

Unterausschuss
Parlamentarisches Begleitgremium
COVID-19-Pandemie
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11 011 Berlin

Berlin, den 6. Juli 2021

Stellungnahme des SV Prof. Dr. Raimund Geene MPH

We propose four key strategies for governments to maintain and reinvigorate public support for protective behaviours.



Understand people. Collect and use evidence for targeted, tailored and effective policies, interventions and communication.



Engage people as part of the solution. Find ways to meaningfully involve individuals and communities at every level.



Allow people to live their lives, but reduce risk. Wide-ranging restrictions may not be feasible for everyone in the long run.



Acknowledge and address the hardship people experience and the profound impact the pandemic has had on their lives.

Der gemeinsame Nenner der **Public-Health**-Perspektiven ist der **Bevölkerungsbezug**, das heißt, es geht um die Frage, welche Bedingungen geschaffen werden müssen, um die Gesundheitsversorgung und -vorsorge der ganzen Gesellschaft zu garantieren. Damit ist Public Health ein Dachbegriff für alle Gesundheitsberufe und umfasst die vier Säulen der Versorgung – Kuration (insb. Medizin), Pflege, Rehabilitation und Prävention. Teilgebiete dieser Multiwissenschaft sind Epidemiologie (einschl. Sozialepidemiologie), Gesundheitssoziologie, -psychologie, -ökonomie, -pädagogik usw. Erst alle Aspekte zusammengenommen können ein **ganzheitliches Verständnis von Gesundheit** begründen.

Public Health ist historisch aus der sog. Sozialhygiene entstanden, die in Deutschland von Alfred Grotjahn, Rudolf Virchow und anderen entwickelt wurde. In der NS-Zeit ist sie leider zur Rassenhygiene pervertiert worden. Nach dem Krieg wurde die Sozialhygiene in Deutschland (Ausnahme: einzelne Lehrstühle in der DDR) nicht fortgeführt, aber – insb. durch deutsche Wissenschaftler:innen im Exil – im englischen Sprachraum als „Public Health“ weiterentwickelt und breit diskutiert. Mit der **Ottawa-Charta 1986**, die im Zuge der dort erstmalig organisierten internationalen Konferenz zur **Gesundheitsförderung** beschlossen wurde, hat sich eine moderne Lesart als „**New Public Health**“ etabliert. Ottawa stellt einen Paradigmenwechsel dar: Anstatt sich ausschließlich auf die Krankheit („Pathogenese“) zu fokussieren, steht bei New Public Health die Salutogenese im Vordergrund. Hier geht es um die Frage, wie Gesundheit entsteht: wann wird eine Belastung als „Distress“ empfunden, der krankmacht, und wann eher als „Eustress“, der motiviert und beflügelt. Dies richtet sich, so der Grundgedanke der Salutogenese, danach, ob die jeweilige Anforderung verstanden werden kann, ob sie als sinnvoll und als umsetzbar wahrgenommen wird. Daher kann eine Gesundheitsbotschaft wie etwa für Bewegung oder gesundes Essen für den einen Eustress sein und für den anderen Distress – ein typisches Beispiel dafür, wie Gesundheitsbotschaften soziale Ungleichheit sogar noch verstärken können, wenn sie aus der Perspektive der sozial Privilegierten formuliert werden.

New Public Health zielt vor allem darauf, Menschen in ihrem **Lebensalltag** zu befähigen. In der Pandemie wird aber bislang – von einzelnen vorbildlichen Kommunen abgesehen – eher ein „**Old Public Health**“ Ansatz priorisiert, der auf die Verhinderung der Krankheit fokussiert, und die Ressourcen der Menschen eher vernachlässigt. Bei Old Public Health geht es vor allem um die Identifikation und Stilllegung von Infektionsquellen.

Die Auseinandersetzungen um den Umgang mit HIV (**AIDS-Prävention**) in den 1980ern verdeutlicht den Unterschied der beiden Ansätze: Damals forderten in Westdeutschland die Vertreter_innen der alten Linie, angeführt von dem CSU-Staatssekretär Gauweiler, eine Meldepflicht und lückenlose Erfassung aller HIV-Infizierten mit dem Ziel, diese durch Quarantänemaßnahmen an der Weiterverbreitung des Virus zu hindern.

Zum Glück setzte sich gegen diese „**individuelle Suchstrategie**“ eine „**gesellschaftliche Lernstrategie**“ durch. Dabei wurden die Hauptbetroffenengruppen wie Schwule und Drogennutzende in ihren Kommunikationsformen gestärkt mit dem Ziel, dass diese selbstbestimmt Präventionsstrategien entwickeln und verbreiten konnten. Im Zuge dessen unterstützte beispielsweise der Berliner Gesundheitssenat finanziell die Verbreitung des schwulesbischen Magazins Siegessäule, das vorher nur als Studentenblatt erschienen war, nun aber in der ganzen Szene verbreitet wurde. Auf diese Weise entstand ein wichtiger Kanal der Kommunikation über Prävention, partizipativ aus der Community heraus.

Eine solche komplexe Betrachtung mit patientennahen, zunächst unkonventionell erscheinenden Lösungswegen hat es immer dann besonders schwer, wenn Gesundheits- und Krankheitsgeschehen **politisiert** wird, d.h. wenn je nach politischer Indienstnahme eine Krankheit **banalisiert** oder **dramatisiert** wird – beides versperrt den Blick für konkrete Anforderungen und Potenziale der Prävention. Der Blick auf die AIDS-Prävention verdeutlicht, wie wichtig es ist, dass die initiale Erregung möglichst schnell einer **Normalität mit abnehmender Politisierung und zunehmender Fachlichkeit** weicht.

Gesundheitsförderung ist ein fachliches Präventionskonzept, Impulse zu setzen, um gesundheitsbezogene Reformbewegungen anzustoßen und zu stärken. In den einzelnen Einrichtungen heißt dies „**Setting-Ansatz**“ und zielt auf die aktive Einbeziehung, also die **Partizipation** aller Akteure in Settings wie Betrieb, Schule, Kita, Pflegeeinrichtung oder auch Stadtteil. Es geht um Empowerment, also darum, an die bereits gesammelten Erfahrungen und erworbenen Fertigkeiten der Beteiligten anzuschließen und ihre Gesundheitskompetenzen zu stärken. Dies beinhaltet auch offene, nicht-tabuisierte Formen der Risikokommunikation. Ein Setting-Ansatz zielt darauf, dass die jeweiligen Settings gestärkt und die Menschen sensibilisiert und in die Lage versetzt werden, die gesundheitsfördernden Strukturen längerfristig zu erhalten. In Bezug auf die Pandemie hat eine solche Strategie den unersetzbaren Vorteil, in der universellen Prävention, aber auch bei auftretenden Infektionsclustern, autonomer, souveräner und selbstbewusster (re)agieren zu können.

Dieser ganzheitliche und nachhaltige Anspruch von Public Health ist im Covid19-Krisenmanagement bislang deutlich zu kurz gekommen – es handelt sich hier eher um Gesundheitsschutz „von oben“. Dabei ist es zunächst anerkennenswert, dass die Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung so umfassend ist, und nicht eine Sorg- oder Skrupellosigkeit wie in den USA unter Trump oder in Brasilien überwiegt.

Präventionspolitisch ist es allerdings hoch problematisch, wenn ein Erkrankungsrisiko so dramatisiert wird und sukzessive immer wieder neue, noch dramatischere Gefahren angekündigt werden. Denn dies führt dazu, dass ein rationaler Umgang verhindert wird, weil etwa Infektionen versteckt werden. Je stärker die Panik, desto größer die **Gefahr nosokomialer Übertragungen** durch und in den Einrichtungen des Gesundheitswesens, etwa über Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen oder Krankenhäuser. Schon im März 2020 schrieben Ärzt:innen aus Bergamo einen offenen Brief, in dem sie davor warnten, dass sich die Infektionen über die zentralisierten Krankenhäuser verbreiten. Bis heute finden Übertragungen überwiegend nosokomial, also im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung statt, und gerade die Dramatisierung von CoVID hat dies begünstigt.

Dabei wissen wir schon lange um das Problem, dass sich in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen Infektionen besonders hartnäckig halten, Stichwort: Krankenhauskeime. Dies resultiert daraus, dass Mitarbeitende einerseits unter hohem Zeitdruck stehen, andererseits aber auch ratlos sind, wie sie auftretende Infektionen erkennen, reduzieren, idealer Weise sogar eindämmen. Sie neigen dann dazu, eher den Kopf in den Sand zu stecken, als sich selbstkritisch zu fragen, wie Prozesse so verbessert werden können, dass Infektionen vermieden werden. Gerade in der Pandemie tritt dieser **paradoxe Effekt** auf, wenn es für Pflegeeinrichtungen oder Arztpraxen einfacher ist, Hinweise auf Corona-Infektionen wegen Angst vor einer Schließung zu ignorieren, als mittels einer offenen Risikokommunikation differenzierte Schutzkonzepte zu entwickeln. Auch in Kitas und Schulen zeigt sich aktuell eine **hohe Desorientierung**, da die Akteure statt Aktivierung ihrer Problemlösungskompetenz laufend mit neuen „Top-Down“-Verordnungen konfrontiert werden.

Aus präventionspolitischer Perspektive ist es entscheidend, **dezentrale Ansätze** zu diskutieren, die von den Menschen in ihren Alltag integriert werden können. Kommunale Strategien sollten den Menschen in den Pflegeheimen, Betrieben, Kitas helfen, gemeinsame Gesundheitskonzepte zu entwickeln, ohne zu bevormunden und ohne zu ängstigen.

Das kann zum Beispiel so aussehen, dass Heimbewohner:innen, Belegschaften, Eltern und Kinder miteinander **Solidaritätsmaßnahmen einschließlich Hygienekonzepte und Teststrategien für ihr jeweiliges Setting** entwickeln, entsprechend ihren jeweils spezifischen Bedingungen und Schutzbedürfnissen. Dazu gibt es bereits zahlreiche Beispiele, wenngleich mitunter verunsichert durch Vorgaben aus den Administrationen, die in der Praxis oft nur schwer umgesetzt werden können.

Im Krisenmanagement hat sich gezeigt, dass **Public Health offensichtlich noch viel zu schwach aufgestellt ist in Deutschland**, aber auch weltweit. Statt die multidisziplinäre Kompetenz von Public Health zu nutzen, wurden neue Gremien mit verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen in der Leopoldina oder auch in den Ländern eingerichtet. Und auch hier fehlt es an einem gleichberechtigten Miteinander der Kompetenzen aus den verschiedenen medizinischen Disziplinen. Die Expertisen aus Sozialmedizin und Sozialepidemiologie, Hygiene und Psychiatrie wurden viel zu wenig gehört, ganz zu schweigen von dem Wissen aus der Pflege, der Soziologie, aus Diversity Studies oder aus der Sozialen Arbeit.

Wenn die Pandemie allmählich abflachen wird, wird das Scheinwerferlicht der Öffentlichkeit abgeblendet. Dies wird dann – so auch die Erfahrungen aus der AIDS-Prävention – der Zeitpunkt sein, an dem die Politisierung der Krankheit nachlässt und die konkreten, fachlichen Aspekte Überhand gewinnen werden. Gerade dafür bietet **Public Health als „Wissenschaft und Kunst der Bevölkerungsgesundheit“** vielfältige Ansätze, die gerade in der post-pandemischen Zeit dringend benötigt werden.

Vertreter:innen aus Public Health-Wissenschaft und –Praxis haben dazu seit 2018 das **Zukunftsforum Public Health** entwickelt und in einem langwierigen Konsultationsprozess eine „Roadmap für eine **Public Health-Strategie für Deutschland**“ formuliert. Es geht von einem umfassenden Public Health-Verständnis aus („**Health in All Policies**“). Dazu gibt es in den Kommunen zahlreiche ermutigende Ansätze, die jedoch zu wenig von Landes- und Bundesebene unterstützt werden.

Kernpunkt der Public Health-Strategie ist ein starker **Öffentlicher Gesundheitsdienst**. Seine wesentliche Aufgabe besteht zukünftig nicht mehr in Infektionsüberwachung, sondern in **Koordination und Management gesundheitsfördernder Strukturen**, die sowohl auf Ressourcenstärkung (Salutogenese/ Resilienz, Empowerment, Gesundheitskompetenz) als auch auf Prävention gesundheitsbelastender oder sogar gesundheitsgefährdender Rahmenbedingungen ausgerichtet sein werden.