beide Wirkrichtungen existieren, die Wirkung des sozioökonomischen Status – insbesondere von Bildung und Einkommen – auf die Gesundheit im Vergleich jedoch starker sein dürfte (Kröger et al. 2015). **Soziallagenbezogene Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention, die an strukturell-materiellen Faktoren wie den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen ansetzen, erscheinen für die Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit besonders vielversprechend** [Hervorh. dw], zumal die Lebens- und Arbeitsbedingungen nicht nur direkte Gesundheitsrelevanz haben, sondern sich auch indirekt auf die Gesundheit auswirken, indem sie verhaltensbezogene und psychosoziale Faktoren, die zur gesundheitlichen Ungleichheit beitragen, mitbeeinflussen (Moor et al. 2017). Ein wichtiger Faktor für den Erfolg entsprechender Maßnahmen dürfte sein, inwieweit es gelingt, die Teilhabe von Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen an gesundheitsförderlichen Lebenswelten zu verbessern. Die Beteiligung von sozial benachteiligten Gruppen an entsprechenden Initiativen dürfte dabei ein wichtiger Gelingensfaktor sein. [...] **Die Entwicklung einer umfassenden Gesamtstrategie zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland [steht] noch aus. In anderen Ländern wie England, Schweden oder Norwegen (Agren 2003; Department of Health 2003, 2009; Fosse 2022) wurden bereits nationale Aktionsprogramme initiiert, die sich an prioritären Public-Health-Themen ausrichten, verschiedene Handlungsebenen einbeziehen und ressortübergreifend im Sinne eines Health in all Policies-Ansatzes [Hervorh. i.O.] von mehreren Ministerien getragen werden. Diese Bemühungen bekräftigen, dass die Verringerung der**

gesundheitlichen Ungleichheit nicht allein Aufgabe der Gesundheitspolitik und medizinischen Versorgung sein kann. [Hervorh. dw]. [...]

Gesundheitsbezogenes Verhalten

Oben war deutlich geworden, dass Bildung und Einkommen stärker auf die Gesundheit wirken als umgekehrt. So müsste man nun eigentlich einen Blick auf die in Deutschland gleichermaßen besonders großen, stets auch international monierten Defizite in der Bildungs- und in der Einkommensgerechtigkeit (s.o.) werfen. Wir wollen uns hier dennoch zunächst auf wesentliche Risiken gesundheitsbezogenen Verhaltens konzentrieren.

Insgesamt 3 Millionen Erwachsene zwischen 18 und 64 Jahren litten im Jahr 2018 an einer alkoholbezogenen Gesundheitsstörung (Atzendorf et al. 2019, in: DHS o.J. a). Pro Kopf ab 15 Jahren wurden 10,0 Liter reiner Alkohol im Jahr 2020 konsumiert – zurückzuführen u.a. auf 92,4 Liter Bier, 20,7 Liter Wein, 5,2 Liter Spirituosen (DHS, in: DHS o.J. a). Die Einnahmen aus Biersteuer, Schaumweinsteuer, Alkohol- und Zwischenerzeugnissteuern lagen im genannten Jahr bei gut 3,2 Mrd. Euro (Bundesministerium der Finanzen 2024, in: DHS o.J. a). Für die Bewerbung alkoholischer Getränke wurden 2020 484 Mio. Euro ausgegeben (Nielsen Media Research, zitiert nach: Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und Importeure 2023, in: DHS o.J. a).

In Deutschland rauchen knapp 23% der 18- bis 64-Jährigen, entsprechend 11,6 Mio. Menschen (Rauschert et al. 2022, Atzendorf et al. 2019, in: DHS o.J. b). Zwar sank der Verbrauch auf zuletzt 764 Zigaretten je Einwohner*in o.g. Altersklassen. Die Presse berichtet aber über einen erneuten Anstieg des Tabakkonsums in Folge von Corona. 764 Zigaretten sind so immerhin zwei Zigaretten pro Tag rein rechnerisch auf alle (auch nichtrauchende!) Einwohner*innen umgelegt – und praktisch entsprechend mehr für alle Raucher*innen. Die Ausgaben für Tabakwaren lagen im genannten Jahr dann auch bei knapp 28 Mrd. Euro (Stat. Bundesamt 2024, in: DHS o.J. b), die Einnahmen aus Tabaksteuern (ohne Wasserpfeifen und Substitute) bei gut 14 Mrd. Euro (ebd.). Dazu kommen die Risiken aus dem Passivrauchen.

Pro Kopf wurden im Jahr 2023 13,6 Kilo Schokolade hergestellt, das entspricht – in welcher tatsächlichen Form auch immer (Pralinen, Getränkepulver, Backwaren etc.) – 2,6 Tafeln je Einwohner*in in Deutschland „von 0 bis 100“. Die Produktion von Schokolade nimmt immer weiter zu – obwohl der Import von Kakaorohstoffen zuletzt abnahm. Mit welchen – wohl weniger „erlesenen“, als vor allem preisgünstigen – Ersatzzutaten diese Abnahme kompensiert wird, geht aus der diesbezüglichen Pressemitteilung nicht hervor (Statistisches Bundesamt 2024 d).

Im Jahr 2023 lag der Pro-Kopf-Verzehr von Fleisch bei 51,6 Kilogramm. Der Konsum von Schweinefleisch sank, der von Rind- und Kalbfleisch lag stabil. Geflügelfleisch wurde stärker nachgefragt (BLE 2024 a).

Im – von Corona geprägten – Wirtschaftsjahr der Zuckerindustrie 2021 / 2022 wurden 33,2 Kilogramm Zucker pro Einwohner*in in Deutschland konsumiert. Rund 96% der hiesigen Produktion fließen in die

menschliche Ernährung. Die Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung betitelt ihre diesbezüglichen Angaben als „Versorgungsbilanz“ – als sei Industriezucker ein Grundbedürfnis, und die Reduktion seines Konsums ein widernatürlicher Mangel (BLE 2024 b)!

Damit liegt das Thema Übergewicht natürlich nahe. Hierzu schreibt das Robert-Koch-Institut (ebd., 2024 a):

Nach Selbstangaben aus den Jahren 2019/2020 sind in Deutschland 46,6% der Frauen und 60,5% der Männer von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen. Fast ein Fünftel der Erwachsenen (19%) weisen eine Adipositas auf. Mit höherem Alter steigen Übergewichts- und Adipositasprävalenzen an.

In Deutschland sind über 49 Millionen Autos zugelassen. 2023 erreichte die Autodichte hierzulande einen neuen Höchststand von 588 PKW pro 1000 Einwohner*innen. 56% der im genannten Jahr neu zugelassenen Fahrzeuge hatten einen klassischen Verbrennungsmotor, nur 18% einen Elektroantrieb – und damit lag Deutschland bereits im oberen Mittelfeld: Dennoch kumulieren natürlich auch hier die gesundheitsbezogenen Risiken aus Feinstoffemissionen, Klimawandel und Bewegungsmangel!

Menschen ab 10 Jahre verbrachten in Deutschland im Jahr 2022 durchschnittlich 34 Minuten am Tag mit Sport. Das waren 5 Minuten mehr als zehn Jahre zuvor, entsprechend einem jährlichen Anstieg von einer halben Minute! Männer kamen so auf durchschnittlich 36, Frauen auf 32 Minuten pro Tag (Statistisches Bundesamt 2024 e).

Deutlich mehr Zeit als mit Sport, nämlich durchschnittlich 2 Stunden und 8 Minuten verbrachten Menschen in Deutschland pro Tag mit Fernsehen und Streaming. Sozialen Kontakten – incl. Telefon, elektronische Kommunikation und die sogenannten „sozialen Medien“ – galten täglich 1 Stunde und 15 Minuten. 27 Minuten entfielen auf Lesen, 11 Minuten auf das Ausruhen und 5 Minuten dem Ausüben von Hobbies (ebd.).

Dennoch bleibt natürlich Klärungsbedarf – sowohl mit Blick auf die o.g., immensen Kosten, wie auch auf den Alltag, in dem wir teils monatelang auf einen Termin bei Fachärzt*innen warten müssen. Blicken wir doch ins Ausland, um zu sehen, wie andere Länder und andere Kulturen mit gesundheitlichen Protektiv- und Risikofaktoren umgehen.

Internationale Vergleiche

Internationale Vergleiche sind per se mit Vorsicht zu genießen, weil etwa eine Pflegekraft in Großbritannien ganz andere Aufgaben übernimmt als ihr Kollege in Deutschland, weil gesetzliche Grundlagen unterschiedlich sein sowie ebenso divers ausgelegt werden können u.v.m.

Ein weiterer Vorbehalt betrifft die Erhebungszeiträume. Im Langzeitvergleich der AOK-Versicherten nahmen die Arbeitsunfähigkeitstage wegen Atemwegserkrankungen seit 2013 zunächst um insgesamt über 20% ab, bevor sie zwischen 2021 und 2022 um über 70% zunahmen und bis 2023 dann wieder um rund 9% sanken (Sozialpolitik-aktuell 2023 b). Natürlich umfassen Atemwegserkrankungen mehr als

lediglich Corona-Infektionen. Die genannten Inzidenzen mögen dennoch auf Covid zurückzuführen sein – eben auch mit Blick auf den genannten Rückgang von 2022 auf 2023.

Im Jahr 2023 starben in Deutschland insgesamt rund 1,0 Millionen Menschen, davon knapp 26 000 an der Hauptdiagnose Corona. Das entspricht 2,5% aller Verstorbenen (Zahldifferenzen durch Rundungen) oder einem Todesfall unter 40 Verstorbenen (Sozialpolitik-aktuell 2023 c). Hohe Zahl von Infektionen, aber geringe Zahl von Toten – so ließe sich die Corona-Entwicklung für Deutschland zusammenfassen. Allerdings variieren die standardisierten Infektionszahlen und die Todesfälle im internationalen Vergleich erheblich (Statista 2024). Die Bedeutung von Corona für Morbidität und Mortalität in einzelnen Ländern kann im Folgenden also nicht verglichen werden. Und damit nicht genug: Immer wieder liefern die Länder Daten aus verschiedenen Jahren – die dann aber allesamt in eine Statistik zusammengeführt werden.

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) veröffentlicht jährlich den gesundheitsökonomischen Vergleich ihrer Mitgliedsstaaten „Health at a Glance“. Die Berichte sind im Internet kostenlos abrufbar. Diese Erhebungen sind immer (!) für Überraschungen gut, weshalb auch und gerade an dieser Stelle ein Blick lohnt.

Beginnen wir wieder, wie oben, bei den Ausgaben: Nach den USA gibt Deutschland, gemessen am Bruttoinlandsprodukt, soviel Geld aus für das Gesundheitssystem wie kein anderes Land weltweit. Diese Entwicklung verläuft von Corona unabhängig (OECD 2023, 157, 159). Bei den Ausgaben pro Kopf liegt Deutschland nach den USA und der Schweiz auf Platz 3, bei den altersbereinigten Ausgaben nach den USA, Norwegen und der Schweiz auf Platz 4 (ebd., 161).

Nach Finnland, Estland und Portugal berichten im Jahr 2021 knapp 40% der Deutschen von langanhaltenden Gesundheitsproblemen. Dies betrifft etwas über 50% der am schlechtesten verdienenden Menschen, jedoch nur etwas über 30% des bestverdienenden Einkommensquintils (ebd., 79). Dies deckt sich auch mit den o.g. Prävalenzen nach sozialer Lage. Deutsche schätzen ihre Gesundheit auch überdurchschnittlich oft als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ ein (was aber auch mit der weit verbreiteten Armut zu tun haben könnte, s.o.) (Robert-Koch-Institut 2024 b). Diese Positionen sind natürlich weit überdurchschnittlich im OECD-Vergleich.

Unzufriedenheit mit dem gesundheitlichen Status kann, muss aber nicht unbedingt mit dem Alter zu tun haben: Die Menschen in Deutschland, die 65 Jahre oder älter sind, sind besonders unzufrieden mit ihrer Gesundheit. Dies betrifft vor allem Männer, bzw. Menschen im untersten Einkommensquintil (OECD 2023, 217). Ist also auch hier nicht Alter, sondern Armut die richtungsweisende Determinante? Mit ihrer Einschätzung stehen Deutsche ab 65 Jahren zwischen ihren Altersgenossinnen und -genossen aus Rumänien und Bulgarien. In der Schweiz und in den Niederlanden sind die „Peers“ hingegen am wenigsten unzufrieden (ebd.); Deutsche haben im OECD-Vergleich „objektiv“ auch deutlich weniger Grund zur Klage als der OECD-Durchschnitt (ebd.).

Beim Alkoholkonsum liegt Deutschland mit den bereits oben erörterten Zahlen weit über dem OECD-Durchschnitt. Nach Dänemark, Rumänien, Großbritannien und Luxemburg berichten Deutsche besonders häufig von Erfahrungen mit „Komasaufen“. In allen hier relevanten 29 OECD-Staaten ist dieser Alkoholmissbrauch v.a. ein Männerproblem (ebd., 91).

Opioide sind im OECD-Vergleich in Deutschland nachrangig, in der Einjahresprävalenz von Kokainkonsum aber liegt Deutschland nur eine Position unter dem OECD-Durchschnitt (ebd., 93).

„Übergewicht“ steht erneut „wie ein Elefant“ im Raum. Hierzu schreibt das Robert-Koch-Institut ergänzend zu den bereits o.g. Angaben (ebd., 2024 a):

Übergewicht und Adipositas sind Mitursache für viele Beschwerden und können die Entwicklung chronischer Krankheiten begünstigen. Aufgrund der hohen Prävalenz und den damit verbundenen Folgeerkrankungen entstehen beträchtliche Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem. Übergewicht und Adipositas sind daher Themen von hoher Public-Health-Relevanz. (RKI 2024 a).

Schon mit Blick auf Übergewicht und Alkoholkonsum kann die Prävalenz von Diabetes (Typ I und II) kaum verwundern. Hier liegt Deutschland eine Position unter dem OECD-Durchschnitt (alle Angaben OECD 2023, 79, 85). Diabetes ist in Deutschland, nach der Türkei, den USA und Korea, auch besonders häufige Diagnose bei stationärer Aufnahme (ebd., 137). Deutschland belegt außerdem Platz 1 beim Verbrauch von Antihypertensiva und Platz 6 bei Antidiabetica im Vergleich von 31 OECD-Staaten (ebda., 205).

Dazu sind Hüft- und Knieersatz seit Jahren debattierte Themen. Nach der Schweiz werden in Deutschland so viele Hüften transplantiert wie nirgends sonst in den OECD-Staaten. Auch Knie sind, nach der Schweiz, Finnland und Australien, in Deutschland besonders häufig ersatzbedürftig (ebd., 121). Insbesondere diese Unterschiede gelten als medizinisch nicht erklärbar – wie auch? Warum denn sollten Menschen in Deutschland besonders anfällige Hüften oder Knie haben? Anders als ökonomisch lassen sich diese Zahlen wohl kaum erklären.

Menschen in Deutschland werden auch besonders häufig wegen Asthma stationär aufgenommen; bei Herzinsuffizienz nimmt Deutschland – nach Ungarn, Polen und der Slowakei – wieder eine Spitzenposition ein (ebd., 135).

Angesichts der dargestellten Kosten, der objektiven und subjektiven Bedarfe mag es zunächst kaum erstaunen, dass nach Griechenland, Portugal, Österreich und Norwegen in Deutschland so viele Ärztinnen und Ärzte wie in keinem anderen Mitgliedsstaat der OECD praktizieren (OECD 2023, 179). Dabei ist der Anteil der Fachärztinnen und -ärzte überdurchschnittlich (ebd., 181). Entsprechendes gilt für die Gehälter (ebd., 185). Deutsche stehen dementsprechend wie sonst kaum Andere im OECD-Vergleich von 32 Ländern in engem Kontakt zu ihren Ärztinnen und Ärzten. Nur in der Slowakei, in Japan oder in Korea gehen die Menschen noch häufiger zu Ärztin oder Arzt (ebd., 111). Mit der Inanspruchnahme ärztlicher Dienste sinkt natürlich die jeweils zur Verfügung stehende Zeit, dennoch sind Menschen in Deutschland mit der zur Verfügung stehenden Zeit und der Verständlichkeit von Erklärungen überdurchschnittlich zufrieden (ebd., 139).

Nach Korea, Japan und Bulgarien nimmt Deutschland weiterhin eine Spitzenposition bei der Bereithaltung von Krankenhausbetten ein (ähnlich verhält es sich mit Intensivbetten). Diese allerdings sind nur durchschnittlich oft belegt; hier rangiert Deutschland eine Position über dem OECD-Durchschnitt (ebd., 115). Deutsche Krankenhäuser sind reichlich mit Spitzentechnologie (CT, MRT, PET) ausgestattet und nutzen diese auch intensiv (ebd., 119). Sie entlassen gleichermaßen häufig wie schnell (ebd., 117). Beim

Aufsuchen von Notfallaufnahmen nimmt Deutschland hingegen, allen öffentlichen Unkenrufen hiezulande zum Trotz, einen nachrangigen Platz ein (ebd.).

Das deutsche Gesundheitssystem ist auch personell sehr medizinfixiert, denn im Zahlenverhältnis Medizin - Pflege liegt Deutschland nur einen Platz über OECD-Durchschnitt (ebd., 187). Das könnte sich jedoch ändern, denn nach Litauen, Israel und der Schweiz sind in Deutschland so viele Menschen über 65 Jahre wie nirgendwo sonst in den OECD-Staaten pflegebedürftig (und auch –berechtigt) (ebd., 223). Dazu leiden in Deutschland, nach Japan und Italien, die meisten Menschen an Demenz (ebd., 219). Dabei sind hiezulande die Kosten für die Pflege bereits gegenwärtig, gemessen am Anteil am Bruttoinlandsprodukt, OECD-weit überdurchschnittlich (ebd., 231). Wohl auch deshalb ist der Anteil informeller Pflegekräfte (vor allem weibliche Angehörige - auch teils trotz Jobs -, ausländische Kräfte ohne Ausbildung etc.) in Deutschland OECD-weit ebenso besonders hoch (ebd., 225).

Bei den Sterblichkeitsraten auf Grund von vermeidbaren bzw. behandelbaren Erkrankungen liegt Deutschland leicht unter dem OECD-Durchschnitt – im Falle von behandelbaren Erkrankungen zwischen Finnland und Griechenland, bei behandelbaren Erkrankungen zwischen Großbritannien und Neuseeland (ebd., 71).

Zu den vermeidbaren Erkrankungen zählen auch die Folgen des Tabakkonsums. Bei der Verbreitung des Rauchens bewegt sich Deutschland leicht unter dem OECD-Durchschnitt. Hier können alle OECD-Staaten noch nachlegen (ebd., 89), denn unter allen bösartigen Neubildungen ist der Lungenkrebs die Hauptursache für den Tod von Frauen und Männern in den OECD-Staaten.

Bei E-Zigaretten liegt Deutschland mit 3,3% eine Position über dem OECD-Durchschnittskonsum. Ganz unten stehen Österreich, Kroatien, Chile, Schweden, die Slowakei und die Niederlande (!), in denen lediglich 0,7 bis 1,4% der Bevölkerung ab 15 Jahren „dampfen“ (ebd.). So kann es eben auch gehen.

Die insgesamt krebsbedingte Mortalität ist in Deutschland im OECD-Vergleich überdurchschnittlich; über dem arithmetischen Mittel der OECD liegt zunächst Italien, danach kommen Deutschland und Norwegen (ebd., 77).

Nach allen beschriebenen Daten war die Lebenserwartung von 65-Jährigen in Deutschland im Jahr 2021 lediglich OECD-Durchschnitt; vor Deutschland lagen auch Länder, über die wir hiezulande gern vermessen lächeln, nämlich u.a. Brasilien, Italien, Chile, Portugal und Costa Rica (ebd., 215).

Auch die Lebenserwartung für neugeborene Mädchen und Jungen in Deutschland lag in den Jahren 2021 oder 2022 nur knapp über dem OECD-Durchschnitt. Sie liegt außerdem erkennbar hinter denen u.a. von Spanien, Italien, Neuseeland, Belgien, Portugal und Chile – diesmal aber einen Platz vor Costa Rica (ebd., 65). Insgesamt bleibt die Lebenserwartung in Deutschland trotz Corona im OECD-Vergleich besonders stabil (OECD 2023, 69). Allerdings war sie in der Dekade 2010 bis 2019 auch nur schwach angestiegen, nur Mexiko und die USA waren hier noch schwächer (OECD 2023, 65).

Wie aber heraus aus all dem Schlamassel? Manche Geschlechterstereotype halten sich doch hartnäckig: Beim täglichen Gemüsekonsum landet Deutschland in den hinteren Rängen; besonders Männer tun sich hier schwer. Auch beim Konsum von Obst sieht es nicht viel besser aus. Beim fünfmaligen Konsum von Gemüse oder Obst pro Tag liegen übrigens Irland, Großbritannien, Korea und Israel vorn – allesamt Länder, die ihre Bedarfe kaum aus eigenen Anbauten werden decken können (ebd., 95).

Des Pudels Kern: Verhältnisprävention?

Natürlich haben wir nun alle die üblichen Entgegnungen in allen Ohren, mit denen man eigenes Verhalten rationalisiert („Man gönnt sich ja sonst nichts!“, „Mein Opa war Kettenraucher und wurde 96!“, „Irgendwann kriegt jeder halt graue Haare!“, „Männer mit Bauch sind gemütlich!“) – oder zuweilen auch fließend in den vermeintlichen „Gegenangriff“ geht („Guck Dir mal den Vegetarier an, das blasse Hemd!“, „Sterben müssen wir alle mal!“ – hier fragt sich allerdings dann doch wann, wie, wie lange und woran). Deshalb kommt doch die Frage auf: Ist der Weg in Siechtum, dauerhafte Krankheit, Verlust von Selbstbestimmung unausweichlich, nach der Aufklärung nun nicht mehr „metaphysisch“, sondern nunmehr quasi „genetisch festgelegt“ – wie es uns zuweilen eine unheilige Koalition aus kurativer, auf den Einzelfall fixierter Medizin und Ökonomie weiszumachen versucht? Oder gibt es andere Wege, Gesundheit zu erhalten und möglichst lange zu fördern – was ja eigentlich in unserem öffentlichen, wie auch in unserem individuellen Interesse liegen müsste?

Eins aber ist schon an dieser Stelle klar: Es gibt kein „Nougatcremegen“; Gleiches gilt auch für Bier, Zigaretten oder Deutschlands größte und schwerste Kartoffel, die Couchpotatoe. Wäre gesundheitsbezogenes Verhalten wesentlich genetisch bedingt, wären internationale Vergleiche sinnlos und die gleichermaßen frappierenden, wie diffusen Unterschiede unerklärlich (oder, wenn doch durchgeführt, verlogen / rassistisch).

Dazu hat der internationale Vergleich mit seinen wohl unerwarteten Rankings doch gezeigt, dass auch soziale Rahmenbedingungen gesundheitsbezogenes Verhalten von Individuen oder Gruppen (mit-) bestimmen können:

- **Gesundheitsschädliches Verhalten ist also erlernt – und erlernbar.**
- **Gesundheitsförderliches Verhalten ist ebenso erlernbar. Angesichts seiner Rahmenbedingungen muss es stets trainiert – und es kann immer noch verbessert werden.**
- **Bessere gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen („Health in all policies“) und eben solche Kompetenzen erleichtern Schutz und Förderung von Gesundheit.**

Gesundheitsförderung ist kein unverbindlicher Begriff, sondern eine wissenschaftlich verifizierte Methodik. Gesundheitsförderung stärkt die öffentlichen und individuellen Ressourcen zum Schutz und zur Stärkung von Gesundheit. Sie zielt auf die Verbesserung von Lebensweisen und Lebensbedingungen durch die Weiterentwicklung ökonomischer, ökologischer, sozialer und kultureller Faktoren. Gesundheitsförderung wirkt deshalb in der Politik insgesamt, in der Ausgestaltung öffentlicher Gesundheitsdienste und in der partizipativen Weiterentwicklung von Lebenswelten mit; sie unternimmt öffentliche, handlungsorientierte Aktionen (bspw. ADFC und AOK: „Mit dem Rad zur Arbeit“), stärkt institutionelle Kooperationen genauso wie individuelle Kompetenzen (Kaba-Schönstein 2018).

Gesundheitsförderung ist also keine Erweiterung allein medizinischer Methoden und Ziele – vielmehr nutzt sie transdisziplinäre Grundlagen und Methoden, um Gesundheit in ihrer wie o.g. Vielfalt zu sichern und zu fördern.

Dies schließt die methodische Orientierung zu klar definierten Zielgruppen, die gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Lebenswelten („Settingansatz“) und damit auch die Überwindung gesundheitlicher Benachteiligung ein (Kaba-Schönstein, L. & Trojan, A., 2018).

Rosenbrock und Michel (in: Franzkowiak 2022) unterschieden bereits 2007 a) die *medizinische* Prävention und b) eine i.W. *personenzentrierte Verhaltensprävention*.

Außerdem beschrieben sie aber c) eine *kontextorientierte* („verhältnisgestützte“) *Verhältnisprävention*, die sich an genau definierte Zielgruppen mit explizitem Kontextbezug unter Nutzung von Zugängen über entsprechende Lebenswelten richtet. Mehrebenenkampagnen und die oben genannte Gestaltung gesundheitsförderlicher Settings gehören in diese Kategorie.

Schließlich nimmt die d) *Verhältnisprävention i.e.S.* „[...] die Veränderung der gesundheitsrelevanten ökologischen, sozialen, kulturellen und technisch-materiellen Umwelten und Settings [...]“ in den Blick (Franzkowiak 2022). Mehr noch:

Ende 2017 hat das Zukunftsforum Public Health die Vorarbeiten von Rosenbrock und Kolleginnen und Kollegen in der öffentlichen Stellungnahme **‘Vorrang für Verhältnisprävention’** [kurziv i.O., fett dw] wieder aufgegriffen und mit Blick auf das Präventionsgesetz aktualisiert: **‘Prävention [muss], wenn sie flächendeckend effektiv implementiert werden und zur Verminderung ungleicher Gesundheitschancen beitragen soll, in erheblichem Maße auch auf Verhältnisänderung setzen** [Hervorh. dw]. Letztere umfasst die Veränderung der ökologischen, sozialen, kulturellen und technisch-materiellen Lebensbedingungen im institutionellen und sozialen Kontext. Verhältnisprävention möchte also Gesundheitsbelastungen, die aus dem Lebensumfeld resultieren, verringern und Gesundheitsressourcen, die das Lebensumfeld bieten kann, vermehren. In diesen Kontext müssen sich auch die Ansätze von Health Literacy/Gesundheitskompetenz und Verhaltensprävention einfügen (De Bock, Geene, Hoffmann & Stang 2017, S. 2).“¹

Die Unterscheidung von Verhaltens- und Verhältnisprävention sei mehr als nur eine Frage der Terminologie:

Wenn Praxis, Politik und Sozialversicherungen Präventionsmaßnahmen in Settings umsetzen wollen, müssen verhältnispräventive Maßnahmen Vorrang haben [Hervorh. dw]. Es erfordert – ganz im Sinne des neu formulierten § 20a SGB – eine Bestandsaufnahme und Analyse, wo Ansätze für die Veränderung von Verhältnissen liegen und wie diesbezüglich notwendige gesundheitsförderliche Strukturen und Netzwerke aufgebaut werden können’ (ebd.; siehe auch Bauer & Bittlingmayer 2020). (Franzkowiak 2022).

Auch bei Leppin (2018, in: Franzkowiak 2022) sind Verhaltens- und Verhältnisprävention mindestens aufeinander bezogen. Am Beispiel von Covid 19 kommt Franzkowiak (ebd., 2022) zu folgendem Schluss:

¹ Health Literacy kombiniert die Fähigkeit, sich gesundheitsorientiert informieren und entsprechende Ziele auch selbstbestimmt im Alltag umsetzen zu können (Jordan, S., 2023). Zur Verhaltensprävention s.o.

Erst in der Einheit von Verhältnis- und Verhaltensprävention sind (Krankheits-) Präventionsstrategien wirksam und nachhaltig [Hervorh. dw]. Zugleich verhindern sie (bzw. schwächen zumindest ab) die offenkundige Problematik sich vertiefender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten.

An anderer Stelle erinnert er:

Die deutschen Gesundheitsministerinnen und -minister haben bereits 1991 hervorgehoben, dass Gesundheitsförderung erst dann realisiert sei, wenn Verhaltensprävention und Verhältnisprävention miteinander verknüpft werden. (Hervorh. dw) (Franzkowiak 2022).

Verhältnisprävention ist dabei in alle Richtungen offen. Sie schließt damit notwendigermaßen auch die WHO-Strategie zu Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in all Policies ein, die sich wieder insbesondere auf kommunaler Ebene konkretisieren soll (Köckler, Geene 2022).

Deutschland ist – das ist in diesen Tagen leider immer weniger selbstverständlich – ein Rechtsstaat, in dem die Verbindlichkeit von Rechten und Pflichten (= Gesetze) für alle auf demokratisch-parlamentarischer Grundlage geschaffen wird. Willkür – eben auch zu Rauchen, Alkohol oder Fahrradwegen – ist damit ausgeschlossen. Wie aber sieht es aus mit den rechtlichen Grundlagen für die Gesundheitsförderung in Deutschland?

Hoffnung Präventionsgesetz?

Nach „Zuckerbrot und Peitsche“ durch Kaiser Wilhelm II. und Reichskanzler Otto v. Bismarck wurde mit der Einführung u.a. der gesetzlichen Kranken- und der gesetzlichen Unfallversicherung in den 1880er Jahren nicht „Gesundheit“, sondern die Arbeitsfähigkeit funktionales Maß der Dinge. So blieben auch nach 1945 zunächst öffentliche Hygiene / Seuchenschutz, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit die wesentlichen „Methoden“ eines damit kontrollorientierten Präventionsverständnisses von Bund, Ländern, Kommunen.

Die Ottawa-Charta der WHO war im Jahr 1986 methodisch und inhaltlich eine Zäsur, der drei Jahre später der neu geschaffene § 20 als Grundlage für alle Gesundheitsförderung (s.o.) im nunmehr ebenso neu verfassten SGB V gerecht zu werden suchte. Tatsächlich blieb die Gesundheitsförderung mit Verabschiedung des SGB V über die Jahre ein beliebiger Spielball politischer Willensbildung. Auch das Präventionsgesetz brauchte bis zu seiner Gesetzesreife mehr als 10 Jahre. Es handelt sich um ein Artikelgesetz, das den § 20 SGB V (erneut) neu sortierte sowie u.a. um die Paragraphen 20a – k SGB V ergänzte.

Das Präventionsgesetz hätte sicher eine ausführliche, ergo separate Würdigung ganz eigener Art verdient. Es kann im Folgenden nur um einen groben Überblick über die wesentlichen Vorgaben gehen.

So nimmt § 20 (1) SGB V direkt im ersten Satz die gesetzlichen Krankenversicherungen in die Pflicht. Hier wird direkt zwischen „Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention)“ und solchen „zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung)“ unterschieden. Insbesondere sollen die Leistungen

„[...] zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen.“ (ebd.).

Der GKV-Spitzenverband hat - auf breiter, wissenschaftlicher Grundlage - entsprechende Handlungsfelder und Kriterien für wie o.g. Leistungen zu bestimmen (Absatz 2). Dabei hat er außerdem in Absatz 3 festgelegte, acht Gesundheitsziele zu berücksichtigen, darunter u.a. „[...] 3. Tabakkonsum reduzieren, 4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung [...] Alkoholkonsum reduzieren“ (Absatz 3). Die Leistungen sind a) verhaltensbezogen, b) in Lebenswelten (verhältnisbezogen) und c) in Betrieben zu erbringen.“ (§ 20 (4) SGB V).

Die Ausgaben der Krankenkassen sollen ab dem Jahr 2019 einen Betrag von 7,52 Euro pro versicherter Person umfassen. Dieser Betrag wird unter den o.g. drei Bereichen sowie Leistungen für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen nach im Gesetz genannten Vorgaben aufgeteilt und gemäß der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18.1 SGB IV jährlich angepasst (Absätze 4 – 6).

Im darauf folgenden § 20a SGB V werden zunächst Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten definiert:

Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen fördern im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonderes [sic!] erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen. (§ 20a (1) SGB V).

Absatz 2 ermöglicht die Zusammenarbeit von Krankenkassen und kommunalen Gebietskörperschaften in Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Absatz 3 erwartet die Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen auf Landesebene zur Umsetzung von Rahmenvereinbarungen, wie sie in § 20f (1) SGB V bestimmt sind.

Betriebliche Gesundheitsförderung steht im Zentrum von § 20b SGB V. Wie in § 20a zu Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, sollen die Krankenkassen auch in den Betrieben gesundheits-

förderliche Strukturen aufbauen und stärken. Sie haben hierzu die gesundheitliche Situation in den Betrieben zu erheben, entsprechende Vorschläge zur Verbesserung sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und in ihrer Umsetzung praktisch zu unterstützen (Absatz 1).

Die Krankenkassen können diese Aufgaben „[...] durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen“ (Absatz 2) und *sollen* (gebundenes Ermessen) bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. Mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Institutionen hingegen *müssen* sie zusammenzuarbeiten (ebd.). Pflegediensten und -einrichtungen haben sie über (zu schaffende) regionale Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anzubieten.

Diese Vorgaben werden in § 20c – Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren – weiterentwickelt. Die Krankenkassen haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben auf betrieblicher, wie auch auf Einzelebene zu unterstützen. Sie sollen außerdem mit den für Arbeitsschutz zuständigen Institutionen regionale Arbeitsgemeinschaften bilden.

In § 20d werden strategische Grundlagen geschaffen, um Prävention und Gesundheitsförderung methodisch, inhaltlich und zeitlich absehbar zu sichern. Die Krankenkassen haben mit den anderen Sozialversicherungen (mit Ausnahme der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung) eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie zu entwickeln sowie deren Umsetzung und Weiterentwicklung im Rahmen einer Nationalen Präventionskonferenz zu gewährleisten (Absatz 1).

Diese Strategie besteht i.W. a) aus Rahmenempfehlungen, die die genannten Akteurinnen mit den Bundesministerien für Gesundheit, für Arbeit und Soziales, für Ernährung und Landwirtschaft, für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Innern sowie anderen Bundesministerien, in deren Zuständigkeit mögliche Beschlüsse fallen könnten, abzustimmen haben. Auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie und die durch die Ständige Impfkommision empfohlenen Schutzimpfungen sind zu berücksichtigen. An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen werden schließlich „[...] die Bundesagentur für Arbeit, die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt.“ (Absatz 3).

Das zweite Element der nationalen Präventionsstrategie ist b) der Präventionsbericht, der durch die Nationale Präventionskonferenz alle vier Jahre erstellt und dem Bundesministerium für Gesundheit alle vier Jahre (erstmalig zum 01.07.2019) vorgelegt wird (Absatz 4).

Die Nationale Präventionskonferenz wiederum wird durch ein i.d.R. einmal jährlich stattfindendes Präventionsforum beraten (§ 20e (2)); zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Renten-, der gesetzlichen Unfallversicherung und den zuständigen Stellen der Länder gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene (§ 20f (1)). Organisatorische Grundlage der geforderten Rahmenvereinbarungen ist seitens

der Krankenkassen inzwischen das GKV-Bündnis für Gesundheit, das sich auf Landesebene mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten wechselseitig ergänzt (Medizinischer Dienst Bund, GKV-Spitzenverband 2024).

Vor dem Blick in die praktische Umsetzung sei zunächst an wahrlich sehr beeindruckende Zahlen erinnert: Im Jahr 2022 – neuere Zahlen liegen noch nicht vor – lagen die Gesundheitsausgaben (s.o.) bei 497,7 Milliarden Euro bzw. 5939 Euro pro Einwohner*in. Diese Ausgaben wurden zu 53% von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen (Statistisches Bundesamt 2024 a, s.o.).

Für Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne des Präventionsgesetzes konnten die Kassen gemäß § 20 (6) SGB V im gleichen Jahr 584 Mio. Euro bzw. 7,93 Euro je Versichertem / Versicherter aufwenden (Medizinischer Dienst Bund, GKV-Spitzenverband 2023, 46). In diesem Jahr, für das die Angaben gleichermaßen von Statistischem Bundesamt und MD Bund / GKV-Spitzenverband vorliegen, konnten die Kassen gut 11,6 Mio. Menschen erreichen. Insgesamt waren im gleichen Jahr 2022 73,6 Mio. Menschen gesetzlich krankenversichert (Sozialpolitik-aktuell 2024 e).

In gut 50 000 Settings (davon 28% Kitas und 26% Grundschulen) sprachen die Kassen im Jahr 2022 mit lebensweltbezogenen Ansätzen zur Gesundheitsförderung knapp 8,4 Mio. (von 73,6 Mio., s.o.) Menschen an. Hier investierten die Krankenkassen 159 Mio. Euro insgesamt bzw. 2,15 Euro je versicherter Person.

Rund 1,8 Mio. Beschäftigte in gut 26 000 Betrieben wurden mit Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht. Ausgaben in Höhe von 257,4 Mio. Euro entsprachen 3,33 Euro je Beschäftigtem / Beschäftigter. Vor allem Betriebe aus dem verarbeitenden Gewerbe nahmen die Angebote in Anspruch, 60% der Teilnehmenden waren Männer.

Knapp 1,3 Mio. (von 73,6 Mio., s.o.) Menschen nahmen 2022 an Kursen zur individuellen Prävention teil. Dafür wandten die Krankenkassen insgesamt 168 Mio. Euro auf. 60% der Kurse galten der Bewegung, 35% dem Stressmanagement. 80% der Teilnehmenden waren hier hingegen Frauen.

Mit 0,25 Euro pro Person und rund 18 Mio. Euro insgesamt konnten im Jahr 2022 gut 101 000 Pflegebedürftige in gut 2500 stationären Einrichtungen erreicht werden (alle Angaben Medizinischer Dienst Bund, GKV-Spitzenverband 2023, 46 – 50).

Das Gesundheitssystem in Deutschland: Mehr Gewinn- als Gesundheitsorientierung?!

Wir wollen die gewonnen Zahlen nun sozialwissenschaftlich einordnen.

Verhaltensprävention hat ihre Grenzen

Tobias Effertz beziffert die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums auf gut 57 Mrd. Euro (Effertz 2020, zitiert nach: DHS Jahrbuch Sucht 2020, in: DHS o.J. a). Die volkswirtschaftlichen Kosten des Rauchens werden (leider ohne Bezugsjahr) auf gut 97 Milliarden Euro geschätzt (Effertz 2020, in: DHS o.J. b) – das entspricht den Ausgaben für Pensionen und Beihilfen für alle Beamt*innen bundesweit (98,1 Mrd. Euro) und ist schon nah an den 112,7 Mrd. Euro für die gesamte Jugend-, Eingliederungs- und Sozialhilfe in Deutschland. Die Kosten des Rauchens übersteigen außerdem bei weitem die Ausgaben für die Grundsicherung für Arbeitssuchende (53,8 Mrd. Euro, alle hiesigen Angaben bezogen auf das Jahr 2023. Quelle: Sozialpolitik-aktuell 2023 d). Weite Teile der Politik haben das (noch...) sogenannte „Bürgergeld“ als Zielscheibe billiger Polemik entdeckt. Ist hingegen evidente Politik zu viel verlangt, etwa bei Alkohol und Rauchen?

Anders als bei Alkohol oder bei Tabakprodukten spricht man beim Fleisch nicht von „Missbrauch“ oder „Abhängigkeit“. Dennoch muss es auch hier Grenzen geben: So empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) – lange Zeit aller unkonventionellen Weltanschauungen unverdächtig – in ihren aktuellen Veröffentlichungen einen Konsum von Fleisch- und Wurstwaren von 300 Gramm pro Woche (DGE o.J.). Aus dieser Empfehlung geht nicht hervor, ob sie nicht nur gesundheitsbezogen, sondern auch bspw. ökologisch begründet ist. Das aber ist bei näherem Hinsehen nachrangig, weil sich eine zerstörte Umwelt natürlich auch auf die Gesundheit von Menschen insgesamt und individuell auswirkt. Bei 52 Wochen pro Jahr und empfohlenen maximal 300 Gramm Fleisch- / Wurstkonsum pro Woche kommt man also auf 15,6 Kilo Fleisch- und Wurstwaren pro Jahr. M.a.W.: Mit den referierten 51,6 Kilo pro Person und Jahr essen wir alle, bei allem Theater um Vegetarismus oder Veganismus, fast 2 ½ mal zu viel Fleisch- und Wurstwaren – und das ist, eben, gerade gesundheitlich / ökologisch ein vielfaches Desaster.

Die DGE empfiehlt außerdem einen Konsum von maximal 50 Gramm Zucker pro Person und Tag, der durch Hersteller oder Verbraucher*innen selbst zugefügt oder in Früchten, Honig, Sirupen, Fruchtsäften oder Fruchtsaftkonzentrationen natürlich vorkommt. Das läuft dann aber – statt der faktischen 33,2 Kilo – auf nur gut 18 Kilo Zucker pro Person und Jahr hinaus. Demnach konsumieren wir fast das Doppelte dessen an Zucker, was uns tatsächlich gut tut (alle Angaben BLE 2024 b).

Der Fahrzeugbereich ist das Terrain, in dem die Emissionen unverändert steigen: Mit 756 Millionen Tonnen CO₂ im Jahr 2022 lagen die Zahlen 24% über denen von 1990 (alle Angaben: Statistisches Bundesamt 2024 f). Das kann daran liegen, dass wir immer längere Strecken mit PKW oder Motorrad mit entsprechendem Zeitaufwand zurücklegen. Auf den Alltag umgelegt aber heißt das sicher sehr viel eher, dass wir alle *nicht immer längere*, sondern immer *mehr* Wege mit individuellen Kraftfahrzeugen hinter uns bringen. Dies wird gleichermaßen durch die steigende KFZ-Dichte, wie auch durch die Stagnation

bei der Nutzung des ÖPNV bestätigt (s.o., sowie Statistisches Bundesamt 2024 g). Dies überfordert die Infra-Struktur – Pendler*innen standen im Jahr 2023 durchschnittlich eine Woche im Stau mit insgesamt mehreren Milliarden Euro Kosten (Tagesschau 2024 a). Dadurch fehlen den direkt Betroffenen Zeit und Geld für andere, u.U. gesundheitsförderliche Aktivitäten. Betroffen aber sind auch Anwohner*innen, die die vielfachen Folgen der Staus derer zu ertragen haben, die aus dem „Grünen“ kommen bzw. dahin zurückwollen.

Zunächst erfüllen die o.g. durchschnittlichen Bewegungszahlen die WHO-Empfehlung von mindestens 150 Minuten pro Woche, doch dürfen potenziell gesundheitsschädliche Aktivitäten gleich welcher Art die zunächst gewonnenen, positiven Bewegungseffekte nicht konterkarieren: Denn wie passen diese Angaben zu den Prävalenzen von Herz-Kreislaufkrankheiten und Diabetes, oder zu den Eigenangaben zum Übergewicht? Und wie wirken mögliche Kumulationen von Risikofaktoren? Denn wer bspw. raucht, konsumiert wahrscheinlich auch eher Alkohol als Menschen, die nicht rauchen – das belegen zahllose Studien. Und verzichtet, wer Alkohol und Tabakwaren gleichermaßen konsumiert, deshalb auf zu viel Fleisch oder zu viel Zucker? Ist es nicht vielmehr so, dass all diese Faktoren und dazu noch Kraftfahrzeugnutzung sowie Bewegungsmangel in unser aller Alltag eingewoben sind? Wie sonst wäre es denn möglich, dass zunächst wir alle bei den genannten Risikofaktoren wie o.g. „die Latte reißen?“ Wie sonst ist es möglich, dass eben ausgerechnet die durch Bildung, Beruf und Einkommen kumulativ benachteiligten Schichten eher gesundheitsriskant leben – während es privilegierten Schichten eher gelingt, sich zu informieren sowie zumindest in Teilen von Mythen, Lügen und falschen Versprechungen zu distanzieren?

Denn am Ende steht Deutschland doch bei zahlreichen Indikatoren auch im OECD-Vergleich allenfalls durchschnittlich da: Wir geben, s.o., enorme Summen aus und haben anerkanntermaßen ein personell, pharmazeutisch und technisch überdurchschnittlich ausgestattetes, von der Medizin dominiertes Gesundheitssystem. Offenbar schaffen wir es im Großen und Ganzen auch, die zahllosen, chronischen Erkrankungen (ab 40, s.o.) einigermaßen zu managen – mehr ist hier nicht drin.

- **Über eine Milliarde Euro am Tag für Gesundheit hierzulande – dennoch die Hälfte aller Erwachsenen chronisch krank, wachsende Inzidenzen psychischer Erkrankungen v.a. bei Kindern und Jugendlichen sowie dazu noch „Alter“ als Faktor für Risikokumulationen: Wie passt das zusammen?**
- **Warum erkranken sozial Benachteiligte früher und stärker, warum sterben sie noch früher als sozial Privilegierte, die dann allenfalls OECD- Durchschnitt erreichen?**
- **Wir haben eine überdurchschnittliche Versorgungs- / Personaldichte mit ambulant tätigen und / oder stationär tätigen ÄrztInnen. Auch die Zahlen tätiger FachärztInnen und der Krankenhausbetten ist im OECD-Vergleich überdurchschnittlich. Warum schaffen es all diese ÄrztInnen nicht, die öffentliche Gesundheit hierzulande auf ein international präsentables Maß zu heben?**
- **Warum und wie schaffen Länder, in denen der Lebensstandard insgesamt niedriger ist als bei uns, einen besseren Status öffentlicher Gesundheit?**

- **Sollte es hier nicht um bestmögliche Versorgung von Kranken, sondern um die bestmögliche Vermittlung von Lebens- / Gesundheitskompetenzen gehen? Wem nutzen die bestehenden Zustände?**

Gesundheit ist in Deutschland zunächst offenbar in besonderem Maße von der sozialen Lage – von Beruf, Bildung und Einkommen – abhängig. Auch insgesamt / schichtübergreifend verhalten wir alle uns zu sehr kontraproduktiv. Hiergegen vermögen die Medizin bzw. die entsprechend naturwissenschaftlich ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte offenbar nichts Wesentliches auszurichten.

Es mangelt hingegen offenbar an Wissen und Methoden, Gesundheit gleichermaßen in der Breite, insbesondere aber bei sozial Benachteiligten zu erhalten und zu fördern – nicht nur um der grundgesetzlichen Menschenwürde, des ebensolchen Rechts auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit sowie der Chancengleichheit willen, sondern auch mit Blick auf demographische und ökonomische Wandlungsprozesse. Ohne Änderung steigen die Behandlungsbedarfe, die von uns allen auch zu finanzieren sind, dargestelltermaßen weiter.

Dazu ist es mehr denn je fraglich, wie lange wir alle noch in gewohnter Manier volkswirtschaftlich produktiv sind. Denn ein Land wie Deutschland wird sich, solange es unverändert stoisch auf industrielle Produktion fixiert ist (OECD 2022), mit zunehmend mehr Schwellenländern und deren Billigangeboten messen müssen. Mit den ständigen Forderungen nach mehr Flexibilität und geringeren Kosten hierzulande aber bleiben Fragen nach gesundheitlicher Chancengleichheit und nach einer sozial gerechten Finanzierung gesundheitsbezogener Leistungen gleichermaßen unbeantwortet.

Ent-Täuschung Präventionsgesetz

Angesichts der vielfältigen Herausforderungen und der ebenso multiplen Interessen konnte das Präventionsgesetz wohl nur enttäuschen. Allerdings gibt es auch zahlreiche offensichtliche Anlässe zur Kritik.

Da ist zunächst die Rolle von Bund und Ländern, die offenbar alle eigenen Verantwortungen verkennen und diese qua Gesetz denen aufdrücken, die am Gesetzgebungsverfahren eben nicht unmittelbar beteiligt sind. So sind v.a. die gesetzlichen Krankenkassen bzw. ihre Spitzenverbände für ganz wesentliche Inhalte von Grundlagen und Durchführung von Prävention und Gesundheitsförderung zuständig. Sie haben – sicher auf streitbarer, demokratischer Grundlage – die Kooperation mit anderen Sozialversicherungen und mit den Kommunen zu organisieren.

Man könnte nun einwenden, dass dies doch konsequent subsidiär und deshalb angemessen sei. Subsidiarität aber hat eine ganz wesentliche Einschränkung: Nur, wenn der kleinere Akteur wirklich in der Lage ist, eine Leistung – hier: flächendeckende, effiziente und effektive Gesundheitsförderung – zu erbringen, ist er auch im Vorrecht.

Davon kann insbesondere beim Blick auf Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, wie auch auf Betriebliche Gesundheitsförderung kaum ausgegangen werden. Die eigentlichen, o.g. Behandlungskosten reißen immer größere Löcher in die Budgets der Kassen. Auch die Kommunen – als eigentlich verantwortliche Akteurinnen in den Lebenswelten – sind mit zahlreichen anderen Aufgaben

bereits ausgelastet, und mit kaum acht Euro pro Jahr und pro versicherter Person (s.o.) sind die über 700-fach höheren Behandlungskosten (s.o.) kaum zu bremsen.

Haben die Krankenkassen denn außerdem überhaupt die fachlichen und die rechtlichen Kompetenzen, in Lebenswelten – oder eben auch in Betrieben, für die die gleichen Vorbehalte gelten – dauerhaft und nachhaltig die gesundheitsförderlichen Strukturen zu schaffen, die im SGB V verlangt werden? Oder sind die möglichen Ausgaben zur Gesundheitsförderung – wohlgemerkt: anders als für die Krankenbehandlung – gedeckelt, damit sie über die Ausmaße symbolpolitischen Klein-Kleins nicht hinauskommen?

In ähnlich unverbindlichen Sphären bewegen sich auch die in § 20 SGB V genannten Gesundheitsziele. Was meint denn etwa Gesundheitsziel 3: „Tabakkonsum reduzieren“ – reduzieren insgesamt, bei Kettenrauchern, bei Gelegenheitsraucherinnen oder bei Arbeitslosen? Reduktion durch Förderung des Nichtrauchens, des Dampfens oder des Alkoholkonsums? Bis wann? SMARTe Zieldefinition – nie gehört?

Über die Nationale Präventionskonferenz und deren Ziele sollen deren Operationalisierungen ersichtlich sein (Nationale Präventionskonferenz 2024). Doch auch im GKV-Leitfaden Prävention (2024) sind die Ziele zwar textlich ausformuliert, methodisch aber völlig unverbindlich.

Dazu kommen auch die praktischen Reichweiten der Projekte auf den drei genannten Ebenen von Prävention und Gesundheitsförderung (Individuum, Lebenswelten, Betriebliche Gesundheitsförderung): Mit rund 66 Cent pro Monat (= 7,93 Euro im Jahr 2022, s.o.) wurden gut 10% der Bevölkerung in Deutschland (8,4 Mio. Menschen, s.o.) in Lebenswelten, aber knapp 90% eben nicht erreicht.

Ähnlich verhält es sich mit 1,8 Mio. Beschäftigten, die an Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmen konnten – denen aber eben über 40 Mio. Kolleginnen und Kollegen gegenüberstanden, die sich unverändert „ihre Rücken krumm machen“. Neue Fragen des Datenschutzes werfen sich hier außerdem auf – etwa, wenn sich in der methodisch und inhaltlich gegenüber dem klassischen Arbeitsschutz breiter aufgestellten Gesundheitsförderung in der Gruppenarbeit mehrere Kolleg*innen mit gleichen oder ähnlichen, bislang aber unbekannten gesundheitlichen Problemen begegnen.

Auch bei der individuellen Prävention hatten die Zahlen eindeutige Schlagseite: Die ebenfalls bereits erwähnten 1,3 Millionen Teilnehmer*innen an entsprechenden Kursen gehörten zu rund 60 (!) Millionen Erwachsenen in Deutschland insgesamt (abzüglich privat Vollversicherter).

Im Jahr 2023 waren über 40% der insgesamt gut 4,9 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland zumindest teilweise auf stationäre Leistungen angewiesen (Sozialpolitik-aktuell 2024 b). Mit den genannt 101 000 Pflegebedürftigen wurde auch hier nur ein Bruchteil der Zielgruppe erreicht: Mal ganz abgesehen davon... Ein Leben lang geschuftet, jetzt pflegebedürftig – und nun kommt die Kranken-/Pflegekasse mit Gesundheitsförderung? Zugegebenermaßen sind Prävention und Gesundheitsförderung erst seit der Ottawa-Charta von 1986 sowie dem fast 30 Jahre später folgenden Präventionsgesetz auch hierzulande gesetzlich verbindliche Ziele. Dennoch kann man den Interventionszeitpunkt in der Pflege sicher auch ethisch hinterfragen.

Insgesamt bewegen sich die o.g. finanzielle, wie auch die methodische Reichweite von Prävention und Gesundheitsförderung damit faktisch auf der gleichen Nulllinie. In einem wie o.g. Gesundheitsverhalten, in Krankheits- und Sterbegeschehen wird sich so sicher nichts ändern. Die Herausforderung ist nicht allein finanzieller oder methodischer Art, es kommen weitere Faktoren dazu.

Denn erstens sind die hier so arg strapazierten Krankenkassen möglicherweise selbst Teil des Problems. Sie sind – wie auch die anderen, im Gesetz genannten Sozialversicherungen – Akteurinnen in der Selbstverwaltung der Sozialpartner: Die sog. „Bänke“ der Arbeitgeber*innen und der Arbeitnehmer*innen bestimmen i.W. paritätisch den Kurs der jeweiligen Versicherung. Die Arbeitgeber*innen werden dabei zunächst kaum unternehmerische Freiheiten beschneiden wollen, die sie auch selbst für sich beanspruchen – und auch die Beschäftigten werden keine Beschäftigung („Totschlagargument Arbeitsplätze“) riskieren wollen.¹ In anderen Konstellationen hingegen mögen die Standpunkte weiter auseinanderliegen, etwa bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Immer wieder berichten hier unmittelbar tätige Akteur*innen, dass eher verhaltens- (Unternehmensleitungen) und eher verhältnisorientierte Konzepte (Arbeitnehmer*innenvertretungen) weit auseinanderliegen.

Bei aller nötigen Toleranz für Piercings müssen sich die Krankenkassen auch nicht am Nasenring durch die Manege ziehen lassen. Unter ihrer Führung nämlich haben die Sozialversicherungen auf Grundlage entsprechender Rahmenempfehlungen eine nationale Präventionsstrategie (s.o.) zu entwickeln und ihre Umsetzung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz zu gewährleisten (§ 20d (1) SGB V). Erinnern wir uns an die Bedingungen zur Entwicklung der genannten Rahmenempfehlungen in Absatz 3 des gleichen Paragraphen:

Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat und den Ländern vereinbart. Das Bundesministerium für Gesundheit beteiligt weitere Bundesministerien, soweit die Rahmenempfehlungen ihre Zuständigkeit berühren. An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen werden die Bundesagentur für Arbeit, die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt.

Einerseits müssen die Sozialversicherungen also eine nationale Präventionsstrategie entwickeln, für deren Umsetzung ihnen rechtliche, fachliche, finanzielle, personelle und praktische Ressourcen fehlen. Dazu müssen sie sich andererseits vor Obersten Bundesbehörden schon dann rechtfertigen, wenn deren Geschäftsbereich allein berührt sein könnte.

Tritt in diesem Absatz noch das größte Potenzial von Prävention im gesamten Gesetzeswerk zu Tage – nämlich *vorzubeugen*, dass sich an Besitzstandswahrungen und krankmachenden Risikofaktoren wirklich nichts ändern soll? Welche wirklich wirksame Zuckersteuer käme denn hier noch durch, wenn die

¹ Konkret und bezeichnend die Äußerungen aus dem Betriebsrat eines Lebensmittelunternehmens im Vorfeld eines Forschungsprojektes des Autoren: „Natürlich wissen wir, dass wir hier Mist produzieren. Aber es sind unsere Arbeitsplätze!“
Seite 25 von 42

Bundesministerien für Ernährung und Landwirtschaft bzw. für Wirtschaft (womöglich noch parteiheterogen geführt) hier ihre Daumen, wie zu erwarten, senkten?

Aber haben denn die durchweg zuvorderst geforderten Krankenkassen überhaupt den gesetzlichen, den fachlichen, den finanziellen (? – s.o.!), den organisatorischen („Bänke“, s.o.) und den praktischen „Mumm“, solche Konzepte zu entwickeln und umzusetzen??? - Eben! Hier schließen sich (ganz klein-kleine) Kreise. Macht und Motivation sind in diesem Ensemble zur gegenseitigen Lähmung aufgeteilt – und wenn diese Aufteilung unter den gegebenen Bedingungen eine Seite stören würde, würde sie wohl auch behoben werden.

Fazit: Keine wirksame Verhältnisprävention, keine Konnexität - und wissenschaftliche Einseitigkeit

Die Hälfte der Erwachsenen in Deutschland leidet an einer chronischen Krankheit. Chronisch-degenerative Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit sind ebenfalls zunehmende Herausforderungen. V.a. Kinder und Jugendliche leiden zunehmend an psychischen Erkrankungen. Gesundheitliche Chancen sind in Deutschland in außerordentlichem Maße von sozioökonomischen Faktoren abhängig.

Neben allen (eher) *systembedingten* Defiziten aber bremst auch das *praktische* Gesundheitsverhalten der Öffentlichkeit, wie ebenfalls dargestellt, eher die öffentliche und individuelle Gesundheit als denn Krankheiten aus. Dabei können sich verschiedene Risikofaktoren wechselseitig verstärken. Wohl auch deshalb sind Herz-Kreislauf-Krankheiten und bösartige Neubildungen seit Jahren Ursache für mehr als die Hälfte aller Todesfälle.

Insgesamt wird eine wirksame Verhältnisprävention gleichermaßen von der Wissenschaft eingefordert wie aber vom Gesetzgeber offenbar ignoriert. Evidente Prävention und Gesundheitsförderung scheinen unter den erörterten, gesetzlichen Rahmenbedingungen weder möglich, noch gewollt.

„Es ist der Fluch der Zeit, dass Lahme Blinde führen.“ (William Shakespeare, „König Lear“)

Solange aber sämtliche Beteiligten keine Bereitschaft – oder ebensolchen Druck – zu Veränderung spüren, sind weder Verantwortungen zu klären, noch eindeutige Hebel zur Veränderung zu finden.

Schauen wir uns doch einmal an, was unter der verschiedentlich genannten Verhältnisprävention ganz praktisch zu verstehen ist – eben auch im Kontrast zu den o.g. Bedingungen des Präventionsgesetzes. Hier hilft, von theoretischen Abhandlungen abgesehen, wieder nur der Blick ins Ausland:

- Rund 40% der Krebsfälle in den Industrieländern insgesamt könnten vermieden werden, wenn man folgende Risikofaktoren in genannter Reihenfolge in den Griff bekäme: Tabak, Übergewicht, Alkohol, Bewegungsmangel, fleischlastige Ernährung mit zu wenig Ballaststoffen und zu wenig Kalzium (Islami, Marlow, Thomson et al., 2024). Natürlich liegt es auch am Individuum, diese Risiken über entsprechendes Verhalten in den Griff zu bekommen. 40% aller Krebsfälle

aber belegen auch, dass diese individuelle Verhaltensebene eben nicht ausreicht – sondern von öffentlichen, auch verbindlichen Maßnahmen auf Verhältnisebene flankiert werden muss.

- Der restriktive Zugang zu Alkohol in Skandinavien ist wohlbekannt; er ist niedriger als in den meisten Ländern der EU. Als Erfolgsfaktoren nennt die WHO (2023) Verbote oder Beschränkungen für Alkoholwerbung, Besteuerung und Preisgestaltung, Beschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol. Etwas abstrakter gesagt, werden das persönliche Verhalten und die soziale Zugänglichkeit von öffentlichen Handlungsoptionen beeinflusst. Wie auch immer – in Skandinavien wird weniger Alkohol konsumiert, und – was mindestens genauso wichtig ist: Es findet eine kulturelle Weiterentwicklung statt: Alkohol ist hier kein „menschliches Grundbedürfnis!“
- In den Niederlanden ist das Rauchen in Zügen oder auf Bahnhöfen mit empfindlichen Geldbußen im dreistelligen Euro-Bereich bewehrt. Das Rauchverbot schließt auch E-Zigaretten bzw. Außenbereiche ein (Nederlandse Spoorwegen, o.J.). Und? In Amsterdam Centraal kann man schier vom Boden essen – jede Landbushaltestelle hierzulande ist verqualmter als der Hauptbahnhof des „Sündenpfuhls Europas“. Noch konsequenter ging Uruguay vor, als sich der Staat gegen den Tabakkonzern Philip Morris gerichtlich durchsetzte. Das Unternehmen hatte gegen Uruguay wegen dessen konsequenter Gesundheitspolitik geklagt (Spiegel 2016). In Großbritannien wird ein Tabakkaufverbot für Menschen, die 2009 oder später zur Welt kamen, vorbereitet. Sie sollen nie im Leben legal Tabak kaufen dürfen (Tagesschau 2024 b). Das Vereinigte Königreich folgt damit dem Beispiel Neuseelands, wo ein entsprechendes Gesetz nach einem Regierungswechsel bedauerlicherweise wieder aufgehoben wurde (Tagesschau 2024 c). Deutschland hingegen galt lange als Bremse in einem europaweiten Tabakwerbeverbot. Man dürfe Werbung für legale Produkte nicht verbieten (Tagesschau 2021) – eine, mit Blick auf Großbritannien und Neuseeland, sicher tautologische Argumentation.
- Versuche, den Fleischkonsum zu begrenzen, sind sehr zaghaft und ergo bislang i.W. erfolglos (s.o.). Auch und gerade hierzulande werden dann Bauernproteste offenbar ebenso herbeigere-det. Die Planetary Health Diet hingegen ist ein flexitarisches Konzept, das bis 2050 ca. 10 Milliarden Menschen weltweit sättigen und die Gesundheit ebenso fördern könnte. Das Konzept sieht eine grobe Verdoppelung des Konsums von Obst und Gemüse, Hülsenfrüchten und Nüssen, hingegen eine Halbierung des Verzehrs von Fleisch und Zucker vor. Mit einem derart reduzierten Fleischkonsum wären wir noch immer jenseits der o.g. Empfehlungen der BLE, beim Zucker hingegen wäre „das Klassenziel erreicht.“ Hervorzuheben ist aber der gleichermaßen gesundheitliche, wie auch ökologische Effekt des Konzepts – ein Grund mehr, weshalb es inzwischen sogar vom Bund beworben wird (BZFE 2020). Insgesamt aber sind, was den Fleischverzehr angeht, wohl weitere Steuerungsmaßnahmen nötig, wie etwa eine Fettsteuer.
- Zum Thema Zuckersteuer nämlich berichten Rogers, Cummins, Jones et al. im Journal of Epidemiology & Community Health (o.J.):

In Großbritannien ist die Zahl der übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen rückläufig; bei den übergewichtigen und adipösen Erwachsenen hat sich der Anstieg stabilisiert. Zuvor wurde eine Vielzahl von Maßnahmen umgesetzt, darunter eine

Steuer auf Zucker in Softdrinks, das Angebot einer Ernährungsberatung durch Hausärztinnen und Hausärzte sowie eine bessere Kennzeichnung von Lebensmitteln. **Die in o.g. Journal veröffentlichte Studie nämlich zeigt, dass die sogenannte ‚Zuckersteuer‘ zu einem signifikanten Rückgang des Verzehrs von freiem Zucker in der Ernährung von Kindern und Erwachsenen geführt hat.** (Hervorh. dw). Steuerliche Interventionen können demnach wirken, wenn sie in ein Gesamtkonzept eingebunden sind. Dennoch ist natürlich weitere Forschung nötig – doch (auch) die längste Reise beginnt mit dem ersten Schritt (Lao-Tse).

- Die Mitgliedsstaaten der WHO haben sich schon 2013 auf eine Senkung des Natriumkonsum um 30% bis zum Jahr 2025 verständigt, doch nur Brasilien, Chile, Litauen, Malaysia, Mexiko, Saudi-Arabien, Spanien, Tschechien und (wieder!) Uruguay haben verbindliche und umfassende Vorschriften zur Reduktion von Salzkonsum erlassen (Spektrum der Wissenschaft 2023). Wer dann also in einem Restaurant in Uruguay gar noch lautstark um Salz bittet, erntet, so berichtet ein Augenzeuge, schiefe Blicke nicht nur des Caballeros, sondern auch der anderen Gäste.
- Eine ganz heilige Kuh ist in Deutschland natürlich die Automobilität. Faktisch aber subventioniert die Öffentlichkeit – und hier: insbesondere die kleinen und mittleren Einkommen, also „von unten nach oben“ – diese sogenannte „Automobilität“ mit einem Betrag im mittleren, vierstelligen Euro-Bereich pro Person und Jahr. Von den laufenden Kosten des „Normalbetriebs“ für den Besitzer / die Besitzerin ganz zu schweigen (Handelsblatt 2022, siehe aber auch ZDF 2024). Ein „Auto“ fährt eben nicht von selbst, und es ist auch nicht „mobil“, weil es die meiste Zeit des Tages steht. Dabei nimmt es Kindern Platz zum Spielen, Erwachsenen Platz für Begegnungen, Pflanzen Raum zum Wachsen, Tieren Raum zum Leben und uns allen Raum auch zur Abkühlung öffentlicher Räume. Die auch und insbesondere für Autos nötige – und auch durch Autos benötigte („Haus im Grünen“) – Bodenversiegelung nimmt wie der KFZ-Verkehr weiter zu und treibt den Klimawandel weiter voran. „Derzeit liegt die tägliche Umwidmung von unbebautem Boden in Siedlungs- und Verkehrsfläche in Deutschland bei circa 56 Hektar am Tag [...] [Davon werden] rund 45 Prozent versiegelt[...].“ (UBA 2022). Deutschland ist im OECD-Vergleich (2021) noch immer überdurchschnittlich hoch industrialisiert, während kleinere Staaten ohne eigene Automobilindustrie, aber mit zukunftsorientierten Produkten und Dienstleistungen häufig ein höheren BIP pro Kopf erzielen. M.a.W.: Wir sind offenbar v.a. wegen unserer Größe (gemessen an Erwerbstätigen?) volkswirtschaftlich (noch) erfolgreich. Einen Wettbewerb im Lohndumping mit Billiglohnländern aus Asien hingegen kann Deutschland wohl nur verlieren. Damit absehbar mögliche Arbeitslosigkeit und Rezession schaffen der Gesundheitspolitik gleichermaßen ökonomische Einnahme-, wie praktische Leistungsprobleme. Auswege? Vorschläge? Bildung, Bildungsgerechtigkeit / Integration, Gleichberechtigung, grüne Transformation!
- Lediglich in Nordkorea, Somalia, Afghanistan, Haiti und dem Inselstaat Dominica gibt es dazu kein Tempolimit für Kraftfahrzeuge. Ein Tempolimit von 100 km/h auf Autobahnen und außerorts 80 km/h würde nach Angaben der DUH (ebd., o.J.) über 11,1 Millionen Tonnen des Klimagases CO₂ und den Verbrauch von 4,44 Milliarden Liter Kraftstoff vermeiden. Neben der positiven Klimawirkung sorgt ein Tempolimit auch für bessere Luftqualität, weniger Lärm und mehr

Sicherheit (ebd.) – sowie für weniger Geld für Herrscher, die man nicht zu Hause auf dem Sofa sitzen haben möchte.

- Automobilität ist industrielle Bewegungsvermeidung. Die „autofreundliche Stadt“ ist kein kampfradlerisches Hirngespinnst, sondern städtebauliche Leitlinie der „Charta von Athen“ aus dem Jahr 1933 (Deutschlandfunk Nova 2023). Weltweit werden Städte inzwischen – gleichermaßen mit Blick auf öffentliche Gesundheit, Demographie und Klimawandel – endlich menschengerecht gestaltet. Entsprechende Nachrichten häufen sich u.a. auf youtube auch aus Barcelona („Super-Illas“), Chicago, Groningen, Paris sowie gar hierzulande etwa aus Bochum, Braunschweig oder Nürnberg (nicht aber aus Berlin – Deutschlandfunk 2024, Spiegel 2024). Stadtplaner wie Jan Gehl (*1936) oder Hermann Knoflacher (*1940) berichten, dass Menschen wieder verstärkt miteinander in Kontakt kommen, wenn sie nicht mehr durch Autos und Straßen getrennt werden (Gehl o.J., Knoflacher 2019). Bewegung schafft also Ver-/bindung (wie auch umgekehrt) und beugt Einsamkeit vor. In der Stadtplanung gilt grundsätzlich, dass das Angebot die Nachfrage schafft: Je autofreundlicher also eine Stadt gebaut ist, desto eher wird sie auch von Autos verstopft. Gleiches gilt für den Fuß- und Radverkehr... - nicht ganz: Fuß- und Radverkehr sind sicher menschen- / umweltfreundlicher und gesundheitsförderlicher.
- Die gemachten Eigenangaben zur durchschnittlichen Bewegung sind ganz sicher mit spitzen Fingern anzufassen. Denn wenn wir alle uns, wie von der WHO empfohlen, bewegen – warum leiden viele von uns dann so sehr unter Symptomen wie Übergewicht, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes (!) – die eben grosso modo auch mit Bewegungsmangel zu tun haben? Die Soziologie aber erhebt hier Einspruch und weist auf den lediglichen, gesamtgesellschaftlichen Durchschnitt der gemessenen Werte hin. Dies kann - gerade eben mit Blick auf die weitverbreitete, eben auch gesundheitsbezogene Chancenungleichheit hierzulande - bedeuten, dass sich zwar zahlreiche Menschen ausreichend bewegen – in einer erheblichen Masse von ökonomisch und gesundheitlich gleichermaßen marginalisierten Menschen aber gesundheitliches Risikoverhalten und entsprechende Manifestationen kumulieren. An Methoden und Reichweiten des Präventionsgesetzes sei hier erinnert.
- Kulturelle Weiterentwicklung – eine rhetorische Umschreibung für Begriffe wie „sozialer Wandel“, „Transformation“ etc., die allesamt gesellschaftlich geächtet sind – ist nicht mit Verlust verbunden! Reifegerste, Franzkowiak und Seibt stellen (ebd. 2021) verschiedene, evidente Modelle zur öffentlichen Meinungsbildung im Sinne von mehr Gesundheit vor. Gesundheit ist schließlich ein Sammelbegriff für Eigenwürde, Selbstbestimmung, Selbstachtung, Selbstwirksamkeit, Lebensfreude, Partizipation, Einbindung, Teilhabe, Vielfalt u.v.m.!

Das alles wissen auch die verantwortlichen, öffentlichen Ebenen. Warum lassen sie aber die zahlreichen, o.g. Missstände zu? Blicken wir auf die föderale Ordnung in Deutschland.

Zwar hat der Grund- und Menschenrechtskatalog des Grundgesetzes in dessen Artikeln 1, 2, 3 und anderen direkte oder indirekte Bezüge zur Gesundheitspolitik. Dennoch ist Gesundheitspolitik nach Art. 74 GG Teil der konkurrierenden Gesetzgebung – d.h., Bund und Länder können gleichermaßen gesundheitspolitische Themen gesetzlich klären.

In der Praxis bestimmt der Bund vor allem grundsätzliche Themen, etwa zum Verhältnis zwischen Bund und korporativen AkteurInnen oder zur Sicherung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Sinne ebenfalls des Art. 74 GG. Die Länder regeln konkrete Fragen von Aufsicht und Durchführung, etwa in der ambulanten, ärztlichen Versorgung, der Krankenhausplanung oder des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Die Kommunen übernehmen in der öffentlichen Gesundheitspolitik offenbar nur eine Nebenrolle – obwohl sich Gesundheit in ihrer praktischen Umsetzung doch vor allem vor Ort abspielt. Erst allmählich und ab den 1990er Jahren wurde das unsäglich „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ der Nationalsozialisten (! – 1934, unmittelbar nach dem „Röhm-Putsch“) durch Gesetzesreformen über den öffentlichen Gesundheitsdienst seitens der Länder abgelöst. Seither geben die Länder auch in der Gesundheitspolitik den meist kommunalen Gesundheitsämtern die Richtung vor (Schmidt 2012).

Dies soll wohl einerseits einer möglichen Überforderung von Städten und Kreisen vorbeugen, die vor Ort ggf. auch andere als gesundheitspolitische Prioritäten entwickeln und damit praktisch für einen Flickenteppich von Lebensqualitäten in Deutschland sorgen könnten. Die Kommunen können und müssen sich also auf die Politik und die Zuwendungen ihrer Länder verlassen – und können doch ggf. an deren langem Arm ebenso „verhungern“.

Wie also wird öffentliche Gesundheit dauerhaft finanziert, wenn nicht über die Beiträge an die Sozialversicherungen? Eine solche öffentliche Gesundheit bezieht sich i.d.R. vor allem auf Gesundheitsämter und ihnen fachlich nachgeordnete Stellen.

Der Fiskus nimmt vor allem Gemeinschaftssteuern ein: Umsatz- und Lohnsteuer. Auf Bundesebene dominierten 2023 Energiesteuern, auf Landesebene die Grunderwerbssteuer. Die Gewerbesteuer ist weiterhin die wesentliche, direkte Einnahmequelle der Kommunen (Statistisches Bundesamt 2024 h, i). Dessen ungeachtet ziehen die Kommunen zunächst alle Steuerzahlungen ihrer Einwohner*innen ein und führen die Gemeinschaftssteuern zunächst an die Länder ab. Diese leiten die Einnahmen an den Bund weiter, der sie dann nach verschiedenen Prozeduren (Eigenbedarfe des Bundes, Bund-Länder-Finanzausgleich etc.) auf umgekehrtem Wege zurückführt.

Zwischen 2012 und 2022 erzielten Städte und Kreise auch tatsächlich Finanzierungsüberschüsse (Statistisches Bundesamt 2024 h). Die Kommunen hatten allerdings auch erhebliche Mehraufwendungen vor allem im Sozialbereich zu bewerkstelligen, so dass die genannten Überschüsse wohl nur zum Preis eben auch von öffentlicher Gesundheit erzielt werden konnten. So gilt die Personalsituation im öffentlichen Gesundheitsdienst durchweg als miserabel (BVÖGD 2022). Öffentliche Sporteinrichtungen werden zu kommunalen Verhandlungsmassen. Auch in den Kommunen kommt die Verkehrswende nicht voran u.v.m. Wohlgemerkt: Das Personal im niedergelassenen oder im stationären Bereich wird über die Abrechnung erbrachter Leistungen eben nicht durch die Kommunen, sondern i.d.R. durch die Krankenkassen finanziert.

Die Folgen der gesundheitlichen Chancenungleichheit, des eben auch daraus genährten, wie o.g. Risikoverhaltens und der personellen Unwuchten haben zunächst die hier ohnmächtigen Kommunen zu tragen, etwa Langzeitarbeitslosigkeit, chronische Krankheiten, Grundsicherungsbedarf,

Eingliederungshilfe, Herstellung und Sicherung öffentlicher Barrierefreiheit, öffentliche Einnahmeverluste, sozialräumliche Segregation u.v.m. So werden sich die Kommunalverwaltungen von Gelsenkirchen, Bremerhaven, Wilhelmshaven, Berlin und Köln – die Kommunen mit den höchsten Empfängerquoten von Leistungen nach SGB II im Jahr 2023 (Sozialpolitik-aktuell 2024 d) - nicht nur um die soziale, sondern auch die gesundheitliche Teilhabe ihrer Bewohnerinnen und Bewohner kümmern müssen – mit Geldern, die sie auch wegen einer Fülle neu hinzugekommener Aufgaben weniger denn je haben.

Im Bundesministerium für Arbeit – gleich welcher Leitung – wird man sich hingegen offenbar über Produktivität / Jobs in der Lebensmittel-, Genussmittel- (Alkohol, Tabak etc.) und in der Automobilindustrie freuen. Im Finanzministerium stößt man – mutmaßlich, aber wohl ebenso parteiübergreifend - auf die dementsprechenden Steuereinnahmen an: Lohn- und Einkommenssteuern, Tabaksteuern, Mineralölsteuer, Alkoholsteuern, Umsatzsteuern etc. In beiden Häusern wird wohl außerdem die Stärkung der Nachfrageseite insgesamt mit der damit verbundenen Beschäftigung gefeiert.

Die Kongruenz von Finanz- und Durchführungsverantwortung wird Konnexität genannt: Die Ebene, die Leistungen zu sichern hat, muss auch die Möglichkeit haben, hier direkt über die nötigen Mittel verfügen zu können.

Auf gut Deutsch:

- **Wer bestellt, bezahlt.**
- **Ebenso umgekehrt: Wer bezahlt, darf auch bestellen.**
- **Oder auch: Wer nicht bestellt, muss auch nicht zahlen** (Schubert, Klein in: BpB, o.J.)!

Konkret kann dies etwa bedeuten, dass man in Großbritannien, wo es i.W. ein staatliches Gesundheitssystem gibt, jetzt nicht nur das Rauchen (s.o.), sondern verstärkt auch Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol bekämpfen will. Man hat offenbar festgestellt, dass die staatlichen (!) Kosten für die Folgen von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit die vermeintlichen Job- und Steuernutzen durch Alkohol überwiegen. Was man mit der linken Hand also einnimmt, gibt man mit der rechten Hand in Großbritannien wieder aus: Der Staat freut sich zwar über Steuer- und Beschäftigungseffekte, ist aber auch für die Alkoholprävention direkt - auch im klinische Sinne - verantwortlich¹.

Dies ist in Deutschland nicht der Fall. Ganz gleich, ob Bewegungsmangel, Genussmittelkonsum, Übergewicht oder Automobile² - die hier tätigen Industrien, die Leistungserbringer*innen (ambulante und stationäre Versorgung etc.) sowie Bund und Länder sichern sich ihre Nutzen.

Bund und Länder mögen sich auf erhöhte Zuwendungen mit den Kommunen einigen³, doch die ganz großen, eindeutigen Verliererinnen insgesamt sind die Krankenversicherungen (sowie mit-

¹ Damit soll auf keinen Fall das hohe Lied auf staatliche Gesundheitssysteme angestimmt werden – das ist vielmehr ein Thema für sich.

² Ohne automobilen Feuerwehr, Polizei etc. wären wir ziemlich verloren, doch intrakontinental überwiegen öffentliche Mobilitätsangebote sicherlich stets (!) Kosten und Nutzen des individualisierten Kraftfahrzeugverkehrs (s.o.).

³ Es gibt sehr wohl Kommunen, die mit Unternehmen enorme Gewerbesteuererinnahmen erzielen. Die Sozialversicherungen profitieren aber auch hier allenfalls mittelbar von höheren Gehältern vor Ort – denen aber die meist bundesweit entstehenden Kosten gegenüberstehen.

telfristig die Pflegeversicherungen). Neben Bund, Ländern und Kommunen gehen sie – von nachrangigen und zudem weiter abnehmenden, steuerlichen Zuwendungen abgesehen – immer leer aus.

Ob zu viel Zucker, zu viel Fleisch, zu viel Auto, zu viel Alkohol oder zu viel Nikotin – nicht nur die dahinterstehenden Industrien sichern sich ihre Gewinne.

Allein die Unternehmen oder die (meist) medizinischen Leistungserbringer politisch anzugehen wäre sehr viel einfacher und könnte gar durch entsprechende Gesetzesinitiativen ihre Interessen steuern (siehe oben: Uruguay, Schweden, Großbritannien etc.).

In dem gegebenen föderalen bzw. korporativen System aber, wie wir es in Deutschland seit Jahrzehnten haben, verdienen, neben Industrien und Leistungserbringer*innen, ebenso die auch gesetzgebenden Gebietskörperschaften Bund und Länder an Elend und Verelendung zumindest bestimmter (und ehemals benachteiligter, s.o.) Bevölkerungsgruppen fiskalisch mit. Vor allem sind sie von den Folgekosten völlig unbehelligt.

Bund und Länder hätten demnach also die Macht, Eigenprofit und Unternehmensprofite zu beschränken, haben hierzu wirtschaftlich aber *keinen Anlass*. Die, die Anlass dazu haben – nämlich v.a. Krankenkassen und eben wohl auch Kommunen –, haben hierzu *keine Macht*.

Und dann wird immer wieder eine „Gesundheitsdiktatur“ heraufbeschworen (bspw. Zeh 2010)? Wie wollte man denn dann den Status quo benennen?

Nach allen faktischen Nulllinien in der Effektivität des Präventionsgesetzes liefe damit auch eine ganz groß aufgelegte Verhältnisprävention als Kontrastprogramm ins Leere. Zunächst müssten Bund, Länder, Kommunen und Sozial- / Krankenversicherungen ihr Verhältnis zueinander neu sortieren.

Wie denn also diese enormen Schieflagen überwinden? Es lässt sich schließlich auch einwenden, dass das aktuelle, austarierte System auch seine Vorteile hat: Die Krankenkassen sind nicht Teil der staatlichen Gewalt und deshalb auch von ihr fernzuhalten (dies gilt freilich auch für die o.g. Industrien und Leistungserbringer*innen). Die Menschen in diesem Land treffen freie Konsumententscheidungen für oder gegen Fleisch, für oder gegen Zucker, für oder gegen Bewegung etc. Die Ohnmacht der Kassen ist „Risiko und Nebenwirkung“ der doch wichtigeren, gesellschaftlichen Solidarität, Kranke unabhängig vom Grund ihrer Erkrankung menschenwürdig zu versorgen.

Das Gesundheitssystem verbraucht schon Stunde für Stunde unfassbare Summen. Sein Schwerpunkt liegt dargestelltermaßen sehr viel mehr auf der (kostenintensiven) Behandlung Kranker bzw. als krank diagnostizierter Personen („Medikalisierung“), und sehr viel weniger auf der Aufrechterhaltung oder gar Förderung von Gesundheit bzw. gesunden Lebensbedingungen. Kein Wunder also, dass sein Outcome allenfalls durchwachsen ist.

Dennoch scheint dies viele Menschen nicht zu stören, weil jede Veränderung auch mit persönlichen Unbequemlichkeiten verbunden sein kann. Eine „kritische Masse“ etwa in Größenordnung der Frauen- oder der Anti-Atomkraft-Bewegung ist gerade unter den Bedingungen demographischer Überalterung zunächst nicht zu erwarten. Vor allem a) die fehlende Konnexität zu Lasten v.a. der Krankenver-

sicherungen, aber auch b) systemische Krankheits- / Behandlungsfixierung und c) minimalistische Gesundheitsförderung bleiben aus dieser Sicht zunächst die drei größten Baustellen im deutschen Gesundheitssystem.

Abhilfe muss hier also wohl von außen kommen; möglicherweise kommt sie von völlig unerwarteter Seite. Betrachten wir zunächst, s.o., a) die fehlende Konnexität. Denn wenn im einerseits weiterhin wachsenden Wettbewerb andererseits die Lohnnebenkosten (v.a. für die Sozialversicherungen) weiter steigen, werden Unternehmen (und wohl auch Beschäftigte) auf mehr Qualität und Effizienz auch im Gesundheitswesen drängen. Erneut individualisierte Forderungen nach „mehr Eigenverantwortung!“ werden dem - mit Blick sowohl auf die öffentliche Gesundheit, auf die genannten, auch gesellschaftlichen Risikofaktoren, auf den demographischen Wandel, auf den Fachkräftemangel wie auch auf die Kosten für alle Beteiligten – weniger denn je gerecht (dies zeigt sich konkret u.a. ja auch in der, eben, *Eigenverantwortung* für Bewegung oder für den Konsum von Alkohol, Tabak, Fleisch, Zucker - s.o.!).

Vielmehr müssen wir alle unter den genannten Parametern und mit Blick auf den gemeinsamen Wohlstand möglichst lange gesund und, eben auch, erwerbsfähig bleiben / können. Lebens- und Gesundheitserwartung müssen sich wieder annähern! Auf gut Deutsch: Wer bis 70 arbeiten soll, muss dann auch bis 90 noch die Treppen hochkommen können.

Wenn aber gesellschaftliche Rahmenbedingungen eine unzureichende „Eigenverantwortung“ auf individueller Ebene überwiegen sollen, kommen wir um gesetzliche Initiativen nicht umhin – auch deshalb nicht, da einzig der Rechtsstaat willkürliche Maßnahmen zu Lasten aller Beteiligten vermeiden kann.

Kommen wir damit zur b) systemischen Krankheits- / Behandlungsfixierung. Der Blick richtet sich hier an zunächst diejenigen, die für alles, was „Gesundheit“ angeht, die alleinige Definitionsmacht beanspruchen - und zwar qua vielfältiger Organisationen, qua ebensolcher Einbindung in die korporativen Ebenen des Gesundheitssystems sowie – last, but not least – qua Sendungsbewusstsein auch ihrer Interessenvertretungen:

Wir haben oben gesehen, dass wir in Deutschland einerseits überdurchschnittlich viele ÄrztInnen im ambulanten und im stationären Bereich haben. Gleiches gilt für die FachärztInnendichte und die stationäre Bettendichte. Andererseits sind die gesundheitsbezogenen Parameter im internationalen Vergleich allenfalls durchwachsen, häufig auch unterdurchschnittlich – und das, obwohl vor uns liegende Länder über weniger Ressourcen für ihre Gesundheit verfügen als wir. Könnte es nicht sein, dass diese, zusammengefasst, medizinische Versorgungsdichte nicht Teil der Lösung, sondern des Problems ist?

ÄrztInnen und Ärzte werden nämlich unverändert i.W. naturwissenschaftlich für die einzelfallbezogene Sekundärprävention ausgebildet und bezahlt. Anderweitig gelagerte Studienmodule müssen vor allem vom persönlichen Eigeninteresse genährt und ergänzt werden. Denn weiterhin werden (auch) de facto sozialwissenschaftliche Sujets v.a. auf korporativer Ebene medikalisiert: Interessensvertreter erklären die naturwissenschaftliche Medizin (allein oder v.a.) für zuständig für faktisch sozialwissenschaftliche Herausforderungen, bspw. aus Migration und Gesundheit, Armut und Gesundheit, Arbeit und Gesundheit, Umwelt und Gesundheit, Geschlecht und Gesundheit.

In der täglichen Praxis von Frau Dr. X. oder auf der Station von Herrn Dr. Y. sieht das dann schon sehr viel anders aus. Hier sind vor allem die „Badstraßen“, weniger die „Schlossalleen“ des Ortes wohl bekannt. Doch obwohl zunächst eben auch öffentliche und ökonomische Risikofaktoren mehrfach benachteiligter Patientinnen und Patienten zu überwinden sind, ist eben auch und v.a. die hier doch so sendungsbewusste Medizin für die sozialwissenschaftliche Arbeit mit Gruppen, für Lebensweltorientierung, für Sozialraumorientierung, für die Arbeit auf kommunaler Ebene, für tatsächlich (!) transdisziplinäre Kooperation oder Empowerment nicht ausgebildet. Gerade unter den streitbaren, ökonomischen Sachzwängen im Gesundheitsbereich wäre ein entsprechendes, persönliches Interesse auch irrational. Mehr und mehr ÄrztInnen und Ärzte zweifeln am Sinn / verzweifeln an der gefühlten Sinnlosigkeit ihrer Arbeit, finden keine Praxisnachfolge. Könnte eine Ursache hierfür nicht auch die *kurative* Sisyphos-Arbeit mit jeweils *einzelnen* PatientInnen sein, mit der man dahinterliegende, *soziale* Missstände weder behandeln, noch gar *präventiv* verhindern kann?

Dem so oft zitierten Vernehmen nach schaffen die Gesundheitskioske für die Praxen Entlastung von fachfremden Aufgaben. Doch die Kioske sind noch zu wenige, und ihre Reichweite ist zu sehr begrenzt. Dies wird beim Blick auf den letzten der o.g. Punkte, auf die c) minimalistische Gesundheitsförderung deutlich.

Wenn nämlich Gesundheit und Krankheit, wie dargestellt, auch und vor allem gesellschaftlich bedingt sind, muss Gesundheit eben auch und vor allem sozialwissenschaftlich geschützt und gefördert werden. Wesentliche, methodische Wegemarken zur Gesundheitsförderung – Health Literacy / gesundheitsbezogene Bildung und deren Umsetzung, Zielgruppenorientierung, Methoden-Mix, Salutogenese, „Health in all Policies“, soziale Gerechtigkeit, Raumplanung u.v.m. – waren oben genannt worden. Verwiesen wurde auch auf anderweitige Parameter in Ausbildung und Praxis der Medizin.

Und jetzt? Die praxisorientierte Arbeit mit Sozialräumen, mit Gruppen, mit sozial / gesundheitlich Benachteiligten beherrscht nicht die Medizin, aber Soziale Arbeit! Wir brauchen viel mehr und bessere, differenzierte Angebote von Beratung, Begleitung, Soziotherapie, Empowerment... - Umsetzung (!) im Alltag (!!). Menschen sollen vor allem und in dem Maße, wie sie von gesundheitlichen Risikofaktoren umgeben sind, auch mit ebensolchen Protektivfaktoren ausgestattet werden („Health Literacy“).

Denn eine wie o.g., praktische Soziale Arbeit im Gesundheitssystem wird auch von Anderen - etwa FreundInnen, Angehörigen, KollegInnen – gesehen und für ihre Ergebnisse geschätzt werden. So fällt es uns allen dann leichter, unsere Gesundheit zu schützen und zu fördern. Der wohlfeile Fluch über „die Verhältnisse“ allein reicht nicht! Wir müssen auch selbst alle aktiv werden und dem gegenwärtigen System seinen Aktivitätsvorwand entziehen: Selbst aktiv gesund bleiben und Gesundheitskompetenzen stärken, selbst auf die eigene Gesundheit und die Anderer achten, Risikoverhalten und Werbefluten aus dem eigenen Leben bannen, das Verhältnis von Arbeit und Gesundheit endlich positiv gestalten.

Dabei wollen wir keinem eigenen, vermeintlichen „Verzicht“ aufsitzen, sondern uns auf Selbstbestimmung, Selbstachtung, Würde, Teilhabe – kurz: zunächst das eigene Ich und seine Einbindung in ein ökosoziales Umfeld – konzentrieren: Gemeinsam für gute, gesunde Arbeitsbedingungen im eigenen Unternehmen und in Lieferketten argumentieren, die eigene Körperlichkeit wieder entdecken (Fleisch an den Rippen, weniger auf dem Teller), den klaren Kopf schätzen, sich aus der Abhängigkeit vom Auto befreien

u.v.m. Über ihren ersten Hebel „Krankheit und Fremdbestimmung als Normalfall“ Industrien und Gesundheitssystem auch ihren zweiten Hebel entziehen: Einnahmen! Geld! Ja, Geld! Aber wieso, warum und wohin damit?

Geld / Einnahmen entziehen, um zunächst sich erstens mit mehr eigener Gesundheit, mehr Selbstbestimmung und mehr Lebensqualität für diesen Abschied aus gesellschaftlichen Mythen zu belohnen. Zweitens, um die Gesundheit Anderer durch eigenes Verhalten zu fördern, Andere durch weniger öffentliche oder private Ausgaben beschenken, inspirieren und einladen, sich auf den eigenen Weg zu Autonomie und Health Literacy zu machen. Drittens, um so mittelfristig auch dem Gesundheitssystem seine Spekulationsmasse „Patient*innen“ zu entziehen. Viertens wollen wir das Gesundheitssystem nur noch da und dort nutzen, wo unsere Autonomie an ihre Grenzen stößt. Mündige NutzerInnen beanspruchen die gleiche Augenhöhe mit Gesundheit als Ziel – und nicht als Zweck.

„Der Weg zur Gesundheit führt durch die Küche, nicht durch die Apotheke!“

(Sebastian Kneipp)

Wunderbarerweise führt der Weg zur Gesundheit angesichts der vielen Herausforderungen nicht nur durch die Küche, sondern auch durch den Saftladen, den Yoga-Kurs, das Schwimmbad, das gemeinsame Treffen mit FreundInnen, die Radfahrgruppe u.v.m. Gesundheit ist viel zu komplex, als dass sie allein kurativ und naturwissenschaftlich erfasst, gemessen, hergestellt oder gefördert werden könnte. Das wissen die Gesundheitswissenschaften - meist aber nicht die Medizin, und leider auch nicht die vielen Patientinnen und Patienten, die - geblendet von, eben, medizinischen Heilsversprechen - die Wartezimmer überfüllen. Chronisch Kranke werden hier den Kopf schütteln. Doch auch sie haben ihre Vorgeschichte, in der Ressourcen offenbar unentdeckt, ungenutzt und nicht gefördert blieben!

Wenn die Medizin so allgegenwärtig und schier omnipotent im Gesundheitssystem ist – warum kann sie chronische Erkrankungen immer seltener verhindern oder überwinden? Warum kann sie gesundheitsförderliche Ressourcen in der doch so oft erhobenen Anamnese von PatientInnen offenbar weder entdecken, noch angemessen fördern? Überlassen wir alle der Medizin zu sehr eine schiere Alleinzuständigkeit für Gesundheit? Ist dann „Genforschung“ nicht ein unverbindliches Heilsversprechen auf einen Zeitpunkt irgendwann in der Zukunft, das die Betroffenen in ihrer Endlichkeit in Krankheit und Abhängigkeit hält?

Ist außerdem nicht jede chronische Erkrankung eine kleine Pleite-Erklärung an gesellschaftliche Rahmenbedingungen von Gesundheit insgesamt, an eine ungenügende Vermittlung theoretischer und praktischer Gesundheitskompetenzen („Health Literacy“) und eben auch an eine wie o.g. Medizin? Und überwiegt eine professionelle Soziale Arbeit als Begleitung, Beratung, Kompetenzvermittlung etc. in o.g. Sinne inzwischen nicht die gegen sie geschürten Vorurteile, wie auch all das Elend und die Kosten chronischer Erkrankung?

Dazu werden wir Baby Boomer immer älter, und in den Medien häufen sich die Selbsterfahrungsberichte der „Generation ü50“, nach wilden Jahrzehnten nun dem Alkohol, dem Fleisch, den Autos oder den Süßigkeiten zu entsagen. Ach! Gemein ist diesen Berichten, dass die konventionelle Medizin allenfalls für die Diagnostik gebraucht wurde. Der Sieg aber gegen den inneren Schweinehund, die Verbindung zu Anderen, die sich verändern wollen, das Erlernen neuer Gesundheitskompetenzen, um eben

nicht nur Risiken entsagen, sondern ein erfülltes Leben zu führen ohne Übergewicht, Rauchen, Kreislaufbeschwerden, überfüllte Wartezimmer oder längerfristige Gesundheitsrisiken - das übernehmen Soziale Arbeit in Praxis und Koordination, Gesundheitsmanagement, Stadt- und Raumplanung, Psychologie, Soziologie, Sporttrainer*innen, Menschen in Vereinen u.v.m.

So muss es darum gehen, Gesundheit wieder in all ihren Dimensionen zu verstehen, zu sichern und zu fördern. Letzten Endes geht es also um gute und faire Lebensbedingungen für alle und ohne unbegründete Privilegien. Wir gebildeten, jetzt alternden Baby Boomer, wir müssen hier vorangehen und auch mit unserem praktischen Verhalten die überfällige, öffentliche Debatte anschieben!

Literatur

BLE (2024 a): Pro-Kopf-Verzehr von Fleisch sinkt auf unter 52 Kilogramm https://www.ble.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2024/240404_Fleischbilanz.html

BLE (2024 b): Versorgungsbilanz: Weniger Zucker verbraucht https://www.ble.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2024/240207_Zucker.html

BpB (o.J.): Konnexitätsprinzip, <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/politiklexikon/296410/konnexitaetsprinzip/>

BVÖGD (2022): Personalnot der Gesundheitsämter, <https://www.bvoegd.de/personalnot-der-gesundheitsaemter/>

BZFE (2020): Planetary Health Diet, <https://www.bzfe.de/nachhaltiger-konsum/lagern-kochen-essen-teilen/planetary-health-diet/>

Deutschlandfunk (2024): Mit durchdachter Stadtplanung aus der Isolation, <https://www.deutschlandfunk.de/unter-menschen-und-doch-einsam-wie-stadtplanung-darauf-reagieren-kann-dlf-1429a392-100.html>

Deutschlandfunk Nova (2023): Charta von Athen: Für eine "autogerechte Stadt", <https://www.deutschlandfunknova.de/beitrag/charta-von-athen-fuer-eine-autogerechte-stadt>

DGE (o.J.): Gut essen und trinken – die DGE-Empfehlungen <https://www.dge.de/gesunde-ernaehrung/gut-essen-und-trinken/dge-empfehlungen/#c6397>

DHS (o.J.) a: Alkohol – Zahlen, Daten, Fakten, <https://www.dhs.de/suechte/alkohol/zahlen-daten-fakten>

DHS (o.J.) b: Tabak - Zahlen, Daten, Fakten, <https://www.dhs.de/suechte/tabak/zahlen-daten-fakten>

DUH (o.J.): Tempolimit: Für Klimaschutz und Sicherheit, <https://www.duh.de/informieren/verkehr/tempolimit/>

Faltermaier, T. (2023): Salutogenese. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i104-3.0>

Franzkowiak, P. (2022): Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i091-3.0>

Gehl Jan (o.J.): How to build a good city, https://www.youtube.com/watch?v=9_x5Hor2MP8

GKV-Leitfaden (2024): Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 19. Dezember 2024 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/2024-12-19_GKV-Leitfaden_Praevention_barrierefrei.pdf

Handelsblatt (2022): Parkplätze, Straßenbau, Umweltschäden – so teuer sind Autos für die Gesellschaft, <https://www.handelsblatt.com/mobilitaet/motor/autokosten-parkplaetze-strassenbau-umweltschaeden-so-teuer-sind-autos-fuer-die-gesellschaft/28030728.html>

Hoebel J., Müters St. (2024): Sozioökonomischer Status und Gesundheit, RKI, <http://e-doc.rki.de/176904/11674>

Islami F., Marlow E.C., Thomson B. et al. (2024): Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States, 2019, <https://doi.org/10.3322/caac.21858>

Jordan S. (2023): Gesundheitskompetenz/Health Literacy. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i065-3.0>

Kaba-Schönstein L. (2018): Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i033-1.0>

Kaba-Schönstein L. & Trojan A. (2018): Gesundheitsförderung 5: Deutschland. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i053-1.0>

Knoflacher H. (2019): Siedlungsraum, Verkehr, Energie - Für eine nachhaltige Zukunft, <https://www.youtube.com/watch?v=7behxYh6h7k>

Köckler H. & Geene R. (2022). Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0>

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2024): Soziale Lage und Gesundheit in Deutschland, https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Handreichungen/24-02_Soziale_Lage_und_Gesundheit.pdf

Medizinischer Dienst Bund, GKV-Spitzenverband (2023): Präventionsbericht 2023, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2023_GKV_MD_Praeventionsbericht_2._Auflage_barrierefrei.pdf

Medizinischer Dienst Bund, GKV-Spitzenverband (2024): Präventionsbericht 2024, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2024_GKV_MD_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf

Nationale Präventionskonferenz (2024): Operationalisierung der Ziele durch die NPK-Träger, <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/bundesrahmenempfehlungen/operationalisierung-der-ziele-durch-die-npk-traeger>

Nederlandse Spoorwegen (o.J.): Huisregels op het station en in de treinen, <https://www.ns.nl/reisinformatie/voorzieningen/huisregels.html>

OECD (2022): Value added by activity, <https://data.oecd.org/natincome/value-added-by-activity.htm>

OECD (2023): Health at a Glance 2023, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html

Reifegerste D., Franzkowiak P. & Seibt A. C. (2021). Erklärungs- und Veränderungsmodelle 3: Persuasion, Diffusion, Marketing und Medienanwaltschaft. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i014-2.0>

Robert-Koch-Institut (2022): Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2019/2020. Berlin - https://public.tableau.com/app/profile/robert.koch.institut/viz/Gesundheit_in_Deutschland_aktuell/GEDA_20192020-EHIS

Robert-Koch-Institut (2024 a): Themenschwerpunkt: Übergewicht und Adipositas <https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Koerperliche-Gesundheit/Adipositas-und-Uebergewicht/themenschwerpunkt-adipositas.html>

Robert-Koch-Institut (2024 b): Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf- und chronische Atemwegserkrankungen in Deutschland und Europa – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS 3, 2018 – 2020) - <https://edoc.rki.de/handle/176904/12329>

Rogers Nina T., Cummins St., Jones C. P. et al. (o.J.): Estimated changes in free sugar consumption one year after the UK soft drinks industry levy came into force: controlled interrupted time series analysis of the National Diet and Nutrition Survey (2011–2019), Journal of Epidemiology & Community Health, Vol.78, Issue 9, <https://jech.bmj.com/content/78/9/578>

Schmidt Manfred G. (2012): Der deutsche Sozialstaat. Geschichte und Gegenwart, C.H. Beck, München

Sozialpolitik-aktuell (2022 a): Häufige Hauptdiagnosen von vollstationär behandelten Kranken 2022, https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI3a.pdf

Sozialpolitik-aktuell (2022 b): Krankenhausfälle nach Lebensalter 2022, https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI32d.pdf

Sozialpolitik-aktuell (2023 a): Arbeitsunfähigkeitsfälle und -dauer nach Lebensalter 2023, https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbV10b.pdf

Sozialpolitik-aktuell (2023 b): Arbeitsunfähigkeitstage von AOK-Mitgliedern nach Krankheitsarten 2013 – 2023, https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbV15.pdf

Sozialpolitik-aktuell (2023 c): Todesursachen nach Krankheitsarten 2023, <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI3.pdf>

Sozialpolitik-aktuell (2023 d): Sozialleistungen nach Leistungsarten / Systemen 2023, <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Finanzierung/Datensammlung/PDF-Dateien/abbII2.pdf>

Sozialpolitik-aktuell (2024 a): Empfängerquote der Grundsicherung für Arbeitssuchende 2005 – 2023, <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Sozialstaat/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIII61.pdf>

Sozialpolitik-aktuell (2024 b): Leistungsempfänger*innen der Pflegeversicherung nach Leistungsarten 2023, <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI45.pdf>

Sozialpolitik-aktuell (2024 c): Leistungsempfänger*innen der Pflegeversicherung nach Pflegegraden und Versorgungsart 2023, <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI41b.pdf>

Sozialpolitik-aktuell (2024 d): Empfängerquoten von Leistungen nach dem SGB II in ausgewählten Städten und Kreisen 2023, <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Sozialstaat/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIV72.pdf>

Sozialpolitik-aktuell (2024 e): Zahl und Struktur der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung 2000 – 2023, <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI6.pdf>

Spektrum der Wissenschaft (2023): Nur wenige Länder setzen sich ausreichend für weniger Salzkonsum ein, <https://www.spektrum.de/news/who-nur-wenige-laender-begrenzen-den-salzkonsum-wirk-sam/2117919>

Spiegel (2016): Uruguay behält Lufthoheit, <https://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/rauchverbot-uruguay-gewinnt-prozess-gegen-philip-morris-a-1102200.html>

Spiegel (2024): Berlins radikale Verkehrswende, <https://www.spiegel.de/auto/berlin-radikale-verkehrswende-senat-setzt-aufs-auto-statt-auf-bus-bahn-und-fahrrad-a-08bed590-b65d-43b7-bb18-bff6a9efd1b1>

Statista (2024): Letalitätsrate beim Coronavirus (COVID-19) in den am stärksten betroffenen Ländern, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1103785/umfrage/mortalitaetsrate-des-coronavirus-nach-laendern/>

Statistisches Bundesamt (2021 a): Gesundheitsausgaben im Jahr 2019 auf über 400 Milliarden Euro gestiegen, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/04/PD21_167_236.html

Statistisches Bundesamt (2021 b): Datenreport 2021 – Sozialbericht für Deutschland, Gesamtausgabe - <https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021.html>

Statistisches Bundesamt (2024 a): Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 auf knapp 500 Milliarden Euro gestiegen, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_167_236.html

Statistisches Bundesamt (2024 b): Zahl der Woche Nr. 38 vom 17.09.2024 https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2024/PD24_38_p002.html

Statistisches Bundesamt (2024 c): Lebenserwartung 2023 wieder angestiegen, Pressemitteilung Nr. 320 vom 21. August 2024 https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/08/PD24_320_12621.html

Statistisches Bundesamt (2024 d): 13,6 Kilo Schokolade pro Kopf wurden 2023 produziert - Zahl der Woche vom 3. Dezember 2024, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2024/PD24_49_p002.html

Statistisches Bundesamt (2024 e): Menschen in Deutschland machen im Schnitt 34 Minuten Sport am Tag https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2024/PD24_21_p002.html

Statistisches Bundesamt (2024 f): Straßenverkehr: Dominanz des Autos ungebrochen <https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Verkehr/Auto.html>

Statistisches Bundesamt (2024 g): Öffentliche Verkehrsmittel: Österreich und Ungarn führen, <https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Verkehr/Personenbefoerderung.html?nn=217548>

Statistisches Bundesamt (2024 h): Kommunen im Jahr 2023 mit 6,8 Milliarden Euro erstmals wieder seit 2011 im Defizit, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_135_71137.html

Statistisches Bundesamt (2024 i): Steuereinnahmen 2023 summieren sich auf rund 916 Milliarden Euro, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Steuern/Steuereinnahmen/steuereinnahmen.html>

Statistisches Bundesamt (2024 j): Weiterhin gut ein Fünftel der Bevölkerung von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_147_63.html

Tagesschau (2021): Im Dunstkreis der Tabaklobby, <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/unternehmen/tabaklobby-werbeverbot-101.html>

Tagesschau (2024 a): Eine Arbeitswoche Stau pro Jahr, <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/verbraucher/staukosten-pendler-inrix-100.html>

Tagesschau (2024 b): Großbritannien will Zigaretten verbieten, <https://www.tagesschau.de/ausland/europa/grossbritannien-rauchverbot-kauf-tabak-100.html>

Tagesschau (2024 c): Neuseelands Regierung kippt Anti-Tabak-Gesetz, <https://www.tagesschau.de/ausland/ozeanien/neuseeland-anti-tabak-gesetz-100.html>

UBA (2022): Bebauung und Versiegelung, <https://www.umweltbundesamt.de/themen/boden-flaeche/bodenbelastungen/bebauung-versiegelung>

WHO (2023): Reduzierung des Alkoholkonsums nach nordischem Vorbild: Alkoholmonopole, Werbeverbote und höhere Steuern <https://www.who.int/europe/de/news/item/30-06-2023-reducing-alcohol-consumption--the-nordic-way--alcohol-monopolies--marketing-bans-and-higher-taxation>

ZDF (2024): Subventionen im Verkehr belohnen CO2-Ausstoß, <https://www.zdf.de/nachrichten/wissen/co2-ausstoss-auto-verkehr-subventionen-100.html>

Zeh Juli (2010): Corpus delicti, btb, München