



Wortprotokoll der 68. Sitzung

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

Berlin, den 26. Juni 2024, im Anschluss an die
67. Sitzung
Paul-Löbe-Haus
E.700

Vorsitz: Helmut Kleebank, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt **Seite 4**

**Fachgespräch zum Thema „SDG 3 – Gesundheit
und Wohlergehen (Schwerpunkt
Gesundheitsförderung und Prävention)“**

20. Wahlperiode



Deutscher Bundestag
Parlamentarischer Beirat für nachhaltige
Entwicklung

Liste der Sachverständigen

Dr. Ute Teichert *)

Leiterin Abteilung 6, Bundesministerium für Gesundheit

Maike Voss *)

Geschäftsführende Direktorin, Centre for Planetary Health Policy (CPHP)

*) Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zum öffentlichen Fachgespräch eingeladen.



Mitglieder des Beirates

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Blankenburg, Jakob Echeverria, Axel Hagl-Kehl, Rita Kleebank, Helmut Rudolph, Tina Zorn, Armand	Abdi, Sanae Kersten, Dr. Franziska Mascheck, Franziska Nasr, Rasha Plobner, Jan Wagner, Dr. Carolin
CDU/CSU	Brinkhaus, Ralph Kaufmann, Dr. Stefan Mayer-Lay, Volker Schreiner, Felix Stefinger, Dr. Wolfgang Weiss, Maria-Lena	Connemann, Gitta Grundmann, Oliver Heilmann, Thomas König, Anne Lenz, Dr. Andreas Mannes, Dr. Astrid
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Ganserer, Tessa Menge, Susanne Wagner, Johannes	Außendorf, Maik Beck, Katharina Michaelsen, Swantje Henrike
FDP	Al-Halak, Muhanad Gründer, Nils Willkomm, Katharina	Gerschau, Knut Skudelny, Judith Stockmeier, Konrad
AfD	Glaser, Albrecht Kraft, Dr. Rainer	Bleck, Andreas Kaufmann, Dr. Michael



Einzigiger Tagesordnungspunkt

Fachgespräch zum Thema „SDG 3 – Gesundheit und Wohlergehen (Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention)“

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD): Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, ich eröffne die 68. Sitzung des Parlamentarischen Beirates für nachhaltige Entwicklung (PBnE). Wir haben in dieser Sitzung einen Tagesordnungspunkt: ein Fachgespräch zum Thema „SDG 3 – Gesundheit und Wohlergehen“ mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention. Ich darf unsere beiden Sachverständigen begrüßen. Zu meiner Rechten Frau Dr. Ute Teichert vom Bundesministerium für Gesundheit und Frau Maike Voss vom Centre for Planetary Health Policy (CPHP). Ein herzliches Willkommen Ihnen beiden.

Prävention und Gesundheitsförderung sind als eine zentrale gesamtgesellschaftliche Zukunftsaufgabe zu verstehen. In unserer vorherigen Sitzung haben wir dazu bereits ein paar Sätze gehört. Der Klimawandel ist ein Risiko für die Gesundheit, das Leben und den Wohlstand. Die Gefahren durch neue Krankheiten und sich von der südlichen Atmosphäre weiter in Richtung Norden verbreitende Erreger sowie zunehmend anhaltende Hitzeperioden werden weiter steigen. So ist es wichtig, Krankheiten zu behandeln. Besser ist es, sie zu vermeiden und damit auch die Anzahl der gesunden und selbstbestimmten Lebensjahre für alle Menschen zu steigern. Das liegt nicht nur, und auch das haben wir bereits gehört, in der Verantwortung des Gesundheitssektors, sondern in allen Bereichen der Politik. Wir haben hier bereits des Öfteren das Stichwort „Health in All Policies“ (HiAP) gehört, es zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden. Dazu wollen wir heute ein Fachgespräch führen. Zunächst zu meiner Rechten: Frau Dr. med. Ute Teichert. Sie ist Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen und Magistra Public Health. Seit Februar 2022 ist sie Leiterin der Abteilung öffentliche Gesundheit im Bundesministerium für Gesundheit. Ende 2023 hat Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach angekündigt, das Bundesinstitut für Prävention

und Aufklärung in der Medizin errichten zu lassen, kurz BIPAM. Das BIPAM untersteht dem Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums und ist organisatorisch der von Frau Dr. Teichert geleiteten Abteilung zugeordnet.

Neben Frau Teichert sitzt Frau Maike Voss. Sie ist geschäftsführende Direktorin des Centre for Planetary Health Policy, ein von der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit gegründeter Thinktank. In ihrer Forschung konzentriert sie sich auf die Steuerung von Gesundheit innerhalb planetarer Grenzen, insbesondere mit gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Treibern und Barrieren für Gesundheitsförderung und Prävention sowie mit den Wechselwirkungen zwischen Gesundheit, Klimawandel und Sicherheit.

Wir haben ein Eingangsstatement von jeweils zehn Minuten vereinbart, dann die übliche Frage-Antwort-Runde. Wie immer sind das fünf Minuten für die Frage inklusive Antwort. Die heutige Sitzung ist auch dieses Mal wieder eine öffentliche. Sie wird live im Parlamentsfernsehen auf Kanal 3 übertragen und ist in der Mediathek des Deutschen Bundestages und auf der Website des Beirats abrufbar. Die Präsentation von Frau Voss ist auf Ausschussdrucksache 20(26)123 verteilt worden. Wie immer machen wir für das Wortprotokoll einen Ton-Mitschnitt.

Soweit die organisatorischen Hinweise und jetzt können wir in unsere Themen einsteigen. Sehr geehrte Frau Voss, Sie haben das Wort.

Sachverständige **Maike Voss** (Geschäftsführende Direktorin Centre for Planetary Health Policy (CPHP)): Ganz herzlichen Dank für die Möglichkeit, hier sprechen zu dürfen und für die Einladung. Ich habe Ihnen 15 Folien mitgebracht und ich gebe mein Bestes, dass ich das in zehn Minuten schaffen werde. Was ich nicht mitgebracht habe, sind Einführungen in die Fragen: „Was ist Gesundheit, was ist Nachhaltigkeit“. Das habe ich einfach vorausgesetzt. Ich habe trotzdem ein paar Hintergrundinformationen. Wir arbeiten sehr viel mit den planetaren Grenzen. Die sind hoffentlich bei Ihnen bekannt. Diese beziehen sich auch hierbei auf Gesundheit, da wir aufgrund der Überschreitung der planetaren Grenzen jetzt



schon Leid, Todesfälle, Krankheiten etc. haben und in Bezug darauf direkte und indirekte Gesundheitskosten. Das allein ist schon Handlungsauftrag genug.

Im letzten Jahr hatten wir ein wissenschaftliches Momentum mit diesen drei auf Deutschland bezogenen Berichten des Sachverständigenrats für Umweltfragen, vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU) und den Sachstandsbericht vom Robert-Koch-Institut. Das heißt, die Evidenz im Zusammenhang mit Klimawandel, Gesundheit, Umweltveränderung, Gesundheit, Nachhaltigkeit war noch nie so gut. Wir wissen unglaublich viel in dem Bereich. Die eigentliche Frage ist immer, was wir konkret daraus machen. Der WBGU fasst das in einem Dreiklang zusammen, der die Dringlichkeit verdeutlicht. Unsere Lebensweise macht krank und zerstört den Planeten gleichermaßen. Gesunde Menschen kann es nur auf einem gesunden Planeten geben und wir müssen eine zivilisatorische Wende für planetare Gesundheit einleiten. Planetare Gesundheit, was ist das eigentlich? Vielleicht kennen Sie das Donut-Modell mit den planetaren Grenzen, das ist hier rechts auf der Folie dargestellt. Wir müssen Gesellschaft, Politik, Wirtschaft so gestalten, dass wir innerhalb dieser planetaren Grenzen bleiben und Gesundheit für jetzt und für zukünftige Generationen sicherstellen. Ich habe in die Weiterentwicklung der deutschen Nachhaltigkeitsstrategie von diesem Jahr geschaut und diesen Satz hier rausgezogen, weil er das, was wir heute besprechen wollen, ganz gut zusammenfasst: „Insbesondere Gesundheitsförderung und Prävention sollten angesichts des demografischen Wandels nicht nur über alle Bereiche des Gesundheitssystems hinweg, sondern verstärkt in der Sozial-, Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, der Familien-, der Verkehrs- oder der Umwelt- sowie Klimapolitik sowie im Städtebau mitgedacht und effizient gestaltet werden. Dem dient insbesondere der Ansatz von ‚Health in All Policies‘“. Das zu lesen als Gesundheitswissenschaftlerin ist super. Das wollen wir an Sprache haben. Aber was bedeutet das genau und wie macht man das im nächsten Schritt? Ich habe versucht, das ein bisschen auseinander zu brechen. Zuerst braucht es eine Neuausrichtung der Ziele im Gesundheitswesen. Wir müssen die Nachfrage nach

Gesundheitsdienstleistungen reduzieren. Wie schaffen wir das? Indem weniger kranke Menschen ins System hineinkommen. Wie funktioniert das? Durch Gesundheitsförderung und Prävention. Im nächsten Schritt geht es darum, die Bedarfe zu decken, also nicht zu viel aber auch nicht zu wenig zu machen. Genau das an Gesundheitsversorgung anzubieten, was die Menschen brauchen. Im letzten Schritt muss das, was dann gemacht wird, so emissionsarm wie möglich sein. Also über grünen Krankentransport beispielsweise nachzudenken. Da passiert im Gesundheitswesen schon enorm viel. Worüber wir eigentlich sprechen wollten, ist der erste Teil: Gesundheitsförderung und Prävention. Oft wird gedacht, dass das etwas außerhalb des Gesundheitswesens ist. Aber Gesundheitsförderung und Prävention sind extrem systemrelevant, systemstärkend und auch systemerhaltend. Bei all den Krisen, die wir auch im Gesundheitswesen haben, wird es nicht anders gehen, als weniger kranke Menschen im System zu haben. Das geht nur über Gesundheitsförderung, Prävention und die Resilienzdebatte. Wie bekommen wir das noch mehr zusammen, Nachhaltigkeit, Gesundheitsförderung und Prävention? Da geht es darum, was ist eigentlich ganz genau das Ziel, das erreicht werden soll. Es ist nicht Gesundheit, das ist ja auch erstmal groß und schwammig, sondern das ist gesundheitliche Chancengerechtigkeit. Also keine ungerechten, vermeidbaren oder behebbaren Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen sozial, wirtschaftlich, demografisch und geografisch definierten Bevölkerungsgruppen. Das ist wieder sehr technisch, ich weiß. Aber wenn das das Ziel ist, dann soziale, ökologische, ökonomische Nachhaltigkeit eigentlich nur Mittel zum Zweck. Wir machen das nicht einfach so, sondern wir wollen Gesundheit und Chancengerechtigkeit erreichen. Genauso ist auch Health in All Policies nur ein Instrument. Die Co-Benefits werde ich gleich vorstellen. Mit anderen Worten: Was wir eigentlich brauchen, ist Nachhaltigkeit als Mittel für das gute Leben. Da steckt immer die Gesundheits- oder Lebensqualitätsdebatte für alle und auch für zukünftige Generationen mit dran. Wenn wir über Nachhaltigkeit nachdenken, sind immer die zukünftigen Generationen mit im Blick zu behalten. Vielleicht kennen einige den Health in



All Policies-Ansatz. Es gibt ein ganz tolles Papier dazu vom Zukunftsforum Public Health, das kann ich sehr empfehlen. Es handelt sich um einen sektorübergreifenden Ansatz, der die Entwicklung öffentlicher Politiken in allen Bereichen fördert – nicht nur im Gesundheitswesen. Er berücksichtigt systematisch die gesundheitlichen Auswirkungen von Entscheidungen, strebt Synergien an, vermeidet gesundheitsschädliche Effekte und zielt auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit ab. Die gesundheitlichen Auswirkungen von Entscheidungen habe ich hier unterstrichen, darauf kommen wir gleich noch zu sprechen.

Was hat besondere Hebelwirkungen, wenn wir auf Gesundheit und Nachhaltigkeit schauen? Dann sind das eigentlich diese Kreise hier auf meiner Folie. Das erste ist die Verkehrswende. Also alles, was muskelbasiert statt motorisiert stattfindet, hat Co-Benefits oder Mehrgewinne sowohl für uns Menschen in der Krankheitsprävention als auch beispielsweise für die Umwelt und den Klimaschutz. Gleiches gilt bei der Wende im Bauwesen. Der lustige bunte Kreis in der Mitte ist eine Ernährungsform, sie nennt sich „Planetary Health Diet“. Sie ist sowohl für den Menschen als auch für den Planeten gut. Um es vorwegzunehmen, sie ist nicht rein vegan, sie ist auch nicht rein vegetarisch. Das Verhältnis macht es aus. Die Energiewende natürlich auch: „Wellbeing Economy“, also eine Wirtschaft, die nicht ausschließlich auf Profitmaximierung ausgerichtet ist, sondern vor allem darauf, dass es den Menschen in ihrem Wohlbefinden besser geht. Wenn ich mir das so anschau: „Health in All Policies“, wie kommen wir da eigentlich zu einer Systematik? Da fehlt uns eigentlich etwas. Nämlich Gesundheitsfolgenabschätzung als Instrument. Wir haben Nachhaltigkeitsprüfungen auch im Rahmen der deutschen Nachhaltigkeitsstrategie. Aber da ist noch mehr möglich, indem wir dieses Instrument weiter institutionalisieren.

Ich habe mir das Präventionsgesetz angeschaut. Inwieweit steckt da jetzt schon Nachhaltigkeit drin? Umweltschutz ist nicht explizit als Ziel genannt. Da könnte man nachschärfen. Wenn überhaupt, gibt es Ansatzpunkte über die sogenannten Lebenswelten, also, was passiert in den Kitas, in den Betrieben, in der Kommune. Da kann man jetzt schon loslegen. Gleichzeitig ist das

Präventionsgesetz jedoch enorm beschränkt, weil es ja eigentlich nur auf die Kostenträger im Gesundheitswesen, also auf Krankenkassen, schaut. Alle anderen Akteure beinhaltet es nicht. Das heißt, da ist eigentlich noch viel mehr zu tun. Das Präventionsgesetz ist nicht das Gesetz, das bundesweit Prävention macht. Es ist ein einziger kleiner Baustein.

Das Nächste, was ich mir angeschaut habe, ist der Nationale Präventionsplan, den es so in der Form noch nicht gibt, der aber im Koalitionsvertrag angekündigt ist. Ich denke, er kann je nach Ausgestaltung ein Instrument für mehr Politikkohärenz und Partizipation sein, stets mit dem Fokus auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit.

Über die letzte Folie wollte ich ein bisschen länger sprechen. Sie haben es gerade schon erwähnt. Das Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin, kurz BIPAM. Wir haben die Frage gestellt, ob das jetzt eigentlich die Lösung aller Probleme ist. Ich glaube, davor muss man einmal genau definieren, was ist eigentlich das Problem? Und was ist die Strategie? Warum braucht man dieses Institut? Es gab einige Kritik an der Institution. Frau Teichert wird vielleicht auch noch etwas dazu sagen. Der Referentenentwurf, der gerade veröffentlicht wurde, geht auf einiges ein. Nicht auf alles, aber auf einiges. Was ich Ihnen mitgebracht habe, ist nur ein einziger Hebel, wieder die gesundheitliche Folgenabschätzung als Instrument. Ich denke, das kann man in den Referentenentwurf gut einbauen. Dort steht unter § 2 Abs. 1 als Aufgabe die „Beobachtung von gesundheitsrelevanten Faktoren von gesundheitlichen Rahmenbedingungen“. Mit der Ergänzung der beiden Wörter „und bewerten“ hätte man den Grundstein dafür gelegt, dass man nicht nur schaut, was machen denn andere Politikbereiche und welche Auswirkungen hat das auf Gesundheit, sondern dass das auch bewertet werden darf. Das wird den anderen Häusern nicht gefallen. Überhaupt nicht. Aber wenn wir vorankommen wollen im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit, wäre das sicher ein Hebel.

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD): Sehr spannend, insbesondere diese Zuspitzung auf diesen einen Aspekt, der ja tatsächlich überall



eine Rolle spielen müsste. Jetzt hat Frau Dr. Teichert das Wort. Bitte schön.

Sachverständige **Dr. Ute Teichert** (Leiterin Abteilung 6, Bundesministerium für Gesundheit (BMG)): Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete. Ich möchte mich auch herzlich bedanken dafür, dass Sie sich mit diesem Thema beschäftigen und uns im Duo hier eingeladen haben. Ich kann ergänzend aufsetzen auf den wunderbaren Boden, den Maike Voss schon vorbereitet hat. Vielleicht noch mal einen kurzen Blick zurück. Neben allen Aspekten, die wir gerade schon in der Theorie gehört haben, spielen bei uns im Ministerium auch die Nachwehen der Covid-Pandemie eine Rolle. Wir haben ja erlebt, wie in der Pandemie bestimmte Sachen wie ein Brennglas vor unsere Augen gekommen sind und auch wie sehr wir das Thema Gesundheit und Wohlergehen, das Sustainable Development Goals (SDG) 3, in den Blick nehmen müssen.

Wir brauchen ein leistungsstarkes Gesundheitssystem, und wir brauchen breiten Zugang zur allgemeinen Gesundheitsversorgung und zu hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen. Wir müssen uns das natürlich unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit ansehen.

Was uns ebenso beschäftigt, ist das Thema der Lebenserwartung. Wir haben in Deutschland im europäischen Vergleich eine relativ geringe Lebenserwartung. Wir liegen nur etwas knapp über dem Durchschnitt. In anderen Ländern wie Frankreich oder Spanien leben die Menschen im Schnitt deutlich länger als in Deutschland. Wir haben das Problem, dass wir zu wenig gesunde Lebensjahre im Alter haben, obwohl wir relativ hohe Kosten dafür aufwenden, im Schnitt 5.000 Euro pro Kopf. Wenn ich noch mal auf die Pandemie zurückkommen darf, und das hat Frau Voss ja auch gerade schon angesprochen: Die soziale Schere ist in der Pandemie sehr deutlich geworden. Wir wissen, dass wir das Thema gesundheitliche Chancengleichheit bewusst angehen müssen. Das sind nur einige Splitter, die uns bewegen. Was sind die wesentlichen Kernpunkte? Sie haben es in der Einführung eben schon gehört. Ich bin fest davon überzeugt, dass wir den Bereich der öffentlichen Gesundheit stärken müssen. Wir müssen uns die Frage stellen,

wie bekommen wir das in die Versorgung, wie bekommen wir das vor Ort. Vor der Pandemie haben wir im Gesundheitsbereich vorwiegend auf die Kosten geschaut und auf den Bereich der Kuration. Wir haben gemerkt, es gibt noch viel mehr in dem ganzen Kontext, wir brauchen auch jemanden, der sich um die Gesundheit der Bevölkerung kümmert. Wir haben gelernt, dass wir alle Menschen erreichen müssen, insbesondere die vulnerablen Gruppen. Und wenn wir über das Thema „gesundheitliche Chancengleichheit“ reden, dann ist das zwar eine wundervolle Vision, aber wir müssen überlegen, wie wir es schaffen, den Schritt in die Praxis zu machen.

Wir sind jetzt unterwegs mit vielen verschiedenen Faktoren. Ich möchte vielleicht drei Beispiele an der Stelle ansprechen. Frau Voss hat bereits das eine oder andere vorgelegt und wir haben es auch in ihrer Eingangsrede gehört. Wir werden ein Bundesinstitut schaffen, was sich mit diesen Themen beschäftigt. Im Koalitionsvertrag ist festgehalten, dass ein Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit errichtet werden soll, in dem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aufgeht. Im Laufe des Verfahrens hat sich der Name von „Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit“ Richtung „Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin“ verändert. Das ist aber identisch. Ich bin schon ein paar Mal gefragt worden, „macht ihr denn mehrere Sachen“? Nein, das tun wir nicht. Wir sind in der letzten Woche mit einem Referentenentwurf in die Ressortanhörung und auch in die Länder- und Verbändeanhörung gestartet. Wir warten jetzt sehr gespannt auf die Rückmeldungen. Es gab im Vorfeld einige Diskussionen zu unterschiedlichen Ständen des Referentenentwurfs, vor allen Dingen aus der Fachwelt. Davon haben wir bereits einiges aufnehmen können. Wenn jetzt noch weitere wichtige Argumente kommen, ist es sehr wohl möglich, diese auch noch mit einfließen zu lassen.

Was hat das mit dem Thema hier zu tun, das wir heute besprechen? Das Thema „Nachhaltigkeit“ zieht sich durch alle Bereiche. Wir müssen uns Gedanken darüber machen, wie Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen aussehen kann. Da haben wir uns an verschiedenen Stellen häufiger mit Fachpublikum ausgetauscht. Auch das



Gesundheitswesen hat einen Anteil an Emissionen. Wie können wir also an dieser Stelle zu einer deutlichen Reduktion von Emissionen aber auch zu Müllvermeidung beispielsweise kommen?

Im neuen Bundesinstitut wollen wir den Bereich „Prävention“ deutlich stärken und verankern und das Thema auf Bundesebene mit einem Gesicht versehen. Wir wollen Daten generieren unter dem Public-Health-Aspekt. Es soll nicht nur darum gehen, warum wird jemand krank, sondern auch, wie ist die Krankheitslast in der Bevölkerung. Das ist ein neuer Ansatz, den wir bislang nicht verfolgt haben, von dem wir aber denken, dass wir damit einen Schritt nach vorne kommen. Und, auch das ist im Koalitionsvertrag angelegt, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird in diesem Kontext in dem neuen Bundesinstitut aufgehen. Wir bringen also den Datenbereich mit der Kommunikation zusammen und wollen evidenzbasierte Medizin für den Bereich öffentliche Gesundheit schaffen, um damit insgesamt die öffentliche Gesundheit zu stärken. Das ist an dieser Stelle neu und wir glauben, dass das ein wichtiger Schritt ist, um Public Health in Deutschland nach vorne zu bringen. Gleichzeitig sollen die Themen „Nachhaltigkeit, Prävention und Gesundheitsförderung“ mit einem deutlichen Input auch auf der Bundesebene verankert werden. Denn wir wollen den öffentlichen Gesundheitsdienst weiter stärken. Einen Anfang haben wir gemacht. Im Bundesministerium für Gesundheit haben wir erstmalig eine Abteilung für öffentliche Gesundheit eingerichtet. Wir sind aktuell dabei, den Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst umzusetzen, ein Konjunkturpaket, das während der Pandemie mit insgesamt vier Milliarden Euro von der Bundesregierung in Angriff genommen wurde, um vor allem die Gesundheitsämter vor Ort zu stärken. Das ist ein sehr wichtiger Schritt. Wir wollen dort nicht nur neues Personal schaffen, da sind wir bereits auf einem sehr guten Weg, sondern wir werden auch die Digitalisierung vor Ort deutlich vorantreiben. Ich könnte Ihnen viele gute und wichtige Beispiele geben, was wir alles mitnehmen in dem neuen Bundesinstitut. In dem Kontext, in dem wir heute hier unterwegs sind und zu dem, was Maïke Voss eben gesagt hat, möchte ich noch ergänzen, dass wir auch

Klimapolitik mit betrachten werden, weil dies auch in der Gesundheitspolitik deutlich verstärkt werden muss. Das heißt, wir wollen gemeinsam mit unseren nationalen und internationalen Partnern die Rahmenbedingungen für nachhaltige, klimaneutrale Produkte der gesundheitlichen Versorgung stärker in den Blick nehmen. Wir wissen, dass das Gesundheitswesen einen erheblichen Anteil an Treibhausgasemissionen hat. Da passiert schon sehr viel. Wenn der Bund in dieser Institution das Thema verankert, stärkt das auch den Akteuren, die in diesem Bereich bereits unterwegs sind, nachhaltig den Rücken. Das ist genau die Idee dabei. Wir werden an der Stelle sicherlich weiter voran gehen. Ich denke, dass wir die Anregungen, die wir aus der Fachcommunity und dem parlamentarischen Bereich, neben den bereits vorhandenen vielen guten Ideen bekommen, gut aufnehmen können und dort miteinander verbinden können. Herzlichen Dank.

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD): Vielen Dank für diese beiden Eingangsstatements. Ich glaube, da gibt es für Fragen und Diskussionen eine Menge Anknüpfungspunkte. Ich schaue mal in die Runde, um die ersten Wortmeldungen aufzunehmen. Wir beginnen bei Herrn Mayer-Lay, dann Frau Hagl-Kehl, Frau Menge und Herr Wagner und dann Herr Dr. Kraft.

Abg. Volker Mayer-Lay (CDU/CSU): Vielen Dank für die interessanten Vorträge. Frau Dr. Teichert, Sie hatten gerade von der öffentlichen Gesundheit gesprochen. Einfach eine Verständnisfrage: Ist diese dann abzugrenzen von einer privaten Gesundheit oder wie muss ich mir das vorstellen? Könnten Sie mir diese Begrifflichkeit vielleicht erläutern? Sie haben gerade in Ihrem Abschlussstatement auch davon gesprochen, das Gesundheitswesen habe einen gewissen Anteil an den Treibhausgas-Emissionen. Können Sie mir das auch an einem praktischen Beispiel veranschaulichen? Das wäre sehr freundlich. Danke.

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD): Gerne direkte Antwort.

Sachverständige Dr. Ute Teichert (Leiterin Abteilung 6, Bundesministerium für Gesundheit (BMG)): „Öffentliche Gesundheit“ ist hier nicht im Kontext oder im Gegensatz zu privater



Gesundheit zusehen. Wir haben ein Drei-Säulen-Modell im Gesundheitssystem. Das heißt, wir haben die stationäre Versorgung, wir haben die ambulante Versorgung und wir haben den Bereich öffentliche Gesundheit. Öffentliche Gesundheit umfasst alle Bereiche, die in diesem Kontext eine Rolle spielen. Das sind die Gesundheitsämter auf kommunaler Ebene, die Landesgesundheitsämter und die Ministerien auf Landesebene und natürlich der Bund mit vielfältigen Bundesoberbehörden sowie das Bundesgesundheitsministerium. Alle diese gehören zu dem Bereich öffentliches Gesundheitswesen. Der große Unterschied ist, dass die Bereiche stationäre und ambulante Versorgung über die Kostenträger finanziert werden. Der Bereich der öffentlichen Gesundheit wird dagegen aus Mitteln der öffentlichen Hand finanziert. Es ist immer etwas schwierig, das im Vergleich zu beziffern, weil wir uns häufig auf die Bereiche stationäre und ambulante Versorgung konzentrieren und auf die Diskussionen, die dabei eine Rolle spielen.

Sachverständige **Maike Voss** (Geschäftsführende Direktorin Centre for Planetary Health Policy (CPHP)): Kurz zusammengefasst, definiere ich „Öffentliche Gesundheit immer als die Sorge um die Gesundheit von allen.“

Wo entstehen Emissionen im Gesundheitswesen? Die entstehen vor allem dort, wo wir viele Produkte haben, in den Arzneimitteln, in der Produktion, in den Lieferketten, in der Medizintechnik, in der Beheizung oder in der Kühlung von Krankenhäusern, also überall dort, wo es um Gebäude geht. Das wird dort auch mit eingerechnet. Ungefähr fünf bis sechs Prozent der gesamten Emissionen in Deutschland liegen im Gesundheitswesen. Auch da müssen wir Richtung Null gehen, so schnell es geht. Im Gesundheitswesen bewegt sich schon viel. Viele Krankenhäuser haben bereits Nachhaltigkeitsmanager eingestellt. Da könnte es noch ein bisschen mehr Unterstützung geben von Seiten der Bundesregierung. Aber es passiert schon enorm viel.

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD): Noch eine Nachfrage? Es sind noch zwei Minuten.

Abg. **Volker Mayer-Lay** (CDU/CSU): Eine Frage zum BIPAM: Welche Hebel hat denn dieses neu

zu schaffende und neu geschaffene Haus dann im Endeffekt? Hat es nur beratende Wirkung oder gibt es dort irgendwelche Hebel, die aktiv eingesetzt werden könnten?

Sachverständige **Dr. Ute Teichert** (Leiterin Abteilung 6, Bundesministerium für Gesundheit (BMG)): Ich versuche gerade zu überlegen, was Sie mit „Hebeln“ meinen. Der Bund hat ja keine Zuständigkeit für den Bereich öffentliche Gesundheit, das ist eigentlich Ländersache. Meinen Sie Durchgriffsrechte? Die haben wir nicht.

Abg. **Volker Mayer-Lay** (CDU/CSU): Beispielsweise und wie der Einfluss dann tatsächlich ist. Gibt es Bindungswirkungen von den Ergebnissen, die dieses Haus dann schaffen wird oder Ähnliches?

Sachverständige **Dr. Ute Teichert** (Leiterin Abteilung 6, Bundesministerium für Gesundheit (BMG)): Die Idee ist, über einen Netzwerkaufbau und eine Kommunikationsplattform den öffentlichen Gesundheitsdienst nochmal zu adressieren und dort vor allen Dingen auch „evidence-based medicine“ (Evidenzbasierte Medizin, EBM) hineinzutragen. Sie erinnern sich vielleicht, in der Pandemie hatten wir die Diskussion bei den Kontaktpersonenermittlungen. Da war die Frage, warum läuft es im Gesundheitsamt A anders als im Gesundheitsamt B, vielleicht im gleichen Land oder auch in einem anderen Bundesland. Wir denken, dass wir als Serviceleistung für die Gesundheitsämter und zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit einen wesentlichen Beitrag leisten können, wenn wir über wissenschaftlich fundierte Informationen und die Integration der Forschung durch den Aufbau eines Observatory mit der Erstellung von Leitlinien eine wichtige Richtung vorgeben können. Ich denke, dass das ein entscheidender Punkt ist. Wir werden keine Hebel im Sinne von Durchsetzungsmöglichkeit haben. Die Zuständigkeiten der Länder und Kommunen bleiben in dem Fall völlig unberührt.

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD): Dankeschön. Vor der nächsten Frage möchte ich die Rednerliste abgleichen, damit ich niemanden übersehe. Bei mir stehen jetzt noch Frau Hagl-Kehl, Frau Menge, Herr Wagner, Herr Dr. Kraft,



Herr Gerschau, Herr Brinkhaus, Frau Rudolph.
Frau Hagl-Kehl, bitte.

Abg. **Rita Hagl-Kehl** (SPD): Herzlichen Dank für Ihren Vortrag und auch für Ihre Arbeit. Ich komme aus dem Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft und bin dort mit Ernährung befasst. Darum kommt mir einiges, was Sie gesagt haben, sehr bekannt vor. Wobei das immer unsere Problematik im Bund ist. Beispielsweise hat der Bürgerrat kostenlose Kita- und Schulernährung mit einem guten Qualitätsstandard gefordert. Da stellt sich die Frage: Wer soll das bezahlen? Im Endeffekt sparen wir langfristig wahrscheinlich viel Geld, also Folgekosten. Wir kennen die Statistiken, dass die Kinder übergewichtig und fehlernährt sind. Das wäre meine Frage: Wie bekommen wir eine bessere Finanzierung bei gleichen Bedingungen? Wir haben eben nicht diese gleichen Bedingungen. Je niedriger das Einkommen in einem Landkreis ist, desto niedriger ist die Lebenserwartung. Das hängt schon sehr eng zusammen. Wie bringen wir die Menschen dazu, dass sie sich besser ernähren oder weniger Alkohol trinken oder weniger rauchen? Wie bekommen wir das hin als Bund, ohne dass wir jemanden bevormunden, aber dass wir den Menschen Hilfestellungen geben, die uns viele Folgekosten später dann ersparen. Und ein weiterer Punkt, der mir von einer Kollegin aus dem Gesundheitsausschuss genannt wurde: wir bräuchten eigentlich ein Screening für alle Patienten, die ins Krankenhaus kommen. Sind sie richtig ernährt? Haben sie irgendwelche Mangelerscheinungen? Und jedes Mal, wenn sie dazu etwas gesagt wurde, dann hieß es immer, dafür haben wir kein Geld. Aber es ist bereits wissenschaftlich nachgewiesen, dass das Kosten sparen würde. Das wäre meine Frage: Was kann man in dem Bereich machen?

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD): Das sind mehrere Fragen. Frau Voss, wollen Sie beginnen?

Sachverständige **Maike Voss** (Geschäftsführende Direktorin Centre for Planetary Health Policy (CPHP)): Herzlichen Dank für die Fragen im Ernährungskontext. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung hat gerade ihre Empfehlungen angepasst und mit aufgenommen, dass Ernährung nicht nur gut für uns Menschen sein muss, sondern dass sie der Umwelt auch nicht schaden darf. Also da haben wir jetzt schon inhärent den

Nachhaltigkeitsaspekt integriert. Das ist eine ganz große Errungenschaft. Um im Ernährungsbereich wirklich mit großen Schritten voranzugehen, braucht es den Fokus auf Lebenswelten, also auf Kita, auf Schule, auf Betrieb, auf Gemeinschaftsverpflegung, auch im Krankenhaus zum Beispiel. Wenn Sie mal im Krankenhaus waren, da möchte man ja wirklich nicht essen. Das liegt daran, dass Ernährung in dem Budget eines Krankenhauses dort verortet ist, wo auch zum Beispiel Bettwäsche ist. Da kann man sparen und nicht in dem Bereich, wo es zum Beispiel um Arzneimittel geht. Da liegen Fehlanreize. Wir beschäftigen uns in dem Kontext viel mit Gemeinschaftsverpflegung. Auch wenn man das umstellt, ist es nicht immer teurer. Das ist eigentlich ein Mythos. Es liegt daran, dass Köchinnen und Köche es nicht gewohnt sind, in dem Bereich zu kochen. Da fehlt vielleicht das erforderliche Wissen. Aber da kann man ganz viel verändern. Es kostet nicht immer mehr. Wie Sie auch gesagt haben, spart man am Ende Krankheitskosten, indirekte und direkte Krankheitskosten. Deswegen hatte ich das auf die erste Folie gebracht.

Zudem noch zwei weitere Punkte. Sie haben es kurz angesprochen. Nichts in den Gesundheitswissenschaften ist so gut belegt wie der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit. Menschen, die in Armut leben, sind kränker, sterben früher und leiden länger. Das heißt, Wellbeing Economy und alle Instrumente, die mehr Geld in Familien bringen, Kindergrundsicherung, helfen der Gesundheit. Also Finanzpolitik ist Gesundheitspolitik in dem Bereich.

Zum Screening „Ernährung“. Ich war letzte Woche bei der Charité hier in Berlin. Hier wird gesagt, wir wollen die Patienten und unser Personal vor Ort gesünder ernähren. Sie haben es empfohlen und auch gemeint, da müssten eigentlich bei allen Patientinnen und Patienten Screenings in Bezug auf Mangelernährung gemacht werden. Also da wird schon drauf geachtet. Wie das finanziert ist, weiß ich leider nicht genau.

Sachverständige **Dr. Ute Teichert** (Leiterin Abteilung 6, Bundesministerium für Gesundheit (BMG)): Wenn ich ganz kurz noch ergänzen darf zu der Frage, wie wir die Menschen erreichen:



„Lebenswelten“ hatten wir als Stichwort schon. Das ist ein wichtiger Punkt, den wir mit aufnehmen in dem neuen Bundesinstitut. Wir wollen die Kommunikation verändern. Wir wollen nicht mehr nur Botschaften senden nach dem Motto, benehmt euch, bewegt euch, ernährt euch gesund, sondern wir wollen fragen, warum machen die Menschen das oder warum machen die das nicht. Das ist ein anderer Ansatz, von dem wir glauben, dass wir damit einen Schritt weiterkommen.

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD):
Dankeschön. Nun ist Frau Menge an der Reihe und anschließend Herr Wagner.

Abg. **Susanne Menge (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Dankeschön, Herr Vorsitzender. Ich finde Ihr Konzept deshalb sehr überzeugend, weil es einen interdisziplinären Ansatz hat und ich glaube, dass wir auf dem richtigen Weg sind, so vorzugehen. Ich wünsche dem Institut auch bei den ganzen Haushaltsberatungen, die wir jetzt haben, trotzdem einen erfolgreichen Start und hoffe für Sie, dass Sie so arbeiten können, wie Sie sich das vorgestellt haben. Ich selbst bin außerdem im Verkehrsausschuss und ich könnte jetzt die Themen CO₂, Feinstaub, Mikroplastik, Lärm, Rohstoffabbau und so weiter auflisten. Wir wissen alle, dass das Auswirkungen hat und keine positiven, schon gar nicht auf die menschliche Gesundheit. Deshalb meine Frage an Sie. Sie stoßen mit Ihrem interdisziplinären Ansatz auf Ressort-Egoismen. Wie glauben Sie, können wir Arbeitsweisen herstellen, dass wir selbst davon wegkommen, in diesen Ressort-Egoismen zu arbeiten, zu denken und zu handeln, hin zu einem interdisziplinären Ansatz?

Die zweite Frage an Sie ist: Wie kann es gelingen, dass sich die Erkenntnisse in Maßnahmen umsetzen lassen und was kann Ihr Einfluss beziehungsweise Ihr Beitrag dazu sein, diese Maßnahmen deutlich zu machen? Danke schön.

Sachverständige **Dr. Ute Teichert** (Leiterin Abteilung 6, Bundesministerium für Gesundheit (BMG)): Sie sprechen alle Themen an, die uns wirklich sehr am Herzen liegen. Die Herausforderung des interdisziplinären Ansatzes und des ressortübergreifenden Arbeitens sehen wir auch. Ich kann das unterschreiben, was Sie gesagt haben. Frau Voss hatte eben auf das Papier

des Zukunftsforums zum Thema Health in All Policies hingewiesen. Das ist etwas, was wir jetzt auf die Agenda setzen wollen. Wir sind bereits dabei, das in einzelnen Bereichen auszuprobieren. Wir haben das Themenfeld One Health, wo wir sehr intensiv ressortübergreifend mit anderen Ministerien zusammenarbeiten und ebenfalls im Bereich Hitze, Hitzeschutz, da haben wir vom BMG aus eine eigene Arbeitsgruppe über die Ressorts hinweg gegründet. Mit der Umsetzung von Maßnahmen haben wir dort sehr gute Erfahrungen gemacht. Gerade bei Hitze sind wir bei Umwelt, wir sind bei Bauen, wir sind bei Ernährung und vielen andere Faktoren. Das ist etwas, was wir aus- und aufbauen wollen, um weiter voranzukommen. Die Herausforderungen, die Sie beschreiben, sind uns durchaus bewusst.

Wie wir die Erkenntnisse umsetzen wollen, das ist eine gute Fragestellung und da hole ich sozusagen mein „Herzstück“ heraus. Sie müssen an der Stelle den öffentlichen Gesundheitsdienst deutlich mehr in den Blick nehmen, denn wir haben über den öffentlichen Gesundheitsdienst einen ganz anderen Zugang zu den Lebenswelten. Gesundheitsämter gehen regelmäßig in Kitas, in Schulen, in Pflegeheime, in Krankenhäuser. An all den Orten, die wir in diesem Kontext besprechen, sind sie mit ihren Aufgaben sowieso unterwegs. Das heißt, wir müssten das ein bisschen stärker miteinander verzahnen und verbinden und da sehe ich einen sehr deutlichen Ansatz. Ich denke, das ist genau die Stärke für den Bereich der öffentlichen Gesundheit, denn weder eine Arztpraxis noch ein Krankenhaus kann in diese anderen Felder reingehen und die Themen bespielen, die Sie jetzt schon so breit angesprochen haben.

Sachverständige **Maike Voss** (Geschäftsführende Direktorin Centre for Planetary Health Policy (CPHP)): Zwei Punkte vielleicht. Das Erste, wie bekommt das wirklich „Zähne“? Ich glaube, Ansätze sind schon vorhanden, wenn wir die Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie und das Berichtswesen noch mehr auch für Gesundheit nutzen. Wir brauchen ganz klar Rechenschaftslegung in dem Bereich. Ein Hebel auf dem Weg dahin ist eine Institution, die Gesundheitsfolgenabschätzungen machen darf. Andere Länder machen das seit Jahren. Wir haben keine Institution dafür. Den anderen Häusern



wird es nicht gefallen, ich überspitze mal, wenn dann eine Analyse kommt mit gesundheitlichen Auswirkungen von Tempo 30 in den Städten. Aber das sind die Analysen, die wir brauchen, um gesundheitlich voranzukommen. Klar stehen da andere Interessen daneben. Aber die Frage ist, welches Interesse gewinnt am Ende?

Das andere ist der öffentliche Gesundheitsdienst und auch die kommunale Gesundheitsförderung. Da sind Mitarbeiter in den kommunalen Gesundheitsämtern, die zum Beispiel Bewegungsförderung machen, die mit den Sportvereinen zusammenarbeiten, die in die Kantinen schauen. Also diese Strukturen zu stärken, kommunal und auf Länderebene. Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung und Prävention gibt es in jedem Bundesland, die machen großartige Arbeit. Es geht darum, diese Strukturen zu stärken, die auch mit zum Gesundheitswesen gehören.

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD):

Dankeschön. Herr Wagner, anschließend Herr Dr. Kraft.

Abg. **Johannes Wagner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)**: Ich denke, Frau Voss, wir müssen die Kommunikation ändern, sonst wird das nicht Bestandteil des Referentenentwurfs. Natürlich, ein Verkehrsminister würde sich freuen, wenn er weiß, welche gesundheitlichen Benefits ein Tempo 30 hätte. So kann er die beste Politik für die Menschen machen. Genau das, glaube ich, muss die Kommunikation sein, dass wir allen Ministerien zeigen können, wie sie noch besser Politik machen für alle Bevölkerungsgruppen. Aber ich finde es auch sehr, sehr spannend, ob wir Berichts- und Bewertungsmöglichkeiten mit verankern. Sie sagen, andere Länder haben das schon. Vielleicht können Sie darauf näher eingehen. Da könnten wir da mal genauer hinschauen.

Ich habe eine Frage, die auch ins selbe Horn stößt wie die Ausführungen meiner Kollegin Frau Menge. Wenn man Ihnen beiden so zuhört, müsste man eigentlich denken, dass es doch offensichtlich ist und kurz vor der Umsetzung stehen müsste. In den Debatten – sei es jetzt im Europawahlkampf oder in den Landtagswahlkämpfen der letzten Monate – erleben wir jedoch, dass Themen wie Verkehr und

Auto oder Ernährung sehr emotional diskutiert werden. Dabei werden gesundheitliche Argumente in den Wahlkampfdebatten oft nur selten genutzt. Wie nehmen Sie das wahr? Warum, glauben Sie, ist das so? Wie könnte es diesem Argument der Gesundheit, das ja an sich alleinstehend von allen befürwortet wird oder als wichtig empfunden wird, da noch mehr Gewicht im politischen Raum geben, weil es schon irgendwie auffällt, dass wir noch nicht mal für Kinder Werbung regulieren können, die Limo anpreist. Was ist da Ihre Einschätzung? Warum sind die Widerstände so groß? Frau Voss vielleicht zuerst und dann Frau Teichert.

Sachverständige **Maïke Voss** (Geschäftsführende Direktorin Centre for Planetary Health Policy (CPHP)): Zu Ihren Beispielen, wer macht schon bessere Gesundheitsfolgenabschätzung und wer ist besser institutionalisiert: Ich kenne Beispiele aus Großbritannien und aus Australien, Health Impact Assessment, Health Policy Assessment. Das eine ist die Methode. Damit langweile ich Sie nicht. Das ist sehr technisch. Das andere ist die Institutionalisierung und die regelmäßige Durchführung und die Kommunikation dabei. Und da hätten wir beim BIPAM eben gerade die Möglichkeit, das zu institutionalisieren.

Was Sie ansprechen, ist die Politisierung von Themen und das manchmal vielleicht auch strategische Raushalten von Gesundheitsargumenten oder das Vergessen von Gesundheitsargumenten. Ich glaube, zum Teil ist das die Strategie von Akteuren, die das einfach nicht mit auf dem Tisch haben wollen. Wir nennen das immer kommerzielle Determinanten von Gesundheit. Das andere ist, dass wir in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern eine sehr schwach aufgestellte öffentliche Gesundheitslandschaft oder Public-Health-Landschaft haben. Das heißt, die Frage ist eher, wie können wir das noch stärken? Den Gedanken, den Frau Teichert geäußert hat – nämlich das Ganze stärker als Netzwerk zu betrachten und noch kooperativer mit den vielen Akteuren zusammenzuarbeiten –, hatten wir bereits angesprochen, insbesondere im Hinblick auf die Zukunft von Public Health. Ziel ist es, den Standort Deutschland für Public Health als kleines Fach weiter zu stärken und die Public-Health-Lehrstühle an den Universitäten zu



fördern. Also da gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Das ist auch ein Grund, warum das Gesundheitsargument nicht so präsent ist, weil die Community nicht ganz so stark ist.

Sachverständige **Dr. Ute Teichert** (Leiterin Abteilung 6, Bundesministerium für Gesundheit (BMG)): Wenn ich vielleicht noch einen Gedanken ergänzen darf. Ich glaube, es spielt auch eine Rolle und das hatte ich eben schon mal gesagt, dass wir die Gesundheit bisher vorwiegend unter so einem individualmedizinischen Aspekt gesehen haben. Was bedeutet es für den Einzelnen, woran kann ich erkranken, welche Risikofaktoren hat jemand, wie wahrscheinlich ist das, dass jemand Diabetes oder Herzinfarkt, Schlaganfall, was auch immer, entwickelt. In dieser Logik haben wir gesellschaftlich und ich würde sagen auch politisch lange gedacht. Und wenn man das jetzt mal ablegt und sich dem Gedanken nähert, den Frau Voss gerade genannt hat, dann glaube ich, dass es sinnvoll wäre, die Public-Health-Landschaft und die öffentliche Gesundheit insgesamt nach vorne zu bringen und zu stärken. Vielleicht hätten wir da mal einen Ansatzpunkt.

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD): Dann haben wir jetzt Herrn Dr. Kraft und dann Herrn Gerschau.

Abg. **Dr. Rainer Kraft** (AfD): Danke, Herr Vorsitzender, auch danke für die Vorträge. Die beiden Referentinnen können es nicht wissen, aber auf unserer Finnland-Reise hatten wir eine kontroverse Begegnung mit einem Pharmakonzern. Dieser wies darauf hin, dass der Zugang zu einer großen Menge medizinischer Daten ihm erleichtern würde, medizinische Produkte und Medikamente zu entwickeln. Dies würde nicht nur einen wirtschaftlichen Vorteil für das Unternehmen bedeuten, sondern auch zu einem besseren Gesundheitszustand der Gesamtgesellschaft führen, da gezieltere, bessere oder neue Medikamente entwickelt werden könnten. Diese Forderung klingt zumindest nicht unplausibel. Sie steht aber zum Beispiel im krassen Widerspruch zum Nachhaltigkeitsziel 16, „Durchsetzung des Rechtsstaates, Schutz der individuellen Freiheitsrechte der Bürger“. Die Frage ist, wie sehen Sie das, dass es offensichtlich auch Nachhaltigkeitsziele gibt, die bei ihrer Durchsetzung dann einer weiteren Entwicklung von Medizinprodukten de facto im Wege stehen?

Ich würde das von Frau Dr. Teichmann und Frau Voss wissen wollen. Sie waren so freundlich, uns ein Handout zu geben, in dem Sie den 'sicheren und gerechten Raum' als etwas Positives für die Gesundheit bewerten. Wie würden Sie das einordnen, dass die Durchsetzung von Recht und Gesetz sowie der individuellen Freiheitsrechte gemäß SDG 16 möglicherweise einen negativen, einschränkenden Einfluss auf die Entwicklung der Medizin haben könnte?

Sachverständige **Maike Voss** (Geschäftsführende Direktorin Centre for Planetary Health Policy (CPHP)): Ich bin mir nicht ganz sicher, ob ich Ihre Frage richtig verstanden habe, aber in Deutschland ist wenig so gut reguliert wie die Zulassung von Medikamenten. Also das ist ein sehr komplexer Prozess mit sehr viel Evidenz, die die Seite der Pharmaindustrie liefern muss und der Prozess der Markteinführung, der Kontrolle von Arzneimitteln in Deutschland hat einen enorm hohen Status. Deswegen verstehe ich nicht ganz genau, wo da jetzt Rechtsstaatlichkeit gefährdet sein soll.

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD): Ich glaube, wir lassen Herrn Dr. Kraft noch mal erläutern.

Abg. **Dr. Rainer Kraft** (AfD): Der vorliegende Fall war ein ganz konkreter: Finnland erhebt riesige Mengen an medizinischen und personenbezogenen Daten. Ein Pharmaunternehmen behauptet, dass es durch den Zugriff auf diese Daten in der Lage wäre, Medizin besser, zielgerichteter, innovativer und verträglicher herzustellen. Das klingt durchaus plausibel. Natürlich muss man sagen, dass dies nicht aus Altruismus geschieht, sondern aus wirtschaftlichen Gründen. Dennoch wäre der Nebeneffekt, dass Medikamente möglicherweise schneller, gezielter, passgenauer und mit weniger Nebenwirkungen entwickelt werden könnten. Allerdings erfordert dies einen Eingriff in individuelle Freiheitsrechte und damit einen Widerspruch zum Nachhaltigkeitsziel 16, das die Bewahrung von Rechtsstaatlichkeit und Gerechtigkeit für alle fordert. Es entsteht ein Konflikt zwischen dem schnellen Zugang zu neuen und besseren Medikamenten und dem Schutz der Freiheitsrechte der Bürger gemäß SDG 16.

Sachverständige **Maike Voss** (Geschäftsführende



Direktorin Centre for Planetary Health Policy (CPHP)): Ich hoffe, ich habe Sie jetzt verstanden. Ich sehe keinen Widerspruch, weil die Art und Weise, wie Forschung für neue Medikamente jetzt gemacht wird, eigentlich schon individualisiert ist in der Form, welche Stichproben oder welche Akteure, welche Patientinnen und Patienten für die Forschung ausgewählt werden, um an dem neuen Medikament weiter zu forschen beispielsweise. Das sind bereits die Menschen, die direkt betroffen sind und eine bestimmte Krankheit haben.

Das andere, wo die Forschung auch mehr und mehr hinschaut, sind zum Beispiel die Smartwatches, die wir tragen, unsere Bewegungsmuster, unser Herzrhythmus, unsere Schlafgewohnheiten. Das ist eine Frage von Datenschutz und was der Datenschutz erlaubt oder auch eben nicht erlaubt und inwieweit die Daten, die wir um unsere Hand tragen, zur Verfügung stellen oder eben nicht. In Deutschland hat man einen sehr hohen Datenschutzstandard. Deswegen sehe ich da jetzt eigentlich keinen Widerspruch.

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD): Ist das soweit okay für den Moment? Nun ist Herr Gerschau an der Reihe. Da Herr Brinkhaus zurückgezogen hat, kommt dann anschließend Frau Rudolph an die Reihe.

Abg. **Knut Gerschau (FDP):** Es heißt immer, wir müssen die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger in Bezug auf ihre Gesundheit stärken. Ich glaube, die Kunst ist es, Anreize zu setzen, um gesunde Lebensstile zu fördern, ohne dabei bevormundet zu wirken. Frau Teichert, wie können politische Maßnahmen gestaltet werden, eben ohne dabei bevormundet zu wirken?

Sachverständige **Dr. Ute Teichert (Leiterin Abteilung 6, Bundesministerium für Gesundheit (BMG)):** Vielen Dank für die Frage. Genau das ist der Ansatz, mit dem wir jetzt starten und mit dem wir Veränderungen im System erwirken wollen. Wir wollen eben nicht bevormundend unterwegs sein, auch wenn wir rückblickend in den letzten Jahrzehnten mit solchen Botschaften und Kampagnen gearbeitet haben. Aber die Zeit verändert sich. Wir leben in einem digitalen Zeitalter und wir leben auch in einem Zeitalter, in dem wir nicht mehr nur Botschaften abgeben und

sagen, jetzt macht das mal so und so, ernährt euch gesund, sondern indem wir genau hinschauen müssen. Wir orientieren uns da an einem Ansatz von der WHO, der besagt, wir wollen verstehen, warum die Menschen sich verhalten oder auch nicht verhalten. Also die Fragestellung lautet eben nicht mehr, ernährt euch gesund, sondern wie ernährt ihr euch und warum ernährt ihr euch so, wie ihr das macht? Wir haben ein ganz neues Instrument, das wir parallel einführen im BIPAM, das ist das Gesundheitspanel „Gesundheit für Deutschland“. Damit sind wir schon unterwegs. Wir haben bereits jetzt 47.000 Panellisten gewinnen können in Deutschland, die bereit sind, an regelmäßigen Gesundheitsbefragungen teilzunehmen und auch ihre Daten innerhalb dieser Befragung zur Verfügung zu stellen. Wir bauen das gerade sukzessive auf. Wir können regelmäßig in der Bevölkerung nachfragen, wie ist denn jetzt entweder das Wissen oder die Meinung oder der Stand zu einem bestimmten Gesundheitsproblem. Also zum Beispiel, warum rauchen Leute, obwohl sie ja wissen, das ist so gefährlich und sie bekommen Krebs, sie sterben und trotzdem rauchen sie. Damit könnten wir ganz gezielt hingehen und das ist dann nicht in dem Bereich der Bevormundung, sondern es ist eher im Bereich „Verstehen“. Wir wollen verstehen, warum Menschen bestimmte Sachen machen oder nicht machen, um dann auch Lösungsansätze entwickeln zu können. Das ist ein wichtiger und ganz neuer Schritt, vor dem wir jetzt stehen.

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD): Herr Gerschau, gibt es eine Nachfrage? Das ist nicht der Fall. Dann haben wir jetzt Frau Rudolph und dann Herrn Blankenburg an der Reihe.

Abg. **Tina Rudolph (SPD):** Herzlichen Dank für beide Vorträge und auch für die bisherige Diskussion. Ich glaube, es ist genauso gedacht, dass wir es hier interdisziplinär diskutieren und auch Abgeordnete aus den anderen Fachausschüssen sich zu diesem Thema äußern können. Ich freue mich über den Entwurf der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie, insbesondere darüber, dass 'Health in All Policies' darin berücksichtigt wird. Allerdings, Frau Voss, haben Sie in Ihrer Präsentation genau auf einen Punkt hingewiesen, der oft problematisch ist und in der Umsetzung Schwierigkeiten bereitet: nämlich



darauf, dass die Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung größtenteils außerhalb des Gesundheitssystems liegen und Prävention nicht nur Verhaltens-, sondern vor allem Verhältnisprävention bedeutet und dass die Feststellung zum Umweltschutz als Ziel im Präventionsgesetz fehlt. Das würde, wenn sie umgesetzt würde, einen sehr umfassenden Anspruch formulieren, bei dem dann auch wir Gesundheitspolitikerinnen und Gesundheitspolitiker uns wieder fragen, wie können wir das aus dem Etat des Gesundheitsministeriums finanzieren? Also Sie wissen, worauf ich hinauswill. Wie schafft man es in der Praxis am besten, einerseits überzeugend dafür zu argumentieren und andererseits tatsächlich sicherzustellen, dass die Verknüpfungen, die wir im Ideellen bereits sehr gut hergestellt haben, nicht an Ressortgrenzen scheitern? Wie gelingt es, diese Umsetzung und die damit verbundenen Co-Benefits zu erreichen, ohne dass jeder nur auf seinen eigenen Bereich und die direkten Auswirkungen auf das eigene Ressort schaut?

Sachverständige **Maike Voss** (Geschäftsführende Direktorin Centre for Planetary Health Policy (CPHP)): Herzlichen Dank für die Frage. Wenn wir über Gesundheitsförderung und Prävention sprechen, rutschen wir immer ganz schnell in die individuelle Debatte ab. Die Frage nach Bevormundung geht auch in diese Richtung. Aber darum geht es nur zum Teil. Worum es eher geht, sind die Lebensbedingungen dort, wo Menschen arbeiten, wo sie spielen, wo sie lernen, wo sie zur Arbeit oder zur Schule fahren, also die Mobilität mitgedacht, dass dort die Umgebung, die Luft, der Boden, was auch immer gesundheitsfördernd und umweltschützend ist, dass Menschen erst gar nicht krank werden. Also es geht dabei um die jeweiligen Verhältnisse – Make the healthy choice the easy choice. Dies bedeutet den Menschen die Umgebung so zu bauen, dass die einfache Entscheidung die gesündere oder im besten Fall auch die umweltschützende Bedingung ist. Das ist eigentlich der Handlungsauftrag an Sie, unsere Welt so zu bauen, dass es einfacher ist, sich dafür zu entscheiden. Es heißt nicht, dass man sich so entscheiden muss. Wenn wir über Ernährungsumgebungen sprechen: Ich kann beispielsweise den Apfel wählen, ich kann aber auch immer noch die Schokolade wählen, wenn

ich möchte. Aber es wäre ein Stück einfacher, den Apfel zu wählen, wenn er auf Augenhöhe der Kinder an der Supermarktkasse platziert wäre und nicht die Schokolade. Es geht darum, diese Logik in die politische Gestaltung einzubringen – und zwar nicht nur in die Gesundheitspolitik mit dem Präventionsgesetz, sondern auch in andere Bereiche wie Stadtplanung, Stadtentwicklung oder Luftreinhaltungs- und Luftqualitätsrichtlinien. In dieser Herangehensweise liegt ein enormes Potenzial für die Gesundheitsförderung. Ich stimme zu, in der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie ist wirklich sehr viel enthalten. Die Gesundheitscommunity, die Public Health Community, ist da noch nicht richtig angedockt, würde ich sagen. Da ist von unserer Seite noch ein bisschen was zu tun. Aber es gibt viel Potenzial, um diese Maßnahmen gemeinsam zu planen und dabei einen größeren Nutzen für die beteiligten Ressorts zu erzielen.

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD): Vielen Dank. Ich habe jetzt Herrn Blankenburg an der Reihe. Da meine Fragen „en passant“ mitbeantwortet worden sind, kann ich mich wieder von der Redeliste herunternehmen. Herr Blankenburg, der letzte Frageslot für heute geht an Sie.

Abg. **Jakob Blankenburg** (SPD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Besonders interessiert hat mich die Frage von Kollegen Wagner bezüglich der internationalen Best Practices, insbesondere im Zusammenhang mit der Gesundheitsfolgenabschätzung von Gesetzen. Da diese jedoch bereits beantwortet wurde, würde ich meine verbleibenden vier Minuten bzw. vier Minuten 30 gerne Ihnen zur Verfügung stellen, wenn Sie erlauben, für eine Art Schlusswort.

Mich würde interessieren, was Sie uns, den dezidierten Nicht-Gesundheitspolitikerinnen und -politikern, gerne mitgeben würden. Denn gerade die Themen der Gesundheitsprävention und das Mitdenken sollten nicht nur im Gesundheitsausschuss oder im BMG stattfinden, sondern ressortübergreifend.

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD): Gut – so machen wir das.

Sachverständige **Maike Voss** (Geschäftsführende Direktorin Centre for Planetary Health Policy (CPHP)): Vielleicht ein Hinweis noch zu den Best



Practices. Was ich gerade am spannendsten finde, ist der gesamte Bereich *Wellbeing Economy* und die Frage, wie macht man das eigentlich, wie setzt man die „Donut-Ökonomie“ als Konzept um? Amsterdam hat da Beispiele gebracht. Da liegen Gesundheitsgewinne. Es ist lohnenswert, sich das als Umsetzung und auch aus Forschungsperspektive anzuschauen. Ich möchte gerne eine Anekdote erzählen. Ich habe einen Workshop mit Menschen gemacht, die ein Gesundheitsamt leiten. Da habe ich gefragt, warum klappt es denn nicht auf kommunaler Ebene mit den anderen, mit dem Umweltamt oder mit der Stadtplanung, warum arbeitet ihr nicht zusammen? Die Person hat mir zurückgemeldet: „Wir sind da die Buh-Männer, wir haben noch „Covid in den Knochen“ und selbst wenn ich dahingehe, dann bekomme ich Arbeit und habe niemanden, der die dann machen kann.“ Das heißt, die Umsetzung ist eine Ressourcenfrage für die Gesundheitsämter. Aber es ist auch eine Haltungsfrage, also zu sagen, wenn ich dahingehe, die hören mir nicht zu, ich komme da nicht richtig durch, ich bin da der Buh-Mann, weil mit Gesundheit alles immer irgendwie teurer wird, länger dauert und wir sind da die Spielverderber. Es geht darum, dieses Personal zu stärken mit Geld und mit Wissen, auch mit einer entsprechenden Gesundheitsfolgenabschätzungen, die machen wir ja nicht nur für Sie, die machen wir für die Leute vor Ort, damit die wissen, wie kann ich eigentlich auf die Städteplaner mit Gesundheitsargumenten zugehen. Es geht also darum, den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), aber auch die kommunalen Strukturen für die Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken. Was wir hier besprechen, ist erstmal super, aber dort muss es landen.

Sachverständige **Dr. Ute Teichert** (Leiterin Abteilung 6, Bundesministerium für Gesundheit (BMG)): Da Frau Voss schon den Werbeblock für den ÖGD gefahren ist, würde ich jetzt noch mal ein bisschen den Blick weiten. Sie hatten gerade gefragt, was ist die Chance oder was ist die Take-Home-Message, vielleicht auch für Sie: Wir brauchen eine deutliche Stärkung für den Bereich, und zwar über alle Ressorts hinweg. Wir reden nicht nur über ein Thema im Gesundheitsbereich, sondern es betrifft sehr viele andere, von denen wir heute einige angesprochen haben und da

benötigen wir Ihrer aller Unterstützung. Prävention und Gesundheitsförderung sind ganz wesentliche Bausteine, mit denen wir nicht nur im Bereich Gesundheit unterwegs sind, sondern auch in anderen Bereichen. Jede Investition, die wir in diesem Kontext tätigen, spart uns an anderer Stelle Geld. Wenn wir die Lebensverhältnisse gesundheitsfördernd gestalten und dadurch verhindern, dass Menschen krank werden, dann ist das ein großer Benefit und das müssen wir vordenken. Das ist nichts, was uns von vornherein in den Schoß fällt. Es fällt auch vielen schwer, das zu antizipieren. Und das wäre meine Bitte, wenn Sie das mitnehmen, auch in die anderen Bereiche, dass es sehr sinnvoll ist, nicht erst abzuwarten, wie sagt man das, bis das Kind in den Brunnen gefallen ist, sondern dass es durchaus sinnvoll ist, im Bereich Prävention vorzudenken und Weichen zu stellen. Das ist das, was Sie tun können. Sie sitzen an den Stellen, wo Sie Weichen stellen können auch in die anderen Bereiche hinein, damit wir nicht allein in dem Bereich „Gesundheit“ unterwegs sind und sozusagen als einsame Kämpferinnen hier, wir beide, die Fahnen hochhalten und sagen, das ist uns grundsätzlich sehr wichtig, sondern wenn Sie Multiplikatoren werden von den Ideen, die wir heute nur so kurz anreißen konnten. Wir kommen auch gerne wieder und würden noch weitere Inputs geben. Herzlichen Dank.

Vorsitzender Helmut Kleebank (SPD): Dafür, dass Sie uns heute als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für Ihre und unsere Themen gewonnen haben, haben Sie fleißig Lobbyarbeit betrieben. Ich bin sicher, das ist Ihnen sehr gut gelungen. In diesem Sinne ein herzliches Dankeschön von uns allen für den Input, für die geduldige Beantwortung unserer Fragen und auch für das Abschlussstatement.

Das Thema wird uns weiterhin beschäftigen, das ist ganz klar. Mit dem neuen Institut werden wir uns befassen, sicherlich mit unterschiedlicher fachlicher Intensität – die Gesundheitspolitiker mehr als wir wahrscheinlich. Ich freue mich auf den weiteren Austausch. Für heute ein herzliches Dankeschön. Die Sitzung ist nun geschlossen.



Schluss der Sitzung: 18:44 Uhr

Helmut Kleebank, MdB
Vorsitzender



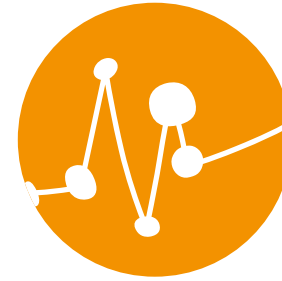
Verweise auf Stellungnahmen/PowerPoint-Präsentationen der Sachverständigen im Anlagenkonvolut

Maik Voss
A-Drs. 20(26)123

Deutscher Bundestag

Parlamentarischer Beirat für
nachhaltige Entwicklung

Ausschusssache
20(26)123



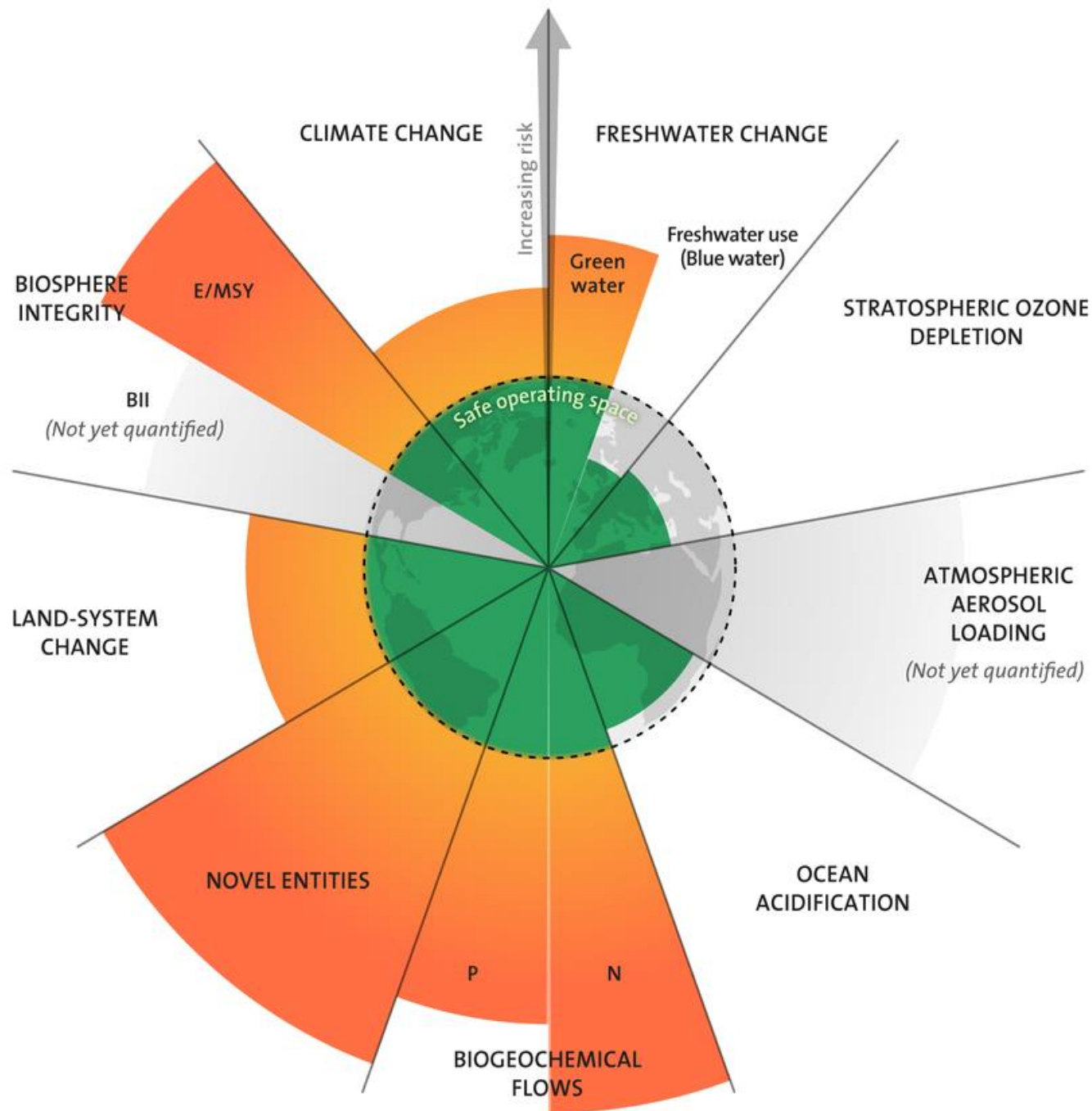
CPHP

Centre for
Planetary Health
Policy

„SDG 3 – Gesundheit und Wohlergehen Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention“

Maïke Voss

Planetare Grenzen – planetare Krisen



→ Heutiges und zukünftiges Leid und Todesfälle

→ Heutige und zukünftige direkte und indirekte Krankheitskosten

Wissenschaftliches Momentum



Sachstandsbericht Klimawandel und Gesundheit
(2023)



Beispiel WBGU Gutachten: Dringlichkeit



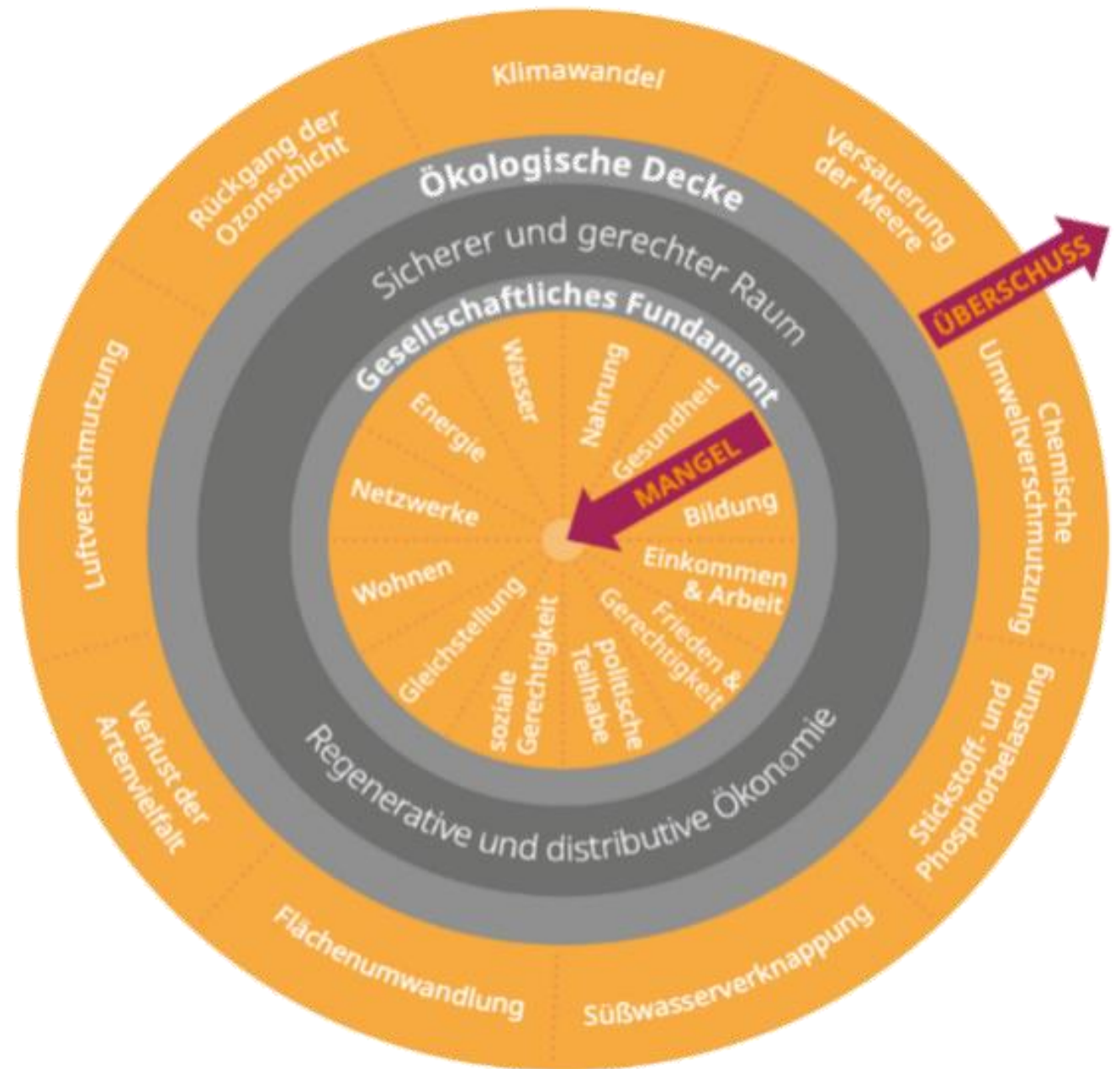
1. Unsere Lebensweise macht uns krank und zerstört den Planeten.

2. Gesunde Menschen kann es nur auf einem gesunden Planeten geben.

3. Wir müssen eine zivilisatorische Wende für planetare Gesundheit einleiten.

Planetare Gesundheit

Politische, soziale und ökonomische Prozesse und Strukturen müssen zukünftig national wie international so gestaltet und gesteuert werden, dass auf der einen Seite Gesundheit und Wohlergehen für heutige und zukünftige Generationen sichergestellt und andererseits die Bewohnbarkeit der Erde erhalten wird.



Ausgangslage Gesundheitsförderung/ Prävention und Nachhaltigkeit

„Insbesondere Gesundheitsförderung und Prävention sollten angesichts des demografischen Wandels nicht nur über alle Bereiche des Gesundheitssystems hinweg, sondern auch verstärkt in der Sozial-, der Wirtschafts-, der Arbeitsmarkt-, der Familien-, der Verkehrs- oder der Umwelt- sowie Klimapolitik sowie im Städtebau mitgedacht und effizient gestaltet werden. Dem dient insbesondere der Ansatz von „Health in all policies“.“



Zielausrichtung für das Gesundheitswesen

Reduzierung der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen



Soziale
Determinanten



Gesundheits-
förderung



Prävention



Umgang chronische
Erkrankungen

Deckung von Angebot und Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen



Primärversorgung und
Pflege



Bedarfsgerechte
Versorgung

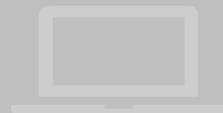


Stewardship-
Programme

Emissionsreduzierung im Angebot von Gesundheitsdienstleistungen



Grüne
Infrastruktur



Digitale
Gesundheit



Dekarbonisierter
Transport



Kreislauf-
wirtschaft



Integrierte
Informationen-
systeme



Koordinierter
Versorgung

Zielausrichtung für das Gesundheitswesen

Reduzierung der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen



Soziale



Gesundheits-
förderung



Prävention



Umgang chronische
Erkrankungen

Reduzierung der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen

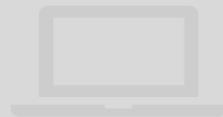
Gesundheitsförderung und Prävention sind kein Selbstzweck - sondern inhärent systemrelevant, systemstärkend und systemerhaltend → Resilienzdebatte

Primär-
pflege

Emissionsreduzierung im Angebot von Gesundheitsdienstleistungen



Grüne
Infrastruktur



Digitale
Gesundheit



Dekarbonisierter
Transport



Kreislauf-
wirtschaft



Integrierte
Informations-
systeme



Koordinierter
Versorgung

Die Argumentation

Ziel: gesundheitliche Chancengerechtigkeit

→ keine ungerechten, vermeidbaren oder behebbaren Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen sozial, wirtschaftlich, demografisch oder geografisch definierten Bevölkerungsgruppen

Die Mittel zum Zweck:

- Soziale, ökologische und ökonomische Nachhaltigkeit als Mittel um gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu erreichen
- Gesundheit in allen Politikbereichen (health in all policies)
- Mehrgewinnstrategien für Mensch und Planet (co-benefits)

In anderen Worten:

- Nachhaltigkeit als Mittel für „das gute Leben“ für alle und für zukünftige Generationen
- Gesundheit innerhalb planetarer Grenzen für alle und für zukünftige Generationen

Health in all policies-Ansatz

- sektorübergreifender Ansatz
- nützt der Entwicklung öffentliche Politiken
- berücksichtigt systematisch die gesundheitlichen Auswirkungen von Entscheidungen
- strebt Synergien an
- vermeidet gesundheitsschädliche Auswirkungen
- zielt auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Zukunftsforum Public Health



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

ausgearbeitet in einer AG des Zukunftsforums Public Health

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

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

Besondere Hebelwirkungen für Gesundheitsförderung und Prävention:

Mehrgewinnlösung oder „co-benefits“



Verkehrswende



Bauwende



Agrar- und Ernährungswende



Energiewende



Wellbeing-Economy

Besondere Hebelwirkungen für Gesundheitsförderung und Prävention:

Mehrgewinnlösung oder „co-benefits“



Verkehrswende



Bauwende



Agrar- und Ernährungswende



Energiewende



Wellbeing-Economy

Nachhaltigkeitsprüfungen / Gesundheitsfolgenabschätzung als Instrumente der systematischen Erfassung von gesundheitlichen Auswirkungen von Entscheidungen in diesen Bereichen
→ in Deutschland nicht ausreichend institutionalisiert!

Ansätze im Präventionsgesetz?!

- Umweltschutz nicht explizit im Gesetz als Handlungsfeld genannt
- Nur mittelbar Einfluss; wenn überhaupt dann über Lebenswelten (kommunale oder betriebliche Gesundheitsförderung)
- Einführung von Nachhaltigkeit über Leitfaden Prävention oder Rahmenempfehlungen
- Innovationstreiber: Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und Zivilgesellschaft
- Problem:
 - deckt nur Kostenträger ab, und diese nur zu einem sehr geringen Anteil
- Richtiges Instrument?
 - Potentiale für Prävention und Gesundheitsförderung liegen außerhalb des Gesundheitssystems!
 - Politiken mit „Mehrgewinnen“ + Aushandlung von Zielkonflikten notwendig

Nationaler Präventionsplan?!

- Im KoA-V angekündigt
- Unklar wie dieser Plan im Verhältnis steht zu bestehenden Instrumenten (auch außerhalb des Gesundheitsressorts)
- als übergeordnete Public Health-Strategie für Deutschland?
- Muss auf bestehenden Strukturen aufbauen und diese gleichzeitig verändern
- **Chance für Politikkohärenz, Partizipation und gesundheitliche Chancengerechtigkeit innerhalb planetarer Grenzen?**

Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin

- Die Lösung aller Probleme?
- Bisherige (fachöffentliche) Kritik an Form, Prozess und Inhalten
- Beispielhafter Hebel für Gesundheitsförderung/Prävention und Nachhaltigkeit:

„(2) Das Bundesinstitut nimmt Aufgaben nach Absatz 1 insbesondere auf folgenden Gebieten wahr:

1. Beobachtung von gesundheitsrelevanten Faktoren und von gesundheitlichen Rahmenbedingungen (...)“

→ „Beobachtung und Bewertung (...)“ ergänzen

→ Grundstein für Gesundheitsfolgenabschätzung im BIPAM legen

→ systematische Erfassung der gesundheitlichen Auswirkungen von Entscheidungen im Sinne von health in all policies

Vielen Dank!

Centre for
Planetary Health Policy
Cuvrystr. 1, 10997 Berlin

@cphp_berlin
info@cphp-berlin.de
www.cphp-berlin.de