



# Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Oktober 2020, 20. Jahrgang

## NOTIZEN

### Zeitschriftenschau

von *Björn Helling*, Technische Hochschule Nürnberg ..... 2

### Drei Fragen an

*Martin Karlsson*, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre an der Universität  
Duisburg-Essen und Direktor des CINCH ..... 3

### Buchtipps

von *Stephan Dettmers*, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesellschaft  
der Fachhochschule Kiel ..... 4

## WIDO

### Häusliche Pflege

Die Belastungen sind unterschiedlich ..... 5

### Arzneimittelpreise

Millionengrenze für einzelne Packung überschritten ..... 6

## ANALYSEN

### Schwerpunkt: Covid-19

#### Wissenschaftskommunikation in der Pandemie – Qualität und Perspektiven

*Georg Ruhrmann, Dominik Daube, Institut für  
Kommunikationswissenschaft, Jena* ..... 7

#### Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst

*Joseph Kuhn, Manfred Wildner, Bayerisches Landesamt  
für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim* ..... 15

#### Covid-19 in Gemeinschaftsunterkünften und Heimen – Strukturen, Probleme, Handlungsbedarfe

*Verena Penning, Oliver Razum, Fakultät für  
Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld* ..... 23

## STUDIE IM FOKUS

Können Blutdruckmedikamente bei Älteren ohne Einbußen  
reduziert werden? ..... 31

## SERVICE

Köpfe und Kontakte ..... 32

## Liebe Leserinnen und Leser,

wenn mir etwas Unangenehmes passiert, tröste ich mich gerne mit dem Spruch: „Dann habe ich wenigstens meinen Enkeln etwas zu erzählen.“ Nicht, dass ich Enkel hätte oder welche in Aussicht stünden. Es ist einfach ein entlastender Satz: der Versuch, dem Übel etwas Vergnügliches oder wenigstens Nützlichendes abzurufen. Kürzlich ist er mir in Slowenien entfahren, wo ich eine Woche Urlaub machte. Bei mir hatte sich im unteren Rücken ein Nerv verklemmt, das Ganze hatte sich innerhalb weniger Tage zu einer veritablen Radikulopathie mit heftigen Dauerschmerzen und Lähmungserscheinungen ausgewachsen. Ich brauchte dringend einen Arzt. Der Rezeptionist in meinem Hotel in Ljubljana rief für mich bei einer Praxis an, die auf einer Liste des Auswärtigen Amtes stand. Dort weigerte man sich, mich zu behandeln. Ich sei ja Deutsche und somit coronaverdächtig. Auch der Hinweis, dass es sich um einen Notfall handle und schon eine Spritze gegen die Schmerzen helfen würde, bewirkte nichts. Es blieb beim Nein. Auf Empfehlung des Rezeptionisten landete ich stattdessen in der Praxis des Masseurs der slowenischen Nationalmannschaft (die Sportart habe ich nie erfahren). Dort wurde ich sehr umfassend versorgt und habe nun eine Ahnung, was gute Physiotherapie leisten kann.

Im Zusammenhang mit der Pandemie gibt es viel zu erzählen und Corona führt nicht nur mich unverhofft zu neuen Einsichten. Wir haben deswegen **Georg Ruhrmann** und **Dominik Daube** gebeten, die Wissenschaftskommunikation in der Krisenzeit unter die Lupe zu nehmen. **Joseph Kuhn** und **Manfred Wildner** beleuchten die Geschichte, den Status quo sowie die Perspektiven des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zuletzt zeigen **Verena Penning** und **Oliver Razum** Verbesserungspotenzial im Umgang mit Corona in Gemeinschaftsunterkünften auf.

Viel Spaß und Erkenntnisgewinn wünscht

**Prävention**

**Neue Ansätze für die Darmkrebsvorsorge**

Darmkrebs ist die zweithäufigste Krebsart in Deutschland. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert im Rahmen der Nationalen Dekade gegen Krebs jetzt Forschungsverbände, die sich auf die Ursachenforschung oder die Entwicklung von Präventionsansätzen fokussieren. In einer ersten Verfahrensstufe sind bis zum 20. Januar 2021 Projektskizzen einzureichen. ■

**Mehr Informationen:**

**bmbf.de/foerderungen/bekanntmachung-3145.html**

**Kooperation**

**Gesundheitsversorgung der Zukunft**

In einem gemeinsamen Forschungsprojekt „Gesundheit von morgen“ wollen die Robert Bosch Stiftung, der World Health Summit und die Charité Global Health mit Unterstützung der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften die Gesundheitsversorgung der Zukunft neu denken. Das Themenspektrum reicht vom Klimawandel bis zur Digitalisierung. ■

**Mehr Informationen:**

**bosch-stiftung.de > Suche: Brückenschlag für die Gesundheit**

**Forschungsförderung**

**EU-Starthilfe für Nachwuchsforscher**

Mit den ERC Starting Grants fördert der Europäische Forschungsrat (European Research Council/ERC) hervorragende Nachwuchswissenschaftler und -wissenschaftlerinnen. Im Jahr 2020 wurden insgesamt 136 Starting Grants mit einem Gesamtvolumen von 677 Millionen Euro vergeben; davon entfielen 88 Grants auf in Deutschland ansässige Forschende. ■

**Mehr Informationen:**

**erc.europa.eu/news/StG-recipients-2020**

**ZEITSCHRIFTENSCHAU**



Von

**Björn Helling**,  
Wissenschaftlicher  
Mitarbeiter im  
Forschungsprojekt  
„Diabetes2sozial“ an der  
Fakultät für Sozial-  
wissenschaften der  
Technischen Hochschule  
Nürnberg

**Adresse:**

Bahnhofstraße 87  
90402 Nürnberg  
Telefon:  
0911 5880-2500  
E-Mail: bjoern.helling  
@th-nuernberg.de  
Web: th-nuernberg.de

**Apps für die Hausarztpraxis?**

Inwieweit können Gesundheits-Apps der Primärversorgung dienlich sein? Dazu wurden 1.070 Hausärzte in ganz Hessen befragt. Ärzte aus urbanen Regionen sowie jüngere Mediziner zeigten sich tendenziell aufgeschlossener gegenüber Gesundheits-Apps. Die Potenziale von Mobile-Health, kurz: mHealth-Anwendungen etwa im Bereich der Gesundheitsförderung oder der Selbstkontrolle werden von vielen Ärzten gesehen. Bereits genutzte Apps lösten bislang eher positive Erfahrungen aus. Die Mehrheit der befragten Ärzte kann sich vorstellen, zukünftig Apps stärker einzubeziehen. Nötig dafür wären unter anderem Schulungen für medizinisches Personal und die Klärung (datenschutz-)rechtlicher Details. ■

*Prävention und Gesundheitsförderung 2020;*  
*doi.org/10.1007/s11553-020-00797-7*

**Soziale Kohäsion und Gesundheit**

Soziale Kohäsion, also der Zusammenhalt von Mitgliedern einer Gruppe, kann als Merkmal des Gemeinwesens verstanden werden und drückt sich zum Beispiel in der Stärke sozialer Netzwerke in der Nachbarschaft aus. Bielefelder Forscher analysierten die Zusammenhänge zwischen dieser sozialen Kohäsion, Merkmalen von Nachbarschaft und der Gesundheit. Dafür nutzten sie längsschnittliche Daten des Sozio-oekonomischen Panels. Hinsichtlich der untersuchten nachbarschaftlichen

Charakteristiken wurden die Effekte der Umgebung und der Bebauung konstant über die soziale Kohäsion auf die Gesundheit vermittelt. Zur Gesundheitsförderung im Nahraum sind neben strukturellen Komponenten, wie der Anbindung an den Nahverkehr oder dem Umweltschutz, demnach auch soziale Aspekte bedeutsam und sollten bei zukünftigen Public-Health-Interventionen berücksichtigt werden. ■

*BMC Public Health 2020; doi.org/10.1186/s12889-020-09149-8*

**Migration und Sport**

Sport dient der Gesundheitsförderung und reduziert das Risiko diverser Erkrankungen. Für Migranten kann Vereinssport zudem ein Schlüssel zur Integration sein. Doch gerade Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind im organisierten Sport unterrepräsentiert. Das belegt eine Studie, für die 1.106 Schüler der 7. bis 10. Klasse verschiedener Schulformen befragt wurden. Sehr deutlich zeigt sich dieser Trend bei weiblichen Jugendlichen. Weitere relevante Prädiktoren sind zudem Alter und Schulform. Um sich verschiedenen Zielgruppen gezielt zu öffnen, sollten Vereine beispielsweise Kooperationen mit diversen Organisationen wie Kulturvereinen oder Schulen eingehen, empfehlen die Autoren. ■

*Prävention und Gesundheitsförderung 2020;*  
*doi.org/10.1007/s11553-020-00784-y*

Foto: privat

## Corona-Forschung I Immunreaktion auf Sars-CoV-2

Wie wirkt sich die Antwort des Immunsystems auf eine Sars-CoV-2-Infektion auf den klinischen Verlauf einer Corona-Erkrankung aus? Dieser Frage widmet sich ein neues Konsortium von Fachleuten des Universitätsklinikums und der Universität Bonn. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert das Projekt „Verständnis divergierender Wirtsreaktionen auf Sars-CoV-2-Infektionen durch Präzisionsimmunologie (COVIMMUNE)“ mit rund zwei Millionen Euro. ■

**Mehr Informationen:**

[idw-online.de/de/news752873](http://idw-online.de/de/news752873)

## Corona-Forschung II Neue Plattform macht Metaanalysen möglich

Das Deutsche Zentrum für Infektionsforschung hat mit dem Aufbau einer Plattform begonnen, die die Methodik und die Ergebnisse von Sars-CoV-2-Antikörpertests sammelt und die Daten für interessierte Forscher zugänglich macht. Das Projekt „LEOSS.sero-survey“ wird von Wissenschaftlern am Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung (HZI) geleitet und in Kooperation mit der Helmholtz-Plattform HIFIS umgesetzt. ■

**Mehr Informationen:**

[serohub.net/de/](http://serohub.net/de/)

## Versorgung Psychotherapierichtlinie auf dem Prüfstand

Drei Jahre nach der grundlegenden Reform der Psychotherapierichtlinie untersucht jetzt ein Projekt des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg, ob neue Versorgungsinstrumente wie die Akutbehandlung wirken und die erhofften

Erfolge bringen. Die auf drei Jahre angelegte Analyse wird mit 1,2 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses unterstützt. ■

**Mehr Informationen:**

[mm.wiwi.uni-due.de](http://mm.wiwi.uni-due.de) > **Forschung**  
> **Arbeitsschwerpunkte** > **Gesundheitssystem** > **Evaluation**  
**der Psychotherapie-Richtlinie**

## DREI FRAGEN AN ...



## Politik ohne wissenschaftliche Perspektive wird willkürlich

... Prof. Martin Karlsson, Ph.D, Inhaber des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre an der Universität Duisburg-Essen und Direktor des CINCH – Forschungszentrum für Gesundheitsökonomik.

### Forschungsschwerpunkte:

Gesundheit als Humankapital;  
Ungleichheit in der Gesundheit;  
Vergütungssysteme im Gesundheitswesen;  
Effizienz und Umverteilung in der Krankenversicherung

### Jahresetat:

keine Angaben

### Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:

5 Professoren,  
3 Juniorprofessoren,  
6 Postdocs,  
25 Doktoranden

### Adresse:

CINCH – Health Economics  
Research Center/  
Forschungszentrum für  
Gesundheitsökonomik  
Weststadttürme  
Berliner Platz 6–8  
45127 Essen  
Telefon: 0201 183-3679  
E-Mail: martin.karlsson  
@uni-due.de  
Web: cinch.uni-due.de

### Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Die Covid-Pandemie hat mich dazu bewogen, ein altes Forschungsinteresse wieder aufzunehmen, nämlich die Auswirkungen der Spanischen Grippe 1918–19. In einer internationalen Kooperation sammeln wir gerade historische Daten über Schulschließungen und andere Maßnahmen während der damaligen Pandemie. Unser Ziel ist es, zu verstehen, wie effektiv die Maßnahmen bei der Bekämpfung der Pandemie waren. Vor allem aber liegt unser Fokus auf den langfristigen Konsequenzen für die Kinder, deren Recht auf Schulbildung nicht gewährt wurde.

### Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Die mangelnde Internationalisierung der Wissenschaft in Deutschland ist ein großes Problem. Durch eine Vielzahl von internationalen Forschungsk Kooperationen mit Partnern aus verschiedenen Disziplinen leben wir ein anderes Konzept vor. Zudem hat sich unsere jährliche Tagung „Essen Health Conference“ zu einer der weltweit führenden Tagungen für Gesundheitsökonomik entwickelt. Auch unser internationales Austauschprogramm hat in den vergangenen Jahren viele Wissenschaftler nach Essen gebracht und unseren eigenen wissenschaftlichen Nachwuchs in die Welt befördert.

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

Auf jeden Fall, das ist ja während der Pandemie offenkundig geworden. Zum Beispiel verfügt die Gesundheitsökonomik über Methoden, die die Kosten und den Nutzen von Corona-Maßnahmen abwägen können. Ohne diese Perspektive wird die Politik willkürlich. Allerdings müssen die Rollen getrennt bleiben: Wissenschaftler, die versuchen Politik zu machen, sind in der Regel keine guten Wissenschaftler.

**Studium I**  
**Medizinischer  
Behandlungsassistent**

An der Dresden International University beginnt im Wintersemester 2020/21 der neue Bachelor-Studiengang „Medizinischer Behandlungsassistent“. Je nach beruflicher Vorerfahrung dauert das Studium zwei bis vier Jahre. Pro Woche stehen drei Praxistage bei einem Praxispartner und zwei Tage an der Hochschule auf dem Programm. Nach dem siebten Semester kann die Prüfung zum/zur Medizinischen Fachangestellten abgelegt werden. ■

**Mehr Informationen:**  
**di-uni.de > Studium & Weiterbildung > Fachbereiche > Gesundheitswesen > Medizinischer Behandlungsassistent**

**Studium II**  
**Bachelor Computational  
Life Sciences**

Die Technische Hochschule Ingolstadt bietet zum Wintersemester 2020/21 erstmals den neuen, auf sieben Semester angelegten Bachelor-Studiengang „Computational Life Sciences“ an. Der deutschsprachige Studiengang soll interdisziplinäre Fachkompetenzen aus den Bereichen Informatik, Gesundheits- und Biowissenschaften vermitteln. Er umfasst außerdem ein Modul zur Entwicklung unternehmerischer Kompetenzen, das interessierte Absolventen auf die Gründung von Start-ups vorbereiten soll. ■

**Mehr Informationen:**  
**thi.de > Studium > Studiengänge > Computational Life Sciences**

**Studium III**  
**Unternehmensführung  
für Gesundheitsberufe**

An der Technischen Hochschule Rosenheim startet zum Wintersemester 2020/2021 der berufs begleitende Bachelor-Studiengang „Unternehmensführung für Gesundheitsberufe“. In elf Semestern soll er qualifizierten Berufstätigen mit einer abgeschlossenen Ausbildung in der Gesundheitsbranche ökonomische, juristische, soziale und organisatorische Kompetenzen vermitteln. Die Studiengebühren betragen 1.700 Euro pro Semester. ■

**Mehr Informationen:**  
**th-rosenheim.de > Weiterbildung > Berufsbegleitende Bachelorstudiengänge > Unternehmensführung für Gesundheitsberufe (B.Sc.)**

BUCHTIPPS

**Zum Thema gesundheitsbezogene Soziale Arbeit**



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Prof. Dr. Stephan Dettmers, M.A.** Professor im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesellschaft der Fachhochschule Kiel und 1. Bundesvorsitzender der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit – DSVG

Sokratesplatz 2, 24149 Kiel  
Telefon: 0431 210-3066  
E-Mail: stephan.dettmers@fh-kiel.de  
Web: fh-kiel.de > Fachbereiche > Soziale Arbeit und Gesundheit

Autoren/Titel	Inhalt
<i>David Klemperer</i> <b>Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften</b> Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe	Dieses Buch ist ein guter Einstieg in die bezugswissenschaftliche Bedeutung von Sozialmedizin und Public Health für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. Theorien, Definitionen und Modelle von Krankheit und Gesundheit, Evidenz-
<i>Peter Sommerfeld, Regula Dällenbach, Cornelia Rüegger, Lea Hollenstein</i> <b>Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie</b> Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis	Den Autoren ist es gelungen, ausgehend von empirischen Erkenntnissen und daraus folgenden Theorienentwicklungen zu den Themen Integration und Lebensführung wissenschaftliche Erkenntnisse und Praxisrelevanz zusammenzuführen. Die Erkenntnisse lassen sich sehr gut auf andere Bereiche übertragen; insofern kann dieser Zugang als Modell für weitere Theorienentwicklungen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit dienen. (Springer VS 2016)
<i>Stephan Dettmers, Jeanette Bischkopf (Hrsg.)</i> <b>Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit</b>	Erlaubt sei es, dieses selbst in Mitherausgeberschaft publizierte Fachbuch vorzustellen, da hier namhafte Expertinnen und Experten die zahlreichen Facetten von Theorieentwicklung, Forschungsrelevanz und Praxisbezug über alle Praxisfelder der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit hinweg aktuell aufarbeiten. Insbesondere notwendige Kompetenzen in der Praxis werden durch die Einbindung von Qualifikationsrahmen näher bestimmt und es zeigen sich definierte Aufgaben und fachliche Orientierungen für die Soziale Arbeit beim Thema Krankheit und Gesundheit. (Reinhardt 2019)

Foto: privat

## Häusliche Pflege

# Die Belastungen sind unterschiedlich

**Wer einen Angehörigen zu Hause pflegt, muss dafür nicht nur viel Zeit aufbringen. Rund ein Viertel der Pflegenden ist auch psychisch stark belastet. Die finanziellen Eigenbeteiligungen hingegen sind, verglichen mit der stationären Pflege, deutlich geringer. Das sind Ergebnisse einer Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO).**

Pro Tag werden im Mittel 8,6 Stunden für die häusliche Pflege aufgebracht. Das geht aus einer Befragung von rund 1.100 Haushalten für den Pflege-Report 2020 hervor. Den Großteil davon, 6,1 Stunden, erbringt die Hauptpflegeperson, weitere 1,5 Stunden Freunde, Verwandte oder andere Personen. Nur rund eine Stunde täglich entfällt auf Sachleistungen der Pflegeversicherung (etwa Pflegedienst und Tagespflege) oder privat finanzierte Hilfen. Allerdings verbergen sich hinter den Durchschnittswerten teils große Unterschiede. Lebt die Hauptpflegeperson in einem Haushalt mit der pflegebedürftigen Person, beträgt die tägliche Pflegezeit im Mittel fast neun Stunden, bei Pflegebedürftigen mit Demenz oder ab Pflegegrad 3 jeweils rund acht Stunden.

Nur ein Viertel der privaten Haushalte mit häuslicher Pflege muss finanzielle Eigenleistungen tragen. Diese liegen im Durchschnitt bei rund 250 Euro im Monat. Haushalte, die Sachleistungen der Pflegeversicherung nutzen, sind zu knapp 40 Prozent von Eigenanteilen betroffen. Sie zahlen im Schnitt etwa 200 Euro monatlich. Nur fünf Prozent der Befragten bezahlen zusätzliche private Hilfen. Wie beim zeitlichen Pflegeaufwand gibt es aber auch hier deutliche Unterschiede zulasten von Haushalten, in denen Menschen mit Demenz oder höherem Pflegegrad gepflegt werden.

Neben zeitlichen und finanziellen Aufwendungen wurde auch die subjektive Belastung der Pflegenden ermittelt. Auf Basis der Häuslichen Pflege-Skala (HPS), die mithilfe von Fragen zur körperlichen Erschöpfung und Lebenszufriedenheit die psychische Belastung misst, ergab sich dabei für jede vierte Hauptpflegeperson eine hohe subjektive Belastung.

Insgesamt zeichnet die Befragung ein heterogenes Bild der ambulanten Pflege zu Hause. Das spricht dafür, die Leistungen der Pflegeversicherung noch

stärker an den spezifischen Bedarfslagen der Pflegehaushalte zu orientieren.

Neben der Situation in der ambulanten Pflege befasst sich der Pflege-Report 2020 mit zentralen Reformbereichen der Leistungs-, Steuerungs- und Finanzierungsstrukturen. Ausgewiesene Fachleute beleuchten dabei die Ursachen für bestehenden Handlungsbedarf, analysieren spezielle Herausforderungen und zeigen Lösungswege auf. Der Pflege-Report 2020 gibt dezidierte Hinweise, um die Pflegeversicherung ein Vierteljahrhundert nach ihrer Einführung zukunftsfest zu machen. ■



Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung.* Springer-Verlag 2020; 295 Seiten, 53,49 Euro, ISBN 978-3-662-61361-0; E-Book 978-3-662-61362-7, kostenloser Download: [link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-61362-7](http://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-61362-7)

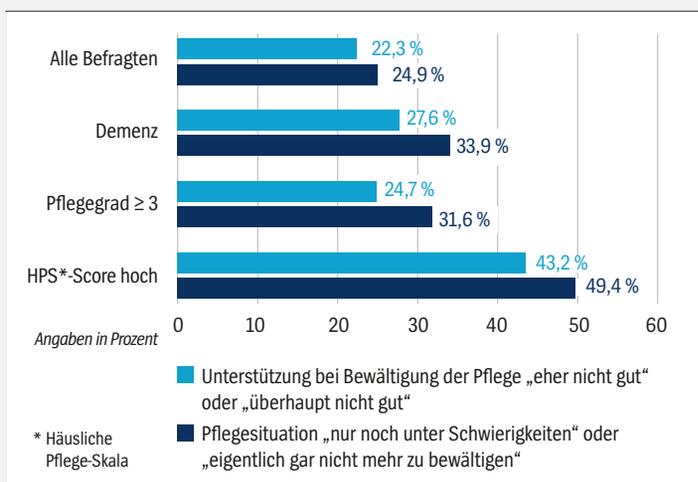


Foto: AOK-Bundesverband

**Dr. Miriam Räker** ist Mitarbeiterin im Forschungsbereich Gesundheitspolitik/Systemanalysen im WIDO.

**„Bei Pflegebedürftigen mit Demenz und hohem Pflegegrad sind die pflegenden Angehörigen besonders belastet.“**

### Kraftakt häusliche Pflege



Wer einen Angehörigen pflegt, stößt oft an seine Grenzen – vor allem, wenn die pflegebedürftige Person demenz ist, einen hohen Pflegegrad hat oder die Belastung ohnehin groß ist.

Quelle: Wido 2020

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

## Arzneimittelpreise

# Millionengrenze für einzelne Packung überschritten

**Mit einem Anstieg von 5,7 Prozent auf 46,7 Milliarden Euro verstärkt sich 2019 der Trend zu höheren Umsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für ambulant verordnete Arzneimittel. Die Anzahl der Verordnungen stieg dabei nur geringfügig.**

Die Preise für neuere patentgeschützte Arzneimittel entwickeln eine eigene Dynamik und führen zu hohen Kosten. Das belegt der GKV-Arzneimittelmarkt-Bericht 2020 des WIDo. So kostete im Jahr 2019 ein Arzneimittel, das in den drei Jahren zuvor auf den Markt gekommen war, mit durchschnittlich knapp 14.000 Euro rund dreimal so viel wie ein herkömmliches Patentarzneimittel. Mittlerweile sind sechsstellige Packungspreise für Neueinführungen an der Tagesordnung, die Millionengrenze

wurde in diesem Jahr erstmals mit den Arzneimitteln Zynteglo und Zolgensma überschritten.

Arzneimittel gegen seltene Erkrankungen, sogenannte Orphan Drugs, kosten besonders viel. Mit nur 0,05 Prozent aller Tagesdosen (DDD) im Jahr 2019 sind sie für knapp zehn Prozent der ausgegebenen Nettokosten verantwortlich, das sind 18,9 Prozent mehr als im Vorjahr. Eine Tagesdosis eines Orphan-Arzneimittels kostete dabei durchschnittlich 223,13 Euro, erheblich mehr als der durchschnittliche Preis eines Präparats im Gesamtmarkt (1,00 Euro) oder im Patentmarkt (7,36 Euro). Da das Indikationsspektrum für mehrere Orphan-Drugs mit Blockbusterstatus erweitert wurde und die Behandlungsmöglichkeiten, speziell in der Krebstherapie, zunehmen, wäre es aus Sicht der Au-

torinnen und Autoren an der Zeit, die Kriterien für öffentliche Förderungen, die die Hersteller dieser Arzneimittel genießen, wie auch die Sonderstellung im Rahmen der frühen Nutzenbewertung zu hinterfragen. Alternativ wäre die Anerkennung als Orphan Drug neu zu definieren.

Der GKV-Arzneimittelmarkt-Bericht 2020 gibt einen umfangreichen Einblick in das Verordnungsgeschehen des Jahres 2019. Er beleuchtet die Hintergründe aktueller Marktentwicklungen auf Gesamtmarktebene und auf Ebene einzelner Segmente. Weitere Themen sind die Lieferbarkeit von Arzneimitteln, die Auswirkungen der Rabattverträge und die Marktdaten pharmazeutischer Hersteller. Der Bericht steht auf der WIDo-Webseite zum kostenfreien Download bereit. ■

*Schröder M, Lohmüller J, Telschow C, Niepraschk-von Dollen K, Zawinell A, Bauckmann J: Der GKV-Arzneimittelmarkt. Bericht 2020. Berlin 2020. Download unter [wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemittelteilungen/2020/wido\\_arz\\_gkv-arzneimittelmarkt\\_2020.pdf](https://wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemittelteilungen/2020/wido_arz_gkv-arzneimittelmarkt_2020.pdf)*

## Fehlzeiten-Report 2020

# Gerechtigkeit am Arbeitsplatz

**„Gerechtigkeit und Gesundheit“ ist das Thema des Fehlzeiten-Reports 2020. In 20 Fachbeiträgen geht es unter anderem darum, wie sich Arbeit gerecht gestalten lässt und welche Anforderungen Beschäftigte an eine gerechte Führungskraft haben.**

Eine repräsentative Erwerbstätigenbefragung des WIDo belegt einen signifikanten Zusammen-

hang zwischen subjektiv wahrgenommener Unternehmensgerechtigkeit und Indikatoren wie emotionalen Beschwerden, psychosomatischen Beschwerden und Fehlzeiten. Der Report zeigt auch, welchen Beitrag hier das Betriebliche Gesundheitsmanagement leisten kann. Das Kapitel „Daten und Analysen“ informiert umfassend über

Struktur und Entwicklung des Krankenstandes in der deutschen Wirtschaft und einzelnen Branchen. Weitere Beiträge liefern fundierte Antworten, etwa zur Aussagekraft der Kennzahl „Fehlzeiten“, zur Bedeutung psychischer Erkrankungen für Beschäftigte und Betriebe, zum Arbeitsunfallgeschehen und zum Krankengeld. ■

*Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2020: Gerechtigkeit und Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag 2020, 789 Seiten, 59,99 Euro; ISBN 978-3-662-61523-2; eBook 978-3-662-61524-9*

**DAS WIDO AUF KONGRESSEN:** Kongress der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie 2020 „Best-of DGU 2020 online“, Leipzig/digital 9/2020: **Dr. Hanna Leicht:** „Operative Behandlung des Nierenzellkarzinoms: Veränderungen im 10-Jahres-Verlauf auf der Basis von 47.129 AOK-Versicherten“, „Reinterventionen innerhalb von 5 Jahren nach Eingriffen bei BPS: der Einfluss des Operationsverfahrens“ **+++ Patrik Dröge:** „Versorgungsmuster vor und nach der Inanspruchnahme von Notaufnahmen anhand von GKV-Routinedaten im Innovationsprojekt INDEED“, Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2020, Berlin/digital 10/20

# Wissenschaftskommunikation in der Pandemie – Qualität und Perspektiven

von Georg Ruhrmann<sup>1</sup> und Dominik Daube<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Die Covid-19-Pandemie** beherrscht aktuell die Wissenschaftskommunikation. Quasi wie ein Röntgenstrahl durchleuchtet das Thema gesellschaftliche Prozesse. Und es wirft neue gesellschaftliche Fragen zu unserem Selbstverständnis und insbesondere zum Verhältnis von Wissenschaft und Gesellschaft auf. Jetzt werden sie gestellt. Die Qualität von Wissenschaftskommunikation wird dabei zunehmend relevant. Über die formale und inhaltliche Güte hinaus nimmt Wissenschaftskommunikation auch in der Aufklärungsarbeit zu Falsch- und Desinformation, vor allem im Social Web, eine tragende Rolle ein.

**Schlüsselwörter:** Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens, Medien, Qualität von Wissenschaftskommunikation, Desinformation

**The Covid-19 pandemic** currently dominates science communication. Almost like an X-ray, the topic examines social processes. It raises new social questions about our self-image and especially about the relationship between science and society. Now they are set. The quality of science communication is becoming increasingly relevant. Beyond the formal and content-related quality, science communication also has an important role to play in educating people about misinformation and disinformation, especially in the Social Web.

**Keywords:** use of social science knowledge, media, quality of science communication, disinformation

## 1 Einleitung

Die Covid-19-Pandemie ist aktuell das beherrschende Medienthema. Sie verändert dynamisch Abläufe in Politik, Wirtschaft und Wissenschaft mit durchgreifenden Wirkungen und Folgen. Vor allem führt die Pandemie zu Fragen zum Verhältnis von Wissenschaft und Gesellschaft. Diese haben zwar eine lange Tradition, jetzt aber werden sie dringender und zwingender. Erste wissenschaftlich fundierte Stellungnahmen liegen vor (vergleiche *Leopoldina 2020*). Der nachfolgende Artikel behandelt – ausgehend von gesellschaftlichen Fragen (Kapitel 2) – die Qualität von Wissenschaftskommunikation (Kapitel 3). Diese äußert sich nicht nur in der Auswahl von Positionen und Themen, sondern auch in den gewählten medialen Präsentationsformen (Kapitel 3.1). Wesentlich sind hier neuerdings auch Gesichtspunkte von Falsch- und Desinformation, die an dieser Stelle nur kurz angesprochen werden

können (Kapitel 3.2). Der Artikel benennt abschließend Forderungen und Perspektiven (Kapitel 4) zur weiteren gesellschafts- und gesundheitspolitischen Diskussion.

## 2 Gesellschaftliche Fragen und die Wissenschaft

Reflexionen zum gesellschaftlichen Selbstverständnis werden unausweichlich und führen zu alten und neuen Fragen:

- Welches Wissen über die Stabilität des gesellschaftlichen Zusammenhalts einer an Wachstum orientierten Wirtschaft ist vorhanden (vergleiche *Dörre 2020; Lessenich 2020*)?
- Ist davon auszugehen, dass sich desintegrative und populistische Tendenzen verstärken (vergleiche *Daube und Ruhrmann 2020; Ruhrmann 2020*) und bei einem öffent-

<sup>1</sup> Prof. Dr. Georg Ruhrmann, Institut für Kommunikationswissenschaft, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften · Ernst-Abbe-Platz 8 · 07743 Jena  
Telefon: 03641 944930 · E-Mail: georg.ruhrmann@uni-jena.de

<sup>2</sup> Dominik Daube, Institut für Kommunikationswissenschaft, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften · Ernst-Abbe-Platz 8 · 07743 Jena  
Telefon: 03641 944930 · E-Mail: dominik.daube@uni-jena.de

TABELLE 1

## Kommunikation und Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens

Akteure \ Wissen	Politikberatung	Angewandte Sozialforschung	Sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung
<b>Wissenschaft</b>	Expertenmeinung	Surveys und Umfragen	Experimente, Meta-Analysen, Systematische Reviews
<b>Politik</b>	Erfahrungen	Enqueten, Berichte, Zusammenfassungen	Zitierte Untersuchungen, Zitierte Experten, Zitierte Wissenschaftler
<b>Medien</b>	Erfahrungen, zitierte Experten, zitierte Politiker	Animierte Modelle, Studien-„Steckbriefe“, Grafiken, Schaubilder, Filmdokumentationen	Zitierte und kommentierte Untersuchungen, Experten und Wissenschaftler

Sozialwissenschaftliches Wissen wird je nach Akteur und Anlass unterschiedlich eingesetzt. Es wird auch unterschiedlich darüber geredet. Dies fällt zumeist nicht auf, weil in der angewandten Wissenschaftskommunikation und häufig auch im Journalismus diese Unterscheidungen ignoriert werden.

Quelle: eigene Darstellung, Grafik: G+G Wissenschaft 2020

lich immer wieder angesprochenen sogenannten zweiten Lockdown eskalieren?

- Gibt es verlässliches Wissen über die gesundheitlichen Spätfolgen der neuartigen Corona-Erkrankung und ist dies bekannt (vergleiche *Okan et al. 2020*)?
- Welche Experten aus Wissenschaft, Wirtschaft und Kultur kommen zur Sprache, die die (Wissenschafts-)Politik analysieren, kritisch reflektieren und ihr gegebenenfalls auch qualifiziert widersprechen?
- Wie gehen wir mit (diesen) Widersprüchen in demokratischer Weise um? Geht die Gesellschaft in einen Lernmodus? Oder werden entscheidende Fragen von Wirtschaft, Politik und Medien verdrängt?
- Was bedeuten die sich vor dem Hintergrund zunehmender sozialer Desorientierung im Social Web ausbreitenden wissenschaftlichen Falschinformationen und lancierten Desinformationen (vergleiche Kapitel 3.2)?
- Wie kann in diesem Kontext ein hygienebezogenes Verstehen, Verständnis und Einverständnis (vergleiche *Mitze et al. 2020*), ja sogar gesellschaftliches Vertrauen entstehen beziehungsweise erweitert werden?
- Lassen sich die aktuellen krisenhaften Verläufe der Pandemie und die epidemiologisch und infektiologisch gebotenen Verhaltensmaßnahmen (und ihre diskutierte Sanktionierbarkeit) umstandslos unter bestehende Gesetze und Rechte subsumieren? Oder entsteht nicht für

das Rechtssystem ein Lern- und Veränderungsbedarf im Umgang mit neuen Risikoperspektiven (vergleiche *Luhmann 1991, 61 ff., 177 ff.*)?

### 3 Wissenschaftskommunikation

Selten wie nie zuvor gewinnen einzelne Wissenschaftler in der laufenden Pandemie eine Deutungshoheit. Ob es um die genetische Struktur des Virus oder die Verläufe und Folgen der massenhaften Infektionen geht – Politik und Staat, aber auch die Wirtschaft sind mehr denn je auf neue natur- und sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung an Universitäten beziehungsweise Forschungseinrichtungen und -akademien angewiesen. Ihr theoretisch angeleitetes und empirisch überprüfbares Wissen unterscheidet sich indes schon seit Längerem (vergleiche *Bastow et al. 2015; Wagner 2015; Ruhrmann et al. 2016*) zunehmend stark von der Politikberatung der Agenturen beziehungsweise einer zum Teil akademisierten angewandten und marktförmig produzierten Gesundheits- und Sozialforschung (vergleiche *Crouch 2015; Ruhrmann 2019*) größerer Stiftungen, Verbände und Unternehmen.

Tabelle 1 zeigt akteurspezifische beziehungsweise unterschiedliche Verwendungsweisen sozialwissenschaftlichen

TABELLE 2

## Ausgewählte Qualitätsdimensionen der wissenschaftsjournalistischen Berichterstattung

<b>Vielfalt</b>	wissenschaftliche Aussagen und Themen
	wissenschaftliche Positionen (Schulen)
	wissenschaftliche Anwendungen und Weiterentwicklungen
	(wissenschafts-)journalistische und andere mediale Inhalte und Formen
	Zugänge: Journalismus und Social Web
<b>Prägnanz</b>	kurz und knapp
	informativ und kontextbezogen
	anschaulich und verständlich
	spezifisch und zielgruppengerecht
<b>Relevanz</b>	allgemein (politisch)
	persönlich (individuell)
<b>Evidenz</b>	Evidenzstufen
	Evidenzquellen

Qualitativ hochwertige wissenschaftsjournalistische Berichterstattung zeichnet sich durch Vielfalt, Prägnanz, Relevanz und Evidenz aus. Wichtig ist, nicht nur vorliegende Befunde, sondern auch widersprüchliche Forschungsergebnisse zu thematisieren und einzuordnen.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2020

Wissens: Über ein und dasselbe Thema (zum Beispiel die sozialen Folgen der Pandemie) kann jeweils ganz unterschiedlich kommuniziert werden. Allerdings nehmen die Akteure in der Realität selten aufeinander Bezug beziehungsweise kennen und erkennen sich bisher nicht wirklich. Eine gelungene und systematische Wissens- oder Wissenschaftskommunikation findet somit seltener als politisch behauptet und gewünscht statt. Zugleich sinkt die Halbwertszeit politischer Entscheidungen. Das wirft weitere Fragen nach Glaubwürdigkeit und Vertrauen von Wissenschaft und Politik bei der Bevölkerung auf (vergleiche *Leopoldina 2020; Rothmund et al. 2020*).

Nun kommen die Sozialwissenschaften ins Spiel. Denn sie beschreiben, erklären theoretisch und empirisch beziehungsweise messen zunehmend genau und überprüfbar, warum wer wie (nicht) in welche Medien in der Corona-Krise vertraut (vergleiche *LfM NRW 2020; Rothmund et al. 2020*). Und im interdisziplinären Kontext mit Natur- und Wirtschaftswissenschaft können sie vermitteln, verstehen und versuchen zu übersetzen, wie Epidemiologie, Medizin, Virologie und andere Fächer aktuell in einem dynamischen Analyse- und Forschungsprozess und gegebenenfalls auch Erkenntnis-Transferprozess interagieren (vergleiche *Dorn et al. 2020; Leopoldina 2020*).

Sicher wissen Forscher derzeit nicht, ob, wie und wann sich das Virus eindämmen lässt. Impfstoffe werden weltweit in bisher undenkbarer Dynamik unter harten Konkurrenzbedingungen erforscht und vorbereitet. Doch noch ist kein valide geprüfter Impfstoff für die (Welt-)Bevölkerung auf dem freien Markt verfügbar. Auch ist unklar, wie sich verschiedene, sich möglicherweise radikalisierte Bevölkerungsgruppen verhalten werden (vergleiche *Okan et al. 2020*). Wie werden Staaten und Staatengemeinschaften handeln, wenn die Pandemie anhält? Nachfolgend sollen daher ausgewählte Qualitätsaspekte der Wissenschaftskommunikation (Kapitel 3.1) und zunehmende Fälle der Des- und Falschinformation über das Corona-Virus und die Pandemie diskutiert werden (Kapitel 3.2).

### 3.1 Qualitätsdimensionen

Medien berichten über bewährtes und belegtes medizinisches und wissenschaftliches Wissen. Zugleich personalisieren sie komplexe (epidemiologische) Sachverhalte. Oder sie geben Ratschläge und werben für Dienstleistungen, Kliniken und Medikamente (vergleiche *Ruhrmann 2019*) – etwa indem sie Geschichten über Patienten bringen, denen es jetzt in bestimmten Krankenhäusern besser geht. Doch gerade poten-

ziell betroffene Bürger beziehungsweise Kranke können in ihren jeweiligen individuellen Situationen, bestimmt von Stress, Zweifel und Leiden, nicht immer und sofort zuverlässig erfassen, was und welche organisierten Akteure in den vielfältigsten Netzwerken und Plattformen hinter den Berichten stecken. Sie können also unter Umständen missverstehen, was medizinisch und wissenschaftlich gilt. Die gesellschaftlichen Nebenfolgen beziehungsweise Risiken derartiger (Des-)Information sind erst ansatzweise erforscht (vergleiche *LfM NRW 2020*; *Marchal und Au 2020*). Nicht zuletzt deshalb sind Wirtschaft und Politik beziehungsweise die Öffentlichkeit darauf angewiesen, über Grundlagen, Chancen und Risiken medizinischer Innovationen ausreichend und umfassend informiert zu werden. Für Wissenschaftskommunikation beziehungsweise Journalismus lassen sich diesbezüglich unterschiedliche Qualitätsdimensionen identifizieren (vergleiche *Daube und Ruhrmann 2020*; *Ruhrmann et al. 2016*) (Tabelle 2).

### 3.1.1 Vielfalt

Generell ist eine präsentierte Vielfalt der wissenschaftlichen beziehungsweise medizinischen Inhalte, Themen und Positionen wichtig, auch um wissenschaftliche Anwendungen beziehungsweise klassische Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, aber auch deren innovative Weiterentwicklungen kennenzulernen (vergleiche *Ruhrmann 2019*). Auch unterschiedliche Lehrmeinungen hierzu müssen kommuniziert werden sowie der aktuelle Stand der wissenschaftlichen und politischen Diskussion über Pro und Kontra einzelner Maßnahmen. Wesentlich ist der Zugang zu einer Vielfalt vermittelter Formen und Inhalte der Wissenschaftskommunikation. Vielfalt meint aber nicht Beliebigkeit oder Desinformation. Es geht formal um vertrauenswürdige Blogs in den sozialen Medien (vergleiche *Mirbabaie et al. 2020*; *Rothmund et al. 2020*), um journalistische Nachrichten, Berichte und um wissenschaftsjournalistisch produzierte Lehrstücke.

In diesem Kontext ist zu fragen, wie das (medizinische) Personal in (Gesundheits- oder Schul-)Behörden im Kontext der Pandemie *breaking bad news*, also negative Eilmeldungen (*Soosaipillai et al. 2020*), verarbeitet. Denn unvermittelt und zunehmend haben die Mitarbeiter sich mit solchen Meldungen auseinanderzusetzen, nach dem Motto: „Wir haben es erst aus den Medien erfahren, warum nicht von Ihnen?“ Nicht zuletzt die jeweilig betreute Klientel konfrontiert die Behörden mit den Implikationen derartiger *bad news*. Gefragt sind daher auch professionellere, informativere und verständlichere Netzauftritte von staatlichen Einrichtungen auf allen Ebenen, vom Bund über das Land bis hin zur Kommune.

Hinzu kommen vielfache Interaktions- und Partizipationsformen auf diversen und in Bezug auf Corona seriös informierenden Internetplattformen (vergleiche *Leopoldi-*

*na 2020*). So können die Rezipienten zumindest ansatzweise und durch wissenschaftliche Kriterien gestützt unterscheiden, was zum Thema Corona-Virus und Pandemie empfehlenswert, relevant, nützlich oder riskant ist. Doch der Zugang zu Informationen im Netz wird zunehmend beeinflusst von Suchalgorithmen (vergleiche *LfM NRW 2020, 8*). Eine neuere Studie zeigt, dass letztendlich in hohem Maße die Suchmaschine entscheidet, was gefunden wird. Die erhaltenen Suchergebnisse werden vorab im Suchvorgang zufällig nach ihrer Wichtigkeit sortiert und ausgewählt, sodass auch die identische Suchmaschine zu unterschiedlichen (für die Nutzerinnen und Nutzer sichtbaren) Ergebnissen kommen kann. Die meisten Suchmaschinen priorisieren – auch je nach verwendeter Sprache – verschiedene Arten von Quellen, die von Regierungsorganisationen bis hin zu esoterischen Quellen reichen (vergleiche *Makhortkykh et al. 2020, 3–6*).

### 3.1.2 Prägnanz

Prägnanz, der Stil und die Verständlichkeit der vermittelten Aussagen und Bewertungen beeinflussen dabei, ob und wie Informationen über Corona genutzt, rezipiert, verstanden und akzeptiert werden (können). Stilistisch sollten Formulierungen einfach, kurz und knapp gehalten werden. Es sollte so informativ wie möglich, aber nicht redundant kommuniziert werden. Außerdem kommt es bei Äußerungen über Covid-19 auf den Kontext an. Wer argumentiert wann, was, wie und wo? Geht es um medizinische, juristische, politische, ethische, psychologische und/oder ökonomische Zusammenhänge, die als solche auch explizit und transparent benannt werden? Oder handelt es sich eher um unklare, unsinnige, kryptische oder zusammenhanglose Aussagen?

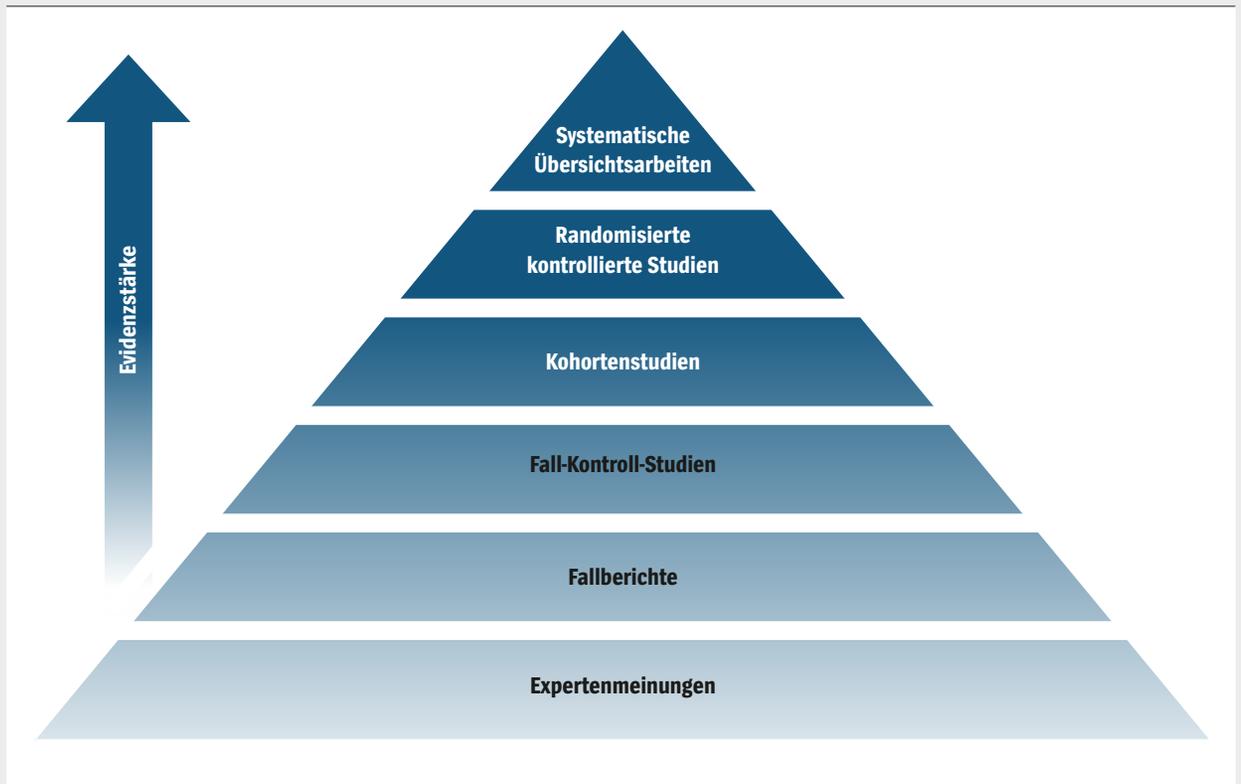
Hinzu kommt: Im Kontext der Corona-Pandemie existieren gleich eine ganze Reihe von Kennziffern, Maßzahlen und Prozentuierungen. Sie werden medial ständig wiederholt und eingeblendet. Ohne fachliches beziehungsweise gerade auch statistisches Kontextwissen sind diese kaum zuverlässig und zutreffend zu interpretieren. Daher ist es notwendig, diese Daten anschaulich (gegebenenfalls visualisiert) und verständlich für unterschiedliche Zielgruppen zu präsentieren. Beispielsweise können interaktive, animierte Grafiken für Land, Region oder Stadtteil veranschaulichen, wie sich Fallzahlen der Pandemie dynamisch entwickeln. Ergänzend können Übersichtsbeiträge gezielt über die unterschiedlichen Werte und deren Interpretation und Aussagekraft in verschiedenen Pandemie-Situationen beziehungsweise -stadien informieren.

### 3.1.3 Relevanz

Angesprochen sind damit zugleich Fragen der allgemeinen sowie der persönlichen Relevanz von Wissenschaftskommunikation (vergleiche *Ruhrmann et al. 2016*). Wissenschaftliche Aussagen sind öffentlich möglichst so aufzubereiten, dass auch für Laien klar ersichtlich ist, welche Inhalte für Vorsor-

ABBILDUNG 1

## Hierarchische Klassifikation der Evidenzstärke



Ein wichtiger Gradmesser der Qualität wissenschaftlicher Texte ist die Evidenzstärke. Dabei geht es insbesondere um die methodische Qualität von Studien. Je weiter oben in der Pyramide, desto größer ist die Evidenzstärke. Expertenmeinungen haben die geringste Belegkraft.

Quelle: Stiftung Gesundheitswissen 2018 nach Oxford Centre for Evidence-based Medicine; Grafik: G+G Wissenschaft 2020

ge, Epidemiologie und Folgenbewältigung allgemein relevant sind. Um dies erkennen zu können, ist ein Mindestmaß an Bildung, Wissen und *health literacy* notwendig (vergleiche Okan et al. 2020). Außerdem kommt es darauf an, dass die möglichen Risiken und Nebenwirkungen von Covid-19 für die eigene Familie und die Person selbst erkannt und eingeordnet werden können. Die persönliche Relevanz setzt ebenfalls ein Mindestmaß an Allgemeinwissen voraus (vergleiche Mitze et al. 2020; Okan et al. 2020).

### 3.1.4 Evidenz

Ein wesentliches Qualitätskriterium von Wissenschaft ist die wissenschaftliche Evidenz. Es geht um die methodische Qualität durchgeführter und publizierter Studien. Diese werden hierarchisch klassifiziert (Abbildung 1). Medien verwenden in ihrer jeweiligen Berichterstattung dabei unterschiedlichste Evidenzquellen (vergleiche Kessler 2016; Maier et al. 2018; Ruhrmann et al. 2016). Selten wurde untersucht, ob und wie

über wissenschaftliche Evidenz gerade auch im sozialwissenschaftlichen Bereich berichtet wird (vergleiche Ruhrmann et al. 2016). Eine Reihe von empirischen Studien konnte zeigen, dass Kommunikatoren und Journalisten jeweils vor allem auf die Normen ihrer Bezugsgruppen (Kollegen) achten (vergleiche Guenther und Ruhrmann 2016; Maier et al. 2018; Ruhrmann et al. 2016).

Unterschiedliche politische, wirtschaftliche und wissenschaftliche Akteure wählen unterschiedliche Perspektiven bei der Kommunikation wissenschaftlicher Unsicherheit und gehen auf diese spezifisch ein oder auch nicht. Sie orientieren sich dabei explizit und bewusst an unterschiedlichen Zielgruppen (vergleiche Maier et al. 2018). Gerade Journalisten stellen sich auf die Erwartungen ihres Publikums ein. Zugleich glauben sie, dass ihr Publikum mit dem Thema Wissenschaft überfordert sei (vergleiche Guenther und Ruhrmann 2016). Zudem verwechseln sie bisweilen journalisti-

sche Aufklärung (das heißt, die Geschichte hinter der Geschichte zu erzählen) mit Service und verdeckter PR für die eigene Person oder das eigene Haus (vergleiche *Ruhrmann et al. 2016; Ruhrmann 2019*). Hinzu kommen bisher erst ansatzweise beachtete organisatorische Kontextfaktoren der Wissenschaftskommunikation. Zu nennen ist hier beispielsweise die technische und finanzielle Ausstattung von entsprechenden Organisationseinheiten. Außerdem sind nicht nur kommunikationspolitische (also Public Relations betreffende), sondern auch sozial- und naturwissenschaftliche Qualifikationskonzepte des Personals gefragt.

### 3.2 Des- und Falschinformationen

Zunehmend lassen sich vor allem im Netz und auf den großen Plattformen wie Facebook und Twitter, aber auch über Messenger-Dienste wie Telegram (wissenschaftliche) Desinformationen und Falschinformationen finden. Sie reichen von Aussagen zu Hygiene und Maskenwirkung über die Herkunft und Existenz des Virus bis hin zur Impfstoffentwicklung und -wirkung. Zunehmend wird die Verbindung mit der Rezeption wissenschaftlicher Informationen von der Kommunikations- und Sozialwissenschaft untersucht und systematisiert (vergleiche *Kohring und Zimmermann 2020*). Dabei veranlassen laut einer in der Übersichts der Landesmedienanstalt NRW vorgestellten Umfrage (vergleiche *LfM NRW 2020, 5*) absichtslos erstellte Falschinformationen über das Sars-CoV-2-Virus und die damit verbundene Coronavirus-Krankheit die Bürger eher dazu, weitere Informationsquellen zu suchen und behördlich verordnete Regeln zu befolgen. Indes veranlassen absichtsvoll und gezielt eingesetzte Desinformationen – quasi der Gegenbegriff zu Miss- oder Falschinformationen (vergleiche *Jungherr 2020, 24*) – dazu, weitere (potenziell dissonante) Informationen zu meiden, nicht zu suchen und auch offizielle beziehungsweise staatliche Anordnungen zu ignorieren beziehungsweise nicht zu befolgen (vergleiche *Hameleers et al. 2020*). Dies ist umso bedeutsamer, als dass beispielsweise auf der Basis inhaltsanalytischer Untersuchungen zwischen Januar und Ende März 2020 über 200 Covid-19-relevante Inhalte aus sozialen Netzwerken durch entsprechende Faktenchecks als falsch eingestuft wurden. Seit Beginn der Pandemie Anfang 2020 nimmt der Anteil der als falsch eingestuften Inhalte stark zu (vergleiche *Brennen et al. 2020*).

Eine weitere Studie über die Verbreitung polarisierender Inhalte über Social Bots auf Twitter zeigte, dass die Bots Hash-tags zu Covid-19 nutzen, die mit rechtsextremen Seiten verbunden sind (vergleiche *LfM NRW 2020, 7; Ferrara 2020*). Auch verweisen nicht wenige Tweets in Verbindung mit Nachrichten über Covid-19 zunächst auf Youtube-Videos sowie andere Links zu verschwörungstheoretischen Seiten und Quellen. Ein Beispiel dazu: In den USA ging es im März 2020 unter anderem darum, eine mögliche Notlage von Kranken-

häusern zu bestreiten. Dazu schreiben Anatoliy Gruzd und Philip Mai: “After the initial boost by a few prominent accounts, the campaign was mostly sustained by pro-Trump accounts, followed by a secondary wave of propagation outside the U.S. The rise of the #FilmYourHospital conspiracy from a single tweet demonstrates the ongoing challenge of addressing false, viral information during the COVID-19 pandemic” (*Gruzd und Mai 2020, 1*).

## 4 Forderungen und Perspektiven

Nicht wenige bisherige staatliche Maßnahmen wirken uneinheitlich und widersprüchlich, vor allem durch unterschiedliche, willkürlich gewählt erscheinende Maßnahmen der einzelnen Bundesländer (zum Beispiel unterschiedliche Vorgaben zu Kontaktbeschränkungen und Veranstaltungsgrößen) – nicht zuletzt auch deshalb, weil Effekte des politischen und zumeist reaktiven Krisenmanagements (vergleiche *Hickmann 2020*) unter Umständen als öffentlich nicht intendierte Nebenfolgen populistisch interpretiert werden können. Wirksame präventive Maßnahmen und Interventionen (vergleiche *Dehning et al. 2020*) können nicht sofort zugerechnet werden; die Rede ist vom sogenannten Präventionsparadox (*Frankowiak 2018*). Aufgrund der angesprochenen Punkte lassen sich abschließend Forderungen für eine zukünftige Wissenschaftskommunikation in der Pandemie festhalten:

1. Viel stärker als bisher ist eine Bundesförderung relevanter Forschung und dauerhafter Forschungsverbünde zu organisieren. Dabei sollte gezielt auch auf Grundlagenforschung sozial- und verhaltenswissenschaftlicher Disziplinen gesetzt werden. Wissenschaft und Politik sollten sich noch stärker als schon geschehen für eine Gründung von Zentren zur Erforschung von Wissenschaftskommunikation einsetzen.
2. Da die bisherige staatliche Krisenkommunikation noch immer – wie schon seit Jahren bekannt – macherzentriert und paternalistisch (vergleiche *Guenther et al. 2011; Ruhrmann und Guenther 2017*) wirkt, sind neue Ansprachen und Formen einer (selbst-)kritischen Kommunikation zu etablieren: Gefragt ist nun Kommunikation auf Augenhöhe.
3. Dafür bedarf es einer breiten gesellschaftlichen Debatte, die die Frage nach einem neuen Selbstverständnis einer modernen (Postwachstums-)Gesellschaft stellt (vergleiche *Dörre 2020*) und nicht verstellt – gerade weil sich zunehmende Desorientierung und Isolation vor allem junger Menschen (vergleiche *Zuboff 2019*), Polarisierungs- und Radikalisierungstendenzen sowie Verschwörungstheorien (vergleiche *Butter 2020*) im Social Web entfalten können (vergleiche *Kohring und Zimmermann 2020; Jungherr 2020*).
4. Wissenschaft und Wissenschaftskommunikation verändern sich ständig (vergleiche *Daube und Ruhrmann 2020*),

gerade in Krisenzeiten. Daher ist es spannend zu beobachten, ob und wie ein evidenzbasierter Erkenntnistransfer möglich wird.

Bei Erscheinen dieses Beitrags ist die Pandemie noch nicht zu Ende. Weitere medizinische, politische und ökonomische Ungewissheiten deuten sich an. Auch ist weiter mit konfligierenden Evidenzen (vergleiche *Bromme und Goldman 2014*) neuer Studien zu rechnen. Die Politik wird neue Herausforderungen der Wissenschaftskommunikation anzunehmen und damit umzugehen haben. Entscheidend wird dabei aber sein, wie demokratisch und rational die erwartbaren Konflikte und Kontroversen gestaltet werden können.

## Literatur

- Bastow S, Dunleavy P, Tinkle J (2015):** The Impact of the Social Science. How Academics and their Science make a Difference. London: Sage
- Brennen SJ, Simon F, Howard PN, Nielsen RK (2020):** Types, Sources, and Claims of COVID-19 Misinformation. Tuesday 7 April 2020; reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/types-sources-and-claims-covid-19-misinformation
- Bromme R, Goldman, SR (2014):** The Public's Bounded Understanding of Science. *Educational Psychologist*, Vol. 49, No. 2, 59–69 (Issue 2: Understanding the Public Understanding of Science: Psychological Approaches); tandfonline.com/toc/hedp20/49/2?nav=tocList
- Butter M (2020):** „Explosive Mischung“. Der Kulturhistoriker Michael Butter erklärt die Faszination irrationaler Deutungen. *Der Spiegel* 38/2020, 38–39
- Crouch C (2015):** The Knowledge Corrupters. Hidden Consequences of the Financial Takeover of Public Life. Cambridge (UK): Polity Press
- Daube D, Ruhrmann G (2020):** Medizin und Journalismus; Zur Qualität der Berichterstattung – eine Einführung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (im Druck)
- Dehning J et al. (2020):** Inferring Change Points in the Spread of COVID-19 Reveals the Effectiveness of Interventions. *Science* 369, No. 6500; science.sciencemag.org → Archives
- Dorn F et al. (2020):** Das gemeinsame Interesse von Gesundheit und Wirtschaft: Eine Szenarienrechnung zur Eindämmung der Corona-Pandemie. Eine gemeinsame Studie des ifo Instituts (ifo) und des Helmholtz-Zentrums für Infektionsforschung (HZI). *ifo Schnelldienst Digital*, Jg. 1, No. 6; ifo.de → Publikationen → Unsere Zeitschriften → ifo Schnelldienst Digital
- Dörre K (2020):** Nicht jede Krise ist eine Chance. *Jacobin*, 17.04. 2020; jacobin.de/artikel/klaus-dorre-corona-krise-chance/
- Ferrara E (2020):** What Types of COVID-19 Conspiracies Are Populated by Twitter Bots? *First Monday*, Vol. 25, No. 6; firstmonday.org → archives
- Frankowiak P (2018):** Präventionsparadox. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; leitbegriffe.bzga.de → Alphabetisches Verzeichnis
- Guenther L, Ruhrmann G (2016):** Scientific Evidence and Mass Media: Investigating the Journalistic Intention to Represent Scientific Uncertainty. *Public Understanding of Science*, Vol. 25, No. 8, 927–943; journals.sagepub.com/home/pus → All issues
- Guenther L, Ruhrmann G, Milde J (2011):** Pandemie: Wahrnehmung der gesundheitlichen Risiken durch die Bevölkerung und Konsequenzen für die Risiko- und Krisenkommunikation. Berlin: AG Interdisziplinäre Sicherheitsforschung; sicherheit-forschung.de → Forschungsforum Öffentliche Sicherheit → Schriftenreihe Sicherheit
- Grudz A, Mai P (2020):** Going Viral: How a Single Tweet Spawned a COVID-19 Conspiracy Theory on Twitter. *Big Data & Society*, Vol. 7, No. 2, July–December; journals.sagepub.com/author-instructions/BDS → All issues
- Hameleers M, van der Meer TGLA, Brosius A (2020):** Feeling “Disinformed” Lowers Compliance with COVID-19 Guidelines: Evidence from the US, UK, Netherlands and Germany. *The Harvard Kennedy School (HKS) Misinformation Review, Special Issue on COVID-19 and Misinformation*, Vol. 1, No. 3; misinfreview.hks.harvard.edu → EXPLORE the review → Issues and Digests
- Hickmann C et al. (2020):** Spahns Chaos. *Der Spiegel* 34/2020, 16–18
- Jungherr A (2020):** 3. Desinformation. Konzepte, Identifikation, Reichweite und Effekte. In: Landesanstalt für Medien Nordrhein-Westfalen NRW (Hrsg.): Was ist Desinformation. Betrachtungen aus sechs wissenschaftlichen Perspektiven. Düsseldorf: LfM-NRW, 23–30; www.medienanstalt-nrw → Themen → Desinformation
- Kessler SH (2016):** Das ist doch evident! Eine Analyse dargestellter Evidenzframes und deren Wirkung am Beispiel von TV-Wissenschaftsbeiträgen. Baden-Baden: Nomos
- Kohring M, Zimmermann F (2020):** 2. Aktuelle Desinformation. Definition, Konsequenzen, Gegenmaßnahmen. In: Landesanstalt für Medien Nordrhein-Westfalen NRW: Was ist Desinformation? Betrachtungen aus sechs wissenschaftlichen Perspektiven, 15–22; www.medienanstalt-nrw → Themen → Desinformation 15–22
- Leopoldina (2020):** Ad-hoc-Stellungnahmen zur Coronavirus-Pandemie 1–5. Halle/Saale: Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina; leopoldina.org → Publikationen → Stellungnahmen
- Lessenich S (2020):** Ende des Corona-Lockdowns. Der kollektive Drang zur Normalisierung. Stephan Lessenich im Gespräch mit Stephan Karkowsky. Beitrag vom 24. Juni 2020; deutschlandfunkkultur.de → Podcasts → Interview
- LfM NRW (Landesanstalt für Medien Nordrhein-Westfalen) (2020):** Informationslage und Meinungsbilder zu COVID-19: Auf der Suche nach Verlässlichkeit. Forschungsschwerpunkt Informationsintermediäre – Spezial, Ausgabe 6: Juli 2020. Düsseldorf; medienanstalt-nrw.de/themen/intermediaere.html
- Luhmann N (1991):** Soziologie des Risikos. Berlin, New York: De Gruyter
- Maier M et al. (2018):** Kommunikation ungesicherter wissenschaftlicher Evidenz – Herausforderungen für Wissenschaftler, Journalisten

listen und Publikum. In: Janich N, Rhein L (Hrsg.): Unsicherheit als Herausforderung in der Wissenschaft. Reflexionen aus Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften. Berlin: Peter Lang, 93–112; peterlang.com/view/9783631761533/chapter-006.xhtml#\_idTextAnchor127

**Makhortkyh M, Urman A, Ulloa R (2020):** How Search Engines Disseminate Information about COVID-19 and why they Should Do Better. The Harvard Kennedy School (HKS) Misinformation Review, Vol. 1, Special Issue on COVID-19 and Misinformation; misinfo-review.hks.harvard.edu → EXPLORE the review → Research Articles  
**Marchal N, Au H (2020):** “Coronavirus EXPLAINED”: YouTube, COVID-19, and the Socio-Technical Mediation of Expertise. Social Media + Society, Vol. 6, No. 3, July–September 2020; journals.sagepub.com/home/sms → Browse Journal → All Articles → August 11, 2020

**Mirbabaie M et al. (2020):** Social Media in Times of Crisis: Learning from Hurricane Harvey for the Coronavirus Disease 2019 Pandemic Response. Journal of Information Technology, Vol. 35, No. 3 195–213; journals.sagepub.com/home/JIN → All Issues

**Mitze T, Kosfeld R, Rode J, Wälde K (2020):** Maskenpflicht und ihre Wirkung auf die Corona-Pandemie: Was die Welt von Jena lernen kann. zm online, 09.06.2020; zm-online.de/news/politik/page/32/. Langfassung (Englisch): www.iza.org → Publikationen → IZA Discussion Papers → Face Masks Considerably Reduce COVID-19 Cases in Germany: A Synthetic Control Method Approach, No. 13319

**Okan O et al. (2020):** Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol. 17, No. 15, 5503; mdpi.com/1660-4601/17/15/5503

**Rothmund T, Farkhari F, Azevedo F, Ziemer C (2020):** Scientific Trust, Risk Assessment, and Conspiracy Beliefs about COVID-19 – Four Patterns of Consensus and Disagreement between Scientific Experts and the German Public; psyarxiv.com/4nzuy/

**Ruhrmann G (2019):** Gesundheitskommunikation. PR-Magazin, Jg. 50, Heft 11, 80–86; prmagazin.de/aktuell/meldungen/details/das-aktuelle-heft-112019.html

**Ruhrmann G (2020):** Integration und Medien. In: Pickel G et al. (Hrsg.): Handbuch Integration. Wiesbaden: Springer VS, 1–15; link.springer.com → Search: Integration und Medien

**Ruhrmann G, Guenther L (2017):** Katastrophen- und Risikokommunikation. In: Bonfadelli H et al. (Hrsg.), Forschungsfeld Wissenschaftskommunikation. Wiesbaden: Springer VS, 297–314

**Ruhrmann G, Kessler SH, Guenther L (Hrsg.) (2016):** Wissenschaftskommunikation zwischen Risiko und (Un)Sicherheit. Köln: Herbert von Halem Verlag

**Soosaipillai G, Archer S, Ashrafian H, Darzi A (2020):** Breaking Bad News Training in the COVID-19 Era and Beyond. Journal of Medical Education and Curricular Development, Vol. 7, July 10, 2020, 1–4; journals.sagepub.com/home/mde → Browse Journal → All Articles

**Stiftung Gesundheitswissen (2018):** Die Evidenzstufen: So werden medizinische Erkenntnisse und Studien eingestuft; stiftung-gesundheitswissen.de → Gesundes Leben → Kompetenz & Gesundheit → Fortschritt durch Evidenz

**Wagner GW (2015):** Welche Rolle kann wissenschaftliche Beratung in der Politik sinnvollerweise spielen? In: Weingart P, Wagner GW (Hrsg.): Wissenschaftliche Beratung im Praxistest. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, 189–216

**Zuboff, S (2019):** The Age of Surveillance Capitalism. The Fight for a Human Future at the New Frontier of Power. New York: Public Affairs

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 9. September 2020)

## DIE AUTOREN



### Prof. Dr. Georg Ruhrmann,

Jahrgang 1955, studierte Philosophie, Biologie und Soziologie an den Universitäten Marburg und Bielefeld. 1997 erhielt er einen Ruf an die Friedrich-Schiller-Universität Jena. 2009 bis 2016 hatte Ruhrmann Projektleitungen im Schwerpunktprogramm 1409 „Wissenschaft und Öffentlichkeit“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Er ist Mitglied der Kommission für Risikoforschung und -wahrnehmung beim Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR). Seit 2019 lehrt er im Master Sicherheitsmanagement an der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin (HWR). Er ist beteiligt an der Vorbereitung des Studienprogramms eHealth & Communication am Universitätsklinikum Jena (UKJ).



### Dominik Daube (M.A.),

Jahrgang 1993, studierte im Bachelor Kommunikationswissenschaft und Staatswissenschaften – Rechtswissenschaft (B.A.) an der Universität Erfurt. Es folgte 2017 bis 2019 ein Master-Studium der Gesundheitskommunikation (M.A.) an der Universität Erfurt. Praktische Erfahrung sammelte Daube in der Unternehmenskommunikation eines Klinikums. Seit 2019 ist Daube Wissenschaftlicher Mitarbeiter in Forschung und Lehre am Lehrstuhl Grundlagen der medialen Kommunikation und der Medienwirkung am Institut für Kommunikationswissenschaft an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Er ist beteiligt an der Vorbereitung des Studienprogramms eHealth & Communication am Universitätsklinikum Jena (UKJ).

# Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst

von Joseph Kuhn<sup>1</sup> und Manfred Wildner<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Die Ursprünge des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)** im 18. und 19. Jahrhundert waren vor allem Aufgaben der Abwehr von Gefahren, beispielsweise Seuchen. Im 20. Jahrhundert, mit dem Entstehen städtischer Gesundheitsämter, kamen zunehmend sozialmedizinische Fürsorgeaufgaben dazu. Durch die Beteiligung des ÖGD an der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik war die Bevölkerungsmedizin nach 1945 in Deutschland zunächst diskreditiert und konnte erst unter dem Label Public Health in den 1980er-Jahren wieder an Boden gewinnen. Die Gesundheitsämter haben sich seitdem verstärkt um ein Profil über die tradierten Kontroll- und Überwachungsaufgaben hinaus bemüht, allerdings restringiert durch einen anhaltenden Personalabbau. Die Gesundheitsministerkonferenz hat die Reformansätze im ÖGD 2018 mit einem modernen Leitbild für den ÖGD unterstützt, auch die personelle Stärkung des ÖGD stand auf der Agenda. Durch die Corona-Krise ist einerseits die Stärkung des ÖGD politisch konsensfähig geworden, andererseits liegt der Akzent dabei primär auf dem Infektionsschutz. Für einen modernen ÖGD sollte der mit dem Leitbild 2018 eingeschlagene Weg weiterverfolgt werden.

**Schlüsselwörter:** öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsamt, Corona, Public Health

*The origins of the public health service in Germany in the 18th and 19th century lie in hazard prevention tasks. In the 20th century, along with the development of urban health authorities, sociomedical welfare tasks were added to the remit. The involvement of the public health service in the Nazi extermination policy led to a discreditation of public health medicine in Germany after 1945. A comeback succeeded only in the 1980s under the label "public health". Since then, health authorities have attempted to broaden its profile beyond traditional control and supervision duties, albeit hampered by ongoing staffing cutbacks. In 2018, the conference of health ministers supported the reform attempts with a modern mission statement for the public health service and debated strengthening its workforce. Due to the Corona crisis there is now considerable political consensus on building up the public health service, but with a focus primarily on infection control. For a truly modern public health service, however, the course taken with the mission statement dating from 2018 should be followed.*

**Keywords:** public health service, health authority, Corona, public health

## 1 Staatliche Verantwortung für die öffentliche Gesundheit

Historisch ist der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) im späten Merkantilismus und in der Aufklärung zu verorten. In dieser Zeit ist die Gesundheit der Bevölkerung zu einer

gestaltbaren Größe geworden, Schicksal und Gottgegebenheit allein waren keine ausreichenden Erklärungen mehr. Auch wenn insbesondere die Seuchenbekämpfung weit in die Vergangenheit zurückreicht, sind erst im 18. und 19. Jahrhundert Fragen der öffentlichen Gesundheit in umfassenderer Weise an den Staat adressiert worden (*Flügel 2012*). Dafür steht paradigmatisch das sechsbändige „System einer vollständigen

<sup>1</sup>Dr. PH Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit · Veterinärstr. 2 · 85764 Oberschleißheim  
Telefon: 09131 68085302 · E-Mail: joseph.kuhn@lgl.bayern.de

<sup>2</sup>Prof. Dr. med. Manfred Wildner, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit · Veterinärstr. 2 · 85764 Oberschleißheim  
Telefon: 09131 68085590 · E-Mail: manfred.wildner@lgl.bayern.de

gen medizinischen Polizey“ von Johann Peter Frank. Darin werden zentrale Themen der öffentlichen Gesundheit – von der Ernährung bis zur Wohnungshygiene – als staatliche Verwaltungsaufgaben beschrieben. Vieles davon gehört auch heute noch zum Aufgabenbestand des ÖGD. Die Wahrnehmung der Gesundheit der Bevölkerung als Verwaltungsfrage war mit einem Perspektivenwechsel verbunden. Bei Frank geht es in erster Linie nicht um die individuelle Gesundheit der Menschen, indem sie mit Empfehlungen zum Gesundheitsverhalten versorgt werden, sondern um das Staatswohl. Damit kommt eine ambivalente Grundstruktur des Konzepts der öffentlichen Gesundheit zum Tragen, die Unterstützung und Kontrolle verbindet und die Balance zwischen individuellen und kollektiven Interessen wahren muss. Diese Ambivalenz durchzieht die gesamte Geschichte der Bevölkerungsmedizin bis zu den gegenwärtigen Public-Health-Ansätzen. Die Dominanz kollektiver Interessen und ihre Pervertierung zum Schutz vor Krankheit durch die Ermordung der Kranken im Nationalsozialismus markiert den einen Pol. Die neoliberale Erwartung, dass sich das allgemeine Wohl durch die Selbstverantwortung der Individuen herstellt, den anderen. In dieser Ambivalenz begründet sich die Notwendigkeit einer spezifischen Public-Health-Ethik jenseits der traditionellen ärztlichen Standesethik (Schröder-Bäck 2014).

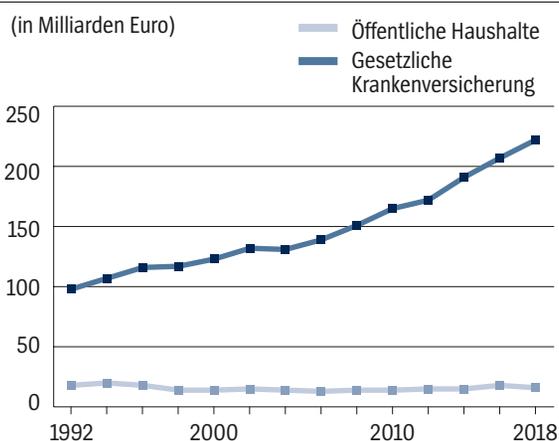
Mit der Industrialisierung und dem damit einhergehenden starken Wachstum der Städte haben sowohl die Hygiene als auch die sozialmedizinische Fürsorge als staatliche Aufgaben

an Bedeutung gewonnen, Letztere vor allem mit der Gründung der ersten städtischen Gesundheitsämter im 20. Jahrhundert. Mit dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens 1934 kam es dann zur flächendeckenden Einrichtung von Gesundheitsämtern. Sie wurden zugleich in die nationalsozialistische Rassenpolitik eingebunden, Bevölkerungsgesundheit biologistisch auf den gesunden Volkskörper reduziert (siehe dazu beispielsweise Donhauser 2007; Schleiermacher 2017). Das Vereinheitlichungsgesetz galt nach dem Krieg in der Bundesrepublik weiter und wurde erst ab den 1980er-Jahren schrittweise durch Landesgesetze ersetzt und als Bundesrecht am 14. August 2006 aufgehoben (Kuhn et al. 2012).

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden die Gesundheitsämter in ihren sozialmedizinischen Zuständigkeiten eingeschränkt und in den 1990er-Jahren fast in allen Bundesländern kommunalisiert. Die Gesundheitsämter hatten gesundheitspolitisch keine besondere Bedeutung mehr und auch der Prävention kam jenseits der ärztlichen Beratung kein hoher Stellenwert zu. Ausgebaut wurde stattdessen das System der kassenfinanzierten Krankenversorgung. In den Gesundheitsämtern wurde Personal abgebaut. Allein zwischen 1990 und 2000 ging beispielsweise die Zahl der hauptamtlichen Ärzte in den Gesundheitsämtern von 3.557 auf 2.500 zurück, die Zahl der Medizinisch-technischen Assistenten von 451 auf 141, die der Arzthelfer und Krankenpfleger von 2.094 auf 1.021 (Statistisches Bundesamt 2002). Für die Jahre danach liegen keine Personalstandsdaten des Statistischen Bundesamtes mehr vor. Für die Ärzte sind Daten der Mitgliederstatistik der Bundesärztekammer verfügbar. Demnach gab es zum 31. Dezember 2019 in den Gesundheitsämtern 2.561 Ärzte. In einer Befragung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) 2015 gaben etwa 40 Prozent der Ämter an, mit weniger als 20 Vollzeitäquivalenten ausgestattet zu sein, bei einem Drittel der Ämter waren es 20 bis 40 Vollzeitäquivalente und bei einem Viertel mehr als 40 Vollzeitäquivalente (Pope et al. 2016). Vergleichbare Größenangaben hatte bereits eine ebenfalls bundesweite Befragung der Gesundheitsämter 2007 ergeben (Stockmann et al. 2008). Die Entstaatlichung im Gesundheitsbereich zeigt sich auch bei den Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Leistungsträgern. 1968 gaben die Krankenkassen gut doppelt so viel aus wie die öffentlichen Haushalte (BMJFG 1971, 158), 2018 (siehe Abbildung 1) mehr als 13 Mal so viel.

ABBILDUNG 1

### Gesundheitsausgaben in Deutschland



Die öffentlichen Haushalte gaben 1992 noch 18 Milliarden Euro für Gesundheit aus, 2018 lediglich 16 Milliarden Euro. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung waren es 1992 noch 98, 2018 bereits 222 Milliarden Euro.

## 2 Strukturen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland

Als öffentlicher Gesundheitsdienst wird heute in der Regel die Gesundheitsfachverwaltung verstanden. Die Arbeitschutzbehörden oder die Lebensmittelüberwachung, die ebenfalls wichtige Bereiche staatlicher Verantwortung

TABELLE 1

## Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland

Bundesebene	Länderebene	Regierungsbezirke (in einigen Ländern)	Kommunale Ebene (Gesundheitsämter)
Bundesministerium für Gesundheit mit nachgeordneten Behörden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Robert Koch-Institut (RKI)</li> <li>• Paul-Ehrlich-Institut (PEI)</li> <li>• Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)</li> <li>• Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)</li> </ul>	Gesundheitsministerien der Länder mit nachgeordneten Behörden, zum Beispiel: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Landesgesundheitsämter</li> <li>• Landesuntersuchungsanstalten</li> <li>• Sonderbehörden</li> </ul> Gemeinschaftseinrichtungen der Länder, zum Beispiel die Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten	Mittlere Verwaltungsebene, teilweise mit Wahrnehmung von überregionalen Aufgaben zum Beispiel in der Anerkennung ausländischer Gesundheitsberufe oder im Begutachtungswesen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baden-Württemberg: 38</li> <li>• Bayern: 76</li> <li>• Berlin: 12</li> <li>• Brandenburg: 18</li> <li>• Bremen: 2</li> <li>• Hamburg: 7</li> <li>• Hessen: 24</li> <li>• Mecklenburg-Vorpommern: 8</li> <li>• Niedersachsen: 44</li> <li>• Nordrhein-Westfalen: 53</li> <li>• Rheinland-Pfalz: 24</li> <li>• Saarland: 6</li> <li>• Sachsen: 13</li> <li>• Sachsen-Anhalt: 14</li> <li>• Schleswig-Holstein: 15</li> <li>• Thüringen: 23</li> </ul>

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist vornehmlich auf drei Ebenen organisiert: auf der des Bundes, der Länder und der Kommunen. Die Zahl der Gesundheitsämter korreliert nicht mit der Einwohnerzahl, vergleiche etwa Bayern (rund 13 Millionen Einwohner) und Baden-Württemberg (rund 11 Millionen Einwohner).

für die öffentliche Gesundheit darstellen, zählen nicht dazu. Auf der lokalen Ebene gibt es in Deutschland derzeit 377 Gesundheitsämter, ihre Zahl ist durch Gebietsreformen in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zurückgegangen (zum Vergleich: 1990 gab es noch 532 Gesundheitsämter).

Die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern regelt das Grundgesetz (GG). Artikel 30 und 70 GG weisen den Ländern sowohl in der Gesetzgebung als auch im Vollzug die „grundsätzliche“ Zuständigkeit zu, soweit sie sich nicht der Bund vorbehalten hat. Die Zuständigkeit für Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten, also das Infektionsschutzrecht, fällt nach Artikel 74 GG in die konkurrierende Gesetzgebung. Die Länder können hier Regelungen treffen, soweit der Bund nicht aktiv geworden ist. Unterhalb der Bundesebene regeln die Gesundheitsdienstgesetze der Länder (beziehungsweise in Thüringen eine Rechtsverordnung) Aufgaben und Zuständigkeiten des ÖGD. Dies führt zu einer gewissen Heterogenität des Aufgabenspektrums des ÖGD in den Ländern. So nehmen in manchen Ländern die Gesundheitsämter auch zahnärztliche oder sozialpsychiatrische Aufgaben wahr, in manchen nicht. Die Kommunalisierung der Ämter hat zu einer weiteren variablen Ausdifferenzie-

rung der Tätigkeiten beigetragen (soweit diese im eigenen Wirkungskreis der Kommunen angesiedelt sind). Dennoch gibt es einen gemeinsamen Kern an Aufgaben des ÖGD:

- Gesundheitsschutz (Hygiene und Infektionsschutz, umweltbezogener Gesundheitsschutz, Medizinalaufsicht),
- Beratung und Information, Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfen (zum Beispiel Schwangerenberatung, Suchtberatung, Schuleingangsuntersuchungen, Begutachtungswesen),
- Koordination, Moderation, Politikberatung und Qualitätssicherung (Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Gesundheitskonferenzen, Öffentlichkeitsarbeit etc.).

Für die Gesundheitsämter liegt eine partielle Übersicht über die Tätigkeiten aus der bereits erwähnten AOLG-Befragung 2015 vor (Poppe et al. 2016). Demnach sind alle Gesundheitsämter mit Aufgaben des Infektionsschutzes, der Hygiene, den Schuleingangsuntersuchungen oder der Begutachtung („Amtsärztlicher Dienst“) befasst. Bei anderen Aufgaben, von der Schwangerenberatung bis zur Gesundheitsberichterstattung, gibt es größere regionale Unterschiede in den Zuständigkeiten beziehungsweise der Wahrnehmung von Zuständigkeiten.

Blickt man auf die Personalstruktur der Gesundheitsämter, so ist jeweils ein Fünftel ärztliches Personal, Verwaltungspersonal und sozialpädagogisches Personal sowie je ein Zehntel Hygienekontrolleure und medizinische Fachangestellte (Tabelle 2). Diese prozentuale Verteilung ist nahezu unverändert gegenüber der letzten Personalerhebung durch das Statistische Bundesamt vor 20 Jahren (*BMG 2002*).

### 3 Anhaltende Reformdebatten

Die Entwicklung des ÖGD ist seit Jahrzehnten von zwei Kommentarlinien begleitet: der Klage um den Mangel an qualifiziertem Personal und der Frage, welche Funktion dem ÖGD im Gesundheitswesen heute zukommen soll. So hat schon der Gesundheitsbericht der Bundesregierung 1971 festgestellt: „Seit Kriegsende ist die Besetzung der vorhandenen Stellen in den Gesundheitsämtern (...) mit qualifizierten Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes zunehmend schwieriger geworden. Dadurch sind diese Behörden vielfach nicht mehr in der Lage, die ihnen gesetzlich übertragenen und von Jahr zu Jahr zunehmenden Aufgaben zu erfüllen“ (*BMJFG 1971, 67*). Als Abhilfe wurden damals unter anderem die Einrichtung von Lehrstühlen für Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im öffentlichen Gesundheitsdienst und eine bessere Vergütung vorgeschlagen (ebenda). Fünfzehn Jahre später hat der Bundestag die gleiche Problemlage konstatiert, bei den Reformvorschlägen ging es wiederum darum, den ÖGD attraktiver zu machen und die Ärzte besser zu bezahlen. Hinzu kam nun die Forderung, den ÖGD auch inhaltlich als „Träger einer modernen Bevölkerungs- bzw. Gesellschaftsmedizin“ zu verstehen, der Koordinationsaufgaben wahrnimmt und dessen „epidemiologischer Sachverstand“ gestärkt werden müsse (*Deutscher Bundestag 1985*).

Gegenüber der Wahrnehmung von Koordinationsaufgaben durch den ÖGD gab es auch innerhalb des ÖGD immer kritische Stimmen. So hat 1989 beim Symposium „ÖGD 2000“ Erich Kröger, damals Leiter der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, zwar betont, dass die Gesundheitsämter epidemiologische Aufgaben bei der Beobachtung des Krankheitsgeschehens in der Bevölkerung hätten, mit dem Ziel, drohende Gefahren rechtzeitig zu erkennen, er stand aber einer Zuständigkeit der Gesundheitsämter für Gesundheitsplanung beziehungsweise in der kommunalen Steuerung kritisch gegenüber. Diese würde von den anderen Akteuren nicht akzeptiert (*Kröger 1990, 16 ff.*). Der Medizinsoziologe Christian von Ferber sprach sich dagegen bei diesem Symposium klar für Regiekompetenzen der Gesundheitsämter und ein Überdenken des Berufsbildes der Ärzte im ÖGD aus (*Ferber 1990, 120*).

TABELLE 2

#### Berufe in den Gesundheitsämtern in Prozent

Anteil an allen Beschäftigten nach Vollzeitäquivalenten, n = 193 Gesundheitsämter

Verwaltungsangestellte	20,1
Ärzte	18,5
Sozialpädagogen	18,3
Hygienekontrolleure	10,5
Medizinische Fachangestellte	9,8
Sozialmedizinische Assistenten	4,7
Zahnmedizinische Fachangestellte	3,7
Zahnärzte	2,2
Gesundheitsingenieure	1,9
Psychologen	1,3
Medizinisch-technische Assistenten	1,0
Sozialwissenschaftler	0,4
Gesundheitswissenschaftler	0,4
Heilpädagogen	0,2
Naturwissenschaftler	0,1
Sonstige Berufe (Logopäden, Apotheker etc.)	6,7

Sehr unterschiedliche Berufe sind in Gesundheitsämtern vertreten, am häufigsten Verwaltungsangestellte. Knapp jeder fünfte Mitarbeiter ist Arzt.

In den folgenden 30 Jahren hielt die Debatte um fehlendes Personal und ein fehlendes Aufgabenprofil im ÖGD an (*Grunow und Grunow-Lutter 2000; Grunow und Trojan 2002; Steen 2005*). Gleichwohl wurden in dieser Zeit in den ÖGD-Gesetzen der Länder gesundheitsplanerische und koordinierende Aufgaben verankert (*WD 2015; Kuhn und Trojan 2017*). Ihre Ausfüllung ist durch die Personalsituation und ein diffuses Rollenbild des ÖGD allerdings sehr begrenzt geblieben. Neue Impulse in diese Richtung kamen durch die Diskussion um die Gesundheitsförderung und Prävention auf der kommunalen Ebene, in der dem ÖGD koordinierende, vernetzende und beratende Funktionen zugedacht werden (*Kuhn und Heyn 2015*). Auch diese Diskussionslinie hat eine lange, weit hinter das Präventionsgesetz von 2015 zurückreichende Geschichte: Schon 1982 hatte die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) kommunale Arbeitsgemeinschaften zur Prävention und Gesundheitsförderung unter Koordination des ÖGD vorgeschlagen (*Statistisches Bundesamt 1998, 294*) und diese Vorschläge

zum Beispiel 1991 wiederholt (*Allhoff et al. 1997, 20*). Die seit den 1980er-Jahren dominante neoliberale Agenda des Staatsrückbaus verhinderte jedoch lange Zeit, dass der ÖGD in der Gesundheitsförderung eine relevante Rolle spielen konnte. Müller (1997, 88) bilanzierte Ende der 1990er-Jahre: „Den Forderungen nach einer Neuorientierung, die anschließend an das Konzept der Gesundheitsförderung für den ÖGD programmatisch formuliert werden, steht bislang in der Praxis keine erkennbare Gesamtentwicklung gegenüber.“ Ein für das konzeptionelle Verständnis des ÖGD wichtiges Papier, das einerseits die Koordinations- und Vernetzungsfunktionen des ÖGD sowie seine Beratungstätigkeiten hervorhebt, andererseits die tradierten Überwachungsaufgaben in den neuen Kontext des „New Public Management“ stellt, war der Bericht der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt) mit dem Titel „Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes“ im Jahr 1998 (*KGSt 1998*), der in den folgenden Reformdebatten immer wieder als Referenz angeführt wurde.

Hinsichtlich der Positionierung des ÖGD im Gesamtkontext öffentlicher Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung hat auch das Präventionsgesetz 2015 keine wirklich befriedigende Lösung gebracht. Es hat die „gesamtsellschaftliche Aufgabe Prävention“ zunächst primär in die Verantwortung der Sozialversicherungsträger gegeben. Der ÖGD versucht, sich in die neu entstandenen Strukturen einzubringen, so gut er kann, aber seine Rolle ist im System der Prävention nicht wirklich definiert. Sie changiert noch zu sehr zwischen Rückzug auf klassische Gefahrenabwehr, Mitmachen bei lokalen Gesundheitskampagnen und der ansatzweisen Übernahme von Koordinationsfunktionen. Was die Personalsituation und die Fähigkeit zur Krisenreaktion des ÖGD angeht, haben mehrere infektionsepidemiologische Krisen (Sars, EHEC und Ebola) in den vergangenen Jahren zu einem allmählichen Umdenken in der Gesundheitspolitik geführt – mit spürbaren Konsequenzen allerdings erst jetzt in der Corona-Krise. Diese hat bundesweit die zentrale Rolle der Gesundheitsämter im Seuchenfall deutlich gemacht.

## 4 Der ÖGD und die Corona-Krise – Chancen und Herausforderungen

Der Spagat zwischen dem auch in der Gesundheitspolitik immer wieder bekundeten Willen, den ÖGD zu stärken, und der weitgehenden Folgenlosigkeit dieses Willens unter den restriktiven finanzpolitischen Rahmenbedingungen kennzeichnet die Situation des ÖGD bis heute. Zugleich sind die Voraussetzungen für eine ÖGD-Reform auf der Ebene der verfügbaren Qualifikationen ungleich besser als früher geworden, etwa durch die Wiederverankerung des Fachs Public Health an den Universitäten mit epidemiologisch gut ausgebildeten Absol-

venten, dem modernen Aus- und Weiterbildungsangebot der Akademien für den öffentlichen Gesundheitsdienst oder der schrittweisen Einbindung des ÖGD in multiprofessionelle Netzwerke zum Beispiel bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes.

Ein in der neueren Zeit konzeptionell wichtiger Meilenstein war die Stellungnahme der Wissenschaftsakademien zu Public Health in Deutschland im Jahr 2015 mit den dort formulierten Erwartungen an den ÖGD (*Leopoldina 2015*). Im Anschluss daran hat die 89. GMK 2016 einen weitreichenden Beschluss zur Stärkung des ÖGD gefasst, der Aspekte der Aus- und Weiterbildung, des Verhältnisses von ÖGD und Wissenschaft, der Mitwirkung an der Umsetzung des Präventionsgesetzes, der Personalsituation und des Selbstverständnisses des ÖGD beinhaltet (*GMK 2016*). Unter konzeptionellen Aspekten von besonderer Bedeutung war dabei die Beauftragung eines neuen Leitbilds „Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Public Health vor Ort“. Die 91. GMK hat das abgestimmte Leitbild 2018 verabschiedet (*LP ÖGD 2018*). Der GMK-Beschluss 2016 befürwortet zudem die Einrichtung von ÖGD-Professuren, um diesem wichtigen Handlungsfeld von Public Health wieder eine akademische Präsenz zu geben und die wissenschaftliche Fundierung der Arbeit der Gesundheitsämter zu verbessern. Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2018 kündigt dann ebenfalls eine Stärkung des ÖGD an: „Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist eine wichtige Säule des Gesundheitswesens, insbesondere bei der Prävention und Gesundheitsförderung. Wir stehen für eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ein“ (*CDU, CSU, SPD 2018*).

In dieser fluid gewordenen Situation kam im Februar 2020 der Corona-Ausbruch. Dabei ist wie schon bei Sars-CoV-1 und EHEC und in der Flüchtlingskrise 2015 die zentrale Bedeutung des ÖGD für die Krisenbewältigung deutlich geworden. Anders als die früheren Krisen hat das Sars-CoV-2-Virus aber weltweit eine tiefgreifende gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Krise verursacht. Sie hält an und eine Rückkehr zum Vorher ist weder für die Gesellschaft insgesamt noch für den ÖGD absehbar. Die Gesundheitsämter haben in der Bewältigung der Krise ein breites Aufgabenspektrum. Sie müssen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) die Infektionsketten aufklären und unterbrechen. Dazu haben sie Erkrankungs- und Verdachtsfälle sowie Kontaktpersonen zu ermitteln, Untersuchungen auf eine Infektion (Abstriche) zu veranlassen oder selbst durchzuführen sowie gegebenenfalls Isolierungs- und Quarantänemaßnahmen zu veranlassen. Das IfSG lässt dabei weitreichende Eingriffe in die Grundrechte zu. Des Weiteren arbeiten die Gesundheitsämter in Krisenstäben auf Kreisebene mit, sie koordinieren Sondereinsätze, sie begleiten die Entwicklung und Umsetzung von Hygienekonzepten von Gesundheitseinrichtungen, teilweise haben sie Hotlines zur Bürgerberatung eingerichtet (vergleiche dazu auch *Starke 2020*). Neuerdings sind sie zudem für die Ver-

anlassung von Tests nach der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erlassenen „Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Corona-Virus Sars-CoV-2“ zuständig. Die Verordnung regelt die Erstattung von Laborleistungen für das Testen asymptomatischer Personen.

Allein das Nachverfolgen von Kontakten (*contact tracing*), das unverzichtbar für das Eindämmen der Epidemie ist, hat die Personalressourcen des ÖGD vielerorts überfordert (vergleiche auch die Befragung der Gesundheitsämter in der Zeitschrift „Die Zeit“: Mast et al. 2020). Hier wurde zwar schnell zusätzliches Personal eingesetzt oder über Amtshilfe aus anderen Behörden zugewiesen (vergleiche auch DS und DLT 2020), die Einarbeitung hat dabei allerdings zunächst wiederum Ressourcen gebunden und die Personalstärkung ist befristet. Sollte es zu einer zweiten Infektionswelle kommen, sind erneute Engpässe absehbar. Die inzwischen implementierte Corona-Warn-App wird dabei den Nachverfolgungsaufwand für die Gesundheitsämter noch erhöhen.

Im April und Mai 2020, als viele Infektionen mit Todesfällen in Pflegeeinrichtungen zu verzeichnen waren, waren die Gesundheitsämter in den stark betroffenen Regionen mitunter nicht mehr in der Lage, in den Einrichtungen schnell genug Reihentestungen vorzunehmen und notwendige Absonderungsmaßnahmen anzuordnen. Da zugleich die Routinekontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie die der Heimaufsicht ausgesetzt wurden, die Heime also Beratungsmöglichkeiten verloren, wurden mancherorts von überregionalen Steuerungsstellen mobile Teams zur Beratung und Testung in die Heime geschickt.

So, wie die Corona-Krise die lange bekannte desolante Personalsituation des ÖGD für jedermann erkennbar offengelegt hat, hat sie auch die Defizite der IT-Strukturen im ÖGD ins Rampenlicht der Öffentlichkeit gerückt. Das Meldewesen war mancherorts technisch noch auf Fax-Geräte ausgerichtet. Seit 2013 wird das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem (DEMIS) vorbereitet, um die Kommunikation zwischen den verschiedenen Ebenen des ÖGD zu modernisieren. Es ist bis heute nicht funktionsfähig. Zudem gab es keine funktionierende Software zur Unterstützung des *contact tracing* in den Gesundheitsämtern, die zum Beispiel das Erkennen von Infektionsclustern erleichtert. Der Informationsaustausch zwischen Laboren und Gesundheitsämtern ist ebenfalls nicht auf zeitgemäßem technischen Stand.

Bereits seit einiger Zeit kristallisiert sich das gezielte Zusammenspiel von überregionalen Kompetenzzentren und lokalen Gesundheitsämtern als sinnvolle Kooperationsstruktur heraus. Das hat sich auch in der Corona-Krise bewährt, vom Einsatz mobiler Teams über die Klärung fachlicher Fragen zur Hygiene oder zum Arbeitsschutz, der Entwicklung von Rah-

menkonzepten bis hin zum Betrieb von Hotlines zur Bürgerberatung. Diese Tandem-Struktur gilt es weiterzuentwickeln. Auf Bundesebene wird dazu beim Robert Koch-Institut eine Arbeitseinheit zur Unterstützung des ÖGD mit 40 Mitarbeitern eingerichtet. Die Länder sollten dazu ebenfalls geeignete Konzepte auf ihrer Ebene umsetzen.

Die Politik hat auf die Krise mit zunächst befristeten Personalzuweisungen und mit zusätzlichen Finanzmitteln reagiert. Es wird jedoch darauf ankommen, den ÖGD dauerhaft zu stärken und dabei nicht nur den Infektionsschutz im Auge zu behalten, sondern den mit dem neuen Leitbild 2018 eingeschlagenen Weg weiterzugehen, das heißt den ÖGD zu einer zukunfts- und europafähigen Public-Health-Agentur vor Ort zu entwickeln. Dazu sind Dauerstellen auf allen organisatorischen Ebenen des ÖGD nötig, damit in Kenntnis der lokalen wie auch der regionalen und überregionalen Strukturen Kooperationsbeziehungen aufgebaut werden können. Der ÖGD muss mit einer doppelten Kompetenz zum einen in der Lage sein, reaktive Aufgaben der Gefahrenabwehr kompetent und effizient wahrzunehmen; zum anderen kommt es darauf an, dass er Verantwortung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge in einem umfassenderen Sinne proaktiv übernehmen kann. In Zukunft wird absehbar die Gesundheit der Bevölkerung von den allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen, dem Lebensstil und insbesondere von der sozialen Differenzierung dieser Determinanten wesentlich bestimmt werden – auch im Kontext von Epidemien. Hinzu kommen die großen Themen des Klimawandels und der Globalisierung, die auf lokaler Ebene in Deutschland ebenfalls nicht folgenlos bleiben. Als Beitrag zu ihrer Bewältigung ist es notwendig, dass der ÖGD die gesundheitliche Situation der Bevölkerung beobachtet, also die seit Langem in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder vorgegebene Verpflichtung zur Gesundheitsberichterstattung flächendeckend und regelmäßig wahrnimmt, dass die Ergebnisse in die breitere gesellschaftliche Diskussion einfließen, dass der ÖGD sich an regionalen Netzwerken als Partner auf Augenhöhe beteiligen kann und sowohl horizontale (gegenüber anderen lokalen Akteuren) als auch vertikale Koordinationsleistungen (im Zusammenspiel mit überregionalen Akteuren) erbringt. Das muss wiederum auf einem wissenschaftlich zeitgemäßen und abgesicherten Niveau geschehen, wofür enge Beziehungen zur Wissenschaft nötig sind, insbesondere zu den für Public Health relevanten Fächern. Darüber hinaus braucht der ÖGD eigene spezialisierte Professuren, die seine genuinen Aufgaben als Forschungsgegenstand haben, die jeweiligen aktuellen Fragestellungen zeitnah identifizieren und die Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten wissenschaftlich unterstützen. In Bayern hat der Landtag diesbezüglich einen Prüfauftrag an die Staatsregierung auf Einrichtung einer solchen Professur beschlossen (*LT-Drucksache 18/9013 vom 7. Juli 2020*).

Die Corona-Krise hat gezeigt, dass eine Pandemie alle Bereiche des Gesundheitswesens und des gesellschaftlichen Lebens betrifft, sie ist auch für die Gesundheitsämter nicht nur eine Frage der Kontrolle von Infektionsfällen. Von besonderer Bedeutung ist dabei das vom Koalitionsausschuss am 3. Juni 2020 beschlossene Maßnahmenpaket „Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken“ (*Koalitionsausschuss 2020*). Es enthält einen „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“, der vier Milliarden Euro für die personelle und technische Aufrüstung des ÖGD bereitstellen soll. Dabei werden zwar zunächst konkrete Defizite abzubauen sein, etwa was die Personalausstattung angeht oder das von der Krise völlig überforderte Datenmanagement mit unzureichenden IT-Strukturen. Solche Defizite haben aber die Organisation differenzierter Maßnahmen vor Ort behindert und den Blick zudem einseitig auf die Eindämmung des Infektionsgeschehens fixiert, sodass die Berücksichtigung auch der sozialen und psychischen Folgen zumindest zu Beginn der Epidemie wenig Beachtung fand. Zu Recht wird im Beschluss des Koalitionsausschusses zum „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ daher ausdrücklich der „Health in all Policies/Gesundheit in allen Politikbereichen“-Ansatz angesprochen. Im Juli 2020 hat das Zukunftsforum Public Health einen Policy Brief veröffentlicht, der ebenfalls dazu auffordert, bei der Weiterentwicklung des ÖGD nicht allein den Infektionsschutz zu stärken, sondern den Gesamtkontext öffentlicher Gesundheit mitzudenken: „Der Pakt für den ÖGD bietet die Chance, eine zukunftsorientierte Entwicklung für den ÖGD anzustoßen, ihn langfristig zu stärken und damit einen relevanten Beitrag zum Schutz und der Förderung der Gesundheit der Bevölkerung zu leisten“ (*ZfPH 2020, 4*). Um hier den Blick zu weiten: Diese breitere Orientierung des ÖGD kommt dem Infektionsschutz sehr wohl zugute – dies nicht nur unter einem One-Health-Gedanken, welcher die Gesundheit des Menschen in einen breiteren ökosystemischen Zusammenhang stellt, sondern zusätzlich aus der Einsicht, dass ein Bemühen um gesundheitliche Chancengleichheit und bestmögliche Gesundheitschancen für alle eine bestmögliche Investition auch hinsichtlich des Schutzes vor und der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten darstellt. Insofern könnte der ÖGD nach der Corona-Krise seine 70-jährige Stagnationsphase überwinden und zu dem werden, als was er häufig bezeichnet wurde: der vierten Säule des Gesundheitswesens.

Dieser Artikel stützt sich in Teilen auf den Beitrag „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ der Autoren in: Razum O, Kolip P (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 7., überarbeitete Auflage 2020. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 815–832.

## Literatur

- Allhoff PJ, Leidel J, Ollenschläger G, Voigt HP (1997):** Präventivmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer
- BMJFG (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit) (1971):** Gesundheitsbericht. Bonn: Kohlhammer
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2002):** Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit
- CDU, CSU, SPD (2018):** Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode. Berlin, den 12. März 2018
- Deutscher Bundestag (1985):** Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 10/3374 vom 22. Mai 1985. Bonn
- DLT (Deutscher Landkreistag) (2013):** Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Beschluss des Präsidiums des Deutschen Landkreistages vom 9./10. April 2013
- Donhauser J (2007):** Das Gesundheitsamt im Nationalsozialismus. Das Gesundheitswesen, Vol. 69, No. S1; [thieme-connect.de/products/ejournals/issue/10.1055/s-002-5572](http://thieme-connect.de/products/ejournals/issue/10.1055/s-002-5572)
- DS (Deutscher Städtetag), DLT (Deutscher Landkreistag) (2020):** Umfrage Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – Personelle Ausstattung. Unveröffentlichtes Arbeitspapier des Deutschen Städtetags und des Deutschen Landkreistags
- Ferber C von (1990):** Der öffentliche Gesundheitsdienst der Zukunft. In: Der öffentliche Gesundheitsdienst der Zukunft. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, 115–121
- Flügel A (2012):** Public Health und Geschichte. Weinheim, Basel: Juventa
- GMK (Gesundheitsministerkonferenz) (2016):** Beschlüsse der 89. GMK. TOP: 4.1 Perspektiven zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes; [gmkonline.de/Beschluesse.html?id=416&jahr=2016](http://gmkonline.de/Beschluesse.html?id=416&jahr=2016)
- Gruhl M (2020):** Quo vadis, ÖGD? Observer Gesundheit, 8. Juli 2020. [observer-gesundheit.de/quo-vadis-oegd/](http://observer-gesundheit.de/quo-vadis-oegd/)
- Grunow D, Grunow-Lutter V (2000):** Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Weinheim: Juventa
- Grunow D, Trojan A (2002):** Öffentlicher Gesundheitsdienst. Deutliche Unterschiede zwischen Status quo und Wunschbild. Deutsches Ärzteblatt, Vol. 99, No. 25, A1737–A1742
- KGSt (Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement) (1998):** Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes. Bericht Nr. 11/1998. Köln
- Koalitionsausschuss (2020):** Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken. Ergebnis Koalitionsausschuss 3. Juni 2020; [bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Schlaglichter/Konjunkturpaket/2020-06-03-eckpunktepapier.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Schlaglichter/Konjunkturpaket/2020-06-03-eckpunktepapier.pdf?__blob=publicationFile)
- Korzilius H (2018):** Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD). Ärzte streiten für mehr Geld. Deutsches Ärzteblatt, Vol. 115, No. 44, A1987
- Kröger E (1990):** Analyse und Bewertung des ÖGD in der modernen Industriegesellschaft. In: Der öffentliche Gesundheitsdienst der Zukunft. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, 15–22

**Kuhn J, Heyn M (Hrsg.) (2015):** Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Bern: Verlag Hans Huber

**Kuhn J, Trojan A (2017):** Daten bereitstellen, Vernetzen, Koordinieren: Der Beitrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu regionaler Kooperation und Integration. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthe EW (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer, 353–372

**Kuhn J, Wildner M (2020):** Öffentlicher Gesundheitsdienst. In: Razum O, Kolip P (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 815–832

**Kuhn J, Wildner M, Zapf A (2012):** Der öffentliche Gesundheitsdienst – Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick. Deutsches Ärzteblatt, Vol. 109, No. 9, A413–A416

**Leopoldina, acatech, Union (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften) (2015):** Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen. Halle, München, Mainz; leopoldina.org/uploads/tx\_leopublication/2015\_Public\_Health\_LF\_DE.pdf

**LP ÖGD (Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD“) (2018):** Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst – Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft. Das Gesundheitswesen, Vol. 80, No. 08/09, 679–681

**Mast M et al. (2020):** Hat Deutschland Corona unter Kontrolle? ZEIT-Online vom 19. Juni 2020; [www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-06/gesundheitsaemter-corona-infektionsketten-nachverfolgung-meldevorverfahren-tests](http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-06/gesundheitsaemter-corona-infektionsketten-nachverfolgung-meldevorverfahren-tests)

**Müller P (1997):** Gesundheitsförderung – Ansatzpunkt für eine Neuorientierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes? Jahrbuch für Kritische Medizin 26, 77–90

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

**Schleiermacher S (2017):** Amtsärzte und öffentlicher Gesundheitsdienst im Nationalsozialismus und in der frühen Nachkriegs-

zeit – Aufgaben, Arbeitsfelder, Orientierung. In: Busch M, Kroll S, Maksymiak M (Hrsg.): Hippokratische Grenzgänge – Ausflüge in kultur- und medizingeschichtliche Wissensfelder. Hamburg: Verlag Dr. Kovac, 231–252

**Schröder-Bäck P (2014):** Ethische Prinzipien für die Public-Health-Praxis. Frankfurt: Campusverlag

**Starke D (2020):** Arbeitsalltag in der Krise. Die Rolle der Gesundheitsämter in der Corona-Pandemie. Dr. med. Mabase Nr. 245 (3/2020), 20–22

**Statistisches Bundesamt (1998):** Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler-Pöschel

**Statistisches Bundesamt (2002):** Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit

**Steen R (2005):** Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst. München: Ernst Reinhardt Verlag

**Stockmann S, Kuhn J, Zirngibl A, Mansmann U (2008):** Kommunale Gesundheitsberichterstattung in Deutschland: eine empirische Erhebung. Das Gesundheitswesen, Vol. 70, No. 11, 679–683

**Trojan A, Reisig V, Kuhn J (2016):** Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. Prävention und Gesundheitsförderung, Vol. 11, No. 4, 259–264

**WD (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages) (2015):** Die Gesundheitsdienstgesetze der Länder. Ausarbeitung der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestags, WD 9 – 3000 – 027/14; [bundestag.de/resource/blob/410444/a2f24acb7b-dabf15da541c95d2946167/WD-9-027-14-pdf-data.pdf](http://bundestag.de/resource/blob/410444/a2f24acb7b-dabf15da541c95d2946167/WD-9-027-14-pdf-data.pdf)

**WHO (Weltgesundheitsorganisation) (1986):** Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung; [euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

**ZfPH (Zukunftsforum Public Health) (2020):** Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Zukunftsforum Public Health gibt Empfehlungen für die Umsetzung und Ausgestaltung des Paktes für den ÖGDE; [zukunftsforum-public-health.de/stellungnahme-pakt-oegd/](http://zukunftsforum-public-health.de/stellungnahme-pakt-oegd/)

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 2. September 2020)

## DIE AUTOREN



### Dr. PH Joseph Kuhn,

Jahrgang 1958, hat in Berlin Psychologie studiert und in Bremen in Public Health promoviert. Nach Stationen im Berliner Institut für Gesundheitsförderung und im Landesgesundheitsamt Brandenburg ist er seit 2003 am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit tätig. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Gesundheitsberichterstattung. Er ist unter anderem Mitglied der Kommission Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsberichterstattung beim Robert Koch-Institut sowie im wissenschaftlichen Beirat des Bundesgesundheitsblatts und war maßgeblich beteiligt an der Entwicklung des neuen Leitbilds des öffentlichen Gesundheitsdienstes.



### Prof. Dr. med. Manfred Wildner,

Jahrgang 1959, ist Facharzt für Orthopädie und Master of Public Health (Harvard University) und für die Fächer Epidemiologie und Public Health habilitiert. Er leitet das Landesinstitut für Gesundheit im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und hat eine Brückenprofessur für Öffentliche Gesundheit – Public Health Policy and Administration an der Ludwig-Maximilians-Universität München inne. Er ist Hauptschriftleiter der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ und seit vielen Jahren in den Diskussionen zur Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes aktiv.

# Covid-19 in Gemeinschaftsunterkünften und Heimen – Strukturen, Probleme, Handlungsbedarfe

von Verena Penning<sup>1</sup> und Oliver Razum<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Gemeinschaftsunterkünfte für Geflüchtete sowie Alten- und Pflegeheime** haben aufgrund ihrer räumlichen und sozialen Strukturen eine besondere Bedeutung für die Übertragung von Sars-CoV-2. Wir vergleichen diese beiden Settings bezüglich Wohnstrukturen, Handlungsempfehlungen und des Managements im Ausbruchsfall. In beiden Settings fehlt es sowohl an belastbaren Statistiken zum Infektionsgeschehen als auch an Evidenz zum optimalen Management von Covid-19. Hinsichtlich der Wohnstrukturen stellt die Situation von Geflüchteten eine besondere Herausforderung dar. Dennoch gelten in beiden Einrichtungsarten grundsätzlich ähnliche Handlungsempfehlungen zur Prävention und zum Management von Covid-19. Das verdeutlicht, dass eine settingübergreifende Kommunikation nötig wäre. Diese sollte auch weitere Arten von Gemeinschaftsunterkünften einbeziehen.

**Schlüsselwörter:** Covid-19, Gemeinschaftsunterkunft, Geflüchtete, Altenheim, Pflegeheim

**Collective accommodation for refugees as well as retirement and nursing homes** are of particular importance in terms of SARS-CoV-2 transmissions given their structural and social living conditions. We compare both settings with regard to these living conditions, the management in cases of outbreaks of Covid-19 and official recommendations for action. We find that in both settings there is a lack of reliable statistics on infection rates as well as evidence for an effective management of Covid-19. In terms of living conditions, refugees in collective accommodation centres face particular challenges. For both settings, official recommendations for the prevention and management of Covid-19 have been published, which are basically identical. This underlines the need for communication across these and other settings of collective accommodation, in order to adequately protect all residents from Covid-19.

**Keywords:** Covid-19, collective accommodation, refugees, retirement homes, nursing homes

## 1 Covid-19 im Kontext Gemeinschaftsunterkunft und Heim

In vielen Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete in Deutschland ist im Rahmen der Covid-19-Pandemie ein erhöhtes Ausbruchsgeschehen festzustellen. Bis Ende Mai 2020 wurden auf Basis von Medienberichten insgesamt 1.769 Infektionen unter 9.785 Asylsuchenden aus 42 Gemeinschaftsunterkünften identifiziert (Bozorgmehr et al. 2020). Alten- und Pflegeheime waren Medienberichten zufolge ebenfalls

stark von Covid-19-Infektionen betroffen (Kamp et al. 2020). Allerdings gibt es bisher kaum offizielle bundesweite Daten über die genaue Anzahl von Infektionen in den beiden Settings. Das Robert Koch-Institut (RKI) verzeichnete in einer Ende August vorab veröffentlichten Analyse auf Basis von Meldedaten zu erfassten Covid-19-Ausbrüchen mit Datenstand vom 11. August 2020 insgesamt 709 Covid-19-Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen sowie 199 Ausbrüche in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete (Buda et al. 2020). Mit durchschnittlichen Fallzahlen von 18,8 beziehungsweise 20,8 pro Ausbruch gehörten diese beiden Settings zu den

<sup>1</sup> Verena Penning, MPH, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld · Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld · Telefon: 0521 1063881  
E-Mail: verena.penning@uni-bielefeld.de

<sup>2</sup> Prof. Dr. med. Oliver Razum, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld · Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld · Telefon: 0521 1063837  
E-Mail: oliver.razum@uni-bielefeld.de

Infektionsumfeldern mit den meisten Ausbruchsfällen (*ebenda*). Die Zahlen sind allerdings nur bedingt aussagekräftig, da ein Großteil der übermittelten Fälle (73 Prozent) keinem Ausbruchsgeschehen zugeordnet und damit nicht in der Analyse berücksichtigt werden konnte. Die Zahl registrierter Covid-19-Fälle in Heimen und Gemeinschaftsunterkünften aller Art lag laut RKI mit Stand vom 11. August 2020 bei circa 18.800 (*RKI 2020d*). Neben Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete sowie Alten- und Pflegeheimen fallen hierunter beispielsweise auch Obdachlosenunterkünfte oder Justizvollzugsanstalten. Sars-CoV-2, das verursachende Virus, wird überwiegend als Tröpfcheninfektion, teils auch durch kontaminierte Oberflächen übertragen (*RKI 2020c*). Daher besteht in geschlossenen Räumen beziehungsweise Einrichtungen, in denen sich mehrere Menschen aufhalten, ein besonderes Übertragungsrisiko. Gemeinschaftsunterkünfte beziehungsweise Heime sind demnach für die Übertragung von Sars-CoV-2 von besonderer Bedeutung.

Das Risiko einer Covid-19-Infektion wird durch eine Vielzahl an individuellen und kontextuellen Determinanten auf verschiedenen Ebenen beeinflusst. Das Regenbogenmodell von Dahlgren und Whitehead (1991) erfasst die Ebenen systematisch, auf denen die physischen und sozialen Determinanten von Gesundheit angesiedelt sind (siehe Abbildung 1). Ausgehend von individuellen Faktoren wie Alter oder Geschlecht wird die Gesundheit auf stets breiter werdenden Ebenen durch weitere kontextuelle Determinanten beeinflusst (*Dahlgren und Whitehead 1991*). Die Ebene der Lebens- und Arbeitsbedingungen fasst eine ganze Reihe von untergeordneten Bereichen zusammen wie die Wohnverhältnisse, sanitäre Anlagen oder die Gesundheitsversorgung (*ebenda*). In den folgenden Ausführungen zu Covid-19 im Kontext von Gemeinschaftsunterkünften und Heimen betrachten wir diese Ebene genauer. Wir diskutieren neben den strukturellen Wohnbedingungen auch das Management im Falle eines Ausbruchsgeschehens sowie Empfehlungen und gesetzliche Verordnungen, die einen Schutz der Bewohner vor einer Covid-19-Ansteckung ermöglichen sollen. Besonderes Augenmerk richten wir auf Gemeinschaftsunterkünfte für Geflüchtete sowie auf Alten- und Pflegeheime. Durch einen Vergleich verdeutlichen wir, wo ein settingübergreifendes Handeln möglich ist und in welcher Hinsicht die Situation Geflüchteter eine besondere Herausforderung darstellt.

## 2 Covid-19 in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete

Nach Ankunft in Deutschland sind Geflüchtete in den ersten Monate dazu verpflichtet, in Landesaufnahmeeinrichtungen (Registrierungs-, Ankunfts- oder Ankerzentren) zu wohnen. Anschließend erfolgt die weitere Unterbringung entweder in

Gemeinschaftsunterkünften oder in dezentralen Wohnformen (*Baier und Siegert 2018*), wobei nach § 53 des Asylgesetzes die Anschlussunterbringung in der Regel in Gemeinschaftsunterkünften erfolgen soll. Im Fokus der folgenden Ausführungen stehen die Gemeinschaftsunterkünfte und die Landesaufnahmeeinrichtungen, soweit eine Unterscheidung notwendig ist.

### 2.1 Wohnbedingungen

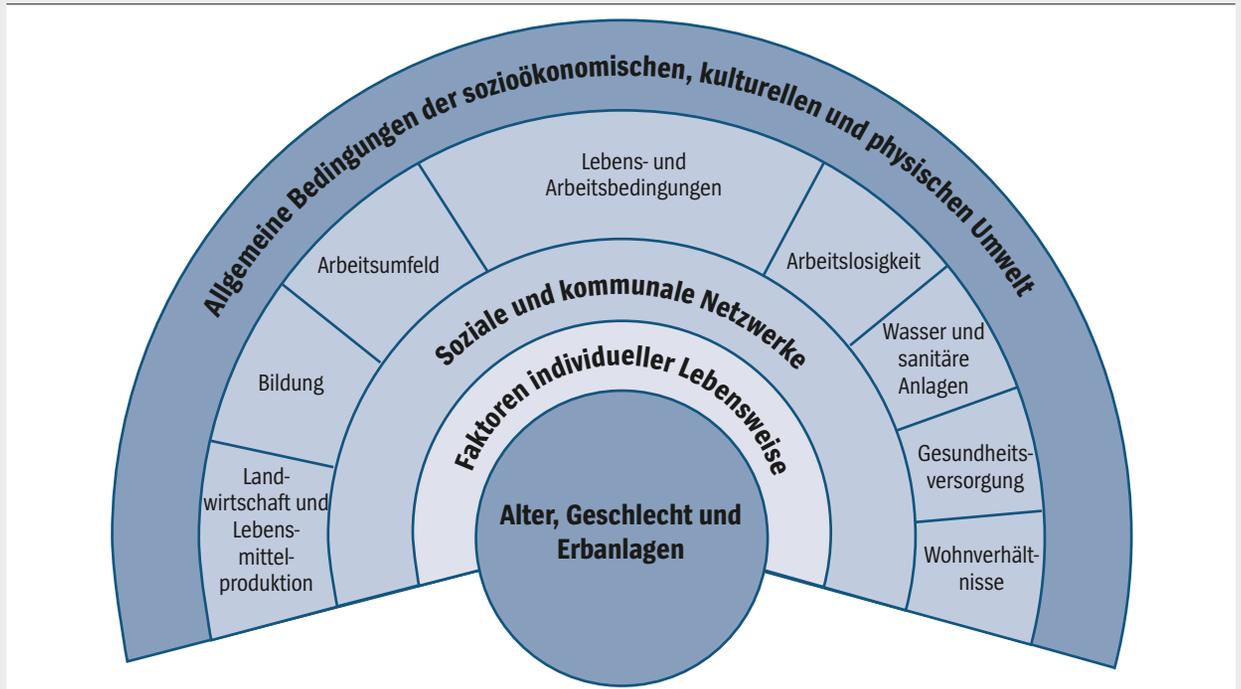
Die Belegungszahl der Gemeinschaftsunterkünfte ist abhängig von Ort, Größe und Unterkunftstyp. In den Landesaufnahmeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen waren Ende 2019 beispielsweise im Schnitt etwa 350 Personen untergebracht (*MKFFI 2020*). Zur Mindestwohnfläche pro Person gibt es zwar keine bundesweit einheitlichen Vorgaben, eine Reihe von Bundesländern hat allerdings Mindeststandards von sechs bis sieben Quadratmetern pro Person vorgeschrieben (*Wendel 2014*). In vielen Fällen steht den Bewohnern in den Unterkünften keine abgeschlossene Wohneinheit zur Verfügung, wie die Geflüchtetenstichprobe des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB), des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zeigt (*Baier und Siegert 2018*). Dies bedeutet: Mehrbettzimmer und kaum Rückzugsmöglichkeiten sowie die gemeinsame Nutzung von Sanitär- und Küchenanlagen. Geflüchtete in Gemeinschaftsunterkünften leben bezüglich des Risikos einer Sars-CoV-2-Infektion somit unter ungünstigen Bedingungen. Hinzu kommt, dass sie aufgrund von teils belastenden Fluchterfahrungen und einer möglicherweise unzureichenden Immunisierung anfälliger für Infektionskrankheiten sein können (*Frank et al. 2017*). Wenig überraschend ist daher, dass das Infektionsrisiko in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete als hoch eingeschätzt wird (*Bozorgmehr et al. 2020; Razum et al. 2020*).

### 2.2 Maßnahmen und Handlungsempfehlungen im Ausbruchfall

Wie beim Auftreten eines Covid-19-Falls vorzugehen ist, entscheiden die jeweiligen Betreiber in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt vor Ort. Gemäß § 36(1) des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) müssen die Unterkünfte ihre innerbetrieblichen Verfahren zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festlegen. Für deren Erstellung gibt es aber keine gesetzlichen Vorgaben. Offizielle Empfehlungen zum Management von Covid-19-Ausbrüchen in den Gemeinschaftsunterkünften wurden erst am 10. Juli 2020 durch das RKI veröffentlicht, nachdem bereits viele Unterkünfte von Covid-19-Ausbrüchen betroffen und auch bereits wissenschaftliche Empfehlungen publiziert worden waren (*Bozorgmehr et al. 2020; Razum et al. 2020*). Die RKI-Empfehlungen, die sich zum Teil auf diese

ABBILDUNG 1

## Determinanten von Gesundheit



Wie gesund jemand ist und woran er erkrankt, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Dazu gehören genetische Vorgaben genauso wie die Lebensweise (Essen, Sport etc.), die Netzwerke, in denen er sich bewegt, sowie größere Zusammenhänge wie Wirtschaftsleben, Kultur und Umweltbedingungen.

Quelle: Hurrelmann, Richter (2018) nach Dahlgreen und Whitehead (1991), Grafik: G+G Wissenschaft 2020

Publikationen stützen, gelten als Hilfestellung für Gesundheitsämter, die die konkreten Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz in den betroffenen Unterkünften anordnen (RKI 2020a). Das RKI weist in den Empfehlungen darauf hin, dass die rechtlichen Kontaktbeschränkungen, die in der Allgemeinbevölkerung gelten, ebenfalls in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete umsetzbar sein müssen. Dabei wird aber auch verdeutlicht, dass asylrechtliche Vorschriften unberührt bleiben. Eine Übersicht über die Empfehlungen gibt Tabelle 1. Im Ausbruchfall sollte eine räumliche Trennung von Infizierten, Nichtinfizierten und Verdachtsfällen erfolgen, dies sollte bereits präventiv geplant werden. Außerdem rät das RKI von einer Kollektivquarantäne, also einer Quarantäne der gesamten Einrichtung, ab. Stattdessen sollten insbesondere Risikogruppen separat untergebracht und alle anderen Bewohner in kleinere Kohorten aufgeteilt werden, wodurch im Infektionsfall nur für die entsprechende Kohorte eine Quarantäne angeordnet werden muss. Hierzu könnten andere Unterkunftseinheiten oder eine gemeinsame Quarantäneunterkunft organisiert werden, um die Belegungsdichte in der Unterkunft zu reduzieren. Auf eine explizit dezentrale

Unterbringung, wie sie die oben genannten wissenschaftlichen Publikationen empfehlen, gehen die Empfehlungen jedoch nicht ein (*ebenda*).

Inwiefern die Empfehlungen in den Gemeinschaftsunterkünften umgesetzt werden (können), bleibt abzuwarten. Da sich die Empfehlungen an die Gesundheitsämter richten, nicht an die betreibenden Institutionen, müssten Letztere bereits präventiv von den Gesundheitsämtern entsprechend beraten werden. Auf Basis vergangener Covid-19-Ausbrüche in den Unterkünften lässt sich feststellen, dass in vielen Fällen nach Bekanntwerden eines Covid-19-Falls beziehungsweise spätestens nach Auftreten weiterer Infektionen eine Kollektivquarantäne der Unterkunft erfolgte, unabhängig von Testergebnissen oder der gezielten Ermittlung von Kontaktpersonen. In der Studie von Bozorgmehr et al. (2020) war dies in 71 Prozent der einbezogenen Unterkünfte der Fall. In circa 20 Prozent der in die Studie einbezogenen Einrichtungen wurden Infizierte isoliert, Kontaktpersonen gezielt unter Quarantäne gestellt und bei den anderen Bewohnern Reihentestungen vorgenommen.

### 2.3 Probleme und Herausforderungen

Quarantänemaßnahmen können die Zahl an Neuinfektionen reduzieren, wenn sie mit weiteren kontaktreduzierenden Maßnahmen wie der physischen Distanzierung kombiniert werden (Nussbaumer-Streit et al. 2020). Die Quarantäne kann sich allerdings negativ auf die psychische Gesundheit auswirken, zum Beispiel aufgrund langer Dauer, Frustration, Langeweile und Isolation (Brooks et al. 2020). Eine Kollektivquarantäne in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete ist daher in zweierlei Hinsicht kritisch: Zum einen ist eine physische Distanzierung nur schwer umzusetzen. Wenn Bewohner nicht getestet werden und asymptomatische Infizierte nicht erkannt und isoliert werden, könnte sich die Übertragungsrates sogar erhöhen. Zum anderen könnten die psychischen Konsequenzen einer Quarantäne durch fehlende Rückzugsmöglichkeiten oder durch psychische Belastungen aufgrund der Flucht noch verstärkt werden. Wenn die Bewohner wegen Sprach- und Kommunikationsbarrieren nicht adäquat über die Maßnahmen informiert werden, könnte die daraus resultierende Unsicherheit zu einer weiteren Belastung führen.

Bislang zeigt sich, dass die Situation von Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften in geltenden Coronaschutzverordnungen (CoronaSchVO) unzureichend Beachtung finden. Während beispielsweise die Einhaltung des Mindestabstands von 1,5 Metern im öffentlichen Bereich gesetzlich vorgeschrieben ist (siehe beispielsweise § 2(1) CoronaSchVO NRW vom 15. Juli 2020), gibt es eine solche Vorgabe für die Gemeinschaftsunterkünfte meist nicht, auch wenn hier teils fremde Personen auf relativ engem Raum zusammenleben. Dass Vorgaben zum Einhalten eines Mindestabstands ebenfalls in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete gelten müssen, belegen einzelne Gerichtsentscheide, in denen den Anträgen klagender Asylsuchender zur Situation in Gemeinschaftsunterkünften stattgegeben wurde: Ein individueller Schutz der Kläger vor einer Infektion mit Sars-CoV-2 sei in den jeweiligen Unterkünften nicht möglich, hieß es; die Kläger durften aus den Unterkünften ausziehen (Verwaltungsgericht Leipzig, Urteil vom 22. April 2020, Aktenzeichen 3 L 204/20; Verwaltungsgericht Münster, Urteil vom 11. Mai 2020, Aktenzeichen 6a L 365/20). Die Stadt Bremen machte bereits einen ersten Schritt. Hier wurde per Verordnung festgelegt, dass der Mindestabstand von 1,5 Metern auch in gemeinschaftlichen Einrichtungen für Geflüchtete, Obdachlose sowie Saisonarbeitskräfte einzuhalten ist und somit die Belegungsdichte in Einrichtungen gegebenenfalls zu reduzieren ist (§ 12a Sechste Coronaverordnung vom 2. Juni 2020).

### 3 Covid-19 in Alten- und Pflegeheimen

Zur Situation in Alten- und Pflegeheimen ergab eine Studie der Universität Bremen, in der hochgerechnete Befragungsdaten von 824 Pflegeheimen mit den RKI-Zahlen zu Heimen

und Gemeinschaftsunterkünften aller Art in Relation gesetzt wurden, dass sieben Prozent aller Covid-19-Infizierten Pflegebedürftige sind, die in stationären Einrichtungen betreut werden. Dabei entfallen bundesweit 49 Prozent aller Covid-19-bedingten Todesfälle auf die Bewohner dieser Einrichtungen (Wolf-Ostermann et al. 2020). Aufgrund ihres Alters und eventuell bestehender Vorerkrankungen haben die Bewohner in Alten- und Pflegeheimen ein höheres Risiko für schwere Verläufe einer Covid-19-Infektion. Gleichzeitig stehen sie oft in sehr nahem physischen Kontakt zu pflegendem Personal, wodurch umfangreiche Strategien erforderlich sind, um das Auftreten sowie die Weiterverbreitung einer Covid-19-Erkrankung zu vermeiden (RKI 2020 b).

Von den baulichen Strukturen her sind Hygiene- und Abstandsregelungen in Alten- und Pflegeheimen besser umzusetzen als in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. Im Durchschnitt weisen die Einrichtungen in Deutschland 77 Pflegeplätze auf (Meißner 2016). In der Regel stehen den Bewohnern Ein- oder Zweibettzimmer zur Verfügung. Mit der Einführung der Einzelzimmerquote im Jahr 2018 müssen Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen beispielsweise Einzelzimmer zu einem Anteil von mindestens 80 Prozent vorweisen, das sieht § 20(3) des dortigen Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) vor. Darüber hinaus sollten Alten- und Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen für jeden Bewohner ein eigenes Duschbad und WC haben, Doppelbenutzung ist nur in Ausnahmefällen erlaubt. Die Mindestwohnfläche in einem Einzelzimmer sollte laut Durchführungsverordnung 14 Quadratmeter betragen (§ 7 WTG DVO).

Für Alten- und Pflegeheime veröffentlichte das RKI nach Angaben des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Baden-Württemberg (Der Paritätische Baden-Württemberg 2020) bereits Mitte April erste detaillierte Handlungsempfehlungen zu Präventions- und Kontrollmaßnahmen von Covid-19-Infektionen. Mittlerweile liegen diese in ihrer achten Version vor. Zudem stützen sich Rechtsordnungen, wie beispielsweise die Coronaschutzverordnung des Landes NRW, darauf. Die Handlungsempfehlungen betreffen beispielsweise räumliche und personelle Anforderungen, Besuchsregelungen sowie das Management von Verdachtsfällen und Infizierten (RKI 2020 b). Wie in Tabelle 1 erkennbar, finden sich Parallelen zu den Empfehlungen in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. So sollten die Bewohner in Pflegeheimen beispielsweise ebenfalls in feste kleine Kohorten eingeteilt werden, wodurch im Falle einer Infektion nur ein kleiner Kreis potenzieller Kontaktpersonen besteht. Bei bestätigten Covid-19-Fällen sollten Infizierte, Nichtinfizierte und Verdachtsfälle in drei räumlich voneinander getrennten Bereichen untergebracht werden.

Inwiefern diese Maßnahmen in den betroffenen Einrichtungen umgesetzt werden, ist auch in Alten- und Pflegeheimen bislang schwer ermittelbar. Medien berichten hier eben-

TABELLE 1

## Gegenüberstellung: Empfehlungen für Unterkünfte und Heime

	RKI-Empfehlungen für Gemeinschaftsunterkünfte für Geflüchtete (RKI 2020 a)	RKI-Empfehlungen für Alten- und Pflegeheime (RKI 2020 b)
<b>Räumliche Trennung/ Kontaktreduzierung</b>	Trennung von Infizierten, Nichtinfizierten und Verdachtsfällen	Trennung von Infizierten, Nichtinfizierten und Verdachtsfällen
	Separate Unterbringungsmöglichkeit für Risikogruppen	Räumlich voneinander getrennte Kohorten mit festem Personal schaffen
	Sofern räumlich möglich, kleinteilige Kohortenbildung mit separaten Sanitär- und Küchenbereichen beziehungsweise schichtweiser Essenausgabe	
<b>Hygienemaßnahmen</b>	Zugang zu Hygiene- und Schutzmaterial sicherstellen	Versorgung mit Hygiene- und Schutzmaterial
	In gemeinschaftlich genutzten Räumen Reinigungsintervalle erhöhen, Desinfektionsmittel anwenden	Einhaltung der Basishygiene und erweiterte Maßnahmen für Infizierte und Kontaktpersonen
		(Umgebungs-)Desinfektion und Reinigung, Schlusdesinfektion, Abfallentsorgung
<b>Aufklärung und Information</b>	Bewohner (insbesondere Risikogruppen) mehrsprachig und über mehrere Kanäle bezüglich Erkrankung, Schutzmaßnahmen und Verhalten im Krankheitsfall aufklären	Bewohner über Schutzmaßnahmen informieren
	Sprachmittlung für sprachlich unkundige Personen erwägen	Schulung für pflegerisches sowie nichtpflegerisches Personal zu Hygiene- und Schutzmaßnahmen durchführen
<b>Diagnostik und Monitoring im Ausbruchfall</b>	Niedrigschwellige Testung ermöglichen	Niedrigschwellige Testung ohne Zeitverzug ermöglichen
	Falls keine kleinteilige Kohortierung möglich, engmaschige Testung der Bewohner	Systematisches Monitoring von Symptomen bei Bewohnern und Personal
	Symptom-Tagebuch für Bewohner	Dokumentation klinischer Symptomatik in Gesamtübersicht
	Dokumentation von Fällen und Kontaktpersonen veranlassen	
<b>Regelung bei Neuaufnahmen</b>	14-tägige Quarantäne gemäß allgemeingültiger Einreisebestimmungen des Bundes, alternativ Kohorten-Isolierung	7- bis 14-tägige Quarantäne mit Symptomerfassung, Testung auch bei asymptomatischen Personen empfohlen, gegebenenfalls Aufnahmestopp
	Symptomatische Personen zeitnah testen	
	Aufnahmestopp im Ausbruchfall	
<b>Weitere Maßnahmen</b>	Besondere Schutzbedürftigkeit vulnerabler Gruppen frühzeitig ermitteln	Personalschutzmaßnahmen/persönliche Schutzausrüstung für pflegendes Personal
	Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung gewährleisten	Besuchsregelungen, alternative Kommunikationsmöglichkeiten schaffen
	Partizipation der Bewohner bei Umsetzung der Maßnahmen fördern, zum Beispiel Multiplikatoren ausbilden	

Während die Empfehlungen für Alten- und Pflegeheime bereits im April 2020 entwickelt wurden, gibt es für die Gemeinschaftsunterkünfte erst seit dem 10. Juli 2020 offizielle Empfehlungen und Hinweise.

falls von großen Herausforderungen: Personalmangel, insbesondere auch durch selbst an Covid-19 erkrankte Mitarbeiter, fehlende Schutzausrüstung und fehlende Tests werden angeführt. Wenn Testungen möglich seien, komme das Ergebnis oft mit starker Verzögerung (Kamp et al. 2020). Auch die Bremer Studie berichtet über ähnliche Herausforderungen (Wolf-Ostermann et al. 2020). Das Mitte Mai beschlossene „Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage mit nationaler Tragweite“ (Bundesrat 2020) könnte hier Abhilfe bringen, da durch das Gesetz die Krankenkassen zur Übernahme der Kosten für Covid-19-Tests verpflichtet werden, wodurch eine intensivere Testung im Umfeld gefährdeter Personengruppen ermöglicht werden soll.

Medien berichten sowohl von Kollektivquarantäne als auch von Teilquarantäne nur bestimmter Abteilungen der Pflegeheime (Beneker 2020; Spanel 2020). Ende März 2020 wurde ein generelles Besuchsverbot in den Heimen eingeführt, um einen externen Eintrag von Sars-CoV-2 zu verhindern (siehe beispielsweise die CoronaSchVO NRW in der Fassung vom 22. März 2020). Insbesondere im höheren Alter können soziale Isolation und Einsamkeit jedoch nachteilige Effekte auf die physische und psychische Gesundheit haben (Courtin und Knapp 2017). Eine interdisziplinäre Expertise hatte daraufhin Ende April 2020 empfohlen, notwendige Hygiene- und Schutzvorkehrungen zu etablieren, um Kontakte nach und von außen in Pflegeeinrichtungen wieder zu ermöglichen (Zimmermann et al. 2020). Seit Anfang Mai 2020 wurden diese Einschränkungen zunehmend gelockert. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise sind Besuche wieder gestattet, wenn ein einrichtungsbezogenes Besuchskonzept vorliegt, das sich auf die Empfehlungen des RKI stützt.

## 4 Fazit: Klare Strukturen und sichere Evidenz schaffen

Beide hier dargestellte Settings haben in Bezug auf Covid-19 eine strukturelle Gemeinsamkeit: Die gemeinsamen Räumlichkeiten lassen eine konsequente Einhaltung der Abstands- und Hygieneregulungen nur in bedingtem Maße zu. Dadurch sind Bewohner solcher Einrichtungen einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt als Personen in Privathaushalten. Häufungen von Infektionsfällen in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete sowie in Alten- und Pflegeheimen verdeutlichen dies. In beiden Settings fehlt es allerdings an einer flächendeckenden, sicheren Datenbasis zur Zahl betroffener Einrichtungen sowie zu Infektionsfällen in den Einrichtungen. Bisher liegen nur Gesamtzahlen zu Gemeinschaftsunterkünften und Heimen aller Art vor. So ist das Infektionsrisiko in den einzelnen Settings bisher auf Basis offizieller Statisti-

ken kaum feststellbar. Die Ende August vorab veröffentlichte Analyse des RKI zum Infektionsumfeld bei Covid-19-Ausbrüchen (Buda et al. 2020) liefert in dieser Hinsicht erste wichtige Erkenntnisse, ebenso die Studie von Wolf-Ostermann et al. (2020) zur Situation in den Pflegeheimen sowie von Bozorgmehr et al. (2020) zur Situation in den Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. Darüber hinaus fehlt es in beiden Settings an Evidenz zu bereits getroffenen und wirksamen Maßnahmen bei einem Ausbruchsgeschehen.

In beiden hier dargestellten Settings kommt dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) eine zentrale Rolle zu, der im Epidemiefall Ansprechpartner und für die Nachverfolgung von Kontaktpersonen zuständig ist, was insbesondere in Einrichtungen mit vielen Bewohnern eine komplexe Aufgabe darstellt. Wie die RKI-Empfehlungen in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete zeigen, sollte der ÖGD auf lokaler Ebene auch präventive Maßnahmen zur Vorbereitung auf einen eventuellen Covid-19-Ausbruch an die betreibenden Institutionen kommunizieren. Dadurch werden insgesamt die hohen personellen wie materiellen Anforderungen an den ÖGD deutlich. Strukturen, die die systematische Erfassung der Infektionszahlen in den Einrichtungen sowie eine schnelle länder- und settingübergreifende Kommunikation von Best-Practice-Beispielen ermöglichen, könnten die Arbeit des ÖGD unterstützen (Razum et al. 2020). Das im Mai 2020 verabschiedete zweite Pandemiegesetz, das auch die Stärkung des ÖGD vorsieht, ist in dieser Hinsicht ein wichtiger Schritt.

Maßnahmen einer Kollektivquarantäne sind in beiden Settings kritisch zu betrachten. Während es in Pflegeeinrichtungen seit April 2020 Bestrebungen gab, Besuche sowie Ausgänge wieder zu ermöglichen, und dies auch gesetzlich über Verordnungen geregelt wurde, fehlt eine solche Rechtsbasis für Geflüchtete in Gemeinschaftsunterkünften bislang. Weitere Bundesländer sollten dem Beispiel Bremens folgen und die Situation von Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften in ihre Coronaschutzverordnungen aufnehmen.

Auf Basis der bisherigen Erfahrungen wird die Notwendigkeit deutlich, Bewohner in kleine, voneinander getrennte Kohorten einzuteilen. Die Tatsache, dass in vielen Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete keine abgeschlossenen Wohneinheiten zur Verfügung stehen, zeigt allerdings, dass eine solche Maßnahme hier schlechter umzusetzen ist als zum Beispiel in Alten- und Pflegeheimen. Damit auch in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete eine coronaschutzkonforme Unterbringung möglich ist, sind strukturelle Veränderungen nötig, die die Lage in den Unterkünften entzerren. Das Nutzen dezentraler Wohnformen würde unmittelbar solche kleinen Kohorten schaffen und zudem die Belegungsdichte in den Gemeinschaftsunterkünften für verbleibende Bewohner reduzieren.

Die Empfehlungen des RKI zur Prävention und zum Management von Covid-19 stellen umfangreiche Handlungshilfen bereit. Insbesondere für die Situation in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete kamen sie jedoch sehr spät. Wissenschaftliche Empfehlungen wurden hierzu bereits Anfang April veröffentlicht (*Bozorgmehr et al. 2020; Razum et al. 2020*). Auch decken sich die Maßnahmen aus infektions-epidemiologischer Sicht mit den deutlich früher veröffentlichten Empfehlungen in Alten- und Pflegeheimen, zum Beispiel zur Kohortenbildung und zur räumlichen Trennung sowie zum systematischen Monitoring. Diese Parallelen legen nahe, dass entsprechende Empfehlungen auch auf andere Arten von Gemeinschaftsunterkünften übertragen werden könnten, wie zum Beispiel auf Justizvollzugsanstalten oder Gemeinschaftsunterkünfte für Saisonarbeiter, deren Wohnbedingungen im Zusammenhang mit Covid-19-Ausbrüchen in der Landwirtschaft diskutiert werden. Trotz unbestreitbarer Unterschiede zwischen diesen verschiedenen Settings bestehen gemeinsame Grundstrukturen, die grundsätzlich ähnliche Maßnahmen erfordern können. Hier gilt es, Evidenz in den einzelnen Einrichtungsarten zu schaffen und Strukturen zu etablieren, die einen settingübergreifenden Austausch ermöglichen, um in Bezug auf Covid-19 sowie zukünftige Epidemien den Bewohnern aller Gemeinschaftsunterkünfte oder Heime den bestmöglichen Schutz zu gewähren.

Diese Arbeit entstand im Kontext der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanzierten Forschungsgruppe PH-LENS (DFG FOR 2928).

## Literatur

- Baier A, Siegert M (2018):** Die Wohnsituation Geflüchteter. Ausgabe 02|2018 der Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
- Beneker C (2020):** Zwölf Coronafälle: Bremer Pflegeheim komplett unter Quarantäne. Ärzte Zeitung vom 10. Mai 2020; aerztezeitung.de → Politik → Pflege → Seite 18
- Bozorgmehr K et al. (2020):** SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete: Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte. Bremen: Kompetenznetzwerk Public Health COVID-19
- Brooks SK et al. (2020):** The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*, Vol. 395, No. 10227, 912–920
- Buda S et al. (2020):** Infektionsumfeld von erfassten COVID-19-Ausbrüchen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, online first, Nr. 38 vom 17. September 2020, 3–12; rki.de → Infektionsschutz → Epidemiologisches Bulletin: Jahrgang 2020, Ausgabe 38
- Bundesrat (2020):** Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages: Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Drucksache 246/20 vom 14. Mai 2020
- Courtin E, Knapp M (2017):** Social Isolation, Loneliness and Health in Old Age: A Scoping Review. *Health & Social Care in the Community*, Vol. 25, No. 3, 799–812
- Dahlgren G, Whitehead M (1991):** Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies
- Frank L et al. (2017):** Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, Vol. 2, No. 1, 24–46
- Hurrelmann K, Richter M (2018):** Determinanten von Gesundheit. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; leitbegriffe.bzga.de → Alphabetisches Verzeichnis → D
- Kamp L, Pittelkow S, Richter N, Riedel K (2020):** Corona in Altenheimen: Wo das Virus heftig wütet. *Süddeutsche Zeitung* vom 22. April 2020; sueddeutsche.de/politik/coronavirus-altenheim-tote-1.4884742
- Meißner S (2016):** Anzahl und Statistik der Altenheime in Deutschland. 28. Oktober 2016; pflegemarkt.com → Fachartikel → Seite 10
- MKFFI NRW (Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen) (2020):** Sachstandsbericht staatliches Asylsystem 4. Quartal 2019. Düsseldorf; landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-3140.pdf
- Nussbaumer-Streit B et al. (2020):** Quarantine Alone or in Combination with Other Public Health Measures to Control COVID-19: A Rapid Review. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 4, No. 4, 8. April 2020
- Der Paritätische Baden-Württemberg (2020):** RKI: Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen. 15. April 2020; paritaet-bw.de → Leistungen und Services → Fachinformationen → Seite 12
- Razum O, Penning V, Mohsenpour A, Bozorgmehr K (2020):** Covid-19 in Flüchtlingsunterkünften. ÖGD jetzt weiter stärken. *Das Gesundheitswesen*, Vol. 82, No. 5, 392–396
- RKI (Robert Koch-Institut) (2020 a):** Empfehlungen für Gesundheitsämter zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende (im Sinne von §§ 44, 53 AsylG), Stand 10. Juli 2020; rki.de → Infektionskrankheiten A-Z → Coronavirus SARS-CoV-2 → Allgemeine Infektionsschutzmaßnahmen
- RKI (Robert Koch-Institut) (2020 b):** Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. V.08 (18. August 2020), 1–22; rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\_Coronavirus/Alten\_Pflegeeinrichtung\_Empfehlung.pdf?\_\_blob=publicationFile
- RKI (Robert Koch-Institut) (2020 c):** SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19); rki.de → Infektionskrankheiten A-Z → Coronavirus SARS-CoV-2 → Übersicht

**RKI (Robert Koch-Institut) (2020 d):** Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit (COVID-19). 11. August 2020 – Aktualisierter Stand für Deutschland; rki.de → Infektionskrankheiten A-Z → Aktueller Lage-/Situationsbericht des RKI zu COVID-19 → Archiv

**Spanel E (2020):** Ein Bewohner positiv auf Corona getestet: Herleshäuser Seniorenheim unter Teil-Quarantäne. Werra-Rundschau vom 16. April 2020; werra-rundschau.de/lokales/herleshäuser/corona-herleshäuser-seniorenheim-unter-teil-quarantäne-13654303.html

**Wendel K (2014):** Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland: Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich. Frankfurt am Main: Pro Asyl

**Wolf-Ostermann K et al. (2020):** Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer

Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

**Zimmermann M et al. (2020):** Handlungsempfehlungen zum Schutz vor Infektion und vor sozialer Isolation von Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Teilhabebeeinträchtigungen in einer Exit-Strategie in interdisziplinärer Expertise. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 7. September 2020)

## DIE AUTOREN



**Verena Penning, MPH,**

Jahrgang 1990, hat zunächst Physiotherapie in den Niederlanden studiert (BSc.) und machte 2019 ihren Masterabschluss in Public Health mit dem Zusatztitel „European Public Health“ an der Universität Bielefeld (MPH/EMPH). Während ihres Masterstudiums arbeitete sie bereits als wissenschaftliche Hilfskraft in einem Forschungsprojekt zum Thema Fluchtmigration in der Abteilung Epidemiologie & International Public Health an der Universität Bielefeld. Seit Januar 2020 arbeitet sie dort als wissenschaftliche Mitarbeiterin und promoviert in der Forschungsgruppe PH-LENS über die kontextuellen Einflüsse der Unterbringung Geflüchteter auf ihre Gesundheit. Sie ist außerdem an der Lehre im Bachelorstudiengang „Health Communication“ beteiligt.



**Prof. Dr. med. Oliver Razum,**

Jahrgang 1960, hat Medizin an der Universität Heidelberg studiert und den Master in Epidemiologie an der London School of Hygiene and Tropical Medicine erworben. Er ist Dekan der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld und leitet die Abteilung Epidemiologie & International Public Health. Seine Forschungsschwerpunkte sind soziale Ungleichheit und Gesundheit sowie die gesundheitliche Versorgung von Migranten und Geflüchteten. Zu diesem Thema leitet er eine Forschungsgruppe der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Zusammen mit Petra Kolip gibt er das „Handbuch Gesundheitswissenschaften“ heraus, das kürzlich in der siebten Auflage neu erschienen ist.

# Können Blutdruckmedikamente bei Älteren ohne Einbußen reduziert werden?

von Anja Debrodt\*

**Wenn fünf oder mehr Medikamente pro Tag eingenommen werden, spricht man von Polypharmazie. Davon betroffen sind zumeist ältere Menschen, die aufgrund von Multimorbidität eine Vielzahl von Medikamenten verordnet bekommen. Bei ihnen steigt das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) aufgrund von Wechselwirkungen. Laut Bundesinstitut für Arzneimittel-sicherheit sind bis zu zehn Prozent aller Klinik- und Notfalleinweisungen auf UAW zurückzuführen.**

## 1 Was ist das Problem?

Polypharmazie kommt in Betracht, wenn Nutzen und Risiken in einem angemessenen Verhältnis stehen. Die einmal verordneten Medikamente sollten gleichwohl regelmäßig erneut auf den Prüfstand gestellt werden. Im Spannungsfeld von stationären und fachärztlichen Verordnungen kann die bedarfsgerechte Medikation eine herausfordernde Aufgabe darstellen, bei der die Hausärztinnen und Hausärzte eine zentrale Rolle spielen.

## 2 Wie wurde untersucht?

Die randomisierte, nicht verblindete Studie untersuchte zwischen April 2017 und September 2018 in 69 Hausarztpraxen in England, ob die Reduktion eines den Blutdruck senkenden Medikamentes mit der Erreichung des Blutdruckziels von  $\leq 150$  mmHg vereinbar ist. Die Teilnehmer waren 80 Jahre und älter, wiesen einen systolischen Blutdruck von  $< 150$  mmHg auf und nahmen seit mindestens zwölf Monaten zwei oder mehr Blutdrucksenker ein. Von den insgesamt 739 Teilnehmern wurden 282 der Interventionsgruppe (IG) zugeteilt. Diese setzten jeweils eines ihrer Blutdruckmedikamente ab, das die Ärzte schon vor der

Randomisierung auf der Grundlage einer Entscheidungshilfe festgelegt hatten. Die 287 Teilnehmer der Kontrollgruppe (KG) behielten ihre Medikation bei.

## 3 Was ist rausgekommen?

Nach zwölf Wochen lag der systolische Blutdruck bei 229 Patienten (86,4 Prozent) in der IG gegenüber 236 Patienten (87,7 Prozent) in der KG unter 150 mmHg. Damit wurde das Ziel der Nichtunterlegenheit durch das Weglassen eines Blutdrucksenkers erreicht. Der systolische Blutdruck war in der IG allerdings um durchschnittlich 3,4 und der diastolische um durchschnittlich 2,2 mmHg angestiegen. 49,3 Prozent der IG erlitten mindestens ein unerwünschtes Ereignis im Vergleich zu 39,4 Prozent in der KG. Hinsichtlich der Gebrechlichkeit, der Lebensqualität, unerwünschter Effekte und schwerwiegender unerwünschter Ereignisse zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied.

## 4 Wie gut ist die Studie?

Die hochwertige Studie zeigt, dass der Verzicht auf einen von mehreren Blutdrucksenkern mit der Einhaltung des

vorgegebenen Blutdruckziels vereinbar ist. Allerdings beschränkt sich der Beobachtungszeitraum nur auf zwölf Wochen, und als primäres Outcome wurde mit dem Blutdruck lediglich ein intermediärer Parameter erfasst. Offen bleibt, welche Auswirkungen der Medikamentenverzicht langfristig auf patientenrelevante Outcomes, wie das Herzinfarkt- oder Schlaganfallrisiko, hätte. Die Häufigkeit der UAW in der IG zeigt, dass die Reduktion von Medikamenten ein anspruchsvolles Unterfangen ist. Weitere, an die niedrigeren deutschen Blutdruckziele angepasste Studien sollten klären, ob auch in diesem Rahmen Reduktionspotenziale bei der Verordnung bestehen. Parallel dazu sollte das Potenzial, das die PRISCUS-Liste und die FORTA-Klassifikation zur Vermeidung potenziell inadäquater Arzneimittelverordnungen bieten, besser ausgeschöpft werden.

*Quelle: Sheppard JP et al.: Effect of Antihypertensive Medication Reduction vs usual Care on Short-term Blood Pressure Control in Patients With Hypertension Aged 80 Years and Older. The OPTIMISE Randomized Clinical Trial. JAMA. 2020;323(20):2039-2051. doi:10.1001/jama.2020.4871*

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

## DER KOMMENTAR

*Selbst mäßig über dem Normbereich liegende Blutdruckwerte sind auf Dauer gefährlich. Die Behandlung erfordert oft die Einnahme von mehreren Medikamenten. Verständlich ist der Wunsch, deren Zahl auf das unbedingte Minimum zu reduzieren. Das systematische Absetzen von Medikamenten ist wissenschaftlich noch nicht gut untersucht. Die vorliegende Studie liefert daher wichtige Informationen für die Praxis. Das Absetzen eines Blutdrucksenkers führte nicht zu einer besseren Verträglichkeit, die Häufigkeit von Nebenwirkungen nahm sogar zu. Das Absetzen brachte keinen Nutzen, aber einen potenziell gefährlichen Blutdruckerhöhung. Einfache Regeln für ein Deprescribing gibt es noch nicht, hier sind weitere Studien abzuwarten.*

**Prof. Dr. Ursula Müller-Werdan,** Direktorin der Klinik für Geriatrie und Altersmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin; Ärztliche Leitung des Evangelischen Geriatriezentrums Berlin gGmbH



## KÖPFE

**Prof. Dr. Markus Bühner** ist neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Nach dem Psychologie-Studium in Würzburg war Bühner wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU). Nach Stationen in Würzburg, Marburg und Lübeck wurde er auf eine Juniorprofessur an der LMU berufen. 2009 übernahm Bühner die Professur für Psychologische Diagnostik der Universität Graz/Österreich, 2011 kehrte er als Professor für Psychologische Methodenlehre und Diagnostik an die LMU zurück.

**Prof. Dr. Claudia Langenberg** hat die Professur für Computational Medicine am Berlin Institute of Health (BIH) übernommen. Langenfeld studierte Medizin in Münster und wechselte für ihren Master und PhD in Epidemiologie nach England und in die USA. 2016 schloss sie ihre Facharzt Ausbildung in Public Health ab, 2017 übernahm sie die Programmleitung der Molekularen Epidemiologie an der University of Cambridge/Großbritannien.

**Prof. Dr. Daniela Dieterich** ist die neue Dekanin der Medizinischen Fakultät in Magdeburg. Sie löst **Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter** ab, der das Amt zwölf Jahre lang bekleidete. Dieterich studierte Biochemie an der Universität Hannover, promovierte am Magdeburger Leibniz-Institut für Neurobiologie und forschte anschließend als Postdoc am California Institute of Technology in Pasadena/USA. 2012 übernahm Dieterich die Leitung des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie an der Otto-von-Guericke-Universität in Magdeburg.

**Prof. Dr. Gesine Grande** ist zur neuen Präsidentin der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg ernannt worden. Grande studierte Psychologie an der Universität Leipzig und war danach als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig sowie in verschiedenen Forschungsprojekten an den Universitäten Essen und Bielefeld tätig. 2003 übernahm sie eine Professur für Psychologie an der Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur (HTWK) Leipzig. 2014 wechselte Grande auf die Professur „Evidenzbasierte Gesundheitsförderung“ an der Universität Bremen. Zuletzt war sie Rektorin der HTWK Leipzig.

**Prof. Dr. Peter Lüdike** ist neuer Professor für Herzinsuffizienz an der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen. Nach dem Medizinstudium in Frankfurt am Main, Zürich/Schweiz und Manipal/Indien arbeitete Lüdike als Arzt am Universitätsklinikum Aachen und wechselte dann an das Universitätsklinikum Düsseldorf. Zuletzt leitete er am Universitätsklinikum Essen den Bereich Herzinsuffizienz und Intensivmedizin sowie das Programm zur minimalinvasiven Kathethertherapie von Mitral- und Trikuspidalklappenfehlern.

**Prof. Dr. Katja Götz** ist zur Professorin für Primärversorgungsforschung der Universität zu Lübeck ernannt worden. Nach einem Diplom-Studium der Soziologie in Dresden und Regensburg arbeitete Götz als wissenschaftliche Mitarbeiterin, zunächst im Bereich Medizinische Soziologie der Universität Regensburg,

danach am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg und dann in der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universitätsklinik Heidelberg. Zuletzt war Götz wissenschaftliche Koordinatorin am Institut für Allgemeinmedizin an der Universität zu Lübeck.

**Prof. Dr. Simone Fulda** ist die neue Präsidentin der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Nach dem Medizinstudium in Köln, Harvard, San Francisco und Phoenix/USA sowie Dublin/Irland absolvierte sie ihre Facharzt Ausbildung für Kinder- und Jugendmedizin. Von 2002 bis 2007 war sie Heisenberg-Stipendiatin der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Sie bekleidete zunächst eine DFG-Forschungsprofessur für Pädiatrische Forschung an der Universität Ulm und wechselte 2010 als Direktorin an das Institut für Experimentelle Tumorforschung in der Pädiatrie der Goethe-Universität in Frankfurt am Main.

**Prof. Dr. Matthias Schlesner** hat den neu eingerichteten Lehrstuhl für Biomedizinische Informatik, Data Mining und Data Analytics an der Fakultät für Angewandte Informatik der Universität Augsburg übernommen. Er studierte Humanbiologie und Bioinformatik in Marburg. Nach der Promotion an der Ludwig-Maximilians-Universität in München war Schlesner Gruppenleiter am Max-Planck-Institut für Biochemie in Martinsried. Er wechselte dann als Postdoc an das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) Heidelberg, wo er zuletzt in unterschiedlichen Leitungsfunktionen tätig war.

Aufgrund der Ausbreitung des Corona-Virus entfallen derzeit viele öffentliche Veranstaltungen. Daher erscheint auch diese Ausgabe der G+G Wissenschaft ohne die gewohnte Kongressvorschau. Wenn sich die Lage ändert, informieren wir Sie in den nächsten Heften gern wieder über anstehende Veranstaltungen.

## Kontakte

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

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](http://www.aok-bv.de) → Datenschutz

20-0161

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

**Anschrift der Redaktion:**  
Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft,  
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin  
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105  
E-Mail: [ggw-redaktion@komp.art.de](mailto:ggw-redaktion@komp.art.de)