



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Januar 2022, 22. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Miriam Blümel*, Technische Universität Berlin 2

Drei Fragen an

Leonie Sundmacher, Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften,
Technische Universität München 3

Buchtipps

von *Fabian Diekmann*, Autismus Deutschland e. V. – Bundesverband
zur Förderung von Menschen mit Autismus, Hamburg 4

WIDO

Krebsfrüherkennung

Angebote werden zu wenig genutzt 5

Qualitätssicherung mit Routinedaten

Weniger Komplikationen bei Gelenkersatz 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Vulnerabilität

Soziale Ungleichheit und Gesundheit – von Daten zu Taten

Andreas Mielck, ehemals Helmholtz Zentrum München,
und *Verina Wild*, Universität Augsburg 7

New Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention – Leerstellen im Pakt für den ÖGD

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie
für Sozialmedizin Niedersachsen, Hannover 16

Hauptsache, gesund?! Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kinder- und Jugendalter

Eike Quilling, Hochschule für Gesundheit, Bochum,
Anna Lena Rademacher, FH Bielefeld, et al. 24

STUDIE IM FOKUS

Ultraschalldiagnostik zur Früherkennung von Eierstockkrebs 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse und Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

Ende des vorigen Jahres hat das Bundesverfassungsgericht ein interessantes Urteil gefällt. Die Karlsruher Richter entschieden, dass der Gesetzgeber Vorkehrungen treffen muss, damit im Falle einer pandemiebedingten Triage niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt wird. Die fachlichen Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) stellen zwar ausdrücklich klar, dass eine Priorisierung aufgrund von Grunderkrankungen oder Behinderungen nicht zulässig ist, sie sind aber nicht rechtlich verbindlich. Zudem bezeichnet die DIVI Komorbiditäten und Gebrechlichkeit als negative Indikatoren für die Erfolgsaussichten einer Intensivbehandlung. Das wiederum senkt faktisch die Chancen Behinderter, die ja vergleichsweise oft an Komorbiditäten leiden, bei einer Triage ausgewählt zu werden. Schließlich sollen die Ärztinnen und Ärzte aufgrund der Überlebenschancen entscheiden – wobei erstaunlicherweise bisher nicht klar definiert ist, was denn genau überhaupt überlebt werden soll.

Das Urteil und die zugrunde liegende Thematik zeigen exemplarisch: Gesundheitliche Vulnerabilität lässt sich oft nicht ausschließlich vom Individuum her betrachten. In vielen Fällen ist es geboten, Gruppen oder größere Zusammenhänge in den Fokus zu nehmen. **Andreas Mielck** und **Verina Wild** werfen in ihrem Beitrag einige grundlegende Fragen auf, zum Beispiel welche gesundheitlichen Ungleichheiten denn ungerecht sind und was man dagegen tun kann. **Thomas Altgeld** betrachtet Pläne für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) vom im September 2020 beschlossenen ÖGD-Pakt bis zu den entsprechenden Passagen im Koalitionsvertrag vom November 2021. Das Team um **Eike Quilling** und **Anna Lena Rademacher** nimmt eine in der Pandemie oft vernachlässigte Gruppe unter die Lupe: die Kinder und Jugendlichen.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

Humanmedizin**Mehr Studienplätze für angehende Ärzte**

Der Studiengang Humanmedizin an der Universitätsmedizin Oldenburg wird zum Wintersemester 2022/23 um 40 auf dann 120 Studienplätze pro Jahr erweitert. Das Land Niedersachsen hat die entsprechenden Mittel zugesagt. Mittelfristig ist geplant, die Zahl der Studienplätze im Studiengang „European Medical School Oldenburg-Groningen“ auf 200 auszubauen. ■

Mehr Informationen:
[presse.uni-oldenburg.de/](mailto:presse.uni-oldenburg.de)
mit/2021/224.html

Forschungsförderung**14 neue DFG-Sonderforschungsbereiche**

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) fördert seit dem 1. Januar 2022 für zunächst vier Jahre 14 neue Sonderforschungsbereiche (SFB) mit einer Fördersumme von insgesamt 141 Millionen Euro. Sechs der geförderten SFB widmen sich lebenswissenschaftlichen Fragestellungen wie der Herz- oder der Krebsforschung sowie der Erforschung von Alterungsprozessen. ■

Mehr Informationen:
destatis.de > **Pressemitteilungen**
> 14. September 2021

Kooperation**Netzwerke helfen bei seltenen Erkrankungen**

Die 24 Europäischen Referenznetzwerke (ERN), die Patientinnen und Patienten in allen EU-Mitgliedstaaten den Zugang zur Diagnose und Behandlung seltener und hochkomplexer Erkrankungen erleichtern sollen, bekommen Zuwachs. Seit dem 1. Januar 2022 verstärken insgesamt 620 neue Einrichtungen die bestehenden Netzwerke, die dann rund 1.500 Anlaufstellen in 28 Ländern umfassen. ■

Mehr Informationen:
euagenda.eu/news/629475

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Von
Miriam Blümel,
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin im
Fachgebiet Management
im Gesundheitswesen
der Technischen
Universität Berlin

Adresse:
Straße des 17. Juni 135
10623 Berlin
Telefon:
030 31429221
Fax: 030 31428422
E-Mail: [miriam.bluemel@](mailto:miriam.bluemel@tu-berlin.de)
tu-berlin.de
Web: mig.tu-berlin.de

PKV-Routinedaten wissenschaftlich nutzen

Die wissenschaftliche Nutzung von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung ist aus der Versorgungsforschung nicht wegzudenken. Routinedaten der privaten Krankenversicherung (PKV) werden hingegen nur vereinzelt genutzt, obwohl rund elf Prozent der Bevölkerung über eine private Krankenvollversicherung verfügen. Forschende der Technischen Universität Berlin haben anhand eines verknüpften Datensatzes aus Befragungs- und PKV-Daten geprüft, inwiefern PKV-Daten für wissenschaftliche Zwecke verwendbar sind und welche Herausforderungen sich dabei ergeben. Sie kommen zu dem Schluss, dass es Schwierigkeiten aufgrund anderer Begrifflichkeiten in der PKV sowie in der Erfassung und Validität der Abrechnungsdaten gibt, die wissenschaftliche Nutzung von PKV-Daten aber unter Beachtung einer sorgfältigen Datenaufbereitung und einiger Limitationen möglich ist. ■
Gesundheitswesen. doi: 10.1055/a-1658-0584

Schulungen können HIV-Vorsorge verbessern

Seit 2019 ist die Prä-Expositions-Prophylaxe (PreP) zur Verhinderung einer HIV-Ansteckung Teil des GKV-Leistungskataloges. Eine mögliche Verordnung setzt jedoch eine Zertifizierung des Arztes voraus, was insbesondere in ländlichen Regionen ein erhebliches Hindernis für die Implementierung darstellt. In einer Studie wurden

in einer Surveybefragung von Ärztinnen und Ärzten mit und ohne Zertifizierung Unterschiede hinsichtlich des Wissensstandes und der Einstellung zur PreP analysiert. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass gezielte Schulungen, ein Ausbau an Online-Fortbildungen sowie die Bereitstellung von patientenorientiertem Informationsmaterial dazu beitragen könnten, das Wissen insbesondere von Nicht-HIV-Experten zu vergrößern und die Versorgung zu verbessern. ■

PLoS One. doi: 10.1371/journal.pone.0250895

Nationale Corona-Strategien im Vergleich

Die Covid-19-Pandemie hat die Gesundheitssysteme weltweit vor noch nie dagewesene Herausforderungen gestellt. Seit Ausbruch der Krise dokumentiert das European Observatory on Health Systems and Policies, wie die einzelnen Länder darauf reagieren. In einer Sonderausgabe des Journals „Health Policy“ vergleichen und analysieren Forscherinnen und Forscher Maßnahmen und Regelungen, die verschiedene Länder zur Eindämmung des Infektionsgeschehens, zur Sicherstellung von Testkapazitäten, zur Bereitstellung von Intensivbetten sowie zur Finanzierung und Koordinierung des Gesundheitssystems ergriffen haben. Ein Beitrag ist den baltischen Staaten gewidmet, die auf die erste Welle sehr früh mit umfassenden, zentral organisierten Maßnahmen reagierten. ■

Health Policy. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.12.003

Hochschulen**Humanwissenschaften im Fokus**

Anlässlich ihres 125-jährigen Bestehens hat sich die Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV) umbenannt und heißt jetzt VPU Vinzenz Pallotti University. Mit dem Namenswechsel geht eine inhaltliche Neuausrichtung einher. Das Studienangebot wird um zusätzliche, auf den Menschen bezogene Fachgebiete erweitert. An der neu gegründeten Fakultät Humanwissenschaften sollen im Lauf des Jahres 2022 ein neuer Bachelor- sowie vier Master-Studiengänge starten. ■

Mehr Informationen:

idw-online.de/de/news783706

Versorgungsforschung**Digitale Medizin für den ländlichen Raum**

Die Universität Bonn und die Universität Siegen gründen eine gemeinsame wissenschaftliche Einrichtung unter dem Titel „Digitale Medizin und Versorgungsforschung im ländlichen Raum“ (Interdisciplinary Center for Digital Medicine and Health Services Research in Rural Areas, INDIRA). In Kooperation mit fünf Klinikpartnern soll das neue Zentrum Studierende der Humanmedizin in Bonn und medizinnaher Studiengänge in Siegen an typische Versorgungssituationen in ländlichen Regionen heranführen. ■

Mehr Informationen:

uni-bonn.de/de/neues/266-2021

Evaluation**Wissenschaftlicher Bericht zu Frühen Hilfen**

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) hat den ersten wissenschaftlichen Bericht zur Bundesstiftung Frühe Hilfen veröffentlicht. Frühe Hilfen unterstüt-

zen insbesondere Familien mit psychosozialen Belastungen mit bedarfsgerechten, niedrigschwelligen Angeboten. Dem Bericht zufolge mangelt es in diesem Bereich

stark an Personal, vor allem an Gesundheitsfachkräften. ■

Mehr Informationen:

fruehehilfen.de/wissenschaftlicher-bericht-2020

DREI FRAGEN AN ...**Forschungsschwerpunkte:**

Routinedatenanalysen,
Bedarfsplanung,
Vergütungssystem,
Versorgungsforschung,
Qualitätsmanagement

Jahresetat:

keine Angaben

Zahl und Qualifikation der Mitarbeitenden:

1 Universitätsprofessorin,
9 wissenschaftliche
Mitarbeiterinnen und
Mitarbeiter (Qualifikation:
Gesundheitsökonomie, VWL,
BWL, Mathematik, Physik,
Wirtschaftsingenieurwesen,
Demografie),
1 Sekretärin

Adresse:

Technische Universität
München,
Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften,
Professur für
Gesundheitsökonomie
Georg-Brauchle-Ring 60/62
80992 München
Telefon: 089 289 24464
E-Mail: leonie.sundmacher@tum.de
Web: <https://www.sg.tum.de/chec>

Politik sollte offen sein für den wissenschaftlichen Diskurs

... Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Inhaberin der Professur für Gesundheitsökonomie an der Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität München

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Ich habe in den letzten Jahren intensiv zur Bedarfsplanung, zum Vergütungssystem und zu den Organisationsstrukturen insbesondere im ambulanten Sektor gearbeitet. Nun sind mein Team und ich wieder dazu übergegangen, den Patientenpfad in den Mittelpunkt der Forschung zu stellen. Wir überlegen, wie durch Veränderungen in den genannten Bereichen und sinnvolle Anreize eine kontinuierliche Behandlung entlang des Patientenpfads erreicht werden kann, und führen hierzu Interventionsstudien und Analysen durch.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Am Lehrstuhl arbeiten wir in der Regel in Großprojekten mit mehreren Konsortialpartnern zusammen, die verschiedene Fachrichtungen vertreten. Die interdisziplinäre Arbeit, insbesondere mit Medizinerinnen, Epidemiologen, Informatikern und Vertretern der Selbstverwaltung, ist daher unsere tägliche Routine.

Während der Pandemie haben wir zudem realisiert, dass wir unsere Projekttreffen mit nationalen und internationalen Partnern ohne größere Qualitätsverluste auch in Videokonferenzen durchführen können. Dies erleichtert die Koordination und erweitert den Radius für Kooperationen.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Politiker sind gut beraten, wenn sie sich auf Wissenschaft einlassen und die Ergebnisse evidenzbasierter Studien kennen. Die Wissenschaft spricht allerdings selten mit einer Stimme. Das heißt: Politiker müssen auch offen für den wissenschaftlichen Diskurs sein.

Studium I
Pädagogik bei Autismus-Spektrum-Störungen

An der Ludwig-Maximilians-Universität München wird im laufenden Wintersemester 2021/22 erstmals ein Erweiterungsstudiengang „Pädagogik bei Autismus-Spektrum-Störungen“ angeboten. Er soll angehende Lehrkräfte darauf vorbereiten, autistische Kinder und Jugendliche in ihrer Schullaufbahn zu begleiten. Vermittelt werden neben grundlagentheoretischem Wissen auch störungsspezifische, diagnostische, didaktisch-methodische und Reflexions- und Evaluationskompetenzen sowie autismsensible Beratungskompetenzen. ■

Mehr Informationen:
edu.lmu.de/esE/erweiterungsstudium

Studium II
Neuer Studiengang Hirnforschung

Das Zentrum für Neurowissenschaften der ETH Zürich und der Universität Zürich bietet zum Wintersemester 2022 einen neuen Masterstudiengang für Hirnforschung an. Das auf zwei Jahre angelegte interdisziplinäre Studium soll den Absolventen die Zusammenhänge zwischen Biologie, Technologie und klinischer Neurologie nahebringen, sie mit den Mess-, Analyse- und Therapiemethoden der Neurowissenschaften vertraut machen und ihnen umfangreiche Praxiserfahrungen in Forschungslaboren ermöglichen. ■

Mehr Informationen:
neuroscience.uzh.ch > **Master Studies** > **Program**

Studium III
Masterstudium Advanced Nursing Practice

An der Akkon-Hochschule für Humanwissenschaften startet im April 2022 der neue Masterstudiengang „Advanced Nursing Practice“. Das fünf Semester umfassende berufsbegleitende Studium richtet sich an erfahrene Pflegefachkräfte und soll diese auf die klinischen, systemischen und wissenschaftlichen Herausforderungen der Pflege von morgen vorbereiten. Die Studiengebühren betragen 390 Euro pro Monat, Online-Bewerbungen sind noch bis zum 15. März 2022 möglich. ■

Mehr Informationen:
akkon-hochschule.de > **Master** > **Advanced Nursing Practice**

BUCHTIPPS

Zum Thema Autismus



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Fabian Diekmann**, Fachreferent bei Autismus Deutschland e. V. – Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Autismus

Rothenbaumchaussee 15
20148 Hamburg
Telefon: 040 5115604
E-Mail: info@autismus.de
Web: autismus.de

Autoren und Titel	Inhalt
<p><i>Michele Noterdaeme/Karolin Ullrich/Angelika Enders (Hrsg.)</i> Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) Ein integratives Lehrbuch für die Praxis</p>	<p>Die zweite, erweiterte Ausgabe dieses Bandes bietet einen breiten Einstieg in das Thema Autismus in Theorie, Forschung und Praxis unter Berücksichtigung der internationalen Forschungslage. Eine Vielzahl von Fachleuten fasst die aktuellen Erkenntnisse zu den Bereichen Klassifikation und Symptomatik, Diagnostik und Therapie präzise zusammen und geht auch auf verschiedene Lebenskontexte, etwa die schulische Förderung, ein. (<i>Kohlhammer 2017</i>)</p>
<p><i>Ellen Notbohm, Veronica Zysk</i> 1001 Ideen für den Alltag mit autistischen Kindern und Jugendlichen Praxistipps für Eltern, pädagogische und therapeutische Fachkräfte</p>	<p>Für Eltern und Fachkräfte ist dieser Band ein umfangreiches Füllhorn mit Praxistipps, Vorschlägen zur Unterstützung und Förderung sowie innovativen Lösungen für den Alltag mit autistischen Kindern und Jugendlichen. Es ist insbesondere für all diejenigen zu empfehlen, die sich neu mit dem Thema Autismus beschäftigen und in diesem Buch ein schier unerschöpfliches Nachschlagewerk für Alltagssituationen finden. (<i>Lambertus 2019</i>)</p>
<p><i>Tanja Sappok, Reinhard Burtscher, Anja Grimmer (Hrsg.)</i> Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit Medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache</p>	<p>Der Umgang mit Menschen mit intellektuellen Behinderungen (als einer möglichen Komorbidität zum Autismusspektrum) im Gesundheitssystem stellt häufig eine Herausforderung für alle Beteiligten dar. Dieses Buch bietet neben einer theoretischen und praktischen Grundlegung eine Sammlung von 100 Aufklärungsbögen, ergänzt mit Piktogrammen zu allen relevanten Themen im Gesundheitssystem, und hilft so, dieser Herausforderung konstruktiv zu begegnen. Insbesondere den individuellen Bedürfnissen in den Bereichen Wahrnehmung, Kommunikation und Interaktion wird hier entsprochen. (<i>Hogrefe 2021</i>)</p>

Foto: privat

Krebsfrüherkennung

Angebote werden zu wenig genutzt

Viele AOK-Versicherte nehmen die Krebsfrüherkennungsangebote der gesetzlichen Krankenversicherung nicht wahr. Das gilt vor allem für die Darmkrebsfrüherkennung sowie für das Prostata- und Hautkrebs-Screening.

Das WIdO hat aktuell die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung im Längsschnitt von zehn Jahren untersucht. Zu den Maßnahmen gehören bei Frauen unter anderem die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung ab dem Alter von 20 Jahren, das Abtasten der Brüste ab dem Alter von 30 Jahren, das Hautkrebs-Screening ab dem Alter von 35 Jahren, die Brustkrebsfrüherkennung durch Mammografie im Alter zwischen 50 bis 69 Jahren sowie die Darmkrebsfrüherkennung mit der Koloskopie ab dem Alter von 55 Jahren. Bei den Männern beginnen die Früherkennungsmaßnahmen beim Hautkrebs-Screening mit dem Alter von 35 Jahren, ab dem Alter von 45 Jahren folgt dann die Krebsfrüherkennung beim Mann, die auch die Früherkennung auf Prostatakrebs beinhaltet, und schließlich das Darmkrebs-Screening mit der Koloskopie ab dem Alter von 50 Jahren.

Diese Untersuchungen erreichen viele der AOK-Versicherten nicht. Zwischen 2011 und 2020 haben nur etwa 61 Prozent der Frauen regelmäßig – also mindestens drei Untersuchungen in zehn Jahren – am Mammographie-Screening mit einer Röntgenuntersuchung der Brust teilgenommen. Etwa 24 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen blieben diesem Screening ganz fern. Die höchsten Teilnahmeraten in Höhe von 75 Prozent (Teilnahme mindestens dreimal innerhalb von zehn Jahren) sind bei der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs bei den 29- bis 59-jährigen Frauen festzustellen.

Das Hautkrebs-Screening weist besonders niedrige Teilnahmeraten auf. Etwa 30 Prozent (Frauen) und 27 Prozent (Männer) der Versicherten im Alter zwischen 44 bis 90 Jahren hatten mindestens drei Untersuchungen in zehn Jahren gehabt. 36 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen und 39 Prozent der Männer verzichteten ganz darauf.

An den Koloskopien, die Bestandteil des Darmkrebs-Screenings sowie der ambulanten und stationären Versorgung sind, nahmen 57 Prozent der Männer und 58 Prozent der Frauen in einem Zeitraum von zehn Jahren nicht teil. Immerhin wurde bei einem größeren Teil dieser Versicherten die iFOBT-Untersuchung (immunologischer fäkaler Okkultbluttest, Untersuchung auf Blut im Stuhl) vorgenommen, die auch zum Darmkrebs-Screening gehört. ■



*Tillmanns H, Schillinger G, Dräther H: Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch AOK-Versicherte im Erwachsenenalter 2009 bis 2020, Berlin, 79 Seiten
wido.de/forschung-projekte/ambulante-versorgung/frueherkennung-bei-erwachsenen*



Foto: AOK-Bundesverband

Hendrik Dräther leitet im WIdO den Forschungsbereich Ambulante Analysen und Versorgung.

„Die Krebsfrüherkennungsprogramme der gesetzlichen Krankenversicherung werden noch von zu wenigen Versicherten in Anspruch genommen.“

Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsleistungen*

Art der Untersuchung	Anteil der AOK-Versicherten ohne Inanspruchnahme	Anteil der AOK-Versicherten mit regelmäßiger Teilnahme**
Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung	10 % (29–59 Jahre) 36 % (60–90 Jahre)	75 % (29–59 Jahre) 45 % (60–90 Jahre)
Hautkrebs-Screening	36 % (Frauen, 44–90 Jahre) 39 % (Männer, 44–90 Jahre)	30 % (Frauen, 44–90 Jahre) 27 % (Männer, 44–90 Jahre)
Mammografie-Screening	24 % (59–70 Jahre)	61 % (59–70 Jahre)
Koloskopien insgesamt (Darmkrebs-Screening und ambulante oder stationäre Versorgung)	58 % (Frauen, 64–90 Jahre) 57 % (Männer, 64–90 Jahre)	42 % (Frauen, 64–90 Jahre) 43 % (Männer, 64–90 Jahre)
Krebs-Früherkennung des Mannes, Prostatakrebs	35 % (53–90 Jahre)	36 % (53–90 Jahre)

* Der gesetzlichen Krankenversicherung im Zehn-Jahres-Zeitraum 2011 bis 2020.

** Mindestens drei Untersuchungen, bei Koloskopien mindestens eine Untersuchung in zehn Jahren.

WIDO-TICKER: Anmeldung zum WIdO-Newsletter unter wido.de/news-events/newsletter +++ Aktuelle Stellenausschreibungen unter wido.de/institut-team/arbeiten-im-wido +++ GGW auf der WIdO-Website unter wido.de/publikationen-produkte/ggw +++ Kontakt zum WIdO unter Telefon 030 34646-2393

Qualitätssicherung mit Routinedaten

Weniger Komplikationen bei Gelenkersatz

Im Oktober 2021 wurden im AOK-Gesundheitsnavigator die Klinikergebnisse aus der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) aktualisiert. Einzelne Indikatoren zeigen positive Entwicklungen.

Das Kliniksuchportal der AOK, der Gesundheitsnavigator, bietet QSR-Ergebnisse zur Behandlungsqualität in 11 Leistungsbereichen aus der Bauchchirurgie, der Kardiologie, der Urologie sowie der Orthopädie und der Unfallchirurgie an. Die Qualitätsindikatoren auf der Basis von AOK-Routinedaten berücksichtigen Behandlungsverläufe bis zu einem Jahr. Für das Update wurden insgesamt rund 973.000 Eingriffe in den Jahren 2017 bis 2019 ausgewertet und bis Ende 2020 nachbeobachtet.

Die QSR-Ergebnisse zum Hüft- und Kniegelenkersatz bei Arthrose werden seit zehn Jahren veröffentlicht und für das Klinikmanagement aufbereitet. In diesem Zeitraum konnten chirurgische Komplikationen und Revisionsoperationen innerhalb eines Jahres nach diesen Eingriffen deutlich verringert werden. So sank die Rate der chirurgischen Komplikationen nach Kniegelenkersatz von 4,1 Prozent im Jahr 2010 auf 2,4 Prozent im Jahr 2019.

Allerdings bestehen für den aktuell im AOK-Gesundheits-

navigator dargestellten Zeitraum weiterhin deutliche Unterschiede zwischen den Krankenhäusern. Während bei den Kliniken mit unterdurchschnittlicher Qualität nach jedem zwölften Kniegelenkersatz ein Komplikationsereignis auftrat, war dies bei Kliniken mit einer überdurchschnittlichen Quali-

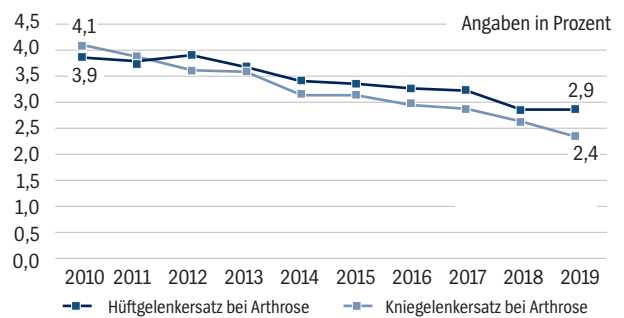
tätsbewertung nur nach jedem 45. Eingriff der Fall. Beim Hüftgelenkersatz bei Arthrose ergibt sich mit Komplikationen nach jedem neunten beziehungsweise 31. Eingriff ein ganz ähnliches Bild. ■

Mehr Informationen:

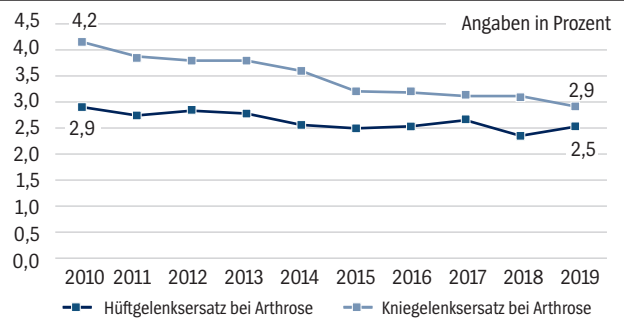
www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de

Verbesserte Ergebnisse bei Hüft- und Kniegelenkersatz

Chirurgische Komplikationen



Revisionsoperationen



Quelle: WIDO, Grafik: G+G Wissenschaft 2022

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Hanna Leicht: „Finden in Deutschland zu viele Mandeloperationen statt? Indikationsqualität bei Mandeloperationen“, 15. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit, Berlin 11/21 +++ 28. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittel-anwendungsforschung und Arzneimittel-epidemiologie (GAA), Berlin 11/21: Dr. Uwe Eichler, Irene Langner, Dr. Katrin Schüssel, Gisbert W. Selke: „Werden osteoporose-assoziierte Frakturen leitliniengerecht medikamentös behandelt?“, Dr. Katrin Schüssel, Gisbert W. Selke: „Veränderungen im GKV-Arzneimittelmarkt während der SARS-CoV-2-Pandemie“ +++ Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU), Berlin 10/21: Dr. Elke Jeschke: „Qualitätssicherung mit Routinedaten – geeignete Maßnahme zur Qualitätsverbesserung?“, Christian Günster: „Unter-, Über- und Fehlversorgung bei Wirbelsäulenerkrankungen“

Soziale Ungleichheit und Gesundheit – von Daten zu Taten

von Andreas Mielck¹ und Verina Wild²

ABSTRACT

Morbidität und Mortalität sind in Gruppen mit niedrigerem sozioökonomischen Status zumeist besonders hoch. Doch was folgt aus diesen empirischen Ergebnissen? Zu dieser Frage gibt es noch großen Diskussionsbedarf. So ist beispielsweise eine stärkere Integration ethisch-normativer Analysen notwendig, einschließlich eines differenzierten Umgangs mit dem Begriff Vulnerabilität. Bislang wird in Deutschland kaum darüber diskutiert, ob (und wenn ja, warum) diese gesundheitlichen Ungleichheiten wirklich ungerecht sind und daher verringert werden sollten. Großer Diskussionsbedarf besteht auch bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheit. Fortschritte sind nur auf Grundlage einer engen Zusammenarbeit zwischen normativer und empirischer Wissenschaft und Praxis zu erwarten. Hier sind in den vergangenen Jahren erhebliche Fortschritte erzielt worden, aber es bleibt noch viel zu tun. Im Beitrag geht es auch um die Frage, wie der Weg von Daten zu Taten gestaltet werden könnte. Zu diesem Zweck schlagen die Autoren einen Stufenplan für die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung vor.

Schlüsselwörter: gesundheitliche Ungleichheit, Integration ethisch-normativer Analysen, gesundheitspolitische Maßnahmen, Stufenplan zur Entscheidungsfindung

Morbidity and mortality are usually particularly high in groups with lower socioeconomic status. But what follows from these empirical results? There is still a great need for discussion regarding this question. For example, a stronger integration of ethical-normative analysis is necessary, including a differentiated approach to the concept of vulnerability. So far, there has hardly been any discussion in Germany about whether (and if so, why) health inequalities are really unjust, and should therefore be reduced. There is also a great need for discussion regarding the development of measures to reduce health inequities. Progress can only be expected on the basis of a close cooperation between normative and empirical science and practice. Considerable progress has been made in recent years, but there is still much to be done. The authors also turn to the question of how the path from data to action could be structured. To this end they suggest a step-by-step plan for health policy decision-making.

Keywords: health inequalities, integration of ethical-normative analyses, health policy measures, stepwise procedure from data to action

1 Einleitung

Vor rund 13 Jahren ist in dieser Zeitschrift bereits ein längerer Beitrag zum Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ erschienen (Lampert und Mielck 2008). Im Mittelpunkt standen dort die folgenden Punkte:

- Auch in Deutschland weisen die unteren Statusgruppen (zum Beispiel niedrige Schulbildung, geringes Einkommen) zumeist eine besonders hohe Morbidität und Mor-

talität auf. Diese gesundheitliche Ungleichheit ist in allen Altersgruppen zu sehen, sowohl bei Frauen als auch bei Männern.

- Die Frage nach den Ursachen ist nicht leicht zu beantworten. Auf einer allgemeinen Ebene lässt sich sagen: Der sozioökonomische Status prägt die Lebensbedingungen (zum Beispiel die Arbeits- und Wohnbedingungen) und damit auch die gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen, die mit diesen Lebensbedingungen verbunden sind.

¹ Dr. phil. Andreas Mielck, Volkartstraße 18, 80634 München · Telefon: 089 166880 · E-Mail: andreas80634@gmail.com

² Prof. Dr. med. Verina Wild, Ethik der Medizin · Universität Augsburg · Medizinische Fakultät · Universitätsstraße 2 · 86159 Augsburg · Telefon: 0821 598 3774
E-Mail: verina.wild@med.uni-augsburg.de

Konkrete Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit lassen sich so jedoch kaum ableiten. Erforderlich wäre die Beantwortung weitergehender Fragen, zum Beispiel: Wie wird der Gesundheitszustand durch die einzelnen Lebensbedingungen beeinflusst und wie stark sind diese Effekte? Wo bieten sich gute Ansatzpunkte zur Verstärkung der gesundheitlichen Ressourcen beziehungsweise zur Verringerung der gesundheitlichen Belastungen, auch und gerade für die Menschen aus der unteren Statusgruppe? Hierzu liegen aber erst wenige Antworten vor.

- Die Forderung nach Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ist inzwischen auch in der Politik angekommen. Eine Umsetzung in konkrete gesundheitspolitische Maßnahmen ist bisher jedoch erst ansatzweise zu erkennen.

Der jetzt vorgelegte Beitrag versteht sich als Fortführung und Vertiefung dieses älteren Beitrages. Dargestellt werden soll hier der aktuelle Stand der Diskussion, vor allem bezogen auf die folgenden Punkte:

- interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik,
- das Konzept Vulnerabilität,
- empirische Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland,
- Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit (allgemeine Empfehlungen, Ansätze in Deutschland),
- Vorschlag für einen Stufenplan der gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung.

Eine ausführlichere Diskussion ist in einem Buch zu finden, das gerade publiziert wird (*Mielck und Wild 2021*).

2 Zusammenarbeit zwischen Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik

Wir können das Thema der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit unseres Erachtens nur in Zusammenarbeit zwischen Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik angehen. Wenn in einer empirischen Analyse gezeigt wird, dass der Gesundheitszustand in der unteren Statusgruppe besonders schlecht ist, dann wird oft gleich gefolgert, dass diese gesundheitliche Ungleichheit ungerecht sei und daher verringert werden müsse. Dem empirisch belegten Zusammenhang „Personengruppe A ist kränker als Personengruppe B“ wird durch die Bewertung als ungerecht also eine ethisch-normative Bewertung zugeschrieben. Die Aufforderung zum Handeln wird sehr viel dringlicher, wenn eine Ungleichheit als ungerecht erkannt wird. Erforderlich ist dabei eine sorgfältige Analyse der Frage, ob und warum die gefundene gesundheitliche Ungleichheit wirklich ungerecht ist und daher ver-

ringert werden sollte. Genau darüber wird in der Public-Health-Ethik intensiv nachgedacht.

Auch in der Sozial-Epidemiologie wird versucht, zwischen ungerechten und nicht ungerechten gesundheitlichen Ungleichheiten zu unterscheiden, basierend auf dem Vorschlag der Public-Health-Wissenschaftlerin Margaret Whitehead (siehe *Mielck und Wild 2021*): Als ungerecht (das heißt als Problem, das gelöst werden sollte) gelten demnach vor allem die gesundheitlichen Ungleichheiten, die sich auf das „nicht freiwillig gewählte Verhalten“ zurückführen lassen und/oder auf die Arbeits- und Wohnbedingungen. Sie werden als „vermeidbar und unfair“ bezeichnet. Theoretisch gut fundiert ist dieser Vorschlag von Whitehead jedoch nicht. Bei genauerer Betrachtung muss zum Beispiel gefragt werden: Welche Verhaltensweisen, Arbeits- und Lebensbedingungen sind frei gewählt und welche nicht? Wie lässt sich in einem konkreten Fall entscheiden, wie groß der Anteil der Belastungen ist, der als nicht freiwillig gelten kann? Klare Antworten auf diese Fragen bietet der Vorschlag von Whitehead kaum. Es wird daher häufig und zu Recht kritisiert, dass dieser Ansatz einer gründlicheren theoretischen und ethischen Auseinandersetzung bedarf.

Genau hier kann die Public-Health-Ethik einen wichtigen Beitrag leisten durch ihren Bezug zur politischen Philosophie und ihre umfassenden Kenntnisse der Gerechtigkeitstheorien. Die Beantwortung der Frage „Welche gesundheitliche Ungleichheit ist ungerecht?“ ist nicht einfach. Sie fällt unterschiedlich aus, je nachdem, welches Verständnis von Gerechtigkeit herangezogen wird, und je nachdem, wie Gerechtigkeit und Gesundheit miteinander in Beziehung gesetzt werden. Hier gibt es unterschiedliche Ansätze und Möglichkeiten. Es wird häufig betont, dass bei Überlegungen zum Thema „Gerechte Verteilung“ zwei Fragen zu unterscheiden sind: Was soll verteilt werden und wie soll das zu verteilende Gut verteilt werden? Zu jeder dieser Fragen liegen unterschiedliche theoretische Ansätze vor. Bei der ersten Frage sind das zum Beispiel die ressourcenorientierten Ansätze (Fokus auf Ressourcen wie Einkommen und Vermögen), die Capability-Ansätze (Fokus auf die Befähigung zum Beispiel durch schulische und berufliche Bildung) und die Welfare-Ansätze (Fokus auf die Merkmale des subjektiv empfundenen Wohlergehens). Bei der zweiten Frage können zum Beispiel die folgenden Ansätze unterschieden werden: Egalitarismus (Gleichverteilung), Prioritarismus (zum Beispiel Bevorzugung besonders benachteiligter Gruppen) und Suffizienz-Theorien (Ziel ist das Erreichen eines bestimmten Schwellenwertes).

Weitere wichtige Ansätze sind im Bereich relationaler Gerechtigkeitstheorien zu finden (siehe *Mielck und Wild 2021*). Diese Ansätze stellen nicht so sehr die Verteilung von Gütern in den Vordergrund, sondern die Praxis gerechter sozialer Beziehungen, Interaktionen und Institutionen, bei der alle Menschen als gleich respektiert werden (*Heilinger 2019*). Da-

mit richtet sich das Augenmerk hier vor allem auf die strukturellen Ungerechtigkeiten, das heißt, auf die Ungerechtigkeiten, die integraler Bestandteil der gesellschaftlichen Machtverhältnisse und Interaktionsmuster sind: Strukturelle Ungerechtigkeiten entstehen durch die Art und Weise, wie Gesellschaften und Institutionen strukturiert sind und welche Werte und Normen ihnen zugrunde liegen (etwa in Form fest etablierter Hierarchien, Geschlechterverhältnisse und strukturell verfestigter sozioökonomischer Unterschiede). Strukturellen Ursachen von Ungleichheit und Ungerechtigkeit entgegenzuwirken kann nicht allein durch Umverteilung von Gütern geschehen, sondern verlangt strukturelle Reformen. Entgegengewirkt werden sollte dabei auch der epistemischen Ungerechtigkeit, mit anderen Worten: Alle sollten die gleiche Chance haben zur Beteiligung an den Diskussions- und Entscheidungsprozessen, auch die gesellschaftlich marginalisierten Bevölkerungsgruppen. Es geht darum, ihre Stimmen zu hören, zu verstehen und genauso ernst zu nehmen wie die anderen Stimmen. Einige dieser Ansätze wurden inzwischen auf den Bereich Gesundheit übertragen (siehe *Mielck und Wild 2021*). Sie bieten einen empirisch und theoretisch fundierten Ausgangspunkt für Diskussionen zum Thema „Gerechtigkeit und Gesundheit“, insbesondere auch mit Blick auf die Frage nach Eigenverantwortung und ungleich verteilte Ausgangsbedingungen.

3 Das Konzept Vulnerabilität

Allgemein formuliert lässt sich sagen: Je vulnerabler – also verletzlicher oder verwundbarer – jemand hinsichtlich des Gesundheitszustandes ist, desto wichtiger ist es, hier mit gesundheitspolitischen Maßnahmen entgegenzuwirken. Das Konzept der Vulnerabilität wird in ethischen Diskussionen zu gesundheitsbezogenen Themen häufig verwendet und auch schon seit Langem kritisch diskutiert (*Mackenzie et al. 2013*).

Ein historisch bedeutender Moment, Vulnerabilität als wichtiges Konzept im Bereich Medizin und Gesundheit zu etablieren, war die Entwicklung des Nürnberger Kodex im Rahmen der Nürnberger Ärzteprozesse. Der ethische Kodex sollte verhindern, dass menschenverachtende Versuche an besonders verletzlichen (also vulnerablen) Personen vorgenommen werden, wie etwa an Gefangenen. Als vulnerabel werden seitdem in der Forschungsethik häufig bestimmte Gruppen von Menschen bezeichnet, die nicht in der Lage sind, ihre Entscheidung selbst frei zu treffen und/oder adäquat zu formulieren.

Ein großer Teil der anhaltenden kritischen Diskussion des Begriffs Vulnerabilität richtet sich zu Recht gegen die pauschale Beurteilung von Personen oder Gruppen als vulnerabel (*Levine et al. 2004; Luna 2009; Martin et al. 2014*). Es wird kritisiert, dass mit einer solchen Etikettierung von Personen

oder Gruppen eine übermäßig protektionistische und paternalistische Haltung einhergeht, die zu Stereotypisierung und Diskriminierung führen kann. Gleichzeitig wurde der Begriff aber auch auf so viele Gruppen angewendet, dass er an normativer Kraft verloren hat. Die traditionell gebräuchliche Definition von Vulnerabilität konnte somit die tatsächlich vulnerablen Personen nicht mehr präzise identifizieren und ihnen somit auch nicht den nötigen Schutz zukommen lassen.

In den vergangenen Jahren wandte sich daher der Blick von der Identifikation vulnerabler Gruppen ab. Stattdessen werden verschiedene alternative Konzepte diskutiert, um die Ursachen möglicher Vulnerabilitäten zu identifizieren und um die daraus folgenden Verantwortungen und Pflichten zu bestimmen (*Martin et al. 2014*). Neuere Ansätze zum Umgang mit Vulnerabilität versuchen also zumeist, die allgemeine Etikettierung ganzer Gruppen zu vermeiden. So gibt es zwar einerseits in der biologischen Grundausstattung von Menschen angelegte Vulnerabilitäten. Andererseits sind aber auch die situationsabhängigen Vulnerabilitäten zu beachten, deren Ursachen eher in den sozialen und politischen Umständen zu suchen sind (*Luna 2009; Mackenzie et al. 2013*).

Die für uns wichtigsten Aspekte aus der langjährigen Diskussion der Vulnerabilität sind folgende:

- Wir möchten Vulnerabilitäten identifizieren, die zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit führen beziehungsweise aus ihr resultieren. Vulnerabilität verstehen wir dabei als erhöhtes populationsbezogenes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko.
- Wenn wir von bestimmten Bevölkerungsgruppen sprechen (zum Beispiel von Gruppen mit niedriger Schulbildung) stehen wir vor einem gewissen Dilemma: Auf der einen Seite müssen die vulnerablen Gruppen möglichst präzise identifiziert werden, um dann spezielle Maßnahmen für sie entwickeln zu können. Auf der anderen Seite soll das aber ohne Stigmatisierung erfolgen.
- Die Suche nach Vulnerabilitäten soll uns also in erster Linie helfen, sensibel zu werden für die Frage, welche strukturellen gesellschaftlichen Bedingungen diese Bevölkerungsgruppen vulnerabel machen. Der Blick richtet sich somit auch auf die Frage, wie sich diese Bedingungen gesundheitsförderlicher gestalten ließen und wer dazu welchen Beitrag leisten könnte.
- Das Sprechen über sogenannte benachteiligte Gruppen ist immer mit dem Risiko behaftet, sie dadurch zusätzlich zu stigmatisieren. Auch in der Public-Health-Forschung und -Praxis ist es daher wichtig, jeden Schritt so zu planen, dass Stigmatisierung reduziert wird. Geschehen kann das zum Beispiel durch frühzeitige Partizipation der Gruppen, die erreicht werden sollen, und durch Vermeidung von Formulierungen, die als Ausdruck wissenschaftlicher Überheblichkeit empfunden werden können (Beispiel: „die Zielgruppen ins Visier nehmen“). Wichtig ist es auch, immer

wieder darauf hinzuweisen, wie stark der Gesundheitszustand durch die strukturell bedingten Lebensverhältnisse geprägt wird.

4 Empirische Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland

Im früheren Beitrag wurde betont (siehe *Lampert und Mielck 2008, 11*): „Mittlerweile sind empirische Belege für den Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit nur noch von begrenztem Neuigkeitswert; sie bestätigen vor allem einen bereits hinlänglich bekannten und weitgehend akzeptierten Sachverhalt.“

Die Analysen zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit konzentrieren sich auch heute noch zumeist auf die Themen Gesundheitsverhalten, gesundheitliche Versorgung, Belastungen und Ressourcen in der Wohnumgebung und am Arbeitsplatz, subjektive Wahrnehmung der Benachteiligung, sowie Lebenslauf-Analysen. Die aktuellen Ergebnisse lassen sich so zusammenfassen:

- Gesundheitsgefährdendes Verhalten (zum Beispiel Rauchen, geringe sportlich-körperliche Bewegung) ist in der unteren Statusgruppe besonders häufig zu beobachten.
- In der unteren Statusgruppe gibt es besonders große Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung. Es werden zum Beispiel weniger Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen, weniger Fachärztinnen und Fachärzte aufgesucht. Auch ist die Überlebenszeit nach einem Herzinfarkt kürzer als bei der oberen Statusgruppe.
- Die Belastungen durch Lärm und Luftverschmutzung sind dort besonders groß, wo überdurchschnittlich viele Menschen aus der unteren Statusgruppe wohnen.
- Die Belastungen am Arbeitsplatz sind in der unteren Statusgruppe zumeist besonders hoch, nicht nur bei den klassischen Belastungen (zum Beispiel Heben schwerer Lasten, Lärm- und Staubexposition), sondern auch bei den psychosozialen Belastungen (zum Beispiel geringer Handlungsspielraum, geringe Anerkennung).
- Schon wenn man sich sozial benachteiligt fühlt, ist dies ein gesundheitlicher Risikofaktor.
- Soziale und gesundheitliche Benachteiligung beginnt bereits im frühen Kindesalter.

Die neueren Studien zeigen zudem einen relativ klaren Trend: Die gesundheitliche Ungleichheit ist in den vergangenen Jahren eher größer als kleiner geworden. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass die Anstrengungen zur Verringerung dieser Ungleichheit intensiviert werden sollten.

Es bleibt wichtig, empirische Studien durchzuführen, und zwar vor allem aus folgenden Gründen:

- Auf Basis neuer Daten muss fortlaufend gezeigt werden, dass die Probleme der gesundheitlichen Ungleichheit keinesfalls behoben sind.
- Eine pauschale Aussage wie „Niedrige Schulbildung führt zu höherer Morbidität“ ist wenig hilfreich. Es könnte ja zum Beispiel durchaus sein, dass es hier erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern, zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen, zwischen ländlichen und städtischen Regionen, hinsichtlich Versicherungsstatus, Hautfarbe oder Nationalität gibt. Wichtig wäre es daher auch zu wissen, wo die Probleme der gesundheitlichen Ungleichheit besonders deutlich werden.
- Voraussetzung für die Entwicklung differenzierter Interventionsmaßnahmen ist, dass die Ursachen dieser Ungleichheit bekannt sind. Das komplexe Gefüge der Ursachen ist jedoch nur schwer zu entwirren. Die Public-Health-Wissenschaften stehen hier vor einer enormen Herausforderung, bezogen auf folgende drei Aspekte: erstens die Entwicklung entsprechender theoretischer Ansätze (einschließlich ethisch-normativer Perspektiven), zweitens die Durchführung empirischer Studien zur Überprüfung dieser Ansätze und drittens die grundlegende Aufgabe, diskriminierenden und stigmatisierenden Mustern entgegenzuwirken.

5 Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit: allgemeine Ansätze

In den vergangenen Jahren ist intensiv darüber diskutiert worden, wie die gesundheitliche Ungleichheit verringert werden könnte. Dabei wurden viele Empfehlungen entwickelt, die zwar auf einer relativ allgemeinen Ebene bleiben, aber bereits gut ausgearbeitet und begründet sind. Etwas näher eingegangen werden soll hier vor allem auf die vier folgenden (weitere lassen sich zum Beispiel bei *Siegrist 2021* finden).

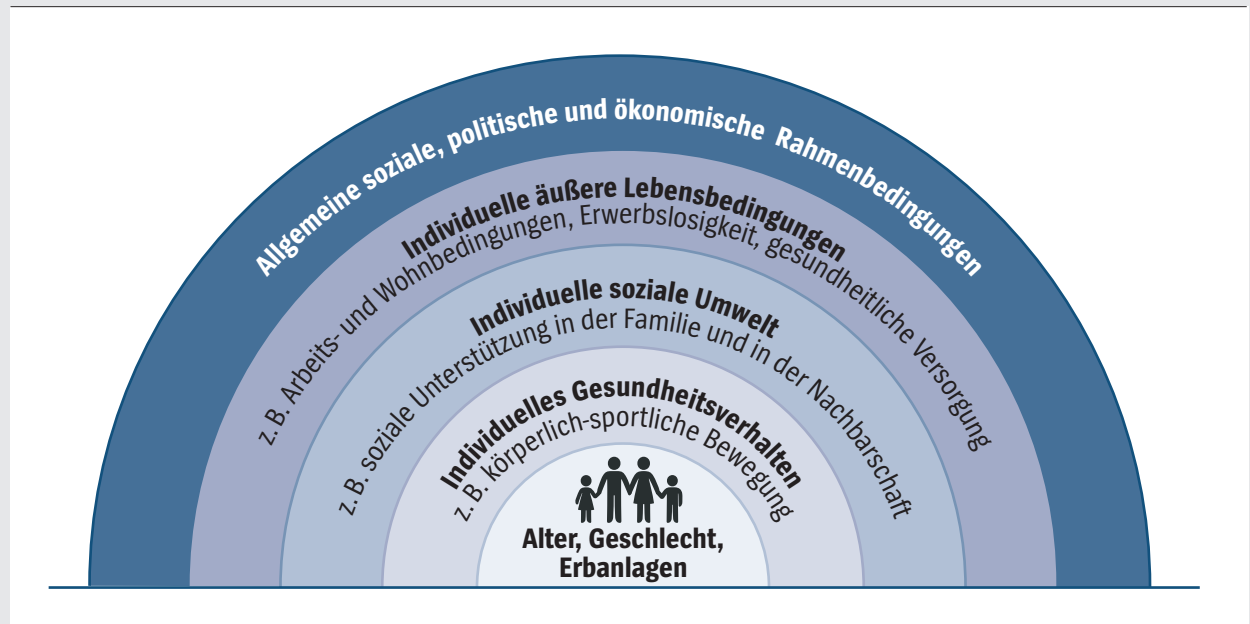
5.1 Ansetzen bei den Ursachen der Ursachen

Um die gesundheitliche Ungleichheit besser verstehen und dauerhaft verringern zu können, müssen wir die Ursachen der Ursachen in den Blick nehmen, da sind sich die Public-Health-Wissenschaftlerinnen und -Wissenschaftler einig. Die Formulierung „Ursachen der Ursachen“ macht deutlich, dass nicht nur die unmittelbaren Ursachen einer Erkrankung betrachtet werden sollten (zum Beispiel mangelnde sportliche Betätigung), sondern auch die dahinterliegenden Ursachen (zum Beispiel unzureichende Sportangebote in der Wohnumgebung) und die Ursachen dieser Ursachen (zum Beispiel die strukturellen Ursachen für unzureichende Sportangebote in der Wohnumgebung).

Besonders anschaulich wird dieser Ansatz im sogenannten Regenbogen-Modell von Göran Dahlgren und Margret White-

ABBILDUNG 1

Einflussfaktoren auf den individuellen Gesundheitszustand



Viele Faktoren haben Einfluss auf den eigenen Gesundheitszustand. Je größer der Halbkreis um die Kernelemente Alter, Geschlecht und Erbanlagen ist, desto mehr Menschen lassen sich mit Maßnahmen auf der entsprechenden Ebene erreichen.

Quelle: Dahlgren und Whitehead 1991; eigene Darstellung von Mielck; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

head (1991). Zum ersten Mal vorgestellt wurde es zu Beginn der 1990er-Jahre, inzwischen ist es wohl zu der am meisten zitierten Abbildung in der Public-Health-Diskussion geworden (Abbildung 1). Die zentralen Aussagen sind:

- Wir sollten uns nicht nur auf die Änderung des Gesundheitsverhaltens konzentrieren. Wichtiger wäre eine Änderung der Lebensbedingungen und der gesellschaftlichen Normen und Praktiken, die das Gesundheitsverhalten prägen.
- Änderungen an einem solch komplexen Gefüge werden letztendlich nur möglich sein durch die entsprechenden Weichenstellungen auf politischer Ebene, aber auch durch zivilgesellschaftliches Engagement und die partizipative Einbeziehung der jeweils betroffenen Gruppen.

5.2 Health in All Policies

In den Public-Health-Wissenschaften ist es unbestritten, dass alle Politikbereiche ihren Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten sollten beziehungsweise müssten (vergleiche das Regenbogen-Modell in Abbildung 1). Im englischen Sprachraum wird diese Diskussion unter dem Stichwort „Health in All Policies“ geführt, im deutschen Sprachraum zumeist unter dem Stichwort „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“.

Bezogen auf die Zielsetzung „Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit“ ließe sich also sagen: Alle Bereiche der Politik sollten ihren Beitrag zur Erreichung dieses Ziels leisten, das heißt nicht nur die Gesundheitspolitik, sondern zum Beispiel auch die Bildungs-, Sozial- und Wirtschaftspolitik.

5.3 Fokussierung der Maßnahmen auf die unteren Statusgruppen

Public-Health-Maßnahmen gehen häufig von einem bevölkerungsweiten Ansatz aus. Die Devise lautet: Die Verbesserung des Gesundheitszustandes in der Gesamtbevölkerung sollte im Mittelpunkt stehen. Diese Maßnahmen können jedoch zu einer Vergrößerung der gesundheitlichen Ungleichheit führen. Zur Verringerung dieser Ungleichheit wird daher empfohlen, eher dem Risikogruppen-Ansatz zu folgen: Erreicht werden sollten vor allem die Personen, die gesundheitlich besonders stark belastet sind, also zum Beispiel die Personen aus der unteren Statusgruppe. Maßnahmen, die dem bevölkerungsweiten Ansatz folgen, können selbstverständlich wichtig sein. Betont wird hier jedoch: Wir benötigen Maßnahmen, mit denen ganz gezielt versucht wird, den Gesundheitszustand in den unteren Status-

gruppen zu verbessern, denn hier gibt es noch erheblichen Nachholbedarf.

5.4 Kriterien für gute Praxis

Die Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit sollten sich an den wissenschaftlichen Empfehlungen orientieren, die für diese Art von Maßnahmen entwickelt worden sind. Erforderlich ist aber auch eine Übersetzung in die Praxis, das heißt eine längerfristige Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis. So etwas ist selten, umso wichtiger ist daher eine Initiative, die im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ entstand. Dort ist im Jahr 2004 eine Arbeitsgruppe gebildet worden, die sich zum Ziel gesetzt hat, Kriterien für „gute Praxis“ zu entwickeln. Dabei wurde gezielt darauf geachtet, dass nicht nur Public-Health-Wissenschaftlerinnen und -Wissenschaftler beteiligt sind, sondern auch Fachleute aus der Praxis. Erstellt wurde eine Broschüre mit zwölf Kriterien für „gute Praxis“. In der Arbeitsgruppe werden diese Kriterien fortlaufend weiterentwickelt. Im Juli 2021 ist die vierte Version dieser zwölf Kriterien für „gute Praxis“ erschienen. Sie kann über die Internetseite gesundheitsliche-chancengleichheit.de/good-practice bestellt werden.

Angesprochen werden in der Broschüre die folgenden zwölf Themen: Zielgruppenbezug, Konzeption der Maßnahme, Setting-Ansatz, Empowerment, Partizipation, niedrigschwellige Arbeitsweise, Multiplikatoren-Konzept, Nachhaltigkeit, integriertes Handlungskonzept, Qualitätsmanagement, Dokumentation und Evaluation, Wirkungen und Kosten der Maßnahme. Die inhaltliche Aussage dieser zwölf Kriterien soll hier an zwei Beispielen verdeutlicht werden:

- Setting-Ansatz: Die Maßnahme sollte darauf abzielen, die Umweltbedingungen im Setting (das heißt in den jeweiligen Lebenswelten) gesundheitsförderlicher zu gestalten. Dabei sollte es also primär um die Änderung des Settings gehen (zum Beispiel Kita, Schule, Wohn- und Arbeitsumgebung) und nicht um die Änderungen des Gesundheitsverhaltens im Setting.
- Partizipation: Die Entscheidungsbefugnisse sollten so weit wie möglich an die Adressaten der Maßnahme übertragen werden, und zwar in allen Phasen der Planung und Umsetzung. Die Adressaten sollten also so weit wie möglich selbst entscheiden können, welche Maßnahme wie durchgeführt wird.

Die zwölf Kriterien sind in der Praxis weithin akzeptiert und wurden zum Beispiel auch in den „Leitfaden Prävention“ der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen, das heißt als Qualitätskriterien für die Maßnahmen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden können (siehe gkv-spitzenverband.de).

6 Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit: Ansätze in Deutschland

In Deutschland existieren bereits viele Maßnahmen, mit denen gezielt versucht wird, den Gesundheitszustand in der unteren Statusgruppe zu verbessern. Dabei handelt es sich zumeist um relativ kleine, regional und zeitlich begrenzte Maßnahmen, die hier nicht vorgestellt werden können. An dieser Stelle möchten wir nur auf einige Bestimmungen und Vereinbarungen eingehen, bei denen eine bundesweite, längerfristige Perspektive zu erkennen ist:

6.1 Gesetzliche Bestimmung in § 20 SGB V

In § 20 SGB V ist vorgeschrieben, dass die gesetzliche Krankenversicherung einen Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit leisten muss. Gefordert werden spezielle Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes in der unteren Statusgruppe. Aufgenommen in das Sozialgesetzbuch wurde dieser § 20 im Jahr 2000, die aktuelle Fassung steht im Präventionsgesetz aus dem Jahr 2015.

6.2 Bundesweiter Kooperationsverbund gesundheitsziele.de

Im bundesweiten Kooperationsverbund gesundheitsziele.de arbeiten seit dem Jahr 2000 viele Institutionen und Verbände zusammen an der gemeinsamen Entwicklung nationaler Gesundheitsziele. Auch hier wird die Relevanz der gesundheitlichen Ungleichheit betont. Alle Maßnahmen zur Erreichung der nationalen Gesundheitsziele sollen einen Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit leisten.

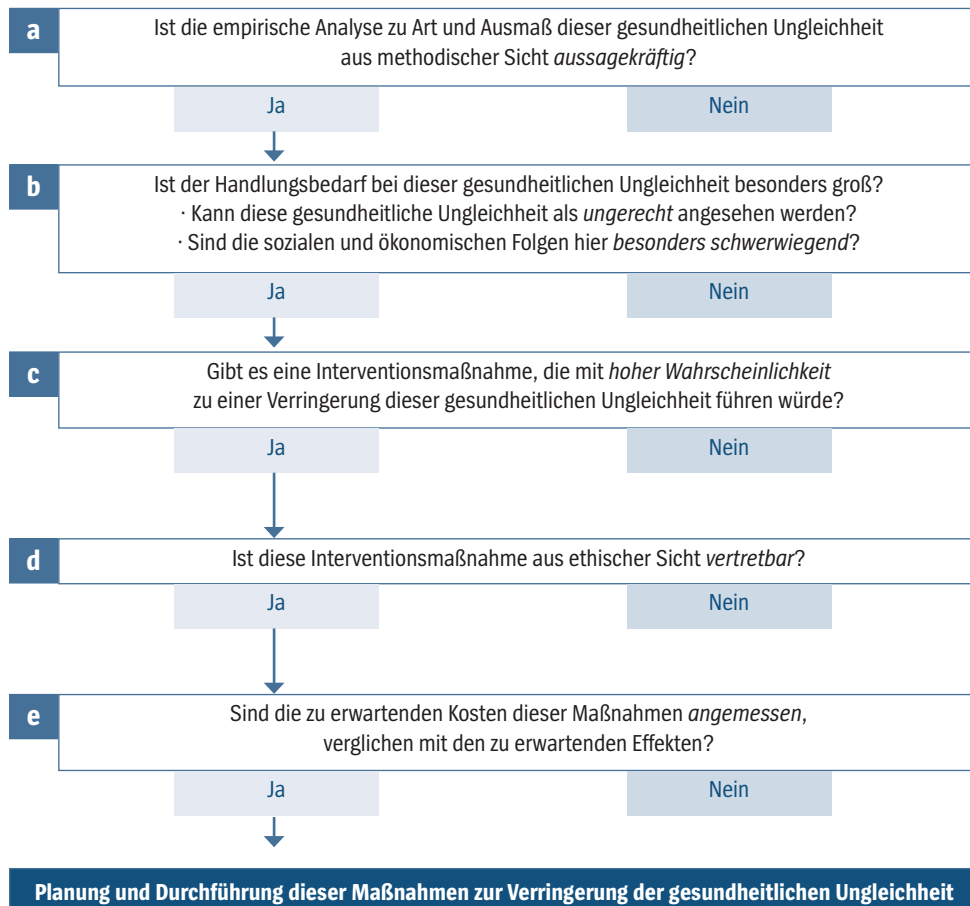
6.3 Bundesweiter Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“

Auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist im Jahr 2003 ein bundesweiter Kooperationsverbund gestartet worden, der sich gezielt für die Verbesserung des Gesundheitszustandes in den unteren Statusgruppen einsetzt. Er wächst stetig weiter, nicht nur bezogen auf die Zahl der Kooperationspartner, sondern auch hinsichtlich der Aufgaben und Arbeitsbereiche. Seit 2012 nennt er sich Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Aktivitäten sind zum Beispiel:

- die Einrichtung einer „Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit“ in jedem der 16 Bundesländer,
- die Schaffung einer Praxisdatenbank zu den Maßnahmen, die sich gezielt für die Gesundheitsförderung in den unteren Statusgruppen einsetzen,
- die Qualitätsentwicklung dieser Maßnahmen, vor allem durch Entwicklung der zwölf Kriterien für „gute Praxis“ (siehe 5.4),

ABBILDUNG 2

Stufenplan zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung



Quelle: Mielck und Wild 2021; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

- der Aufbau eines kommunalen Partnerprozesses zur Förderung dieser Aktivitäten in den Kommunen.

7 Vorschlag für Stufenplan zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung

Die wissenschaftliche Diskussion zum Thema „Gesundheitliche Ungleichheit“ ist selbstverständlich kein Selbstzweck. Alle empirischen Analysen, die eine gesundheitliche Un-

- gleichheit aufzeigen, münden letztlich in die beiden Fragen:
 - Bei welcher gesundheitlichen Ungleichheit ist der gesundheitspolitische Interventionsbedarf besonders groß?
 - Was könnte beziehungsweise sollte zur Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheit getan werden, wie und durch wen?

Letztlich geht es also immer um die praktische Umsetzung in politisches Handeln. Es ist ein Weg von Daten zu Taten. Bisher ist erstaunlich wenig darüber nachgedacht worden, wie dieser Weg konkret aussehen könnte. Wir möchten daher

einen eigenen Vorschlag zur Diskussion stellen, im Mittelpunkt stehen dabei fünf Fragen (Abbildung 2):

- a) Ist die empirische Analyse zu Art und Ausmaß der erhobenen gesundheitlichen Ungleichheit aus methodischer Sicht *aussagekräftig*?
- b) Ist der Handlungsbedarf bei dieser gesundheitlichen Ungleichheit besonders groß? Mit anderen Worten: Kann diese gesundheitliche Ungleichheit als *ungerecht* angesehen werden? Und sind die sozialen und ökonomischen Folgen hier *besonders schwerwiegend*?
- c) Gibt es eine Interventionsmaßnahme, die mit *hoher Wahrscheinlichkeit* zu einer Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheit führen würde?
- d) Ist diese Interventionsmaßnahme aus ethischer Sicht *vertretbar*?
- e) Sind die zu erwartenden Kosten dieser Maßnahme *angemessen*, verglichen mit den zu erwartenden Effekten?

Diese fünf Fragen bieten unseres Ermessens einen guten Rahmen für die weitere Diskussion. Der Stufenplan sollte jedoch weiterentwickelt werden. Weitere wichtige Fragen wären zum Beispiel: Welche gesundheitlichen Ungleichheiten sind bisher selten erfasst beziehungsweise erforscht worden, und wie gut werden sie in der hier vorliegenden Studie berücksichtigt? Wie gut ist bereits vor Beginn der empirischen Studie auf mögliche Vulnerabilitäten geachtet worden und wie gut wurde darauf geachtet, Stigmatisierungen zu vermeiden? Der hier vorgeschlagene Stufenplan versteht sich daher vor allem als Anregung zur weiteren Diskussion.

Die Fragen a) bis e) könnten der Reihe nach durchlaufen werden, das heißt, wenn eine Frage mit Ja beantwortet werden kann, kann sich der Blick auf die nächste Frage richten. Und wenn alle Fragen mit Ja beantwortet werden können, lassen sich gut begründete Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ableiten. In der praktischen Anwendung werden dabei selbstverständlich viele Hürden zu überwinden sein, zum Beispiel:

- Die bei jeder Frage zu treffende Unterscheidung zwischen Ja und Nein ergibt sich nicht quasi automatisch aus der Gesamtbetrachtung aller angesprochenen Argumente. Die Argumente, die dafür beziehungsweise dagegen sprechen können, müssen bewertet, gewichtet und gegeneinander abgewogen werden. Wenn letztlich mit Ja (beziehungsweise mit Nein) entschieden wird, ist diese Entscheidung daher nie endgültig, sie ist immer offen für weitere Diskussion und Revision.
- Bei jeder der fünf Fragen ist ein Begriff hervorgehoben, der die Abwägung, die bei dieser Entscheidungsfindung erforderlich ist, besonders deutlich macht. Bei der ersten Frage ist es zum Beispiel das Wort „*aussagekräftig*“. Hier wäre zu klären: Welche methodischen Schwächen weist die empirische Studie auf und wie stark wird die Aussagekraft der Studie dadurch geschwächt? Auch hier müssen Standpunkte bewertet, gewichtet und gegeneinander abgewogen werden.

- Der Stufenplan geht nicht darauf ein, welche Schritte möglich wären, wenn eine dieser fünf Fragen mit Nein beantwortet wird. Ein Nein könnte aber sehr fruchtbar sein. Es könnte zu einer Verbesserung der Analysen führen und damit auch zu einer genaueren Spezifizierung der gesundheitlichen Ungleichheit, die verringert werden soll.

Der hier vorgeschlagene Stufenplan soll dabei helfen, die erforderliche Diskussion zu strukturieren. Hervorzuheben sind dabei einige grundsätzliche Punkte:

- Trotz der vielen offenen Fragen und des weiterhin bestehenden großen Diskussionsbedarfs: Konkrete Fortschritte sind nur zu erwarten, wenn das jeweils zur Verfügung stehende Wissen so gut wie möglich in praktische Maßnahmen umgesetzt wird und wenn die Erkenntnisse und Lösungsvorschläge dann kontinuierlich überprüft werden.
- Auf dem Weg von Daten zu Taten ist nicht nur die Expertise der Wissenschaft gefragt, sondern auch die der gesundheitspolitischen Akteurinnen und Akteure vor Ort. Je stärker sie eingebunden werden, desto eher wird es möglich sein, Interventionsmaßnahmen fundiert zu planen und durchzuführen.
- Einzubeziehen ist selbstverständlich auch die Expertise der Personen, deren Gesundheitszustand verbessert werden soll, das heißt, ihre Partizipation sollte in allen Phasen der Entscheidungsfindung gewährleistet sein.

Der Weg von Daten zu Taten kann durch ein schrittweises Vorgehen anhand eines klar strukturierten Stufenplans unseres Erachtens erheblich erleichtert werden; über solche Stufenpläne wird bisher jedoch kaum diskutiert. Unser Vorschlag kann und soll nicht mehr sein als ein erster Aufschlag, das heißt eine Anregung zur weiteren Diskussion.

8 Ausblick

Im Fokus der wissenschaftlichen Diskussion steht nicht mehr die bloße Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheiten mithilfe empirischer Analysen. Heute richtet sich der Blick mehr auf die Frage, ob tatsächlich alle Vulnerabilitäten in diesem Bereich adäquat in den Blick genommen wurden und wie die gesundheitlichen Ungleichheiten verringert werden könnten. Wichtige Schritte auf diesem Weg von Daten zu Taten sind bereits gemacht worden, auch in Deutschland, viele weitere liegen aber noch vor uns. In allen Bereichen von Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlicher Versorgung wäre zu fragen, ob und wie die strukturell bedingten sozialen (und die damit verbundenen gesundheitlichen) Ungleichheiten verringert werden könnten. Davon sind wir jedoch noch weit entfernt, und große Lücken tun sich auch in der wissenschaftlichen Diskussion

auf, zum Beispiel bei der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik.

Die Diskussion zum Thema „Gesundheitliche Ungleichheit“ hat nichts an Aktualität verloren, ganz im Gegenteil. In der Covid-19-Pandemie ist erneut deutlich geworden, wie eng soziale und gesundheitliche Benachteiligung miteinander verbunden sind. Das Risiko einer Infektion mit dem neuen Coronavirus (SARS-CoV-2) ist in den unteren Statusgruppen zumeist auffallend hoch, zum Beispiel aufgrund der hier häufig besonders beengten Wohn- und Arbeitsverhältnisse. Auch die negativen gesundheitlichen und sozialen Folgen der Infektionsschutzmaßnahmen treffen die unteren Statusgruppen zumeist besonders stark (intensiv darüber diskutiert wird zum Beispiel im Kompetenznetzwerk Public Health Covid-19 und im Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“). Inzwischen liegen dazu auch erste empirische Analysen aus Deutschland vor. Wie kaum anders zu erwarten zeigen sie, dass die unteren Statusgruppen von den gesundheitlichen Folgen der Pandemie zumeist verstärkt betroffen sind (siehe *Mielck und Wild 2021*). Erforderlich wäre unseres Erachtens daher eine erhebliche Intensivierung der Anstrengungen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit.

Literatur

- Dahlgren G, Whitehead M (1991):** Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Background Document to WHO – Strategy Paper for Europe. Stockholm: Institute for Future Studies
- Heilinger J-C (2019):** Cosmopolitan Responsibility: Global Injustice, Relational Equality, and Individual Agency. Berlin, Boston: De Gruyter
- Lampert T, Mielck A (2008):** Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 8, Heft 2, 7–16

Levine C et al. (2004): The Limitations of “Vulnerability” as a Protection for Human Research Participants. *American Journal of Bioethics*, Vol. 4, No. 3, 44–49

Luna F (2009): Elucidating the Concept of Vulnerability: Layers not Labels. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, Vol. 2, No. 1, 121–139

Mackenzie C, Rogers W, Dodds S (Hrsg.) (2013): Vulnerability: New Essays in Ethics and Feminist Philosophy. Oxford University Press

Martin AK, Tavaglione N, Hurst S (2014): Resolving the Conflict: Clarifying “Vulnerability” in Health Care Ethics. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol. 24, No. 1, 51–72

Mielck A, Wild V (2021): Gesundheitliche Ungleichheit – Auf dem Weg von Daten zu Taten. Fragen und Empfehlungen aus Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik. Weinheim: Beltz Juventa Verlag

Siegrist J (2021): Gesundheit für alle? Die Herausforderung sozialer Ungleichheit. Darmstadt: wbg Academic

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 10. Dezember 2021)

Thomas Lampert, der bei dem GGW-Beitrag von 2008 die Federführung hatte, hätte diese Analyse sicher gerne mit uns geschrieben. Zu unserer großen Bestürzung ist er jedoch im Dezember 2020 gestorben. Wir schreiben diesen Beitrag im Gedenken an ihn. Er hat das Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ immer in den Mittelpunkt seiner umfangreichen Arbeit gestellt, die Diskussion mit seinen zahlreichen empirischen Analysen untermauert und weitergeführt. Wir haben ihm viel zu verdanken.

DIE AUTOREN



Dr. phil. Andreas Mielck,

Jahrgang 1951, studierte Soziologie in Hamburg (Dr. phil.) und Epidemiologie in Chapel Hill, North Carolina, USA (Master of Public Health). Von 1989 bis Ende 2020 arbeitete er als Sozial-Epidemiologe am Helmholtz Zentrum München im Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen. In seiner wissenschaftlichen Tätigkeit konzentrierte er sich vor allem auf das Thema „Gesundheitliche Ungleichheit“. Sein Interesse galt dabei nicht nur den empirischen Analysen, sondern auch den gesundheitspolitischen Folgerungen aus diesen Analysen.



Prof. Dr. med. Verina Wild,

Jahrgang 1977, studierte Medizin an der Georg-August-Universität Göttingen und arbeitete als Ärztin in der Inneren Medizin. Seit 2008 ist sie in Forschung und Lehre im Bereich Bioethik/Medizinethik/Public-Health-Ethik/Globale Gesundheitsethik tätig. Zunächst arbeitete sie am Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich. 2018 wurde sie stellvertretende Institutsdirektorin am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, LMU München, seit 2020 ist sie Professorin für Ethik der Medizin an der Universität Augsburg. Der Schwerpunkt ihrer Forschung liegt auf Public-Health-Ethik und Theorien der Gesundheitsgerechtigkeit.

New Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention – Leerstellen im Pakt für den ÖGD

von Thomas Altgeld¹

ABSTRACT

Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Deutschland greift bislang zu kurz, weil er nicht inhalts-, sondern strukturdeterminiert ist. Er sucht die Lösungen dort, wo der ÖGD mal stark war: im Gesundheitsschutz der Bevölkerung und in einem Personalaufwuchs vor allem mit besser bezahlten Ärztinnen und Ärzten. Die zentralen Stellschrauben von New Public Health werden nicht bedient, gesundheitliche Chancengleichheit spielt in der Diskussion keine Rolle. Gesundheitliche Chancengleichheit als zentrales Ziel kommunaler Gesamtkonzepte erfordert mehr als eine Insiderdiskussion von gut organisierten medizinischen Berufsverbänden: Sie braucht eine breite gesellschaftliche Debatte. Dazu gehört eine grundlegende Aufgabenkritik des ÖGD.

Schlüsselwörter: Öffentlicher Gesundheitsdienst, New Public Health, Gesundheitsförderung, gesundheitliche Chancengleichheit

***The Pact for the Public Health Service (ÖGD)** in Germany is not far-reaching enough because it is not determined by content, but by structure. It is looking for solutions where the ÖGD was once strong: in the health protection of the population and an increase in staff, especially with better paid doctors. The central levers of New Public Health are not being used, and equality of health opportunities does not play a notable role in the discussion. Equal health opportunities as a central goal of integrated communal concepts requires more than an inside discussion by well-organized medical professional associations, it needs a broad social debate. This also includes a fundamental review of the tasks of the ÖGD.*

Keywords: public health service, New Public Health, health promotion, health equality

1 Einleitung

Der bereits im September 2020 von den Gesundheitsministerinnen und -ministern von Bund und Ländern beschlossene Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ist praktisch noch immer vollständig in der Pandemie hängen geblieben. Angesichts der bereits vierten Welle der Covid-19-Pandemie ist das vielleicht verständlich, aber dennoch bedauerlich. Der erste Bericht des vom Bundesgesundheitsministerium berufenen, hochkarätig besetzten Beirates zum Pakt für den ÖGD vom Oktober 2021 sollte aufzeigen, wie der ÖGD für kommende Pandemien und andere nationale gesundheitliche Notlagen besser vorbereitet werden kann. Vom selbst gesteckten Anspruch her sind die Empfehlungen, „wie der ÖGD langfristig und zukunftsorientiert mo-

dernisiert werden kann“ (BMG 2021). Wenn ein großer Teil der 44-seitigen Empfehlungen umgesetzt wird, ist der ÖGD dann allerdings möglicherweise im Verlauf des nächsten Jahrzehnts in erster Linie das: besser auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen ausgerichtet und vorbereitet. Selbst wenn man davon ausgeht, dass diese Ereignisse als Folge von Globalisierung und Klimawandel zukünftig kein absolutes Ausnahmeereignis mehr sein werden, die in Art und Umfang der Covid-19-Pandemie nur alle paar Jahrzehnte mal vorkommen, ist diese Fokussierung auf Old Public Health in der gesamten Neuausrichtungsdiskussion eine verpasste Chance.

Die zentralen Empfehlungen umfassen vier Schwerpunkte:

- Krisenmanagement und Katastrophenschutz,

¹ Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. · Fensckeweg 2 · 30165 Hannover
Tel.: 0511 38811890 · E-Mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds.de

- Personal, Finanzierung und Ressourcen (insbesondere Personalaufstockung),
- Vernetzung und Vorsorge für den Krisenfall (Digitalisierung für interoperablen Datenaustausch, Angebote der Krisenkommunikation sowie angemessene Warnsysteme),
- Forschung sowie Aus-, Fort und Weiterbildung (vergleiche *ebenda*).

Das Wort Prävention taucht in dem Beiratpapier nur an einer Stelle auf, im ersten Kapitel zur Stärkung der integrierenden und steuernden Rolle des ÖGDs. Dort heißt es: „Niederschwellige und koordinierende Arbeit des ÖGD zur Verbesserung der Teilhabe besonderer Personengruppen ist eine wesentliche präventive Maßnahme, um durch subsidiäres Engagement die gesundheitliche Ungleichheit in der Gesellschaft zu verringern. Diese Maßnahmen dienen auch der Ausbildung der Resilienz, wodurch die Folgen von pandemischen Ereignissen abgemildert werden können“ (*Beirat 2021, 12*). Prävention via „niederschwellige und koordinierende Arbeit“ zur Verbesserung der Teilhabe vulnerabler Personengruppen wird also auch pandemiefunktional verstanden, indem lediglich die Folgen von pandemischen Ereignissen „abgemildert“ werden sollen.

Ein wenig erinnern diese Empfehlungen und die Diskussionen um den Pakt für den ÖGD selbst, deren Wortführerinnen und Wortführer zudem fast ausschließlich Verbandsvertreterinnen und -vertreter des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) sind, an Watzlawicks Anleitung zum Unglücklichsein. Eine zentrale Strategie zum effektiven Unglücklichsein definiert er als „Mehr desselben“ und meint damit ein stures Festhalten an Anpassungen und Lösungen, die irgendwann einmal gut funktioniert haben und genau damit selbst zum Problem werden. Um dies zu illustrieren, benutzt er das Gleichnis vom „Verlorenen Schlüssel“: „Unter einer Straßenlaterne steht ein Betrunkener und sucht und sucht. Ein Polizist kommt daher, fragt ihn, was er verloren habe, und der Mann antwortet: „Mein Schlüssel.“ Nun suchen beide. Schließlich will der Polizist wissen, ob der Mann sicher sei, den Schlüssel gerade hier verloren zu haben, und jener antwortet: „Nein, nicht hier, sondern dort hinten – aber dort ist es viel zu finster“ (*Watzlawick 1983, 37*).

Auch der ÖGD in Deutschland sucht nun die Lösungen dort, wo es vermeintlich hell ist, in mehr und besser bezahlten Ärztinnen und Ärzten, sozialmedizinischen Assistentinnen und Assistenten sowie Digitalisierung, nicht jedoch da, wo die zentralen Stellschrauben des „New Public Health“ zu justieren wären, etwa mit einer Ausrichtung auf die Herstellung von gesundheitlicher Chancengleichheit oder einer Koordinierungsfunktion der Gesundheitsplanung vor Ort (vergleiche *Altgeld, 2020*).

2 Verengung der Diskussionen auf die Bezahlung

Der öffentliche Gesundheitsdienst als traditionelles Handlungsfeld von Public Health stand schon vor der aktuellen pandemischen Lage vor großen Herausforderungen. Unter der Bezeichnung Öffentlicher Gesundheitsdienst werden in Deutschland alle Einrichtungen des öffentlichen Dienstes auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene verstanden, die sich mit den Aufgabenbereichen Gesundheitshilfe, Gesundheitsschutz, Prävention und der Aufsicht über die Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie der Lebensmittelproduktion befassen. Das Infektionsschutzrecht wird auf Bundesebene geregelt. Auf Landesebene sorgen 16 unterschiedliche gesetzliche Grundlagen, größtenteils sogenannte ÖGD-Gesetze der Länder, für eine große Heterogenität des Aufgabenspektrums, Zuschnitts und der Ausstattung der Gesundheitsämter (vergleiche *Kuhn und Wildner 2020, 17*). Insbesondere sogenannte freiwillige Leistungen wie Prävention und Gesundheitsförderung werden sehr unterschiedlich stark gewichtet. Von dem (einen) Öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland kann deshalb eigentlich nicht die Rede sein, sondern eher von dem Hamburger oder dem niedersächsischen Öffentlichen Gesundheitsdienst. Trotz der räumlichen Nähe und einer gemeinsamen Landesgrenze liegen allerdings allein zwischen diesen beispielhaft genannten Bundesländern Welten im Bereich der öffentlichen Gesundheit (vergleiche *Altgeld 2017*).

Vor Ort, das heißt auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte, gibt es in Deutschland aktuell 375 Gesundheitsämter mit stark sinkender Tendenz seit 1990 aufgrund von Gebietsreformen in den Bundesländern. Der Großteil der Aufgaben dieser Ämter ist für weite Teile der Allgemeinbevölkerung vor der Pandemie aber quasi unsichtbar gewesen. Aus einer bundesweiten Befragung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) im Jahr 2015 liegen Daten zu spezifischen Tätigkeiten in den Gesundheitsämtern vor, die die Heterogenität des Aufgabenspektrums gut abbilden. Nur der bundesgesetzlich geregelte Infektionsschutz und die Hygieneüberwachung finden sich bei allen Gesundheitsämtern. Nicht einmal Schuleingangsuntersuchungen oder die Gesundheitsberichterstattung sind Regelaufgaben aller Gesundheitsämter in Deutschland. Das Aufgabenspektrum variiert von Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfe, Gesundheitsplanung, Heimaufsicht bis hin zur Methadonambulanz (vergleiche Abbildung 1) (*Poppe et al. 2016, 8*).

Eigentlich wurde der öffentliche Gesundheitsdienst lange Zeit als die „dritte Säule“ des Gesundheitswesens neben ambulanter und stationärer Versorgung dargestellt, aber

allein von den investierten Geldern her ist er eher ein Strohalm als eine Säule. 2019 wurden bei Gesundheitsausgaben in Höhe von insgesamt 410 Milliarden Euro gerade mal 2,4 Milliarden Euro in den Gesundheitsschutz investiert, also ein halbes Prozent der Gesamtausgaben (*Statistisches Bundesamt 2021*).

Vor der Pandemie wurden die personellen Kapazitäten in den Gesundheitsämtern trotz vielfältiger und auch neuer Aufgaben eher ab- als aufgebaut. Dem breiten Aufgabenspektrum vor Ort stand und steht damit eine kaum ausreichende Ausstattung mit Ressourcen gegenüber. Die in den Gesundheitsämtern vertretenen Berufsgruppen sind so vielfältig wie die Aufgaben der Gesundheitsämter. Es sind fast alle Gesundheitsberufe, aber auch pädagogische Berufsgruppen in den Ämtern vertreten. Obwohl die Ärzteschaft in den Gesundheitsämtern mit 18,5 Prozent Anteil nach den Verwaltungsangestellten nur die zweitgrößte Berufsgruppe darstellt (vergleiche *Poppe et al. 2016, 8*), hat sich die Diskussion um die Unterausstattung der Ämter auf die Rekrutierung von ärztlichem Personal beschränkt. Die Ärzteschaft in den Gesundheitsämtern hat mit dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD) die schlagkräftigste und medial präsenteste Interessenvertretung aller Berufsgruppen im ÖGD. Der BVÖGD hat bereits seit Beginn des vergangenen Jahrzehnts lautstark um eine bessere Bezahlung des medizinischen Personals in den Ämtern gekämpft. Selbst Straßenproteste von medizinischem Fachpersonal sind seitdem fast schon eine gängige Interessenartikulation geworden und fanden eine erhebliche Resonanz in den Medien (vergleiche *Heine 2017 und DPA 2020*). 2017 hat der BVÖGD die Tarifgemeinschaft mit der Beamtenvertretung dbb aufgekündigt und lässt sich seitdem vom Marburger Bund in den Tarifverhandlungen mit den öffentlichen Arbeitgebern vertreten, was bereits zu deutlichen Lohnerhöhungen insbesondere auch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen im ÖGD geführt hat, zuletzt im Jahr 2020. Mit dem Ergebnis für die Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst zeigte sich der Marburger Bund allerdings nicht zufrieden. „Nur mit einem echten Ärztetarifvertrag ließen sich die Vergütungsunterschiede beheben“, zitiert Christiane Badenberg den Marburger Bund (*Badenberg 2020*). Gemeint sind die Vergütungsunterschiede zu den Ärztinnen und Ärzten, die in Kliniken in kommunaler Trägerschaft angestellt sind.

Auch der Zehn-Punkte-Plan, den der BVÖGD nach der ersten Welle der Covid-19-Pandemie und nach der Verabschiedung des Pakts für den ÖGD „zur nachhaltigen Stärkung des ÖGD“ vorgelegt hat, fokussiert in den ersten beiden Forderungen direkt auf eine dauerhafte Aufstockung im ÖGD mit fachlich qualifiziertem Personal (circa 20.000 neue Stellen) und eine adäquate, den Krankenhaustarifen gleichgestellte Bezahlung der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD (*BVÖGD*

2020). Auch von den weiteren acht Forderungen betreffen vier die Ausbildung und Stellung von medizinischem Fachpersonal. Andere Berufsgruppen des ÖGD werden in den Überschriften nicht einmal benannt.

3 Modernisierungsdiskussionen ohne Modernisierungsanstrengungen

Bereits 2016 hatte die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in einer Entschließung die Notwendigkeit betont, den ÖGD adäquat mit Ressourcen auszustatten. „Sie regt auch gegenüber den kommunalen Trägern des ÖGD an, durch angemessene Stellenpläne die erforderlichen Grundlagen für die Erfüllung der umfangreichen und fachlich anspruchsvollen Aufgaben des ÖGD zu schaffen. Diese Stellenpläne sind auf der Grundlage einer gründlichen und kritischen Analyse von Art und Umfang der Aufgaben auszugestalten“ (*GMK 2016*). Bereits in dieser Entschließung wurde die „Perspektive Prävention und Gesundheitsförderung“ besonders hervorgehoben, weil nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes (PrävG) 2015 die Hoffnung bestand, dass hier neue Aufgaben durch den ÖGD wahrgenommen werden könnten und zusätzliche finanzielle Mittel über das PrävG durch Sozialversicherungsträger dafür bereitgestellt werden würden: „Das Präventionsgesetz bietet eine konkrete Chance, eine verbesserte Gesundheit für die Bürgerinnen und Bürger zu erreichen. Der ÖGD muss aufgrund seiner in den Landesgesetzen festgeschriebenen Rolle als regionaler Koordinator in der Gesundheitsförderung eine aktive Rolle im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes spielen. Die GMK erwartet von den Partnern der Rahmenvereinbarungen die Rolle des ÖGD anzuerkennen, zu nutzen und zu unterstützen und hierzu geeignete Formen der Einbindung zu entwickeln“ (*ebenda*).

Die GMK wollte die Einbeziehung des ÖGD bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V zum PrävG fördern, was allerdings in den wenigsten zwischen 2016 und 2018 für alle Bundesländer einzeln ausgehandelten Landesrahmenvereinbarungen tatsächlich realisiert wurde (vergleiche *Böhm und Klüppel, 2019*). Auch die Koordinierungsfunktion des ÖGD in diesem Feld wurde besonders hervorgehoben: „Unter den neuen Rahmenbedingungen gilt es, gemeinsam auf die Nutzung und die Weiterentwicklung vorhandener tragfähiger Strukturen für die Prävention und Gesundheitsförderung auf kommunaler bzw. regionaler Ebene hinzuwirken und dazu beizutragen, dass der ÖGD dabei sein Potential zur Wirkung bringen kann. Der Koordinierung der regionalen Gesundheitsförderung und Prävention kommt dabei ein besonderer Stellenwert zu, z. B. mit Blick auf die Bedarfsfeststellung, orientierende Rahmenkonzepte oder die Qualitätssicherung“ (*GMK, 2016*).

ABBILDUNG 1

Tätigkeiten in den Gesundheitsämtern laut AOLG-Befragung 2015



Das Aufgabenspektrum in den Gesundheitsämtern variiert stark. Zwei Tätigkeiten werden überall wahrgenommen: Infektionsschutz und Hygieneüberwachung, andere häufig bis selten. Schlusslichter sind die Sozialpharmazie (4,7 Prozent) und die Methadonambulanz (2,1 Prozent).

Quelle: Poppe et al. 2016; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

Noch viel weiter geht die GMK-Entscheidung von 2018 mit ihrem dort verabschiedeten „Leitbild für einen modernen öffentlichen Gesundheitsdienst“ mit dem ÖGD als „Public Health vor Ort“. Gleich zu Anfang heißt es da: „Neben seinen hoheitlichen Aufgaben muss er verstärkt modernen zivilgesellschaftlichen Erwartungen und sozialen Herausforderungen gerecht

werden. (...) Der ÖGD setzt sich für gesundheitliche Chancengleichheit ein. Dies prägt als Vision den ÖGD. Er arbeitet daher

- orientiert an prioritären Bedarfen der Bevölkerungsgesundheit,
- ethisch reflektiert und in Respekt vor der Würde des einzelnen Menschen,
- mit Blick auf gesundheitliche Chancengleichheit,
- frei von kommerziellen Interessen,
- auf aktueller wissenschaftlicher Basis,
- bürgernah, vernetzt und partnerschaftlich mit vielen anderen Akteuren,
- multiprofessionell und interdisziplinär,
- ergebnisorientiert, verantwortlich und transparent.

Dabei bezieht sich der ÖGD konzeptionell auf Gesundheit als einen umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Zustand des Wohlbefindens. Er berücksichtigt dabei die wichtige Rolle einer gesundheitsförderlichen sozialen und ökologischen Lebenswelt“ (GMK, 2018). Dieses Leitbild ist so umfassend und ambitioniert wie viele Grundsatzdokumente der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung. Die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit wird gleich mehrfach betont und spielte sicher vor der Pandemie auch eine Rolle in der Alltagspraxis des ÖGDs in einigen Angebotsbereichen, zum Beispiel bei der Frühförderung oder der Schwangerenberatung. Aber „bürgernah, vernetzt und partnerschaftlich mit vielen anderen Akteuren“ war der ÖGD vor Ort ganz sicher nicht unterwegs. Im Gegenteil: In der kommunalen Ämterhackordnung rangierten die Belange und Aufgaben des ÖGD sehr weit unten, was die Aufmerksamkeit von Kommunalparlamenten, Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern sowie Landrätinnen und Landräten anbelangte. Selbst die Sportämter der Kommunen erfuhren mehr Beachtung in der politischen Aufmerksamkeit und Wertschätzung als die Gesundheitsämter. Nur so ist auch die kontinuierliche Ressourcenkürzung verstehbar. Kein einziges Bundesland hat nach den wegweisenden GMK-Beschlüssen von 2016 und 2018 sein eigenes ÖGD-Gesetz reformiert und den ÖGD im eigenen Bundesland besser ausgestattet. Dann kam Corona und damit auch ein unglaublicher Bedeutungszuwachs des ÖGDs in der (gesundheits)politischen und medialen Aufmerksamkeit. Klaus Jacobs spricht dabei sogar von einer „Renaissance des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ (Jacobs 2021, 8).

4 Gesundheitliche Chancengleichheit – eine Leerstelle im Pakt für den ÖGD

Am erstaunlichsten ist, wie lange die Pandemiebekämpfung in Deutschland nach der Prämisse verfahren ist, vor dem Virus seien alle gleich. Dabei spielt weltweit und auch in Deutschland der soziale Status eine entscheidende Rolle da-

bei, wie hoch das individuelle Infektionsrisiko ist, wie die Überlebenschancen bei einer Infektion aussehen sowie welche Auswirkungen die Pandemiebekämpfungsmaßnahmen auf die psychische und physische Gesundheit haben. Die ersten Analysen des Robert Koch-Instituts erschienen allerdings erst im Frühjahr 2021, also mehr als ein Jahr nach Pandemiebeginn (Hoebel et al. 2021). Die Untersuchungen zeigen erwartbar deutlich, dass der Anstieg der Covid-19-Todesfälle in den sozial benachteiligten Regionen Deutschlands am stärksten ausfiel. Das Fazit des Beitrags lautete deshalb: „Erhöhte Infektionsrisiken in deprivierten Gruppen könnten die gesundheitliche Ungleichheit somit verschärfen. Deprivierte Bevölkerungsgruppen sollten bei der Weiterentwicklung von Infektionsschutz- und Präventionsmaßnahmen verstärkt berücksichtigt werden, um die gesundheitliche Chancengleichheit in der COVID-19-Pandemie und darüber hinaus zu fördern“ (ebenda). Genau diese verstärkte Berücksichtigung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen bei der Weiterentwicklung von Infektionsschutz- und Präventionsmaßnahmen findet immer noch nicht statt, obwohl der ÖGD eigentlich der geborene Interessenvertreter für diese Bevölkerungsgruppen wäre. Im bereits zitierten Zehn-Punkte-Plan des BVÖGD kommt nicht einmal die Wortgruppe „gesundheitliche Ungleichheit“ vor, geschweige denn, dass deren Bekämpfung auch nur ansatzweise gefordert worden wäre.

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG und AFS, 2020) hat in ihrem erstem Sondernewsletter zur Corona-Pandemie vom 25. März 2020 nicht nur auf die Vulnerabilität bestimmter Bevölkerungsgruppen in Bezug auf das Infektionsrisiko hingewiesen, sondern auch auf die gesundheitlichen und sozialen Folgen der Maßnahmen der Pandemiebekämpfung. Darin heißt es: „Außerdem sind unter anderem folgende Gruppen durch die Maßnahmen (z. B. Schließung von Hilfeinrichtungen und Kontaktverbot) gegen die Ausbreitung des Coronavirus besonders häufig betroffen:

- Von Armut betroffene Menschen: Zum einen sind Personen, die in beengten räumlichen Verhältnissen wohnen und auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind, um ihre Arbeitsstelle oder Einkaufsmöglichkeiten zu erreichen, anfälliger für eine Ansteckung mit dem Coronavirus. Zum anderen verstärkt sich die Notlage der in Armut lebenden Menschen z. B. dadurch, dass Tafeln schließen oder dass wegen der Hamsterkäufe weniger Lebensmittel von Supermärkten gespendet werden. Für prekär Beschäftigte sorgt die COVID-19-Pandemie für große Existenzsorgen.
- Obdachlose: Viele Hilfsangebote, wie Notschlafstellen, Essensausgaben und Einrichtungen, in denen Obdachlose duschen oder Wäsche waschen können, werden geschlossen.
- Sexarbeiter*innen: Prostitutionsstellen und Bordelle sollen geschlossen werden. Sexarbeiter*innen, die vorüber-

gehend in den Bordellen wohnen, in denen sie arbeiten, droht damit die Obdachlosigkeit.

- Geflüchtete Menschen in Aufnahmeeinrichtungen: In Erstaufnahmeeinrichtungen oder Flüchtlingslagern ist es durch beengte Verhältnisse und die mangelnden hygienischen Bedingungen schwierig, sich vor dem Coronavirus zu schützen. Zudem werden humanitäre Aufnahmeverfahren wegen Reisebeschränkungen ausgesetzt und es kommt zu Verzögerungen beim Asylverfahren“ (*ebenda*).

Auch das Kompetenznetz Public Health COVID-19 hat im Mai 2020 auf die soziale Ungleichheit der Auswirkungen der Schutzmaßnahmen hingewiesen und internationale Studien ausgewertet, die dies beispielsweise hinsichtlich Erwerbs- und Arbeitsbedingungen, psychosozialen Belastungen oder Bildungsmöglichkeiten klar belegen (*Kompetenznetz Public Health COVID-19, 2020, 2*). Beate Blättner hat im August 2020 eindrücklich gefordert: „Die Umsetzung des Gedankens von New Public Health würde bedeuten, gesundheitliche Ungleichheit auch im Infektionsschutz mitzudenken. Gerade dann, wenn Schutzmaßnahmen Teil der Normalität werden, bedarf es neuer Strategien, gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzuwirken. Dies wird nur über einen HiAP-Ansatz möglich“ (*Blättner, 2020*). HiAP bezeichnet dabei Health in All Policies (vergleiche Analyse 1).

Da die soziale Determinierung des Pandemiegeschehens so überdeutlich ist, haben Clare Bamba et al. bereits im Juni 2020 angeregt, den Begriff Syndemie statt des rein bevölkerungsmedizinischen und in Bezug auf Sozillagen völlig neutralen Pandemiebegriffs anzuwenden (*Bamba et al. 2020*). In die deutschen Pandemiediskussionen ist er allerdings nicht eingeflossen. In Großbritannien wurde die Diskussion um die öffentliche Gesundheit bereits früh viel stärker unter Gerechtigkeitsaspekten geführt. Michael Marmot et al. legten im Herbst 2020 einen Bericht vor, der verdeutlichte, dass die sozialen und wirtschaftlichen Ungleichheiten, die bereits vor der Pandemie in Großbritannien bestanden, während der Pandemie zu den hohen und ungleichen Zahlen der Todesopfer durch Covid-19 beitrugen. Die Experten entwickelten daraufhin keine kleinteilige Vision eines lediglich besser ausgestatteten und digitalisierten ÖGD als Antwort auf die Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit. Stattdessen zogen sie bereits in der genialen Überschrift „Build Back Fairer“ den Schluss, dass es keine Rückkehr zum Status quo ante geben kann, sondern die Gelegenheit genutzt werden muss, systemisch besser und gerechter zu agieren, indem Politik endlich die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten angeht (*Marmot et al. 2020, 64*):

“We suggest that to Build Back Fairer we need commitment at two levels. First is the commitment to social justice and putting equity of health and wellbeing at the heart of all policy-making, nationally, regionally and locally. The pandemic has shown that when the health of the public is

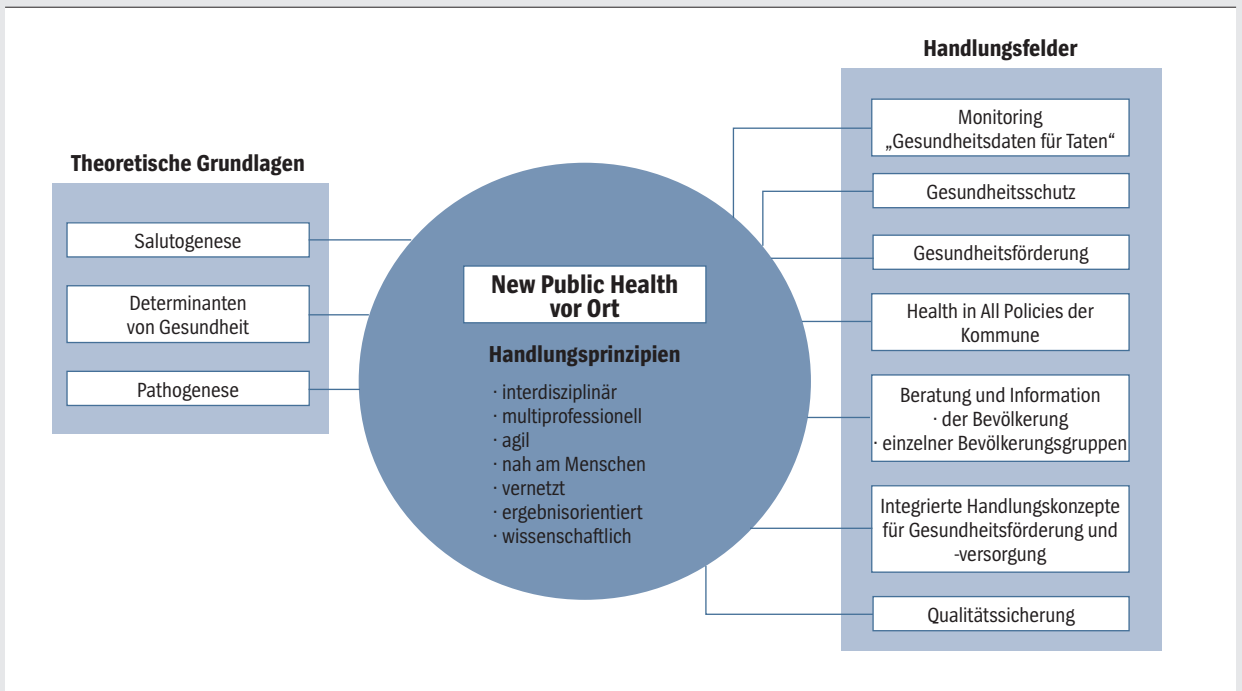
severely threatened, other considerations become secondary. The enduring social and economic inequalities in society mean that the health of the public was threatened before and during the pandemic and will be after. Just as we needed better management of the nation’s health during the pandemic, so we need national attention to the causes of the causes of health inequalities.”

In Deutschland sind wir – böse formuliert – aktuell damit zufrieden, wenn Gesundheitsämter das von ihnen erfasste Infektionsgeschehen vor Ort nicht mehr per Fax an das Robert Koch-Institut weiterleiten müssen, sondern in 375 Gesundheitsämtern Computer und adäquate Software zur Verfügung stehen und durch bessere Vergütungsanreize genügend Ärztinnen und Ärzte für die Arbeit gewonnen werden können. Auch der im Dezember 2021 unterschriebene Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung setzt dazu keine umfassenderen Schwerpunkte. Der einzige Passus, in dem der ÖGD explizit vorkommt, schreibt die kleinteilige Denkweise des Pakts für den ÖGD nur fort, indem er die Einstellungsfristen verlängern will und die Forderung nach einem eigenen Tarifvertrag nachbetet (*SPD et al. 2021, 83*) sowie die „effiziente und dezentrale Bevorratung von Arzneimittel- und Medizinprodukten sowie regelmäßige Ernstfallübungen für das Personal für Gesundheitskrisen“ sicherstellen will. Regelmäßige Ernstfallübungen sind ungefähr das Gegenteil des Anspruchs von „Build Back Fairer“!

Auch die verbleibenden zwei Sätze verharren im Kleinklein: „Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geht in einem Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit am Bundesministerium für Gesundheit auf, in dem die Aktivitäten im Public-Health Bereich, die Vernetzung des ÖGD und die Gesundheitskommunikation des Bundes angesiedelt sind. Das RKI soll in seiner wissenschaftlichen Arbeit weisungsungebunden sein“ (*ebenda*). Was ein Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit bei einer ÖGD-Gesetzgebungszuständigkeit der Bundesländer für Kernaufgaben haben soll, wird gar nicht erst definiert. Die Auflösung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) selbst wird nirgendwo großes Bedauern auslösen. Die BZgA ist bislang in der Pandemiebewältigung vollständig hinter dem Robert Koch-Institut (RKI) abgetaucht. Sie hat keinerlei Erfahrungen aus der einzig wirklich erfolgreichen Gesundheitskampagne, die sie jemals umgesetzt hat (der Aidskampagne der späten 1980er-Jahre), in den vergangenen Jahrzehnten in die aktuelle Gesundheitskommunikation einfließen lassen. Aus der Aidskampagne hätte man den Stellenwert der personalen Kommunikation vor Ort in der Pandemiebekämpfung ableiten können. Für Händewaschtippis auf öffentlichen Toiletten und Impfkampagnen im Stil von Arzneimittelwerbung braucht niemand eine eigenständige Bundesbehörde mit über 200 Angestellten. Das kriegen Werbeagenturen genauso schlecht auch allein hin.

ABBILDUNG 2

Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Agent des New Public Health



New Public Health adressiert auch die Determinanten von Gesundheit. Wesentliches Ziel ist es, so bedingte ungleiche Gesundheitschancen zu minimieren. Daraus ergeben sich diverse Handlungsfelder für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, die wiederum neue Handlungsprinzipien erfordern.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

Die meisten Bundesländer fahren mittlerweile eigene, wahrscheinlich ebenso unwirksame Impfkampagnen über Plakate, Spots und soziale Medien. Personalkommunikative Elemente finden sich kaum, außer in Bremen mit einem richtungweisenden Projekt von Gesundheitsfachkräften vor Ort in sozial benachteiligten Stadtteilen (*Freie Hansestadt Bremen 2021*). Da Bremen die soziale Schieflage in der Pandemie frühzeitig erkannt hat, wurde gesundheitliche Chancengleichheit bereits Ende 2020 in die zentrale Pandemiebekämpfungsstrategie integriert. Die Bremer Impfquote vollständig Geimpfter liegt seitdem regelmäßig deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Am 8. Dezember lag sie beispielsweise bei 84,1 Prozent, der Bundesdurchschnitt bei 72,2 Prozent (*RKI 2021*).

Das Bremer Beispiel zeigt auch, dass gesundheitliche Chancengleichheit als zentrales Ziel kommunaler Gesamtkonzepte mehr erfordert als eine Insiderdiskussion von gut organisierten medizinischen Berufsverbänden, nämlich eine breite gesellschaftliche und gesundheitspolitische Debatte. Dazu gehört auch vor Ort eine grundlegende Aufgabenkritik des ÖGD, die bereits im Leitbild-Beschluss der GMK von 2018 gefordert wurde. Nur so kann eine fachliche Interdisziplinä-

rität innerhalb des ÖGD sichergestellt werden, die die Kompetenzen unterschiedlicher Gesundheitsberufe auch wirklich nutzt und eine enge Zusammenarbeit mit weiteren kommunalen Aufgabenbereichen umsetzt, zum Beispiel Kinder- und Jugendhilfe, Altenhilfe, Schulumt, Sozialamt, Umwelt sowie Stadtentwicklung beziehungsweise Stadtplanung. Auf diese Weise könnte der ÖGD auch in Deutschland New Public Health wirklich gestalten (vergleiche Abbildung 2).

Literatur

Altgeld T (2017): Zersplitterte Heterogenität als Leitmotiv der Public-Health-Praxis in Deutschland? Das Gesundheitswesen, Vol. 79, No. 11, 960–965

Altgeld T (2020): Mehr Geld für Prävention bedeutet nicht automatisch mehr Gesundheit für alle! Die Schwester. Der Pfleger, Jg. 58, Heft 9, 84–86

Badenberg C (2020): Marburger Bund: „Zum Ärzte-Tarifvertrag im ÖGD gibt es keine Alternative“. Ärzte Zeitung vom 26. Oktober 2020; aerztezeitung.de → Politik → Berufspolitik → Suchbegriff: Ärzte-Tarifvertrag

Bambra C, Riordan R, Ford J, Mathews F (2020): The COVID-19 Pandemic and Health Inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 74, No. 11, 964–968; jech.bmj.com → Archive

Beirat (Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst) (2021): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen. Berlin; bundesgesundheitsministerium.de → Service → Begriffe von A–Z → O → Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Blättner B (2020): Covid-19 und gesundheitliche Ungleichheit: Die Relevanz des HiAP-Ansatzes bei Pandemien. *Public Health Forum*, 8. September 2020; degruyter.com → Suchbegriff: Covid-19 und gesundheitliche Ungleichheit

BMG (Bundesgesundheitsministerium) (2021): Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Pressemitteilung vom 28. Oktober 2021; bundesgesundheitsministerium.de → Ministerium → Meldungen → Aktuelle Meldungen

Böhm K, Klinnert D (2019): Die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Länderebene: Eine Analyse der Landesrahmenvereinbarungen. *Das Gesundheitswesen*, Vol. 81, No. 12, 1004–1010

BVÖGD (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) (2020): 10 Punkte Plan zur Stärkung des ÖGD; bvogd.de/wp-content/uploads/2020/07/2020_07_15-10-Punkte-Plan-o.A..pdf

DPA (2020): Gesundheitsämtern fehlen Mediziner: 32 von 88 Stellen frei. *Süddeutsche Zeitung* vom 8. März 2020; sueddeutsche.de → Suche: Archiv → Suchbegriffe: Gesundheitsämter – Politik – Artikel – dpa – Zeitraum: 08.03.2020 bis 09.03.2020

Freie Hansestadt Bremen (2021): Gesundheitsfachkräfte in Bremer Quartieren; sozialestadt.bremen.de → Programme → Gesundheitsfachkräfte in Bremer Quartieren

GMK (Gesundheitsministerkonferenz) (2016): Perspektiven zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. 89. Gesundheitsministerkonferenz; gmkonline.de → Beschlüsse → 2016 → TOP: 4.1

GMK (Gesundheitsministerkonferenz) (2018): Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst. Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft. 91. Gesundheitsministerkonferenz; gmkonline.de → Beschlüsse → 2018 → TOP: 10.21

Heine H (2017): Berlin sucht dringend Ärzte für Gesundheitsämter. *Tagesspiegel* vom 24. Oktober 2017; tagesspiegel.de → Suche: Archiv → Suchbegriff: Gesundheitsämter; Ressort: Berlin → Nach Datum: von 24.10.2017 bis 25.10.2017

Hoebel J et al. (2021): Soziökonomische Unterschiede im Infektionsrisiko während der zweiten SARS-CoV-2-Welle in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International*, Jg. 118, Heft 15, 269–270; aerzteblatt.de/archiv/218459

Jacobs K (2021): Gesundheitspolitik nach Corona: Einfacher wird es kaum werden. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 21, Heft 2, 7–14

Kompetenznetz Public Health COVID-19 (2020): Verschärfen COVID-19 Pandemie und Infektionsschutzmaßnahmen die gesundheitlichen Ungleichheiten?; public-health-covid19.de → Archiv → Indirekte Gesundheitsfolgen von Maßnahmen des Infektionsschutzes

Kuhn J, Wildner M (2020): Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 20, Heft 4, 15–22

LVG und AFS (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.) (2020): Sonderausgabe Corona-Pandemie – Online-Newsletter „Soziale Lage und Gesundheit“. Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bremen; gesundheits-nds.de → Medien → Newsletter → Soziale Lage und Gesundheit Bremen → Newsletter Archiv

Marmot M et al. (2020): Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. *The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England*. London: Institute of Health Equity

Poppe F, Starke D, Kuhn J (2016): Personalstruktur an den Gesundheitsämtern in Deutschland. *Blickpunkt Öffentliche Gesundheit*, Jg. 32, Heft 3, 8

RKI (Robert Koch-Institut) (2021): Tabelle mit gemeldeten Impfungen nach Bundesländern und Impfquoten nach Altersgruppen; rki.de → Infektionskrankheiten A-Z → Covid-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) → Fallzahlen in Deutschland nach Bundesländern (Tabelle wird arbeitstäglich aktualisiert)

SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit.; spd.de → Suche: Mehr Fortschritt wagen

Statistisches Bundesamt (2021): Gesundheitsausgaben 2019: Sozialversicherungsbeiträge mit fast 65 % wichtigste Finanzierungsquelle. Pressemitteilung Nr. 260 vom 2. Juni 2021; destatis.de → Suchbegriff: Gesundheitsausgaben 2019

Watzlawick P (1983): Anleitung zum Unglücklichsein. München: Piper

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 15. Dezember 2021)

DER AUTOR



Thomas Altgeld,

Jahrgang 1963, studierte Psychologie und Politologie an der Universität Hamburg. Der Diplom-Psychologe ist Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Herausgeber der Zeitschrift für Gesundheitsförderung „impulse“, Vorsitzender des Bundesforums Männer – Interessenverband für Jungen, Männer und Väter e. V., Berlin, Schatzmeister der Landesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V., Bonn, sowie Vorstandsmitglied der Verbraucherzentrale Niedersachsen e. V., Hannover. Er leitet die Arbeitsgruppe 7 „Gesund aufwachsen“ und Arbeitsgruppe 13 „Gesundheit rund um die Geburt“ von gesundheitsziele.de.

Foto: privat

Hauptsache, gesund?! Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

von Eike Quilling¹, Anna Lena Rademaker², Philipp Schäfer³, Dörte Kaczmarczyk⁴ und Corinna Schaffert⁵

ABSTRACT

Armut und Gesundheit korrelieren miteinander. Daran besteht wenig Zweifel. Dieses Verhältnis zeigt sich auch in dem immer weiteren Auseinanderdriften zwischen Arm und Reich und verdeutlichte sich zuletzt in den Folgen der Corona-Pandemie. Menschen im Kinder- und Jugendalter trafen die Folgen besonders schwer. Sie gelten paradoxerweise gleichzeitig als eine vergessene Gruppe jener Episode. Skizziert werden soll hier zum einen, welche Auswirkung die Relation von Armut und Gesundheit in Zeiten von Corona für die Jugendlichen hat. Zum anderen sollen Konzepte und Lösungsvorschläge beschrieben werden, die eine partizipative und kommunale Gesundheitsförderung ermöglichen.

Schlüsselwörter: Gesundheitsförderung, soziale Ungleichheit, Jugendalter, Covid-19

Poverty and health correlate. There is no doubt about it. This connection is also evident in the growing divergence between rich and poor. It has lately been observed in the context of the Corona pandemic. Children and young people have been particularly hard hit by the consequences. Incidentally, they are at the same time considered a forgotten group of this period. The aim of this article is twofold: On the one hand, the effects of the relationship between poverty and health on young people are outlined, on the other hand, the authors describe concepts and proposed solutions that enable participatory and community health promotion.

Keywords: health promotion, social injustice, youth, Covid-19

1 Armut als (Gesundheits-)Risiko bei Kindern und Jugendlichen

Die Lebenssituation und der sozioökonomische Status von Kindern und Jugendlichen sind von zentraler Bedeutung für deren Gesundheit (BMG 2010, 13). So zeigt der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, dass in Armut aufwachsende Kinder und Jugendliche deutlich häufiger Beeinträchtigungen hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustandes, der psychischen Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens aufweisen als Gleichaltrige aus der mittleren und hohen Einkom-

mensgruppe (Lampert und Kuntz 2019, 1270). Zur Entwicklung der Kinderarmut vergleiche Abbildung 1.

Neben Lebensbedingungen sind es aber auch sozialräumliche Strukturen, die sich nachteilig auf die Gesundheitschancen auswirken. Ein Blick ins Ruhrgebiet, den größten europäischen Ballungsraum mit über fünf Millionen Einwohnern, zeigt, dass sich hinter einer in pauschaler Betrachtung guten bis sehr guten Versorgungslage für Kinder und Jugendliche Differenzierungsprozesse verbergen, die sozialräumliche Segregation und gesundheitliche Ungleichheiten

¹ Prof. Dr. Eike Quilling, Hochschule für Gesundheit, Bochum · Gesundheitscampus 6–8 · 44801 Bochum · Telefon: +49 234 77727-784
E-Mail: eike.quilling@hs-gesundheit.de

² Prof. Dr. Anna Lena Rademaker, FH Bielefeld, Fachbereich Sozialwesen · Interaktion 1 · 33619 Bielefeld · Telefon: +49 521 10670936
E-Mail: anna-lena.rademaker@fh-bielefeld.de

³ Philipp Schäfer, Hochschule für Gesundheit, Bochum · Gesundheitscampus 6–8 · 44801 Bochum · Telefon: +49 234 77727-694
E-Mail: philipp.schaefer@hs-gesundheit.de

⁴ Dörte Kaczmarczyk, Hochschule für Gesundheit, Bochum · Gesundheitscampus 6–8 · 44801 Bochum · E-Mail: doerte.kaczmarczyk@hs-gesundheit.de

⁵ Corinna Schaffert, MedEcon Ruhr GmbH · Gesundheitscampus-Süd 29 · 44801 Bochum · Telefon: 0234 97836-70 · E-Mail: schaffert@medecon.ruhr

befördern (IGES 2017). Es finden sich zudem Hinweise darauf, dass in Stadtgebieten mit systematischen Problemlagen wie einer hohen Arbeitslosigkeit, Armut oder hohen Bezügen von Leistungen im Zusammenhang mit den sogenannten Hilfen zur Erziehung (HzE) das Angebot an Gesundheitsversorgungsleistungen gegenüber begünstigten Stadtgebieten zurückbleibt (Grell et al. 2016). Dieser erschwerte Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems, Gesundheitsförderung und Prävention führt zu einem Auseinanderdriften und damit auch zu einer Verschlechterung von Gesundheitschancen für vulnerable Zielgruppen. In der Pandemie hat sich die Schere zwischen Arm und Reich weiter geöffnet (Statistisches Bundesamt 2021).

Es existieren zahlreiche Erklärungsmodelle für das Phänomen gesundheitlicher Ungleichheit. Mit Blick auf die Gesundheitsförderung erscheint es umso wichtiger, jene Modelle heranzuziehen, die es ermöglichen, die Relation von objektiven Bedingungen, beispielsweise Armut, und vermeintlich subjektiven Verhaltensweisen, etwa einem gesunden Lebensstil, zu erklären. Der französische Soziologe Pierre Bourdieu zeigt in zahlreichen Studien auf, dass die Art und Weise, wie Menschen handeln, meist in einem Verhältnis zu den strukturellen Bedingungen steht, in denen sie leben beziehungsweise aufgewachsen sind (Bourdieu 2012). Damit ist gemeint, dass beispielsweise die Entscheidung, ob Lebensmittel regional vom Bio-Bauern oder beim Discounter um die Ecke gekauft werden, nicht etwa mit einem frei gewählten Geschmack einhergeht, sondern mit ganz objektiven Einflüssen wie etwa der ökonomischen Lage und der eigenen Sozialisation. Menschen, die in Armut leben müssen, treffen demnach eher pragmatische Entscheidungen bezüglich ihrer Ernährung und achten weniger auf Genuss, ökologische Produktionsweise der Lebensmittel und Gesundheit. Nicht aber, weil es ihnen nicht wichtig ist, sondern vielmehr, weil es ihnen nicht möglich ist (vergleiche *ebenda*). Hinzu kommt, dass ein gesunder Lebensstil meist mit einer hohen Bildung korreliert und hohe Bildung wiederum mit (sehr) gutem Einkommen zusammenhängt (vergleiche *ebenda*; Statistisches Bundesamt 2021). Somit sind auch das Wissen und das Bewusstsein darüber, was gesund und was ungesund ist, ungleich verteilt.

Dass all diese Handlungs- und Verhaltensmuster an die folgende Generation weitergegeben werden (vergleiche Statistisches Bundesamt 2021, 341), wird mit dem Begriff des Habitus verständlich. Dieser beschreibt verkörperte und unbewusste Muster des Denkens, Fühlens, Handelns und Wertens. Jene Muster wiederum zeigen sich weitestgehend kollektiv, je nachdem, welchem gesellschaftlichen Milieu man angehört (Bourdieu 1998). Menschen aus wohlhabenden und gebildeten Milieus haben nicht nur andere Hobbys als Angehörige einkommensschwacher Milieus, es lässt sich auch feststellen, dass eine freiheitlichere und optimistischere Grundeinstellung vorherrscht, wenn beispielsweise weni-

ger Existenzängste vorhanden sind. Folglich sind die oben genannten unbewussten Muster das, was beispielsweise bei der Wahl der Nahrungsmittel beim Einkauf oder dem Lebensstil bestimmend ist, und weniger die bewussten Entscheidungen. Allerdings wird Gesundheit nicht nur durch Einflussfaktoren wie etwa Nahrung oder Bewegung bestimmt; insbesondere auch soziale Faktoren zeigen erhebliche Effekte. Wie stark Armut und Gesundheit zusammenhängen, verdeutlicht Abbildung 2.

Kinder und Jugendliche, die in Armut aufwachsen, leiden häufiger unter Stress und Erschöpfung und nehmen häufiger die Perspektivlosigkeit der Eltern wahr (vergleiche Lutz 2011). Das Stigma Armut fungiert zudem als psychosozialer Stressor, der in Diskriminierungserfahrungen gipfeln kann. Das beginnt mit dem Inhalt der Frühstücksbbox in der Kita und zieht sich durch die gesamte Schul-, Bildungs- und Freizeitwelt Heranwachsender.

2 Gesundheit Jugendlicher während und nach der Pandemie

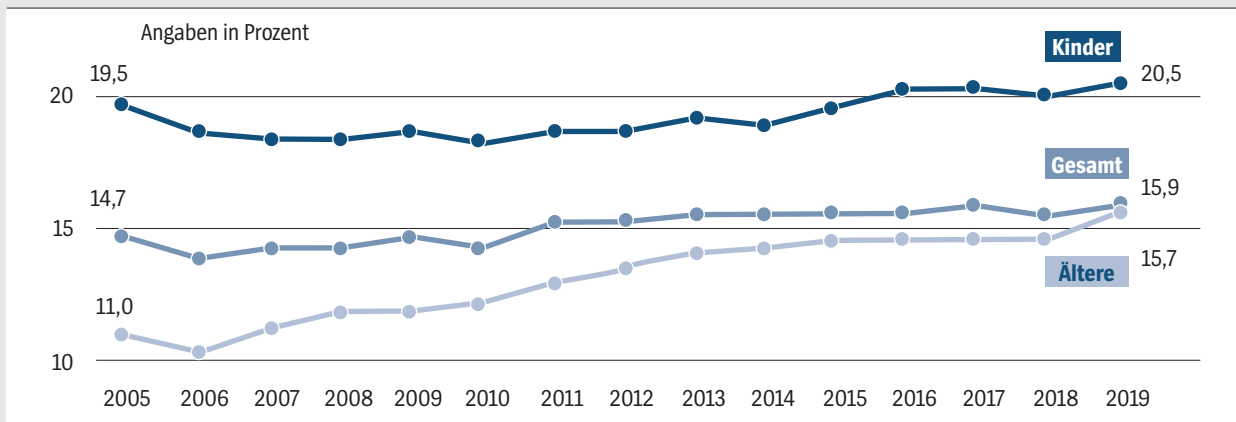
Bereits in ihrer Bilanzierung des 13. Kinder- und Jugendberichts aus dem Jahr 2009, der sich explizit Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention widmet, kommen Liel und Rademaker (2020) rund zehn Jahre nach der Veröffentlichung zu folgendem Fazit: Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe“ zeigt ganz eindeutig, dass das Thema der Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit im Sinne einer gezielten Förderung von Kindern und Jugendlichen in Armutslagen noch immer prioritär ist. Das war vor der Pandemie. Die Autorinnen resümieren, es gelte, die Armutsforschung zu intensivieren und politische Entscheidungen zu treffen, die tatsächlich allen Kindern gleiche Chancen auf Gesundheit ermöglichen. Die aktuelle Debatte um das in der Pandemie expandierende Auseinanderdriften der Gesellschaft verdeutlicht den Zusammenhang von Armut und Gesundheit. Sie legt nahe, die Bedeutung von politischen Entscheidungen für die Gesundheit junger Menschen verstärkt in den Diskurs einzubringen. Schließlich hat sich mit Beginn der Pandemie der Alltag auch für Jugendliche rasant verändert, und die Stimme junger Menschen geriet hinter Fragen des Gesundheitsschutzes der Gesellschaft und der Aufrechterhaltung verschiedener Systeme, wie Wirtschaft und Gesundheit, in den Hintergrund. Junge Menschen haben sich lange nur noch als Schülerinnen und Schüler wahrgenommen gefühlt (Andresen et al. 2020).

Doch nicht nur die eigenen Bewältigungsressourcen, sondern auch psychosoziale Belastungen, Existenzsorgen, ein sehr viel häufigeres Zusammentreffen von Familienmitglie-

ABBILDUNG 1

Entwicklung der relativen Einkommensarmut von Kindern und Älteren in Deutschland, 2005–2019

Anteil von Kindern unter 18 Jahren und Personen ab 65 Jahren mit einem Äquivalenzeinkommen unter der Armutsgrenze



In allen drei untersuchten Gruppen ist der Prozentsatz der Einkommensarmen in den vergangenen Jahren gestiegen. Die Kinderarmut lag 2005 noch deutlich unter, 2019 bereits deutlich über 20 Prozent. Am stärksten wuchs der Prozentsatz der einkommensarmen Älteren.

dern, mangelnde Rückzugsorte etc. folgen einem sozialen Gradienten. Der Zugang zu Ressourcen wie Bildung und Teilhabe, Erholung, Bewegung und Freizeit bleibt vielen Jugendlichen qua Sozialstatus oder mangelnden Möglichkeiten im Sozialraum nicht nur in der Pandemie verwehrt (Rademaker 2020a). Bereits in der ersten Welle fühlten sich Kinder und Jugendliche vor allem durch das Homeschooling angestrengt (64,4 Prozent), dadurch, dass sie weniger Kontakt zu ihren Freunden hatten (82,8 Prozent) und es häufiger Streit in der Familie gab (27,6 Prozent) (Ravens-Sieberer et al. 2021). Die mit der Pandemie einhergehenden Zeiten sozialer Isolation nehmen Einfluss auf eine Gruppe von Menschen, die ihren Platz in der Gesellschaft noch nicht gefunden hat beziehungsweise in der Findungsphase eines solchen steckt. Die Schließungen von Jugendtreffs, Bildungs- und Berufsförderung, Freizeit, Erlebnispädagogik oder öffentlichen Plätzen bedeutete für junge Menschen den Wegfall von Orten, an denen im Alltag Perspektiven entwickelt werden, wobei dort auch Wohlbefinden und biopsychosoziale Gesundheit gefördert werden.

Im Vergleich erster Erhebungen in der Pandemie gaben 30,9 Prozent der 12- bis 17-jährigen Befragten ($n = 482$) an, psychisch beispielsweise an Verhaltensproblemen, Hyperaktivität, Konflikten mit Gleichaltrigen und emotionalen Problemen zu leiden (Ravens-Sieberer et al. 2021). Vor der Pandemie lag dieser Anteil noch bei 17,6 Prozent ($n = 273$). Salutogenetisch gesprochen, reduzierten sich insbesondere sozial verfügbare Bewältigungsressourcen bei gleichzeitig steigenden Risikofaktoren für das Aufwachsen. Ein Ungleichgewicht mit

Auswirkungen auf die Gesundheit ist quasi vorprogrammiert. Dass dies auch sozial bedingte gesundheitsbezogene Ungleichheit verschärft, kann kaum verwundern, betrachtet man den engen Zusammenhang zwischen Armut, Bildung und Gesundheit wie in Abschnitt 1 skizziert.

Gesundheit ist jedoch ein wesentlicher Bestandteil jugendlicher Lebenswelt. Zu bewältigende Entwicklungsaufgaben wie die Herausbildung einer (Geschlechter-)Identität und einer Work-Life-Balance stehen in heute nicht linear verlaufenden Biografien, etwa beim Übergang von der Schule in den Beruf und bei der Entwicklung von Zukunftsperspektiven, in einem Wechselspiel mit einer Vielzahl von die Gesundheit formierenden Bewältigungsanforderungen (Quenzel 2015). Gesundheit ist kein Fehlen von Krankheit, sie ist ein biopsychosoziales Wohlbefinden und ihre Förderung ein Prozess, der alle Menschen zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen soll, um ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen (WHO 1986). Gesundheitsförderung versteht sich salutogen ausgerichtet. Die zentrale Frage ist daher, wie Gesundheit entsteht (salus = gesund; genese = Entstehung) und wie Menschen trotz Risiken und Stressoren gesund bleiben und ihre Gesundheit fördern können (Antonovsky 1997). Sie ist ressourcenorientiert, partizipativ, impliziert einen Empowerment-Ansatz und setzt im unmittelbaren Alltag an – dort, wo die Menschen Gesundheit aufrechterhalten und herstellen. Gesundheitsförderung nimmt den Alltag als Ausgangspunkt, bestimmt die Vorstellungen junger Menschen konsequent als den Mittel-

punkt ihres Handelns und fokussiert neben der Befähigung die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen (Rademaker 2020b).

Diese gesundheitsförderliche Perspektive auf Jugendliche und die zunehmende Kenntnis der Pandemieauswirkungen, wie psychosoziale oder biophysische Probleme (und zwar insbesondere bei sozial benachteiligten Jugendlichen), macht erneut deutlich, dass Ressourcen wie sozialem Rückhalt, persönlichen Kontakten und sozialer Zugehörigkeit eine höhere Bedeutung beigemessen werden muss als bisher. Diese wichtigen Ressourcen zur Gesundheitsförderung sind in der Pandemie in weiten Teilen weggebrochen. Es zeigt sich also, dass Gesundheitsförderung und Prävention einen vertieften Diskurs um die in der Lebenswelt zur Verfügung stehenden Gesundheitschancen benötigen, auch und gerade wenn es darum geht, in der Kommune (Meso-Ebene) oder in der Gesellschaft (Makro-Ebene) Gesundheitsförderung umzusetzen.

3 Jugendliche stärken – Gesundheit im Sozialraum fördern!

Wie oben dargestellt, sind Jugendliche mit ihren spezifischen Entwicklungsaufgaben eine besonders vulnerable Gruppe, die sowohl im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention als auch in der Pandemie eine häufig übersehene Zielgruppe bildet. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie Jugendliche sich systematisch in Planungsprozesse integrieren lassen und ihre Gesundheit systematisch gefördert werden kann.

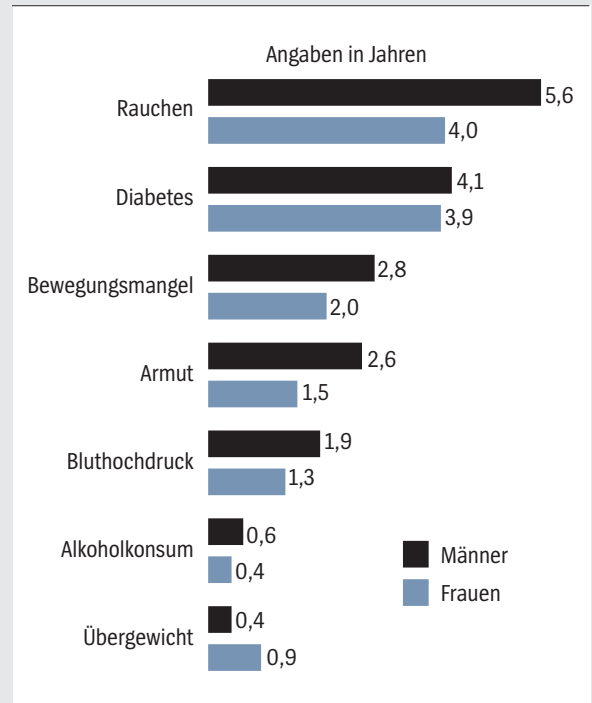
Dabei ist die Betrachtung der subjektiven Vorstellungen von Gesundheit ebenfalls im Hinblick auf die Ausbildung eines gesunden Lebensstils von Bedeutung. Um der Entstehung von Krankheiten entgegenzuwirken und eine Förderung der Gesundheit zu erreichen, ist neben der Schaffung der Rahmenbedingungen auch die Beeinflussung von gesundheitsrelevantem Verhalten als wichtiges Ziel zu nennen. In diesem Zusammenhang ist zwischen Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln zu unterscheiden. Unter Gesundheitsverhalten ist das Verhalten von gesunden Menschen zu verstehen, welches dazu beiträgt, dass die Entstehung von Krankheiten vermieden wird und Gesundheit erhalten bleibt. Welches Verhalten als Gesundheitsverhalten einzuordnen ist, wird hierbei durch Fachleute auf Grundlage ihrer medizinischen Expertise festgelegt (Faltermajer 2017).

Demgegenüber steht das Gesundheitshandeln als sozialwissenschaftliches Konstrukt mit deutlicher Subjektorientierung. Zum Gesundheitshandeln zählen Verhaltensweisen, die vom Individuum selbst als wichtig und einflussreich

ABBILDUNG 2

Armut ist gefährlicher als Adipositas und Bluthochdruck

Verkürzung der Lebensdauer durch ausgewählte Faktoren



Nicht nur Krankheiten verkürzen die Lebensdauer, auch soziale Faktoren können sie verringern. Armut rangiert mit 2,6 Jahren bei Männern und 1,5 Jahren bei Frauen noch vor Bluthochdruck, Alkohol und Übergewicht.

Quelle: Lifepath Consortium; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

für die Erhaltung der Gesundheit bewertet werden (Faltermajer 2017, 2020). Das Gesundheitshandeln wird somit nicht durch das Wissen von Fachleuten begründet, sondern beruht auf der subjektiven Sicht, welche wiederum durch die Einbettung in einen sozialen Kontext mitgeprägt wird. Gesundheitshandeln wird demnach auch durch den sozialen Kontext einer Person mitbestimmt (Faltermajer 2020). Die große Bedeutung des sozialen Kontextes für das Gesundheitshandeln verstärkt die Notwendigkeit, die Lebenswelten, in denen Jugendliche sich aufhalten, so zu gestalten, dass gesundheitsförderliches Handeln die attraktivere und in der Peergroup stärker akzeptierte Option darstellt. Das Motto für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten muss daher dem Grundsatz der WHO entsprechen: „Make the healthy choice the easier choice“ (WHO 1986). Dazu eignet sich der sogenannte Setting-Ansatz in besonderem Maße. Das Setting wird beschrieben als „ein Sozialzusammenhang, in dem Menschen sich in ihrem

Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat“ (Rosenbrock und Hartung 2015). Der Setting-Ansatz fokussiert die Lebenswelt von Menschen und damit die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren (GKV-Spitzenverband 2018; Rosenbrock und Hartung 2015).

Neben den häufig adressierten Settings der Gesundheitsförderung und Prävention wie Kitas und Schulen werden auch Quartiere oder ganze Kommunen als Setting verstanden und dem Setting-Ansatz zugeordnet. Dieser adressiert Veränderungen auf Verhaltens- und Verhältnisebene, soll die Adressaten beteiligen und in Bezug auf ihre gesundheitsbezogenen Kompetenzen befähigen und darüber hinaus gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen schaffen (Böhme und Stender 2015). Hierfür bietet insbesondere die kommunale Gesundheitsförderung einen erfolgversprechenden Rahmen. Mit ihr können auch vulnerable Zielgruppen erreicht und Zugangshürden abgebaut werden. Als Dach-Setting bietet die Kommune in ihrer Funktion als Verwaltungseinheit mit vielfältigen Verantwortlichkeiten und Finanz- und Planungszuständigkeiten bezüglich der Entwicklung gesundheitsförderlicher Strategien viele Chancen (Quilling und Kruse 2019).

Wichtig ist dabei, dass Gesundheitsförderung systematisch und im Sinne des Health-in-All-Policies-Ansatzes (Hi-AP) (siehe auch Analyse 1 und 2) verstanden und umgesetzt wird (Quilling et al. 2020a; Quilling et al. 2020b). Die kommunale Gesundheitsförderung sollte dabei zentral koordiniert werden und alle relevanten Akteure in der Kommune mit einbeziehen. So sollten neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) systematisch beispielsweise Akteure aus den Bereichen der Jugendhilfe und Stadtplanung eingebunden werden (Quilling et al. 2021).

Spezielle Angebote für Jugendliche sollten sowohl im Bildungssystem als auch im Bereich der Jugendhilfe, beispielsweise in Jugendzentren, fest verankert werden (Rademaker 2020b). Neben zahlreichen Programmen der Krankenkassen sind hier vor allem übergreifende Programme wie Bildung und Gesundheit oder die Jugendaktion GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu nennen. Dabei erscheint es zentral, die Jugendlichen weder bevormundend noch aus einer defizitären Perspektive zu betrachten, sondern im Sinne eines ressourcen-orientierten Ansatzes befähigend zu agieren und dabei nicht nur den einzelnen Jugendlichen, sondern ganze Gemeinschaften im Sinne einer *community resilience* in den Blick zu nehmen (Herriger 2010). Die Aufgabe besteht also eher darin, die stadtteiligen Netzwerke der Jugendlichen zu stärken und in ihrer Eigendynamik zu stimulieren, um hieraus Strukturen aufzubauen, in denen partizipiert werden kann, als darin, die Planung dieser Netzwerke allein auf der administrativen Ebene anzusiedeln.

4 Rahmenbedingungen für den Aufbau präventiver Netzwerkstrukturen

Wie kann nun gesundheitlicher Chancengleichheit im Kontext von präventiven Ansätzen begegnet werden? Welche Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, um konkrete Maßnahmen zielgerichtet in die Umsetzung bringen zu können? Klar ist, dass durch die sozialräumlich verdichteten Einflüsse von sozialökonomischen Lagen, kulturellen Hintergründen, Bildungsständen etc. präventive Ansätze der Gesundheitsförderung und der Vermittlung von Gesundheitskompetenz immer auch sozialraumspezifisch ausgerichtet sein müssen. Dies liegt schon allein darin begründet, dass sich gesundheitliches Verhalten sowie gesundheitliche Problemlagen analog zur eingangs genannten sozialräumlichen Segregation von Stadtgebieten verteilen. Homogene Einflussfaktoren bringen infolgedessen gleichgerichtete Herausforderungen in den Sozialräumen mit sich. Kinder und Jugendliche müssen – gemeinsam mit ihren Familien und Bezugspersonen – in ihren Lebenswelten erreicht werden beziehungsweise in die Richtung von Präventionsangeboten gelotst werden, damit dort Bedarfe erkannt werden. Hierfür braucht es integrierte Netzwerkstrukturen, die vor Ort wirksam werden.

Zukünftig sollte den Akteuren der Jugendhilfe eine ähnlich wichtige Rolle bei den Zugangswegen zukommen, wie dies zum Teil für Bildungseinrichtungen schon etabliert ist (Türöffnerfunktion). Auch die Rolle der gesundheitsversorgenden Institutionen ist längst nicht mehr auf kurative Maßnahmen beschränkt. Vielmehr kommt ihnen im Bereich der Früherkennung von zum Beispiel sozial bedingten Entwicklungseinflüssen, psychischen Belastungsfaktoren etc. eine essenzielle Rolle in der Prävention zu. Hier gibt es Potenzial, das bislang in Präventionsnetzwerken noch nahezu unberücksichtigt ist.

Doch wie können der Aufbau und die Koordinierung von Netzwerken in Akteurskonstellationen über Sozialgesetzbuchgrenzen hinweg gelingen? Die Expertise für die Frage, in welchen Sozialräumen sich welche spezifischen Herausforderungen stellen, liegt auf Basis der Sozial- beziehungsweise Gesundheitsberichterstattung in besonderem Maße bei den Kommunen. Insofern ist für die Koordination von Netzwerken zur Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche – im Sinne einer sozillagenbezogenen gesundheitlichen Daseinsfürsorge – der Öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst explizit gefordert. Entsprechende Netzwerke erschöpfen sich dabei nicht in einer Flut unzusammenhängender Einzelprojekte, sondern erfordern eine flächendeckende und regelbasierte Herangehensweise in der regionalen, sozialräumlich ausgerichteten Angebotsentwicklung.

Das 2015 zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention verabschiedete Präventionsgesetz unterstützt finanziell, strukturell und qualitativ und zielt auf die Verbesserung von Vernetzung und Koordination der Akteure im Feld. Wie die jährliche Präventionsberichterstattung des GKV-Spitzenverbandes zeigt, werden weiterhin zahlreiche Einzelmaßnahmen und Programme der verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen umgesetzt (Altgeld et al. 2021). Ein großes Potenzial liegt Einschätzungen diverser Fachleute zufolge in der Intensivierung und dem Ausbau gemeinsamer und koordinierter lebensweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention (*ebenda*). Dementsprechend könnte der Leitfaden Prävention zur Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention überarbeitet und stärker als steuerndes Instrument genutzt werden. Die Kommune sollte sich als essenzieller Anknüpfungspunkt lebensweltbezogener Gesundheitsförderung wiederfinden und der ÖGD als koordinierender Akteur gestärkt werden, der gemeinsam mit den anderen Disziplinen und Akteuren aus den Bereichen Bildung, Jugendhilfe, Stadtentwicklung etc. – im Sinne des HiAP-Ansatzes – kommunale Gesundheitsförderung steuert und damit gesundes Aufwachsen und Altern ermöglicht.

Literatur

- Altgeld T et al. (2021):** Rahmenpapier zur Novellierung des Präventionsgesetzes; [armut-und-gesundheit.de](#)
- Andresen S et al. (2020):** Erfahrungen und Perspektiven von jungen Menschen während der Corona-Maßnahmen. Erste Ergebnisse der bundesweiten Studie JuCo. Hildesheim: Universitätsverlag Hildesheim
- Antonovsky A (1997):** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2010):** Nationales Gesundheitsziel – Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung; [bundesgesundheitsministerium.de](#) → Themen → Gesundheitswesen → Gesundheitsziele
- Böhme C, Stender KP (2015):** Gesundheitsförderung und Gesunde – Soziale Stadt – Kommunalpolitische Perspektive. BZgA Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; [leitbegriffe.bzga.de](#) → Alphabetisches Verzeichnis → Gesundheitsförderung und Gesunde – Soziale Stadt – Kommunalpolitische Perspektive
- Bourdieu P (1998):** Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Bourdieu P (2012):** Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt: Suhrkamp
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2012):** Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln
- Faltermaier T (2017):** Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer
- Faltermaier T (2020):** Gesundheitsverhalten – Krankheitsverhalten – Gesundheitshandeln. BZgA Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; [leitbegriffe.bzga.de](#) → Alphabetisches Verzeichnis → Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2018):** Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin
- Grell K, Sutcliffe R, Moebus S, Lemke D (2016):** Untersuchung kleinräumiger Versorgungsdichten mit Kinderarztpraxen im Zusammenhang mit stadtteilbezogenen demographischen und sozioökonomischen Faktoren am Beispiel einer Ruhrgebietsstadt. Das Gesundheitswesen, Jg. 78, Heft 8–9, A115
- Herriger N (2010):** Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer
- IGES Institut GmbH (2017):** Gutachten zur Erhebung der Versorgungssituation im Ruhrgebiet. Berlin
- Lampert T, Kuntz B (2019):** Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 62, Heft 10, 1263–1274
- Liel K, Rademaker AL (Hrsg.) (2020):** Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe? Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag
- Lutz R (2011):** Verwundbarkeit und Erschöpfung von Kindern und Familien. Soziale Arbeit, Jg. 60, Heft 10–11, 397–404
- Quenzel G (2015):** Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Quilling E et al. (2020a):** Municipal Health Promotion as Part of Urban Health – A Policy Framework for Action. Sustainability, Vol. 12, No. 16, 6685; [mdpi.com](#) → Journals → Sustainability → Journal Browser: Vol. 12, Iss. 16
- Quilling E et al. (2020b):** Models of Intersectoral Cooperation in Municipal Health Promotion and Prevention: Findings from a Scoping Review. Sustainability, Vol. 12, No. 16, 6544; [mdpi.com](#) → Journals → Sustainability → Journal Browser: Vol. 12, Iss. 16
- Quilling E et al. (2021):** Koordination kommunaler Gesundheitsförderung. Entwicklung eines Aufgaben- und Kompetenzprofils. Ergebnisbericht. Berlin: GKV-Spitzenverband
- Quilling E, Kruse S (2019):** Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. In: Liel K, Rademaker AL (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe? Weinheim: Beltz Verlagsgruppe, 199–211
- Rademaker AL (2020a):** Resilienzförderung junger Menschen in Zeiten der Corona-Krise. Klinische Sozialarbeit, Jg. 16, Heft 4, 15–16
- Rademaker AL (2020b):** Gesundheitsförderung: ein fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Liel K, Rademaker AL (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe? Weinheim: Beltz Juventa Verlag, 184–198
- Ravens-Sieberer U et al. (2020):** Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic – Results of the COPSY Study. Deutsches Ärzteblatt International, Vol. 117, No. 48, 828–829

Ravens-Sieberer U et al. (2021): Impact of the COVID-19 Pandemic on Quality of Life and Mental Health in Children and Adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry. Original contribution 25 January 2021

Rosenbrock R, Hartung S (2015): Settingansatz/Lebensweltansatz. BZgA Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; leitbegriffe.bzga.de → alphabetisches-verzeichnis → settingansatz-lebensweltansatz/

Statistisches Bundesamt (2021): Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland; bpb.de → Shop → Bücher → Zeitbilder → Datenreport 2021

WHO (World Health Organization) (1986): Health Promotion Action Means. The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa; who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference/actions

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 8. Dezember 2021)

DIE AUTOREN



Prof. Dr. Eike Quilling,

Jahrgang 1972, ist Diplom-Erziehungswissenschaftlerin und Gesundheitspädagogin am Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Ihre Lehr- und Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der lebensweltbezogenen und partizipativen Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter sowie der Kommunalen Gesundheitsförderung unter besonderer Perspektive auf Aspekte der Interprofessionalität. Seit November 2020 ist sie zudem Vizepräsidentin für Forschung und Transfer an der Hochschule Gesundheit.



Prof. Dr. Anna Lena Rademaker, M.A. Soziale Arbeit,

Jahrgang 1984, ist Sozialarbeiterin und Professorin für das Lehrgebiet Soziale Arbeit im Gesundheitswesen am Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Bielefeld. Sie ist Sprecherin der Fachgruppe „Gesundheitsförderung und Prävention“ der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) und leitet die Redaktion der Zeitschrift für Klinische Sozialarbeit. Ihre Lehr- und Forschungsschwerpunkte sind lebensweltbezogene Gesundheitsförderung (insbesondere in der Kinder- und Jugendhilfe), Interprofessionalität, Klinische Sozialarbeit und qualitative sowie partizipative Methoden der Sozialforschung.



Philipp Schäfer, M.A.,

Jahrgang 1985, ist Erzieher und hat Soziale Arbeit (B.A.) sowie Empowerment Studies (M.A.) studiert. In Lehre und Forschung beschäftigt er sich mit Armut und sozialer Ungleichheit, dem Professionsdiskurs Sozialer Arbeit, Empowerment sowie mit qualitativen Forschungsmethoden. Zudem promoviert er zu den Themen Diskriminierung aufgrund sozialer Herkunft sowie Normativität im Kontext sozialer Arbeit. Zurzeit arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule für Gesundheit in Bochum.



Dörte Kaczmarczyk, M.Sc.,

Jahrgang 1980, ist Physiotherapeutin und hat Gesundheits- und Pflegemanagement an der Evangelischen Hochschule RWL in Bochum und Evidence-based Health Care an der Hochschule für Gesundheit in Bochum studiert. Aktuell arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Gesundheit in einem Forschungsprojekt im Bereich der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen und an der Evangelischen Hochschule RWL im Masterstudiengang Management in sozialwirtschaftlichen und diakonischen Organisationen.



Corinna Schaffert, M.A.,

Jahrgang 1984, ist Gesundheitsökonomin und Projektmanagerin bei der MedEcon Ruhr GmbH, der Geschäftsstelle des Gesundheitsnetzwerks an der Ruhr. Im Themenbereich Managed Care/Neue Versorgungsformen beschäftigt sie sich mit sozialräumlichen Versorgungsbedarfen in Ballungsräumen sowie interprofessionellen Versorgungsmodellen (unter anderem mit einem Schwerpunkt auf Kindern, Jugendlichen und ihren Familien).

Ultraschalldiagnostik zur Früherkennung von Eierstockkrebs

von Anja Debrodt*

Nach Angaben des Zentrums für Krebsregisterdaten erkrankten im Jahr 2017 7.292 Frauen neu an Eierstockkrebs, 5.373 starben daran. Die Erkrankungs- und Sterberaten sind zwar rückläufig, doch da die Tumoren oft erst spät entdeckt werden, sind die Überlebenschancen relativ schlecht. Etwa eine von 75 Frauen erkrankt im Laufe ihres Lebens an Eierstockkrebs. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 68 Jahren.

1 Was ist das Problem?

Da Eierstockkrebs sich oft unbemerkt entwickelt, erscheinen regelmäßige Ultraschalluntersuchungen zur Früherkennung auf den ersten Blick sinnvoll. Die gesetzliche Krankenversicherung zahlt im Rahmen der gynäkologischen Vorsorge eine Tastuntersuchung der Gebärmutter und ihrer Anhangsgebilde, bei Hinweisen auf eine Erkrankung zusätzlich einen vaginalen Ultraschall. Ultraschalluntersuchungen zur Früherkennung von Eierstockkrebs werden trotz fehlender Evidenz auch häufig in Frauenarztpraxen als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten.

2 Wie wurde untersucht?

Die multizentrische randomisierte kontrollierte Studie schloss zwischen April 2001 und September 2005 insgesamt 202.638 postmenopausale Frauen zwischen 50 und 74 Jahren aus 13 Zentren des Staatlichen Gesundheitsdienstes in England, Wales und Nordirland ein. Je ein Viertel von ihnen erhielt das Angebot einer jährlichen Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke oder einer jährlichen Bestimmung des Tumormarkers CA-125 sowie einer Ultraschalluntersuchung im Fall erhöhter Werte. Die andere Hälfte erhielt kein Screeningangebot.

3 Was ist herausgekommen?

Nach einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 16,3 Jahren lag bei 2.055 Frauen eine Eierstock- oder Eileiterkrebs-Diagnose vor. Auf die Gruppe ohne Screening (n = 101.314) entfielen 1.016 (1,0 Prozent), auf die Ultraschall-Gruppe (USS) (n = 50.623) 517 (1,0 Prozent) und auf die Gruppe mit dem multimodalen Behandlungsprogramm (MMS) (n = 50.625) 522 Fälle (1,0 Prozent). Insgesamt war der Anteil der im frühen Stadium I und II gefundenen Karzinome in der MMS-Gruppe im Vergleich zur Gruppe ohne Screening um 39,2 Prozent höher und der Anteil der Stadien III und IV um 10,2 Prozent niedriger. Die Mortalität betrug in allen drei Gruppen 0,6 Prozent. Die höhere Früherkennungsrate in der MMS-Gruppe ging nicht mit einer Verbesserung des Überlebens einher.

4 Wie gut ist die Studie?

Wie schon vorhergehende Studien liefert auch diese keinen Hinweis auf den Nutzen einer allgemeinen Früherkennungsuntersuchung auf Eierstockkrebs für Frauen zwischen 50 und 74 Jahren.

Sie gibt allerdings auch keine Antwort darauf, inwieweit sich diagnostische und therapeutische Maßnahmen jeweils auf das Überleben ausgewirkt haben und ob heutige Behandlungsstrategien die Überlebenschancen bei früh detektierten Tumoren möglicherweise verbessern würden.

Die aktuelle Evidenz rechtfertigt nicht den millionenfachen Einsatz der Ultraschalluntersuchung als selbst zu zahlende IGeL-Leistung. Gegen eine solche Früherkennungsstrategie spricht auch die Gefahr falsch positiver Befunde mit den daraus resultierenden negativen Folgen für Körper und Psyche. Es ist daher unverstänlich, dass diese Leistung immer noch regelmäßig und auch jüngeren Frauen, die nicht zur Risikogruppe gehören, angeboten wird.

Quelle: Menon U et al.: Ovarian Cancer Population Screening and Mortality after Long-Term Follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKTOCS): a Randomised Controlled Trial. *The Lancet* 2021; doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00731-5

* Anja Debrodt, Ärztin im Stab Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: anja.debrodt@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Es gibt diverse histologische Typen des Ovarialkarzinoms, die sich in vielfältiger Hinsicht unterscheiden. Ein tumormarkergetriggelter Algorithmus, wie er in dieser Studie verwendet wurde, kann nie alle Typen identifizieren. Eine weitere Limitation ist die fehlende Information über die Qualität der Operation. Auch aufgrund von Unterschieden in der chirurgischen Versorgungsqualität sollte man die Ergebnisse nicht unkritisch auf andere Länder übertragen. Es ist leider das Manko solcher Studien, dass das wachsende Verständnis und Wissen ihre Konzeption überholen kann. Dennoch sollte uns diese Studie nicht entmutigen, weitere Screening- und Früherkennungsstudien zu konzipieren, die modernere multifunktionale Methoden einschließen sollten.

Prof. Dr. Jalid Sehoui,
Direktor der Klinik für Gynäkologie
mit Zentrum für onkologische
Chirurgie der Charité – Universitätsmedizin Berlin



KÖPFE

Dr. Nils Strodt Hoff ist auf die Professur für „eHealth: Interpretier- und erklärbare Lernalgorithmen“ am Department für Versorgungsforschung der Fakultät Medizin und Gesundheitswissenschaften an der Universität Oldenburg berufen worden. Nach seinem Physikstudium in Göttingen, London und Darmstadt forschte Strodt Hoff an der Universität Heidelberg und am Lawrence Berkeley National Laboratory in Kalifornien. Zuletzt leitete er die Arbeitsgruppe für Angewandtes Maschinelles Lernen am Fraunhofer Heinrich-Hertz-Institut in Berlin.

Prof. Dr. Maria Leptin hat für vier Jahre die Präsidenschaft des Europäischen Forschungsrats (ERC) inne. Der ERC ist eine von der Europäischen Kommission eingerichtete wissenschaftsgeleitete Institution, die unter anderem die ERC-Grants zur Förderung von exzellenten Forschenden vergibt. Leptin studierte Mathematik und Biologie in Bonn und Heidelberg.

Nach Stationen in Basel und Cambridge arbeitete sie ab 1989 am Max-Planck-Institut für Entwicklungsbiologie in Tübingen, zuletzt als Gruppenleiterin. Seit 1994 ist sie Professorin am Institut für Genetik an der Universität Köln.

Prof. Dr. Markus Neumann hat den neu eingerichteten Lehrstuhl für Neurologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg übernommen. Neumann studierte Humanmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen Nürnberg. Seit 1994 ist er Facharzt für Neurologie, 2003 folgte die Anerkennung Spezielle Neurologische Intensivmedizin. Nach Stationen am Universitätsklinikum Würzburg ist Neumann seit 2004 Chefarzt der Klinik für Neurologie und Neurophysiologie am Universitätsklinikum Augsburg.

Prof. Dr. Özlem Türeci, Medizinischer Vorstand und Mitgründerin der BioNTech AG, hat den Ruf

auf die Professur für „Personalisierte Immuntherapie“ an der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und dem Helmholtz-Institut „HI-TRON Mainz“ angenommen. Türeci, die an der Universität des Saarlandes Medizin studierte, lehrte seit 2002 als Privatdozentin an der Universitätsmedizin Mainz.

Dr. Julia Leinweber hat die Professur für Hebammenwissenschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin übernommen. Die ausgebildete Hebamme studierte zunächst berufsbegleitend Hebammenwissenschaft an der Glasgow Caledonian University und anschließend ab 2006 Public Health in Melbourne/Australien. Nach Lehrtätigkeiten an verschiedenen australischen Hochschulen übernahm sie 2016 die Professur für Hebammenwissenschaft an der Evangelischen Hochschule Berlin und lehrte außerdem an der Medizinischen Hochschule Hannover.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
65. Deutscher Kongress für Endokrinologie, gemeinsam mit der Jahrestagung des Dachverbandes Osteologie e. V.	Osteologie, Endokrinologie, Stoffwechsellmedizin und Diabetologie	17.–19.3.2022, Baden-Baden und online	Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie, c/o EndoScience Service GmbH, Hopfengartenweg 19, 90518 Altdorf	dge2022.de > Registrierung
Deutscher Schmerz- und Palliativtag 2022 „Individualisierung statt Standardisierung“	Cannabinoide, Schmerztherapie bei Kindern, Selbstbestimmung am Lebensende	22.–26.3.2022, online	Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. Lennéstraße 9 10785 Berlin	dgschmerzmedizin.de > Kongresse > Deutscher Schmerz- und Palliativtag > Anmeldung Telefon: 06182 9466625
62. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM)	Mobiles Arbeiten, Möglichkeiten und Grenzen der Epidemiologie, Infektionskrankheiten	23.–26.3.2022, München oder online	DGAUM e. V. Schwanthalerstraße 73 b 80336 München	dgaum.de > Termine > Jahrestagung > Anmeldung E-Mail: oeffner@rg-web.de Telefon: 089 89899480
14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) „Ökonomik der Pandemie“	Corona und das deutsche Gesundheitssystem, Impfstrategien, Digitalisierung	28.–29.3.2022, Hamburg oder online	dggö – Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e. V. Berliner Platz 6–8 45127 Essen	dggoe.de/konferenzen/2022 > Registrieren E-Mail: geschaeftsstelle@dggoe.de, Telefon: 0201 1834622
88. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie „Neue Räume für kardiovaskuläre Gesundheit“	Prävention, Digitalisierung, neue ESC-Leitlinien, kardiovaskuläre Medizin im Wandel	20.–23.4.2022, München	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie e. V. Grafenberger Allee 100 40237 Düsseldorf	https://jt2022.dgk.org E-Mail: daniela.ruckriegel@mcon-mannheim.de Telefon: 0621 4106137
128. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)	Digitalisierung, ethische Grenzen ärztlichen Handelns, Grenzen des klinisch Möglichen	1.–3.12.2021, Hybrid-Veranstaltung: Wiesbaden und online	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin Irenenstraße 1 65189 Wiesbaden	https://kongress.dgim.de/ > Registrierung; E-Mail: dgim.registrierung@mcon-mannheim.de Telefon: 0621 4106170

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber. Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aok-bv.de → Datenschutz

22-0009

G+G Wissenschaft (GGW)

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure: Ines Körver (KomPart), Prof. Dr. Klaus Jacobs (WIdO), Dr. Miriam Räker (WIdO)
Redaktionsmitglieder: Dr. Silke Heller-Jung (KomPart), Annegret Himrich (KomPart), **Creative Director:** Sybilla Weidinger (KomPart), **Grafik:** Geertje Steglich

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@komp.art.de