

Bundesinstitut für „Prävention und Aufklärung in der Medizin“: Verpasste Chance für Public Health in Deutschland!

*Stellungnahme des Zukunftsforums Public Health (ZfPH)¹ gemeinsam mit
BVPG, DEGAM, DGAUM, DGMS, DGÖGB, DGPH, DGSMP, DGSPJ, DNVF, GesBB,
GSN, LVG & AFS Nds HB, LVG Sachsen-Anhalt, GHUP, KLUG, NÖG, vdää*

Deutschland hat heterogene und nicht systematisch aufeinander abgestimmte Public Health-Strukturen [1]. Eine große Anzahl staatlicher als auch zivilgesellschaftlicher Akteure und engagierter Bürger:innen arbeiten auf ihren jeweiligen Feldern oft fragmentiert nebeneinander her. Eine Zählung der im Bereich der öffentlichen Gesundheit aktiv tätigen Institutionen ergab 307 Akteure im Jahr 2022, darunter 60 Fachgesellschaften und Berufsverbände, 49 Nichtregierungsorganisationen und 40 staatliche Akteure [2]. Diese historisch gewachsene und zersplitterte Landschaft erschwert eine an den Grundsätzen von *Health in all Policies* orientierte, präventiv und gesundheitsförderlich ausgerichtete Politik erheblich. Eine Koordination ist von höchster Dringlichkeit und bedarf eines abgestimmten und konzertierten Vorgehens. Eine politisch konsentrierte Nationale Public Health-Strategie fehlt dafür bisher, wenngleich bereits Eckpunkte für deren Umsetzung vom Zukunftsforum Public Health vorgelegt wurden [3].

Die angekündigte Gründung eines Bundesinstituts für "Prävention und Aufklärung in der Medizin" offenbart eine Verengung auf ein überholtes Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung. Die dringend notwendige Bündelung und Stärkung von Public Health wird mit dem geplanten Konzept nicht gelingen. Und das Ziel der Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Deutschland auch vor dem Hintergrund der anstehenden großen gesellschaftlichen Herausforderung rückt in weite Ferne. Wir empfehlen dringend konzeptionelle und inhaltliche Änderungen einschließlich der Umbenennung.

Neuordnung von Public Health in Deutschland

Im Koalitionsvertrag 2021 wurden Reformen des Public Health-Systems vorgesehen, namentlich eine Nationale Präventionsstrategie und ein Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit. Am 04. Oktober hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach nun ein Konzept für ein neues Bundesinstitut vorgestellt. Es soll zum 01.01.25 unter dem Namen „Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM)“ seine Arbeit aufnehmen und folgende Aufgaben wahrnehmen [4]:

- Auswertung und Erhebung von Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, um politische und strategische Entscheidungen vorzubereiten und zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen zu evaluieren.
- Gesundheitskommunikation des Bundes auf Basis valider Daten zu Gesundheitsbedingungen, Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung.
- Übergreifende Vernetzung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.
- Vernetzung von Wissenschaft, Praxis, Politik und relevanten Stakeholdern.

¹ Das Zukunftsforum Public Health (ZfPH) ist ein Zusammenschluss von Fachgesellschaften und Organisationen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Das RKI und die BZgA haben aufgrund ihrer unmittelbaren Betroffenheit nicht an dieser Stellungnahme mitgewirkt.

- Frühzeitige Identifikation gesundheitlicher Bedürfnisse und Bedarfe (Foresight) sowie Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von nicht übertragbaren Krankheiten.
- Epidemiologische Forschung auf dem Gebiet der nicht übertragbaren Krankheiten, einschließlich Erkennung und Bewertung von individuellen Risiken und sozialen Gesundheitsdeterminanten.
- Unterstützung von Studien zur Verbesserung der Primärprävention und Zusammenarbeit mit dem Forschungsdatenzentrum bei der Nutzung von KI für epidemiologische Auswertungen.
- Aufbau eines Centers of Excellence für Modellierer im Gesundheitswesen.

Das Konzept sieht eine Neuordnung der Public Health-Struktur auf Bundesebene vor: Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Abteilung(en) für nicht-übertragbare Erkrankungen des Robert Koch-Instituts (RKI) gehen in das sogenannte „BIPAM“ über – jedoch ohne dass zusätzliche finanzielle Mittel im Haushalt des BMG für das neue Institut zur Verfügung bereitgestellt werden. Für diese Neuordnung braucht es einen gesetzlichen Rahmen, der für das Frühjahr 2024 geplant ist.

Grundsätzlich ist eine Stärkung der Prävention von nicht-übertragbaren Krankheiten, die angedachte Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und mehr Evidenz in der Gesundheitskommunikation zu begrüßen². Allerdings darf dies nicht zu einer Schwächung anderer hochrelevanter und etablierter Strukturen führen, etwa eines Public Health-orientierten Infektionsschutzes, wie derzeit zu befürchten ist.

Die vom Bundesgesundheitsminister vorgestellten Eckpunkte für das neue Institut weisen aus fachlicher Sicht zahlreiche gravierende Designfehler auf, die die Wirksamkeit der neuen Struktur limitieren werden. Abgesehen von der fragwürdigen Fokussierung auf Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Demenz hegen wir erhebliche Zweifel, ob die angekündigten Reformen zur Stärkung von Public Health durch die geplante Neuorganisation tatsächlich erreicht werden können.

Zu den zentralen Designfehlern gehören:

Designfehler 1: Fehlender *Health in all Policies*-Ansatz

Gesundheit ist nur zu einem begrenzten Anteil ein Ergebnis der Gesundheitsversorgung. Zum überwiegenden Teil ist Gesundheit geprägt vom Alltag der Menschen, also von der Art und Weise, wie Menschen wohnen, arbeiten, lernen und leben und ist daher eine Querschnittsaufgabe aller Politikfelder, von der Arbeitsmarkt- über die Bildungs-, Landwirtschafts-, Verkehrs- bis hin zur Wirtschaftspolitik. Idealerweise ist dabei das Vorgehen über die verschiedenen Sektoren, Ebenen und Akteure hinweg abgestimmt. International wird dieses Vorgehen als *Health in all Policies*-Ansatz (HiAP) [6] bezeichnet und von der WHO empfohlen [7]. Ziel ist es vor allem, gesundheitliche Ungleichheit zu verringern und mehr Gesundheit für alle zu erreichen.

Schon der Name des neuen Instituts konterkariert den HiAP-Ansatz, da er dessen Handlungsrahmen explizit „in der Medizin“ verortet. Diese Einschränkungen werden es unweigerlich erschweren, gesundheitsförderliche Perspektiven zu integrieren, gezielt Prioritäten für Gesundheitsförderung zu identifizieren oder auch Politikmaßnahmen anderer Ressorts hinsichtlich des gesundheitlichen Nutzens und der Kosten zu bewerten. Weiterhin kann ein Institut, das dem BMG direkt unterstellt und berichtspflichtig ist, diesem Ansatz nicht vollumfänglich gerecht werden. Die Frage, wie das neue

² Evidenzbasierte Gesundheitskommunikation sollte jedoch nicht nur auf validen Daten zu Gesundheitszustand und -verhalten der Bevölkerung ansetzen, sondern kommunikative Strategien mit nachgewiesener Effektivität nutzen bzw. solche Effektivitätsnachweise für die eigene Kommunikation erbringen.

Institut mit nachgelagerten Behörden anderer Ressorts wie dem Umweltbundesamt oder dem Bundesamt für Risikobewertung vernetzt ist, ist bisher unbeantwortet.

In der vorläufigen Aufgabenbeschreibung des neuen Instituts wird zu Recht die „Vernetzung von Wissenschaft, Praxis, Politik und relevanten Stakeholdern“ hervorgehoben. Insbesondere im stark fragmentierten deutschen Public Health-System ist eine Vernetzung und Koordinierung dringend erforderlich, um ineffiziente Doppelstrukturen zu vermeiden und das Zusammenspiel der Akteure zu verbessern. Will das neue Institut Wirkkraft entfalten, muss es alle zentralen Public Health-Akteure – insbesondere die Länder und Kommunen, aber auch die vielen nichtstaatlichen Akteure – einbinden und mit ihnen gemeinsam eine Basis für Kooperation schaffen. All dies ist in der geplanten Neuordnung nicht erkennbar. Hier muss beim Aufbau des neuen Bundesinstituts darauf hingewirkt werden, dass die Abstimmungsprobleme zwischen den verschiedenen Akteur*innen, den Ressorts sowie zwischen Bund und Ländern nicht noch größer werden als bisher.

Designfehler 2: Zu enger Fokus auf drei Krankheitsgruppen

Nicht nur der Name und die institutionelle Verankerung des neuen Instituts, sondern auch die Fokussierung auf die Prävention von Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Demenz durch Aufklärung in der Medizin entsprechen nicht dem internationalen Kenntnisstand. Dieser pathogenetischen Sichtweise liegt ein verengter Gesundheitsbegriff zugrunde, der Gesundheit allein als Abwesenheit von Krankheit definiert und nicht als mehrdimensionales Konzept versteht. Das hat zur Folge, dass Präventionsmaßnahmen zu spät im Lebensverlauf sowie zu nah am Individuum ansetzen, zu wenig auf strukturelle Ursachen abzielen und damit die soziale, politische und wirtschaftliche Dimension von Gesundheit völlig verkennen. Aus Public Health-Sicht sollte das Ziel des BMG vielmehr darin bestehen, die Gesundheit aller Menschen zu fördern und zu erhalten und die Ungleichheit von Gesundheitschancen zu minimieren, anstatt sich vorrangig auf die Bewältigung einzelner Krankheitsgruppen zu beschränken.

Die Begründung für die drei Zielerkrankungen wurden vom Bundesgesundheitsminister mit dem hohen Anteil an Sterbefällen durch die drei Erkrankungen gerechtfertigt. Bessere Indikatoren für Erhalt und Förderung der Gesundheit aller Menschen sind vermeidbare Sterbefälle, vorzeitige Sterblichkeit oder Krankheitslast inklusive der in Krankheit verbrachten Lebenszeit. Zudem müssen prioritäre Handlungsfelder mit Blick auf vulnerable Gruppen und benachteiligte Lebenswelten festgelegt werden. Daran sollte sich die Tätigkeit des neuen Bundesinstituts orientieren.

Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter haben einen sehr hohen Nutzen, da frühe Erfahrungen struktureller und sozioökonomischer Benachteiligung nicht nur mit ungleichen Gesundheitschancen in dieser Lebensphase, sondern im gesamten Lebensverlauf einhergehen. Der Verhältnisprävention und ressortübergreifendem Handeln muss Priorität eingeräumt werden. Dabei sind solche Maßnahmen zu betonen, die einen Nutzen sowohl für die Gesundheit als auch für andere Politikbereiche im Hinblick auf andere gesellschaftliche Ziele, wie z. B. den Klimaschutz, versprechen. [8].

Designfehler 3: Dysfunktionale Versäulung durch die institutionelle Trennung von Infektionskrankheiten und nicht-übertragbaren Krankheiten

Die Trennung der Zuständigkeiten für übertragbare Erkrankungen (RKI) und nicht-übertragbare Erkrankungen („BIPAM“) ist aus fachlicher Sicht nicht sinnvoll. Die Coronakrise hat deutlich gemacht, dass Infektionskrankheiten gesamtgesellschaftliche Herausforderungen darstellen und mit nicht-

übertragbaren Krankheiten im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität interagieren. In diesem Zusammenhang wirkte die Pandemie als „Beschleuniger“ sowohl für die sozioökonomische Deprivation als auch für die Ausbreitung chronischer Krankheiten [9]. Zu den Lehren aus der Coronakrise gehört deshalb auch der Blick auf psychische, soziale und wirtschaftliche Folgen einer Epidemie und der zu ihrer Eindämmung ergriffenen Schutzmaßnahmen.

Auch die Public Health Governance-Forschung zeigt, dass die geplante Neuordnung ihr Ziel – die Stärkung von Public Health - nicht erfüllen wird. Im Gegenteil, so wurde erst kürzlich von der "*Lancet Commission on synergies between universal health coverage, health security, and health promotion*" festgestellt, dass die inhaltliche und institutionelle Fragmentierung zwischen übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten u.a. zu erhöhtem Koordinationsaufwand, ineffizienten Doppelstrukturen und Problemen bei der Bearbeitung drängender Themen führt [5]. Die Lancet-Kommission weist zudem darauf hin, dass klar sein muss, welche Institution mit welchem Maß an wissenschaftlicher Unabhängigkeit welche Aufgaben bearbeitet, und wer welche Zugänge zu politischen Entscheidungsträger*innen hat. Zwar ist eine enge Abstimmung aller nachgelagerten Behörden im Geschäftsbereich des BMGs angekündigt, jedoch gibt es hier viele offene Fragen beim Management der Schnittstellen.

Beim Aufbau des neuen Bundesinstituts und in der Kooperation mit dem RKI sollte den o.g. Punkten in angemessener Form Rechnung getragen werden. Dabei sollte insbesondere sichergestellt werden, dass die bisher vom RKI wahrgenommene epidemiologische Datenerhebung, Datenauswertung und Gesundheitsberichterstattung auch zu nicht-übertragbaren Krankheiten wissenschaftlich unabhängig erfolgen kann, damit die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse nicht beeinträchtigt wird. Dies gilt auch für die Evaluation bzw. das Verlaufsmoitoring initiiertter Maßnahmen.

Fazit

Diese von uns beschriebenen strukturellen Defizite und Designfehler müssen im weiteren Prozess dringend behoben werden, damit das Ziel, die Lebenserwartung und die Lebensqualität in Deutschland für jetzige und zukünftige Generationen auf europäischen Standard zu heben, erreicht wird. Die Debatte um die Gestaltung eines Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit sollte ergebnisoffen, differenziert und transparent unter Einbindung der fachlichen Expertise aller zentralen Public Health-Akteure in Deutschland geführt werden. Das Zukunftsforum Public Health steht bei der Gestaltung eines Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit bereit, sich in einen konstruktiven Aufbauprozess einzubringen.

Quellen

1. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, *Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen*. 2015, Halle (Saale): Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. [//www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/public-health-in-deutschland-2015/](http://www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/public-health-in-deutschland-2015/)
2. Hommes, F., A. Mohsenpour, D. Kropff, L. Pilgram, S. Matusall, P. von Philipsborn, and K. Sell, *Überregionale Public-Health-Akteure in Deutschland – eine Bestandsaufnahme und Kategorisierung*. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 2022. 65, p. 96.
3. Zukunftsforum Public Health, *Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland*. 2021. <https://zukunftsforum-public-health.de/download/public-health-strategie-policy-paper/>.
4. Bundesministerium für Gesundheit. *Präventions-Institut im Aufbau*. 2023; <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/praeventions-institut-im-aufbau-pm-04-10-23>
5. Agyepong, I., N. Spicer, G. Ooms, A. Jahn, T. Bärnighausen, C. Beiersmann, H.B. Amoakoh, G. Fink, Y. Guo, and L. Hennig, *Lancet Commission on synergies between universal health coverage, health security, and health promotion*. The Lancet, 2023. 401(10392): p. 1964-2012.
6. Köckler H, G.R., *Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP)*. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

(BZgA). <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit-in-allen-politikfeldern---health-in-all-policies-hiap/>

7. World Health Organization, *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908>
8. Zukunftsforum Public Health, *Vorrang für Verhältnisprävention*. 2017: Geschäftsstelle Zukunftsforum Public Health. <https://zukunftsforum-public-health.de/wp-content/uploads/2018/08/Vorrang-fuer-Verhaeltnispraevention.pdf>
9. Bambra, C., R. Riordan, J. Ford, and F. Matthews, *The COVID-19 pandemic and health inequalities*. J Epidemiol Community Health, 2020. 74(11): p. 964-968.

Mitzeichnende Institutionen (Stand 14.11.)

- BVPG, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung
- DEGAM, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
- DGAUM, Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin
- DGMS, Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie
- DGSMP, Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
- DGÖGB, Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit & Bevölkerungsmedizin
- DGPH, Deutsche Gesellschaft für Public Health
- DGSPJ, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
- DNVF, Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung
- GesBB, Gesundheit Berlin Brandenburg
- GSN, Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland
- GHUP, Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin
- KLUG, Deutsche Allianz Klimawandel Gesundheit
- LVG & AFS Nds. HB, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen
- LVG Sachsen-Anhalt, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt
- NÖG, Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit
- vdää, Verein demokratischer Ärzt*innen