



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

September 2022, 22. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Anja Schulz*, Pädagogische Hochschule Freiburg 2

Drei Fragen an

Annekatriin Hoppe, Professur für Occupational Health Psychology,
Humboldt-Universität zu Berlin 3

Buchtipps

von *Hürrem Tezcan-Güntekin*, Professur für interprofessionelle
Handlungsansätze, Alice Salomon Hochschule Berlin 4

WIDO

Onkologische Zentren

Niedrigere Sterblichkeit bei Krebspatienten..... 5

Arzneimittel

Neue ATC-Klassifikation 2022 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Krisen

Eingebettete Krisen: Bedrohung und Gelegenheit

Oliver Ibert, Leibniz-Institut für Raumbezogene Sozialforschung,
Erkner, und *Tjorven Harmsen*, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg ... 7

Gesundheitssystem zwischen Krise und Integration:

Lehren aus 30 Jahren Fluchtmigration

Kayvan Bozorgmehr, *Louise Biddle* und *Nora Gottlieb*,
Universität Bielefeld 15

Resilienz im Gesundheitssystem durch Innovation und staatliches Handeln

Annka Liepold, acatech – Deutsche Akademie der
Technikwissenschaften, München 27

STUDIE IM FOKUS

Darmkrebs während der Corona-Pandemie:
weniger, aber gravierendere Diagnosen..... 35

SERVICE

Köpfe, Kongresse und Kontakte 36

Liebe Leserinnen und Leser,

Ende August machte die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung mit einem ungewöhnlichen Bild auf. Zu sehen waren ein Thermostat, ein roter Waschlapen und Rundstricknadeln, die in einem gelben Wollknäuel steckten. Es ging – Sie ahnen es – um die Energiekrise, die wir diesen Winter überstehen müssen. Den eigentlichen Artikel musste man gar nicht erst lesen; worum es ging, war sofort klar. Krisen prägen zunehmend unseren Alltag, ob Erd-erwärmung, Artensterben, Pandemien, bewaffnete Konflikte oder eben fehlende Energie. Wir entgehen Debatten darüber weder in den (sozialen) Medien noch in Gesprächen mit Freunden und Bekannten. Doch was macht eine Krise zur Krise? Ist jedes akute Problem gleich eine Krise? Oder ist eine Krise nur dann eine, wenn eine Gruppe von Menschen sie aus irgendwelchen Gründen als solche betrachtet, sonst aber nicht?

Da die Diskussion über Krisen auch das Gesundheitswesen längst erreicht hat, haben wir **Oliver Ibert** und **Tjorven Harmsen** gebeten, uns eine Definition zu liefern und sie auf das Gesundheitswesen und die dortigen Probleme zu übertragen. Zu diesen gehört mit Sicherheit auch die Fluchtmigration. Einen speziellen Fokus darauf legen in einer weiteren Analyse **Kayvan Bozorgmehr**, **Louise Biddle** und **Nora Gottlieb**. Sie zeigen, wie unterschiedlich Menschen mit ähnlichen Migrationsmotiven bei uns in Deutschland behandelt werden – teilweise auch noch von Bundesland zu Bundesland verschieden. Die Autoren plädieren, nicht nur im Namen der Flüchtenden, für mehr Integration. Zu guter Letzt präsentiert **Annka Liepold** gewissermaßen eine Antwort auf Krisen. Sie rät zum bewussten Aufbau und Einsatz von Resilienz. Diese verhindert Krisen natürlich nicht, doch lässt es sich bei kluger Vorbereitung zumindest professioneller mit ihnen umgehen.

Viel Spaß beim Lesen wünscht
Ihre GGW-Redaktion

Forschungsförderung

Chronische Erschöpfung nach Infektionen

Ein interdisziplinärer Zusammenschluss unter Leitung der Charité – Universitätsmedizin Berlin forscht auf molekularer Ebene nach den Ursachen des postinfektiösen Erschöpfungssyndroms, dessen Symptome auch im Zusammenhang mit Long Covid auftreten. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert die Arbeiten in den kommenden drei Jahren mit rund zwei Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:

idw-online.de/de/news800248

Green Hospital

Mehr Nachhaltigkeit in Kliniken

Im Rahmen des Projekts „Green Hospital Plus“ am Zentrum für Klimaresilienz der Universität Augsburg sollen praxisbezogene Indikatoren entwickelt werden, um die Nachhaltigkeit von Gesundheitseinrichtungen zu messen und zu bewerten. Der Freistaat Bayern fördert das auf drei Jahre angelegte Projekt mit 1,8 Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:

stmgp.bayern.de > **Gesundheitsversorgung** > **Krankenhäuser** > **Green Hospital Plus Initiative**

Versorgungsforschung

Innovationsausschuss sucht neue Förderthemen

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss bittet im Rahmen des Konsultationsverfahrens Akteure im Gesundheitswesen um Vorschläge für Themen und Kriterien für das Förderjahr 2023. Diese können bis zum 21. Oktober 2022 eingereicht werden und dienen als Grundlage für die späteren Förderbekanntmachungen. ■

Mehr Informationen:

innovationsfonds.g-ba.de > **Förderbekanntmachungen** > **Konsultationsverfahren**

ZEITSCHRIFTENSCHAU



Von

Dr. Anja Schulz,

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Alltagskultur, Bewegung und Gesundheit, Pädagogische Hochschule Freiburg

Adresse:

Kunzenweg 21
79117 Freiburg
Telefon:

0761 682-481

E-Mail: anja.schulz@ph-freiburg.de

Web: ph-freiburg.de/en/abug

Gesundheitskompetenz von Schwangeren

Das mütterliche Verhalten während der Schwangerschaft beeinflusst die eigene und die Gesundheit des Kindes. Eine adäquate Gesundheitskompetenz (GK) von Schwangeren ist daher von großer Bedeutung. Eine Kölner Forschungsgruppe hat in einer systematischen Übersichtsarbeit die Gesundheitskompetenz werdender Mütter und ihren Effekt auf Gesundheitsoutcomes für Mutter und Kind untersucht. Einiges spricht dafür, dass eine adäquate GK mit einem gesundheitsförderlicheren Verhalten und einer informierteren Entscheidungsfindung während der Schwangerschaft assoziiert ist. Um diese Ergebnisse für die Public Health nutzen zu können, bedarf es der Entwicklung psychometrisch validierter Erhebungsinstrumente, um die GK schwangerer Frauen objektiv zu erfassen, und einer darauf aufbauenden Entwicklung und Prüfung von Interventionsmaßnahmen zur individuellen Förderung der GK bei Schwangeren. ■

Int J Environ Res Pub Health 2021;18(7): 3847

Psychische Gesundheit von Kindern

Im Rahmen der nationalen Längsschnittstudie COPSY zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (GLQ) und psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern im Verlauf der Corona-Pandemie wurden insgesamt 2.097 Familien je drei Mal befragt: Mitte und Ende 2020 sowie im Herbst 2021. Bis Ende 2020 verschlechterte sich die

GLQ, psychische Auffälligkeiten wie Angstzustände nahmen zu. Auch nach der Aufhebung der Corona-Maßnahmen im Herbst 2021 verbesserte sich die Situation nur geringfügig. Kinder aus bestimmten Risikogruppen wiesen im Peer-Vergleich ein erhöhtes Risiko für psychische Belastungen auf. Notwendig wären den Autoren zufolge zielgerichtete Interventionsstrategien und niederschwellige Angebote. ■

SSRN 2022. doi:10.2139/ssrn.4024489

Gesundheitskompetentes Gesundheitswesen

Gesundheitsfachkräfte stehen in der Verantwortung, Menschen mit Migrationshintergrund dabei zu unterstützen, gesundheitsbewusste Entscheidungen zu treffen und sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. In Fokusgruppeninterviews mit 31 Fachkräften mit und ohne Migrationshintergrund zeigte sich, dass system- und umweltbezogene Faktoren (wie Zeitmangel oder wirtschaftlicher Druck), situative (etwa die Arbeitsdichte) sowie persönliche Faktoren (wie die Notwendigkeit des Ad-hoc-Dolmetschens für Kollegen) migrationsbedingte Barrieren bei der Vermittlung gesundheitsbezogener Kompetenzen an Zugewanderte weiter verstärken. Die Autoren sehen die Etablierung kultursensibler und gesundheitskompetenter Gesundheitsorganisationen aufgrund der weltpolitischen Entwicklungen und gesellschaftlichen Veränderungen als wichtigen Entwicklungsauftrag an. ■

BMC Health Services Research 2021;21(1):716

Gesundheitsforschung**Klinische Studien für eine bessere Evidenz**

Um den Transfer von Forschungserkenntnissen in die Patientenversorgung zu unterstützen und Evidenzlücken zu schließen, fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung wissenschaftsinitiierte klinische Studien sowie systematische Übersichtsarbeiten mit einer hohen Relevanz für die Patientenversorgung in Deutschland. In einer ersten Verfahrensstufe können bis zum 25. Oktober 2022 Projektskizzen eingereicht werden. ■

Mehr Informationen:

gesundheitsforschung-bmbf.de/de/14731.php

Hochschulen**Zahl der Promovierenden steigt deutlich**

Im Jahr 2021 waren an den Hochschulen in Deutschland 200.300 Personen in einem laufenden Promotionsverfahren; das waren 8.000 Promovierende mehr als im Vorjahr. Etwa ein Viertel (rund 52.000) von ihnen promoviert in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften. In dieser Fächergruppe promovieren in absoluten Zahlen Frauen am häufigsten (rund 31.900). ■

Mehr Informationen:

destatis.de > Presse > Pressemitteilungen > Pressemitteilung Nr. 347

Reproduktionsmedizin**Forschung soll ungewollt Kinderlosen helfen**

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat ein Förderprogramm aufgelegt, um an universitätsmedizinischen Standorten interdisziplinäre Nachwuchszentren für reproduktive Gesundheit zu etablieren. Ziel ist es, die interdisziplinäre Forschung

zu Fragen der reproduktiven Gesundheit auszubauen und neue Behandlungsansätze zu entwickeln. Das Antragsverfahren ist zweistufig; in einem ersten Schritt

sind bis zum 1. Dezember Projektskizzen einzureichen. ■

Mehr Informationen:

gesundheitsforschung-bmbf.de/de/15181.php

DREI FRAGEN AN ...

Forschungsschwerpunkt:
Arbeit und Gesundheit

Jahresatz:
keine Angaben

Zahl und Qualifikation der Mitarbeitenden:

1 Universitätsprofessorin,
1 Postdoktorandin,
5 Doktorandinnen und Doktoranden,
2 Mitarbeitende in Sekretariat und IT,
2 studentische Mitarbeiterinnen

Adresse:

Humboldt-Universität zu Berlin
Institut für Psychologie
Rudower Chaussee 18
12489 Berlin
Telefon: 030 2093-9362
E-Mail: annetarin.hoppe@hu-berlin.de
Web: www.psychologie.hu-berlin.de/de/prof/arbpsy

Digitalisierung beeinflusst Arbeit und Gesundheit

... Prof. Dr. Annetrin Hoppe, Inhaberin der Professur für Occupational Health Psychology an der Humboldt-Universität zu Berlin

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Ich beschäftige mich mit Fragen rund um das Thema Arbeit und Gesundheit. Dabei interessiert mich, wie die zunehmende Digitalisierung unsere Arbeit beeinflusst, welche Stressoren und Ressourcen sich verändern oder wie sich zeit- und ortsflexibles Arbeiten auf die Gesundheit auswirkt. Darüber hinaus entwickle und evaluiere ich gemeinsam mit Kolleginnen aus dem In- und Ausland ressourcenfördernde Interventionen für Beschäftigte – oftmals angeboten über digitale Formate.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Die Forschungslandschaft an der Humboldt-Universität zu Berlin und im Berliner Raum ist so vielfältig, dass interdisziplinäre Forschung auf der Hand liegt. Darüber hinaus verlangen Drittmittelgeber und auch die Förderprogramme der Berlin University Alliance explizit die Kooperation zwischen Disziplinen und mit gesellschaftlichen Akteuren. Somit bilden sich auch interdisziplinäre Netzwerke.

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

Selbstverständlich – warum betreiben wir sonst Forschung? In der Wissenschaft setzen sich Expertinnen und Experten in der Tiefe mit ihrem Spezialthema auseinander und können somit fundierte Ergebnisse ableiten. Diese Ergebnisse gilt es dann in politische Entscheidungen mit einzubeziehen.

In der Pandemie haben wir gelernt, dass die Wissenschaft eine wichtige Basis ist, um informierte und durchdachte politische Entscheidungen zu treffen. Diese Erkenntnis lässt sich meines Erachtens auf alle gesellschaftlichen Bereiche übertragen.

Studium I
**Gesundheitsförderung
 in Lebenswelten**

Zum Wintersemester 2022/23 startet an der Evangelischen Hochschule Darmstadt ein neuer Bachelorstudiengang „Lebensweltorientierte Gesundheitsförderung“. Das auf sechs Semester ausgelegte Studium, das auch zwei Pflichtpraktika umfasst, soll die Absolventen zu Lotsen im Gesundheitssystem ausbilden. Studieninhalte sind unter anderem die personenzentrierte, die betriebliche, die kommunale sowie die bildungszentrierte Gesundheitsförderung. ■

Mehr Informationen:
eh-darmstadt.de > Studiengänge > **Lebensweltorientierte Gesundheitsförderung (B.A.)**

Studium II
**Mehr Sicherheit in der
 Arzneimitteltherapie**

Einen neuen interprofessionellen Masterstudiengang zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) bietet die Universität Bonn in Kooperation mit den Universitäten Heidelberg und Tübingen zum Wintersemester 2022/23 erstmals an. Das vier Semester umfassende Studium ist modular aufgebaut und kann berufsbegleitend absolviert werden. Es richtet sich vor allem an Hochschulabsolventen in den Bereichen Medizin, Pharmazie und Pflege. ■

Mehr Informationen:
uni-bonn.de > Studium > Studienangebot > Studiengänge A-Z > **Weiterbildender Master Arzneimitteltherapiesicherheit**

Studium III
**Masterstudium Digital
 Health Management**

An der Apollon Hochschule der Gesundheitswirtschaft ist zum Sommersemester 2022 ein neuer, berufsbegleitender Masterstudiengang „Digital Health Management“ gestartet. Das Fernstudium soll Angehörige medizinischer oder gesundheitstechnologischer Berufe für die Implementierung digitaler Technologien im Gesundheitswesen qualifizieren. Die Regelstudienzeit liegt wahlweise bei 24 oder 32 Monaten, die Studiengebühren betragen zwischen 7.512 und 9.056 Euro. ■

Mehr Informationen:
apollon-hochschule.de > Fernstudium > **Master Digital Health Management**

BUCHTIPPS

Zum Thema Transnationalität und Gesundheit



Autoren und Titel	Inhalt
<p><i>Helma Lutz, Anna Amelina</i> Gender, Migration, Transnationalisierung Eine intersektionelle Einführung</p>	<p>Dieses Buch setzt die Intersektionen von Geschlechterverhältnissen und Migrationsregimen in einen transnationalen Bezugsrahmen und führt fundiert in intersektionale Perspektiven der Geschlechterdiskurse im Kontext von transnationaler Migration ein. Transnationale Carearbeit, speziell globale Versorgungsketten, transnationale Mutterschaft und das Verhältnis von Migrations-, Gender- und Careregimen werden analysiert und innerhalb des deutschen Pflegesystems kontextualisiert. (<i>Transcript Verlag 2017</i>)</p>
<p><i>Ayelet Gundar-Goshen</i> Löwen wecken</p>	<p>Dieser Roman schildert, wie ein Neurochirurg nach einem Unfall geflüchtete Menschen in einer improvisierten Krankenstation in der Wüste versorgt, um einer Anklage wegen Totschlags zu entgehen. Das Buch ermöglicht einen intensiven, wenn auch fiktiven Einblick in die prekäre Versorgungssituation von Geflüchteten, das medizinische Wirken eines Arztes in zwei Parallelwelten und seinen Ausstieg daraus. (<i>Kein & Aber 2014</i>)</p>
<p><i>Sarina Strumpfen</i> Ältere Pendelmigranten aus der Türkei Alters- und Versorgungserwartungen im Kontext von Migration, Kultur und Religion</p>	<p>In diesem Buch werden Alters- und Versorgungserwartungen älterer Menschen mit einem transnationalen Lebensstil zwischen Deutschland und der Türkei im Rahmen einer qualitativen Studie analysiert, insbesondere der Einfluss des Pendelns auf transnationale, transkulturelle und transreligiöse Aspekte der Versorgungserwartungen. Der qualitative Ansatz ermöglicht differenzierte und spannende Einblicke in transnationale Lebenswelten älterer türkeistämmiger Pendelmigrantinnen und -migranten. (<i>Transcript Verlag 2018</i>)</p>

Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin**, Professorin für interprofessionelle Handlungsansätze mit Schwerpunkt auf qualitativen Forschungsmethoden in Public Health an der Alice Salomon Hochschule Berlin

Alice-Salomon-Platz 5
 12627 Berlin
 Telefon: 030 99245-512
 E-Mail: tezcan@ash-berlin.eu
 Web: ash-berlin.eu

Onkologische Zentren

Niedrigere Sterblichkeit bei Krebspatienten

Die Chance, eine Krebserkrankung zu überleben, steigt deutlich, wenn die Patientinnen und Patienten in einem von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Zentrum behandelt werden. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Studie, für die sowohl Abrechnungsdaten der AOK als auch Daten aus Krebsregistern ausgewertet wurden.

Die groß angelegte Kohortenstudie „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ (WiZen) zeigt auf der Basis von bundesweiten AOK-Abrechnungsdaten und Daten aus vier regionalen klinischen Krebsregistern einen Überlebensvorteil für Patientinnen und Patienten mit Krebs, die in zertifizierten Zentren behandelt werden. Ihre Sterblichkeitsrate lag bei allen untersuchten Krebserkrankungen niedriger als bei Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, die nicht von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert waren. Die Daten wurden in den vergangenen drei Jahren im Rahmen eines Innovationsfonds-Projekts ausgewertet.

Besonders groß war laut der Analyse der Krebsregisterdaten der Überlebensvorteil durch die Behandlung in zertifizierten Zentren bei Gebärmutterhalskrebs (minus 25,9 Prozent Sterblichkeit), Tumorerkrankungen des Nervensystems (minus 15,8 Prozent), Lungenkrebs (minus 15,0 Prozent) und Brustkrebs (minus 11,7 Prozent). Positive Effekte mit statistischer Signifikanz zeigten sich auch für das kolorektale Karzinom, Kopf-Hals-Tumore, Prostatakrebs und die Gruppe der gynäkologischen Tumore. Die niedrigere Sterblichkeit in den zertifizierten Zentren war sowohl in den Krebsregisterdaten als auch in den Krankenkassendaten erkennbar (siehe Abbildung).

Durch die risikoadjustierte Analyse einer bundesweiten Kohorte und durch den Vergleich der Kassendaten mit den Krebsregisterdaten wird nach Einschätzung der beteiligten Partner die Evidenz für den Nutzen der Zentrumsbehandlung erheblich gestärkt. Die Ergebnisse der WiZen-Studie zeigen weiterhin, dass Patientinnen und Patienten mit den niedrigeren Tumorstadien I bis III stär-

ker von der Zentrumsbehandlung profitierten als diejenigen mit dem fortgeschrittenen Stadium IV.

Die WiZen-Studie wurde unter der Leitung des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden und der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden durchgeführt. Beteiligte waren die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V., das Wissenschaftliche Institut der AOK, das Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg sowie das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen Dresden. Die klinischen Krebsregister Regensburg, Dresden, Erfurt und Berlin-Brandenburg haben Daten bereitgestellt. Das Projekt wurde durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert. ■

Mehr Informationen: https://aok-bv.de/presse/termine/index_25319.html



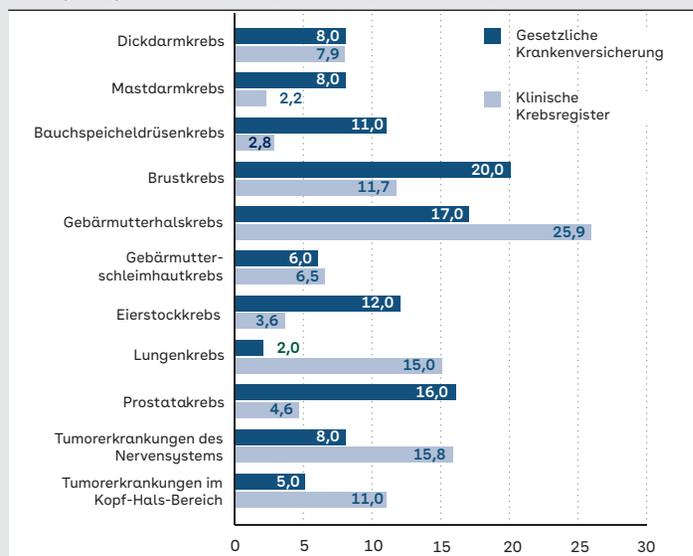
Foto: KompPart/Timo Blöb

Christian Günster ist Mathematiker und leitet den Forschungsbereich Qualitäts- und Versorgungsforschung im Wissenschaftlichen Institut der AOK (Wido).

„Spezialisierung und Konzentration der Krebstherapie in zertifizierten Krebszentren verbessert die Behandlung und bringt den Betroffenen klare Vorteile.“

Überlebensvorteil bei Behandlung in zertifizierten Krebszentren

Verringerung der Sterblichkeit (in Prozent), nach Datenquelle



Quelle: Wido; AOK-Mediendienst

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



Fricke U, Günther J, Niepraschk-von Dollen K, Zawinell A (Hrsg.): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. ATC-Index mit DDD Angaben. Berlin: WIDO 2022, Stand: Mai 2022

Arzneimittel

Neue ATC-Klassifikation 2022

Die neue anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC) mit Tagesdosen (DDD) für den deutschen Arzneimittelmarkt ist im Mai dieses Jahres erschienen. Sie bildet die Grundlage zur Erfassung der Arzneimittelverordnungen in Deutschland und ermöglicht detaillierte Betrachtungen spezifischer therapeutischer Gruppen, wie zum Beispiel Krebstherapeutika.

Im Rahmen des Projekts GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIDO) wird die internationale ATC/DDD-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jedes Jahr an die Besonderheiten der Versorgungssituation in Deutschland angepasst. Sie dient als Vorlage zur Fortschreibung der amtlichen deutschen Fassung der ATC-Klassifikation.

Der ATC-Index für 2022 enthält 7.179 Codes für verschiedene Arzneistoffe und Arzneistoffkombinationen sowie 3.996 festgelegte Tagesdosen. Damit können im Verordnungsjahr 2021 rund 692 Millionen Arzneimittelverordnungen mit einem Gegenwert von 50,2 Milliarden Euro Nettokosten detailliert ausgewertet werden. Mit den Ergänzungen des WIDO für den deutschen Markt können 29 Prozent der Arzneimittelkosten differenzierter dargestellt werden als dies mit der internationalen Klassifikation möglich wäre. Besonders im Bereich der Wirkstoffe bei Krebs- und Immunerkrankungen werden bei-

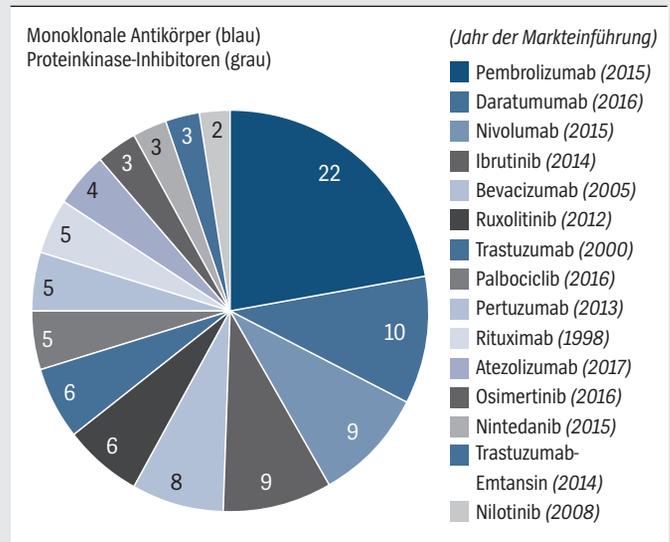
spielsweise Tagesdosen für alle verordneten Arzneimittel vom WIDO festgelegt. Zudem können die Proteinkinase-Inhibitoren und die monoklonalen Antikörper neu strukturiert dargestellt werden. Allein in diesen beiden Gruppen gab es in den letzten zehn Jahren 71 neue Arzneimittel. Die Nettokosten beliefen sich in der ambulanten Versorgung im Jahr 2021 auf 6,8 Milliarden Euro, 15 Prozent mehr als im Jahr zuvor. Dabei sind unter den 15 umsatzstärksten Arzneimitteln dieser beiden Gruppen mit Nettokosten von 5,1 Milliarden Euro zwei Drittel neue Arzneimittel aus den letzten zehn Jahren (siehe Abbildung).

Die ATC-Klassifikation mit Tagesdosen schafft Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt und trägt dazu bei, eine qualitativ hochwertige, therapie- und bedarfsgerechte wie auch wirtschaftliche Arzneimittelversorgung sicherzustellen. Mit der Stammdatei^{plus} stellt das WIDO den Vertragsparteien aus Wissenschaft, Verbänden und Politik die Klassifikation des GKV-Arzneimittelindex monatlich kostenfrei zur Verfügung. ■

Die aktuelle ATC-Klassifikation steht zum Download bereit unter: <https://www.wido.de/publikationen-produkte/arzneimittel-klassifikation/>

Monoklonale Antikörper und Proteinkinase-Inhibitoren

Anteile an den Nettokosten von 5,1 Milliarden Euro im Jahr 2021 (in Prozent gerundet)



Quelle: WIDO

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: 5. QMR-Kongress – Versorgungsqualität gestalten, Berlin 05/22: **Christian Günster:** „Risikoadjustierung im QSR-Verfahren“, **Dr. Elke Jeschke:** „Qualitätsergebnisse in der Endoprothetik“, **Dr. Janine Kröger:** „Qualitätsindikatoren zur transkatheter-Aortenklappenimplantation (TV-TAVI)“

Eingebettete Krisen: Bedrohung und Gelegenheit

von Oliver Ibert¹ und Tjorven Harmsen²

ABSTRACT

Krisen sind Situationen der Bedrohlichkeit, Unsicherheit und Dringlichkeit. Die gegenwärtige Zeit ist nicht nur geprägt von einer zunehmenden Zahl von Krisen, sondern auch durch eine qualitativ neuartige Form, die sich durch soziale, zeitliche und räumliche Entgrenzung auszeichnet. Bei derartig eingebetteten Krisen liegen Auslöser und Ursachen teilweise innerhalb der von Krisen erfassten Systeme, teilweise in deren institutionellem und sozialem Kontext. Akute Lagen entwickeln sich aus Phasen latenten Krisenempfindens. Eingebettete Krisen treten gleichzeitig an verschiedenen Stellen der Gesellschaft auf. Sie sind untereinander verbunden, da sie auf denselben Ursachenkomplex zurückzuführen sind. Resilienz kann nicht mehr allein durch professionelles Krisenmanagement erreicht werden. Vielmehr müssen Krisen als wichtige Gelegenheiten begriffen werden, auch die ihnen zugrunde liegenden strukturellen Probleme zu bearbeiten.

Schlüsselwörter: Krisenforschung, entgrenzte Krisen, Resilienz

Crises are situations of threat, uncertainty and urgency. In present times crises do not only occur in a higher frequency. They also seem to represent a new quality, as they increasingly transgress social and temporal boundaries and geographical borders. In case of such embedded crises, triggers and causes of crisis are distributed in complex ways between the affected system and its social and institutional context. Acute situations emerge from phases of latent crisis experience. Embedded crises affect several parts of society, they are interrelated as they root in the same problematic complex. Resilience, in such a case, can no longer be achieved with professional crisis management alone. Rather, it becomes a requirement to regard crises as opportunities to tackle the underlying structural problems as well.

Keywords: crisis research, transboundary crises, resilience

1 Einleitung: Im Zeitalter der Krisen?

Die Gegenwart kann als eine Zeit der Krisen gelten. Krisen sind allgegenwärtig: Klimakrise, Corona-Krise – und seit dem 24. Februar 2022 erleben wir auch noch die Ukraine-Krise. Angesichts der inflationären Nutzung des Begriffs erscheint der Krisenmodus schon beinahe wie die neue Normalität. Die Bezeichnung „Krise“ wird auf immer mehr Phänomene angewendet und verliert dadurch an semantischer Schärfe. Zugleich erhöht die skizzierte Unübersichtlichkeit der Gegen-

wartsdiagnosen das Bedürfnis nach einer klareren Abgrenzung des Begriffs und einer Definition von Krisenmerkmalen. Im Folgenden soll aus der Krisenmanagementliteratur ein Begriffsverständnis abgeleitet werden, mit dessen Hilfe das Krisenhafte der heutigen Zeit verstanden werden kann, ohne dabei beliebig zu werden. Dafür wird der Begriff der „eingebetteten Krise“ vorgeschlagen. Darauf aufbauend wird die Krise als ein spezifischer Kontext für (politisches) Handeln ausgeleuchtet und es werden Implikationen (nicht nur) für das Gesundheitssystem hergeleitet.

¹ Prof. Dr. rer. pol. Oliver Ibert, Leibniz-Institut für Raumbezogene Sozialforschung · Flakenstraße 23–31 · 15537 Erkner · Telefon: 03362 793-152
E-Mail: oliver.ibert@leibniz-irs.de und Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg

² Tjorven Harmsen, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg · Centre for Security and Society (CSS) · Werthmannstraße 15 · 79098 Freiburg
Telefon: 0761 203-54152 · E-Mail: tjorven.harmsen@css.uni-freiburg.de

2 Krise – eine Definition

Krise ist kein klassischer wissenschaftlicher Begriff, sondern ein Wort aus dem öffentlichen Diskurs, dessen sich aber auch Wissenschaftler gern bedienen. Häufig wird es benutzt, um die Relevanz eines Themas zu unterstreichen. Ein Artikel über die Bildungskrise etwa erfährt ein höheres Maß an Aufmerksamkeit als einer über ein einzelnes spezifisches Problem im Bildungssektor. Mit dem Krisenmanagement hat sich allerdings in den letzten Jahrzehnten eine transdisziplinäre Wissensdomäne herausgebildet, die sich mit Krisen, ihren Merkmalen und Dynamiken beschäftigt sowie darauf aufbauend organisationale Techniken entwickelt und anwendet, die dabei helfen, Krisen in den Griff zu bekommen. Hier wird explizit ein allgemeiner Krisenbegriff entwickelt, der von den konkreten Kontexten spezifischer Krisen abstrahiert.

Für Krisenmanager konstituiert Krise eine Situation akuter Gefährdung, die durch das Zusammenkommen von drei Merkmalen gekennzeichnet ist: Bedrohlichkeit, Dringlichkeit und Unsicherheit (Tabelle 1). Von einer Krise soll dann die Rede sein, wenn alle drei Merkmale gleichzeitig auftreten und miteinander interagieren (vergleiche *Boin et al. 2021*).

Dieses Verständnis bedeutet, dass Krisen äußerst kritische Situationen der Entscheidung sind oder sein können. Aufgrund der Unsicherheit der Situation müssen die Beteiligten agieren und gleichzeitig die eskalierende Situation interpretieren. Routinen und Gewohnheiten helfen nur bedingt weiter, sodass sich ein Zwang zur Improvisation ergibt. In Krisen kommt es darauf an, zu entscheiden und zu agieren. Kleine Handlungen können große Wirkungen zeitigen, die vollen Konsequenzen des Handelns erweisen sich erst im Rückblick. Richtige Entscheidungen haben das Potenzial, das Schicksal zu wenden. Vor diesem Hintergrund ist auch die Ambivalenz des Krisenbegriffs zu bewerten: Krisen sind Wendepunkte, zum Guten oder zum Schlechten. In der Medizin bezeichnet der Begriff Krise jene Phase im Krankheitsverlauf, in der Patienten sterben können – oder genesen. Bei aller Bedrohlichkeit bieten Krisen also immer auch Gelegenheiten zur Verbesserung.

3 Krisen – sozial konstruiert und performativ

Krisen sind soziale Zustände. Sie betreffen Menschen in ihrer Beziehung zu anderen Menschen. Deshalb sind häufig bemühte Begriffe wie „Umweltkrise“ oder „Biodiversitätskrise“ irreführend, denn sie suggerieren einen von der menschlichen Erfahrung losgelösten Zustand der Krise. Doch auch diese Fälle werden nur dann zu Krisen, wenn wir Menschen einen Zustand, den wir der Natur zuschreiben, für uns selbst

als bedrohlich, verunsichernd und einer schnellen Antwort bedürftig interpretieren, weil gesellschaftlich hoch geschätzte Werte in akuter Gefahr sind. So wäre es heute beispielsweise unvorstellbar, dass ein Frachtschiff in einem Naturschutzgebiet wie dem Nationalpark Wattenmeer Öl verliert, ohne dass dies sofortige Handlungskonsequenzen nach sich zieht. Im Fall einer solchen komplexen und dynamischen maritimen Schadenslage würde die Situation unverzüglich als Krise bezeichnet und auch entsprechend behandelt. Für die Handelnden gilt in einem solchen Krisenfall eine eindeutige Priorisierung zu schützender Werte: zuerst Menschenleben, dann Umweltgüter, dann das Schiff selbst und zuletzt dessen Ladung. Diese Wertorientierung gilt unabhängig davon, ob mit dem Begriff Umweltkrise eine Bedrohung des Menschen durch die Umwelt (wie bei einem Hochwasser) oder eine Bedrohung der Umwelt durch den Menschen (etwa die oben erwähnte Ölkatastrophe) gemeint ist.

Wann wirken Krisen handlungsauslösend? Krisen sind sozial konstruiert, das heißt, ihre Objektivität lässt sich nicht zweifelsfrei an messbaren Indikatoren in der Natur (etwa der durchschnittlichen Jahrestemperatur), der Wirtschaft (beispielsweise den Konjunkturerwartungen) oder sozialen Einrichtungen (zum Beispiel der Anzahl unbesetzter Stellen in der Pflege) festmachen. Vielmehr liegt die Objektivität einer Krise darin begründet, dass eine Krisendiagnose behauptet und von vielen geglaubt wird.

Die sogenannte Spanische Grippe, die 1918 in der Endphase des Ersten Weltkriegs ausbrach und sich in mehreren Wellen bis 1920 hinzog, hat mehr Menschenleben gekostet als der Erste Weltkrieg. Die Ansteckungsraten, die globale Ausbreitung und die gesundheitlichen Auswirkungen sind vergleichbar mit der gegenwärtigen Corona-Pandemie. Die Mortalitätsraten waren vor dem Hintergrund der damals verbreiteten Lebensbedingungen (fehlende Antibiotika zur Behandlung von begleitenden bakteriellen Infekten, mangelhafte Stadthygiene) sogar deutlich höher als wir sie im Zusammenhang mit dem Corona-Virus kennen. Dennoch wird die Corona-Pandemie heute weltweit als existenzielle Krise erlebt, während sich die Spanische Grippe für die damaligen Gesellschaften weitaus weniger stark von der Normalität abhob. Dies lag unter anderem daran, dass die von der Grippe ausgehende gesundheitliche Gefahr zunächst öffentlich wenig bekannt war. Berichte darüber unterlagen im Rahmen der Propaganda der kriegführenden Nationen der Zensur. (Der Name „Spanische Grippe“ geht darauf zurück, dass in spanischen Medien erstmals öffentlich darüber berichtet wurde.) Hinzu kommt, dass epidemische Wellen, wie zum Beispiel Cholera-Ausbrüche im späten 19. Jahrhundert, zur Zeit des Ersten Weltkriegs noch nicht lange zurücklagen und deswegen im kollektiven Gedächtnis der Menschen noch sehr präsent waren (vergleiche *Beach et al. 2022*).

TABELLE 1

Merkmale einer Krise

Bedrohlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Wertvolle Ressourcen oder Schutzgüter sind akut bedroht. • Breit geteilte und existenziell wichtige gesellschaftliche Ziele drohen, verfehlt zu werden.
Dringlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Sofortiges Handeln erscheint notwendig. Den Beteiligten ist klar, dass Nichthandeln die Situation verschlimmern würde. In diesem Sinne versteht Karl Deutsch unter einer Krise einen Entscheidungsprozess, der „unter Zeitdruck eingeleitet werden muss, um eine wachsende Gefahr vor dem Augenblick der Ausweglosigkeit aufzuhalten“ (Deutsch 1973, 92).
Unsicherheit	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beteiligten agieren unter Bedingungen fundamentaler Unsicherheit. Sie sind konfrontiert mit einer Sachlage, die sie (noch) nicht verstehen. Informationen sind lücken- oder fehlerhaft. • Die Lage eskaliert, das heißt, sie entwickelt sich dynamisch fort und wartet mit immer neuen Überraschungen auf.

Quelle: eigene Darstellung nach Boin et al. 2018; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

Ihre fehlende objektive Messbarkeit macht es schwer, das Eintreten von Krisen vorauszuahnen. Der charakteristische Kipppunkt (*tipping point*; Boin et al. 2009), der überschritten werden muss, wird in erster Linie durch Schwellen der medialen Aufmerksamkeit und der kollektiven Meinungsbildung markiert. Dies heißt allerdings nicht, dass Krisen bloße kollektive Einbildungen seien oder dass ihnen keine echten Probleme zugrunde lägen. Im Gegenteil: Eine Krisendiagnose nimmt typischerweise Bezug auf messbare oder anderweitig feststellbare Probleme. Nur führen Probleme nicht zwangsläufig in eine Krise. Manchmal verursachen objektiv betrachtet kleine Probleme gravierende Krisen, während ernste Problemlagen (wie die globale Erderwärmung) nicht selten ignoriert werden und sehr zur Verzweiflung mancher Beobachter keine Krisenreaktion auslösen.

Eine bloß behauptete Krise hat in der Regel wenig praktische Konsequenzen, während eine zusätzlich von vielen geglaubte Krise die Handlungsbedingungen für die Beteiligten grundlegend verändert. Die Situation wird gleichsam durch die durch eine kritische Masse bestätigte Krisendiagnose bedrohlich, unsicher und dringlich. Beteiligte merken erst jetzt, dass ihnen eine Rolle (als Entscheidungsträger, Experte oder Betroffener) in einer Krise zufällt – eine Rolle, die sie sich in der Regel nicht ausgesucht haben

und auf die sie meist nur unzureichend vorbereitet sind. Der Krise hat nun oberste Priorität auf der politischen und persönlichen Agenda; sie erfordert die volle Aufmerksamkeit derjenigen, die zu entscheiden haben.

Konzepte, die vorgeblich Realität beschreiben, tatsächlich aber durch ihre Anwendung in der Praxis genau jene Realität erst schaffen, werden in den Sozialwissenschaften „performativ“ genannt (MacKenzie 2006). Ein Beispiel für einen performativen Akt ist das Ausrufen des Katastrophenfalls, mit dem etwa Kommunen in Deutschland gegenüber übergeordneten staatlichen Ebenen ihre Hilfsbedürftigkeit signalisieren können und mit dem eine Änderung der juristischen Voraussetzungen erwirkt wird.

4 Krisen – kein Blitz aus heiterem Himmel

Der Krisenbegriff ist voller impliziter Annahmen über die Zeitlichkeit des Prozesses. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht die akute Krise – ein Zustand, der plötzlich und überraschend hereinbricht, gefolgt von einer zeitlich gedrängten Phase der Eskalation. Im günstigen Fall gelingt es den

Beteiligten, sich nach und nach „vor die Lage“ zu arbeiten und darauf aufbauend die Krise zu beenden. In diesem Verständnis ist die Krise ein Ereignis mit geringer Eintrittswahrscheinlichkeit und hohen Konsequenzen (Weick 1988). Die Auslöser der Krise sind dabei ebenso überraschend wie unvorhersehbar: Es können interne Auslöser vorliegen, wie bei einem drohenden Konkurs eines Unternehmens, oder externe, wie bei einer Cyberattacke oder einer Erpressung.

Das heutige Zeitalter der Krisen lässt sich allerdings kaum allein auf die quantitative Häufung von Krisenereignissen reduzieren. Vielmehr wird dabei auch eine qualitative Veränderung des Krisengeschehens behauptet. Auf dem Feld der internationalen Politik etwa lassen sich Krisen „kaum noch isoliert betrachten, etwa geographisch, auf ein einzelnes Politikfeld bezogen oder auf eine kleine Zahl an Akteuren. Und sie sind auch nicht mehr als Zuspitzung spezifischer Situationen zu verstehen, die einen Wendepunkt erreichen, an dem es entweder zur Lösung oder zum Scheitern kommt. Krisen kann man weiterhin als Situationen begreifen, die Handlungsentscheidungen erfordern und durch Unsicherheit und Ungewissheit geprägt sind. Statt mit einzelnen Krisen haben wir es zunehmend mit zusammenhängenden Krisenlandschaften zu tun. Einzelne Landmarken oder Landschaftselemente bleiben erkennbar; sie müssen aber als Teil eines integrierten Geländes erkundet und bearbeitet werden“ (Perthes 2017, 5). Diese Metapher der Krisenlandschaften ließe sich auch auf andere Politikfelder – etwa die Corona-Pandemie – ausweiten.

In der heutigen Zeit lassen sich Krisen fast nur noch als eingebettet verstehen. Das bedeutet, dass die der Krise zugrunde liegenden Probleme keine eindeutige Quelle haben, sondern auf komplexe Art als inkorporiert gedacht und verstanden werden müssen. Auch wenn ein gesellschaftliches Teilsystem, beispielsweise ein Unternehmen, eine Behörde oder eine Gruppe, von der Krise erfasst sein sollte: Die Krisenursachen wurzeln oft tiefer – und sie liegen sowohl im System selbst als auch in seinem Umfeld. Heutige Krisen übertreten sozial gezogene Grenzen zwischen Organisationen, Nationalstaaten, Wissensdomänen oder politischen Ressorts (*transboundary crises*; Ansell et al. 2010). Aufgrund globaler Verflechtungen können Krisenursache und Krisenbetroffenheit an unterschiedlichen Orten auftreten. Ein aktuelles Beispiel stellt die russische Invasion in der Ukraine dar, in deren Folge eine Blockade der Getreideexporte zu einer Verknappung des Angebots und massiven Preissteigerungen geführt hat, die wiederum die Ernährungssicherheit vor allem in afrikanischen Ländern bedroht. Angesichts derartiger Verflechtungen bieten physische Distanzen oft nur einen trügerischen Schutz davor, von einer Krise betroffen zu sein.

Während der klassische Krisenbegriff nahelegt, dass es sich um eine zeitlich gedrängte Phase des intensiven Erlebens handelt, sind die neuen Krisen durch eine weitgehende Entgrenzung gekennzeichnet. Sie werden als „schleichende“ Krise (*creeping crisis*; Boin et al. 2021) bezeichnet, weil ihnen – wie beispielsweise bei der Erderwärmung – langfristig sich entfaltende Problemlagen zugrunde liegen. Sie werden als Endloskrisen wahrgenommen (*protracted crisis*; Jaspars 2021), weil sie – wie gerade in der Corona-Pandemie zu erleben – nicht deshalb enden, weil das Problem abschließend gelöst werden konnte, sondern allenfalls, weil alle Beteiligten mittlerweile so erschöpft sind, dass ihnen die Kraft fehlt, das Problem weiter im Krisenmodus zu bearbeiten.

5 Eingebettete Krisen

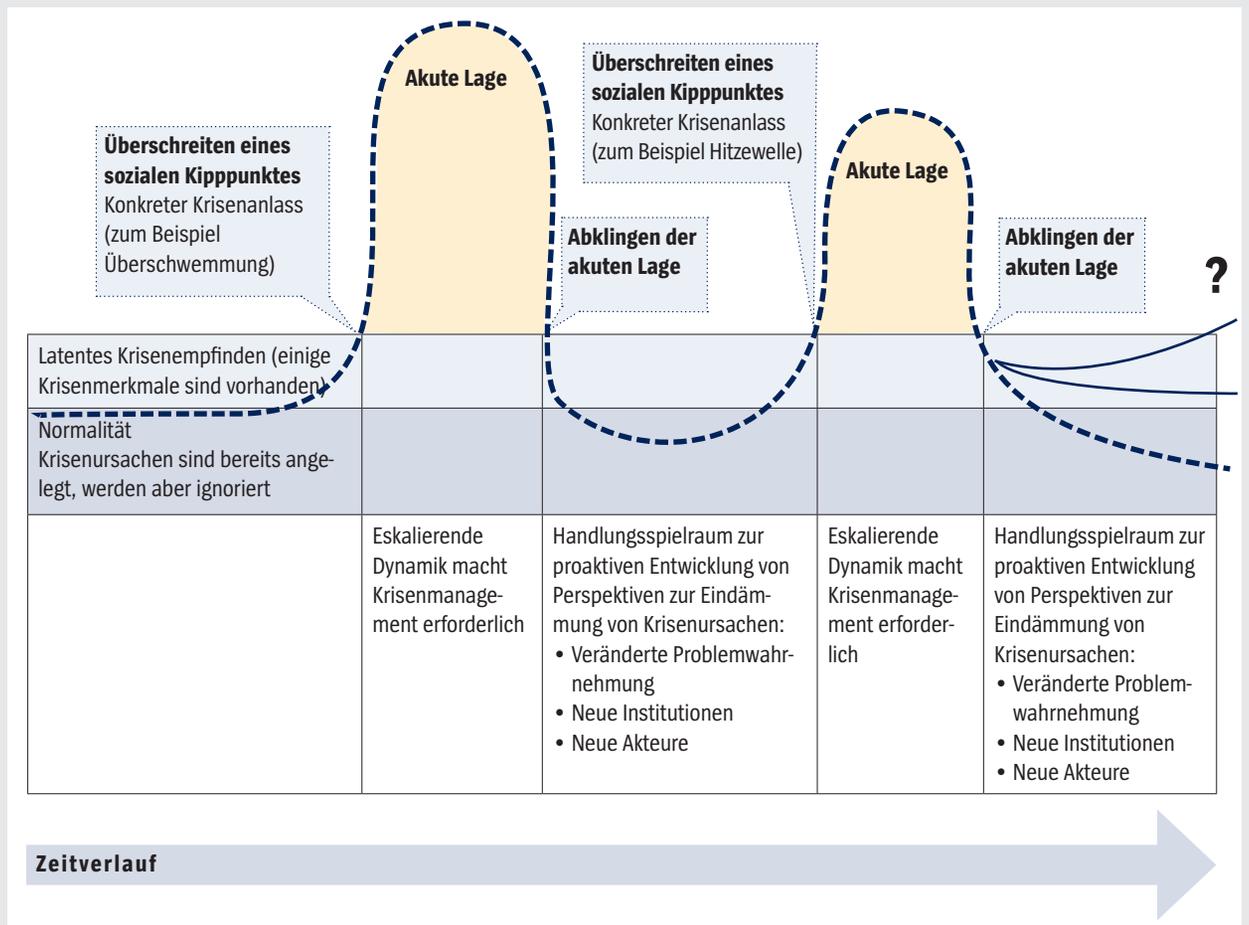
Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, einerseits die analytische Schärfe des Krisenbegriffs zu bewahren, ihn aber andererseits an die neuen Entwicklungen anzupassen. Auch in komplexen Krisenlandschaften sollte nicht verkürzt einfach von einer Dauerkrise mit allumfassendem Charakter gesprochen werden. Vielmehr ist es nötig und möglich, genauer die sozialen Einheiten zu benennen, die sich in einer Krise befinden, und die Beteiligten zu identifizieren, die zu entscheiden haben. Statt von einer allumfassenden Corona-Krise zu reden, lohnt es sich, genauer zu betrachten, welche Organisationen und Behörden wann und unter welchen Umständen in den Krisenmodus übergehen. Diese Krise wäre dann als Cluster von zusammenhängenden Krisen zu verstehen, die über einen gemeinsamen Auslösekomplex interagieren, aber in deren Bearbeitung dennoch klare Zugehörigkeiten und unterscheidbare Aufgaben zu erkennen sind.

Im Zeitverlauf ist es weiterhin eine nur empirisch zu beantwortende Frage, ob sich durch die Art der Krisenbearbeitung weitere Kriseninterdependenzen ergeben. So hat beispielsweise die ganz überwiegend von medizinischer und virologischer Expertise geprägte erste Phase des Krisenmanagements in der Corona-Pandemie viele Probleme der zweiten Phase, wie zum Beispiel den Arbeitskräftemangel in der Gastronomie oder die Lerndefizite im Bildungssektor, erst ausgelöst. Das Krisengeschehen hat sich weit über das ursprüngliche Ausmaß hinweg verästelt. Die Krisenbearbeitung selbst hat zu Folgewirkungen geführt, die ihrerseits krisenhaft erscheinen können.

Auch in zeitlicher Hinsicht sollte der Krisenbegriff präzisiert werden. Ein Vorteil des Begriffs „eingebettete Krise“ liegt darin, dass klar unterschieden werden kann zwischen einer akuten Lage und einer latenten Phase des Krisen-

ABBILDUNG 1

Eingebettete Krisen im zeitlichen Verlauf (zum Beispiel: Klimawandel/Erderwärmung)



Eine eingebettete Krise entwickelt sich aus einem Zustand der Normalität heraus. Einige Krisenursachen sind zwar grundsätzlich schon angelegt, kommen aber zunächst nicht zum Tragen, bis erste Krisenmerkmale offensichtlich werden und die Schwelle zu einem latenten Krisenempfinden überschritten wird. Durch einen konkreten Anlass kann dann jederzeit der soziale Kippunkt überschritten werden. Ist dies geschehen, wird die Krise als akutes Geschehen wahrgenommen, das eines Krisenmanagements bedarf. Klingt die akute Krise ab, folgt eine Rückkehr in ein latentes Krisenempfinden oder sogar in einen Zustand der Normalität – bis das Geschehen erneut an Dynamik gewinnt.

empfindens. Erstere zeichnet sich durch Bedrohlichkeit, Dringlichkeit und Unsicherheit aus, beginnt durch das überraschende Überschreiten eines sozialen Kippunktes und ist dann geprägt von einer eskalierenden Dynamik sowie klaren Betroffenen und Verantwortlichkeiten. Krisenlatenz hingegen ist gekennzeichnet durch einzelne Krisenmerkmale (etwa Bedrohlichkeit ohne Dringlichkeit), durch wiederkehrende Versuche, Krisendiagnosen zu etablieren, ohne dass der kritische Kippunkt dominanter Auf-

merksamkeit überschritten würde, sowie durch unklare Vorstellungen von Betroffenheit und/oder Verantwortung. Eingebettet sind Krisen immer dann, wenn sie sich aus solchen latenten Phasen heraus entwickeln und nach ihrem Abklingen wieder dorthin zurückfallen (Abbildung 1). Eine Klimakrise kann es nach dieser Definition nicht geben. Vielmehr bildet die globale Erderwärmung einen Kontext latenten Krisenempfindens, aus dem heraus jederzeit akute Krisen entstehen können (aber nicht müssen), etwa beim

Auftreten von Extremwetterereignissen wie Waldbränden oder Überschwemmungen.

Im Gesundheitssektor wird der Mangel an Pflegekräften bereits seit Jahren als eine sich stetig verschärfende Problemlage diskutiert. Mit dem Ausbruch der Corona-Pandemie 2020 spitzte sich das Phänomen krisenhaft zu: Die drohende Überlastung der Intensivstationen und die Aussicht, dass vorhandene Intensivbetten aufgrund von Personalmangel nicht belegt werden können, wurde zu einer der zentralen Kennziffern der Corona-Krise. Auch hier würden wir argumentieren: Bei genauer Betrachtung gibt es nicht die eine Corona-Krise; vielmehr stellt die Pandemie einen Kontext dar, innerhalb dessen in kurzer Zeit ganze Cluster an eingebetteten Krisen in unterschiedlichen Organisationen, an verschiedenen Orten und von unterschiedlichen Gruppen erlebt worden sind.

6 Governance samt Krise

Für erfahrene Krisenexperten stellen Krisen entsprechend ihrer performativen Qualitäten auch eine besondere Bewältigungsstruktur dar: ein Set an organisationalen Techniken, mit deren Hilfe es möglich wird, Problemen eine besondere Priorität zu geben, Ressourcen zu mobilisieren und Aufmerksamkeit zu fokussieren. Aus dieser professionell geschulten Perspektive erscheint das Ausrufen des Krisenfalls folglich keineswegs als verunsichernd, sondern als ein vielfach erprobter Weg, um eine eskalierende Situation wieder in den Griff zu bekommen. Krisenmanagement nutzt also die performativen Qualitäten von Krisen, um eine hochwirksame kollektive Antwort geben zu können.

In Zeiten von Krisen wird Krisenmanagement zu einer Kernkompetenz in Politik, Verwaltung und Wirtschaft. Gleichzeitig lassen sich eingebettete Krisen durch Krisenmanagement allein nur unzureichend bearbeiten. Es reicht nicht mehr, eine von einer Krise erfasste Organisation schnell wieder in ruhigeres Fahrwasser zu führen. Vielmehr stellt sich die Frage, welche Auswirkungen der Umgang mit der Krise auf den Krisenkontext hat und ob diese Umgangsweise geeignet ist, den Krisenkontext auch nachhaltig zu beeinflussen, sodass für die Zukunft weniger Kriseninterdependenzen zu erwarten sind. Krisen sind dann nicht nur Wendepunkte zum Besseren oder Schlechteren für die betroffene Organisation, sondern auch so etwas wie einmalige Gelegenheiten (*Kuhlmann et al. 2021*), aus dem Krisengeschehen heraus auch den Kontext der Krise zu verändern. Einige dieser Gelegenheiten werden nachstehend beschrieben (vergleiche *Beckert 2010*):

- Durch eine Krise können sich beispielsweise Deutungen der Realität verschieben, die nicht nur innerhalb einer betroffenen Organisation, sondern auch in ihrem Umfeld zu einem Umdenken führen können.

- Neue Akteure können ein Feld aufmischen oder bestehende Akteure in Positionen aufsteigen, aus denen heraus sie mehr Einfluss haben.
- Schließlich bietet die Notwendigkeit der Improvisation während der Krise auch die Chance, auf neue Regelungen und Lösungen zu stoßen, die auch über die Krise hinaus das Handlungsrepertoire erweitern.

Eingebettete Krisen erfordern eine angemessene Governance. Unter Governance verstehen wir alle möglichen Formen des koordinierten kollektiven Handelns. Dies kann idealtypisch hierarchisch über Weisungsbefugnisse, etwa innerhalb eines Unternehmens, erfolgen oder aber kooperativ in informellen persönlichen Netzwerken. Auch der Markt erlaubt über Preissignale kollektives Handeln, zum Beispiel indem Angebot und Nachfrage zusammengebracht und dabei knappe Güter über den Preismechanismus verteilt werden. In der Praxis mischen sich häufig verschiedene Formen von Governance. So kann zum Beispiel ein Unternehmen über Profit-Center marktförmige Governance in die Hierarchie einbetten.

Das Krisenmanagement sehen wir als eine bestimmte Form des kollektiven Handelns an, die es erlaubt, konzentriert, mit höchster Priorität und mit weitreichenden Freiheitsgraden für Improvisation an einem bestimmten Problem zu arbeiten (und dabei alle anderen Probleme vorübergehend zu ignorieren). Krisenmanagement suspendiert also Hierarchien, marktförmigen Austausch und eingespielte Netzwerke für eine kurze Zeit. Governance im Krisenfall betont die Notwendigkeit, einerseits die erweiterten Handlungsoptionen des Krisenmanagements zu nutzen, andererseits das Krisenmanagement mit anderen Formen des kollektiven Handelns zu flankieren.

Dabei können Krisen selbst als Gelegenheiten verstanden werden, um auf den Krisenkontext einzuwirken und diesen nachhaltig zu verändern. Organisationen können beispielsweise bereits vor dem Eintreten einer Krise einen Krisenstab etablieren. Sie sind dann darauf vorbereitet, ein Krisenmanagement ad hoc neben der Hierarchie zu etablieren und dessen Arbeitsergebnisse später wieder in die Hierarchie einzuspeisen. Beim Improvisieren in Krisen entstehen oft neue Beziehungen unter den Beteiligten. Die damit im Krisenmanagement etablierte intersektorale und transdisziplinäre Zusammenarbeit kann verstetigt werden und dabei helfen, das Silodenken in Organisationen aufzubrechen oder neue politische Koalitionen aufzubauen.

7 Ausblick: Krisenresilienz

Krisen treten heute nicht nur häufiger ein, sondern haben auch einen veränderten, zunehmend entgrenzten Charakter.

Sie wurden hier als „eingebettete Krisen“ beschrieben, was bedeutet, dass sie sich nicht umfassend als Situationen der Dringlichkeit, Bedrohung und Unsicherheit verstehen lassen und folglich auch nicht als isoliert bearbeitbare Ereignisse mit geringer Eintrittswahrscheinlichkeit. Vielmehr wurde argumentiert, dass Krisen vornehmlich Symptome umfassender Problemlagen darstellen, die auf der einen Seite eine Langfristigkeit und auf der anderen sowohl strukturelle als auch institutionell verfestigte Ursachen mit sich bringen. Mit einem erfolgreichen Management einzelner Krisen ist es nicht mehr getan – es gilt vielmehr, eine längerfristige Krisenresilienz zu entwickeln. Was das bedeutet, soll abschließend kurz mit einigen Verweisen auf das Gesundheitssystem illustriert werden.

Es ist davon auszugehen, dass Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitssystems sich ebenso wie viele andere Systeme schon heute in einer Phase der Krisenlatenz befinden. Sie sind einer Umwelt ausgesetzt, die krisenhafte Züge zeigt und in der jederzeit Kippunkte überschritten werden können, durch die einzelne Organisationen oder auch Professionen des Gesundheitssystems in den Krisenmodus geraten. Dieser Hintergrund lässt erwarten, dass zukünftig Krisen nicht nur häufiger auftreten, sondern darüber hinaus als in große Ursachenkontexte eingebettete Krisen erscheinen werden. Umso wichtiger wird es vor diesem Hintergrund, die Unvermeidbarkeit von Krisen anzuerkennen, sich generisches Wissen zu Krisen und ihren Dynamiken anzueignen und Kompetenzen im Krisenmanagement auch in Bereichen aufzubauen, in denen Krisenmanagement bisher kein selbstverständlicher Teil des Alltags war.

Legt man das Konzept eingebetteter Krisen zugrunde, genügt es nicht mehr, sich nur auf Krisen innerhalb der Grenzen des Gesundheitssystems vorzubereiten und einzustellen. Es wird vielmehr weitergehend zu antizipieren sein, dass Teile des Gesundheitssystems von entgrenzten Krisen erfasst werden können, deren Auslöser auch außerhalb des Gesundheitssystems liegen können: So können beispielsweise die Umweltverschmutzung, die globale Erderwärmung, Migrationsbewegungen oder wirtschaftliche Verwerfungen disruptive Ereignisse hervorrufen, die dann im Gesundheitssektor (oder Teilen davon) als Krisen bearbeitet werden müssen. Diese Abhängigkeit von Entwicklungen, die auf den ersten Blick weit entfernt scheinen, könnte ein wesentlicher Zug der Zukunft sein. Es gilt deshalb, über die eigenen Grenzen hinaus zu denken, die Beziehungen zu anderen Systemen zu stärken und ein Bewusstsein für das zunächst Unsichtbare zu schaffen. Mit dem „One Health“-Ansatz versuchen unter anderem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Robert Koch-Institut bereits, ein integriertes Gesundheitsverständnis zu etablieren. Die menschliche Gesundheit hört nicht beim Menschen auf – mitzudenken sind in diesem Zusammenhang auch Tiere,

die natürliche Umwelt von Mensch und Tier sowie die gesellschaftlichen Verhältnisse.

Es liegt nahe, dass aufgrund eingebetteter Krisen auch Reformen und Veränderungen im Gesundheitssektor neu zu denken sein werden. Im Zeitalter eingebetteter Krisen werden grundlegende Veränderungen weniger durch langwierige Reformprozesse erreicht, sondern häufiger durch Krisen induziert. Doch um in der Reaktion auf eine Krise eine richtige – im Sinne einer langfristig und strukturell wirksamen – Antwort zu finden, ist es umso wichtiger, in den kürzer werdenden Zeiten ohne Krise Perspektiven zu erarbeiten, um vorbereitet zu sein, wenn sich das Fenster der Gelegenheit in Form einer Krise öffnet. Es reicht demzufolge im Angesicht der Krise nicht aus, die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte kurzfristig attraktiver zu machen und mithilfe einmaliger Prämienzahlungen Wertschätzung und Dankbarkeit zum Ausdruck zu bringen. Vielmehr müssten aufbauend auf diese kurzfristigen Reaktionen mittel- bis langfristige Strategien entwickelt werden, die die Ausbildung für den Pflegeberuf, die Rekrutierung von Pflegekräften sowie eine Attraktivitätssteigerung für bestehende Arbeitsverhältnisse integriert in den Blick nehmen.

Literatur

- Ansell C, Boin A, Keller A (2010):** Managing Transboundary Crises: Identifying the Building Blocks of an Effective Response System. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, Vol. 18, No. 4, 195–207
- Beach B, Clay K, Saavedra (2022):** The 1918 Influenza and Its Lessons for COVID-19. *Journal of Economic Literature*, Vol. 60, No. 1, 41–84
- Beckert J (2010):** How do Fields Change? The Interrelation of Institutions, Networks and Cognition in the Dynamics of Markets. *Organization Studies*, Vol. 31, No. 5, 605–627
- Boin A, Ekengren M, Rhinard M (2021):** Understanding and Acting Upon a Creeping Crisis. In: Boin A, Ekengren M, Rhinard M (Hrsg.): *Understanding the Creeping Crisis*. Cham: Palgrave Macmillan, 1–17
- Boin A, 't Hart P, Kuipers S (2018):** The Crisis Approach. In: Rodriguez H, Quarantelli E, Dynes R (Hrsg.) *Handbook of Disaster Research*. Cham: Springer, 23–38
- Boin A, 't Hart P, McConnell A (2009):** Crisis Exploitation: Political and Policy Impact of Framing Contests. *Journal of European Public Policy*, Vol. 16, No. 1, 81–106
- Deutsch KW (1973):** Zum Verständnis von Krisen und politischen Revolutionen: Einige Bemerkungen aus kybernetischer Sicht. In:

Jänicke M (Hrsg.): Herrschaft und Krise: Beiträge zur politikwissenschaftlichen Krisenforschung. Wiesbaden: VS, 90–100

Jaspars H (2021): Protracted Crisis, Food Security and the Fantasy of Resilience in Sudan. Security Dialogue, Vol. 53, No. 3, 195–212

Kuhlmann S et al. (2021): Opportunity Management of the COVID-19 Pandemic. Testing the Crisis from a Global Perspective. International Review of Administrative Science, Vol. 87, No. 3, 497–517

MacKenzie D (2006): An Engine, not a Camera. How Financial Models Shape Markets. Cambridge/London: MIT Press

Perthes V (2017): Einleitung: Navigieren durch Krisenlandschaften. In: Perthes V (Hrsg.) „Krisenlandschaften“. Konfliktkonstellationen und Problemkomplexe internationaler Politik. Berlin: Stiftung Wissenschaft und Politik, 5–11

Weick KE (1988): Enacted Sensemaking in Crisis Situations. Journal of Management Studies, Vol. 25, No. 4, 305–317

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 25. Juli 2022, weitere Literatur bei den Autoren)

DIE AUTOREN



Prof. Dr. rer. pol. Oliver Ibert (M. A.)

schloss sein Studium der Geografie, Germanistik und Politikwissenschaften an der Carl von Ossietzky-Universität Oldenburg 2002 mit der Promotion ab und erwarb 2009 die Venia Legendi für das Fach Geografie an der Universität Bonn. Ab 2009 leitete er am Leibniz-Institut für Raumbezogene Sozialforschung (IRS) Erkner die Forschungsabteilung Dynamiken von Wirtschaftsräumen, 2019 wurde er dessen Direktor. Bis 2019 war Ibert Professor für Wirtschaftsgeografie an der Freien Universität Berlin. Seitdem lehrt er Raumbezogene Sozial- und Transformationsforschung an der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg.



Tjorven Harmsen (B. A., M. A.)

studierte Soziologie an den Universitäten Bremen und Jena. Von 2016 bis 2017 war sie im operativen Krisenmanagement des Deutschen Roten Kreuzes tätig, danach bis März 2022 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Leibniz-Institut für Raumbezogene Sozialforschung in Erkner, wo sie in einem durch das Bundesforschungsministerium (BMBF) geförderten Projekt (RESKIU) die Rolle von Experten in Krisenverläufen untersuchte. Nach einer Station beim Crisis Science Project des BMBF forscht sie seit April 2022 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Centre for Security and Society der Universität Freiburg zur Legitimation des Notfalls (LegiNot).

Gesundheitssystem zwischen Krise und Integration: Lehren aus 30 Jahren Fluchtmigration

von Kayvan Bozorgmehr¹, Louise Biddle² und Nora Gottlieb³

ABSTRACT

Deutschland erlebte wiederholt Zuwanderungsbewegungen flüchtender Menschen aus verschiedenen Ländern. Der rechtliche Status, der Zugewanderten in den letzten 30 Jahren zugeteilt wurde, ist dabei sehr unterschiedlich. Der Beitrag untersucht, wie sich der Rechtsstatus auf die Gesundheit, soziale Determinanten und die gesundheitliche Versorgung auswirkt(e), und was das Gesundheitssystem in Deutschland aus der Versorgung der unterschiedlichen geflüchteten Menschen lernen kann. Dies erfolgt beispielhaft anhand der Analyse gesundheitlicher Auswirkung der Regelungen zu Verteilungsquoten, zu Wohnortauflagen, zur Unterbringung, zur Dauer des Asylverfahrens, zum Zugang zum Arbeitsmarkt, zum Familiennachzug und zu Ansprüchen auf Gesundheitsleistungen. Es wird deutlich, dass eine integrative Politik mit Blick auf Effektivität, Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit die bessere Krisenantwort ist.

Schlüsselwörter: Flucht, Migration, Sozialsystem, Gesundheitsversorgung, Krise

Germany has repeatedly seen immigration movements of refugees from various countries. In the last 30 years, the legal status granted to these immigrants varied. The article examines how different statuses affect(ed) health, social determinants, and health care, and what the health system in Germany can learn from providing care for different refugee groups. This is exemplified by the analysis of the health impact of regulations on distribution quotas, residence requirements, accommodation, duration of the asylum procedure, access to the labour market, family reunification, and entitlements to health services. It becomes clear that an inclusive policy is a more effective, efficient, and equitable response to the crisis.

Keywords: flight, migration, welfare system, health care, crisis

1 Einleitung

In der heutigen Risikogesellschaft droht der Ausnahmezustand zum Normalzustand zu werden (Beck 2003). Die Krisenpermanenz des 21. Jahrhunderts bekräftigt diese These. Ereignisse wie die Finanz- und Weltwirtschaftskrise 2008, die sicht- und spürbaren Auswirkungen des Klimawandels, die Corona-Pandemie, die chronische Hungerkrise sowie die aktuell 56 bewaffneten Konflikte weltweit (Pettersson et al. 2021) wirken sich auf vielfältige Weise auf die gesamte Gesellschaft aus – nicht zuletzt

auch auf das Gesundheitswesen. Auch der Krieg in der Ukraine verdeutlicht dies: Die Angriffe auf zivile Infrastruktur und hierdurch entstehende Fluchtbewegungen führen zu immensen Herausforderungen für das Gesundheitssystem des Landes selbst sowie der umliegenden Länder (Kumar et al. 2022). So verzeichnete das Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen (UNHCR) seit Beginn des Krieges bis zum 9. Juni 2022 über 7,3 Millionen Grenzübertritte und über 4,9 Millionen registrierte geflüchtete Menschen aus der Ukraine in europäischen Ländern, davon ca. 780.000 in Deutschland (UNHCR 2022).

¹ Prof. Dr. med. Kayvan Bozorgmehr (M.Sc.), Universität Bielefeld · Fakultät für Gesundheitswissenschaften · AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung · Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld sowie Universitätsklinikum Heidelberg · Sektion Health Equity Studies & Migration · Telefon: +49 521 106-6311 · E-Mail: kayvan.bozorgmehr@uni-bielefeld.de

² Louise Biddle (M.Sc.), Universität Bielefeld · Fakultät für Gesundheitswissenschaften · AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung · Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld · Telefon: +49 521 106-6889 · E-Mail: louise.biddle@uni-bielefeld.de

³ Dr. Nora Gottlieb (M. Sc., PhD) Universität Bielefeld · Fakultät für Gesundheitswissenschaften · AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung · Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld · Telefon: +49 521 106-86877 · E-Mail: nora.gottlieb@uni-bielefeld.de

Als Reaktion auf die sich abzeichnenden Migrationsbewegungen aktivierte die Europäische Union (EU) im März 2022 erstmalig die „Massenzustrom-Richtlinie“ (*Europäische Kommission 2001*). Diese gewährt geflüchteten Menschen aus der Ukraine eine hohe Freizügigkeit; das heißt, sie müssen in Deutschland und allen anderen EU-Ländern nicht das üblicherweise langwierige und bürokratische Asylverfahren mit Einzelfallprüfung durchlaufen, sondern erhalten stattdessen auf Antrag einen vorübergehenden Schutzstatus bis zu einem Zeitraum von drei Jahren (*Mediendienst Integration 2022*). Somit sind sie sozialrechtlich den Bürgerinnen und Bürgern im Aufnahmeland weitgehend gleichgestellt. Die Bezeichnung der Richtlinie ist unglücklich; denn es handelt sich bei den Flüchtenden nicht um amorphe „Massen“, die wie eine Naturgewalt zu uns „strömen“, sondern um Menschen, die ihr Schicksal in die Hand nehmen, um Tod und Leid zu entfliehen. Unter Integrationsgesichtspunkten ist ihre Anwendung jedoch eine bis dato einzigartige Öffnung im europäischen Raum. Diese steht in krassm Widerspruch zum gleichzeitig fortbestehenden europäischen Asylregime, welches auf Abschottung, Abschreckung und Restriktion als Krisenantwort setzt und vor allem durch Uneinigkeit der EU-Länder im Umgang mit Fluchtmigration gekennzeichnet ist.

Die Anwendung der Richtlinie zeigt die politische Handlungsfähigkeit und Gestaltungsmacht im Asylkontext, die einerseits integrative Kraft entfalten kann, aber gleichzeitig an den Außengrenzen der EU dehumanisierende Zustände, zum Beispiel in den Elendslagern in Moria, seit Jahren hinnimmt beziehungsweise aktiv herbeiführt (*Orcutt et al. 2020*). Während Diskussionen um technokratische Verteilungsschlüssel in der EU den Umgang mit der Flüchtlingsbewegung aus Syrien dominierten, lagen bereits früh Vorschläge vor, die eine Freizügigkeit der flüchtenden Menschen, gekoppelt mit EU-übergreifenden Finanztransfers, vorsahen (*Bozorgmehr und Wahedi 2017*). Hierdurch, so der Vorschlag, könnten zum Beispiel Sozialleistungen und Kosten des Gesundheitssystems in den Aufnahmeländern in Abhängigkeit des real entstehenden Bedarfs refinanziert werden (*Biddle et al. 2020*), statt zu versuchen, Verteilungsschlüssel gegen den Willen einzelner EU-Länder und der flüchtenden Menschen durchzusetzen. Galt dies bis vor kurzem noch als utopisch, schafft die Politik durch ihren progressiven Umgang mit der Situation in der Ukraine nun Fakten, die im Grundsatz in diese Richtung gehen. Dies wirft die Frage auf, inwiefern eine integrative Politik die bessere Systemantwort – im Sinne von Effektivität, Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit – auf die zahlreichen Krisen unserer Zeit darstellt.

In der Geschichte der Bundesrepublik gab es, bedingt durch geopolitische, militärische und wirtschaftliche Krisen, immer wieder größere Zuwanderungsbewegungen flüchtender Menschen. Allein seit 1990 sind Fluchtbewegungen unter anderem geprägt durch zwei Golfkriege im Irak, die Kriege im Balkan, den Zusammenbruch der Sowjetunion und die daraus resultierende Zuwanderung von (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedlern, so-

wie Kriege in Somalia, Afghanistan, Syrien und der Ukraine (um nur einige zu nennen).

Der rechtliche Status, der Zugewanderten in den letzten knapp 30 Jahren zugeteilt wurde, ist sehr unterschiedlich. Das Spektrum umfasst Menschen, die im Begriff sind, ein Asylgesuch zu stellen, und solche, die sich im laufenden Asylverfahren befinden (Asylbewerberinnen und -bewerber), Menschen mit einer Duldung (nach Ablehnung des Asylantrags und Aussetzung einer Abschiebung), mit subsidiärem beziehungsweise temporärem Schutz (dessen Verlängerung regelmäßig neu beantragt werden muss) oder einer unbefristeten Niederlassungserlaubnis. Darüber hinaus gibt es illegalisierte Migrantinnen und Migranten, die sich ohne gültigen Aufenthaltsstatus in Deutschland aufhalten, etwa weil sie in keine der geltenden Schutzkategorien passen und ein Asylantrag aussichtslos wäre. Zudem gibt es eine Reihe weiterer juristischer Kategorien, zum Beispiel Kontingentflüchtlinge (nach § 23 und § 24 des Aufenthaltsgesetzes, AufenthG), Aussiedler oder Spätaussiedler (nach § 4 Bundesvertriebenengesetz, BVFG), und Menschen aus sogenannten sicheren Herkunftsländern (nach § 29a Asylgesetz, AsylG).

Mit dem jeweiligen Rechtsstatus verknüpft ist eine Reihe unterschiedlicher, teils sehr komplexer Regelungen bezüglich der Ansprüche auf Sozialleistungen, der Abläufe im Asylverfahren sowie des Zugangs zu wichtigen sozialen Determinanten der Gesundheit wie Bildung, Arbeit und Wohnraum. Hierdurch können sich integrative, aber auch exkludierende Wirkungen entfalten (siehe Tabelle 1 für eine vereinfachende Darstellung). In einigen dieser juristischen Kategorien haben die zuständigen Behörden zudem einen erheblichen Ermessensspielraum bei der Gewährung von Sozialleistungen im Sinne der „Bleibeperspektive“, das heißt: einer Annahme über den Ausgang des Schutzgesuchs, die auf der individuellen Situation der Schutzsuchenden basiert (*Ziegler und Bozorgmehr 2021*). Durch die Vielzahl der rechtlichen Stratifizierungen entsteht ein Kontinuum, das hinsichtlich des Zugangs zu den sozialen Determinanten der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung – zugespitzt formuliert – von einer faktischen Entrechtung der Schutzsuchenden (etwa im Falle von Illegalisierten) in graduellen, nichtlinearen Abstufungen bis zu einer vollständigen Gleichstellung mit deutschen Staatsbürgern (zum Beispiel im Falle von Aussiedlern oder Spätaussiedlern) reicht.

In diesem Beitrag gehen wir zwei zentralen Fragen nach:

1. Wie wirkt(e) sich der unterschiedliche Status auf die Gesundheit, deren soziale Determinanten und die gesundheitliche Versorgung der jeweiligen Gruppen geflüchteter Menschen aus?
2. Was kann und sollte das Gesundheitssystem in Deutschland aus der Versorgung der unterschiedlichen geflüchteten Menschen lernen?

Auf dieser Grundlage diskutieren wir Implikationen für die Systemantwort des Sozial- und Gesundheitssystems. In Ermangelung einer adäquaten Datenbasis zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen ist dies keine leichte Aufgabe. Auch nach mehr als drei Dekaden der Fluchtmigration gibt es in Deutschland bisher kein funktionierendes Gesundheitsinformationssystem, aus dem – jenseits punktueller Ansätze – wichtige gesundheitliche Indikatoren, disaggregiert nach dem rechtlichen Status der Menschen, abgebildet werden könnten (Biddle et al. 2021; Bozorgmehr et al. 2021; Bozorgmehr und Hövener 2021). Um den oben genannten Fragen nachzugehen, greifen wir daher auf nationale und internationale empirische Studien zurück. Eine Verbesserung der Datenbasis ist zweifelsohne eine der essenziellen und dringlichsten Aufgaben, die in Bezug auf das Gesundheitssystem aus den bisherigen Krisen abzuleiten ist. Wie groß dieser Bedarf ist, hat zuletzt die Corona-Pandemie eindrücklich vor Augen geführt (Jahn et al. 2022).

2 Auswirkungen auf soziale Determinanten der Gesundheit

Soziale Determinanten der Gesundheit sind all jene wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und kontextuellen Bedingungen, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, lernen, arbeiten und altern und die entscheidend zu Unterschieden im Gesundheitszustand zwischen verschiedenen Gruppen beitragen (WHO 2008). Die Verteilung der sozialen Determinanten unterliegt größtenteils sozialpolitischen Institutionen und Vorgaben; diese wiederum sind von unterschiedlichen politischen Ideologien geprägt (Braveman und Gottlieb 2014). Durch kaskadenförmige Wechselwirkungen mit den sozialen Determinanten der Gesundheit entstehen gesundheitliche Ungleichheiten, die somit kein natürliches Phänomen, sondern vor allem das Ergebnis politischer Entscheidungen sind (WHO 2008). Der unterschiedliche rechtliche Status geflüchteter Menschen ist hierfür ein anschauliches Beispiel: Er wirkt sich sowohl direkt auf die Gesundheit als auch auf den (Nicht-)Zugang zu verschiedenen sozialen Determinanten der Gesundheit aus (Jannesari et al. 2020). Im Folgenden beschreiben wir einen Ausschnitt dieses Zusammenspiels.

2.1 Verteilungsquoten, Wohnortauflage und Residenzpflicht

Ukrainische Geflüchtete dürfen ihren Wohnort in Deutschland frei wählen; nur im Falle des Bezugs von Sozialleistungen gilt eine Wohnsitzauflage in dem Landkreis der für sie zuständigen Sozialbehörde. Allen anderen, die einen Asylantrag stellen, wird hingegen ein Wohnort zugewiesen; die Verteilung von Geflüchteten wird auf Bundesebene nach dem sogenannten

Königsteiner Schlüssel auf der Grundlage von Einwohnerzahlen und Steuereinnahmen geregelt. Auch (Spät-)Aussiedler wurden und werden anhand eines Quotensystems (auf Basis der Aussiedler-Zuweisungsverordnung und des Bundesvertriebenengesetzes) auf die Bundesländer verteilt. In einigen Bundesländern sind Geflüchtete dazu verpflichtet, bis zu drei Jahre in dem ihnen zugewiesenen Stadt- oder Landkreis zu wohnen (Wohnsitzauflage). Dies galt in den 1990er-Jahren auch für Aussiedler (Reiss et al. 2013). Diese Verteilung soll der Ballung von Geflüchteten in wenigen geografischen Regionen und damit einer sogenannten Ghettoisierung entgegenwirken und, im Falle von Asylantragstellenden, auch die Kosten der Leistungen für Geflüchtete gerechter verteilen (Brücker et al. 2020).

Jedoch stellt sich die Verteilung unter gesundheitlichen Gesichtspunkten als problematisch dar. Der Verteilungsprozess geht häufig mit vielen kurzfristigen Transfers zwischen verschiedenen Unterkünften einher. Diese können bei den Geflüchteten ein Gefühl von Kontrollverlust auslösen und die Kontinuität von gesundheitlichen Versorgungsprozessen und sozialen Kontakten unterbrechen (Biddle et al. 2022). Eine Studie aus den Niederlanden belegt eindrücklich negative Einflüsse häufiger Transfers auf die Gesundheit von geflüchteten Kindern (Goosen et al. 2014). Zudem zeigen Studien aus Deutschland, dass die derzeitige Verteilung mitnichten gleichmäßig ist: Gruppen mit einer erhöhten Vulnerabilität, wie Kinder und Geflüchtete über 65, wurden überproportional in strukturschwache Regionen verteilt (Bozorgmehr 2017b; Bozorgmehr et al. 2018). Dies ist dann problematisch, wenn der fehlende finanzielle Ausgleich für gesundheitliche Ausgaben den Ausbau notwendiger gesundheitlicher Infrastruktur oder die Bewilligung essenzieller gesundheitlicher Leistungen einschränkt (Biddle et al. 2020). Auch potenziell integrationsfördernde Aspekte wie die Arbeitsmarktbedingungen oder die lokale Verfügbarkeit von Sprachkursen und Bildungsangeboten werden bei der Verteilung nicht berücksichtigt (Brücker et al. 2020).

Die Lebensbedingungen am Wohnort, widergespiegelt zum Beispiel in Arbeitslosenquote, Bildungsniveau oder Steuereinnahmen, können sich auf die Gesundheit Geflüchteter auswirken. Studien aus Deutschland, Schweden und Dänemark zeigen den negativen Einfluss sozioökonomischer Deprivation des Wohnorts auf verschiedene Gesundheits-Outcomes wie kardiovaskuläre Erkrankungen (Hamad et al. 2020), Diabetes (Hamad et al. 2020; White et al. 2016) und Sterblichkeit (Reiss et al. 2013). Gleichzeitig zeigen Studien, dass sich ein hoher Bevölkerungsanteil von Migrantinnen und Migranten durchaus positiv auf die Gesundheit neu Zugewanderter auswirken kann (Bécares et al. 2012), was der postulierten Notwendigkeit einer breiten Verteilung widerspricht. Insgesamt scheinen für Geflüchtete die negativen gesundheitlichen Auswirkungen der derzeitigen Verteilungspolitik zu überwiegen. Eine Ausweitung der Freizügigkeit ukrainischer Geflüchteter auf andere Gruppen wäre aus gesundheitlicher Perspektive daher zu begrüßen.

TABELLE 1

Der rechtliche Status von Zugewanderten und sein Einfluss auf gesundheitsrelevante Variablen

	Illegalisierte	Asylbewerberinnen und -bewerber
Asylantragstellung	keine oder abgelehnt	persönlich, in einer Außenstelle des Bundesamtes für Migration (BAMF)
Verteilung	nicht zutreffend	zwei- bis dreistufig: Stufe 1: nach Königsteiner Schlüssel zwischen 16 Bundesländern Stufe 2/3: nach landesspezifischen Quoten innerhalb der Bundesländer, zwischen Landkreisen und/oder Kommunen
Wohnortauflage/ Residenzpflicht	nicht zutreffend	ja, auf Ebene der Bundesländer und/oder der Stadt-/Landkreise und Kommunen
Unterbringung	klandestin privat (nicht regulär gemeldet)	ein- bis zweistufig: Stufe 1: Landesregistrierungsstellen oder ANKER-Einrichtungen Stufe 2: Sammelunterkünfte der Landkreise – in Abhängigkeit vom Herkunftsland, zum Beispiel sichere Herkunftsstaaten ausschließlich in Stufe 1 bis zum Abschluss des Verfahrens, der freiwilligen Ausreise oder der Rückführung
Dauer des Asylverfahrens	nicht zutreffend	abhängig vom Herkunftsland: – beschleunigtes Verfahren (Syrien), mittlere Dauer circa 6–7 Monate – normales Verfahren: Dauer bis zu 16 Monate
Zugang zum Arbeitsmarkt	keine Arbeitserlaubnis, Arbeitsschutzgesetze gelten formal dennoch	– eingeschränkt – Nachrangigkeitsprinzip während des laufenden Asylverfahrens – keine Arbeitserlaubnis während des Aufenthalts in Landeserstaufnahme- einrichtungen (aktuell: bis 18 Monate nach Ankunft)
Familiennachzug	nicht legal möglich	eingeschränkt und seit 2015 stark verschärft
Gesundheitsversorgung/ Leistungsspektrum	eingeschränkt nach §§ 4 und 6 AsylbLG, de facto droht bei Nutzung regulärer Versorgung als Konsequenz die Meldung an Innenbehörden – Versorgung vor allem über zivilgesell- schaftlich-med. Parallelstrukturen	– eingeschränkt nach § 4 AsylbLG – weitergehende Versorgung nach § 6 AsylbLG möglich nach Einzelfallprüfung und als Ermessensleistung (kein Anrecht) – nach 18 Monaten: Einzelfallprüfung auf Analogleistungen nach SGB II und XII gemäß § 2 AsylbLG* – Ausnahmen: Hamburg und Bremen
Gesundheitsuntersuchung	– keine – Möglichkeit der Nutzung anonymer Sprechstunden sexuell übertragbarer Erkrankungen im Öffentlichen Gesund- heitsdienst (ÖGD)	– gemäß § 62 AsylG und § 36 IfSG: Untersuchung auf Lungentuberkulose und sonstige übertragbare Erkrankungen – Untersuchungsspektrum in Landesverordnungen spezifiziert und in 16 Bundes- ländern unterschiedlich – PCR-Testung auf SARS-CoV-2-Infektion
Krankenschein	ja, mit Konsequenz der Abschiebung	innerhalb der ersten 18 Monate nach Ankunft (Ausnahmen: acht Bundesländer)
Elektronische Gesundheitskarte (eGK)	nein	– innerhalb der ersten 18 Monate in fünf Bundesländern flächendeckend sowie in vier Bundesländern in einzelnen Kommunen; sonst nach 18 Monaten als Ermessensleistung – keine eGK für Personen aus sicheren Herkunftsländern
Kostenübernahme für Sprach- mittlung/Dolmetscherkosten	nach §§ 4, 6 AsylbLG de jure möglich	nach §§ 4, 6 AsylbLG de jure möglich

* Wartezeiten bis zum Erhalt von Analogleistungen wurden in den letzten Jahrzehnten immer wieder geändert. Vor 1994: keine Wartezeit. 1994–1996: 12 Monate. 1997–2006: 36 Monate. 2007–(März) 2015: 48 Monate. (März) 2015–(August) 2019: 15 Monate. Ab (September) 2019 bis jetzt: 18 Monate.

Kontingentflüchtlinge	Schutzstatus nach EU-Massenzustromrichtlinie	Aussiedler/Spätaussiedler
persönlich, im Ausland (über UNHCR/IOM)	online (auf dem Bundesgebiet)	Aufnahmegesuch, persönlich in einer Außenstelle des Bundesamtes für Migration (BAMF)
zwischen Nationalstaaten, anschließend analog zu Asylbewerbern	keine Verteilung zwischen Nationalstaaten oder Bundesländern, Bewegungsfreiheit nicht eingeschränkt, Ausnahme: ukrainische Geflüchtete, die nicht privat unterkommen und Bedarf an einer Unterbringung in einer Aufnahmeeinrichtung haben	Verteilung anhand administrativer Quoten
ja, Ausnahme: – sozialversicherungspflichtige Beschäftigung – Familienangehörige in einem anderen als dem zugeteilten Ort	nein, Ausnahme: – Bezug von Sozialleistungen – sofern nicht privat untergebracht, Wohnortauflage auf Ebene des Bundeslandes	ja, Ausnahme: – sozialversicherungspflichtige Beschäftigung – Familienangehörige in einem anderen als dem zugeteiltem Ort
ein- bis dreistufig: Stufe 1: Landesregistrierungsstellen oder ANKER-Einrichtungen Stufe 2: Sammelunterkünfte der Landkreise Stufe 3: private Unterkünfte in Gemeinden	direkt in privaten Unterkünften oder bei Bedarf in einer Aufnahmeeinrichtung/Behelfsunterkunft, bis eine private Unterkunft verfügbar ist	kurzfristig in Aufnahmeeinrichtungen, dann Zuweisung in Kommunen
temporärer Schutzstatus bei Ankunft bereits gewährt	temporärer Schutzstatus auf Antrag ohne Einzelfallprüfung bei Ankunft gewährt	permanentes Aufenthaltsrecht beziehungsweise deutsche Staatsbürgerschaft bei Ankunft gewährt
uneingeschränkt	uneingeschränkt	uneingeschränkt
mit Auflagen möglich	uneingeschränkt	Bis 2005 uneingeschränkt, seit 2005 stärkere Einschränkung
keine Einschränkung, Leistungen gemäß SGB II und SGB XII	– bis 1. Juni 2022 formal eingeschränkt nach §§ 4, 6 AsylbLG – ab 1. Juni: eine Einschränkung, Leistungen gemäß SGB II und SGB XII	keine Einschränkung, Leistungen gemäß SGB II und SGB XII
– analog zu Asylbewerbern – ergänzt durch Prämigrations-Health-Checks durch IOM/UNHCR	– keine – im Falle der Unterbringung in Sammelunterkünften analog zu Asylbewerbern	– keine – im Falle der Unterbringung in Sammelunterkünften analog zu Asylbewerbern
während Aufenthalt in Aufnahmeeinrichtungen	bis 1. Juni 2022: Krankenschein	nein
nach Zuweisung in Kommunen/Landkreise	ab 1. Juni 2022: ja	ja
gemäß SGB II und SGB XII nicht möglich	gemäß SGB II und SGB XII nicht möglich	gemäß SGB II und SGB XII nicht möglich

2.2 Unterbringung und Wohnraum

Von der Frage der Freizügigkeit hängt auch die Unterbringungssituation ab. Gemäß Aufenthaltsgesetz müssen sich Menschen, die in Deutschland Asyl beantragen, in einer Außenstelle des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge registrieren und ihren Antrag persönlich stellen (Tabelle 1). Sie müssen dann für bis zu 18 Monate in Erstaufnahmeeinrichtungen leben und sich Zimmer und Sanitäranlagen mit teils mehreren Personen außerhalb des eigenen Haushalts teilen. Die hygienischen Bedingungen sind oft schlecht. Mangelnde Privatsphäre, Lärm sowie das Risiko für physische und sexuelle Gewalt beeinträchtigen die Gesundheit und das Sicherheitsgefühl (Gewalt et al. 2019). Fehlende Kochmöglichkeiten und zentrale Essenausgaben zu festen Zeiten, verknüpft mit einem Sachleistungsprinzip, schränken die Autonomie ein, worunter insbesondere Schwangere und geflüchtete Kinder leiden (Gewalt et al. 2018). Nach einem Transfer in eine Gemeinschaftsunterkunft in einen den Menschen zugewiesenen Landkreis ist zumindest oft eine Kochmöglichkeit, die jedoch meist geteilt werden muss, gegeben. Aufgrund fehlender verbindlicher Standards für die Unterbringung variiert der Zustand der Unterkünfte erheblich. So wiesen in einer für Baden-Württemberg repräsentativen Untersuchung über die Hälfte der Gemeinschaftsunterkünfte eine schlechte bis sehr schlechte Qualität auf, und deren Bewohnerinnen und Bewohner hatten tendenziell höhere psychische Belastungen als Geflüchtete in besseren Unterkünften (Mohsenpour et al. 2021). Das Risiko für Infektionserkrankungen ist ebenfalls erhöht: Die meisten meldepflichtigen Erkrankungen bei Geflüchteten in Sammelunterkünften lassen sich durch bessere Hygiene, geringere Belegungsdichte und Immunisierungen verhindern (Kühne und Gilsdorf 2016). Auch im Zuge der Coronavirus-Pandemie war das Infektionsrisiko in Sammelunterkünften erhöht (Bozorgmehr et al. 2020), insbesondere dann, wenn eine ganze Einrichtung kollektiv und ohne Nachverfolgung von Kontaktpersonen unter Quarantäne gestellt wurde (Jahn et al. 2022).

Die internationale Literatur weist auf die immense Bedeutung einer adäquaten Unterbringung für die körperliche und psychische Gesundheit geflüchteter Menschen hin (Ziersch und Due 2018). Kleinere oder private Unterkünfte sind mit einem besseren psychischen Gesundheitszustand verbunden (Porter und Haslam 2005), auch in Deutschland (Dudek et al. 2022). In diesem Sinne ist zu erwarten, dass die Abkehr von der verpflichtenden Unterbringung geflüchteter Menschen aus der Ukraine in Sammelunterkünften mit Gesundheitsgewinnen einhergeht. So bieten Sammelunterkünfte bei Bedarf, das heißt, wenn es keine private Unterbringungsmöglichkeit am Ankunftsort gibt, einen ersten Schutz sowie kurzfristig Verpflegung und Herberge. Jedoch werden die Menschen nicht per Gesetz gezwungen, länger als nötig in diesen Kontexten zu verbleiben, wodurch gesundheitsgefährdende Einflüsse der Sammelunterbringung reduziert werden.

2.3 Dauer des Asylverfahrens

Lange Bearbeitungszeiten des Asylantrags (Tabelle 1) und damit verbundene Unsicherheiten wirken sich negativ auf die physische und psychische Gesundheit aus. In diesem Zusammenhang sind sowohl die Länge als auch der Ausgang des Asylverfahrens von Bedeutung (Jannesari et al. 2020; Li et al. 2016). Ein längeres Asylverfahren scheint mit einem höheren Risiko von Depressionen, Angststörungen und somatoformen Störungen einherzugehen, was auch den mit dem Asylverfahren verbundenen Lebensumständen zuzuschreiben ist (Laban et al. 2004). In Deutschland durchgeführte Studien zeigen ebenfalls, dass das Warten auf den Ausgang des Asylverfahrens negative Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden hat (Grochtdreis et al. 2020; Walther et al. 2020b) und mit erhöhtem Auftreten von posttraumatischen Belastungsstörungen (Comtesse und Rosner 2019) sowie Depressionen (Nutsch und Bozorgmehr 2020; Winkler et al. 2019) verbunden ist.

Vereinfacht ausgedrückt führt der Ausgang des Asylverfahrens entweder zu einem unbefristeten, sicheren oder zu einem temporären und damit unsicheren Aufenthaltsstatus (beziehungsweise dem Entzug desselben). Studien zeigen, dass ein temporärer Aufenthaltsstatus mit einem höheren Risiko posttraumatischer Belastungsstörungen, Depressionen oder Angststörungen verbunden ist (Li et al. 2016; Hajak et al. 2021). Das Ausmaß psychischer Belastungen steigt, die gesundheitsbezogene Lebensqualität sinkt und die Stärke psychischer Störungen nimmt zu, je kürzer die Befristung des Aufenthaltsstatus ist (Grochtdreis et al. 2020; Walther et al. 2020a; Walther et al. 2020b).

2.4 Zugang zum Arbeitsmarkt

Eine zentrale Rolle für die psychische Gesundheit Geflüchteter spielt der Zugang zu einer nachhaltigen beruflichen Beschäftigung (Jannesari et al. 2020; Li et al. 2016; Porter und Haslam 2005). Eingeschränkte berufliche und wirtschaftliche Perspektiven, zum Beispiel aufgrund von Nichtanerkennung beruflicher Abschlüsse oder Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt, wirken sich negativ auf die Gesundheit Geflüchteter aus (Porter und Haslam 2005). Eine reguläre Beschäftigung ist mit vermindertem Stress und besserem psychischen Wohlergehen verbunden (Grochtdreis et al. 2020; Kaltenbach et al. 2018), insbesondere bei männlichen Geflüchteten (Walther et al. 2020b). Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung hingegen sind mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine posttraumatische Belastungsstörung (von Haumeder et al. 2019) und einem bis zu zweifach erhöhten Risiko einer Depression verbunden (Nutsch und Bozorgmehr 2020). Geflüchtete selbst berichten, dass Arbeitslosigkeit oder eine minderwertige Beschäftigung relativ zu ihrer beruflichen Qualifikation zu „niedrigem Selbstwertgefühl, Frustration und einem Gefühl der Verzweiflung“ führen (von Haumeder et al. 2019).

2.5 Familiennachzug

Im Fluchtcontext gilt die Familie als besonders wichtiges soziales Netzwerk, das die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten vor, während und nach der Flucht beeinflusst (Nesterko und Glaesmer 2016). Studien zeigen zudem, dass familiäre Netzwerke nach der Ankunft als Ressource für die Integration dienen können, indem sie Neuankömmlingen wichtige Informationen und Kontakte vermitteln oder allgemein als Puffer für den sogenannten akkulturativen Stress dienen (Lamba und Krahn 2003). Familiäre Beziehungen können sich jedoch während und nach der Flucht auch ändern, und die Möglichkeiten, solche Netzwerke aufrechtzuerhalten, sind unter anderem durch die Asylsysteme der jeweiligen Aufnahmeländer bedingt. So haben sich in Deutschland in den letzten Jahren die Regelungen des Familiennachzugs für Geflüchtete je nach Rechtsstatus oft verändert (Tabelle 1). Zwischen 2016 und 2018 wurde beispielsweise der Familiennachzug für Personen mit subsidiärem Schutz ausgesetzt (Gambaro et al. 2018). Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive gibt es gute Evidenz für den positiven Einfluss des Familiennachzugs auf das allgemeine Wohlbefinden (ebenda; Löbel 2020) und die psychische Gesundheit (Löbel und Jacobsen 2021) von Geflüchteten. Von den negativen Auswirkungen des „Wartens auf die Familie“ sind vor allem alleinreisende Männer mit Familie im Heimatland stark betroffen (Hvidtfeldt et al. 2022). Der Blick in die gesundheitswissenschaftliche Literatur zeigt jedoch auch, dass die Evidenz zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und Familiennachzug trotz der Wichtigkeit des Themas für Geflüchtete und dessen hoher politischer Brisanz noch unzureichend untersucht wurde.

3 Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung

3.1 Gesundheitsuntersuchung und Schutzbedarfsidentifizierung

Mit der verpflichtenden Unterbringung in Sammelunterkünften geht auch eine gesetzlich verpflichtende Gesundheitsuntersuchung (nach § 62 AsylG) für geflüchtete Menschen einher. Diese dient der Erkennung von Infektionserkrankungen, allen voran der Lungentuberkulose. Gemäß föderaler Regelungen werden eine Reihe von Untersuchungen verpflichtend (Wahedi et al. 2016) und teils ohne Beachtung herkunftslandbezogener und individueller Risiken durchgeführt, was sich in vergangenen Fluchtbewegungen als medizinisch, ethisch und ökonomisch nicht zielführend erwies (Bozorgmehr et al. 2017a). So wurden im Jahr 2015 die knappen Ressourcen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dafür eingesetzt, eine immens hohe Anzahl von Reihenunter-

suchungen bei Personen durchzuführen, die aufgrund der epidemiologischen Bedingungen ihrer Herkunftsländer (zum Beispiel Syrien) ein eher niedriges Tuberkulose-Risiko hatten (Bozorgmehr et al. 2019). Just diese auf das Herkunftsland bezogene Betrachtung rechtfertigt jedoch gemäß der Empfehlungen des Europäischen Zentrums für die Kontrolle von Infektionserkrankungen (ECDC) bei Geflüchteten aus der Ukraine eine Untersuchung auf Tuberkulose als Früherkennungsmaßnahme. Zudem sind chronische Erkrankungen zu berücksichtigen. Da Geflüchtete aus der Ukraine nicht notwendigerweise in Sammelunterkünften unterkommen (Tabelle 1), muss jegliche Früherkennung im ambulanten Versorgungssystem stattfinden, wofür dieses aber aufgrund der fehlenden Sensibilisierung für bevölkerungsmedizinische Aspekte nicht optimal aufgestellt ist. Die Früherkennung anderer Probleme Geflüchteter, wie psychischer Erkrankungen oder Behinderungen, die von der Europäischen Kommission gefordert wird, erfolgt hingegen auch heute bei der Aufnahme nicht systematisch und nur lückenhaft (vom Felde et al. 2020). Somit wurden diesbezügliche Bedarfe nicht nur bei früheren, sondern auch in der aktuellen Fluchtbewegung mit großer Wahrscheinlichkeit erst spät erkannt und adressiert.

3.2 (Un-)Eingeschränkte Ansprüche auf gesundheitliche Leistungen

Bis 1993 war die gesundheitliche Versorgung bedürftiger Personen und Gruppen mit Aufenthalt in Deutschland, inklusive Geflüchteter und Zugewanderter, einheitlich durch das Bundessozialhilfegesetz (§ 120 Abs. 1, 2 BSHG) geregelt. Dies änderte sich 1993 mit dem Inkrafttreten des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG), das faktisch einige Gruppen aus dem BSHG ausschloss und für sie ein separates System mit eingeschränktem Leistungsumfang schuf. Diese Gruppen umfassen Geflüchtete vor Einreichung ihres Asylgesuchs, Asylsuchende oder Asylbewerber im laufenden Verfahren, Personen mit temporärem oder subsidiärem Schutzstatus, Personen mit Duldung, abgelehnte Asylbewerber sowie Personen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus (Gottlieb und Schülle 2020). Das AsylbLG sieht für die oben genannten Gruppen Einschränkungen der gesundheitlichen Leistungen im Vergleich zu Sozialhilfeempfängern (entsprechend Sozialgesetzbuch, SGB) vor (s. Tabelle 1). So soll sich zum Beispiel die medizinische Versorgung auf die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ (§ 4 AsylbLG) beschränken. Zahnersatz soll nur gewährt werden, „soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist“ (ebenda). Nach § 6 AsylbLG können weitere Leistungen im Einzelfall gewährt werden; dies liegt weitgehend im Ermessen der Sachbearbeiter bei den bewilligenden Sozialämtern.

Geflüchtete erhalten Zugang zum vollen Leistungsumfang entsprechend SGB, wenn sie sich 18 Monate ununterbrochen in Deutschland aufgehalten haben und von den Behörden als

kooperativ im Hinblick auf das Asylverfahren erachtet werden (Analogleistungen nach § 2 AsylbLG), oder wenn sie Flüchtlingsstatus erhalten haben (Sozialleistungen nach SGB).

Zu Zusammenhängen zwischen den oben genannten Leistungseinschränkungen und der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen zeichnen Studien ein recht einheitliches Bild: Leistungseinschränkungen gehen einher mit einer geringen Nutzung ambulanter fachärztlicher, psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung bei gleichzeitiger hoher Inanspruchnahme von Notfallversorgung und stationärer Behandlung sowie einer hohen Rate an ambulant-sensitiven Hospitalisierungen, also Hospitalisierungen, die durch eine rechtzeitige und angemessene ambulante Behandlung hätten verhindert werden können (*Bauhoff und Göppfarth 2018; Biddle et al. 2019; Gottlieb et al. 2020; Lichtl et al. 2017*). Asylsuchende, für die Leistungseinschränkungen gelten, verzichten fast viermal häufiger auf benötigte Arztbesuche als gesetzlich Versicherte (*Schneider et al. 2015*), während die Inanspruchnahme von Notfallversorgung, die Hospitalisierungsrate und die Einweisung mit einer psychiatrischen Diagnose doppelt so hoch sind wie bei gesetzlich Versicherten (*Bauhoff und Göppfarth 2018*).

Illegalisierte Personen nehmen aus Angst vor Abschiebung selbst die wenigen Gesundheitsleistungen, die ihnen theoretisch zustehen, oft nicht wahr (Tabelle 1), denn aufgrund aufenthaltsrechtlicher Vorschriften müssen Leistungserbringer und -träger in bestimmten Fällen Personen ohne aufenthaltsrechtlichen Status an die Ausländerbehörde melden (*Castañeda 2009*). Dadurch entstehen Defizite in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus, selbst in essenziellen Bereichen wie der Mutter-und-Kind-Gesundheit, der Versorgung akuter Erkrankungen und Verletzungen (*Castañeda 2009; Schade et al. 2015; Schlöpker et al. 2009; Winters et al. 2018*) oder der Behandlung infektiöser Krankheiten (*Mylius und Frewer 2015*). Aus Spanien gibt es eindruckliche Evidenz zu den gesundheitlichen Folgen: Im Zuge der Finanzkrise (2008) wurden Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus vom universellen Gesundheitssystem ausgeschlossen. In der Folge nahm die Gesamtsterblichkeit sowie die Sterblichkeit an onkologischen sowie infektiologischen Todesursachen bei den entsprechenden Migrantengruppen zu (*Mestres et al. 2021*).

Leistungseinschränkungen tragen somit nachweislich dazu bei, dass geflüchtete Menschen weniger bedarfsgerecht durch Angebote der medizinischen Versorgung erreicht werden. Gleichzeitig benötigen diejenigen Patienten, die dennoch eine Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, dann oftmals mehr und aufwendigere Behandlungen. So gehen Leistungseinschränkungen bei geflüchteten Menschen in

Deutschland letztendlich mit höheren Kosten für die Versorgung einher (*Bozorgmehr und Razum 2015; Holleder 2020*). Die Aufhebung von Leistungseinschränkungen sollte somit nicht nur Aussiedlern und Geflüchteten aus der Ukraine, sondern allen Schutzsuchenden zugutekommen, um eine bedarfsgerechte, effiziente und diskriminierungsfreie Versorgung zu realisieren.

Gleichzeitig hat die Regelversorgung einen wichtigen Nachteil: Im Rahmen des SGB können Dolmetscherkosten bei der medizinischen Versorgung nicht übernommen werden, wohingegen dies unter den Regelungen des AsylbLG möglich ist (Tabelle 1). Aufgrund der zentralen Rolle von Sprachmittlung zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung wäre es sinnvoll, wenn die Möglichkeit der Kostenübernahme auch Eingang in das SGB fände.

3.3 Zugang zu Versorgung: Krankenschein versus elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Querliegend zu den Rechtsansprüchen gibt es in Deutschland einen Flickenteppich an Regelungen, die den (Nicht-)Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Geflüchtete regeln. Nur fünf Bundesländer erteilen Geflüchteten direkt nach Ankunft eine eGK; in vier weiteren Bundesländern haben nur einzelne Kommunen die eGK eingeführt. In den restlichen Bundesländern und Kommunen benötigen Geflüchtete für jeden Arztbesuch einen Krankenschein der zuständigen Sozialbehörde (*Gottlieb und Schülle 2021*). Hierdurch wird die Zuweisung zu Bundesländern zu einer Lotterie, die über den Zugang zum Gesundheitssystem entscheidet (*Razum et al. 2016*).

Mit der eGK gehen auch unter den Bedingungen eines eingeschränkten Leistungsspektrums zahlreiche positive Auswirkungen auf Versorgungsmuster, Gesundheitsoutcomes sowie auf Kosten und administrative Prozesse einher. So liegen gesicherte Erkenntnisse darüber vor, dass die Einführung der eGK für Asylsuchende administrative Prozesse erleichtert, Verwaltungskosten reduziert, Hürden bei der Inanspruchnahme von Leistungen für Asylsuchende abbaut, die Abrechnungsprozesse für Leistungserbringer erleichtert und sich sowohl auf die psychische Gesundheit als auch den selbst berichteten allgemeinen Gesundheitszustand Geflüchteter positiv auswirkt (*Gold et al. 2021*). Gleichzeitig gibt es keine Hinweise auf eine durch die eGK hervorgerufene übermäßige Inanspruchnahme der medizinischen Infrastruktur (*Gottlieb et al. 2021*). Somit ist der frühzeitige Erhalt der eGK für Geflüchtete aus der Ukraine eine sehr gute Systemantwort, die aber gleichzeitig Ungleichheiten innerhalb der Gruppe der in Deutschland Schutz suchenden Personen vergrößert. Diese Ungleichheiten wären durch eine flächendeckende Einführung der eGK im Sinne einer bedarfsgerechten und effizienten Versorgung dringend abzubauen.

4 Lehren für ein integratives Gesundheitssystem

Die wissenschaftliche Evidenz zeigt, dass der rechtliche Status eine immense Wirkmacht entfalten und die Gesundheit sowie deren Determinanten maßgeblich beeinflussen kann. So zieht der Ausschluss von sozialer Teilhabe eine schlechtere Gesundheit der geflüchteten Menschen nach sich, die wiederum im Sinne einer „Reparaturmedizin“ durch das Gesundheitssystem aufgefangen werden muss. Kombiniert mit restriktiven Regelungen des Zugangs zu eben solcher medizinischen Versorgung entsteht eine Spirale, die vermeidbare Kosten, Mehraufwand und Leiden generiert und somit die Wohlfahrt im System reduziert. Am Beispiel von (Spät-)Aussiedlern und der aktuellen Zuwanderung aus der Ukraine wird deutlich, dass eine andere Systemantwort auf Krisen möglich ist.

Der migrationspolitisch motivierte Ausschluss einzelner Gruppen zum vermeintlichen Schutz des Sozialstaats scheint genau das Gegenteil zu erreichen. Es werden immense Ressourcen für das Prüfen und Kontrollieren unterschiedlicher Ansprüche und das Verwehren von Leistungen (das heißt letztendlich für Stratifizierung und Exklusion) aufgewendet. Diese Ressourcen könnten für die Förderung von Integration, Gleichberechtigung und Teilhabe genutzt werden.

Diese konfliktreiche Doppelrolle ist dem Sozialstaat inhärent, der einerseits Integration, Inklusion und Teilhabe fördern soll, gleichzeitig aber auch unterschiedliche Ansprüche feststellen, kontrollieren und implementieren muss (*Esping-Andersen 1990*). Diese Doppelrolle auszubalancieren ist jedoch eine gesellschaftliche und politische Frage, nicht zuletzt auch, um in der Gesellschaft Akzeptanz für die Entscheidungen herzustellen. Die Ungleichbehandlung innerhalb der heterogenen Gruppe der Geflüchteten wird zunehmend auch zu einem normativen Problem. So haben zum Beispiel Dissidenten aus Russland und Menschen aus der Ukraine, die beide vor demselben Aggressor fliehen, fundamentale unterschiedliche Chancen auf Teilhabe und gesundheitliche Versorgung in Deutschland.

Aus rein gesundheitlicher Perspektive sollte der integrative Umgang mit Geflüchteten aus der Ukraine als Modell für den Umgang mit Geflüchteten aus anderen Ländern dienen. So könnte die Einzelfallprüfung des Asylverfahrens beibehalten, das Verfahren jedoch von Ansprüchen auf Gesundheitsleistungen entkoppelt werden, sodass diese gemäß des Regelsystems diskriminierungsfrei ab Ankunft gewährt werden. Die Evidenz zeigt, dass dies administrativ, ethisch, ökonomisch und gesundheitlich von Vorteil ist. Ängste, dass eine solche Regelung als Zuwanderungsmagnet fungieren könnte, sind unbegründet: Sowohl die Schweiz als auch Österreich haben

keine Leistungseinschränkungen für Geflüchtete, und dennoch wandern Menschen nicht massenhaft in diese Nachbarländer Deutschlands ein. Sinnvoll wäre in diesem Zusammenhang auch eine Abkehr von der verpflichtenden Zentralisierung der Unterbringung, die sich im Zuge der Pandemie als systemische Vulnerabilität erwiesen hat und eine „Krise in der Krise“ auslöste.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht sind mit der Freizügigkeit nur wenige Nachteile verbunden, so zum Beispiel größere Herausforderungen bei der Früherkennung von infektiösen oder chronischen Erkrankungen, die nunmehr aus dem Regelsystem heraus erfolgen müsste, sowie die fehlende Möglichkeit der Übernahme von Dolmetscherkosten. Hier zeigt sich Transformationsbedarf im Regelsystem, um den Bedarfen einer von Diversität und Mobilität geprägten Bevölkerung gerecht zu werden – zum Beispiel durch einen verstärkten Einsatz aufsuchender Maßnahmen im Kontext der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen oder durch die routinemäßige Übernahme von Dolmetscherkosten im Rahmen des SGB. Diese Transformation stellt eine notwendige Anpassung des Gesundheitssystems an die Anforderungen einer von Diversität geprägten Gesellschaft dar, die nicht nur Geflüchteten zugutekäme, sondern darüber hinaus beispielsweise auch älteren Menschen, Menschen mit Behinderungen und anderen Gruppen von Zugewanderten.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass eine Systemantwort, die nicht anhand immer feiner granulierter Rechtskategorien über Teilhabe oder Ausschluss entscheidet, mit größeren Gewinnen für Gesundheit und gesundheitliche Gerechtigkeit verbunden wäre und dazu beitragen könnte, dass aus Krisen Chancen werden. Essenzielle Leistungen des Sozial- und Gesundheitssystems sollten unserer Auffassung nach ausschließlich den bewährten Prinzipien der Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von medizinischen Leistungen sowie dem verfassungsrechtlich verankerten Grundsatz der Angleichung der Lebenschancen und der sozialen Gerechtigkeit als primärer Aufgabe des Sozialstaats unterliegen.

Literatur

- Bauhoff S, Göppfarth D (2018):** Asylum-Seekers in Germany Differ from Regularly Insured in their Morbidity, Utilizations and Costs of Care. *PLOS ONE*, Vol. 13, No. 5
- Bécares L et al. (2012):** Ethnic Density Effects on Physical Morbidity, Mortality, and Health Behaviors: a Systematic Review of the Literature. *American Journal of Public Health*, Vol. 102, No. 12, e33–e66
- Beck U (2003):** Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne. Berlin: Suhrkamp

- Biddle L et al. (2019):** Health Monitoring among Asylum Seekers and Refugees: a State-wide, Cross-sectional, Population-based Study in Germany. *Emerging Themes in Epidemiology*, Vol. 16, No. 1, 3
- Biddle L et al. (2021):** Monitoring the Health and Healthcare Provision for Refugees in Collective Accommodation Centres: Results of the Population-based Survey RESPOND. *Journal of Health Monitoring*, Vol. 6, No. 1
- Biddle L et al. (2022):** The Patient Journey of Newly Arrived Asylum Seekers and Responsiveness of Care: A Qualitative Study in Germany. *PLOS ONE*, Vol. 17, No. 6, e0270419
- Biddle L, Mladovsky P, Bozorgmehr K (2020):** Health Financing for Asylum Seekers in Europe: Three Scenarios towards Responsive Financing Systems. In: Bozorgmehr K, Roberts B, Razum O, Biddle L (Eds.): *Health Policy and Systems Responses to Forced Migration*. Cham: Springer International Publishing, 77–98
- Bozorgmehr K et al. (2017a):** Infectious Disease Screening in Asylum Seekers: Range, Coverage and Economic Evaluation in Germany, 2015. *Eurosurveillance*, Vol. 22, No. 40
- Bozorgmehr K et al. (2017b):** Regional Deprivation is Associated with the Distribution of Vulnerable Asylum Seekers: a Nationwide Small Area Analysis in Germany. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 71, No. 9, 857–862
- Bozorgmehr K et al. (2018):** Germany: Financing Health Services Provided to Asylum Seekers. In: *Compendium of Health System Responses to Large-scale Migration in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization, 38–47
- Bozorgmehr K et al. (2019):** Using Country of Origin to Inform Targeted Tuberculosis Screening in Asylum Seekers: a Modelling Study of Screening Data in a German Federal State, 2002–2015. *BMC Infectious Diseases*, Vol. 19, No. 1, 304
- Bozorgmehr K et al. (2020):** SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete: Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte. Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19
- Bozorgmehr K, Biddle L, Razum O (2021):** Das Jahr 2015 und die Reaktion des Gesundheitssystems: Bilanz aus einer Resilienzperspektive. In: Zeeb SJ, Zeeb H (Hrsg.): *Handbuch Migration und Gesundheit*. Bern: Hogrefe, 243–256
- Bozorgmehr K, Hövener C (2021):** Monitoring Refugee Health: Integrative Approaches Using Surveys and Routine Data. *Journal of Health Monitoring*, Vol. 6, No. 1, 3–6
- Bozorgmehr K, Razum O (2015):** Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLOS ONE*, Vol. 10, No. 7, e0131483
- Bozorgmehr K, Wahedi K (2017):** Reframing Solidarity in Europe: Frontex, Frontiers, and the Fallacy of Refugee Quota. *The Lancet Public Health*, Vol. 2, No. 1, e10–e11
- Braveman P, Gottlieb L (2014):** The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, Vol. 129, Suppl 2, 19–31
- Brücker H, Hauptmann A, Jaschke P (2020):** Beschränkungen der Wohnortwahl für anerkannte Geflüchtete: Wohnsitzauflagen reduzieren die Chancen auf Arbeitsmarktintegration. IAB-Kurzbericht, No. 3. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Nürnberg
- Castañeda H (2009):** Illegality as Risk Factor: a Survey of Unauthorized Migrant Patients in a Berlin Clinic. *Social Science & Medicine*, Vol. 68, No. 8, 1552–1560
- Comtesse H, Rosner R (2019):** Prolonged Grief Disorder among Asylum Seekers in Germany: the Influence of Losses and Residence Status. *European Journal of Psychotraumatology*, Vol. 10, No. 1, 1591330
- Dudek V, Razum O, Sauzet O (2022):** Association between Housing and Health of Refugees and Asylum Seekers in Germany: Explorative Cluster and Mixed Model Analysis. *BMC Public Health*, Vol. 22, No. 1, 1–9
- Esping-Andersen G (1990):** *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press
- Europäische Kommission (2001):** Richtlinie 2001/55/EG des Rates vom 20. Juli 2001 über Mindestnormen für die Gewährung vorübergehenden Schutzes im Falle eines Massenzustroms von Vertriebenen und Maßnahmen zur Förderung einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen, die mit der Aufnahme dieser Personen und den Folgen dieser Aufnahme verbunden sind, auf die Mitgliedstaaten. In: *Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften*, L212, 12–23; data.europa.eu/eli/dir/2001/55/oj
- vom Felde L, Flory L, Baron J (2020):** Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (Hrsg.), Berlin
- Gambaro L, Kreyenfeld M, Schacht D, Spieß CK (2018):** Refugees in Germany with Children Still Living Abroad Have Lowest Life Satisfaction. *DIW Weekly Report*, Vol. 8, No. 42, 415–425
- Gewalt SC et al. (2018):** Psychosocial Health of Asylum Seeking Women Living in State-provided Accommodation in Germany during Pregnancy and Early Motherhood: A Case Study Exploring the Role of Social Determinants of Health. *PLOS ONE*, Vol. 13, No. 12, e0208007
- Gewalt SC, Berger S, Szecsenyi J, Bozorgmehr K (2019):** “If You Can, Change this System” – Pregnant Asylum Seekers’ Perceptions on Social Determinants and Material Circumstances Affecting their Health whilst Living in State-provided Accommodation in Germany – a Prospective, Qualitative Case Study. *BMC Public Health*, Vol. 19, No. 1, 287
- Gold AW et al. (2021):** Die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende: Zusammenfassung der wissenschaftlichen Evidenz. *Equity Studies & Migration 2021-02*, Universitätsklinikum Heidelberg
- Goosen S, Stronks K, Kunst AE (2014):** Frequent Relocations between Asylum-seeker Centres are Associated with Mental Distress in Asylum-seeking Children: a Longitudinal Medical Record Study. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 43, No. 1, 94–104
- Gottlieb N et al. (2020):** Health and Healthcare Utilization among Asylum-Seekers from Berlin’s LGBTIQ Shelter: Preliminary Results of a Survey. *International journal of environmental research and public health*, Vol. 17, No. 12, 4514
- Gottlieb N, Ohm V, Knörnschild M (2021):** The Electronic Health Insurance Card for Asylum-Seekers in Berlin: Effects on the Local Health System. *International Journal of Health Policy and Management; Int J Health Policy Manag* 2022, Vol. 11, No. 8, 1325–1333

- Gottlieb N, Schülle M (2020):** An Overview of Health Policies for Asylum-Seekers in Germany. *Health Policy*; Vol. 125, No. 1, 115–121
- Grochtdreis T, König HH, Riedel-Heller SG, Dams J (2020):** Health-related Quality of Life of Asylum Seekers and Refugees in Germany: A Cross-sectional Study with Data from the German Socio-Economic Panel. *Applied Research in Quality of Life*; Vol. 17, 109–127
- Hajak VL, Sardana S, Verdelli H, Grimm S (2021):** A Systematic Review of Factors Affecting Mental Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 643704
- Hamad R et al. (2020):** Association of Neighborhood Disadvantage with Cardiovascular Risk Factors and Events among Refugees in Denmark. *JAMA network open*, Vol. 3, No. 8, e2014196-e2014196
- von Haumer A, Ghafoori B, Retailleau J (2019):** Psychological Adaptation and Posttraumatic Stress Disorder among Syrian Refugees in Germany: a Mixed-methods Study Investigating Environmental Factors. *European Journal of Psychotraumatology*, Vol. 10, No. 1, 1686801
- Hollederer A (2020):** Die Gewährleistung von Krankheitshilfen bei asylsuchenden Menschen: Zweiklassenmedizin in Deutschland? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Jg. 63, Heft 10, 1203–1218
- Hvidtfeldt C, Petersen JH, Norredam M (2022):** Waiting for Family Reunification and the Risk of Mental Disorders among Refugee Fathers: a 24-Year Longitudinal Cohort Study from Denmark. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 57, No. 5, 1061–1072
- Jahn R, Hintermeier M, Bozorgmehr K (2022):** SARS-CoV-2 Attack Rate in Reception and Accommodation Centres for Asylum Seekers During the First Wave: Systematic Review of Outbreak Media reports in Germany. *Journal of Migration and Health*, 100084
- Jannesari S, Hatch S, Prina M, Oram S (2020):** Post-migration Social-Environmental factors Associated with Mental Health Problems among Asylum Seekers: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, Vol. 22, No. 5, 1055–1064
- Kaltenbach E, Schauer M, Hermenau K, Elbert T et al. (2018):** Course of Mental Health in Refugees – A One Year Panel Survey. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 352
- Kühne A, Gilsdorf A (2016):** Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004–2014 in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, Vol. 59, No. 5, 570–577
- Kumar BN et al. (2022):** Meeting the Health Needs of Displaced People Fleeing Ukraine: Drawing on Existing Technical Guidance and Evidence. *The Lancet Regional Health – Europe*, 100403
- Laban CJ et al. (2004):** Impact of a Long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 192, No. 12, 843–851
- Lamba NK, Krahn H (2003):** Social Capital and Refugee Resettlement: The Social Networks of Refugees in Canada. *Journal of International Migration and Integration/Revue de l'intégration et de la migration internationale*, Vol. 4, No. 3, 335–360
- Li SS, Liddell BJ, Nickerson A (2016):** The Relationship between Post-migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Current psychiatry reports*, Vol. 18, No. 9, 1–9
- Lichtl C, Lutz T, Szecsenyi J, Bozorgmehr K (2017):** Differences in the Prevalence of Hospitalizations and Utilization of Emergency Out-patient Services for Ambulatory Care Sensitive Conditions between Asylum-seeking Children and Children of the General Population: a Cross-sectional Medical Records Study (2015). *BMC Health Services Research*, Vol. 17, No. 1, 731
- Löbel LM (2020):** Family Separation and Refugee Mental Health – a Network Perspective. *Social Networks*, Vol. 61, May, 20–33
- Löbel LM, Jacobsen J (2021):** Waiting for Kin: a Longitudinal Study of Family Reunification and Refugee Mental Health in Germany. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, Vol. 47, No. 13, 2916–2937
- Mediendienst Integration (2022):** Zahlen und Fakten: Flüchtlinge aus der Ukraine; mediendienst-integration.de → Flucht & Asyl → Ukrainische Flüchtlinge
- Mestres AJ, Casasnovas GL, Castelló JV (2021):** The Deadly Effects of Losing Health Insurance. *European Economic Review*, Vol. 131, January, 103608
- Mohsenpour A, Biddle L, Krug K, Bozorgmehr K (2021):** Measuring Deterioration of Small-area Housing environment: Construction of a Multi-dimensional Assessment Index and Validation in Shared Refugee Accommodation. *SSM – Population Health*, Vol. 13, 100725
- Mylius M, Frewer A (2015):** Access to Healthcare for Undocumented Migrants with Communicable Diseases in Germany: a Quantitative Study. *The European Journal of Public Health*, Vol. 25, No. 4, 582–586
- Nesterko Y, Glaesmer H (2016):** Migration und Flucht als Prozess. *Trauma & Gewalt*, Vol. 10, No. 4, 270–286
- Nutsch N, Bozorgmehr K (2020):** Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2016. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Jg. 63, Heft 12, 1470–1482
- Orcutt M et al. (2020):** EU Migration Policies Drive Health Crisis on Greek Islands. *The Lancet*, Vol. 395, No. 10225, 668–670
- Pettersson T et al. (2021):** Organized Violence 1989–2020, with a Special Emphasis on Syria. *Journal of Peace Research*, Vol. 58, No. 4, 809–825
- Porter M, Haslam N (2005):** Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated with Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: a Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 294, No. 5, 602–612
- Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K (2016):** Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, Vol. 78, No. 11, 711–714
- Reiss K et al. (2013):** Assessing the Effect of Regional Deprivation on Mortality Avoiding Compositional Bias: a Natural Experiment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 67, No. 3, 213–218
- Schade M, Heudorf U, Tiarks-Jungk P (2015):** The Humanitarian Consultation-hour in Frankfurt am Main: Utilization by Gender, Age, Country of Origin. *Das Gesundheitswesen*, Vol. 77, No. 7, 466–474
- Schlöpker K et al. (2009):** Unresolved Problems of Undocumented Migrants in Germany: an Analysis of Medical Consultations in Berlin, Cologne and Bonn. *Das Gesundheitswesen*, Vol. 71, No. 12, 839–844

Schneider C, Joos S, Bozorgmehr K (2015): Disparities in Health and Access to Healthcare between Asylum Seekers and Residents in Germany: a Population-based Cross-sectional Feasibility Study. *BMJ Open*, Vol. 5, No. 11, e008784

UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) (2022): Operational data portal: Ukraine Refugee Situation; data.unhcr.org/en/situations/ukraine/location/10781

Wahedi K, Nöst S, Bozorgmehr K (2016): Die Gesundheitsuntersuchung von Asylsuchenden: Eine bundesweite Analyse der Regelungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Jg. 60, Heft 1, 108–117

Walther L et al. (2020a): Psychological Distress among Refugees in Germany: a Cross-sectional Analysis of Individual and Contextual Risk Factors and Potential Consequences for Integration Using a Nationally Representative Survey. *BMJ Open*, Vol. 10, No. 8, e033658

Walther L et al. (2020b): Living Conditions and the Mental Health and Well-being of Refugees: Evidence from a Large-scale German Survey. *Journal of Immigrant and Minority Health*, Vol. 22, No. 5, 903–913

White JS et al. (2016): Long-term Effects of Neighbourhood Deprivation on Diabetes Risk: Quasi-experimental Evidence from a Refugee

Dispersal Policy in Sweden. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, Vol. 4, No. 6, 517–524

WHO (World Health Organization) (2008): Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health; who.int/publications/i/item/9789241563703

Winkler JG et al. (2019): Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus. *Psychiatrische Praxis*, Jg. 46, No. 4, 191–199

Winters M, Rechel B, de Jong L, Pavlova M (2018): A systematic Review on the Use of Healthcare Services by Undocumented Migrants in Europe. *BMC Health Services Research*, Vol. 18, No. 1, 1–10

Ziegler S, Bozorgmehr K (2021): Die „Bleibeperspektive“ als soziale Determinante der Gesundheit Geflüchteter? *Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung*, Jg. 5, No. 2, 309–325

Ziersch A, Due C (2018): A Mixed Methods Systematic Review of Studies Examining the Relationship between Housing and Health for People from Refugee and Asylum Seeking Backgrounds. *Social Science & Medicine*, 213, 199–219

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 24. August 2022)

Danksagung

Die Autoren danken der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) für die Förderung im Rahmen des NEXUS Projekts und der Forschungsgruppe PH-LENS (DFG FOR 2928, GZ: BO5233/1-1).

DIE AUTOREN



Prof. Dr. med. Kayvan Bozorgmehr (M. Sc.), Jahrgang 1981, hat Medizin an der Universität Frankfurt und Public Health an der Universität Umea studiert. Nach der Promotion im Jahr 2012 an der Charité – Universitätsmedizin Berlin baute er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Heidelberg eine Forschungsgruppe zu Migration und Gesundheit auf, wo er sich 2019 an der Medizinischen Fakultät im Fach „Versorgungsforschung und Sozialepidemiologie“ habilitierte. Heute hat er eine W3-Professur für Public Health mit Schwerpunkt „Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung“ an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld inne und leitet die Sektion Health Equity Studies und Migration des Universitätsklinikums Heidelberg.



Louise Biddle (M. Sc.), Jahrgang 1992, studierte Humanwissenschaften (B. Sc.) und Public Health (M. Sc.) in Großbritannien, bevor sie 2017 ihre Promotion am Universitätsklinikum Heidelberg (Schwerpunkt Gesundheitsversorgung von Geflüchteten) begann. Derzeit ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bielefeld.



Dr. Nora Gottlieb (M. Sc. IH, PhD), Jahrgang 1977, absolvierte ein Staatsexamen in Sonderpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg und einen Master in International Health an der Charité – Universitätsmedizin Berlin/tropEd European Network for Education. Sie arbeitete einige Jahre im gemeinnützigen Bereich (Menschenrechte) in Israel; darauf folgte 2014 eine Promotion an der Ben-Gurion-Universität Be'er Sheva, Israel (Schwerpunkt Gesundheitsrechte von Arbeitsmigranten in Deutschland und Israel). Nach Forschungsaufenthalten an der University of Illinois at Chicago (2014–2015) und der Technischen Universität Berlin ist sie derzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bielefeld.

Resilienz im Gesundheitssystem durch Innovation und staatliches Handeln

von Dr. Annka Liepold¹

ABSTRACT

Resilienz im Gesundheitswesen ist auch eine politische Aufgabe, deren Ausbau der Staat vereinfachen und unterstützen sollte. Denn die staatliche Daseinsvorsorge umfasst auch die medizinische Grundversorgung. Deshalb ist es wichtig, dass das Gesundheitswesen gerade auch in Krisensituationen die Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleisten kann. Resilienzsteigernde Maßnahmen verursachen jedoch oftmals Mehrkosten, und es gilt zu klären, wer diese tragen muss. Neben Erkenntnissen aus der Corona-Pandemie widmet sich dieser Artikel vor allem auch Ansätzen zur Resilienzsteigerung bei der Medikamentenversorgung und beleuchtet die Chancen einer umfassenden Digitalisierung des Gesundheitswesens.

Schlüsselwörter: Resilienz, Innovation, Lieferketten, Digitalisierung

Resilience in healthcare is, amongst other things, a political task. The state should simplify and support its development, since public services of general interest also include basic medical care. Because of this it is important that the healthcare system is able to guarantee patient care, especially in crisis situations. However, resilience-enhancing measures often cause additional costs and it is important to clarify who has to pay for them. This article has three objectives: It presents findings from the covid pandemic, describes approaches to increasing resilience in the supply of medication, and highlights the opportunities for comprehensive digitalization of the healthcare system.

Keywords: resilience, innovation, supply chains, digitalization

1 Einleitung: Lernen aus der Krise – oder strukturelles Vergessen?

Durch die Corona-Pandemie wurde die Vulnerabilität der Lieferketten im Gesundheitswesen auf drastische Art und Weise ersichtlich. Im März und April 2020 kam es zu Lieferengpässen und extremen Preissteigerungen bei globalisierten Produkten für den täglichen medizinischen Bedarf, wie zum Beispiel bei medizinischen Masken oder Desinfektionsmitteln (*iw Consult 2022*).

Deswegen stellt sich folgende zentrale Frage: Werden die Akteure des deutschen Gesundheitssystems es schaffen, die entsprechenden Lehren zu ziehen und langfristig resilientere Strukturen aufzubauen? Vergangene Krisen zeigen leider, dass die Aufmerksamkeit für das Thema Resilienz zwar während der jeweiligen Krise hoch ist, in der Regel danach jedoch schnell wieder abflaut. Gerade im Gesundheitssystem ist je-

doch auch der Staat gefragt: Um seiner Aufgabe der Daseinsvorsorge vollumfänglich nachkommen zu können, muss auch er den Aufbau krisenfester Strukturen unterstützen.

Allgemein beschreibt Resilienz die Fähigkeit, dass sich ein System auf plötzliche und schwer vorhersehbare negative Ereignisse (Schocks) vorbereitet, diese bewältigt und anschließend auf der Basis der gemachten Erfahrungen angepasst und verbessert wird. Resilienz ist also kein statischer Zustand, der erreicht werden kann, sondern vielmehr ein kontinuierlicher Prozess, der grob in fünf Phasen eingeteilt werden kann: Prepare (vorbereitendes Handeln), Prevent (präventives Handeln), Protect (schützendes Handeln), Respond (reaktives Handeln) und Recover and Re-Imagine (wiederherstellendes und adaptives Handeln). Am Ende eines Zyklus erreicht man also nicht wieder den Ausgangspunkt, sondern gelangt im besten Fall aufgrund der gezogenen Lehren zu einem besser angepassten System (Abbildung 1).

¹ Dr. Annka Liepold, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften · Karolinenplatz 4 · 80333 München · E-Mail: liepold@acatech.de

Es ist eine Herausforderung, resiliente Strukturen so zu konzipieren, dass diese für unterschiedliche Krisenereignisse gewappnet sind. Aufgrund der Corona-Pandemie, aber beispielsweise auch durch die Blockade des Suezkanals durch den havarierten Frachter Ever Given im März 2021 sowie zuletzt durch den Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine kam es zu unerwarteten Unterbrechungen von Lieferketten. Diese plötzlichen Schockereignisse, gepaart mit langfristigen Herausforderungen wie dem Klimawandel, haben dazu geführt, dass auf absehbare Zeit ein business as usual mit Just-in-time-Lieferungen so nicht haltbar ist, insbesondere in Sparten mit großer gesellschaftlicher Relevanz wie der Gesundheitsbranche. Man spricht in diesem Zusammenhang von der VUKA-Welt, in der wir leben: VUKA steht für Volatilität, Unsicherheit, Komplexität und Ambiguität. Die durch dieses Akronym beschriebenen Herausforderungen für Wirtschaft, Politik und Gesellschaft verdeutlichen die gesteigerte Krisenanfälligkeit, die unter anderem auf die Globalisierung zurückzuführen ist (*Unkrig 2020*).

Der Wunsch nach resilienteren Strukturen – gerade im Gesundheitswesen – ist nachvollziehbar und sinnvoll. Resilienz hat jedoch auch ihren Preis. Der Aufbau von Pufferkapazitäten und Redundanzen im System kann teuer werden. Es gilt zu klären: Wer kommt für die Mehrkosten auf? Welche Maßnahmen sind sinnvoll realisierbar? Was ist zwar wünschenswert, aber zu teuer? Hierfür bedarf es eines politisch moderierten Dialogs zur Kosten-Nutzen-Abwägung resilienzsteigernder Maßnahmen.

Dieser Beitrag zeigt, welche Erkenntnisse bezüglich der Resilienz aus der Corona-Pandemie gewonnen werden können, thematisiert am Beispiel etablierter Medikamente Ansätze, wie die Versorgungssicherheit verbessert werden kann, und zeigt die Potenziale einer weitreichenden Digitalisierung des Gesundheitswesens auf.

2 Verwundbare Lieferketten – Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie

Die Verwundbarkeit der Lieferketten in der Gesundheitsbranche wurde in einer frühen Phase der Corona-Pandemie ersichtlich, als einfache Produkte für die tägliche Versorgung von Patientinnen und Patienten plötzlich fehlten. Die globalisierte Arbeitsteilung bei der Produktion von Medikamenten und Medizinprodukten, die aus Kosteneffizienzgründen etabliert wurde, zeigte nun ihre Schattenseiten. Die auftretende Problematik war jedoch eigentlich bekannt: Die Weltgesundheitsorganisation WHO etwa hatte bereits vor der Pandemie auf die mangelnde Vorbereitung und Krisenplanung in internationalen Gesundheitssystemen hingewiesen (*Global Preparedness Monitoring Board 2019*).

Prinzipiell ist es in Krisenzeiten wichtig, zwischen Liefer- und Versorgungsengpässen zu unterscheiden: Lieferengpässe beschreiben den Zustand, dass ein Lieferant den Auftrag eines Empfängers nicht zum gewünschten Zeitpunkt erfüllen kann. Versorgungsengpässe bedeuten, dass bestimmte Grundbedürfnisse nicht mehr gedeckt werden können, da auch entsprechende Lagerbestände oder Alternativprodukte nicht mehr verfügbar sind (*Kagermann et al. 2021a*). So kam es im Rahmen der Corona-Pandemie zu erheblichen Lieferengpässen bei bestimmten Produkten – die Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland war jedoch bis auf einige wenige Ausnahmen sichergestellt.

Die Gesundheitsindustrien hatten – anders als andere Industriesektoren – während der Corona-Pandemie mit einem doppelten Schock zu kämpfen: Zu den auch anderenorts auftretenden Störungen bei Produktions- und Lieferketten kam im Gesundheitssektor bei einigen Arzneimitteln, Diagnostikprodukten und Medizingeräten angebotsseitig eine sprunghaft ansteigende, nicht vorhersehbare Nachfrage hinzu. Verschärft wurde diese Situation kurzfristig zu Beginn des ersten Lockdowns im März und April 2020 durch sogenannte Hamsterkäufe, als Verbraucherinnen und Verbraucher größere Mengen frei verfügbarer Medikamente wie zum Beispiel Paracetamol kauften (*IQVIA 2020a, 2020b*).

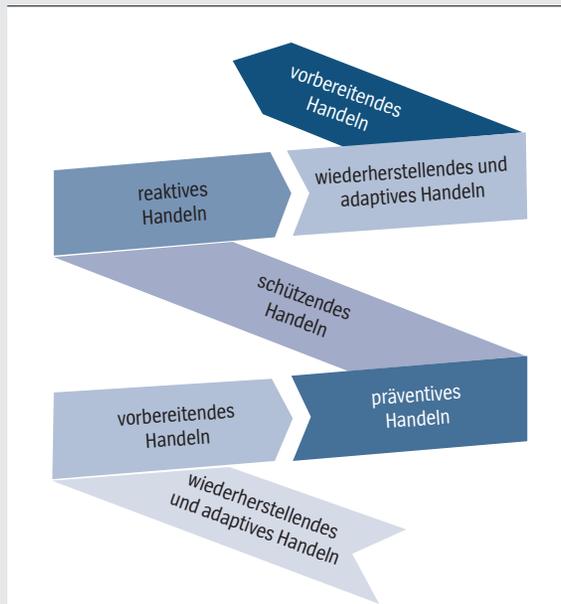
Trotz einer insgesamt unzureichenden Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens gab es frühzeitig agil entwickelte und viel genutzte Apps beziehungsweise Plattformen, wie die Corona-Warn-App oder das Register für Intensivbetten der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), die einen wertvollen Beitrag zur Bewältigung kritischer Phasen der Corona-Pandemie leisten konnten. Der Mehrwert verknüpfter digitaler Anwendungen im Gesundheitswesen wurde so für einen größeren Personenkreis ersichtlich.

Positive Erfahrungen wurden auch mit beschleunigten Zulassungsverfahren im Krisenfall gemacht. Soweit ohne Einbußen bei der Produktsicherheit möglich, sollten Elemente des pragmatischen Handelns von Zulassungsbehörden sowie im Rahmen der Corona-Pandemie gewährte Erleichterungen bei Zulassungsverfahren auch in Nichtkrisenzeiten beibehalten werden (*Kagermann et al. 2021a*).

Eine der zentralen Erkenntnisse der Pandemie war, dass sich im Gesundheitswesen Personal- und Produktionskapazitäten im Krisenfall nicht schlagartig steigern lassen, weshalb langfristig im System ausreichende Puffer sichergestellt werden müssen. In Kliniken, in der Produktion, aber auch in Gesundheitsbehörden müssen entsprechende personelle Kapazitäten eingeplant werden und bei Bedarf schnell aktivierbar sein. Dies ist auch wichtig, um einer Überlastung des Personals im Krisenfall vorzubeugen.

ABBILDUNG 1

Resilienzspirale



Resilienz ist ein kontinuierlicher Prozess, in dessen Verlauf sich ein System im Idealfall immer besser auf Anforderungen einstellt.

Quelle: Kagermann et al. 2021b; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

Das Vorhalten von Produktionskapazitäten ist eine Möglichkeit, um Lieferengpässen in Krisenfällen entgegenzuwirken. Dies gestaltet sich in der Praxis jedoch schwierig, da je nach Art der Krise unterschiedliche Medikamente beziehungsweise Medizinprodukte benötigt werden. Die Umwidmung von bestehenden Produktionslinien bei Herstellern vor Ort ist nur in Ausnahmefällen und bei simplen Produkten möglich. Falls es von der Regierung gewünscht wird, dass Produzenten für Krisenfälle Zusatzkapazitäten vorhalten, müssten diese hierfür mit Garantien entschädigt werden.

Deswegen erscheint der geplante Aufbau einer strategischen Gesundheitsreserve (*Die Bundesregierung 2020*) zentraler Medikamente und Medizinprodukte der gangbarere Weg, um eine Versorgung im Krisenfall sicherzustellen. Dabei gilt es jedoch zu bedenken, dass je nach Krisenereignis unterschiedliche Güter besonders dringend benötigt werden und es unwahrscheinlich ist, dass durch eine oder mehrere zentrale Reserven alle in einem Krisenfall benötigten Produkte vollumfänglich abgedeckt werden können.

Damit die Produktion von Medikamenten resilienter wird, könnten veränderte Anreiz- beziehungsweise Erstattungs-systeme für eine Diversifizierung der Lieferquellen sorgen und

gegebenenfalls auch den Aufbau sich selbst tragender europäischer Produktionskapazitäten ermöglichen. Dies bedarf aber einer Anpassung der aktuell geltenden regulatorischen Rahmenbedingungen (*Kagermann et al. 2021a*).

3 Versorgungssicherheit bei etablierten Medizinprodukten

Deutsche Unternehmen in der Pharma- und Medizintechnikbranche stellen mit über 60 Milliarden Euro Umsatz und mehr als 300.000 Arbeitsplätzen einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor dar und sind auch beim Export innovativer Produkte äußerst erfolgreich (*BPI 2019; BVMed 2020*). Die Branche unterliegt jedoch auch einer deutlich stärkeren Regulierung als andere Wirtschaftszweige. Nachfolgend wird aufgeführt, wie sich dies auf die Produktion von etablierten Medikamenten auswirkt und welche Ansätze es zur Steigerung der Resilienz gibt.

Generika

Der in Deutschland bestehende Kostendruck bei Medikamenten, zum Beispiel durch Rabattverträge, war ein wesentlicher Treiber für die Marktkonzentration bei einigen Medikamenten. Eine besonders starke Marktkonzentration gibt es bei Generika. Da diese 80 Prozent der täglichen Medikamentenversorgung in Deutschland ausmachen, sind sie von zentraler Bedeutung für das Gesundheitssystem (*progenerika 2020*). Die Abwanderung der Fertigungsstätten der Produzenten nach Asien fand vorrangig aufgrund des Kostendrucks statt. Eine Produktion sogenannter Pfennigware ist vor allem aufgrund der höheren Personalkosten in Europa marktwirtschaftlich aktuell oftmals nicht möglich. Bei den preisgünstigen Generika kam es auch vor der Pandemie bereits regelmäßig zu Liefer-schwierigkeiten aufgrund mangelnder Resilienz in den Produktions- und Lieferketten (*Deutschlandfunk 2022*).

Patentgeschützte Originalpräparate

Die Herstellung patentgeschützter Originalpräparate findet – anders als die Produktion von Generika – vorrangig in den USA und Europa statt (*Kirchoff 2022*). Insgesamt gibt es jedoch auch bei den in Deutschland produzierten Medikamenten eine hohe Abhängigkeit von Importen von Vor- und Zwischenprodukten, vor allem aus Indien und China (*MERICs 2020; progenerika und Mundicare 2020*). Laut einer Studie gibt es bei der Hälfte der Wirkstoffe weniger als fünf Hersteller weltweit (*progenerika und Mundicare 2020*). Diese Konzentration macht Lieferketten anfällig gegenüber Schockereignissen lokaler oder globaler Art.

Medizinprodukte

Ähnlich gelagert ist die Herstellung von Medizinprodukten: Einfache, aber oftmals für den Klinikalltag essenzielle Pro-

dukte, wie Pflaster oder Schutzbekleidung, werden vorrangig im asiatischen Raum hergestellt. Höherwertige Medizinprodukte, wie Beatmungsgeräte, stammen hingegen oftmals aus den USA oder Europa (siehe auch Abbildung 2).

3.1 Reform von Kostenerstattungsmodellen und Anreizstrukturen für mehr Resilienz

Die starke Marktkonzentration und die Verlagerung der Produktion nach Asien ist zu großen Teilen auf die derzeit gültigen Erstattungsmodelle und Rabattverträge zurückzuführen, die Exklusivverträge mit einzelnen beziehungsweise wenigen Herstellern vorsehen (IGES 2019). Eine Anpassung der Vorgaben für Rabattverträge, die zum Beispiel Multiple Sourcing – also den Bezug von Beschaffungsgütern von verschiedenen Lieferanten – verpflichtend machen, könnte dazu beitragen, dass sich mehrere Anbieter eines bestimmten Medikaments am Markt halten können. Ein möglicher Ansatzpunkt hierfür wäre die Nutzung eines bereits bestehenden Instruments – sogenannter Open-House-Verträge – die keine Exklusivität für einzelne Hersteller vorsehen (Kagermann et al. 2021a). Stattdessen lobt der Auftraggeber, „im Rahmen einer allgemein zugänglichen Veröffentlichung die Beschaffung eines bestimmten Vertragsgegenstandes zu einem zuvor festgelegten Preis und definierten Vertragsbedingungen aus“. Damit verpflichtet er sich gleichzeitig, mit jedem Anbieter, der bereit ist, die Vertragsbedingungen zu akzeptieren, innerhalb eines definierten Zeitraums einen entsprechenden Vertrag abzuschließen. Dieses Verfahren kommt zum Beispiel bei Arzneimittelrabattverträgen zum Einsatz (Hausmann 2020).

Gerade für eine spezielle Medikamentenklasse könnte zudem eine weitere Anpassung des Vergütungsmodells sinnvoll sein: Antibiotika leisten einen essenziellen Beitrag zur Gesundheitsversorgung, nämlich zur Bekämpfung einer Vielzahl von durch mikrobielle Erreger verursachten Erkrankungen. Jedoch hat der oft unsachgemäße und zu weit verbreitete Einsatz von Antibiotika auch zu einer fortschreitenden Verbreitung von antimikrobiellen Resistenzen (AMR) beigetragen. Deshalb werden neu entwickelte Antibiotika nur zurückhaltend eingesetzt, um weitere AMR zu vermeiden. Gerade bei Antibiotika könnte insofern ein Anreizmodell, das die Bereitstellung eines Reservemedikaments anstelle des eigentlichen Verbrauchs vergütet, eine Lösung sein, um marktwirtschaftliche Anreize für die Entwicklung neuer Antibiotika zu setzen (Kagermann et al. 2021a).

4 Krisenfeste Strukturen durch Digitalisierung des Gesundheitswesens

Eine umfassende Digitalisierung ist ein zentrales Instrument, um die Resilienz sowohl für Patientinnen und Patienten, das Personal in den Gesundheitsberufen als auch für das gesamte

Gesundheitssystem im Krisenfall zu steigern. Bei der Digitalisierung hinkt das Gesundheitswesen jedoch anderen Branchen deutlich hinterher. Auch im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen bei der Digitalisierung weit abgeschlagen (Bertelsmann Stiftung und empirica 2018), da es in manchen Bereichen immer noch starke Beharrungstendenzen zu papierbasierten Systemen gibt.

4.1 Chancen der Digitalisierung des Gesundheitswesens

Durch eine tiefgreifende Digitalisierung des Gesundheitswesens entstehen Vorteile für unterschiedlichste Akteure des Gesundheitssystems: Im Bereich der Produktions- und Lieferketten hilft sie, die Transparenz zu steigern, Bestände genau zu überblicken und somit auch Störungen in Lieferketten frühzeitig zu erkennen.

Durch die digitale Speicherung medizinischer Daten, zum Beispiel in Patientenakten, können diese für Patientinnen und Patienten, aber auch für medizinisches Personal in unterschiedlichen Einrichtungen leichter und flexibler zugänglich gemacht werden. Trotz Anlaufschwierigkeiten sollten deshalb die elektronische Patientenakte (ePA) und das digitale Rezept zügig vorangetrieben und deren großflächige Umsetzung angestrebt werden.

Ein nicht unerheblicher Teil der Personalressourcen in Krankenhäusern und Arztpraxen ist immer noch oft durch zeitaufwendige Dokumentationspflichten gebunden. Digitale Lösungen können den für die Verwaltung notwendigen Zeitaufwand reduzieren und so einen Beitrag dazu leisten, die aktuell sehr angespannte Personalsituation etwas zu entlasten (Finlayson 2022).

Von digitalen Angeboten, wie etwa virtuellen Sprechstunden, profitieren sowohl Patientinnen und Patienten als auch das Personal im Gesundheitswesen, da diese eine höhere gesundheitliche Sicherheit durch ein vermindertes Ansteckungsrisiko bedeuten.

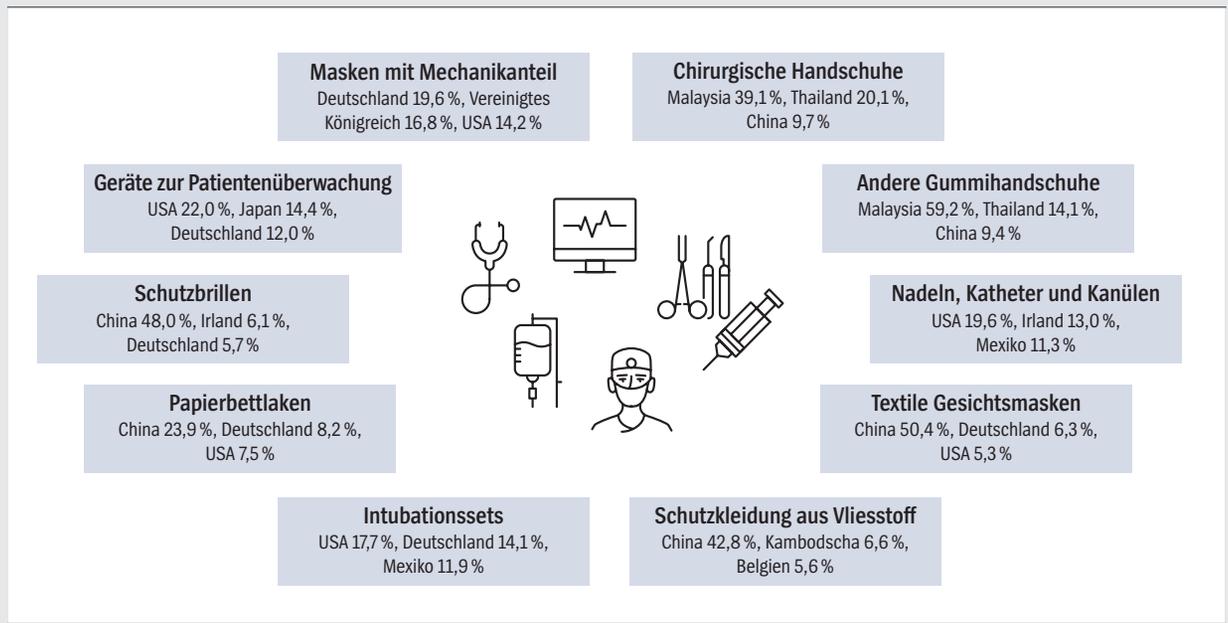
Wichtig ist, dass digitale Lösungen jeweils von den Anwendenden her gedacht werden (*user-centered design*). Sprich: Sowohl die Fachärztin als auch der Patient sollten die jeweils benötigten Anwendungen möglichst intuitiv bedienen und schnell auf die für sie relevanten Informationen zugreifen können.

4.2 Gestärkte Resilienz durch Nutzung von Gesundheitsdaten

Im Rahmen der Digitalisierung des Gesundheitswesens müssen Gesundheitsdaten zugänglich und nutzbar gemacht werden. Denn datenbasierte Anwendungen können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, Diagnostikverfahren und

ABBILDUNG 2

Führende Exportnationen für Medizinprodukte zur Versorgung von COVID-19-Patienten



Höherwertige Medizinprodukte werden nach wie vor überwiegend in Europa und den USA hergestellt, während die Produktion einfacherer, aber massenhaft benötigter Artikel aus Kostengründen in erheblichem Umfang in den asiatischen Raum ausgelagert wurde. Die Abbildung zeigt nach Produktgruppen aufgeschlüsselt den prozentualen Anteil der jeweiligen Herstellerländer am globalen Exportmarkt.

Quelle: eigene Darstellung, basierend auf OECD 2020; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

Therapien zu verbessern (*BIO Deutschland 2020*). Auch der Sachverständigenrat Gesundheit ist der Einschätzung, dass Patientinnen und Patienten ein Anrecht darauf haben, dass ihre Daten in der für sie hilfreichsten Weise ausgewertet werden und durch die Teilung und Nutzung von Daten Menschenleben gerettet beziehungsweise Heilungsverfahren optimiert werden (*SVR Gesundheit 2020*).

Digitale Gesundheitsdaten, die über Plattformen oder Datenbanken ortsunabhängig verfügbar sind, stellen im Krisenfall einen großen Mehrwert für Patientinnen und Patienten, aber auch für behandelndes Personal dar. Die Bündelung der Daten im Rahmen eines deutschen oder europäischen Gesundheitsdatenraumes, aufbauend auf sicheren digitalen Infrastrukturen und europäischen Datenschutzstandards, könnte hierbei ein sinnvoller Ansatz sein.

4.3 Voraussetzungen für eine erfolgreiche Digitalisierung des Gesundheitswesens

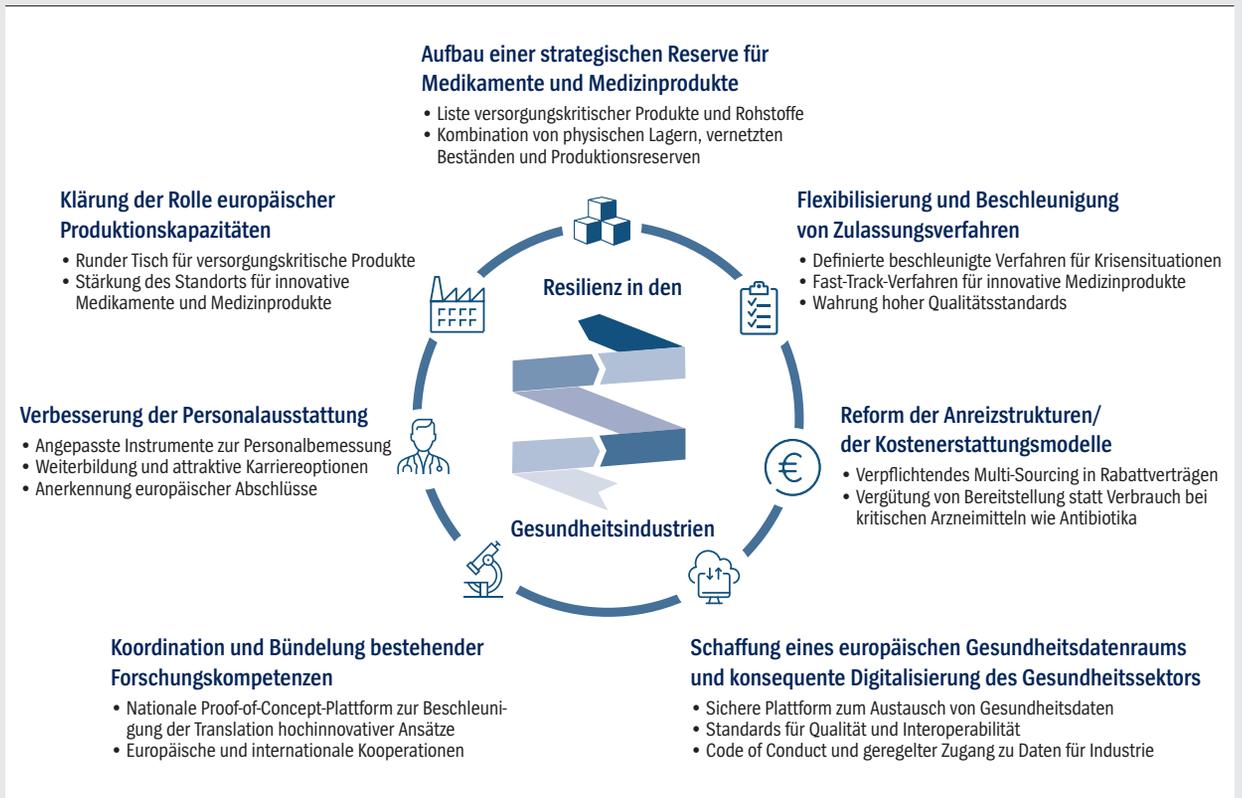
Da viele Daten im Gesundheitssystem sehr sensibel sind, ist es wichtig, dass die zugrundeliegende Infrastruktur hohen Sicherheitsansprüchen genügt. Trotz der Sensibilität der Daten

darf der Datenschutz aber nicht als Ausrede verwendet werden, um die Digitalisierung weiter zu verzögern. Damit eine bestmögliche Nutzung der Daten sichergestellt werden kann, müssen sowohl Normen und Standards sowie Ansprüche an die Qualität der Gesundheitsdaten festgelegt als auch deren Interoperabilität gewährleistet werden. Dies bedeutet, dass ein weitreichender Datenaustausch beziehungsweise eine Verfügbarmachung über die Grenzen der eigenen Organisationseinheit ermöglicht werden muss. Eine Digitalisierung innerhalb einzelner „Silos“ des Gesundheitswesens wäre der falsche Weg.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist die Verfügbarkeit der notwendigen Hardware. So hatte und hat der branchenübergreifende Chipmangel auch Auswirkungen auf das Gesundheitswesen. Die Gesundheitsindustrien machen nur etwa ein Prozent der globalen Chipnachfrage aus (*Deloitte 2021*) und sind damit für Chiphersteller eigentlich Akteure mit nachgeordneter Wichtigkeit. Aufgrund der hohen Relevanz für die Gesundheitsversorgung werden Chips, die in Geräten für die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten eingesetzt werden, jedoch priorisiert produziert beziehungsweise an die jeweiligen Hersteller ausgeliefert (*Deloitte 2021*).

ABBILDUNG 3

Zentrale Handlungsfelder für die Gesundheitsindustrien



Um die Resilienz des Gesundheitssystems zu stärken, bedarf es einer Vielzahl von aufeinander abgestimmten und ineinandergreifenden Maßnahmen. Das Ziel dieser Maßnahmen ist dabei kein statischer Ist-Zustand der Resilienz, sondern ein kontinuierlicher Prozess der Verbesserung, in dessen Verlauf sich das Gesundheitssystem immer besser und passgenauer auf gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen einstellt.

Um die Digitalisierung des Gesundheitswesens – und damit die bestmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten – weiter voranzutreiben, sollte die Verfügbarkeit der notwendigen Hard-, aber auch Software in Deutschland und Europa sowie der Aufbau von Gesundheitsdatenräumen politisch aktiv begleitet werden.

5 Fazit: resilientes Gesundheitssystem als Aufgabe staatlichen Handelns

Eine Steigerung der Resilienz im Gesundheitswesen ist von zentraler Bedeutung, um eine bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie den Schutz von medizinischem Personal auch im Krisenfall zu gewährleisten. Gerade

weil sich die Strukturen des Gesundheitswesens stark von denen anderer Wirtschaftszweige unterscheiden und deutlich stärker reguliert sind, bietet dies die Chance für mehr politische Gestaltung hin zu resilienteren Strukturen.

Deutschland hat sich im Zuge seiner EU-Ratspräsidentschaft dafür eingesetzt, dieses Thema auf europäischer Ebene voranzubringen: In der im November 2020 veröffentlichten Pharma-Strategie der Europäischen Kommission ist die Forderung nach einer Verbesserung der Krisenvorsorge und Krisenreaktionsmechanismen, nach diversifizierten und sicheren Lieferketten sowie nach der Behebung von Arzneimittellengpass als eine der vier zentralen Säulen verankert (*Europäische Kommission 2020*).

Von der Einführung smarterer Lagerbestände von Medikamenten und Medizinprodukten von zentraler Bedeutung bis

hin zu klaren Vorgaben für die digitale Nutzbarmachung von Gesundheitsdaten gibt es ein breites Spektrum an zu klärenden Themen. Auf politischer Ebene muss die Diskussion geführt werden, welche Strukturen im Gesundheitswesen aufgebaut werden sollen.

Abbildung 3 zeigt zentrale Ansätze zur Steigerung der Resilienz im Gesundheitswesen, die 2021 zusammen mit Expertinnen und Experten identifiziert wurden. Neben dem bereits geplanten Aufbau einer strategischen Reserve für Medikamente und Medizinprodukte sollten Zulassungsverfahren flexibilisiert und beschleunigt sowie Anreizmodelle für Kostenerstattungsverfahren reformiert werden. Die näher beleuchtete Digitalisierung des Gesundheitswesens bietet große Chancen. Gleiches gilt für eine verbesserte Koordination und Bündelung von Forschungskompetenzen. Auf europäischer Ebene sollte die Notwendigkeit von Produktionskapazitäten für bestimmte Medikamente oder Medizinprodukte vor Ort geklärt werden. Zudem muss die Personalausstattung in allen Bereichen des Gesundheitswesens, vom Krankenhaus bis hin zu staatlichen Zulassungsstellen, verbessert werden, denn: Im Krisenfall können alle anderen Maßnahmen nur greifen, wenn ausreichend Personal vorhanden ist, um diese umzusetzen (Kagermann et al. 2021a).

Zentral ist dabei jedoch auch, dass die gewünschten Maßnahmen entsprechend finanziert werden. Resilienzsteigernde Maßnahmen gehen mit Zusatzkosten einher, die es zu stemmen gilt. Politik und Akteure des Gesundheitssystems müssen in einem offenen und ehrlichen Dialog klären, welche Maßnahmen prioritär umgesetzt werden sollen und wer welchen Teil der Kosten dafür übernimmt.

Darüber hinaus müssen sowohl Politik als auch Einrichtungen des Gesundheitssystems Konzepte für unterschiedliche Krisenfälle entwickeln und diese auch regelmäßig einüben und aktualisieren. Vergangene Krisen haben gezeigt, dass resiliente Strukturen, die Unternehmen etabliert haben, während und nach einem Schockereignis langfristig zu einem komparativen Vorteil führen können (Reeves et al. 2020). Man kann davon ausgehen, dass Gleiches auch für das Gesundheitswesen gilt. Insofern sollte der Aufwand für die Anpassung des Gesundheitswesens nicht gescheut, sondern mit Blick auf die langfristigen Vorteile schnellstmöglich angegangen werden.

Literatur

Bertelsmann Stiftung, empirica (2018): #SmartHealthSystems. Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich: Gesundheitssystem-Vergleich. Fokus Digitalisierung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2018

BIO Deutschland (2020): Gesundheitsdaten retten Leben: geregelten Zugang und Nutzung für private Forschung ermöglichen; biodeutschland.org → Medien → Positionspapiere → 2020 → 18.05.2020

Die Bundesregierung (2020): Erweiterung der beschlossenen Leitlinien zur Beschränkung sozialer Kontakte: Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 17. Juni 2020

BPI – Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (2019): Pharma-Daten 2019. Berlin

BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V. (2020): BVMed-Jahresbericht 2019/20. Berlin

Deutschlandfunk (2020): Lieferengpässe bei Arzneimitteln. Wenn plötzlich das passende Medikament fehlt. deutschlandfunk.de → Audio-Archiv → Von: 21.03.2020; Bis: 22.03.2020; Sendung: Hintergrund

Europäische Kommission (2020): A Pharmaceutical Strategy for Europe

Finlayson D (2022): „IT entlastet das Krankenhaus-Personal und schafft Freiräume für die intensivere Betreuung von Patienten“. Interview mit Dr. Thorsten Vogel, Leiter des Geschäftsbereichs Health bei adesso SE. Krankenhaus-IT Journal; www.krankenhaus-it.de → Suchbegriff: Thorsten Vogel

Global Preparedness Monitoring Board (2019): A World at Risk. Annual Report on Global Preparedness for Health Emergencies. Geneva: World Health Organization

Hausmann FL: Wer die Tür weit aufmacht, muss auch alle reinlassen. Das Open-House-Verfahren des BMG. Legal Tribune Online vom 24.09.2020; lto.de → Suchbegriff: Open House

Höer A, Maag L (2019): Nichtverfügbarkeit von rabattierten Arzneimitteln. IGES Institut. Ergebnispräsentation. 19.11.2019, Berlin

IQVIA (2020a): Flashlight. Sonderausgabe COVID-19. IQVIA Commercial GmbH & Co. OHG; iqvia.de → Suche: Flashlight Ausgabe 79 – Sonderausgabe COVID-19

IQVIA (2020b): Pharmamarkt-Entwicklung im Kontext von COVID-19. Ausgewählte Marktanalysen vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie. Kalenderwoche 37. IQVIA Commercial GmbH & Co. OHG

iw Consult (2022): Resilienz pharmazeutischer Lieferketten. Studie für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)

Kagermann H et al. (Hrsg.) (2021a): Resilienz der Gesundheitsindustrien. Qualität und Versorgungssicherheit in komplexen Wertschöpfungsnetzwerken. acatech IMPULS. München: acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, 2021

Kagermann H et al. (Hrsg.) (2021b): Resilienz als wirtschafts- und innovationspolitisches Gestaltungsziel. acatech IMPULS. München: acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, 2021

Kirchoff, J (2022): Vorleistungsverflechtungen der deutschen Pharmaindustrie im internationalen Vergleich. IW-Trends, Jg. 49, Heft 1, 4–19

MERICs (Mercator Institute for China Studies) (2020): Mapping and Recalibrating Europe's Economic Interdependence with China

Murray B, Bradley S (2021): Semiconductor Chip Shortage Hits Medtech: Strategies to Build Resilient Supply Chains; www2.deloitte.com → Search: Semiconductor chip

OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) (2020): Die Zukunft globaler Wertschöpfungsketten. OECD Berlin Center, Bundesministerium für Wirtschaft und Energie:

15. September 2020; blog.oecd-berlin.de/die-zukunft-globaler-wertschoepfungsketten

progenerika (2020): Generika in Zahlen 2019. So sichern Generika die Arzneimittelversorgung. Hrsg. Pro Generika e. V.; www.progenerika.de → Publikationen → Generika in Zahlen → Der Generika-Markt in 2019

progenerika, Mundicare (2020): Woher kommen unsere Wirkstoffe? Eine Weltkarte der API Produktion. Finaler Report. Hrsg. Pro Generika e. V.; www.progenerika.de → Publikationen → Studien

Reeves M, Nanda S, Whitaker K, Wesselink E (2020): Becoming an All-Weather Company. Boston: BCG Henderson Institute; bcg.com → Search: All-Weather Company

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat Gesundheit) (2020): Digitalisierung gegen Corona: Daten teilen – besser heilen. Der Spiegel vom 21.04.2020. www.spiegel.de → Suche: Gastbeitrag Sachverständigenrat Gesundheit

Unkrig ER (2020): VUKA – Imperativ unserer Welt. In: Unkrig ER (Hrsg.): Mandate der Führung 4.0. Agilität – Resilienz – Vitalität. Wiesbaden: Springer Gabler, 1–34

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 28. Juli 2022)

DIE AUTORIN



Dr. Annka Liepold,

Jahrgang 1987, hat Amerikanische Kulturgeschichte, Neuere und Neueste Geschichte und Spanisch an der LMU München studiert. Anschließend promovierte sie am Rachel Carson Center (LMU) und an der University of Kansas im Bereich Environmental Humanities. Daraufhin war sie Teil eines kuratorischen Teams des Deutschen Museums, bevor sie 2018 als wissenschaftliche Referentin zur acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften wechselte und 2022 stellvertretende Leitung des Zukunftsrats der Bundesregierung wurde. Sie berät die Politik zu innovationspolitischen Themen wie Quantentechnologien oder Ansätzen für wirkungsvollere Forschungs- und Entwicklungspolitik.

Darmkrebs während der Corona-Pandemie: weniger, aber gravierendere Diagnosen

von Anja Debrodt*

Schätzungen zufolge ist ein Großteil der Übersterblichkeit während der Corona-Pandemie direkt auf Covid-19 zurückzuführen. Daneben gab aber auch indirekte Folgen. Zeitweilige Zugangsbeschränkungen zu Gesundheitseinrichtungen, die Einstellung von Gesundheitsprogrammen oder eine aus Furcht vor einer Infektion zurückhaltende Inanspruchnahme führten potenziell dazu, dass andere schwerwiegende Erkrankungen nicht adäquat versorgt wurden.

1 Was ist das Problem?

Das kolorektale Karzinom ist die vierthäufigste Krebserkrankung weltweit. Die diesbezügliche Diagnostik und Behandlung kam während der ersten Corona-Welle nur eingeschränkt zum Einsatz. Die vorgelegte Studie untersuchte die Auswirkungen der Corona-Maßnahmen auf die Zahl der gestellten Diagnosen insgesamt und auf weitere Endpunkte.

2 Wie wurde untersucht?

Die auf Daten des schwedischen Darmkrebsregisters basierende Kohortenstudie schloss alle Patientinnen und Patienten der schwedischen Gesundheitsregion Stockholm-Gotland (mit circa 20 Prozent der Gesamtbevölkerung und acht Krankenhäusern) ein, die in den beiden Vergleichszeiträumen (jeweils 1. März bis 31. August 2019 und 2020) die Diagnose eines kolorektalen Karzinoms erhielten (n = 1.140). Davon waren 51 Prozent männlich, das Durchschnittsalter lag bei 74 (2019) beziehungsweise 73 Jahren (2020).

3 Was ist herausgekommen?

Zwischen März und August 2019 erhielten 590 Patienten die Diagnose eines

kolorektalen Karzinoms, im Vergleichszeitraum 2020 waren es 550. Patientencharakteristika und Metastasierungsstadien waren vergleichbar. Der Anteil der prätherapeutischen T4-Stadien lag 2019 bei 22, 2020 bei 30 Prozent. Der Anteil der Patienten, die sich einer Bauchspiegelung unterzogen, und die Komplikationsrate innerhalb 30 Tagen waren vergleichbar. Doch der Anteil der Darmkrebspatienten, die mit einem Stoma versorgt wurden, verdoppelte sich beinahe, von 17 Prozent (2019) auf 30 Prozent (2020). Im Jahr 2020 waren außerdem weniger Ärzte in Facharztausbildung an den Operationen beteiligt als im Vorjahr (27 versus 35 Prozent).

4 Wie gut ist die Studie?

Die Studie stützt sich auf ein etabliertes Register mit einem sehr hohen Erfassungsgrad. Sie zeigt für den betrachteten Pandemiezeitraum eine Abnahme der Diagnosestellungen und einen vermehrten Einsatz von Stomaanlagen im Vergleich zum Vorjahr. Zurückzuführen ist dies vermutlich unter anderem auf die Umsetzung der temporären Empfehlung einer Stomaversorgung, um postoperative Komplikationen und eine konsekutive

Verlegung auf die ohnehin stark belasteten Intensivstationen zu vermeiden. Auch Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) zeigen einen Rückgang der operativen Entfernung von Darmkrebs: Von März bis Mai 2020 gab es 17 Prozent weniger Eingriffe als im gleichen Zeitraum 2019. Hier ist ein Zusammenhang mit den ebenfalls seltener durchgeführten Koloskopien während der ersten Pandemiewelle anzunehmen, die zu einer Untererkennung von Krebserkrankungen beigetragen haben könnten. Der relative Anstieg fortgeschrittener Tumorstadien lässt befürchten, dass möglicherweise frühere Stadien undiagnostiziert blieben. Weitere Analysen müssen zeigen, ob es auch zu einer erhöhten Sterblichkeit gekommen ist. Zukünftige Belastungsszenarien der Gesundheitssysteme sollten nach Möglichkeit nicht allein auf die im Zentrum der Pandemie stehende Erkrankung und deren Versorgung abzielen.

Quelle: Eklöy K et al.: Trends in Treatment of Colorectal Cancer and Short-term Outcomes During the First Wave of the COVID-19 Pandemic in Sweden. *JAMA Network Open*. 2022;5(5):e2211065

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

DER KOMMENTAR

Die Studie belegt die wissenschaftliche und sozioepidemiologische Notwendigkeit erstens der Einführung und Pflege von landes- beziehungsweise bundesweiten, lückenlosen Tumorregistern, zweitens einer konsequenten Verfolgung und Bewerbung der Darmkrebsvorsorge, drittens eines für Patientinnen und Patienten wahrnehmbaren Angebots von Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen auch in Pandemiezeiten unter Einhaltung der gebotenen Kontakt- und Hygienevorschriften und viertens der Diagnostik und Therapie in von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Darmkrebszentren, die die geforderten hohen Standards der interdisziplinären Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität unter ständiger Überwachung gewährleisten können.

Dr. Uwe Pütz,

Leitender Oberarzt und Koordinator des Darmkrebszentrums am Helios Klinikum Siegburg



Foto: Helios Klinikum Siegburg

KÖPFE

Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, der die Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg aufgebaut und über zwanzig Jahre geleitet hat, hat sein Amt als Ärztlicher Direktor an **Prof. Dr. Attila Altiner** übergeben, wird dort aber noch bis September 2023 als Seniorprofessor tätig sein. Szecsenyi ist einer der Gründer und Geschäftsführer des aQua-Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. Altiner studierte Medizin in Köln, war dann Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung für Allgemeinmedizin am Uniklinikum Düsseldorf und übernahm 2009 die Leitung des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universitätsmedizin Rostock.

Prof. Dr. Peter-André Alt, seit 2018 Präsident der Hochschuldirektorenkonferenz, gibt sein Amt im März 2023, vor dem Ende seiner zweiten Amtszeit, auf. Er wird ab dem 1. April 2023 als

Vorsitzender der Geschäftsführung den Aufbau einer neuen Wissenschaftsstiftung in Berlin verantworten. Alt studierte Germanistik, Politische Wissenschaft, Geschichte und Philosophie. Seit 1995 lehrte er Neuere deutsche Literaturwissenschaft an der Ruhr-Universität Bochum, wechselte 2002 an die Universität Würzburg und 2005 an die Freie Universität Berlin, deren Präsident er von 2010 bis 2018 war.

Prof. Dr. Joachim Spranger ist zum neuen Dekan der Charité – Universitätsmedizin Berlin gewählt worden. Er folgt auf **Prof. Dr. Axel R. Pries**, der das Amt zum Jahresende aus persönlichen Gründen niederlegt. Spranger ist seit 2011 Direktor der Medizinischen Klinik für Endokrinologie am Campus Charité Mitte und leitet den Fachbereich Endokrinologie und Stoffwechsel der Labor Berlin – Charité Vivantes GmbH. Seit 2017 ist er bereits als Prodekan für Studium und Lehre in der Fakultätsleitung tätig.

Prof. Dr. Hugo Mennemann ist der neue Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management. Er studierte Pädagogik, Soziologie und Katholische Theologie in Münster und absolvierte eine Weiterbildung im Fach Sozialmanagement. Von 2003 bis 2015 war er Professor für die Fachwissenschaft Soziale Arbeit an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen und wechselte dann als Professor für gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit in der Sozialen Arbeit an die Fachhochschule Münster.

Prof. Dr. Cyrus Khandanpour hat die Professur für Translationale Krebsforschung der Universität zu Lübeck übernommen. Nach seinem Medizinstudium in Duisburg-Essen und Leicester/England forschte er als Post-Doc an der McGill-Universität in Montréal/Kanada. Zuletzt arbeitete Khandanpour als Bereichsleiter und Oberarzt am Universitätsklinikum Münster.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
21. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung: „Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis“	Datennutzung, Fehlerquellen in Studien, innovative Studiendesigns, Long Covid	5.–7.10.2022, Potsdam	Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF) Kuno-Fischer-Straße 8 14057 Berlin	dkvf.de > Registrierung E-Mail: dkvf@kukm.de Telefon: 03643 2468-169
Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Ges. für Hämatologie und Medizinische Onkologie	Präzisionsmedizin, Immuntherapie, Molekularpathologie, Digitalisierung	7.–10.10.2022, Wien	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie, Alexanderplatz 1, 10178 Berlin	https://www.jahrestagung-haematologie-onkologie.com > Registrierung; E-Mail: jahrestagung@aimgroup.eu, Telefon: 0043 14027755
38. International Society for Quality in Healthcare (ISQUA) Conference: „Community, Resilience and Sustainability“	Qualität der Versorgung, Patientensicherheit, Fehlervermeidung, Patientenbeteiligung	17.–20.10.2022, Brisbane, Australien	Int. Society for Quality in Health Care (ISQUA), Suite G01, 48 Mount Street Upper, Dublin 2, D02 Y23, Irland	isqua.org > Events > Brisbane 2022 > Registration Portal
15. European Public Health Conference 2022: „Strengthening health systems“	Resiliente Gesundheitssysteme, Lehren aus Corona, Gesundheitsdaten, Digital Health	9.–12.11.2022, Berlin	European Public Health Association (EUPHA), Otterstraat 118–124, Postbox 1568, 3500 BN Utrecht, Niederlande	ephconference.eu > Registration E-Mail: registration@ephconference.eu
35. Deutscher Krebskongress	Schnittstellen der Tumormedizin, neue diagnostische und therapeutische Verfahren	13.–16.11.2022, Berlin	Deutsche Krebsgesellschaft Kuno-Fischer-Straße 8 14057 Berlin	deutscher-krebskongress.de > Teilnahme E-Mail: teilnehmer-dkk@kukm.de Telefon: 03643 2468-169
29. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arzneimittelanwendung und Arzneimittelepidemiologie (GAA)	Öffentliches Gesundheitswesen und Arzneimittelversorgung, Risikomanagement	24.–25.11.2022, Münster	GAA, c/o Dr. med. Holger Gothe Breite Straße 21, 12167 Berlin	gaa-arzneiforschung.de > Jahrestagungen > 29. Jahrestagung 2022 > Anmeldung

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

22-0011

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)
Redaktionsmitglied: Dr. Silke Heller-Jung (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