

Bundesgesundheitsbl 2021 · 64:1020–1025
<https://doi.org/10.1007/s00103-021-03381-2>
 Angenommen: 25. Juni 2021
 Online publiziert: 12. Juli 2021
 © Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil
 von Springer Nature 2021



Marion Amler¹ · Julian Bollmann¹ · Julia Waldhauer² · Maren Janella¹

¹ Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Berlin, Deutschland

² Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

„Aus der Krise zu Health in All Policies“. Tagungsbericht vom Kongress Armut und Gesundheit 2021

Einführung

„Die Gestaltung eines wirksamen Public-Health-Systems ist wichtiger denn je!“ Mit diesen Worten eröffnete Stefan Pospiech, Geschäftsführer von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., den Kongress Armut und Gesundheit 2021. Nicht erst seit der SARS-CoV-2-Pandemie wissen wir, dass Gesundheit ungleich verteilt ist, führte Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH), in der Eröffnungsveranstaltung aus. Die Pandemie zeige eindrücklich den „gesellschaftlichen Dauerskandal, der weit über die Gesundheitspolitik hinausreicht“, ergänzte Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Vorstandsvorsitzender des Paritätischen Gesamtverbandes und von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. Der Kongress wurde in diesem Jahr – wie in den Jahren zuvor – mit der Jahrestagung der DGPH verbunden und fand erstmals in rein digitaler Form vom 16.–18.03.2021 statt. Auch in seinem neuen digitalen Gewand erreichte der Kongress mehr als 2000 Teilnehmende. Der diesjährige Kongress war unverändert politisch, wissenschaftlich, praxisnah und lebendig zugleich. Der vorliegende Tagungsbericht vermittelt einen Einblick in einige auch sehr emotionale (■ **Infobox 2**) Diskussionen, die nicht nur die derzeitige Lage analysierten, sondern zugleich den Blick nach vorn richten sollten, aus der unmittelbaren Krise heraus.

Stärkung von Public Health ist dringend notwendig

Prof. Dr. Heinz Bude, Soziologe und Publizist, äußerte in seiner *Eröffnungsrede* die Befürchtung, dass sich die Pandemie in Deutschland „zu einem gesellschaftlichen Krisenphänomen“ ausweiten könne, da sie nicht nur die Armuts- und Ungleichheitsfrage berühre, sondern auch die Gesamtkonstitution der Gesellschaft vergegenwärtige. Bude formulierte die soziologisch wichtige Erkenntnis, dass Bürger*innen heutzutage den Körper als Ausdrucksort der Gesundheit – als ein Medium sozialer Teilhabe – verstünden. Gesundheit sei ein zentrales Element autonomer Handlungsfähigkeit geworden und stelle einen Maßstab für die Bearbeitung von Ungleichheit in der Gesellschaft dar. Da es eine Überforderung des Sozialstaats sei, Ungleichheit zu verringern, schloss Bude seinen Vortrag mit der Aufforderung, „die Bearbeitung von Ungleichheit durch die Gewährung von Bürgerrechten“ zu ermöglichen. Damit sei auch zu fragen, was die durch Public Health einklagbaren Bürgerrechte seien, die im Zuge einer Pandemie sich neu für die Gesellschaft stellen.

In der daran anschließenden Podiumsdiskussion stellte Prof. Dr. Ilona Kickbusch fest, dass Public Health in Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern – etwa Australien, Neuseeland, einigen skandinavischen Staaten, Südkorea und Taiwan – als gemeinsame Stimme keinesfalls sehr präsent gewesen

sei. Auch gäbe es bislang keine „aufmüpfige professionelle soziale Bewegung“, die einen Einbezug einfordern könne. Maïke Voss von der Stiftung Wissenschaft und Politik schloss hier an und nannte gute Praxisbeispiele anderer Länder, z. B. die nationale Gesundheitsversammlung in Vietnam, in der nichtstaatliche Akteur*innen an politischen Prozessen zur Gestaltung von Gesundheit beteiligt werden. Zwar sei Public Health in Deutschland sehr viel besser organisiert als noch vor zehn Jahren, führte Ilona Kickbusch weiter aus, doch eigentlich müsse die Krise dazu genutzt werden, um zu verdeutlichen, „warum wir ein ganz anderes, sehr viel stärkeres, politischeres und gut finanziertes Public-Health-System brauchen“. Wenn Politik sich nicht ausrichte am Abbau von Ungleichheiten, seien die Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt. Wir

Infobox 1 Kongress Armut und Gesundheit 2021

- **Veranstalter:** Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Technische Universität Berlin, Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH), Berlin School of Public Health (BSPH) und eine Vielzahl weiterer Partnerorganisationen
- **Zeitraum:** 16.–18.03.2021 im virtuellen Raum
- **URL:** www.armut-und-gesundheit.de
- **Twitter:** @Kongress_AuG
- **Public-Health-Podcast:** www.armut-und-gesundheit.de/podcast sowie bei Deezer, iTunes und Spotify

Infobox 2 Veranstaltungen zum Gedenken an Thomas Lampert

PD Dr. Thomas Lampert, ehemaliger Abteilungsleiter am Robert Koch-Institut, ist am 11.12.2020 nach kurzer schwerer Krankheit verstorben. Thomas Lampert verband eine lange und enge Beziehung zum Kongress Armut und Gesundheit. Zuletzt hatte er das Kongressteam im März 2020 in langen kollegialen Beratungsgesprächen unterstützt. In Gedenken an ihn wurde auf dem diesjährigen Kongress ein Fachsymposium mit Wegbegleiter*innen umgesetzt. Darin wurde deutlich, dass Thomas Lampert für viele eine Inspiration und ein wegweisender Begleiter war. Ihm war es ein Anliegen, „hoffnungsvoll und undogmatisch mit Mitstreiter*innen über Disziplinargrenzen hinweg zusammenzuarbeiten, um sozialer Ungleichheit und ihren gesundheitlichen Folgen zu begegnen“, hieß es in einer Veranstaltung. Dass ihm dies par excellence gelungen ist, wurde auch im Rahmen der Carola-Gold-Preisverleihung für gesundheitliche Chancengleichheit deutlich. Dieser Preis wurde Thomas Lampert posthum verliehen. Stephan Koesling, Laudator des Preises und Geschäftsführer der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheit, schloss seine bewegende Laudatio mit den Worten: „In seinem Sinn werden wir als Public-Health-Community an diesen Themen weiterarbeiten und der Kongress Armut und Gesundheit wird dafür ein Platz sein.“

bräuchten – und das habe die Pandemie gezeigt – gute Strukturen und gute politische Entscheidungen. Dr. Claudia Hövener vom Robert Koch-Institut (RKI) unterstrich aber auch die guten Erfahrungen, die in der Krise gemacht wurden, und vermittelte Hoffnung für einen sich weiter entwickelnden Public-Health-Sektor: „Wir haben noch nie so schnell und dynamisch gemeinsam agiert.“

Die Pandemie verstärkt gesundheitliche Ungleichheit

Zu Beginn der COVID-19-Pandemie, so hieß es in der Paneldiskussion *Daten zu sozialer Ungleichheit und COVID-19*, wurde häufig postuliert, das Virus sei auch in sozialer Hinsicht ein Gleichmacher, da es alle Menschen gleichermaßen beträfe. Ein Umdenken erfolgte mit einer sozialepidemiologischen Studie [1], die anhand von fast 1,3 Mio. Versicherten-

daten (Zeitraum 01.01. bis 18.06.2020) bereits im letzten Jahr verdeutlichte, dass das Risiko eines COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthaltes für Langzeitarbeitslose mit Arbeitslosengeld II Bezug fast doppelt so hoch wie bei regulär erwerbstätigen Versicherten liegt. Auch das „Kompetenznetz Public Health zu COVID-19“, ein Ad-hoc-Zusammenschluss von über 25 Fachgesellschaften aus dem Bereich Public Health, die ihre wissenschaftlichen Kenntnisse bündeln, veröffentlichte bereits im Mai 2020 das Hintergrundpapier „Verschärfen COVID-19 Pandemie und Infektionsschutzmaßnahmen die gesundheitlichen Ungleichheiten?“ [2]. Zu Beginn des Jahres 2021 mehrten sich dann Hinweise und Daten – zunächst aus den USA und Großbritannien [3] und schließlich zunehmend auch hierzulande –, die belegen, dass sozial benachteiligte Gruppen stärker von der Pandemie betroffen sind. Zeigten sich zunächst höhere Inzidenzraten v. a. in sozioökonomisch bessergestellten Regionen und Bevölkerungsgruppen, so kehrte sich dieses Muster mit Vorschreiten des Infektionsgeschehens um. Zunehmend häufig waren und sind v. a. Menschen in sozioökonomisch stark deprivierten Regionen betroffen: Sie haben oft nicht die Möglichkeit, im Homeoffice zu arbeiten, leben häufiger in beengten Wohnverhältnissen und sind auf Bus und Bahn angewiesen. Zudem weisen sie meist einen schlechteren Gesundheitszustand auf [4]. Sie tragen nicht nur ein erhöhtes Risiko für eine Infektion, sondern weisen auch häufiger schwere COVID-19-Verläufe auf [5].

Im Rahmen des Panels *Soziale Ungleichheit und COVID-19 – Verstärkt die Pandemie die gesundheitliche Ungleichheit?* stellte Dr. Benjamin Wachtler vom RKI den internationalen Forschungsstand zu sozioökonomischer Ungleichheit und COVID-19 vor. Dieser zeige relativ konsistent sozioökonomische Ungleichheiten im Infektionsrisiko, im klinischen Verlauf und in der Mortalität. PD Dr. Morten Wahrendorf vom Universitätsklinikum Düsseldorf richtete seinen Fokus auf die Arbeitswelt und mahnte an, dass trotz der dünnen Datenlage in Deutschland angesichts der

höheren Inzidenzen in Produktion und Industrie nicht nur über Schulschließungen, sondern auch über einschränkende Regelungen im Sinne des Infektionsschutzes für Betriebe und Industrie zu diskutieren sei. PD Dr. Timo-Kolja Pfortner, Vertretungsprofessor an der Universität zu Köln, konstatierte u. a. auf Grundlage des aktuellen Datenreportes 2021 [6], dass Menschen, die unter prekären Bedingungen beschäftigt sind, ein erhöhtes Infektionsrisiko aufgrund geringerer Möglichkeiten zum Homeoffice und zugleich eines höheren Präsentismus (Arbeiten trotz Erkrankung) etwa aufgrund von drohendem Arbeitsplatzverlust oder Armut und zusätzlich erhöhten gesundheitlichen Risiken aufwiesen.

Belastung von Familien in der Pandemie

In der Auftaktveranstaltung zum Themenfeld der Frühen Hilfen *Corona-Krise: Was lernen wir daraus?* betonte Dr. Antje Richter-Kornweitz von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin in Niedersachsen die Notwendigkeit, Kinder und ihre Familien stärker in den Blick zu nehmen: „Junge Menschen erfahren die gravierenden Folgen des Lockdowns sehr früh und gehören zu den letzten Gruppen, die in den Genuss schrittweiser Lockerungen kommen.“ Mit ihrer Kollegin Gerda Holz, damals vom Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt, publizierte sie im Herbst 2020 eine Streitschrift unter dem Titel „Gruppenbild ohne (arme) Kinder“ [7]. Dass sich die Auswirkungen der Pandemie sehr deutlich bei Familien bemerkbar machen, unterstrich auch Iлона Renner vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Im Rahmen einer Sondererhebung innerhalb der COSMO(COVID-19 Snapshot Monitoring)-Studie und einer ergänzenden eigenen Erhebung [8] wurden junge Familien befragt: Über 50 % gaben an, dass die aktuelle Situation als sehr belastend erlebt wird, v. a. aufgrund von existenziellen Ängsten (z. B. Sorgen vor Arbeitsplatzverlust) und Überforderungen mit der Situation, z. B. rund um die Uhr für die Kinder präsent sein zu müssen.

Studierendengesundheit in Pandemiezeiten

In der Veranstaltung *Gesundheitsfördernde Hochschulen während der Corona-Pandemie* stellte Dr. Antonia Werner vom Healthy Campus Mainz dar, dass für Studierende pandemiebedingt eine signifikant höhere psychische Belastung bestehe, was Depression, Angst und Körperbeschwerden angehe. Auch zeige sich fortwährend riskanter Alkoholkonsum [9], wobei gezielte Präventionsangebote wegbrechen würden, wie Maja Reuter von der Hochschule Esslingen berichtete. Die pandemiebedingten Maßnahmen und Veränderungen trafen auf junge Erwachsene, die sich gerade in einem Lebenswandel befänden, der mit einem Umzug in eine neue Stadt ohne soziales Netz vor Ort und mit neuen Themen einhergeht, in einer Zeit, in der Persönlichkeitsfindung und Rollenklärung stattfinden.

Studierende würden bei betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) der Hochschulen oft nicht mitbedacht und Studierendengesundheit nicht als Aufgabe wahrgenommen, problematisierte Jan Fischer von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie der Sozialmedizin Niedersachsen e. V. in der Veranstaltung *Gesundheitsfördernde Hochschulen während der Corona-Pandemie – Herausforderungen und Handlungsempfehlungen*. Wünschenswert sei ein explizites studentisches Gesundheitsmanagement (SGM) mit dem langfristigen Ziel der Integration von SMG und BGM zu einem gesetzlich verankerten Hochschulgesundheitsmanagement, das dann im Bedarfsfall reagieren könne [10].

Eine wirksame Art, SGM unter Coroneinschränkungen umzusetzen, stellte das Projektteam von CamPuls der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg vor. Gemeinsam mit Studierenden wird dort das Fachprojekt „Studierendengesundheit“ geplant und umgesetzt. Über eine zielgruppenspezifische Ansprache und mit partizipativen Angeboten werden unterschiedliche gesundheitsförderliche Angebote von Studierenden für Studierende umgesetzt und

Bundesgesundheitsbl 2021 · 64:1020–1025 <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03381-2>
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2021

M. Amler · J. Bollmann · J. Waldhauer · M. Janella

„Aus der Krise zu Health in All Policies“. Tagungsbericht vom Kongress Armut und Gesundheit 2021

Zusammenfassung

Der Kongress Armut und Gesundheit, der seit 1995 jährlich von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. in Kooperation mit unterschiedlichsten Partner*innen ausgerichtet wird, gehört inzwischen zu den größten regelmäßig stattfindenden Public-Health-Veranstaltungen in Deutschland (siehe Infobox 1). Er ist eine Plattform für den Austausch zwischen Wissenschaft, Praxis, Zivilgesellschaft und Politik. Unter dem Motto „Aus der Krise zu Health in All Policies“ wurden in diesem Jahr Public Health und gesundheitliche Ungleichheit vor allem vor dem Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie thematisiert. In über 80 Veranstaltungen

mit knapp 500 Referierenden wurde ein breites Spektrum an Themen und Fragestellungen diskutiert: unter anderem der Zusammenhang zwischen Armut und COVID-19, die Herausforderungen in der Pflege, die Situation wohnungsloser Menschen, der Einfluss der Pandemie auf (junge) Familien oder Studierende sowie globale Fragen zur Impfstrategie und Eckpunkte für eine Public-Health-Strategie für Deutschland.

Schlüsselwörter

Armut · Gesundheitsförderung · COVID-19 · Health in all Policies · Gesundheitspolitik · Gesundheitliche Ungleichheiten

“From Crisis to Health in All Policies.” Conference report from the Poverty and Health 2021 Congress

Abstract

The annual Poverty and Health congress, which has been organized by Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. since 1995, has become one of the biggest public health events in Germany. It offers an exchange platform for science, practice, and politics. This year’s congress topic was “From Crisis to Health in All Policies,” which aimed to address the SARS-CoV-2 pandemic’s impact on society in general and public health in particular. Overall, 80 panels were organized with close to 500 experts discussing a wide range of subjects and questions, for example,

the connection between poverty and COVID-19, the current challenges in the care sector, the situation of homeless people, and the impact of the pandemic on (young) families or students as well as global questions on vaccination strategy and key issues for a public health strategy for Germany.

Keywords

Poverty · Health inequality · Health equity · Health prevention · COVID-19 · Health in all policies

durch das wissenschaftliche Projektteam unterstützt.

Notstände in der Pflege

„Eine Pflegekraft bleibt durchschnittlich 7,5 Jahre in ihrem Beruf. Wenn wir dies verändern möchten, muss Politik aktiv werden“, eröffnete Dr. Ellis Huber vom Paritätischen Landesverband Berlin die Debatte der Veranstaltung *Systemrelevant? Perspektiven für die gesellschaftliche Anerkennung von Pflege*. „Ich bin seit 30 Jahren Vollzeit in diesem Beruf und bilde damit die absolute Ausnahme“, unterstützte Silvia Habekost,

Krankenpflegerin am Vivantes Klinikum in Berlin, diese Aussage. Mit der wachsenden Ökonomisierung und der Einführung der Fallpauschalen habe eine wesentliche Veränderung hin zur Profitorientierung begonnen. „Ich bin es leid, dass immer *über* statt *mit* uns gesprochen wird. Die aktuellen Arbeitsbedingungen machen krank: Wir sind zu wenige und verwenden zu viel Zeit für die Dokumentation. Wenn uns die Pandemie doch etwas gezeigt hat, dann, dass Betten keine Menschen pflegen.“

Prof. Dr. Diana Auth, von der Fachhochschule Bielefeld unterstrich die Entwicklung hin zur Profitorientierung, die

sich z. B. in fehlenden flächendeckenden Tarifverträgen zeige. Auch postulierte sie eine starke Opferbereitschaft der (Alten-)Pflegerkräfte, deren Gründe sie u. a. historisch in einem Berufsstand vertortete, der traditionell weiblich und von einem christlich geprägten Menschenbild gekennzeichnet sei, in dem man nicht fordere und z. B. auch nicht streike (da dies bedeuten würde, dass Patient*innen in dieser Zeit ggf. nicht versorgt wären). Dr. Michael Zander von der Hochschule Magdeburg-Stendal brachte die Perspektiven pflegebedürftiger Menschen mit in die Diskussion. Diese seien unzureichend berücksichtigt, wenn es um die Selbstbestimmung gehe, z. B. die Frage, wer die Pflege übernehme oder was genau an pflegerischen Leistungen getan wird. Einigkeit bestand darin, dass es strukturelle Veränderungen und eine langfristige Perspektive brauche, bei der die Interessen der Pflegebedürftigen im Mittelpunkt stehen sollten, hin zu Entlastungstarifverträgen, verbindlichen Personalbemessungsinstrumenten, einer starken Selbstorganisation der Pflege und mehr Gehalt.

Die Ordnung der globalen Ungleichheit

Globalere Sichtweisen wurden im Rahmen des Panels der Hilfs- und Menschenrechtsorganisation *medico international*, *COVID-19 als Krise und Chance einer multilateralen und multisektoralen Gesundheitspolitik*, thematisiert. Zwar bedürfe, so die Leiterin der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit bei *medico international*, Anne Jung, die Befreiung vom Virus eines globalen Handelns, genau das aber verhinderten die Regierungen der Industrienationen derzeit. Die reichen Länder schlossen Exklusivverträge mit Pharmaunternehmen ab, die Impfstoffe produzieren. „Diese Ordnung der Ungleichheit wird mit aller Gewalt verteidigt“, so Jung. Dabei gäbe es Alternativen. Die Regierungen von Indien (über 11 Mio. an COVID-19 Erkrankte) und Südafrika (zum Zeitpunkt der Veranstaltung das am stärksten betroffene Land in Afrika) etwa argumentierten vor einigen Monaten für eine grundlegende und umfassende Aussetzung der Patentregelung bis zur Immunität. Das

herrschende Globalisierungsmodell aber ließe die Lebenschancen und Lebenswelten zunehmend auseinanderdriften. Auch Vorschläge der Weltgesundheitsorganisation (WHO), ein C-TAP (COVID-19 Technology Access Pool) einzurichten, „um Patente und alle anderen Formen von geistigem Eigentum wie Know-how, Daten, Geschäftsgeheimnisse, Software zu sammeln und den Technologietransfer zu unterstützen“, würden weiterhin von führenden Industrienationen nicht unterstützt. Stattdessen setzten diese auf COVAX (COVID-19 Vaccines Global Access), welches auf freiwilliger Zusammenarbeit basiere und zudem die armen Länder in Abhängigkeit bringe [11]. Anne Jungs Fazit: „Eine global gedachte Gesundheitspolitik kann nur funktionieren, wenn sie an menschenrechtlichen Prinzipien ausgerichtet ist und die Gesundheitsversorgung und Patente als globale Allmende [gemeinschaftliches Eigentum, Anm. d. Verf.] denkt.“

#stayathome bei Wohnungslosigkeit?

Wie Menschen ohne ein eigenes Zuhause vor allem zu Beginn der Pandemie aus dem Blick politischer Akteur*innen und Entscheidungsträger*innen geraten waren, machte Andrea Hniopek vom Caritasverband für das Erzbistum Hamburg in der Paneldiskussion *Wohnungslose: Eine übersehene Hochrisikogruppe* deutlich: „Die gesamte Versorgungsstruktur in Hamburg ist zusammengebrochen, selbst die öffentlichen Toiletten waren zunächst geschlossen. Und der #stayathome ... echt zynisch.“ Hier übernahm Jan Ortl vom Ev. Fachverband Wohnungslosenhilfe Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.: „Ja, das ist und war ein Tanz auf der Rasierklinge, ein Kompromiss zwischen Hygieneanforderungen und der Freiheit des Einzelnen.“ Sabine Bösing, für die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Koordinatorin der Veranstaltung, betonte ebenfalls, dass die Lebenslagen besonders vulnerabler Zielgruppen, wie die von wohnungslosen Menschen, nicht richtig erkannt wurden.

Gleichbehandlung von Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus

In Deutschland ist das Menschenrecht auf Gesundheit unter dem Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum abgedeckt. De facto kann dies von Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus trotz bestehender Rechtsansprüche oft nicht wahrgenommen werden. Dies wurde von den Beteiligten des Panels *Zugang für alle: Ohne Angst zum Arzt* herausgestellt. Prof. Dr. Anja Dieterich von der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin führte aus, dass Menschen ohne Papiere zur ärztlichen Behandlung einen Behandlungsschein des Sozialamtes benötigen. Da eine Übermittlungspflicht für Gesundheits- und Sozialämter an die Ausländerbehörde bestehe, sei durch die drohende Abschiebung das Grundrecht auf Gesundheitsversorgung eingeschränkt. Auch bei schwerwiegenden Erkrankungen, wie einer Krebsdiagnose, würden betroffene Gruppen häufig keine bedarfsdeckende Behandlung erfahren, sondern nur notdürftig behandelt. Sobald Reisefähigkeit bestünde, drohe dann die Abschiebung. Faktisch stelle die Übermittlungspflicht also ein Zugangshindernis dar.

Sarah Lincoln, die mit der Gesellschaft für Freiheitsrechte e. V. (GFF) eine Klage gegen die ausländerrechtlichen Übermittlungspflichten im Gesundheitswesen (§ 87 AufenthG) ausarbeitet, legte dar, dass Artikel 12 des UN-Gesundheitspaktes das Recht auf faktischen und diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen, die sich im Staatsgebiet aufhalten, nenne. Auch die EU-Grundrechte-Charta benenne in Artikel 35 explizit den Zugang auf Gesundheitsvorsorge für Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus. Lincoln wies darauf hin, dass im letzten Staatenbericht des UN-Sozialausschusses [12] die Übermittlungspflichten sehr deutlich kritisiert wurden. Schon vor 15 Jahren habe das Deutsche Institut für Menschenrechte dazu aufgerufen, das Thema in die Öffentlichkeit zu tragen. Auch hier werfe die Pandemie einen großen Scheinwerfer auf bestehende Probleme. Hindernisse in der Versorgung

fürten dazu, dass Menschen ohne geordneten Aufenthaltsstatus, die dasselbe Krankheitsspektrum wie die Gesamtbevölkerung in Deutschland aufwiesen, aber eine signifikant schlechtere Lebenslage hätten, Krankheiten nicht behandeln ließen und verschleppten, weniger Vorsorgeuntersuchungen wahrnahmen und auch ihre Kinder keine medizinische Grundversorgung bekämen.

Gesundheitskompetenz – digitale Kompetenz – bürgerliche Kompetenz

Im Rahmen eines weiteren Panels wurde der *Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz* [13] besprochen. Prof. Dr. Ilona Kickbusch formulierte, dass die COVID-19-Pandemie Schwachstellen nicht nur in der Gesamtgesellschaft, sondern auch im Konzept und der Ausrichtung der Gesundheitskompetenz verdeutlicht habe. Die Überflutung mit zu vielen Informationen und Fehlinformationen („infodemic“) sowie die Art, wie Diskussionen in den sozialen Medien geführt werden, seien ganz neue Entwicklungen, die auch im Konzept der Gesundheitskompetenz Berücksichtigung finden müssten. Sie zeigten, dass soziale Plattformen künftig anders reguliert und in die Verantwortung genommen werden müssten. Vor dem Hintergrund des digitalen Wandels sei zu fragen: „Wie schaffe ich demokratische Diskussions-Plattformen für Gesundheit, die verlässlich sind?“ Grundsätzlich sprach sich Kickbusch für ein stärkeres Zusammendenken von Gesundheitskompetenz, digitaler und bürgerlicher Kompetenz („civic literacy“) aus.

Es reiche nicht aus – darin waren sich alle Beteiligten einig –, Gesundheitskompetenz auf individueller Ebene zu stärken. Dr. Kai Kolpatzik vom AOK-Bundesverband und Mitherausgeber des Nationalen Aktionsplans verwies deshalb auf die organisationale Gesundheitskompetenz, um Gesundheitswissen strukturell zu verankern. „Capacity building in den Strukturen“, nannte dies Dr. Alexander Schmidt-Gernig vom Bundesgesundheitsministerium. Kolpatzik sprach sich neben „Health in All Policies“ auch für „Literacy in All Policies“ aus und

Prof. Dr. Jürgen Pelikan von Gesundheit Österreich ergänzte, dass Menschen nur innerhalb gesundheitskompetenter Systeme auch gesundheitskompetente Entscheidungen treffen könnten.

Die Chance nutzen: Gesundheitsdienste neu orientieren

Dr. Johannes Nießen, Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Köln und Vertreter des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), wünschte sich in seinem Schlussstatement der Satellitentagung zum Kongress Armut und Gesundheit eine Entwicklung, bei der Public Health als wertvolle Aufgabe wahrgenommen wird, bei der man sich sinnvoll einsetzen kann. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) stelle Public Health dar und müsse deutlich weitergedacht und attraktiver werden. Die Satellitentagung mit dem Titel *ÖGD trifft Public Health. Herausforderungen für die Zeit nach Corona* wurde von der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) und Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. in Kooperation mit der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit ausgerichtet. Alle Akteur*innen verwiesen darauf, dass der „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ [14], auf den sich die Gesundheitsministerinnen und -minister von Bund und Ländern geeinigt haben, dazu dienen solle, kurzfristige Maßnahmen in eine langfristige, bessere und nachhaltige Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitswesens vor allem im Hinblick auf Personal und Digitalisierung zu überführen. Im Pakt seien Ausgaben von 4 Mrd. Euro von 2021 an und über die kommenden 5 Jahre vorgesehen. Dr. Hans-Ulrich Holtherm, Leiter der Abteilung Gesundheitsschutz, Gesundheitssicherheit und Nachhaltigkeit im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), nannte dies ein „historisches Ereignis für den ÖGD in Deutschland“.

Viele Statements machten deutlich: Eine Weiterentwicklung des ÖGD in Richtung Public Health würde eine Weiter-

entwicklung in Richtung Health in All Policies bedeuten. Auch darüber, dass der Ausbau der Personalstellen, für den ein Großteil des Geldes vorgesehen ist, nicht eindimensional in Richtung medizinische Versorgung verlaufen dürfe, war man sich einig. Denn „ÖGD ist mehr als Impfschutz“ und sollte bestenfalls ebenso in Verantwortung für gesunde Viertel und gesunde Städte sein, so Nießen. Dr. Axel Iseke vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen schloss einen Workshop mit dem Churchill-Zitat: „never waste a good crisis“, mit dem er dafür warb, die Chance zu nutzen und die Gesundheitsdienste neu, z. B. partizipativ, zu orientieren.

„Aus unserer Sicht gibt es sehr viel Praxis von Health in All Policies, ohne dass das überall draufsteht“, eröffnete Stefan Bräunling vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit die Paneldiskussion *Health in All Policies*. Frau Dr. Katharina Böhm von der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung führte aus, dass das Konzept Health in all Policies mit seinen gesamtstaatlichen Kernprinzipien ein Politikgestaltungsansatz für komplexe Lösungen in modernen Gesellschaften sei. Sie betonte, dass in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern Aufholbedarf bestünde, etwa aufgrund föderaler Strukturen, der Dominanz des medizinischen Versorgungssystems und einer fehlenden „übergreifenden Strategie für Politikebenen und -felder“ [15].

Beate Proll vom Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung in Hamburg benannte Voraussetzungen für eine gute ressortübergreifende Zusammenarbeit und unterstrich unter anderem die Wichtigkeit, sich mit den System- und Strukturkenntnissen der anderen auseinanderzusetzen und diese anzuerkennen. Darüber hinaus benannte sie gute Praxisbeispiele für die Zusammenarbeit zwischen Gesundheit und Schule, etwa Schulgesundheitsfachkräfte oder Elterncafés, in denen Themen wie Impfen oder Ähnliches platziert würden.

Dr. Ulrike Leistner aus dem Gesundheitsamt Leipzig berichtete vom Aufbau und der Etablierung einer Koordinierungsstelle für Gesundheit und legte zunächst den Fokus darauf, dass

„Gesundheitsförderung Pflichtaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist, aber freiwillige Aufgabe der Kommunen“. Ziel der Koordinierungsstelle sei daher der Aufbau einer „tragfähigen Gesundheitsförderungsstruktur in kommunaler Verantwortung“. In der Verankerung von Gesundheit im integrierten Stadtentwicklungskonzept der Stadt Leipzig als Querschnittsaufgabe sehe sie den bislang größten Erfolg.

Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland

„Public Health ist Global Health vor Ort“, führte Prof. Dr. Hajo Zeeb vom Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie in die Veranstaltung *Chancen nach der Pandemie für Public Health?* ein. Deren Ziel war es, die vom Zukunftsforum Public Health exklusiv zum Kongress veröffentlichten Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland [16] vorzustellen und mit politischen Akteur*innen zu diskutieren. „Eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik und die Beachtung sozialer Determinanten sind zentrale und große Herausforderungen für Public Health in Deutschland“, schloss Hajo Zeeb seine Einführung und öffnete die Diskussion für politischen Vertreter*innen.

Hilde Mattheis von der SPD-Bundestagsfraktion stellte heraus, dass in den letzten Jahren eine zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems vollzogen worden sei. Sie forderte, die Daseinsvorsorge in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems zu stellen und den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur dritten Säule des Gesundheitswesens weiterzuentwickeln. „Gesundheit darf keinen Wirtschaftszwängen unterworfen sein“, so Mattheis. Andrew Ullmann von der FDP unterstrich: „Die Coronakrise ist wie ein Brennglas auf bestehende Probleme.“ Ihm zufolge müsse „die Medizin die Ökonomie leiten“. Nicht die Ökonomisierung sei schuld an aktuellen Missständen, sondern bestehende Verwaltungsstrukturen und eine radikale Sparpolitik. Für ihn seien die Gesundheitskompetenzen der Menschen zentral ebenso wie ein „One-Health-Konzept“ und insgesamt eine Stärkung des Themas globale

Gesundheit, z. B. „in Form einer Staatsministerin, angedockt am Bundeskanzleramt.“ Harald Weinberg von der Partei die LINKE unterstrich den Appell von Hilde Mattheis, dass Gesundheit unabhängig von Profitinteressen ein Rechtsanspruch sei. Er forderte einen „Beirat für Health in All Policies“ und benannte etwa die Gesundheitsregionen oder das Präventionsgesetz als gute Praxisbeispiele und als einen „guten Schritt in Richtung Verhältnisprävention“. Alle Akteur*innen betonten ihre Bereitschaft, das Eckpunktepapier in ihre politische Arbeit mitzunehmen und zu verbreiten.

Korrespondenzadresse

Maren Janella

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Deutschland
janella@gesundheitbb.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Amler, J. Bollmann, J. Waldhauer und M. Janella geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Wahrendorf M, Rupprecht C, Dortmann O, Scheider M, Dragano N (2021) Erhöhtes Risiko eines COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthaltes für Arbeitslose: Eine Analyse von Krankenkassendaten von 1,28 Mio. Versicherten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 64:314–321
2. Wahrendorf M, Knöchelmann A, von dem Knesebeck O, Vonneilich N, Bolte G, Lehmann F, Schmidt MJ, Butler J, Schmidt F, Böhm C, Lunau T, Dragano N (2020) Verschärfen COVID-19 Pandemie und Infektionsschutzmaßnahmen die gesundheitlichen Ungleichheiten?
3. Wachtler B, Michalski N, Nowossadeck E, Diercke M, Wahrendorf M, Santos-Hövenner C, Lampert T, Hoebel J (2020) Sozioökonomische Ungleichheit und COVID-19 – Eine Übersicht über den internationalen Forschungsstand. *J Health Monit* 5(57):3–18
4. Hoebel J, Michalski N, Wachtler B, Diercke M, Neuhauser H, Wieler LH, Hövenner C (2021) Sozioökonomische Unterschiede im Infektionsrisiko während der zweiten SARS-CoV-2-Welle in Deutschland. *Dtsch Arztebl Int* 118:269–270
5. Robert Koch-Institut (2021) Soziale Unterschiede in der COVID-19-Sterblichkeit während der zweiten Infektionswelle in Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/S/Sozialer_

[Status_Ungleichheit/Faktenblatt_COVID-19-Sterblichkeit.html](#). Zugegriffen: 05.2021

6. Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2021) Datenreport 2021. <https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021.html>. Zugegriffen: 05.2021
7. Holz G, Richter-Kornweitz A (2020) Corona-Chronik Gruppenbild ohne (arme) Kinder – Eine Streitschrift
8. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2021) fruehehilfen.de. <https://www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzf/forschung-zu-corona/cosmo-umfrage-familien-in-der-covid-19-krisesituation/ergebnisse-der-cosmo-umfrage-wellen-5-7-und-9/>. Zugegriffen: 05.2021
9. Dietz P, Reichel J, Heller S, Werner A, Tibubos A, Mülder L, Schäfer M, Eisenbarth L, Stark B, Rigotti T, Simon P, Beutel M, Letzel S (2021) Zehn Thesen zur Situation von Studierenden in Deutschland während der SARS-CoV-2-Pandemie. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin Zeitschrift für medizinische Prävention*, Bd. 3
10. Techniker Krankenkasse (2019) SGM – Studentisches Gesundheitsmanagement
11. Jung A (2021) Schlecht klebende Pflaster statt Solidarität. <https://www.akweb.de/ausgaben/670/initiative-covax-internationale-hilfe-corona-impfstoff-beschaffung/>. Zugegriffen: 05.2021
12. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2018) Concluding observations on the sixth periodic report of Germany
13. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K (Hrsg) (2020) Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>. Zugegriffen: 05.2021
14. Bundesgesundheitsministerium (2020) Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst im Wortlaut. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/oeffentlicher-gesundheitsdienst-pakt.html>. Zugegriffen: 05.2021
15. Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H (Hrsg) (2020) Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. VS, Wiesbaden
16. Zukunftsforum Public Health (2021) Eine Public-Health-Strategie für Deutschland – Eckpunkte des Zukunftsforums Public Health. <https://zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie/>. Zugegriffen: 05.2021