

Das Politikfeld „Gesundheit“ in der sozial-ökologischen Transformation

Sowohl in der Umweltpolitik als auch in der Gesundheitspolitik ist der Handlungsbedarf groß. Zugleich sind beide Politikfelder eng miteinander verwoben. Eine systematische Handlungskoordinierung würde starke Synergieeffekte erzeugen und wäre ein wichtiger Bestandteil einer sozial-ökologischen Transformation. Der Beitrag analysiert zentrale Handlungsfelder einer integrierten Umwelt- und Gesundheitspolitik und geht den Bedingungen für deren Umsetzung nach.

THOMAS GERLINGER

1 Einleitung

Gesundheitspolitik weist als klassisches Feld der Sozialpolitik eine Reihe von Berührungspunkten und Überschneidungen mit den Themen „Ökologie“ und „Klimaschutz“ auf. Dieser Beitrag unterscheidet dabei folgende Zusammenhänge: Erstens beansprucht die Versorgung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen natürliche Ressourcen und trägt mit ihren Emissionen zum Klimawandel bei. Obwohl es dabei nicht nur um die Versorgung Kranker, sondern auch um die Versorgung Pflegebedürftiger und Behinderter geht, wird dieses Handlungsfeld hier – etwas verkürzt – als „Krankenversorgung“ bezeichnet. Zweitens ist die vor allem in den Gesellschaften des Globalen Nordens verbreitete Lebensweise, insbesondere die Individualmotorisierung sowie die Über- und Fehlernährung, ein wichtiger Treiber des übersteigerten Ressourcenverbrauchs und der Erderwärmung. Drittens sind sowohl die aus der Umweltkrise und dem Klimawandel als auch die aus den skizzierten Merkmalen des Lebensstils erwachsenden Gesundheitsrisiken bedeutende Ursachen für Krankheit und vorzeitigen Tod. Beide Aspekte betreffen in besonderer Weise sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Daher führen – viertens – die gesundheitlichen Auswirkungen von Umweltzerstörung und Klimawandel zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Krankenversorgungsleistungen, die wiederum den

von der Krankenversorgung verursachten Ressourcenverbrauch und Emissionsausstoß steigern. Die folgenden Kapitel erläutern diese Zusammenhänge unter dem Gesichtspunkt der Wechselwirkung von Umweltkrise, sozialer Ungleichheit und sozial- bzw. gesundheitspolitischen Herausforderungen. Anschließend fragt der Beitrag nach den Implementationsbedingungen für eine sozial-ökologische Transformation von Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik. Ein kurzes Fazit schließt die Analyse ab.

2 Klimaschonende Krankenversorgung

Die Krankenversorgung ist in erheblichem Umfang am Verbrauch von Umweltressourcen und am Ausstoß klimaschädlicher Treibhausgase (THG) beteiligt (Pichler et al. 2023; Quitmann et al. 2024). Schätzungen zufolge entfallen in Deutschland insgesamt rund 6 % der THG-Emissionen („THG-Fußabdruck“) auf das Gesundheitssystem. Mehr als ein Drittel davon wird durch stationäre und teilstationäre Einrichtungen, allen voran Krankenhäuser, verursacht, rund 29 % durch ambulante Einrichtungen (Pichler et al. 2023). Der Ressourcenverbrauch (Strom, Wasser, Rohstoffe, Heizenergie, Narkosegase usw.) entsteht bei Diagnostik, Therapie und Operationen, beim Transport

von Patient*innen sowie von Gütern, beim Abfallmanagement, bei der Errichtung und beim Umbau von Gebäuden, durch die Flächennutzung und anderes mehr (DKI 2022; Quitmann et al. 2024).

Das Krankenversorgungssystem trägt also eine Mitverantwortung für Umweltzerstörung und Klimawandel und kann substanziell zu einer umwelt- und klimaschonenden Leistungserbringung beitragen (Oswald/Blase 2024). Auch viele der in die Krankenversorgung involvierten Akteure sehen darin mittlerweile eine Herausforderung für Krankenhäuser, Arztpraxen und andere Einrichtungen, vor allem bei der Energieeinsparung und bei der Verwendung umweltfreundlicher Materialien (Bundesärztekammer 2021; DKI 2022; DKG 2023; siehe auch: Gesundheitsministerkonferenz 2020).

Die Herausforderungen für das Krankenversorgungssystem bestehen jedoch nicht allein in der ressourcen- und klimaschonenden Erbringung der gegebenen Leistungen. Potenziale zur Reduzierung des Ressourcenverbrauchs und klimaschädlicher Emissionen liegen auch – und vor allem – in der Beschränkung auf einen bedarfsgerechten Leistungsumfang. Das deutsche Krankenversorgungssystem ist nach übereinstimmender Einschätzung wohl aller gesundheitspolitischen Akteure durch ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet (z. B. svr 2018). Mit den Begriffen „Übersorgung“ und „Fehlversorgung“ werden medizinisch nicht indizierte Leistungen beschrieben, die nach dem Stand des medizinischen Wissens keinen Nutzen haben und den Patient*innen sogar schaden können. Sie beeinträchtigen nicht nur die Versorgungsqualität, sondern stellen auch vermeidbare Umweltbelastungen dar. Dies gilt nicht nur, unmittelbar evident, für die Über- und Fehlversorgung, sondern kann auch auf die Unterversorgung, also den Verzicht auf notwendige Leistungen, zutreffen, weil diese dazu führen kann, dass mittel- und langfristig vermeidbare Mehrleistungen notwendig werden.

Auch wenn genaue Daten nicht vorliegen, ist davon auszugehen, dass das Ausmaß dieser Über-, Unter- und Fehlversorgung erheblich ist (svr 2018). Zahlreiche Indikatoren liegen dafür vor. So weist Deutschland im Vergleich zu Ländern mit ähnlichem Wohlstandsniveau überdurchschnittlich hohe Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit auf. Auch die Zahl der Krankenhausfälle und Krankenhausbetten ist weit höher als in fast allen anderen EU-Mitgliedstaaten (OECD / Europäische Kommission 2024). Nicht zuletzt zählt Deutschland weltweit zu den Spitzenreitern beim Ersatz von Knie- und Hüftgelenken sowie bei den MRT- und CT-Untersuchungen (OECD / Europäische Kommission 2024: 199ff.), ohne dass sich dies mit Hinweis auf die Demografie, auf den medizinischen Fortschritt oder mit besseren Gesundheitsergebnissen rechtfertigen ließe.

Eine umwelt- und klimaschonende Krankenversorgung verlangt somit nicht nur technisch-administrative oder infrastrukturelle Maßnahmen in den Versorgungs-

einrichtungen, sondern auch und vor allem sozialpolitische Veränderungen, also Maßnahmen zum organisatorischen und regulativen Umbau des Krankenversorgungssystems *insgesamt* (siehe Abschnitt 4). Ein solcher Umbau würde primär das Ziel der Qualitätsverbesserung verfolgen und zugleich mit „Co-Benefits“ für die Umwelt einhergehen.

3 Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Umweltschutz – die *Planetary-Health*-Perspektive

Im Zentrum einer sozial-ökologischen Transformation im Politikfeld „Gesundheit“ stehen aber nicht klimaschonende Umbaumaßnahmen oder die Beschränkung auf bedarfsgerechte Leistungen in der Krankenversorgung, sondern die vielfältigen Zusammenhänge von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung einerseits sowie Umwelt- und Klimaschutz andererseits. Ansätze, die diese Zusammenhänge betonen, werden häufig unter dem Begriff *Planetary Health* zusammengefasst (SRU 2023; WBGU 2023; Gabrysch 2022; Planetary Health Alliance 2025). Analysen zu diesen Themen und Beobachtungen zu aktuellen Entwicklungen im Feld Umwelt und Gesundheit münden in politische Forderungen, Initiativen und Handlungsprogrammen, die auf die Freisetzung positiver Wechselwirkungen zwischen Umwelt- und Gesundheitsschutz („Co-Benefits“) zielen. Auf der Grundlage dieses Ansatzes haben sich national und global Initiativen und Netzwerke gebildet, die Informationen über diese Zusammenhänge verbreiten, entsprechende Handlungskonzepte entwerfen und für die Umsetzung dieser Konzepte in Öffentlichkeit und Politik werben (Planetary Health Alliance 2025). Solche Netzwerke sind z. B. die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG 2025) oder das Centre for Planetary Health Policy (CPHP 2025). In Deutschland hat sich vor allem die Allianz KLUG zu einem ausstrahlungskräftigen Netzwerk entwickelt.

Der *Planetary-Health*-Ansatz rückt zum einen die Auswirkungen des Klimawandels auf die Entstehung von Krankheiten in den Mittelpunkt. Bereits jetzt hat die Umwelt- und Klimakrise erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit. Luftverschmutzung und Klimawandel sind, der Weltgesundheitsorganisation zufolge, die größten Risiken für die globale Gesundheit (WHO 2025). Die Auswirkungen der Umwelt- und Klimakrise auf die Gesundheit sind vielfältig (WBGU 2023; Romanello et al. 2024). Vor allem führen Extremwetterereignisse zu einer erhöhten Zahl von Erkrankungen, Verletzungen und Todesfällen, häufig begleitet von psychischen Traumata für die überlebenden Betroffenen, und hat die durch Schadstoffeinträge ver-

schlechterte Qualität von Luft und Wasser millionenfache Erkrankungen (vor allem Herz-Kreislauf-erkrankungen und Krebs) zur Folge. In Ländern des Globalen Südens führen klimabedingte Ernteausfälle zu Hunger und Mangelernährung sowie zu damit assoziierten Erkrankungen und Todesfällen (Romanello et al. 2024).

Arme Länder und Regionen sind von diesen Entwicklungen besonders stark betroffen, weil sich der Klimawandel auf viele von ihnen stärker auswirkt und sie nicht über hinreichende Ressourcen zur Anpassung an die Klimafolgen verfügen. Die soziale Ungleichverteilung von Umwelt- und Gesundheitsbelastungen prägt auch die gesundheitlichen Binnenverhältnisse in reichen Ländern des Globalen Nordens (Mackenbach et al. 2018) einschließlich Deutschlands (SRU 2023; WBGU 2023; Heidemann et al. 2021; Bolte et al. 2023). So konzentrieren sich die Wohnquartiere von sozial Benachteiligten in Gegenden mit geringer Umweltqualität (SRU 2023, S. 39). Ferner ist auch deren arbeitsbedingte Exposition mit Schadstoffen weit stärker ausgeprägt als im Bevölkerungsdurchschnitt.

Neben ihren Auswirkungen auf die Gesundheit betont der *Planetary-Health*-Ansatz zum anderen die Rolle einer ungesunden Lebensweise für die Verschärfung der Umwelt- und Klimakrise. Im Zentrum stehen dabei der private Konsum und hier wiederum die Themen Ernährung und Bewegung (WBGU 2023; McCall et al. 2021). Bekanntlich sind Über- und Fehlernährung – vor allem in den Ländern des Globalen Nordens – wichtige Ursachen für die Zunahme von chronischen Erkrankungen und vorzeitigem Tod. Aus der *Planetary-Health*-Perspektive ist die Ernährungsweise zugleich eine wichtige Ursache für die Verschärfung der Klima- und Umweltkrise (Stieß et al. 2024). Insbesondere die Verringerung des Fleischkonsums und des Konsums anderer tierischer Produkte würde zu einer Reduktion der Treibhausgasemissionen beitragen. Konzepte für eine „Planetary Health Diet“ sehen eine stärker pflanzlich basierte Ernährung bei einem nur geringen Anteil an Fleisch und Milchprodukten unter gleichzeitiger Regionalisierung der Sortenwahl vor (Stieß et al. 2024). Ein Umstieg auf eine solche Ernährungsweise würde nicht nur den Ausstoß von Treibhausgasen, den Landverbrauch und den Nährstoffeintrag, sondern auch das individuelle Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und andere chronische Krankheiten verringern (Karlsson et al. 2024). Wichtig dafür wären regionale Lieferketten, eine gesunde Verpflegung in Gemeinschaftseinrichtungen, lokale und regionale Allianzen für eine gesunde Ernährung sowie die Sicherstellung des Zugangs sozial Benachteiligter zu gesunden Lebensmitteln (Stieß et al. 2024).

Einen ähnlichen Mechanismus erwartet der *Planetary-Health*-Ansatz für die Mobilität. Hier würde eine Reduktion von Flügen und eine Abkehr vom motorisierten Individualverkehr erheblich zur Verbesserung der Luftqualität und zur Reduktion von THG-Emissionen beitragen. Die dadurch eintretenden Gesundheitsgewinne dürften durch eine Hinwendung zu einer aktiveren Mobilität

(per Fahrrad oder zu Fuß) noch verstärkt werden. Somit wäre davon auszugehen, dass eine Mobilitätswende mittel- und langfristig vor allem die Zahl von Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich reduzieren würde (Wolkinger et al. 2018; Mueller et al. 2018; Karlsson et al. 2024; WBGU 2023; Becvarik et al. 2024). Gleichzeitig würden die skizzierten Gesundheitseffekte die vorzeitige Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und damit auch dessen THG-Fußabdruck verringern (Bundesärztekammer 2021, DKG 2023).

4 Anpassung an die Klimafolgen

Von diesen Konzepten, deren Umsetzung einen weitreichenden gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialen Umbau erforderten, lassen sich solche Aktivitäten unterscheiden, die darauf zielen, die zuständigen Institutionen in Bund, Ländern und Gemeinden sowie die Einrichtungen der Krankenversorgung und Pflege auf mögliche Folgen von Umwelt- und Gesundheitskrisen einzustellen. Nach den Erfahrungen der COVID-19-Pandemie haben die betreffenden Akteure ihre Bemühungen auf diesem Gebiet intensiviert. Dies geschieht in der Absicht, bei heraufziehenden Gefahren (z.B. Pandemien, Extremwetterereignissen) frühzeitig wirksame Schutzmaßnahmen ergreifen sowie bei eingetretenen Notfällen eine ausreichende Versorgung sicherstellen zu können (SVR 2023). Dazu zählt auch die Information der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Gruppen. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe führt in Koordination mit Bund, Ländern und Kommunen sowie gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen eine Notfall- und Vorsorgeplanung durch, um Versorgungslücken zu schließen (Degenhardt/Weber 2023). Allerdings fehlt es in Deutschland noch an einem flächendeckenden, koordinierten Krisenmanagement beim gesundheitlichen Bevölkerungsschutz (ebd.).

Ein besonders wichtiges Thema des Notfall- und Katastrophenschutzes sind die häufigeren Hitzewellen. Mittlerweile haben Länder und Kommunen deshalb Hitzeaktionspläne erarbeitet, wobei Deutschland auf diesem Gebiet noch einen großen Rückstand zu anderen Ländern aufweist (Janson et al. 2023). Diese beinhalten ein Bündel von Maßnahmen, die im Notfall vor Ort ergriffen werden sollen, um insbesondere vulnerable Gruppen (Kinder, Alte, Schwangere, chronisch Kranke) zu schützen. Dazu zählen z.B. die Bereitstellung und Aktivierung von Kapazitäten für die Akutversorgung in Gesundheitseinrichtungen sowie die Versorgung und Information von Risikogruppen (Grewe/Blättner 2024). Häufig sehen diese Pläne neben Sofortmaßnahmen auch mittel- und langfristig wirkende Instrumente (z.B. Schaffung von Grünflächen,

Bebauungsverzicht) mit dem Ziel vor, das kleinräumige Klima in der Kommune oder in einzelnen Wohnvierteln zu verbessern und damit die gesundheitlichen Auswirkungen von Hitzewellen zu begrenzen (Schröder/Moebus 2021). Insofern lassen sich in diesen Hitzeschutzmaßnahmen auch Komponenten einer sozial-ökologischen Transformation erkennen, im Wesentlichen handelt es sich bei ihnen aber um vorausschauend geplante flexible Reaktionen („Resilienz“) auf erwartete Notfälle.

5 Implementationsbedingungen einer sozial-ökologischen Transformation im Politikfeld „Gesundheit“

Eine sozial-ökologische Transformation von Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik umfasst sehr unterschiedliche Handlungsfelder mit jeweils eigenen Akteuren und Akteurskonstellationen. Die Chancen und Hindernisse einer sozial-ökologischen Transformation stellen sich auf den skizzierten Handlungsfeldern sehr unterschiedlich dar. Zahlreiche Analysen und Konzepte, nicht zuletzt auch diejenigen aus der *Planetary-Health*-Perspektive (EEA 2020; WBGU 2023; SRU 2023; Hartmann/Eichinger 2022), arbeiten die Wechselwirkungen zwischen Umwelt- und Klimakrise, Produktions- und Lebensweise, sozialer Ungleichheit sowie individueller und Bevölkerungsgesundheit prägnant heraus und gehen dabei auch auf den Zusammenhang von Verhältnissen und Verhalten ein. Deutlich wird in diesem Kontext, dass nachhaltige Verhaltensänderungen eine Veränderung von Verhältnissen voraussetzen (BMUV 2023; BMEL 2024). Insofern stellen diese Analysen eine gute Grundlage für eine gelingende sozial-ökologische Transformation unter Verknüpfung von Umwelt- und Klimaschutz mit Fragen der Krankheitsprävention bei gleichzeitiger Verminderung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen dar. Diese Zusammenhänge sind unter den relevanten Akteuren, zumindest in Positionspapieren und Stellungnahmen, auch weithin anerkannt.

Die Herausforderungen einer sozial-ökologischen Transformation lassen sich nur durch die Kooperation unterschiedlicher gesellschaftlicher Akteure bewältigen. Dem Staat kommt hierbei eine zentrale Funktion zu: Er wird Rahmenbedingungen bereitstellen müssen, die die auf den einzelnen Handlungsfeldern jeweils relevanten Akteure und Institutionen bei der Transformation unterstützen. Im Zentrum stehen dabei finanzielle Anreize sowie die Entwicklung von Strukturen für die Kooperation zwischen staatlichen, halbstaatlichen und zivilgesellschaftlichen Akteuren (Petschow et al. 2021). Zugleich bedarf es lokaler und regionaler Koordinationsstrukturen.

Das wohl wichtigste Hindernis besteht darin, dass es zumeist an politischem Willen fehlt, entsprechende Prioritäten zu setzen. Vor allem fehlt es – zumindest in der jüngeren Vergangenheit – an der Bereitschaft, die notwendigen finanziellen Ressourcen bereitzustellen. Dies wäre in erster Linie eine Verantwortung von Bund und Ländern, denn die erforderlichen Investitionen würden kaum von privaten Trägern vorgenommen werden, weil sie zumindest kurzfristig keine oder eine nur geringe Rendite abwerfen. Vor allem die Schuldenbremse hat in der jüngeren Vergangenheit entsprechende Investitionen verhindert. Ob mit der im Frühjahr 2025 beschlossenen Einrichtung eines Sondervermögens Infrastruktur auch Mittel in die Finanzierung einer klimagerechten Krankenversorgung fließen werden, bleibt abzuwarten.

5.1 Ressourcen- und klimaschonende Krankenversorgung

Recht gute Transformationschancen existieren im Bereich der Umstellung des Leistungsgeschehens auf ressourcen- und klimaschonende Güter und Prozesse. Hier gibt es bereits eine Vielzahl von Initiativen, vor allem im Krankenhaussektor (DKI 2022; Dickhoff/Dreißigacker 2024), aber auch in Arztpraxen (z. B. die Initiative „KlimaDocs“), unterstützt durch eine vielfältige Beratungslandschaft (z. B. Bundesärztekammer 2022). Dabei handelt es sich zumindest überwiegend um eine technisch-administrative Herausforderung. Hier geht es um effektive Wärmedämmung, Stromeinsparungen oder den Ersatz ressourcenintensiver Geräte und Materialien. Befördert werden solche Initiativen durch umweltbewusste Einrichtungsträger. Nicht selten verbinden diese ihre Initiativen mit der Erwartung mittel- und langfristiger finanzieller Einsparungen. Auch Zertifizierungen und Gütesiegel, an denen im Übrigen auch Krankenkassen beteiligt sind, können einen Anreiz bieten, Kliniken und Praxen klimaschonend umzubauen. Solche Maßnahmen beruhen allerdings auf individuellen oder gemeinschaftlichen Privatinitiativen und werden nicht öffentlich finanziert oder koordiniert. Insgesamt haben diese Aktivitäten in den letzten Jahren einen Aufschwung erlebt, ohne dass sie den THG-Fußabdruck des Gesundheitssektors bisher substantiell reduziert hätten.

Deutlich schlechter stellen sich die Rahmenbedingungen auf dem zweiten Feld der sozial-ökologischen Transformation des Krankenversorgungssystems dar: der Begrenzung des Leistungsumfangs auf das medizinisch tatsächlich notwendige Maß. Die Strukturen und Finanzierungsmechanismen der Krankenversorgung begünstigen ganz grundsätzlich eine Expansion von Leistungen. Ein wichtiger Grund liegt in dem großen Gewicht privater Träger, denn diese haben ein Interesse an einer Erhöhung ihrer Einnahmen und damit an einer Ausweitung der Leistungen, auch über das Maß des indizierten Versorgungsbedarfs hinaus. Die ambulante Versorgung wird traditionell von niedergelassenen Ärzt*innen getragen.

Zudem treten hier in den letzten Jahren private Investoren („Private Equity“) vermehrt als Träger von Praxen und Medizinischen Versorgungszentren auf (Schöneberg/Vitols 2023). Ferner haben in der Krankenhausversorgung private Träger, vor allem börsennotierte Gesellschaften, in den vergangenen Jahrzehnten erheblich an Bedeutung gewonnen: 2023 befanden sich 40 % (1991: 15,2 %) aller Krankenhäuser in privater Trägerschaft (Statistisches Bundesamt 2024). Die Erhöhung von Behandlungsfallzahlen und die Ausweitung einzeln vergüteter Leistungen sind für Leistungserbringer Wege zur Einnahmen- und Gewinnsteigerung. Die geltenden Bestimmungen zur Vergütung ärztlicher Leistungen – jeweils unterschiedliche Kombinationen aus Pauschal- und Einzelleistungsvergütungen – begünstigen derartige Praktiken, wie z. B. die Erfahrungen mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) (Dieterich et al. 2019) in der stationären Versorgung (KOMV 2018) gezeigt haben. Diese Vergütungsanreize führen nicht nur bei den privaten Trägern, sondern auch bei den öffentlichen und gemeinnützigen Einrichtungen des Krankenhaussektors zu unbegründeten Mengenausweitungen. Zwar umfasst das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung eine Vielzahl von Bestimmungen zur Mengenbegrenzung in der Krankenversorgung, doch die berufliche Autonomie bei der Definition von Versorgungsbedarfen eröffnet Ärzt*innen erhebliche Spielräume zur Ausweitung des Leistungsgeschehens (Gerlinger/Rosenbrock 2024). Hinzu kommt, dass die private Krankenversicherung, in der rund 11 % der Bevölkerung versichert sind, durch eine ungedeckelte Einzelleistungsvergütung außerordentlich starke Anreize für eine Leistungsexpansion schafft. Zudem wenden die Versicherungsunternehmen in der privaten Krankenversicherung Regeln zur Leistungsbegrenzung kaum an, auch weil sie genau damit als Vorteil gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung werben.

Ein auf den tatsächlichen Bedarf begrenztes Versorgungssystem hätte wohl deutlich größere positive Umwelteffekte als – ceteris paribus – eine bloße Umstellung des Leistungsgeschehens auf einen klimafreundlichen Ressourceneinsatz (Pichler et al. 2023, S. 32f.). Allerdings wären dafür tiefgreifende Veränderungen in den Trägerstrukturen und Finanzierungsmechanismen des Gesundheitssystems erforderlich, vor allem eine Abkehr von der allgegenwärtigen Gewinnorientierung unter den Leistungserbringern. Ein solcher Umbau stünde vor außerordentlichen Hindernissen, weil er mit den Interessen mächtiger Akteure, allen voran privater Träger von Versorgungseinrichtungen (Kapitalgesellschaften, Ärzt*innen), kollidiert. So sucht man in den Analysen, Positionspapieren und Stellungnahmen der organisierten Ärzteschaft zur Eindämmung des Klimawandels (Bundesärztekammer, 2021 und 2022; DKG 2022; DKG 2023) vergeblich nach Einlassungen zu diesen strukturellen Aspekten der Krankenversorgung. Stattdessen konzentrieren sich die Forderungen auf den Ruf nach staatlicher Finanzierung

der für den klimaschonenden Umbau der Versorgungseinrichtungen erforderlichen Investitionen (z. B. Bundesärztekammer 2021, s. o.). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sah sich durch den Bundestagsbeschluss über die Einrichtung eines Sondervermögens Infrastruktur ermuntert, darauf hinzuweisen, dass Investitionen im Umfang von 30 Mrd. € für eine klimaneutrale Krankenhausversorgung erforderlich seien (DKG 2025). Diese Perspektiven auf das Thema werfen die Frage auf, ob und inwieweit die Akteure zum Engagement für Klimaneutralität bereit sind, wenn es für ihre Mitglieder auch Interessenkonflikte und nicht nur Synergien hervorbringt.

5.2 Lebensstil, Prävention und Klimaschutz

Wiederum andere und dabei noch weit komplexere Implementationsbedingungen kennzeichnen das dritte Handlungsfeld, die Wechselwirkungen von Gesundheitsschutz und Klimaschutz unter Berücksichtigung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen. Nach wie vor sind Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland generell nicht hinreichend an den Bedarfen vulnerabler Gruppen orientiert (Gerlinger/Rosenbrock 2024). Auch die auf die Verknüpfung von Umwelt- und Gesundheitsschutz gerichteten Aktivitäten berücksichtigen zu wenig solche Personen, deren Gesundheitsbelastungen besonders hoch und deren Bewältigungsressourcen besonders gering sind (z. B. Janson et al. 2023).

Eine sozial-ökologische Transformation auf diesem Handlungsfeld ist aus unterschiedlichen Gründen ein höchst komplexer Prozess. *Erstens* ist der Erhalt oder die Schädigung von Gesundheit von zahlreichen Faktoren abhängig und daher, wie bereits in den vorangegangenen Abschnitten deutlich wurde, eng mit anderen Politikfeldern verwoben, so der Umweltpolitik im Allgemeinen oder der Verkehrspolitik und der Ernährungspolitik (Verbraucherschutzpolitik) im Besonderen. Aus diesem Grund zählt das Postulat „Health in all Policies“ zu den wichtigsten Anforderungen an eine moderne, umfassend verstandene Gesundheitspolitik (Böhm et al. 2020). Zu den Akteuren und Institutionen, deren primäre Aufgabe die Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit ist (Ärzterschaft, Krankenhäuser, Krankenkassen etc.), treten somit jeweils unterschiedliche Akteure und Institutionen aus anderen Handlungsfeldern hinzu.

Zweitens erfordert eine sozial-ökologische Transformation bereits auf ihren *einzelnen* Subfeldern die Koordinierung einer Vielzahl von Akteuren. Weil diese häufig Träger unterschiedlicher Interessen sind, unterscheiden sich auch deren Problemdeutungen und Problemlösungspräferenzen (Petschow et al. 2021). Zudem vertreten die beteiligten Organisationen in der Regel heterogene Mitgliedschaften und liegen ihre Kernaufgaben gegenüber der Mitgliedschaft häufig jenseits des Klimaschutzes und des sozialen Ausgleichs. Eine große Herausforderung ist die Vereinbarkeit von ökologischen Anforderungen und

sozial gerechtem Zugang zu Produkten (oder Dienstleistungen), wie das Beispiel Ernährung zeigt: Umweltschonend hergestellte Lebensmittel sind häufig teurer, was die Frage nach ihrer Bezahlbarkeit für sozial Benachteiligte aufwirft (Stieß et al. 2024).

Drittens ist – bereits bei einem engen, auf die primär zuständigen Akteure und Institutionen beschränkten Verständnis – das Politikfeld „Gesundheit“ hochgradig fragmentiert. Diese Fragmentierung kommt zum einen in der Kompetenzverteilung auf Bund, Länder und Gemeinden zum Ausdruck zum anderen in häufig parallelen Zuständigkeiten von Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträgern (Gerlinger/Rosenbrock 2024). Sie erschwert – neben der ohnehin gegebenen Vielfalt der Akteure – die Koordination auf den einzelnen Handlungsfeldern einer sozial-ökologischen Transformation.

Viertens erfordert eine sozial-ökologische Transformation Problemlösungen auf lokaler und regionaler Ebene (Petschow et al. 2021), nicht zuletzt in den Handlungsfeldern Verkehr/Mobilität und Ernährung (Stieß et al. 2024). Auch hier ist eine Koordinierung zahlreicher, sehr heterogener Akteure erforderlich. Viele Kommunalverwaltungen sind mit dieser Aufgabe überfordert, weil ihnen die erforderlichen Ressourcen fehlen, insbesondere wenn sie, wie das oftmals der Fall ist, hochverschuldet sind. Zudem handelt es sich bei den Handlungsfeldern einer sozial-ökologischen Transformation im Politikfeld „Gesundheit“ überwiegend um freiwillige Aufgaben, die zu übernehmen gerade dann vor großen Legitimationsschwierigkeiten steht, wenn eine Kommune nicht einmal ihre Pflichtaufgaben in vollem Umfang erledigen kann. In den Kommunen wären unter fachlichen Gesichtspunkten wohl vor allem die Gesundheitsämter prädestiniert, die erforderliche Koordinierung zu übernehmen. Allerdings verfügen auch sie oftmals nicht über entsprechende Ressourcen (SVR 2023). Zudem ist bei ihnen auch ein traditionelles, auf die Medizinalaufsicht beschränktes Aufgabenverständnis noch recht weit verbreitet (Kuhn/Wildner 2020). So stellte die Nationale Präventionskonferenz (NPK) in ihrem jüngsten Bericht fest, dass keiner der beteiligten Akteure bisher in der Lage gewesen sei, „die Funktion als Motor des ‚Health in All Policies‘-Ansatzes zu erfüllen“ (NPK 2023, S. 218).

Diese Komplexität macht den Transformationsprozess sehr voraussetzungs- und – etwa bei Konjunkturkrisen oder politischen Machtwechseln, ob auf Bundes-, Landes- oder auf kommunaler Ebene – sehr stör anfällig. Ungeachtet dessen stellt es eine große Herausforderung dar, das individuelle Umwelt- und Gesundheitsverhalten dauerhaft zu verändern (McCall et al. 2021). Die Hindernisse für ein umwelt- und gesundheitsbewusstes Verhalten sind sehr unterschiedlich. Bei sozial Benachteiligten sind es häufig soziale Zwänge, die solchen Verhaltensweisen (z. B. bei der Ernährung) im Wege stehen. Deshalb ist es von grundsätzlicher Bedeutung, Verhältnisse zu schaffen, die Verhaltensänderung überhaupt möglich machen. Auch fehlendes Wissen kann eine wichtige Rolle spielen (Schaeffer/

Hurrelmann 2024). Zugleich ist vorhandenes Wissen keine hinreichende Voraussetzung für umwelt- und gesundheitsbewusstes Handeln. Schließlich können im Sozialisationsprozess vermittelte und angeeignete Verhaltensweisen bekanntlich ihre eigene Beharrungskraft entwickeln, unabhängig von normativen Orientierungen oder vom Wissen. Ein grundsätzliches Problem besteht ferner darin, dass der individuelle Beitrag zum Klimaschutz stets gering bleibt und der zu erwartende individuelle gesundheitliche Nutzen von Verhaltensänderungen häufig in weiter Ferne liegt.

5.3 Ansätze zur Handlungskoordination in der Präventionspolitik

Für die Verbesserung der Koordination in der Prävention und Gesundheitsförderung hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren neue Rahmenbedingungen geschaffen. Das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz etabliert auf Bundes- und Landesebene Institutionen und Strukturen, die eine effektive Handlungskoordination zwischen den Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern, Bund, Ländern, Kommunen und anderen Akteuren in der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik ermöglichen sollen (Gerlinger 2025). Demnach entwickelt eine Nationale Präventionskonferenz (NPK), in der die genannten Akteure vertreten sind, in Form von bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen eine nationale Präventionsstrategie, die auf Länderebene in Rahmenvereinbarungen konkretisiert und umgesetzt werden soll. Allerdings nehmen weder die Bundesrahmenempfehlungen noch die Landesrahmenvereinbarungen (Grundlage: eigene Durchsicht) oder die bisher erschienenen Präventionsberichte der NPK (2019 und 2023) konkreten Bezug auf die Wechselwirkungen von Klima und Gesundheit.

Im Unterschied dazu deuten der „Leitfaden Prävention“ (GKV-Spitzenverband 2024) und die jährlichen Präventionsberichte der Krankenkassen (zuletzt: Medizinischer Dienst Bund / GKV-Spitzenverband 2024) darauf hin, dass die Aufmerksamkeit der Krankenkassen für dieses Thema gestiegen ist. So geht der „Leitfaden Prävention“, die gesetzlich vorgeschriebene Rechtsgrundlage für das Handeln der Krankenkassen auf diesem Feld, ausdrücklich auf das „Querschnittsthema Klimawandel und Gesundheit“ ein (GKV-Spitzenverband 2024, S. 41ff.) und stellt die Themen „Bewegung“ und „Ernährung“ auch in diesen Zusammenhang (GKV-Spitzenverband 2024, S. 54, 57ff.). Zwar berücksichtigten diesen Angaben zufolge bei der Gesundheitsförderung in Lebenswelten nur 4 % der Projekte das „Querschnittsthema Klimaschutz und -anpassung“ (Medizinischer Dienst Bund / GKV-Spitzenverband 2024, S. 50), aber in der betrieblichen Gesundheitsförderung waren es immerhin 53 % (ebd., S. 78). Ferner gibt es eine Reihe von Programmen, Netzwerken und Initiativen zur Prävention und Gesundheitsförderung, die

sich zwar nicht ausdrücklich auf das Thema „Umwelt und Gesundheit“ beziehen, für dessen Berücksichtigung aber Raum bieten, z. B. das „Bundesländer-Programm Sozialer Zusammenhalt“ oder das „Soziale Städte-Netzwerk“. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von Einzelinitiativen auf kommunaler Ebene, vielfach gefördert von den Ländern.

Auch wenn eine systematische Analyse der nach dem Präventionsgesetz geförderten Projekte noch aussteht, lässt sich festhalten, dass der Zusammenhang von Umwelt und Gesundheit in der Präventionspolitik in den letzten Jahren stärker berücksichtigt wird. Hervorzuheben ist dabei jedoch, dass es sich bei den skizzierten Aktivitäten lediglich um zeitlich befristete Einzelprojekte handelt, deren Verstetigung vielfach ungewiss ist. Sie können zwar Mosaiksteine einer sozial-ökologischen Transformation sein, aber umfassende und dauerhafte Maßnahmen nicht ersetzen. Der Weg zu einer sozial-ökologischen Transformation im Sinne einer systematischen Koordinierung von Handlungsfeldern im Umwelt-/Klimaschutz, im Gesundheitsschutz und bei der Verbesserung sozialer Sicherheit ist also noch weit.

6 Fazit

Die sozial-ökologische Transformation in Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik umfasst mehrere Handlungsfelder mit jeweils eigenen Akteurs- und Interessenkonstellationen. Dementsprechend unterscheiden sich auch die jeweiligen Implementationsbedingungen. Die Notwendigkeit einer sozial-ökologischen Transformation wird von den gesundheitspolitisch relevanten Akteuren weithin geteilt, auch die Analysen über die Zusammenhänge von Klima- und Gesundheitspolitik stoßen überwiegend auf Zustimmung. Allerdings sind in vielen beteiligten Organisationen die Eindämmung des Klimawandels und der soziale Ausgleich nicht das Kernanliegen und konkurrieren mit anderen, für die Organisationen und ihre Mitglieder nicht selten wichtigeren Zielen. Dies wirft die Frage auf, wie groß die Handlungsbereitschaft in solchen Fällen ist, in denen Organisations- bzw. Mitgliederinteressen mit wichtigen anderen Interessen kollidieren.

Das politische und öffentliche Bewusstsein für den Zusammenhang zwischen Klima- bzw. Umweltschutz einerseits und Gesundheitsschutz andererseits ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen, auch unter den Akteuren des Gesundheitssystems selbst. Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von Initiativen auf diesem Handlungsfeld, und zahlreiche Akteure aus der Gesundheitspolitik, der Krankenversorgung und der Wissenschaft haben sich zu Bündnissen zusammengeschlossen, die diesem Thema in Politik und Öffentlichkeit weiteren Auftrieb geben wollen. Allerdings gehen die getroffenen Maßnahmen kaum über Einzelinitiativen hinaus. Es mangelt vor allem an einer wirklichen Integration der Themen „Umwelt“ und „Gesundheit“ auf den einzelnen Handlungsfeldern.

Dem Staat kommt bei der Ausgestaltung einer sozial-ökologischen Transformation der Gesundheitspolitik eine entscheidende Rolle zu. Diese ist nur dann umsetzbar, wenn sie als Aufgabe von Politik und Gesellschaft insgesamt wahrgenommen wird („Health in all Policies“). Der Staat muss sowohl Anreize setzen als auch Strukturen schaffen, die es den Akteuren ermöglicht, im Sinne einer sozial-ökologischen Transformation zu handeln und ihr Handeln zu koordinieren. Dazu zählt auch eine Abkehr

von den auf wirtschaftlichen Gewinn gerichteten Strukturen und Anreizen in der Krankenversorgung. Zugleich sind lokale und regionale Strukturen und Kooperationen erforderlich, um eine Transformation ins Werk zu setzen. Während die Zusammenhänge zwischen Umwelt- und Klimaschutz, Gesundheitsschutz und der Verringerung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen bereits gut ausgeleuchtet sind, bedarf es vor allem sozial- und politikwissenschaftlicher Analysen, die den Voraussetzungen für eine erfolgreiche Handlungskoordination auf diesen Feldern nachgehen. ■

LITERATUR

- Becvarik, Z. A. / White, L. V. / Lal, A.** (2024): The Health and Wellbeing Co-Benefits of Policies and Programs to Address Climate Change in Urban Areas: A Scoping Review, in: *Environmental Research Letters* 19 (11), DOI 10.1088/1748-9326/ad78ef
- Blättner, B. / Grewe, H. A.** (2023): Arbeitshilfe zur Entwicklung und Implementierung eines Hitzeaktionsplans für Kommunen, Fulda, https://www.hs-fulda.de/fileadmin/user_upload/FB_Pflege_und_Gesundheit/Forschung___Entwicklung/Klimawandel_Gesundheit/Arbeitshilfe_zur_Entwicklung_und_Implementierung_eines_Hitzeaktionsplans_fuer_Kommunen_21.03_final.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- BMEL (Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft)** (2022): Eckpunktepapier: Weg zur Ernährungsstrategie der Bundesregierung, Bonn, https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_Ernaehrung/ernaehrungsstrategie-eckpunktepapier.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- BMUV (Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz)** (2024): Deutsche Anpassungsstrategie an den Klimawandel 2024. Vorsorge gemeinsam gestalten, Bonn, https://www.bmu.de/fileadmin/Daten_BMU/Download_PDF/Klimaanpassung/das_2024_strategie_bf.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- Böhm, K. / Bräunling, S. / Geene, R. / Köckler, H.** (Hrsg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland, Wiesbaden
- Bolte, G. / Dandolo, L. / Gepp, S. / Hornberg, C. / Lopez Lumby, S.** (2023): Klimawandel und gesundheitliche Chancengerechtigkeit: Eine Public-Health-Perspektive auf Klimagerechtigkeit, in: *Journal of Health Monitoring* 8 (S6), S. 3–38, DOI: 10.25646/11769
- Bundesärztekammer** (2021): Ärztetag für Klimaneutralität des Gesundheitswesens bis 2030, Pressemitteilung vom 02.11.2021, <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/aerztetag-fuer-klimaneutralitaet-des-gesundheitswesens-bis-2030> (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- Bundesärztekammer** (2022): Handlungsfelder in Arztpraxen zur Klimaneutralität, Berlin, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Klimawandel/Handlungsfelder_in_Arztpraxen_zur_Klimaneutralitaet.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- CPHP (Centre for Planetary Health Policy)** (2025): Für Gesundheit innerhalb planetarischer Grenzen, <https://cphp-berlin.de/de>
- Deegenhardt, L. / Weber, M.** (2023): Koordination der Akteure des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes in Krisenlagen, in: *Bevölkerungsschutz* 3, S. 14–15
- Dickhoff, A. / Dreißigacker, C.** (2024): Klimaschutz in Kliniken: Praxisbeispiele für Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen, in: J. Klauber et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 387–403
- Dieterich, A. / Braun, B. / Gerlinger, T. / Simon, M.** (Hrsg.) (2019): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft)** (2023): Klimaschutz im Krankenhaus. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Nachhaltigkeit, Berlin, https://www.dkgv.de/fileadmin/default/DKG-Positionspapier_Klimaschutz_im_Krankenhaus.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- DKG** (2025): DKG zu den Finanzierungsplänen von Union und SPD. Sondervormögen ermöglicht dringend notwendige Krankenhaus-Investitionen, Pressemitteilung vom 05.05.2025, https://www.dkgv.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2025/2025-03-05_PM_DKG_zum_Sondervormoegen.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- DKI (Deutsches Krankenhausinstitut)** (2022): Klimaschutz in deutschen Krankenhäusern: Status quo, Maßnahmen und Investitionskosten. Auswertung klima- und energierelevanter Daten deutscher Krankenhäuser, Düsseldorf,

- https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressmitteilungen/2022/2022-07-19_DKI-Gutachten_Klimaschutz_in_deutschen_Krankenhausern.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- EEA (European Environment Agency)** (2020): Healthy Environment, Healthy Lives: How the Environment Influences Health and Well-Being in Europe. EEA Report 21/2019, Copenhagen, <https://www.eea.europa.eu/en/analysis/publications/healthy-environment-healthy-lives> (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- Gabrys, S.** (2022): Klimakrise und Gesundheit – eine Planetary-Health-Perspektive, in: *Journal of Health Monitoring* 7 (S4), S. 7–9, DOI: 10.25646/10388
- Gerlinger, T.** (2025): Präventionsgesetz, in: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIOG) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, DOI: 10.17623/BIOEG:Q4-i092-4.0
- Gerlinger, T. / Rosenbrock, R.** (2024): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 4. Aufl., Bern
- Gesundheitsministerkonferenz** (2020): Beschlüsse der 93. GMK: TOP: 5.1 Der Klimawandel – eine Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen, <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1018&jahr=2020&search=klimawandel> (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- GKV-Spitzenverband** (2024): Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V, in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/2024-12-19-GKV-Leitfaden_Praevention_barrierefrei.pdf (letzter Zugriff: 03.09.2025)
- Grewe, H. A. / Blättner, B.** (Hrsg.) (2024): Vor Hitze schützen. Ein Handbuch für Pflege- und Gesundheitseinrichtungen, Stuttgart
- Günster, C. / Klauber, J. / Robra, B.-P. / Schmuker, C. / Schneider, A.** (Hrsg.) (2021): Versorgungs-Report. Klima und Gesundheit, Berlin
- Hartmann, S. / Eichinger, M.** (2022): Planetary Health – Gesundheit und Krankheit im Kontext von Klima und Umwelt, in: Haring, R. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg, S. 929–940
- Heidemann, C. / Scheidt-Nave, C. / Beyer, A.-K. et al.** (2021): Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHI, in: *Journal of Health Monitoring* 6 (3), S. 3–27
- Janson, D. / Kaiser, T. / Hannemann, L. / Nickl, J. / Grewe, H. A.** (2023): Abschlussbericht: Analyse von Hitzeaktionsplänen und gesundheitlichen Anpassungsmaßnahmen an Hitzeextreme in Deutschland. Umweltbundesamt: Umwelt und Gesundheit 03/2023, Dessau-Roßlau, https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/11850/publikationen/hap-de_endbericht_bf_230321_lb.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- Karlsson, M. / Alfredsson, E. / Westling, N.** (2020): Climate Policy Co-Benefits: A Review, in: *Climate Policy* 20 (3), S. 292–316, DOI: 10.1080/14693062.2020.1724070
- Klauber, J. / Wasem, J. / Beivers, A. et al.** (Hrsg.) (2024): Krankenhaus-Report 2024: Strukturreform, Berlin
- KLUG (Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit)** (2025): Gemeinsam handeln für Klima und Gesundheit. <https://www.klimawandel-gesundheit.de/>
- KOMV (Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem)** (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/ KOMV/ Bericht_der_Honorarkommission_KOMV_-_Dezember_2019.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- Kuhn, J. / Wildner, M.** (2020): Der Öffentliche Gesundheitsdienst, in: Razum, O. / Kolip, P. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7., vollst. überarb. Aufl., Weinheim, S. 815–832
- Mackenbach, J. P. / Valverde, J. R. / Artnik, B. et al.** (2018): Trends in Health Inequalities in 27 European Countries, in: *Proceedings of the National Academy of Sciences* 115 (25), DOI: 10.1073/pnas.1800028115
- McCall, T. / Liedtke, T. P. / Hornberg, C. / Liebig-Gonglach, M.** (2021): Gut für das Klima, gut für die Gesundheit: Perspektiven für individuelle Verhaltensänderungen, in: Günster, C. et al. (Hrsg.) (2021), a. a. O., S. 177–188
- Medizinischer Dienst Bund / GKV-Spitzenverband** (2024): Präventionsbericht 2024. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Präventionsbericht 2024. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2023, Essen/Berlin, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2024_GKV_MD_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- Mueller, N. / Rojas-Rueda, D. / Salmon, M. et al.** (2018): Health Impact Assessment of Cycling Network Expansions in European Cities, in: *Preventive Medicine* 109, S. 62–70, DOI: 10.1016/j.ypmed.2017.12.011
- NPK (Nationale Präventionskonferenz)** (2019): Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V, https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/NPK-Praeventionsbericht_Barrierefrei.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- NPK** (2023): Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V, Berlin/Kassel, https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/zweiter_npk_praeventionsbericht_barrierefrei.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- OECD (Organisation of Economic Cooperation and Development) / Europäische Kommission** (2024): Health at a Glance: Europe 2024. State of Health in the EU Cycle, Paris, DOI: 10.1787/b3704e14-en
- Oswald, J. / Blase, N.** (2024): Ökologische Nachhaltigkeit als Herausforderung für die Krankenhäuser, in: J. Klauber et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 335–362
- Petschow, U. / Sharp, H. / Rioussset, P. / Jacob, K. / Guske, A.-L. / Kalt, G. / Schipperges, M. / Arlt, H.-J.** (2021): Abschlussbericht: Potenziale, Hemmnisse und Perspektiven neuer Allianzen für sozial-ökologische Transformationen. Umwelt-, gewerkschafts- und sozialpolitische Akteure im Spannungsfeld unterschiedlicher Kontexte, Logiken und Zukunftsvorstellungen, Berlin, https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/479/publikationen/texte_134-2021_potenziale_hemmnisse_und_perspektiven_neuer_allianzen_fuer_sozial-oekologische_transformationen.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- Pichler, P.-P. / Jaccard, I. S. / Hanewinkel, L. / Weisz, H.** (2023): Sachbericht zum Projekt: Evidenzbasis Treibhausgasemissionen des deutschen Gesundheitswesens. German-HealthCFP, Potsdam, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/GermanHealthCFP_Sachbericht.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- Planetary Health Alliance** (2025): Planetary Health. <https://www.planetaryhealthalliance.org/planetary-health>
- Quitmann, C. / Keil, M. / Herrmann, A. / Schulz, R. / Pichler, P.-P.** (2024): Umweltauswirkungen des Gesundheitssektors, in: J. Klauber et al. (Hrsg.) (2024), a. a. O., S. 363–385
- Romanello, M. / Walawender, M. / Hsu, S.-C. / Moskeland, A. / Palmerio-Silva, Y. / Scramman, D. et al.** (2024): The 2024 Report of the Lancet Countdown on Health and Climate Change: Facing Record-Breaking Threats from Delayed Action, in: *The Lancet* 404, S. 1849–1896, DOI: 10.1016/S0140-6736(24)01822-1
- Schaffer, D. / Hurrelmann, K.** (2024): Gesundheitskompetenz als Grundlage von Prävention und Gesundheitsförderung, in: Ganten, D. / Berr, K. / Melin, S. / Rutert, B. (Hrsg.): Gesundheit von morgen. Gesundheitskompetenz stärken – Prävention verbessern, Berlin, S. 25–33
- Schöneberg, K. / Vitals, K.** (2023): Branchenanalyse Medizinische Versorgungszentren: Strukturen, wirtschaftliche Trends, Arbeit und Beschäftigung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Hans-Böckler-Stiftung: Working Paper Forschungsförderung, Nr. 288, Düsseldorf
- Schröder, J. / Moebus, S.** (2021): Klimasensible Stadtplanung und Stadtentwicklung, in: Günster, C. et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 205–218.
- Schüle, S. A. / Hilz, L. / Dreger, S. / Bolte, G.** (2019): Social Inequalities in Environmental Resources of Green and Blue Spaces: A Review of Evidence in the WHO European Region, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16 (7), S. 1216, DOI: 10.3390/ijerph16071216
- SRU (Sachverständigenrat für Umweltfragen)** (2023): Umwelt und Gesundheit konsequent zusammendenken. Sondergutachten, Berlin, https://www.umwelttrat.de/SharedDocs/Downloads/DE/02_Sondergutacht/en/2020_2024/2023_06_SG_Umwelt_und_Gesundheit_zusammendenken.pdf?__blob=publicationFile&v=17 (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- Statistisches Bundesamt** (2024): Grunddaten der Krankenhäuser 2023. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/_publikationen-innen-grunddaten-krankenhaeuser.html (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- Stieß, I. / Drees, L. / Sattlegger, L.** (2024): Planetare Gesundheit und nachhaltige Ernährung in Kommunen: Ein Orientierungsrahmen für die kommunale Ernährungswende. Institut für sozial-ökologische Forschung: ISOE Policy Brief Nr. 10, Frankfurt a. M.
- SVR (Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)** (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Bonn/Berlin, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)
- SVR** (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023, Berlin, <https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/>

Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)

WBGU (Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen) (2023): Hauptgutachten: Gesund leben auf einer gesunden Erde, Berlin, https://www.wbgu.de/fileadmin/user_upload/wbgu/publikationen/hauptgutachten/hg2023/pdf/wbgu_hg2023.pdf (letzter Zugriff: 18.07.2025)

WHO (World Health Organization) (2025): Ten Threats to Global Health in 2019, Genf, <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> (letzter Zugriff: 18.07.2025)

Wolkinger, B. / Haas, W. / Bachner, G. et al. (2018): Evaluating Health Co-Benefits of Climate Change Mitigation in Urban Mobility, in: International Journal of Environmental Research and Public Health 15, S. 880, DOI: 10.3390/ijerph15050880

AUTOR

THOMAS GERLINGER, Prof. Dr. Dr., Professor an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, Leiter der Arbeitsgruppe „Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie“. Forschungsschwerpunkte: Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme in Deutschland und Europa, europäische Gesundheitspolitik.

@ thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de