ISSN 1868-1492

Ausgabe 2/2024, 24. Jahrgang

G+G Wissenschaft

GGW – das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Inhalt

Notizen

Zeitschriftenschau
von Andrea Züger 2

Drei Fragen
an Michael Denkinger 3

Buchtipps
von Katharina Kitze 4

Aus dem WIdO 5

Analysen

Prävention

Institutionenwandel in der Präventionspolitik
von Thomas Gerlinger 7

Wege aus der BGF-Wirkungskrise
von Holger Pfaff, Mareike Pfaff und Kristina Schubin 15

Ein neues Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit – mehr als eine Frage des Namens
von Raimund Geene 23

Zusatzanalyse

Finanzausgleich in der Pflegeversicherung weiter sinnvoll
von Dietmar Haun 30

Studie im Fokus

Analyse der Medikamente 35

Köpfe und Kongresse 36

Impressum 36

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

warum putzen sich fast alle Menschen die Zähne, aber kaum jemand benutzt Zahnseide? Die Antwort ist einfach: Wir sind biologisch darauf programmiert, tendenziell das zu bevorzugen, was uns einen unmittelbaren Nutzen bringt. Dass unsere Zähne durch Putzen oder Zahnseide in 20 Jahren in einem besseren Zustand sein werden, als wenn wir nichts getan hätten, ist für wenige ausschlaggebend, das frische Gefühl im Mund nach dem Zähneputzen hingegen schon. Leider lassen sich nicht alle Präventionsmaßnahmen so gestalten, dass es zumindest eine Variante mit einem sofort spürbaren Nutzen gibt. Aber es gibt Maßnahmen, die etwas bringen und die darüber hinaus sozusagen einen oder mehrere Kollateralnutzen haben. Mehr darüber erfahren Sie ganz nebenbei in der zweiten Analyse.
Die erste und die dritte Analyse beschäftigen sich mit Präventionsinstitutionen in Deutschland, zum einen aus historischer Sicht und zum anderen anlässlich der geplanten Gründung eines neuen Institutes. Mit einem ganz anderen Thema beschäftigt sich eine Kurzanalyse außerhalb des Schwerpunkts. Dort erfahren Sie, warum ein immer wieder diskutierter Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung weiterhin erstrebenswert ist.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

NEUES INSTITUT

Geschlechtersensible Medizin

An der Universität Duisburg-Essen ist am Forschungsstandort Essen ein neues Institut für Geschlechtersensible Medizin gegründet worden. Es soll unter anderem untersuchen, wie soziokulturelle und biologische Faktoren das Krankheitsgeschehen beeinflussen.

idw-online.de/de/news829983

FORSCHUNGSPLATTFORM

Typ-1-Diabetes im Fokus

Weltweit sind etwa neun Millionen Menschen von Typ-1-Diabetes betroffen. Ein europaweites Forschungsprojekt mit 28 Partnern aus zwölf Ländern will jetzt nach Möglichkeiten zur Früherkennung und effektiven Vorbeugung suchen. Die Europäische Kommission fördert das Projekt über fünf Jahre mit rund 22 Millionen Euro.

edent1fi.eu

FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Neue Wirkstoffe gegen Krebs

Die Deutsche Krebshilfe hat einen neuen Förderschwerpunkt gesetzt: Mit rund 20 Millionen Euro fördert sie über die nächsten fünf Jahre drei Projekte, die sich der Entwicklung neuer Krebstherapien widmen.

krebshilfe.de > Forschen > Projekte > Unsere Förderschwerpunkte > Präklinische Wirkstoffentwicklung

Zeitschriftenschau

Zur Person
Dr. Andrea Züger, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Kontakt
Leihgesterner Weg 52,
35392 Gießen
Telefon:
0641 9947716
E-Mail:
andrea.zueger@histor
med.uni-giessen.de

uni-giessen.de/fbz/fb11/institute/histor

Finanzielle Belastungen bei Krebs

Die finanziellen Folgen einer Krebserkrankung erleben auch Menschen in Deutschland. Darunter leidet die Lebensqualität. Ein interdisziplinäres Forschungsteam hat hierzu Krebspatienten befragt. Die Daten zeigen, dass diese sowohl mit Mehrausgaben als auch mit Einkommenseinbußen konfrontiert sind und sich deshalb in unterschiedlichen Lebensbereichen subjektiv belastet fühlen. Die Not dieser Menschen muss frühzeitig erkannt werden, um adäquate Unterstützung zu leisten.
Forum. doi: 10.1007/s12312-024-01296-y

Ethik des Genusses – auch im Alter

Genuss im Alltag ist auch oder gerade für ältere und hochbetagte Menschen ein wichtiges Puzzlestück, um Wohlbefinden und Lebensqualität zu fördern. Die Autorinnen diskutieren eine „Ethik des Genusses" und sehen darin eine Erweiterung des Autonomie-Paradigmas. Gerahmt durch eine historische und theoretische Perspektive gibt der Artikel auch Einblicke in aktuelle Forschung und Forschungslücken. Er schließt mit sechs Thesen zu Genuss in der Pflege.
Ethik in der Medizin. doi: 10.1007/s00481-024-00803-y

Daheim sterben – Hilfe für Angehörige

Viele lebensbedrohlich erkrankte Menschen wollen zu Hause ihre letzte Lebenszeit verbringen. Was aber brauchen Angehörige, um für die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus gewappnet zu sein? Die Autoren haben zu dieser Frage zehn Interviews mit Angehörigen von Palliativpatienten geführt. Sie kommen zum Schluss, dass Aufklärung, Kommunikation und die Klärung von Wünschen und Erwartungen unabdingbar sind.
Zeitschrift für Palliativmedizin. doi: 10.1055/a-2205-8474

Foto: PicturePeople Mannheim

ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT

Neues Institut in Köln gegründet

An der Universität Köln ist das nach eigenen Angaben bundesweit erste Institut für Öffentliches Gesundheitswesen gegründet worden. Es soll bevölkerungsmedizinische Fragestellungen analysieren und Interventionen zur Optimierung des Gesundheitsdienstes entwickeln.

medfak.uni-koeln.de/
Suche: Institut für Öffentliches Gesundheitswesen

SEXUALISIERTE GEWALT

Kinder besser vor Missbrauch schützen

In einer repräsentativen Studie wollen das Deutsche Zentrum für Psychische Gesundheit, das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, das Universitätsklinikum Ulm und die Universität Heidelberg das Ausmaß und die Folgen sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Deutschland ermitteln. Die Ergebnisse sollen helfen, Kinder besser zu schützen.

idw-online.de/de/news830018

HOCHSCHULE

WHO-Zentrum für Health Literacy

An der Technischen Universität München wird ein Kollaborationszentrum der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgebaut. Es soll helfen, den Stand der Gesundheitskompetenz weltweit zu erfassen.

www.sg.tum.de/
healthliteracy > WHO Kollaborationszentrum

Drei Fragen …

Forschungsschwerpunkte
Komplexe Interventionen und Kohortenstudien zu den Themen digitale Geriatrie mit KI, Frailty, Sarkopenie, Stürze und Delir; systematische Reviews für gebrechliche Personen und das geriatrische Assessment

Jahresetat
keine Angabe

Kontakt
Universität Ulm, Institut für Geriatrische Forschung und Agaplesion Bethesda Klinik, Zollernring 26, 89073 Ulm
Telefon: 0731 187186
E-Mail: christine.sinz@agaplesion.de

uniklinik-ulm.de/geriatrische-forschung

Sinnvolle Therapievorschläge für körperlich eingeschränkte Menschen

… an Prof. Dr. Michael Denkinger, Leiter des Instituts für Geriatrische Forschung (IFGF) am Universitätsklinikum Ulm

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Können wir mit cleveren Algorithmen und künstlicher Intelligenz den nicht geriatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzten helfen, die zunehmende Zahl älterer Menschen gut zu steuern? Das heißt für mich, dass auf Basis eines umfassenden geriatrischen Assessments (mit möglichst automatisiert erhobenen Daten) ein älterer Mensch vor einer invasiveren Therapie von allen Seiten betrachtet wird. Sinnvolle Therapievorschläge kann man allerdings nur machen, wenn die Evidenz für körperlich eingeschränkte Menschen differenziert betrachtet wird.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Die letzten großen Studien waren immer komplexe Interventionen und Netzwerkprojekte mit verschiedenen Disziplinen und Professionen. Auch in der Region sind wir eng vernetzt, insbesondere mit den internistischen Kliniken und der (Unfall-)Chirurgie. Bei Vorlesungen und Seminaren kooperieren wir mit der Allgemeinmedizin, der Psychiatrie, der Unfallchirurgie und anderen Disziplinen.

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

Für mich gibt es keine Alternative. Allerdings sollte die Politik immer versuchen, die bestmögliche Evidenz kritisch bewertet zu bekommen. Hierfür ist es wichtig, die entsprechenden Fachgesellschaften und -leute aus der evidenzbasierten Medizin zu hören, um dann als politischer Mensch im Sinne der Gesellschaft informiert zu entscheiden.

Foto: Universität Ulm

STUDIUM I

Neuer Studiengang Weltraummedizin

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin hat gemeinsam mit der Université de Caen Normandie (Frankreich) und der Jožef Stefan International Postgraduate School (Slowenien) einen internationalen Masterstudiengang „Weltraummedizin und Physiologie in extremen Umwelten“ entwickelt. Das zweijährige Ausbildungsprogramm startet im Wintersemester 2024/2025, Unterrichtssprache ist Englisch.

space-med.eu

STUDIUM II

Masterstudium Spiritual Care

Zum Wintersemester 2023/2024 bietet die Evangelisch-Theologische Fakultät der Universität Münster erstmals einen Masterstudiengang „Spiritual Care“ an. Er soll die Absolventen für die Seelsorge im Gesundheitssektor qualifizieren und sie befähigen, Patienten und Personal von Gesundheitseinrichtungen bei Krankheit und in Krisen spirituell zu begleiten.

uni-muenster.de
> Suche: Spiritual Care

STUDIUM III

Medizintechnik im Fernstudium

Die private Wilhelm Büchner Hochschule hat zum Frühjahr 2024 einen neuen Fernstudiengang „Medizintechnik“ aufgelegt. Das auf sieben Semester ausgelegte Bachelorstudium ist im Fachbereich Ingenieurwissenschaften angesiedelt und bietet eine Auswahl von Vertiefungsrichtungen. Die Studiengebühren betragen pro Monat 249 Euro.

wb-fernstudium.de
> Bachelor > Medizintechnik

Buchtipps

Foto: Hochschule Magdeburg-Stendal

Zur Person
Prof. Dr. Katharina Kitze, Hochschule Magdeburg-Stendal, Fachbereich Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien

Kontakt
Breitscheidstraße 2,
39114 Magdeburg
Telefon:
0391 8864949
E-Mail:
katharina.kitze@h2.de

h2.de

Thema: Psychosoziale Gesundheit

Maike Rönnau-Böse,
Klaus Fröhlich-Gildhoff
Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne
Dieser Band liefert eine prägnante Erklärung des Konzepts Resilienz, referiert den Stand der wissenschaftlichen Forschung und beschreibt für alle Lebensalter und spezifische Anwendungsgebiete Ansätze und Programme der Resilienzförderung. Dieser Anwendungsbezug ist gerade für Sozial- und Gesundheitsberufe hilfreich. (Kohlhammer 2020)

Viviane Scherenberg,
Johanne Pundt (Hrsg.)
Psychische Gesundheit wirksam stärken – aber wie?
Dieses Werk nähert sich psychischer Gesundheit aus ressourcenorientierter Sicht. Die Beiträge zielen auf die Gesundheitsförderung für bestimmte Bevölkerungsgruppen ab und beschreiben Maßnahmen zur Stärkung psychischer Gesundheit, inklusive möglicher Hürden und Grenzen. Auch aktuelle Themen, wie Bullying, Kriegsflucht oder Mood-Tracking, werden beleuchtet. (Apollon University Press 2020)

Anja Gerlmaier, Erich Latniak (Hrsg.)
Handbuch psycho-soziale Gestaltung digitaler Produktionsarbeit
Gesundheitsressourcen stärken durch organisationale Gestaltungskompetenz
In Zeiten digitaler Transformation verändern sich die Anforderungen von Arbeit. Dieses Handbuch identifiziert Arbeitsgestaltungspotenziale, beschreibt Trainings zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Führungskräften und Beschäftigten und vermittelt Ansatzpunkte einer psychosozialen Arbeitsgestaltung im Betrieb. (Springer Gabler 2019)

HEILMITTELBERICHT 2023/2024

Heilmittel für Pflegebedürftige

Auf knapp drei Prozent aller AOK-Versicherten entfallen 31 Prozent aller Heilmittelausgaben. Pflegebedürftige ab 65 Jahren werden besonders häufig mit Physiotherapie, Podologie und Ergotherapie versorgt. Der aktuelle Heilmittelbericht stellt die Versorgung erstmals auch kleinräumig dar.

Mit zunehmendem Alter haben Menschen mit typischen Alterserkrankungen, kognitiven und körperlichen Einschränkungen zu kämpfen. Rund 31 Prozent der AOK-Versicherten ab 65 Jahren waren 2022 pflegebedürftig. Je höher der Pflegegrad, desto mehr Heilmittel wurden ihnen verordnet.

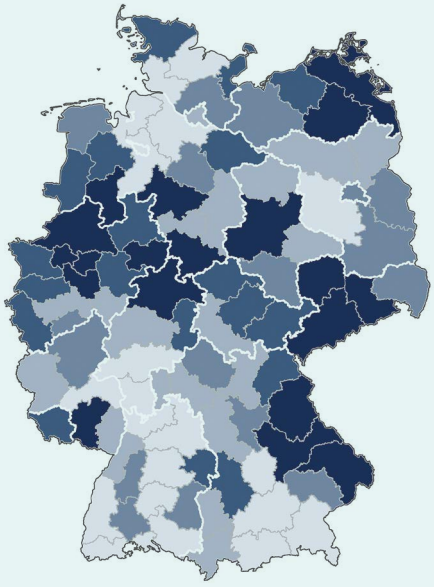
Mit einem Anteil von knapp 18 Prozent bildeten Patienten mit Diabetes mellitus die größte Gruppe der pflegebedürftigen Heilmittelpatienten. Rund 143.000 von ihnen erhielten die von den Fachgesellschaften empfohlene regelmäßige Kontrolle der Füße durch eine podologische Fachkraft zur Vermeidung eines diabetischen Fußsyndroms. Das sind etwa 235 je 1.000 Diabetiker über 65 Jahre. Etwa ebenso viele erhielten eine physiotherapeutische Behandlung gegen Symptome, die das Nerven- und das Muskel-Skelett-System betreffen, überwiegend aufgrund von „Störungen des Ganges und der Mobilität“. An dritter Stelle stehen die Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens. Hier machen Therapien zur Schmerzbekämpfung einen großen Teil aus. Insgesamt hat mehr als jeder dritte Pflegebedürftige ab 65 Jahren eine physiotherapeutische Maßnahme verordnet bekommen.

Der Heilmittelbericht bildet die Pflegebedürftigkeit sowie die Heilmittelversorgung nach Versorgungsform ab und stellt die regionalen Variationen der Versorgung in den 96 Raumordnungsregionen Deutschlands dar. Dabei zeigt sich, dass in einem zusammenhängenden großen Gebiet von Sachsen, Thüringen sowie dem Süden von Sachsen-Anhalt und Brandenburg überdurchschnittlich häufig Heilmitteltherapien verordnet werden. Gleiches gilt für die Heilmittelversorgung von Pflegeheimbewohnenden in diesem Gebiet.

Die Versorgung von pflegebedürftigen Diabetikern mit Podologie zeigt eine überdurchschnittliche Behandlungsrate in zahlreichen Regionen im Osten, Westen und in der Mitte Deutschlands. Im Norden sowie in den meisten Regionen von Baden-Württemberg und im Süden von Bayern liegt diese hingegen unter dem Durchschnitt.

WIdO (Hrsg.): Heilmittelbericht 2023/2024. Berlin: WIdO. 71 Seiten, 45 Abbildungen, 14 Tabellen. Kostenloser Download unter: https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/heilmittelbericht/

Große regionale Unterschiede in der Versorgung



Von 1.000 Pflegebedürftigen ab 65 Jahren mit Diabetes mellitus erhielten 2022 im Durchschnitt 235 eine podologische Therapie. Standardisiert nach Altersgruppe, Geschlecht, Pflegegrad und Versorgungsform sind große regionale Unterschiede zu erkennen.

Quelle: Amtliche Statistik PG2, AOK-Routinedaten 2023, ROR nach BBSR

WIdO-Ticker Anmeldung zum Newsletter: wido.de/news-events/newsletter · Aktuelle Stellenausschreibungen: wido.de/institut-team/arbeiten-im-wido · GGW auf der WIdO-Website: wido.de/publikationen-produkte/ggw · Kontakt zum WIdO unter 030 346462393

GESCHLECHTERSTUDIE „GENDERVASC“

Prävention nach Herzinfarkt

Frauen erhalten nach einem Herzinfarkt seltener die in Leitlinien empfohlene medikamentöse Sekundärprophylaxe. Dies zeigt die vom Gemeinsamen Bundesausschuss geförderte GenderVasc-Studie des Universitätsklinikums Münster und des WIdO.

Nur zwei von drei Frauen wird nach einer Krankenhausbehandlung wegen eines akuten Herzinfarkts, genauer: eines ST-Streckenhebungs-Infarkts (STEMI), die Kombinationstherapie von Statinen, Betablockern, ACE-Hemmern/Angiotensin-II-Rezeptorblockern und Antikoagulanzien verordnet. Bei Männern lag der Grad der Umsetzung dieser Leitlinienempfehlung bei 70 Prozent und damit leicht, aber signifikant höher. Patienten mit Kombinationstherapie hatten dabei einen erheblichen Überlebensvorteil. Die Hazard Ratio mit Kombinationstherapie lag für Frauen bei 0,52 (95%-Konfidenzintervall 0,50–0,55) und für Männer bei 0,48 (0,47–0,50). Für jede einzelne der vier Wirkstoffklassen zeigten sich hohe Verordnungsanteile zwischen 80 und 90 Prozent ohne signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

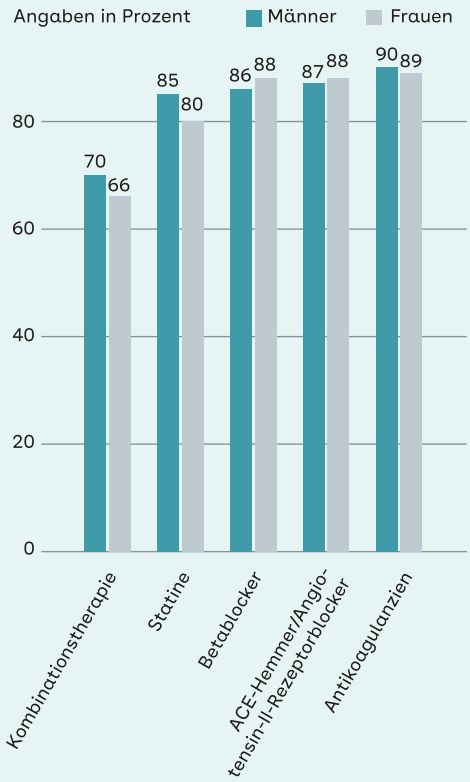
Die Studiengruppe wertete die poststationäre Pharmakotherapie von rund 175.000 AOK-Versicherten mit einem STEMI-Krankenhausaufenthalt in den Jahren 2010 bis 2017 aus. In einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zu den Studienergebnissen wird vermutet, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bei Frauen zurückhaltender verordnen könnten, da diese bei Vorstellung wegen thorakaler Beschwerden im Schnitt älter sind und sich häufiger multimorbid präsentieren.

Die GenderVasc-Studie untersuchte die Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen in Deutschland. Neben dem akuten Myokardinfarkt wurde die Versorgung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) und des Schlaganfalls hinsichtlich Risikofaktoren, Leitlinienadhärenz der Therapie und geschlechtsspezifischer Unterschiede analysiert. Grundlage der quer- und längsschnittlichen Beobachtungsstudie waren Routinedaten der AOK und die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes.

Der Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt GenderVasc (01VSF18051) ist online verfügbar.

Innovationsfonds.g-ba.de > Versorgungsforschung > Beschlüsse > Suche: GenderVasc

Medikation nach STEMI bei AOK-Versicherten (2010–2017)



Quelle: Günster et al. (Hrsg.) (2024). Versorgungs-Report

DAS WIdO AUF KONGRESSEN

Caroline Schmuker
„Routinedatenbasierte Qualitätsindikatoren für die orthopädische Anschlussrehabilitation am Beispiel der Schmerzmedikation“, AGENS-Methodenworkshop 2024, Hannover, 3/2024

Dr. Melissa Spoden
„Hybride Qualitätsindikatoren mittels Machine Learning für die stationäre Versorgung des akuten Myokardinfarkts“, 90. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Mannheim, 4/2024

Dr. Matthias Maneck
„Qualitätssicherung mit Routinedaten für Cholezystektomien bei Cholelithiasis“, Deutscher Chirurgie Kongress 2024, Leipzig, 4/2024

Christian Günster
„Qualität der Versorgung: Was können wir messen?“, Hauptstadtkongress, Berlin, 6/2024

Institutionenwandel in der Präventionspolitik

von Thomas Gerlinger

Abstract

Das Institutionensystem der deutschen Präventionspolitik ist traditionell stark fragmentiert. Wichtige Gründe dafür sind die Existenz eines föderalen Mehrebenensystems sowie das Nebeneinander von Staat und Sozialversicherung auf diesem Handlungsfeld. In den Gründerjahren der Bundesrepublik hat der Öffentliche Gesundheitsdienst gegenüber der individualmedizinischen Prävention durch die niedergelassene Ärzteschaft an Bedeutung verloren. Diese Merkmale des Institutionensystems haben sich bis heute erhalten. Allerdings ist, beginnend mit den 1980er-Jahren, die Aufmerksamkeit für Prävention, verstanden als soziale Prävention, erheblich gestiegen. Insbesondere seit den 2000er-Jahren lässt sich eine deutliche Zunahme von Aktivitäten verzeichnen. Zudem haben sich neue Handlungsfelder, Institutionen und Akteure etabliert. Der damit verbundenen Fragmentierung des Institutionensystems versucht der Gesetzgeber durch die Formulierung von Koordinations- und Kooperationspflichten zu begegnen.

Schlüsselwörter: gesetzliche Krankenversicherung, Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention

The institutional system of German prevention policy is highly fragmented for historic reasons. Among the important ones are the existence of a federal multi-level system as well as the coexistence of the state and social insurance in this field of action. In the early years of the Federal Republic of Germany, the public health service lost most of its significance in favour of individual medical prevention by office-based doctors. These characteristics of the institutional system have remained to this day. However, from the 1980s onwards, the focus on prevention, understood as social prevention, has increased considerably. Since the 2000s in particular, there has been a notable increase in activity. Also, new fields of action, institutions and actors have been established. Legislators are attempting to counter the associated fragmentation of the institutional system by stipulating coordination and cooperation.

Keywords: statutory health insurance, health promotion, workplace health and safety, public health service, prevention

1 Institutionen im Gesundheitssystem

Gesundheitspolitisches Handeln vollzieht sich zumeist in und durch Institutionen. In der institutionellen Ordnung des Gesundheitssystems spiegeln sich die Strukturen der Gesundheitsversorgung und politische Prioritäten wider. Damit ist häufig eine entsprechende Veränderung des Institutionensystems verbunden. Auch das deutsche Gesundheitssystem hat das erlebt (Abbildung 1). Mit der von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angekündigten Neuordnung der Prävention stehen weitere Veränderungen bevor. So soll ein neues Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung (BIPAM) gegründet werden.

2 Nachkriegszeit

Nach dem Zweiten Weltkrieg schlugen die junge Bundesrepublik Deutschland und die junge Deutsche Demokratische Republik unterschiedliche Wege bei der Gestaltung ihrer Gesundheitssysteme ein *(Elkeles et al. 1991; Süß 1998)*. In der Bundesrepublik wurde mit der Verabschiedung des Grundgesetzes und den in der ersten Hälfte der 1950er-Jahre durchgesetzten Reformen jenes Institutionensystem geschaffen, das für die Gesundheitspolitik in Deutschland auch gegenwärtig noch kennzeichnend ist. Die erste Hälfte der 1950er-Jahre stand in der Bundesrepublik dabei im Zeichen der Restauration: Die Organisation und Regulierung des Gesundheitssystems knüpfte wieder an das im Kaiserreich geschaffene Krankenversicherungssystem und an dessen bis zum Ende der Weimarer Republik entstandenen Regulierungsstrukturen an *(Sauerborn 1953; Hockerts 1980; Lindner 2004)*. In der DDR entwickelte sich demgegenüber ein staatliches Gesundheitssystem *(Süß 1998)*. Mit dem Vertrag über die deutsche Einheit wurden die in den alten Bundesländern gewachsenen Versorgungs- und Regelungsstrukturen auf die ostdeutschen Länder übertragen. Die einschlägigen DDR-Forschungseinrichtungen wurden aufgelöst oder in die bestehenden bundesdeutschen Institutionen eingegliedert.

3 ÖGD verliert Bedeutung

Die 1950er-Jahre waren geprägt von einer weiter wachsenden Bedeutung der Krankenversicherung, die vor allem im steigenden Anteil der gesetzlich Krankenversicherten an der Bevölkerung zum Ausdruck kam *(Alber 1992)*. Die kurative Individualmedizin und die niedergelassene Ärzteschaft stiegen zum wichtigsten Akteur der Gesundheitssicherung auf. Prävention wurde vorrangig zu einer medizinischen Individualprävention *(Naschold 1967; Labisch und Tennstedt 1991; Lindner 2004)*. Bevölkerungsbezogene Präventionspolitik geriet in der Bundesrepublik zunehmend ins Hintertreffen. Gesellschaftliche Ursachen der Krankheitsentstehung fanden kaum Beachtung *(König und Tönnesmann 1958; Pflanz 1962)*. Erst recht stieß die gesundheitliche Ungleichheit als soziales Problem auf wenig Aufmerksamkeit, schien dieses Thema doch angesichts der allgemeinen Wohlfahrtsmehrung und im Zeichen der Ideologie einer „nivellierten Mittelstandsgesellschaft“ *(Schelsky 1953)* anachronistisch geworden zu sein. Zudem galten auf eine Verbesserung der öffentlichen Gesundheit gerichtete Ansätze entweder wegen der nationalsozialistischen Vergangenheit als diskreditiert oder – gerade unter Konservativen und Liberalen – wegen ihrer vermeintlichen oder tatsächlichen Nähe zu sozialistischen Vorstellungen als suspekt *(Lindner 2004)*.

Die niedergelassene Ärzteschaft beanspruchte, unterstützt von den Regierungsparteien, in der Nachkriegszeit die Zuständigkeit sowohl für die Krankheitsprävention als auch für die Versorgung von Schwangeren und Säuglingen. Letztere war in den ersten Nachkriegsjahren noch eine Domäne des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und wurde im Jahr 1965 per Gesetz in ihre Hände gelegt *(Lindner 2004)*. Zudem wurde seit den 1970er-Jahren die Individualprävention, vor allem die Krankheitsfrüherkennung, als kassenärztliche Leistung erheblich ausgeweitet. Parallel dazu vollzog sich der Niedergang des ÖGD. Die Gesundheitsämter verloren bisherige Aufgaben und wurden finanziell und personell ausgezehrt *(Elsner 2022)*, auch infolge der Kostensenkungsbestrebungen von Ländern und Kommunen *(Rosewitz und Webber 1990)*.

Der Niedergang des ÖGD und seines lokalen Standbeins, der Gesundheitsämter, setzte sich bis in die jüngste Vergangenheit fort. Allerdings wurde den Gesundheitsämtern seit den 1980er-Jahren vielfach das zunehmend als wichtig erkannte Feld der Gesundheitsberichterstattung zugewiesen *(Rosenkötter et al. 2020)*. Im Herbst 2020 beschlossen Bund und Länder einen Pakt zur Stärkung des ÖGD vor dem Hintergrund der bei der Bekämpfung der Corona-Pandemie gemachten Erfahrungen. Es wird abzuwarten sein, ob

Abbildung 1 Präventionspolitik – Etappen des institutionellen Wandels

Zeitraum	Bedeutsame Entwicklungen des Institutionensystems
1945–1949	Debatten über eine Neuordnung des Gesundheitssystems; unterschiedliche Praktiken in den Besatzungszonen; Teilung Deutschlands
1950er-Jahre	Festigung von Systemunterschieden zwischen BRD und DDR; Bundesrepublik: Restauration wesentlicher Elemente der Sozial- und Gesundheitspolitik; Festigung der Machtposition der niedergelassenen Ärzteschaft; einsetzender Bedeutungsverlust des ÖGD; föderales Mehrebenensystem in der Gesundheitspolitik; DDR: Entwicklung eines staatlichen Gesundheitssystems
1960er-Jahre	Einrichtung des BMG; Gründung der BZgA, mehr Aufmerksamkeit für Prävention
1970er-Jahre	Beginnende Kostendämpfungspolitik; Eingliederung des BMG in das BMFJ
1980er-Jahre	Einsetzender Bedeutungsgewinn des Themas „Öffentliche Gesundheit"; beginnender Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung; Ausweitung der Kassenleistungen auf nichtmedizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung; Kompetenzen der Europäischen Union in der Gesundheitspolitik (Einheitliche Europäische Akte); Ottawa-Charta der WHO
1990er-Jahre	Wiedereinführung eines BMG; Übertragung der bundesdeutschen Strukturen auf die neuen Bundesländer; Auflösung des BGA, Bedeutungszuwachs des RKI, insbesondere für die Gesundheitsberichterstattung; Ländergesetze zur öffentlichen Gesundheit; Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen; weiterer Bedeutungszuwachs der EU in der Gesundheitspolitik
2000er- und 2010er-Jahre	Grundlegende Reformen der Bestimmungen zur Gesundheitsförderung durch Krankenkassen (2000 und 2015); Intensivierung von Präventionsaktivitäten; Ausweitung von Handlungsfeldern; Ausweitung der Kassenaktivitäten in Gesundheitsförderung und Prävention; Strukturbildung zur Koordinierung in der Präventionspolitik durch das Präventionsgesetz

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2024

die darin vorgesehenen Maßnahmen zu einer dauerhaften Aufwertung des ÖGD führen werden. Der individualistisch-kurativmedizinischen Entwicklung der Bundesrepublik stand bis 1990 eine stärker sozialhygienisch orientierte, auf Bevölkerungsgruppen bezogene Gesundheitspolitik in der DDR gegenüber *(Elkeles et al. 1991; Niehoff 1999; Süß 1998)*.

4 BMG und BGA

Fragen der öffentlichen Gesundheit wurden in der Bundesregierung ab 1949 zunächst nur in einer im Bundesinnenministerium angesiedelten Gesundheitsabteilung bearbeitet *(Lindner 2004)*. Die Zuständigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) lag hingegen beim Bundesarbeitsministerium *(Hockerts 1980)*. Erst 1961 wurde schließlich ein „Bundesministerium für Gesundheitswesen" (BMG) gegründet. Die Gründung brachte zum Ausdruck, dass bevölkerungsbezogene Gesundheitsprobleme, vor allem die Zunahme chronisch-degenerativer Krankheiten, in der politischen Wahrnehmung an Bedeutung gewonnen hatten *(Kreller und Kuschel 2022)*. 1967 folgte die Gründung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die mit fundierten Informationen dazu beitragen sollte, das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zu verbessern. Das Themenspektrum der BZgA wurde in den nachfolgenden Jahrzehnten erheblich erweitert und erstreckte sich zum Beispiel auf die sexuelle Gesundheit sowie Sucht und Gesundheit im Alter. 1969 wurde das BMG dem Bundesministerium für Familie

und Jugend (BMFJ) eingegliedert und verblieb dort – mit unterschiedlichen Bezeichnungen – bis zum Jahr 1991. Dann wurde erneut ein eigenständiges Bundesministerium gegründet, dem neben den bisherigen Handlungsfeldern nun auch die Zuständigkeit für die GKV sowie für die spätere soziale Pflegeversicherung übertragen wurden.

1952 wurde das Bundesgesundheitsamt (BGA) gegründet, dem zunächst drei Institute unterstanden: Das Max-von-Pettenkofer-Institut war für die öffentliche Gesundheitspflege zuständig, das Robert Koch-Institut (RKI) befasste sich vor allem mit der Verhütung von Infektionskrankheiten und das Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene mit dem Zusammenhang von Umwelt und Gesundheit *(Lindner 2004)*. Später kamen noch andere Institute hinzu, insbesondere das Institut für Arzneimittel, das für die Zulassung von Arzneimitteln zuständig war. Das BGA wurde 1994 angesichts von über 500 Todesfällen aufgrund verseuchter HIV-Präparate aufgelöst. Aus ihm gingen drei nunmehr selbstständige Einrichtungen im Geschäftsbereich des BMG hervor, allen voran das RKI, das sich in der Folgezeit zur zentralen Bundeseinrichtung auf dem Gebiet der Präventionspolitik entwickelte (siehe Kapitel 6).

5 Zuständigkeiten in der Präventionspolitik

Präventionspolitik erfolgt in einem Mehrebenensystem, in dem sich die Gestaltungskompetenzen auf Bund und Länder und in einigen Bereichen auch auf die Europäische Union (EU) verteilen.

5.1 Bund und Länder

Bund und Länder haben in der Präventionspolitik jeweils eigene Zuständigkeiten und sind in ihrem Handeln auf diesem Gebiet zugleich eng verflochten. Beim Bund liegt die Gesetzgebungskompetenz für eine Reihe unmittelbar gesundheitsrelevanter Handlungsfelder der Prävention. Dazu zählen insbesondere der Arbeitsschutz, der Infektionsschutz sowie der gesundheitsbezogene Umwelt- und Verbraucherschutz. Auf diesen Feldern hat der Bund bundeseinheitliche Regelungen verabschiedet. Zudem kann der Bund auf Grundlage seiner Gesetzgebungskompetenzen für die Sozialversicherung auch den diversen Sozialversicherungsträgern Aufgaben auf diesen Handlungsfeldern zuweisen. Von dieser Möglichkeit hat er in der Vergangenheit auch umfassend Gebrauch gemacht. Dies betrifft nicht nur die Krankenkassen (siehe Kapitel 7), sondern auch andere Sozialversicherungsträger, vor allem die gesetzliche Unfallversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung *(Gerlinger 2023a)*. Ferner nehmen auf Bundesebene verschiedene Institutionen spezifische Aufgaben in der Prävention wahr. Im Geschäftsbereich des BMG sind vor allem das RKI und die BZgA zu nennen (siehe Kapitel 4).

Die Bundesländer sind auf dem Gebiet der Prävention – jenseits der erwähnten Bundeszuständigkeiten – für die öffentliche Gesundheit und für den ÖGD zuständig. Somit haben sie auf diesem Gebiet eigenständige Gestaltungskompetenzen. Die Verflechtung mit der Bundesebene kommt vor allem darin zum Ausdruck, dass die Länder zum einen über den Bundesrat an zahlreichen Gesetzen zur Prävention mitwirken und zum anderen für die Durchführung der Bundesgesetze verantwortlich sind. Die Kommunen sind als Träger der Gesundheitsämter dafür zuständig, vor Ort die Einhaltung von Standards der Gesundheitssicherung zu überwachen und bei heraufziehenden oder eingetretenen Gesundheitsgefahren zu intervenieren. Dabei unterliegen sie zumeist der Aufsicht durch die Länder. Die Kommunen setzen Bundes- und Landesrecht als Pflichtaufgaben um, haben darüber hinaus aber auch gewisse Spielräume zur eigenständigen Gestaltung ihrer Präventionsaktivitäten *(Böhm 2017)*.

5.2 Europäisierung und Internationalisierung

Die EU-Ebene ist für die Präventionspolitik insofern relevant, als die EU in einigen Bereichen verbindliche Mindeststandards durch Richtlinien festsetzen kann, vor allem für den Gesundheitsschutz in der Arbeitsumwelt, aber auch für den gesundheitlichen Umwelt- und Verbraucherschutz. Ferner hat die EU die Aufgabe, das Handeln der Mitgliedstaaten zu unterstützen und zu koordinieren. Dafür ist das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) von besonderer Bedeutung. Das ECDC befasst sich vor allem mit dem Informations- und Datenaustausch zwischen den Mitgliedstaaten und mit der Koordinierung ihres Handelns bei der Abwehr grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren. Die Kompetenzen des ECDC wurden nach den Erfahrungen der

Abbildung 2 Kontinuität und Wandel im Institutionensystem der deutschen Präventionspolitik

Zeitraum	Bedeutsame Entwicklungen des Institutionensystems
Kontinuität	· Organisation der Prävention in einem Mehrebenensystem von Bund und Ländern · weitgehende institutionelle Trennung von Prävention und Krankenversorgung · Bedeutung der (niedergelassenen) Ärzteschaft für die individuelle Prävention · Sonderstellung von Arbeitsschutzinstitutionen (Rechtsetzung, Aufsicht)
Wandel	· Bedeutungszuwachs von Prävention und Gesundheitsförderung · stärkere Thematisierung gesundheitlicher Ungleichheit · Erweiterung der Handlungsfelder (zum Beispiel Ernährung, Nichtraucherschutz) · Aufgabenerweiterung für Krankenkassen um Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention, Bedeutungszuwachs von Krankenkassen · Landesgesetze zur öffentlichen Gesundheit · Entwicklung einer kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung in Bund, Ländern und Kommunen · Zunahme von Koordinierungs- und Kooperationspflichten, teilweise unter Etablierung neuer Institutionen (zum Beispiel NPK) · Internationalisierung, vor allem Europäisierung von Institutionen

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2024

Covid-19-Pandemie weiter ausgebaut. Es hat nun weitreichende Befugnisse zur Koordinierung des Handelns der Mitgliedstaaten bei der Abwehr grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren, allerdings ohne die Mitgliedstaaten auf bestimmte Maßnahmen verpflichten zu können *(Gerlinger 2023b)*. Insgesamt ist der Einfluss der EU auf die mitgliedstaatliche Präventionspolitik eher gering. Daneben wuchs die Bedeutung internationaler Organisationen, allen voran die der Weltgesundheitsorganisation (WHO), auch wenn diese kaum über Machtressourcen zur Durchsetzung von Normen verfügen.

5.3 Arbeitsweltbezogene Prävention

Der arbeitsweltbezogene Gesundheitsschutz hatte stets eine Sonderstellung in der Präventionspolitik inne. Mit der Schaffung der gesetzlichen Unfallversicherung war 1885 ein eigenständiger Versicherungszweig geschaffen worden. Zudem hatte der Staat bereits im frühen 19. Jahrhundert seine unmittelbare Zuständigkeit für dieses Handlungsfeld reklamiert. Somit waren frühzeitig eigenständige Einrichtungen mit spezifischen gesetzlichen Aufträgen entstanden. Die Sonderstellung dieses Handlungsfeldes zeigt sich auch darin, dass nicht das BMG, sondern das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMA) hier zuständig ist.

6 Aufstieg von Public Health

In der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre setzte ein allmählicher Bedeutungszuwachs der Themen „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ wie auch des Themas „Public Health“ ein. Mit diesen Begriffen wurden nicht mehr medizinische, sondern soziale Interventionen assoziiert. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielschichtig. Eine erhebliche Rolle spiel(t)en sicherlich ökonomische Motive, vor allem die Erwartung, mit einer verbesserten Prävention zukünftige Kosten für Krankenversorgung, Rehabilitation und Pflege vermeiden zu können, aber auch die Erwartung, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung verringern zu können – wobei das Damokles-Schwert des demografischen Wandels meistens den Hintergrund bildete. Auch Einsichten in die Grenzen der Medizin und der Wandel von Wertvorstellungen in Teilen der Gesellschaft spielten eine Rolle. Dabei war die 1986

verabschiedete Ottawa-Charta der WHO ein wichtiger Impulsgeber für veränderte Sichtweisen auf Gesundheit und Krankheit.

Ganz allgemein erfuhren Gesundheitsförderung und Prävention in Politik und Gesellschaft eine deutliche Aufwertung. In den 1990er-Jahren etablierten sich die Gesundheitswissenschaften als eigenständige Multidisziplin in der deutschen Hochschul- und Wissenschaftslandschaft. Vor allem seit den 2000er-Jahren kam der Wandel in einer Ausdifferenzierung von Handlungsfeldern, Institutionen und Akteuren zum Ausdruck. Seit dieser Zeit gewann – vorrangig in den einschlägigen Wissenschaften – auch das Thema gesundheitliche Ungleichheit an Bedeutung. Unter dem Einfluss von Untersuchungen aus anderen westlichen Ländern (etwa *Department of Health and Social Security 1980*) wurden aussagekräftige Daten generiert, die belegen, dass auch in Deutschland zwischen Bevölkerungsgruppen, vor allem im Hinblick auf den sozioökonomischen Status, erhebliche Unterschiede bei der (gesunden) Lebenserwartung bestehen. Gesundheitliche Ungleichheit ist als Thema für die Präventionspolitik deshalb so bedeutsam, weil diese Unterschiede zum Teil eklatant sowie unter sozialen und ethischen Gesichtspunkten nicht vertretbar sind. Zugleich geben Analysen zu diesem Thema auch Hinweise darauf, wo der Interventionsbedarf besonders hoch und die Verbesserungspotenziale besonders groß sind.

Auf kommunaler, Landes- und Bundesebene entwickelte sich eine differenzierte Gesundheitsberichterstattung, die bevölkerungsbezogene Gesundheitsrisiken identifizierte und zu einer wichtigen Grundlage für zielgerichtete Präventionsmaßnahmen wurde *(Rosenkötter et al. 2020)*.

Das RKI erhielt die Zuständigkeit für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und wurde zu einem Public-Health-Institut ausgebaut, das seine Tätigkeitsfelder weit über sein ursprüngliches Handlungsfeld, die Erforschung von Infektionskrankheiten, hinaus erweiterte. Der Gesundheitszustand und das gesundheitsbezogene Handeln der Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen und eben auch das übergreifende Problem der sozialen Ungleichheit bei Gesundheitschancen wurden zu wichtigen Themen des RKI. Auch in der erwähnten Diversifizierung der von der BZgA behandelten Themen kommt die Ausdifferenzierung von Handlungsfeldern zum Ausdruck.

Der Bedeutungszuwachs von Prävention schlug sich auch in der Rechtsetzung nieder. Auf Bundesebene stehen dafür zum Beispiel die Verabschiedung des Bundesnichtraucherschutzgesetzes sowie die Ausweitung der Kassenleistungen auf Gesundheitsförderung und Prävention. Die Präventionsaufträge der Sozialversicherungsträger wurden modernisiert und erweitert *(Gerlinger 2023a)*. Neben den Gesundheits- und Sozialministerien in Bund und Ländern nahmen sich auch andere Ministerien der für ihren Zuständigkeitsbereich gesundheitsrelevanten Themen an, zum Beispiel Umweltministerien (Luftreinhaltung, Klimaschutz), Landwirtschaftsministerien (Ernährung) oder Familienministerien (Suchtprävention, Gewaltschutz, Fürsorge für Kinder, Jugendliche und Alte) *(Böhm et al. 2020)*. Die Bundesländer verabschiedeten eigene Gesetze über die öffentliche Gesundheit und führten Bestimmungen zu einer verbindlichen Gesundheitsberichterstattung ein. Daneben haben sich in den vergangenen Jahrzehnten auf kommunaler Ebene zahlreiche Initiativen zur Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt, die häufig durch Förderprogramme und Initiativen von Bund und Ländern unterstützt werden *(Luthe 2013)*. Dazu zählen das „Gesunde Städte-Netzwerk", das Städtebauförderprogramm „Soziale Stadt" des Bundes oder der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle".

Trotz dieses Bedeutungszuwachses von Prävention bestehen erhebliche Probleme und Defizite fort. So müssten strukturelle Veränderungen in den Lebenswelten im Vergleich zu Maßnahmen der Verhaltensprävention ein viel größeres Gewicht erhalten. Gleichzeitig müsste die Präventionspolitik den Bedarfen vulnerabler Gruppen deutlich stärker Rechnung tragen (siehe zum Beispiel *MD Bund und GKV-Spitzenverband 2023*). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass auf zentralen Feldern, etwa beim Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt, erhebliche Mängel fortbestehen.

7 Krankenkassen als Akteure der Prävention

Mit dem Aufstieg der niedergelassenen Ärzte zu zentralen Präventionsakteuren und der schrittweisen Ausweitung des Leistungskataloges um individualmedizinische Präventionsmaßnahmen wuchs auch die Finanzierungsverantwortung der Krankenkassen auf diesem Feld. Insbesondere die 1970er- und 1980er-Jahre brachten einen Schub bei medizinischen Früh-

erkennungsleistungen (Krebsfrüherkennung, Gesundheits-Check-up). Die Ausweitung dieses Leistungssegments setzte sich bis in die jüngste Vergangenheit fort.

Mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes im Jahr 1989 erhielten die Kassen neben diesen Aufgaben erstmals Zuständigkeiten für die nichtmedizinische Gesundheitsförderung und Primärprävention. Seither sind sie zu einem wichtigen Akteur auf diesem Feld aufgestiegen. Von den Kassen getragene Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention haben – unterbrochen von der Corona-Pandemie – einen deutlichen Aufschwung erfahren. Dazu zählen Leistungen der lebensweltbezogenen Prävention, der individuellen Prävention sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung. Nach einer zwischenzeitlichen Einschränkung dieser Kompetenzen (1997 bis 1999) wurden ihre Rechte und Pflichten mit der Neufassung der einschlägigen Bestimmungen ab dem Jahr 2000 und mit dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz erweitert *(Geene und Reese 2016)*. Diese Reformen erhöhten die Finanzmittel für das Handlungsfeld und formulierten innovative Ziele für das Kassenhandeln, nämlich eine Verringerung der sozialen und geschlechtsbezogenen Ungleichheit von Gesundheitschancen. Nicht zuletzt müssen die Kassen vielfältige Vorgaben zur Qualitätssicherung beachten. So haben sie die Pflicht, Ziele, Zugangswege und Methoden ihrer Maßnahmen unter Beteiligung unabhängigen Sachverstandes zu definieren. Zugleich versuchte der Gesetzgeber, mit der Vorgabe von Mindestausgaben für lebensweltliche Prävention und für betriebliche Gesundheitsförderung den Anteil der Leistungsausgaben für individuelle Prävention zu begrenzen. Hintergrund ist der Umstand, dass die Krankenkassen sich dem Vorwurf ausgesetzt sahen, diese gemeinhin als wenig nachhaltig bewertete Leistungsart zu bevorzugen, weil sie damit ihre Attraktivität für gesundheitsbewusste Versicherte erhöhen können und ihnen dies Vorteile im Kassenwettbewerb verschafft. Zugleich verpflichtet der Gesetzgeber die Kassen untereinander auch zur Kooperation bei der Prävention in Lebenswelten und in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die gesetzlichen Vorgaben haben in den vergangenen Jahren zu einem erheblichen Anstieg der Kassenaktivitäten geführt und wesentlich zu einer Professionalisierung des Kassenhandelns beigetragen. Das Präventionsgesetz schuf zudem institutionelle Strukturen (Nationale Präventionskonferenz, Bundesrahmenempfehlungen, Landesrahmenvereinbarungen) für die Handlungskoordination der an Prävention und Gesundheitsförderung beteiligten Akteure. Dies sind vor allem Sozialversicherungsträger und Gebietskörperschaften.

8 Fazit

Die Entwicklung des Institutionensystems in der deutschen Präventionspolitik ist durch ein Nebeneinander von Kontinuität und Wandel gekennzeichnet (Abildung 2). Die Zuständigkeiten in der Präventionspolitik verteilen sich traditionell auf Bund und Länder. Dabei sind beide Ebenen sowohl bei der Rechtsetzung als auch bei der Implementierung von Vorschriften eng miteinander verflochten. In den Anfangsjahren der Bundesrepublik setzte zugunsten der niedergelassenen Ärzteschaft ein Bedeutungsverlust des ÖGD in der Prävention ein, der dieses Handlungsfeld auch heute noch prägt. Die Prävention in der Arbeitswelt hatte stets eine institutionelle Sonderstellung inne. Vor allem seit den 1980er-Jahren lässt sich eine Aufwertung von Prävention beobachten. Sie äußert sich in einer deutlichen Zunahme der Aktivitäten auf diesem Feld sowie in einer Etablierung neuer Handlungsfelder, Institutionen und Akteure. Die damit deutlich erhöhte institutionelle Komplexität und Fragmentierung der Prävention hat den Gesetzgeber dazu veranlasst, die Beteiligten auf zahlreichen Feldern zu einer intensiveren Koordination zu verpflichten. Gleichzeitig ist Prävention weit stärker als in der Vergangenheit in internationale Handlungskontexte eingebunden.

Literatur

Alber J (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt a. M., New York: Campus

Böhm K (2017): Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. Elemente, Potentiale und Hemmnisse einer präventiven und gesundheitsförderlichen kommunalen Gesundheitspolitik. Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 63, Heft 2, 275–299

Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H (Hrsg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS

Department of Health and Social Security (1980): The Black Report. London: DHSS

Elkeles T, Niehoff JU, Rosenbrock R, Schneider F (Hrsg.) (1991): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990, Berlin: edition sigma

Elsner G (2022): Vom Abseits in die Mitte: die Gesundheitsämter. Kreisärzte, Medizinalräte,

Amtsärzte: Geschichte und Aktualität einer Institution. Hamburg: VSA
Geene R, Reese M (2016): Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse
Gerlinger T (2023a): Sozialversicherungsträger im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden; leitbegriffe.bzga.de → Alphabetisches Verzeichnis → S → Sozialversicherungsträger im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention
Gerlinger T (2023b): Die EU-Gesundheitspolitik in der Corona-Krise. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 54. Hamburg: Argument Verlag, 28–42
Gerlinger T, Rosenbrock R (2024): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Hogrefe
Hockerts HG (1980): Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Stuttgart: Klett-Cotta
König R, Tönnesmann M (Hrsg.) (1958): Probleme der Medizin-Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH
Kreller L, Kuschel F (2022): Vom „Volkskörper" zum Individuum. Das Bundesministerium für Gesundheitswesen nach dem Nationalsozialismus. Göttingen: Wallstein
Labisch A, Tennstedt F (1991): Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland. In: Elkeles T, Niehoff JU, Rosenbrock R, Schneider F (Hrsg.) (1991): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990, Berlin: edition sigma, 129–158
Lindner U (2004): Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich. München: R. Oldenbourg
Luthe EW (Hrsg.) (2013): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS
MD Bund (Medizinischer Dienst Bund), GKV-Spitzenverband (2023): Präventionsbericht 2023. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2022. Essen, Berlin
Naschold F (1967): Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik. Freiburg: Rombach
Niehoff JU (1999): Anmerkungen zu präventionskonzeptionellen Diskussionen in der DDR. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 31. Hamburg: Argument Verlag, 103–127
Pflanz M (1962): Sozialer Wandel und Krankheit. Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
Rosenkötter N, Borrmann B, Arnold L, Böhm A (2020): Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 63, Heft 9, 1067–1075
Rosewitz B, Webber D (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt am Main, New York: Campus
Sauerborn M (1953): Kassenärzterecht in der Entwicklung. Bundesarbeitsblatt, Jg. 4, Heft 8, 205–215
Schelsky H (1953): Wandlungen der deutschen Familie in der Gegenwart. Darstellung und Deutung einer empirisch-soziologischen Tatbestandsaufnahme. Dortmund: Ardey-Verlag
Süß W (1998): Gesundheitspolitik. In: Hockerts HG (Hrsg.): Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich. Schriftenreihe der Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 76. München: Oldenbourg, 55–100

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 12. März 2024)

Der Autor

Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. Thomas Gerlinger, Jahrgang 1959, hat Politikwissenschaft, Soziologie, Geschichte und Philosophie an der Philipps-Universität Marburg studiert. Er war unter anderem an der Goethe-Universität Frankfurt und am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) tätig. Heute ist er Professor für Gesundheitswissenschaften und Leiter der Arbeitsgruppe Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Kontakt

Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. Thomas Gerlinger, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Telefon: 0521 1064565, E-Mail: thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

Foto: David Ausserhofer

Wege aus der BGF-Wirkungskrise

von Holger Pfaff, Mareike Pfaff und Kristina Schubin

Abstract

Eine der zentralen Zukunftsaufgaben von Betrieben ist die Umsetzung wirksamer und nachhaltiger Prävention und Gesundheitsförderung. Anspruch und Wirklichkeit klaffen jedoch mitunter so weit auseinander, dass man von einer Präventionskrise im Sinne einer Wirkungskrise sprechen kann. Oft werden Maßnahmen implementiert, deren Wirksamkeit nicht belegt oder unbekannt ist oder die bei Weitem nicht alle Beschäftigten und zudem oft die falschen erreichen. Dies mindert die Gesamtwirkung der Prävention erheblich. Als Weg aus der Wirkungskrise wird ein Drei-Ziele-Rahmen der Prävention (kurz: Triple-Aim-Konzept) vorgeschlagen, der die Ziele Evidenzbasierung, Nachhaltigkeit und Populationsgesundheit umfasst. Der Artikel plädiert für einen Paradigmenwechsel hin zu einem systemischen Präventionsansatz, der reichweitenstarke, belegt wirksame und nachhaltige Individual- und Kollektivmaßnahmen integriert.

Schlüsselwörter: Präventionskrise, systemische Prävention, evidenzbasierte Prävention, Nachhaltigkeit, Populationsgesundheit

One of the key tasks for companies in the future is to implement effective and sustainable prevention and health promotion. However, there is a huge gap between aspiration and reality at times – so much so that it seems legitimate to speak of a prevention crisis in the sense of an effectiveness crisis. Often, the effectiveness of implemented measures is unproven or unknown. Additionally, measures often do not reach all employees or they reach the wrong ones. This significantly reduces the overall impact of prevention. As a way out of the effectiveness crisis, a triple aim framework for prevention is proposed, including the goals of evidence-based prevention, sustainability and population health. The article suggests a paradigm shift towards a systemic approach to prevention that integrates far-reaching, effective and sustainable individual and collective interventions.

Keywords: prevention crisis, systemic prevention, evidence-based prevention, sustainability, population health

1 Die Präventionskrise

Die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung befindet sich trotz aller guten Bemühungen der Krankenkassen, der Betriebe, der Beschäftigten und des Staates in einer Krise – konkreter: in einer Wirkungskrise. Wir sprechen erstens von einer Wirkungskrise, weil die Wirksamkeit der vor Ort eingesetzten Präventionsmaßnahmen oft unbekannt, unklar oder unbelegt ist. Die belegt wirksamen Maßnahmen zeigen meist nur eine schwache bis moderate Wirkung und werden oft noch abweichend von der getesteten Form eingesetzt (Evidenzkrise). Wir sprechen zweitens von einer Wirkungskrise, weil die potenziell negativen Nebenwirkungen der Maßnahmen in Form von Nachhaltigkeitsproblemen und Ressourcenverbrauch nicht systematisch erfasst und bewertet werden (Nachhaltigkeitsintransparenz). Und wir sprechen drittens von einer Wirkungskrise, weil selbst im Falle des Einsatzes wirksamer Präventionsmaßnahmen oft nur ein kleiner bis mittlerer Teil der Belegschaft erfasst wird und meist der falsche, risikoarme Teil (Reichweitenkrise). Wir beschreiben die geschilderten Problemlagen und schlagen ein Triple-Aim-Konzept, also einen drei Ziele umfassenden Rahmen für die Prävention, als möglichen Lösungsansatz vor.

1.1 Evidenzkrise

Der beste Weg, unwirksame Präventionsmaßnahmen zu vermeiden, ist, nur Maßnahmen einzusetzen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich möglichst zweifelsfrei nachgewiesen wurde (hohe interne Validität), und zwar in einem Kontext, der eine Übertragbarkeit der in diesem Kontext nachgewiesenen Wirkung in Bezug auf den Zielbetrieb erlaubt (hohe externe Validität) *(Trojan und Kolip 2021)*. In der betrieblichen Praxis ist dies jedoch nicht immer möglich und der Fall. Bei dieser Aussage müssen wir zwischen rein betrieblich initiierten Präventionsmaßnahmen und kassenbasierten Maßnahmen unterscheiden. Bei den betrieblich initiierten Maßnahmen werden zum Teil solche eingesetzt, die zwar sinnvoll erscheinen oder innovativ sind, aber nicht auf ihre Wirkung hin getestet wurden. So stellt im Bereich der Personalentwicklung der systematische Einsatz evidenzbasierter Maßnahmen noch nicht die Regel dar, obwohl erste Änderungen erkennbar sind (vergleiche zum Beispiel *Hess et al. 2022*). Inhaltlich weiter sind in diesem Punkt – zumindest formal – die gesetzlichen Krankenkassen, da individuelle verhaltenspräventive Maßnahmen durch sie nur förderfähig sind, wenn ein „wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit auf Grundlage der bestverfügbaren Evidenz“ *(GKV-Spitzenverband 2023, 64)* gegeben ist. Wie ist es jedoch um die Nutzung des vorhandenen evidenzbasierten Wissens sowie die Quantität und Qualität dieses Wissens bestellt?

Nach dem Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird evidenzbasiertes Wissen in der Prävention und Gesundheitsförderung nur unzureichend genutzt *(de Bock et al. 2020)*. Will man dieses Wissen nutzen, stößt man bei der Verhaltensprävention auf eine durchaus befriedigende Evidenzlage, nicht jedoch bei der Verhältnisprävention. Zur Wirksamkeit von Maßnahmen der Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) liegt zwar eine Vielzahl an Studien vor, aber die Evidenzlage bleibt insgesamt ausbaufähig *(Pieper et al. 20219)*. Aus einem Meta-Review von 49 internationalen Reviews ging hervor, dass die Evidenz für die Wirksamkeit von BGF – gemessen an „harten“ Evidenzkriterien – immer noch begrenzt ist *(Barthelmes et al. 2019)*. Die gemessenen Effektstärken (Stärke der Wirkung einer Maßnahme) sind eher klein bis moderat. Inhaltlich zeigen die Studien, dass verhaltenspräventive Maßnahmen in vielen Fällen in kleiner bis mäßiger Weise Krankenstände reduzieren, Gesundheitsverhalten verändern und Arbeitsfähigkeit sowie Gesundheit verbessern können. Kombinierte Maßnahmen aus Verhaltens- und Verhältnisprävention sind – je nach Art des Gesundheitsverhaltens – wirksamer und effizienter im Vergleich zu isolierten Maßnahmen. Eine einheitliche Aussage wird in diesen Fällen durch die unterschiedlichen Handlungsfelder erschwert, wie zum Beispiel Ernährung, Suchtprävention, psychische Störungen oder Muskel-Skelett-Erkrankungen *(ebenda)*. Die begrenzte interne und externe Validität der diesen Reviews zugrunde liegenden Studien mahnt jedoch zu Vorsicht. Die interne Validität dieser Studien, also der Grad, mit dem diese Studien zweifelsfrei eine bestimmte Wirksamkeit belegen (vergleiche *Shekelle et al. 1999*), ist bei verhaltenspräventiven Maßnahmen zwar oft in befriedigender Form gegeben, nicht aber bei verhältnispräventiven Maßnahmen *(Franklin 2023)*. Auch die externe Validität, das heißt die Übertragbarkeit der durchgeführten Studien auf deutsche Verhältnisse und die Verhältnisse im Zielbetrieb, ist in den meisten Fällen nur eingeschränkt gegeben. So stammten in dem erwähnten Meta-Review von den analysierten 978 Einzelstudien lediglich 18 (zwei Prozent) aus Deutschland *(Barthelmes et al. 2019)*.

Wir unterscheiden hinsichtlich der externen Validität von BGF-Maßnahmen folgende Qualitätsstufen: (1) keine Belege; (2) unzureichende Belege; (3) ausreichende Belege aus außerbetrieblichen Studien und Kontexten (zum Beispiel mit Studierenden durchgeführte Studien); (4) ausreichende Belege aus betrieblichen Studien und Kontexten (zum Beispiel Rückenschulkurs am Arbeitsplatz); (5) ausreichende Belege aus dem konkreten Zielbetrieb (zum Beispiel Rückenschulkurs im Zielbetrieb). Zieht man diese Qualitätsstufen zur Einordnung der vorhandenen wissenschaftlichen Belege heran, so liegen die Belege für Maßnahmen der Verhaltensprävention in der Regel auf Qualitätsstufe 3 oder 4. Bei Maßnahmen der Verhältnisprävention sind in vielen Fällen keine oder nur unzureichende Belege (Qualitätsstufe 1 oder 2) vorhanden. Dies liegt daran, dass zahlenmäßig weniger gute Studien zu verhältnispräventiven Maßnahmen durchgeführt werden (Stichwort: mangelnde Evaluationskultur). Hinzu kommt, dass die wenigen vorhandenen Studienergebnisse nicht ausreichend bei der Planung und Umsetzung von Verhältnismaßnahmen genutzt werden. Dieser geringe Nutzungsgrad ist nicht nur dem unter anderem geringen Wissensstand in der Praxis geschuldet *(de Bock et al. 2020)*. Auch der Umstand, dass Verhältnisprävention in deutschen Betrieben sehr oft in einem ergebnisoffenen, partizipativen Prozess geplant wird (zum Beispiel in Gesundheitszirkeln), trägt dazu bei, dass meist einzigartige Lösungen kreiert werden, für die es keine vergleichbaren Wirksamkeitsstudien gibt (vergleiche auch *Beck und Lenhardt 2016*). Für diese einzigartigen Lösungen müssten im Idealfall betriebsinterne Evaluationen durchgeführt werden, um klären zu können, ob diese Einzellösungen wirklich gesundheitswirksam sind.

Auch wenn evidenzbasierte Maßnahmen ausgewählt und durchgeführt werden, kann immer noch eine Evidenzkrise gegeben sein – und zwar dann, wenn die Maßnahmen nicht getreu der ursprünglich getesteten Maßnahmeninhalte und -module erfolgen. Ist keine Programmtreue (englisch: *fidelity*) gegeben, weil das evidenzbasierte Programm in der Praxis nicht genauso durchgeführt wird, wie es getestet wurde, oder weil die Beschreibung der Maßnahme in den Studien mangelhaft erfolgte, kann nicht erwartet werden, dass sich die im Test festgestellte Wirkung auch in der konkreten Praxis zeigt. Evidenzbasierung setzt somit nicht nur eine evidenzbasierte Entscheidung, sondern auch eine evidenzbasierte, programmgetreue Durchführung voraus. Aufgrund mangelnder Transparenz wissen wir kaum, ob und inwieweit evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen in der Praxis programmgetreu umgesetzt werden. Da es jedoch gängige Praxis ist, getestete Präventionsmaßnahmen so zu verändern, dass sie zu den örtlichen und kulturellen Gegebenheiten passen (englisch: *tailoring*), muss hier ein großes Fragezeichen gesetzt werden. Schließlich kann es die Wirkung beeinträchtigen, wenn wirksame Maßnahmenelemente dem Tailoring zum Opfer fallen.

1.2 Nachhaltigkeitsintransparenz

Eine nachhaltige Prävention ist gegeben, wenn Gesundheitserhaltung und -förderung mit dem geringstmöglichen Ressourcenaufwand erreicht werden und die dabei auftretenden nachhaltigkeitsrelevanten Nebenwirkungen (zum Beispiel CO_2-Emissionen) gering sind. Nachhaltigkeitsprobleme können aber auch bei geringem Ressourcenaufwand und geringen Nebenwirkungen entstehen und zu Ressourcenverschwendung führen – nämlich dann, wenn die erwartete Wirkung nicht eintritt oder nicht angemessen umgesetzt wird. In diesem Fall haben wir es mit einer Verschwendung von Maßnahmenressourcen zu tun. Es ist weiter anzunehmen, dass der Trend zur digitalen Prävention die Nachhaltigkeit der Prävention tendenziell verbessert, da zum Beispiel Reisetätigkeiten und gegebenenfalls Trainerkosten entfallen. Das Grundproblem in der betrieblichen Prävention ist, dass in den meisten Fällen keine Daten und keine Transparenz über den Grad der Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen vorhanden sind.

1.3 Reichweitenkrise

Die wirksamste und ressourceneffizienteste Präventionsmaßnahme nützt wenig, wenn sie nicht alle Beschäftigten erreicht, also eine große Reichweite besitzt. Betriebe gehen bei verhaltensbasierten Maßnahmen oft nach dem Angebotsprinzip vor oder führen oft nur in Problembereichen gezielt Maßnahmen durch, sodass im Ergebnis nicht alle Beschäftigten Präventionsmaßnahmen erhalten *(Beck und Lenhardt 2016)*. Die systemweite Reichweite einer Maßnahme (vergleiche „Reach“ im RE-AIM Modell bei *Glasgow et al. 2019*) ist häufig entscheidend für die Gesamtwirkung einer Maßnahme oder eines Maßnahmen-Portfolios. Es gibt Belege dafür, dass BGF-Maßnahmen dann die Fehlzeiten senken, wenn sie eine große Reichweite aufweisen *(Pfaff et al. 2008)*. Zur Verdeutlichung: Wenn eine ran-

domisierte, kontrollierte Studie in einem Betrieb von 1.000 Beschäftigten ergibt, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmenden eines Achtsamkeitstrainings mit 21 Fehltagen und den Probanden der Kontrollgruppe mit 23 Fehltagen gibt, liegt in Ansätzen eine evidenzbasiert wirksame Präventionsmaßnahme vor. Dies sagt jedoch noch wenig über die systemweite Wirkung dieser Maßnahme aus. Nimmt nur ein Bruchteil der Beschäftigten an einer so getesteten Maßnahme teil (zum Beispiel 50 von 1.000), was oft der Fall ist, dann liegt der Gesamtreduktionseffekt in Bezug auf die Fehltage für die Population der 1.000 Beschäftigten unter einem Prozent. Eine individuell wirksame Maßnahme ist somit nicht zwingend relevant für die Populationsgesundheit. Erst eine hohe Reichweite stark wirksamer Präventionsmaßnahmen führt zu einer deutlichen Verbesserung der Populationsgesundheit.

2 Der Drei-Ziele-Rahmen der Prävention

Der folgende Drei-Ziele-Rahmen der Prävention dient als Lösungsansatz zur Überwindung der Wirkungskrise. Dabei gehen wir – in grober Anlehnung an das Triple-Aim-Konzept der Gesundheitsversorgung *(Berwick et al. 2008)* – davon aus, dass eine wirksame Prävention und Gesundheitsförderung auf der Verfolgung von drei Zielen beruht: Evidenzbasierung, Nachhaltigkeit und Populationsgesundheit (vergleiche Abbildung 1). Dieses Triple-Aim-Konzept bedeutet, dass Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen evidenzbasiert, ressourcenschonend und populationsbezogen ausgerichtet sein sollten, um systemwirksam zu sein.

3 Evidenzbasierung als Ziel

Für die unbefriedigende Evidenzbasierung konkreter betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung ist eine Reihe von Faktoren verantwortlich, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann (mehr zum Beispiel bei *Barthelmes et al. 2019*). Wir wollen ein Sieben-Punkte-Programm vorschlagen, das zum Präventionsleitfaden *(GKV-Spitzenverband 2023)* kompatibel ist. Seine Bestandteile sind die folgenden:

1. **Beschleunigung des Evidenzverfahrens:** Die evidenzbasierte Prävention (EbP) hinkt der gesellschaftlichen und technologischen Entwicklung systematisch hinterher (wir bezeichnen dies als „EbP-lag“ beziehungsweise „EbM-lag“). Die Beschleunigung der wissenschaftlichen Evidenzgenerierung, zum Beispiel durch Vorabveröffentlichungen, Rapid Reviews und lebende Leitlinien, ist als agileres Verfahren zwar für das EbP-System revolutionär, ändert aber am Grundprinzip der Evidenzprüfung wenig *(Pfaff und Schmitt 2021)*.
2. **Nutzung des kausalmechanistischen Ansatzes (EbM+ bzw. EbP+):** Bei diesem Ansatz wird das klassische Verfahren der Evidenzbasierung (EbM, EbP) um eine Sichtweise ergänzt, die konkrete Wirkmechanismen zwischen Maßnahme und Outcome mit nichtexperimentellen Methoden in den Blick nimmt. Neben Experimenten sind auch Quasi-Experimente, Beobachtungen und Zusammenhangsanalysen möglich, welche in der EbM bisher nicht akzeptiert wurden *(Greenhalgh et al. 2022)*.
3. **Der theoriebasierte Ansatz (EbM+-Theorie):** Dieser neuere Ansatz ist neben dem EbM+-Ansatz am besten für praktische Lösungen im Betrieb geeignet. Der Ansatz besagt im Kern, dass Theorien, die in der wissenschaftlichen Gemeinschaft akzeptiert und zudem nachweislich empirisch überprüft sind, zur Planung und Gestaltung von Präventionsmaßnahmen genutzt werden dürfen, solange die Evidenzlage unzureichend ist *(Pfaff und Schmitt 2023)*. Dieser Ansatz sollte vor allem dort zum Einsatz kommen, wo es auf Schnelligkeit ankommt und wo die Geschwindigkeit des Wandels sehr hoch ist.
4. **Nutzung evidenzbasierter Präventionsmodule:** Es werden standardisierte Präventionsmodule benötigt, die jeweils als ganzes Modul empirisch getestet wurden und in der Praxis mit hoher Programmtreue umgesetzt werden können. Diese Module können – auch im Rahmen eines partizipativen Ansatzes – zu einem Präventionsmaßnahmenpaket zusammengebaut werden. Zwecks Sicherstellung der getesteten Wirkung dürfen die Modulinhalte jedoch nicht, auch nicht partizipativ, geändert werden. Das Tailoring erfolgt über die Auswahl der Wirkungsmodule.
5. **Schaffung einer Evaluationskultur:** Es wird eine Evaluationskultur in deutschen Unternehmen benötigt, in deren Rahmen es normal ist, Experimente mit Interventions- und Kontrollgruppe durchzuführen (daran scheitern viele Evidenzstudien, wie wir aus eigener Erfahrung sagen können). Die Untersuchung der Implementierung sollte zur Regel gehören *(Proper und van Oostrom 2019)*.
6. **Ausbau der Forschungsinfrastruktur:** Die arbeitswissenschaftlichen, -medizinischen, -psychologischen und -soziologischen Professuren an Universi-

Abbildung 1 Der Drei-Ziele-Rahmen der Prävention (Triple-Aim-Konzept)

Quelle: eigene Darstellung, G+G Wissenschaft 2024

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sollten evidenzbasiert, ressourcenschonend und populationsbezogen ausgerichtet sein.

täten müssen – nach Jahren der Vernachlässigung – erheblich ausgebaut werden, um Kapazitäten für die Durchführung evidenzbasierter Studien zu schaffen. Das BAuA-Programm „Förderung der Forschung zur Gesundheit in der Arbeitswelt" kann nur der Anfang sein. Als Vorbild könnte die staatliche Förderung des Ausbaus der Allgemeinmedizin an deutschen Universitäten dienen.

7. **Innovationsfonds für Präventionsforschung:** Wir benötigen eine intensive Förderung von Arbeitsforschung und Präventionsinnovationen in den Betrieben nach dem Erfolgsmodell des Innovationsfonds in der Versorgungsforschung *(Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss o. J.)*.

Dieses Programm kann helfen, den Anteil der deutschen an den internationalen Studien zu heben, die Beliebigkeit der Präventionsmaßnahmen zu begrenzen und damit insgesamt die Wirkung der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung zu erhöhen.

4 Nachhaltigkeit als Ziel

Jede Präventionsmaßnahme ist mit Ressourcenverbrauch verbunden. Wie bereits erwähnt, spielen dabei nicht nur Ressourcen wie Geld, Personal, Zeit und Sachmittel eine Rolle, sondern auch nachhaltigkeitsrelevante Größen wie der Energieverbrauch. In der Gesundheitsökonomie wird der Ressourcenverbrauch meist in Form von Kosten dargestellt. Sie sind ein wichtiger Aspekt, bilden jedoch den nachhaltigkeitsrelevanten Ressourcenverbrauch nicht vollständig ab, da die negativen Umwelteffekte oft externalisiert werden und daher in den Kosten nicht eingepreist sind. Überträgt man das Prinzip des *value-based healthcare (Porter 2010)* auf die Prävention, so geht es darum, den Wert einer Präventionsmaßnahme für Betroffene (hier: Beschäftigte) ins Verhältnis zum Aufwand zu setzen. Ressourcenschonende Prävention bedeutet nicht, auf eine Maßnahme zu verzichten, sondern eine ressourcenschonendere und -effizientere Alternative für ihre Realisierung zu wählen, etwa indem Vor-Ort-Präventionskurse digital angeboten werden. Das Ziel ist es, die gewünschte Wirksamkeit einer Präventionsmaßnahme mit einem möglichst geringen Ressourceneinsatz und möglichst geringen Nebenwirkungen (zum Beispiel CO_2-Emissionen) zu erreichen. Nachhaltigkeit wird dabei nicht nur durch Ressourceneffizienz und Nebenwirkungsarmut erreicht, sondern auch durch Erzielung der gewünschten Wirkung. Unwirksame Prävention verschwendet Ressourcen und ist somit nicht nachhaltig.

Abbildung 2 Einteilung von Präventionsmaßnahmen nach dem Ressourcenaufwand und der Wirksamkeit in Bezug auf die Populationsgesundheit

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2024

Effiziente Präventionsmaßnahmen kombinieren einen geringen Ressourceneinsatz mit hoher Wirksamkeit in Bezug auf die Populationsgesundheit. Hoher Aufwand bei geringer Wirksamkeit ist zu vermeiden.

5 Populationsgesundheit als Ziel

Die Präventionsakteurinnen und -akteure in den gesetzlichen Krankenkassen und den Betrieben sollten sich immer wieder bewusst machen, dass sie nicht Hüterinnen und Hüter der individuellen Gesundheit, sondern der Gesundheit einer Population (zum Beispiel Versicherte, Beschäftigte) sind. Aus Public-Health-Perspektive ist es ihre Aufgabe, das in Form von gesunden Versicherten oder gesunden Beschäftigten vorhandene Gesundheitsasset zu managen, auszubauen und zu erhalten. Wer diese Populationsperspektive nicht einnimmt, betreibt symbolische Prävention, jedoch keine systemwirksame Prävention. Wir möchten zur Erreichung des Ziels der Populationsgesundheit ebenfalls ein Sieben-Punkte-Programm vorschlagen:

1. **Verhältnisprävention vor Verhaltensprävention:** Die Verhältnisprävention wurde zu lange zugunsten der Verhaltensprävention vernachlässigt. Letztere passt zwar zum Individualisierungstrend, hat aber das Problem des *blaming the victim* und – wie gezeigt – ein prinzipielles Reichweitenproblem, das die Verhältnisprävention so nicht kennt.
2. **Inanspruchnahme-Management:** Um die Reichweite verhaltensbezogener Maßnahmen zu erhöhen, ist es notwendig, die Inanspruchnahme dieser Leistungen zu erhöhen, Abbruchraten zu verringern und dabei auftretende soziale Ungleichheiten durch zielgruppenspezifische Angebote (Stichwort: Präzisionsprävention) zu minimieren *(Schubin et al. 2021; Robroek et al. 2021)*.
3. **Präventionsmarketing:** Zur Verbesserung der Inanspruchnahme und des kollektiven Gefühls, dass man sich um die Mitarbeitenden kümmert, sowie zur Erzeugung einer Evaluationskultur sollte soziales Präventionsmarketing betrieben werden. Dies ergibt aber nur Sinn, wenn die betriebene betriebliche Prävention wirksam und nachhaltig ist. Rein symbolisches soziales Marketing ist nicht erstrebenswert. Durch soziales Marketing können wirksame, aber reichweitenschwache Maßnahmen reichweitenstark gemacht werden, wenn das Marketing zu einer erhöhten Inanspruchnahme dieser Maßnahmen führt.
4. **Schaffung von Sekundärvorteilen:** Präventionsmaßnahmen (zum Beispiel Achtsamkeitstrainings) haben nicht nur direkte Effekte (zum Beispiel Erhöhung der Achtsamkeit), sondern auch indirekte gesundheitliche Effekte (zum Beispiel schafft die Vernetzung mit den Teilnehmenden eines Trainingskurses gesundheitsförderliches Sozialkapital). Dies ist ein wünschenswerter Sekundärvorteil.
5. **Integration von Gesundheits- und Versorgungsmanagement:** Selbst wenn Prävention und Gesundheitsförderung optimal gelingen, können sie nicht verhindern, dass Menschen psychisch oder

physisch krank werden. Die Versorgung dieser Beschäftigten dem Versorgungssystem zu überlassen, greift jedoch im Hinblick auf Nachhaltigkeit und systemische Handlungsfähigkeit von Betrieben zu kurz. Daher sollte diese Schnittstelle im Sinne eines integrierten betrieblichen Gesundheits- und Versorgungsmanagements (BGVM) aktiv gestaltet werden.

6. **Standardisierte Erfassung der Populationsgesundheit:** Eine Steuerung der Populationsgesundheit ist nur möglich, wenn die Zielgröße „Populationsgesundheit" standardisiert und valide erfasst wird. Zur kollektiven Festlegung der einheitlichen Messung dieser Zielgröße ist ein Konsensusprozess aller Stakeholder nötig, etwa nach dem Vorbild der Erstellung von S3-Leitlinien in der Gesundheitsversorgung *(Deckert et al. 2021)*.
7. **Präventionsportfolio und Portfoliomanagement:** Populationswirksames Präventionsmanagement benötigt als Steuerungshilfsmittel Präventionsportfolios, also eine Darstellung der umgesetzten und möglichen Präventionsmaßnahmen in einem zweidimensionalen Raum. Hierbei können die Dimensionen je nach Fragestellung immer wieder neu festgelegt werden. Mögliche Dimensionen sind zum Beispiel Evidenzbasierung, Populationsgesundheit und Ressourcenaufwand. Auf diese Weise können Portfolios (vergleiche **Abbildung 2**) erstellt werden. Das Portfoliomanagement entscheidet auf dieser Basis über die Zusammensetzung des zukünftigen Portfolios durch Ausbau, Optimierung und Streichung von Maßnahmen. Dazu werden zwei Instrumente benötigt: (a) pragmatische Evaluation bestehender und neu einzuführender Maßnahmen und (b) systematische Erfassung der Nutzerbewertungen, der Nutzerdaten und des Evidenzniveaus der Maßnahmen.

6 Fazit

In diesem Artikel wird die These vertreten, dass wir es in der Prävention mit einer Krise zu tun haben, die im Kern eine Wirkungskrise ist. Da mitunter eine große Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung besteht, müssen alle Stakeholder in dieser Hinsicht neue (Denk-)Wege einschlagen. Ein Paradigmenwechsel hin zu einem systemischen Ansatz ist nötig, damit Prävention und Gesundheitsförderung ihr volles Potenzial entfalten können. Als Weg aus der Wirkungskrise wurde ein Drei-Ziele-Rahmen der Prävention (Triple-Aim-Konzept) vorgeschlagen, der die Ziele Evidenzbasierung, Nachhaltigkeit und Populationsgesundheit umfasst. Die Erreichung dieser Ziele stellt die Betriebe, die Krankenkassen, den Staat und die Forschungsförderinstitutionen vor große Herausforderungen, die jedoch durch koordinierte Zusammenarbeit zum Wohle der Populationsgesundheit bewältigt werden können.

Literatur

Barthelmes I et al. (2019): iga.Report 40. Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018. Dresden: Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)

Beck D, Lenhardt U (2016): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. Das Gesundheitswesen, Jg. 78, Heft 1, 56–62

Berwick DM, Nolan TW, Whittington JC (2008): The Triple Aim: Care, Health, And Cost. Health Affairs, Vol. 27, No. 3, 759–769

de Bock F, Dietrich M, Rehfuess E (2020): Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Köln: BZgA

Deckert S et al. (2021): Methodischer Standard für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren im Rahmen von S3-Leitlinien – Ergebnisse einer strukturierten Konsensfindung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Jg. 160, 21–33

Franklin P (2023): Worksite Health Promotion: Evidence on Effects and Challenges. In: Wahrendorf M, Chandola T, Descatha A (Eds.): Handbook of Life Course Occupational Health. Cham: Springer International Publishing, 469–492

GKV-Spitzenverband (2023): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 4. Dezember 2023. Berlin: GKV-Spitzenverband

Glasgow RE et al. (2019): RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. Frontiers in Public Health, Vol. 7, No. 64

Greenhalgh T et al. (2022): Adapt or Die: How the Pandemic Made the Shift from EBM to EBM+ more Urgent. BMJ Evidence-Based Medicine, Vol. 27, No. 5, 253–260

Hess M, Grund S, Weiss W (2022): HR-Analytics: Evidenzbasierte Personal- und Organisationsentwicklung. In: Hess M, Grund S, Weiss W (Hrsg.): Crashkurs Personalentwicklung: Mitarbeitende fördern und binden. München: Haufe, 375–400

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (o. J.): Förderprojekte; innovationsfonds.g-ba.de → Förderprojekte

Pfaff H, Plath SC, Köhler T, Krause H (2008): Gesundheitsförderung im Finanzdienstleistungssektor. Prävention und Gesundheitsmanagement bei Banken und Versicherungen. Berlin: Edition Sigma

Pfaff H, Schmitt J (2021): The Organic Turn: Coping with Pandemic and Non-Pandemic Challenges by Integrating Evidence-, Theory-, Experience-, and Context-Based Knowledge in Advising Health Policy. Frontiers in Public Health, Vol. 9, No. 727427

Pfaff H, Schmitt J (2023): Reducing Uncertainty in Evidence-Based Health Policy by Integrating Empirical and Theoretical Evidence: An EbM+theory approach. Journal of Evaluation in Clinical Practice, Vol. 29, No. 8, 1279–1293

Pieper C, Schröer S, Eilerts AL (2019): Evidence of Workplace Interventions – A Systematic Review of Systematic Reviews. International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol. 16, No. 3553

Porter ME (2010): What Is Value in Health Care? New England Journal of Medicine, Vol. 363, No. 26, 2477–2481

Proper KI, van Oostrom SH (2019): The Effectiveness of Workplace Health Promotion Interventions on Physical and Mental Health Outcomes – A Systematic Review of Reviews. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, Vol. 45, No. 6, 546–559

Robroek SJW, Coenen P, Oude Hengel K (2021): Decades of Workplace Health Promotion Research: Marginal Gains or a Bright Future Ahead. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, Vol. 47, No. 8, 561–564

Schubin K, Pfaff H, Zeike S (2021): How Managers Perceive and (Do not) Participate in Health Promotion Measures – Results from a Cross-Sectional Mixed-Methods Survey in a Large ICT company. International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol. 18, No. 9708

Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J (1999): Developing Guidelines. The BMJ, Vol. 318, No. 7183, 593–596

Trojan A, Kolip P (2021): Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M, Mohokum M (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer, 1119–1141

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 29. Februar 2024)

Die Autoren

Univ.-Prof. Dr. phil. Holger Pfaff, Jahrgang 1956, ist Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) und des Zentrums für Versorgungsforschung in Köln. Er war von 2002 bis 2010 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie, von 2006 bis 2012 erster Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung und von 2016 bis 2019 Vorsitzender des Expertenbeirats des Innovationsfonds. Er ist zudem seit 2019 Honorarprofessor an der Macquarie University, Sydney.

Mareike Pfaff, M.Sc., Jahrgang 1994, hat Psychologie mit Schwerpunkt Arbeits- und Organisationspsychologie an der Universität Hamburg und der Universität Wien studiert. Seit 2022 ist sie am Institut für Organisationsdiagnostik & Sozialforschung in Köln als BGM-Beraterin tätig. Pfaff promoviert an der Universität Heidelberg (Abteilung für Arbeitsforschung und Organisationsgestaltung) über die gesundheitlichen Auswirkungen von selbstgefährdenden Bewältigungsstrategien im Kontext einer modernen und flexiblen Arbeitswelt.

Dr. Kristina Schubin, Jahrgang 1994, studierte Erziehungs-, Rehabilitations- und Gesundheitswissenschaften mit dem Schwerpunkt Organisationsentwicklung an der Universität zu Köln. Sie ist seit 2019 wissenschaftliche Mitarbeiterin am IMVR und systemische Beraterin. Neben der wissenschaftlichen Arbeit war sie als freiberufliche Beraterin im betrieblichen Gesundheitsmanagement tätig. Ihre Dissertation veröffentlichte sie zum Thema „Inanspruchnahme betrieblicher Gesundheitsförderung in deutschen Unternehmen".

Kontakt

Dr. Kristina Schubin, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR), Universität zu Köln, Eupener Str. 129, 50933 Köln, Telefon: 0221 47897157, E-Mail: kristina.schubin@uni-koeln.de

Fotos: MedizinFotoKöln (2), Mareike Pfaff

Ein neues Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit – mehr als eine Frage des Namens

von Raimund Geene

Abstract

Stärkung von Gesundheitskommunikation, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Public Health sind die zentralen Ziele eines neu einzurichtenden Bundesinstituts, das im Koalitionsvertrag vereinbart wurde. Der erste Referentenentwurf liegt vor und benennt zentrale Aufgaben. Es fehlen bislang jedoch Konzepte und Instrumente, um die ambitionierten Ansprüche umzusetzen. Zudem irritieren die Vorschläge für Namensgebung und Strukturaufbau, insbesondere in der Unterscheidung zwischen übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten wegen der überraschenden Perspektive, Letztere aus der Zuständigkeit des Robert Koch-Instituts herauszulösen. Es besteht noch erheblicher Klärungs- und Nachbesserungsbedarf.

Schlüsselwörter: Öffentlicher Gesundheitsdienst, Public Health Governance, Koordination der Gesundheitsförderung, Gesundheitskommunikation

Strengthening health communication, public health services and research are the central goals of a still to be established federal institute that have been agreed upon in the coalition agreement. The first draft of the corresponding law is available and names central tasks. However, there is a lack of concepts and instruments to implement the ambitious assignments. In addition, the suggestions for naming and structural design are irritating, especially in the distinction between communicable and non-communicable diseases with the surprising prospect of removing the latter from the Robert Koch Institute's responsibility. There is still a significant need for clarification and improvement.

Keywords: public health service, public health governance, coordination of health promotion, health communication

1 Einleitung: der Koalitionsvertrag

Im Koalitionsvertrag 2021 hat die Ampel eine ganze Reihe von Maßnahmen zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention vereinbart. Im Kern steht dabei das Vorhaben, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in ein neues Bundesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst zu überführen. Das Bundesinstitut soll „Aktivitäten im Public-Health Bereich, die Vernetzung des ÖGD und die Gesundheitskommunikation des Bundes" bündeln *(SPD et al. 2021)*. Auch weitere Vereinbarungen zahlen auf die neue präventive Orientierung ein, etwa eine anstehende Novelle des Präventionsgesetzes, ein Nationaler Präventionsplan, der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), Einrichtung von Gesundheitskiosken und die neue Stiftung für Unabhängige Patientenberatung.

Damit knüpft der Koalitionsvertrag an die Wahlprogramme der drei Parteien an. Während bei Bündnis 90/Die Grünen über eine Wiedereinführung eines Bundesgesundheitsamtes (BGA) diskutiert wurde, stand bei der FDP die Kritik an der fehlenden Unabhängigkeit des Robert Koch-Instituts (RKI) im Zentrum, bei der SPD die Stärkung des ÖGD und der Ausbau des RKI mit Blick auf Infektionserkrankungen. Einigkeit bestand in der Kritik an der BZgA, die dringend reformiert werden solle, auch weil sie in den Jahren der Pandemie weitgehend unsichtbar war – ob wegen fehlender Kompetenz oder eines Maulkorbs durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) bleibt dabei dahingestellt.

Auch die Stärkung von Public Health war Konsens, denn ausgelöst durch die Leopoldina-Initiative 2015 sowie Memoranden der Fachgesellschaften *(Gerlinger et al. 2012; Wildner 2017)* hat sich mit dem Zukunftsforum Public Health seit 2016 ein breites Bündnis von Wissenschaft und Praxis formiert, dessen Arbeit in Eckpunkte für eine Public-Health-Strategie für Deutschland mündete *(Zukunftsforum 2021)*.

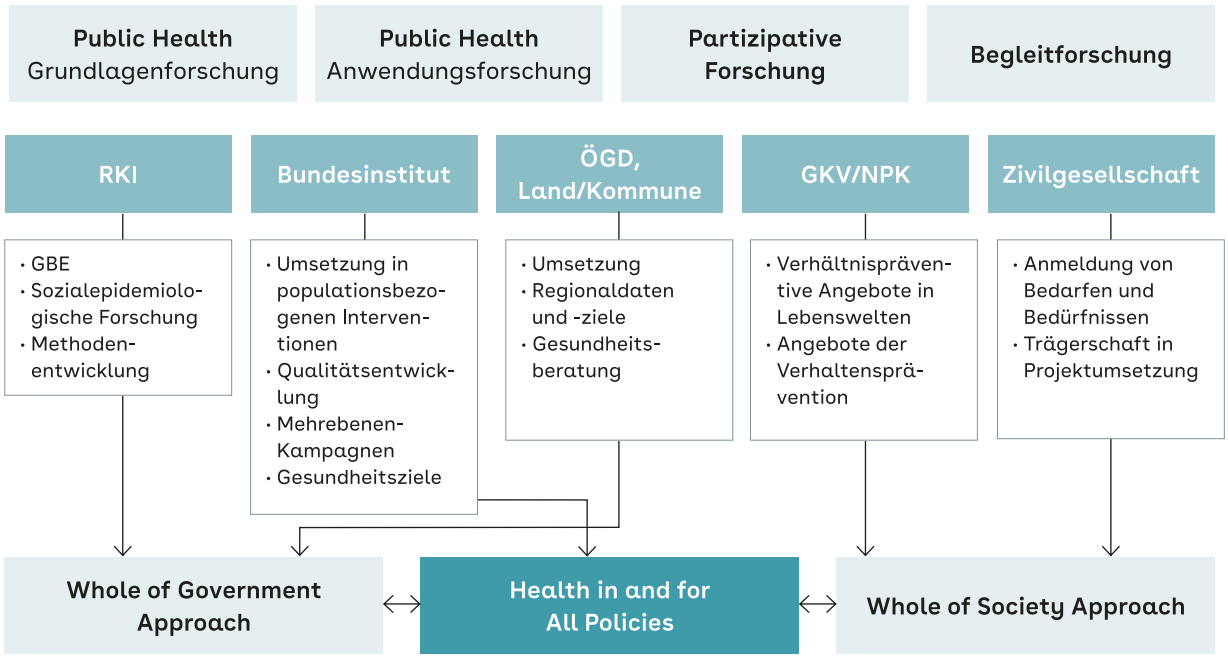
2 Konzepte für ein Bundesinstitut

Zur Umsetzung des Koalitionsauftrages wurden 2022 und 2023 erste Konzepte erstellt, von denen nachfolgend drei Publikationen beispielgebend dargestellt werden. Einen ersten Aufschlag zur Umsetzung legten die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) im Sommer 2022 vor *(GKV 2022)*. Darin skizzierten sie Eckpunkte für ein „BIöG", also ein Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit – einmal in die Welt gesetzt, verselbstständigte sich dieses Akronym. Laut GKV-Paper sollte das BIöG eine steuernde Einheit einer nachhaltigen Public-Health-Struktur in Deutschland sein. Dafür erforderlich sei ein Mandat, die ressortübergreifende Zusammenarbeit der Verantwortungsträger von Bund, Ländern und Kommunen im Sinne des Health-in-All-Policies-Ansatzes (HiAP) *(Böhm et al. 2020)* zu organisieren und zu implementieren. Die Träger sollten ihre Kompetenzen bündeln und Ressourcen darauf konzentrieren, Einfluss auf die individuelle Gesundheit zu nehmen und die Lebensqualität zu stärken. Die Bundesregierung solle die Gesundheit der Bevölkerung in den Fokus rücken – auch in Bereichen jenseits des Gesundheitswesens. Das BIöG wird skizziert als „interdisziplinärer Netzwerkknoten für Public Health" mit Blick auf HiAP *(GKV 2022)*. Es gelte dabei weniger innerhalb des Gesundheitswesens als vielmehr an den Stellschrauben, also den Determinanten, zu arbeiten, etwa in der Ökonomie (gegen Armut), in der Stadtplanung (für mehr Bewegung und Naherholung) oder der Bildungspolitik (für mehr Chancengleichheit).

Das Zukunftsforum Public Health *(2022)* meldete sich kurz danach mit einem eigenen Positionspapier zum Bundesinstitut zu Wort. Kernstücke darin sind die Forderung nach klaren Zielen für das Public-Health-System, die Entwicklung und Begleitung moderner Organisationsformen der Zusammenarbeit *(multi stakeholder governance)* sowie die Bereitstellung und Generierung von Evidenz im Bereich Public Health. Ein Bundesinstitut sollte sich entsprechend am britischen National Institute für Health and Care Excellence (NICE) und der Bundesstiftung Frühe Hilfen orientieren und die Erfahrungen aus der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) und der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie aufgreifen. In der praktischen Umsetzung sollten Gesundheitsförderung, Prävention und Unterstützung der Koordination im ÖGD, Kommunikation sowie Förderung der Public-Health-Forschung im Mittelpunkt stehen *(ebenda)*.

In einem Übersichtsbeitrag für „Das Gesundheitswesen" *(Rosenbrock und Geene 2023)* werden die fünf Aufgabenbereiche, 1. sozialepidemiologische Daten, 2. Gesundheitskommunikation, 3. Interventionsdurchführung, 4. Methodenentwicklung, Evaluation und Qualitätsentwicklung sowie 5. Diskursivierung, skiz-

Abbildung 1 Modell für die Steuerung, Aufgabenverteilung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Primärprävention in Deutschland



Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2024

Nach den Vorstellungen von *Rosenbrock und Geene (2023)* sollten Gesundheitsförderung und Primärprävention vor allem von sechs Akteursgruppen mit klar benannten Aufgabengebieten organisiert werden: Public-Health-Wissenschaft, RKI, Bundesinstitut, ÖGD, GKV/NPK und Zivilgesellschaft.

ziert, die dringlich einer Koordinierung in Deutschland bedürfen. In allen Bereichen gibt es Aktivitäten der Bundesinstitute (RKI und bislang auch BZgA), der Sozialversicherung (insbesondere GKV und NPK), der Zivilgesellschaft und der Wissenschaft. Dazu wird – hier stark verkürzt wiedergegeben – vorgeschlagen, die Bundesgesundheitsberichterstattung beziehungsweise Sozialepidemiologie dem RKI zuzuordnen, dem BIöG die Anwendungsforschung, die Qualitätssicherung und die bundesweite Kommunikation, den Gesundheitsämtern die regionale Praxis, der GKV und NPK die Verhältnisprävention in den Lebenswelten, der Wissenschaft die Strategie- und Methodenentwicklung und der Zivilgesellschaft die partizipative Rückkoppelung. Diese komplexe Mehrebenen-Governance zu sichern und zu steuern, kann dabei eine Schlüsselaufgabe eines BIöG im Rahmen der vom BMG angekündigten Nationalen Präventionsstrategie sein. Der Koalitionsvertrag öffnet hier ein Fenster der Möglichkeiten für eine kohärente, flächendeckende, handlungs- und lernfähige Infrastruktur für Public Health in Deutschland – das war zumindest die optimistische Perspektive im März 2023 *(ebenda)*. Ein solches Idealmodell sieht eine übergreifende Funktion der Public-Health-Wissenschaft auf allen Handlungsebenen. Als Ergebnis soll abgezielt werden auf eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik *(Health in and for All Policies)*, die sich einerseits auf eine kluge Regierungspolitik *(Whole of Government Approach)*, andererseits auf das Engagement von Nichtregierungsorganisationen *(Whole of Society Approach)* stützt *(Geene et al. 2020)* (vergleiche zum gesamten Konzept **Abbildung 1**).

3 Leitung, Name und Organisation

Greift die Politik diese Konzepte bei der Planung des neuen Bundesinstituts auf? Dies scheint noch nicht ganz ausgemacht. Einerseits werden viele der skizzierten Fragen adressiert, andererseits stehen grundsätzliche Irritationen im Raum. Doch der Reihe nach. Zunächst schien Bundesgesundheitsminister Karl Lau-

terbach mit der Benennung des Kölner Amtsarztes Johannes Nießen als Leiter der BZgA und als Errichtungsbeauftragter des Nachfolge-Instituts ein Coup zu gelingen. Nießen ist Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD). Der Sozialmediziner gilt als anerkannter Experte, der auf breite Zustimmung des gesamten Feldes bauen kann, von der Selbsthilfe über den ÖGD bis zur Ärzteschaft. Auch die Bestellung von Lars Schaade als Nachfolger von Lothar Wieler an der Spitze des RKI galt als Anerkennung der Fachlichkeit des Instituts. Schließlich war der Infektionsepidemiologe schon seit 2011 als RKI-Vizepräsident tätig.

Empörung löste kurz danach aber aus, dass der Minister spontan entschied, das Namenskürzel BIöG durch das Akronym BIPAM zu ersetzen, „PAM" steht dabei für das verstaubt klingende Begriffspaar „Prävention und Aufklärung in der Medizin". Der Begriff der Aufklärung hing schon der BZgA als Mühlstein eines überholten paternalistischen Verständnisses der Gesundheitskommunikation der 1960er-Jahre am Hals. Diese Bezeichnung aufzugreifen und sie zudem auf Medizin zu fokussieren, wirft Public Health um Jahrzehnte zurück, so die spontane Kritik aus Wissenschaft *(DGSMP und DGPH 2023)* und Praxis *(Götz und Rosenbrock 2023)*.

Zweiter Aufreger: In das neue Bundesinstitut solle nicht nur die alte BZgA aufgehen, sondern auch die gesamte RKI-Abteilung 2 (Gesundheitsmonitoring). Der Grund: Lauterbach plant, das Institut auf die Schwerpunkte Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Demenz zu fokussieren. Im RKI soll der Bereich der Infektionserkrankungen verbleiben. Dies impliziert eine Grenzziehung zwischen übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten, der es aber an Trennschärfe fehlt und die daher auch international beispiellos ist, wie in der Fachzeitschrift „The Lancet" kommentiert wird *(Biedermann 2024)*. Der Personalrat des Robert Koch-Instituts kritisiert die Herauslösung des Gesundheitsmonitorings gar als „Zerschlagung des RKI" und als schweren fachlichen Fehler mit der Folge eines jahrelangen Stillstands *(Uhlmann 2024)*.

So hat Lauterbach die zeitweilige Zustimmung zu seinen Plänen schnell wieder verspielt. Paradoxer Effekt: Selbst sonst oft zerstrittene Fachgesellschaften verbrüdern sich in Ablehnung des neuen Namens und gravierender Design-Fehler beim neuen Institut, 20 Gesellschaften formulieren eine gemeinsame harsche Stellungnahme unter dem Dach des Zukunftsforums Public Health *(2023)*. Einem offenen Brief des Paritätischen Gesamtverbandes *(DPWV et al. 2023)* schlossen sich über 60 Verbände und eine lange Reihe von Wissenschaftlern und Praktikern an.

4 Konkretisierung durch Referentenentwurf

Noch im gleichen Monat, also im Oktober 2023, legte das BMG *(2023)* einen Referentenentwurf vor. Hier wird zunächst konstatiert, dass es nach Auflösung des BGA im Jahr 1994 an einer zentralen Instanz für öffentliche Gesundheit in Deutschland fehle. Dieses Vakuum solle das neue Institut füllen durch übergreifende Vernetzung, Datenbündelung, Qualitätssicherung und Gesundheitskommunikation. Bezug genommen wird auf den ÖGD-Pakt, genauer: auf den 4. Bericht des Beirats für den ÖGD-Pakt, der Prävention als zentrale Aufgabe des ÖGD ausweist. Ein weiterer Bezugspunkt ist ein Gutachten des Sachverständigenrates zu Resilienz mit dem Befund, dass ein breiter Public-Health-Ansatz fehle *(SVR 2023)*. Notwendig seien eine Stärkung der wissenschaftlichen Grundlagen des ÖGD und Steuerungsstrukturen. Keine Erwähnung finden in der Gesetzesherleitung deutlich umfassendere Konzepte, etwa international das Konzept der WHO *(Böhm et al. 2020; Geene 2020)* oder national die Präventionsberichte *(NPK 2019, 2023)*. Es gibt auch keinen Rekurs auf die Stellungnahmen der Leopoldina *(2015)* mit Blick auf Public Health, auf das Zukunftsforum Public Health *(2021, 2022)* oder auf die anderen bereits genannten Konzepte aus der GKV und der Wissenschaft, ganz zu schweigen von den Lehren aus der Pandemieprävention (zum Beispiel *Allmendinger et al. 2022*).

Gesetzestexte folgen der Gliederung, dass der Bestandsaufnahme unter A jeweils unter B die Lösung folgt. Diese besteht hier in der Einrichtung des Bundesinstituts mit dem Schwerpunkt auf Prävention und Bekämpfung nicht übertragbarer Erkrankungen sowie Unterstützung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik auf Bundesebene (Stichwort: HiAP). Unter dieser Maßgabe werden „erstmalig auf Bundesebene wissenschaftliche und zielgruppenspezifische Erkenntnisse sowie deren begleitender Kommunikation und Evaluation unter einem Dach" zusammengeführt *(BMG 2023)*.

Als thematische Schwerpunkte sind geplant:

- Koordination und Steuerung der Public-Health-Aktivitäten
- Stärkung von übergreifenden Ansätzen im Sinne von HiAP
- Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von nicht übertragbaren Krankheiten
- Gesundheitsmonitoring
- Aufbereitung von Daten für wissenschaftliche, politische und strategische Entscheidungen
- Epidemiologie nicht übertragbarer Krankheiten, einschließlich der Erkennung und Bewertung von Risiken und Gesundheitsdeterminanten sowie der Dokumentation und Information
- Frühzeitige Identifikation gesundheitlicher Bedarfe und Ableitung von Maßnahmen, Gesundheitsberichterstattung
- Gesundheits-, Risiko- und Krisenkommunikation auch zu übertragbaren Erkrankungen
- Koordinierung und Veröffentlichung von Informationen und Daten zu gesundheitlichen Themenstellungen und Innovationen im Zuständigkeitsbereich
- Vernetzung von Wissenschaft, Praxis, Politik und Stakeholdern regional, überregional und international.

Haushaltsausgaben sind damit angeblich zunächst nicht verbunden, im Bundeshaushalt 2024 sind keinerlei Mittel eingestellt.

4.1. Instrumente, Strukturen und Methoden

In der Auflistung oben werden zentrale Public-Health-Herausforderungen benannt. Es bleibt jedoch unklar, welche Instrumente, Strukturen und Governance-Methoden vorgesehen sind. Zu befürchten ist, dass gerade die Strategie ressortübergreifenden Handelns, wie sie beispielsweise Neuseeland mit dem jährlichen „Wellbeing Budget“ beschreitet *(Geene 2020)*, zwar allgemein in der Gesetzesbegründung als HiAP proklamiert wird, im konkreten Regelungsbereich allerdings eng gefasst wird: „Der Gesetzentwurf betrifft die Aufgaben des BMG und seiner Geschäftsbereichsbehörden“ heißt es in der Begründung *(BMG 2023)*. Ebenso steht dort: „Die Aufgaben anderer Einrichtungen des Bundes im Bereich der Öffentlichen Gesundheit bleiben davon unberührt“ *(ebenda)*. Dabei wird dem Bundesinstitut grundsätzlich die Durchführung auch ressortübergreifender Tätigkeiten zugestanden. Aber ob dies mit Verbindlichkeit organisierbar ist, muss eher angezweifelt werden, wenn es nicht einmal gelingt, den Gesetzentwurf vorab mit anderen Ministerien abzustimmen.

4.2 Konkurrierende Gesetzgebung im Bereich ÖGD

Das Gesundheitswesen in Deutschland erstreckt sich mit Kompetenzzuständigkeiten auf alle föderalen (Bund – Länder – Kommunen) und korporatistischen (staatlichen, parastaatlichen/öffentlich-rechtlichen und privaten) Ebenen. Als ÖGD ist dabei zumeist nur die kommunale Ebene in den Ländergesetzen geregelt, während die öffentliche Gesundheit auf Bundesebene – das sind Ministerien sowie nachgeordnete Behörden (zum Teil auch in Zuständigkeit des Sozial-, Arbeits-, Wirtschafts-, Umwelt-, Ernährungs- und Verbraucherschutzministeriums), Sozialversicherungsträger wie insbesondere die Mitglieder der NPK sowie zahlreiche Leistungserbringer und ihre Verbände – kaum geregelt ist. Das gilt erst recht für die Strukturen auf kommunaler und Länderebene, in denen sich die Zuständigkeitsvielfalt des Bundes zum Teil spiegelt und zum Teil sogar noch um weitere Akteure der Zivilgesellschaft ergänzt ist. Lediglich ein Teilaspekt dieser Vielfalt wird im Gesetzentwurf berücksichtigt. So soll eine Plattform für Öffentliche Gesundheit mit einer ÖGD-Netzwerkstelle eingerichtet werden, zudem evidenzbasierte Handlungsempfehlungen und Leitlinien für den ÖGD entwickelt sowie Konzepte zur Digitalisierung weitergeführt werden. Allerdings werden diese Maßnahmen nur als „freiwilliges Angebot des Bundesinstituts“ benannt *(BMG 2023)*. Das zielt deutlich darauf ab, dass die Einrichtung des Bundesinstituts nicht von der Zustimmung der Länder im Bundesrat abhängig sein soll.

4.3 Unabhängigkeit der Ressortforschung

In der Frage der nachträglichen Bewertung der Pandemie sind die Parteien der Ampelkoalition uneins. Sie spiegeln hier die großen Fragezeichen, die die Jahre der Einschränkungen auch gesamtgesellschaftlich noch aufwerfen. Zwar besteht weitgehend Einigkeit dahingehend, dass auch die Forschung in nachgeordneten Behörden nicht unmittelbar weisungsbefugt sein soll. Andererseits hat das BMG die Dienst-, Fach- und Rechtsaufsicht über das neue Institut, was im praktischen Alltag bedeutet, dass jede fachliche Aus-

richtung einer Zustimmung bedarf. Dass in der Pandemie das RKI zu täglichen Pressekonferenzen, oft mit ministerieller Beteiligung einlud, der BZgA hingegen, wie bereits erwähnt, die Zuständigkeit für die Kommunikation entzogen wurde, ist dafür ein bedenkenswertes Beispiel. Der Konsens, dass sich das Geschehene so nicht wiederholen solle, mag richtig sein; ein Konzept, wie sich das verhindern lässt, ist aber bislang nicht zu erkennen. Zu bedenken sind hier die Überlegungen von Joseph Kuhn *(2023)*, eine Organisationsrichtlinie zum wissenschaftlichen Arbeiten aufzusetzen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass das neue Institut vom RKI die Surveillance nicht übertragbarer Erkrankungen sowie die darauf gestützte Gesundheitsberichterstattung übernehmen und gleichzeitig für Kommunikation und Kampagnen zuständig sein soll. Zudem verweist Kuhn auf die dringende Notwendigkeit einer Evaluation, die aber im Gesetzentwurf bislang explizit nicht vorgesehen ist.

5 Hoffnung auf den Beteiligungsprozess

Mit dem Referentenentwurf für ein neues Bundesinstitut liegt eine erste Diskussionsvorlage auf dem Tisch. Zentrale Schlüsselfragen werden richtig formuliert, harren jedoch einer Antwort, die zunächst in einem intensiven weiteren Beteiligungsverfahren, schließlich auch mit Bundestag und den Ländergremien geklärt werden müssen. Dabei sollten die Stärken – Orientierung auf die Determinanten der Gesundheit und gesamtgesellschaftliche Umsetzung – nicht geschliffen werden. Gleichzeitig aber sind die wesentlichen Kritikpunkte – fehlende Instrumente und Strategien, fachlich inakzeptable Namensgebung und eine nicht haltbare Unterscheidung zwischen erworbenen und nicht übertragbaren Erkrankungen sowie die Sorge vor einer Schwächung der Gesundheitsberichterstattung und insgesamt des RKI – aufzugreifen.

Literatur

Allmendinger J et al. (2022): Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik vom 30. Juni 2022. Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz; bundesgesundheitsministerium.de → Suche: Pandemiepolitik

Biedermann F (2024): German Public Health Reforms Draw Ire. The Lancet, Vol. 403, No. 10428; thelancet.com → Search for: German Public Health Reforms

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023): Referentenentwurf – Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Nachfolge der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Böhm K et al. (2020): Health in All Policies: Wo stehen wir und was braucht es für die weitere Entwicklung? In: Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H (Hrsg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer, 427–434

DGSMP, DGPH (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Deutsche Gesellschaft für Public Health) (2023): Das geplante Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM): Fachwelt plädiert für dringende Korrekturen; dgph.info → Über uns → Berichte und Stellungnahmen

DPWV (Deutscher Paritätischer) et al. (2023): Offener Brief zur angekündigten Errichtung eines Bundesinstituts für Aufklärung und Prävention in der Medizin im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit; gesundheitbb.de → Suche: Offener Brief zum BIPAM

EbM-Netzwerk (Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V.) (2023): Bessere Prävention mit neuem Bundesinstitut, Cholesterin- und Diabetes-Screening? Wir brauchen Evidenz statt Aktionismus! Pressemitteilung vom 08.11.2023; ebm-netzwerk.de → Veröffentlichungen → Stellungnahmen und Pressemitteilungen → 2023

Geene R (2020): Health in All Policies – Internationale Entwicklungen, Umsetzungsbeispiele und Perspektiven für Deutschland. In: Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H (Hrsg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer, 37–51

Geene R, Kurth BM, Matusall S (2020): Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. Das Gesundheitswesen, Jg. 82, Heft 7, 72–76

Gerlinger T (2021): Präventionsgesetz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden; leitbegriffe.bzga.de → Alphabetisches Verzeichnis → P → Präventionsgesetz

Gerlinger T et al. (2012): Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland – Forschung und Lehre. Das Gesundheitswesen, Jg. 74, Heft 11

Gerlinger T, Rosenbrock R (2024): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Hogrefe

GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) (2022): Impulspapier der Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen: Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit – Public Health als gesamtgesellschaftliche und ressortübergreifende Aufgabe gestalten; aok.de/pp → AOKs und ihr Verband → AOK-Bundesverband → Suche: Impulspapier

Götz T, Rosenbrock R (2023): Blick nach hinten. Eine Kritik am geplanten BIPAM; gerechte-gesundheit.de → Debatte → Positionen → Aktuell

Kuhn J (2023): Ende einer Geheimoperation: Das neue Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit; scienceblogs.de → Medizin → Gesundheits-Check vom 4. Oktober 2023

Länderoffene Gruppe Leitbild ÖGD (2018): Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst. Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft; akademie-oegw.de → Die Akademie → Leitbild ÖGD

Leopoldina, acatech (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Deutsche Akademie der Technikwissenschaften und Union der deutschen Akademien der Wissenschaften) (2015): Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen. Halle (Saale); leopoldina.org → Publikationen → Stellungnahmen und Diskussionen → Suche: Public Health

NPK (Die Nationale Präventionskonferenz) (2019): Erster Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 4 SGB V; www.npk-info.de → Präventionsstrategie → Präventionsbericht → Erster Präventionsbericht der NPK

NPK (Nationale Präventionskonferenz) (2023): Zweiter Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 4 SGB V; www.npk-info.de → Präventionsstrategie → Präventionsbericht → Zweiter Präventionsbericht der NPK

Rosenbrock R, Geene R (2023): Gesundheit fördern und schützen: Die Chance für ein modernes Public Health System in Deutschland nutzen – jetzt! Das Gesundheitswesen, Jg. 85, Heft 6, 490–494

SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen: Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP); bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800

SVR (Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege) (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen; svr-gesundheit.de → Publikationen

Uhlmann B (2024): Zerschlagung des RKI: „Es droht langfristiger Stillstand". Süddeutsche Zeitung, 26. Februar 2024; sueddeutsche.de → Gesundheit → 26.2.2024

WHO (Weltgesundheitsorganisation) (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung; iris.who.int → Suche: Ottawa-Charta

Wildner M (2017): Alte und neue Strukturen von Public Health in Deutschland. Das Gesundheitswesen, Jg. 79, Heft 11, 944–948

Zukunftsforum Public Health (2021): Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland; zukunftsforum-public-health.de → Public-Health-Strategie

Zukunftsforum Public Health (2022): Stellungnahme zum geplanten „Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit" aus der Perspektive von Public Health; zukunftsforum-public-health.de → Aktuelles → veröffentlicht: 31. August 2022

Zukunftsforum Public Health (2023): Bundesinstitut für „Prävention und Aufklärung in der Medizin": Verpasste Chance für Public Health in Deutschland!; zukunftsforum-public-health.de → Aktuelles → veröffentlicht: 15. November 2023

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 15. März 2024)

Der Autor

Prof. Dr. rer. pol. Raimund Geene MPH, Jahrgang 1963, hat Politik- und Gesundheitswissenschaften in Berlin studiert. Er war ab 1998 Geschäftsführer von Gesundheit Berlin e. V., bevor er 2005 als Professor an die Hochschule Magdeburg-Stendal wechselte. Seit 2018 vertritt er die Alice Salomon Hochschule im Konsortium mit TU und Charité in der Berlin School of Public Health. Dort ist er Mitglied des Direktoriums sowie stellvertretender Direktor des Europa-Instituts und des Berliner Instituts für Gesundheits- und Sozialwissenschaften (BIGSo). Er ist als Patientenvertreter (für die DAG SHG) beratendes Mitglied der Nationalen Präventionskonferenz.

Kontakt

Prof. Dr. Raimund Geene, Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialwissenschaften, Wilhelm-Kabus-Str. 39, 10829 Berlin, Telefon: 030 66764481, E-Mail: raimund.geene@charite.de

Foto: Charité

Finanzausgleich in der Pflegeversicherung weiter sinnvoll

von Dietmar Haun

Abstract

Ein Finanzausgleich im dualen System der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgrund ungleicher Risiken und Kosten der Pflegeversicherten steht seit Jahren zur Debatte. Nach Analysen der privaten Krankenversicherung (PKV) wäre ein Finanzausgleich oder eine Bürgerversicherung aufgrund der fortschreitenden Alterung des Versichertenbestandes der privaten Pflegeversicherung mittlerweile finanziell nachteilig für die soziale Pflegeversicherung. Die empirischen Analysen des Beitrags bestätigen einen höheren Versichertenanteil der vulnerablen Altersgruppen im privaten Sektor. Dieser hat allerdings keine Auswirkungen auf die ungleichen Ausgaben- und Risikoprofile. Wesentliche Ursache hierfür ist der Selektionsprozess beim Zugang zur PKV. Ein Finanzausgleich ist daher weiterhin empirisch begründet.

Schlüsselwörter: gesetzliche Pflegeversicherung, duales System, Pflegefinanzierung, Pflegereform, solidarische Finanzierung

Financial equalization in the dual system of statutory long-term care insurance has been debated for years because of unequal risks and costs. According to analyses of the association of private health insurance (PKV), financial equalization or the introduction of the so-called citizens' insurance would now be financially disadvantageous for the social nursing care insurance due to the progressive aging of private nursing care insurees. The empirical analyses presented in this article confirm a higher proportion of insurees from vulnerable age groups in the private sector. However, this has no impact on the unequal spending and risk profiles. This is mainly due to the selection process when accessing private health insurance. Financial equalization therefore remains empirically justified.

Keywords: statutory nursing care insurance, dual system, care sector financing, care reform, solidarity-based financing

1 Die These des geringen Nutzens für die SPV

Die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung in Deutschland vor 30 Jahren war mit einem Kompromiss verbunden *(Deutscher Bundesrat 1994)*: Die FDP, die eine private Pflegeversicherung mit Kapitaldeckung favorisierte, stimmte im Kern nur zu, weil eine Teilung des Systems beschlossen wurde. Ob die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) angehören, wird durch ihre Zugehörigkeit zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung bestimmt. Der versicherte Leistungsumfang ist hingegen identisch. Die unterschiedlichen Risiko- und Kostenstrukturen in beiden Teilsystemen spielten in den politischen Debatten um die Einführung der Pflegeversicherung erstaunlicherweise keine Rolle.

Das änderte sich im Lauf der Zeit. Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes 2001 zur Verfassungsmäßigkeit der Pflichtversicherung in der PPV wurde auch ein Bewertungsmaßstab formuliert, an dem sich die Aufteilung des Systems messen lassen muss. In seiner Urteilsbegründung stellte das Gericht fest, dass „der Gesetzgeber, der eine Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen hat, … die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen“ durfte *(BVerfG 2001, Rn. 92)*.

Verschiedene empirische Studien belegen jedoch eindrücklich, dass seit Beginn der gesetzlichen Pflegeversicherung von einer ausgewogenen Lastenverteilung keine Rede sein kann *(Rothgang und Domhoff 2019; Greß et al. 2019; Haun und Jacobs 2021; Rothgang 2023)*. Über Jahrzehnte hinweg war die von Pflegebedürftigkeit besonders betroffene Altersgruppe der über 80-Jährigen überproportional in der SPV versichert. Von Bedeutung ist hierbei die Entwicklung der privaten Krankenversicherung (PKV), die bis in das Jahr 2011 expandierte und überwiegend junge und gut verdienende Erwerbstätige, somit sogenannte gute Risiken, hinzugewann *(IAQ 2023)*.

Vonseiten der PKV wurde allerdings argumentiert, dass sich dieser strukturelle Vorteil infolge der Alterung des Versicherungsbestandes in der PPV bald umkehren würde, da der „Anteil von Pflegebedürftigen mittelfristig in der PPV höher sein wird als in der SPV“ *(Bahnsen und Wild 2021, 8)*. Zudem sei bei PPV-Versicherten mit erheblich höheren Kosten je Pflegefall zu rechnen als in der SPV. Mit ähnlicher Argumentation kam Neusius *(2019)* in seiner Analyse zu dem Schluss, dass die SPV durch einen Finanzausgleich oder ein Zusammengehen von sozialer und privater Pflegeversicherung sogar zusätzlich belastet werden könnte.

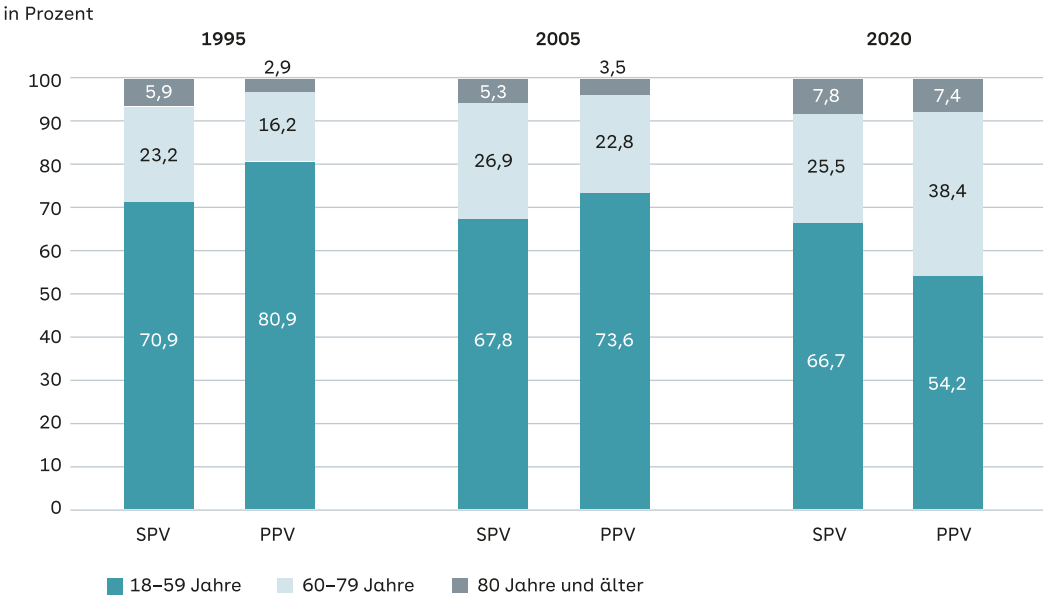
Der vorliegende Beitrag unterzieht diese These einer empirischen Überprüfung. Mithilfe von Daten des sozio-oekonomischen Panels (SOEP) *(Goebel et al. 2019)* wird die Entwicklung der Altersstruktur von SPV- und PPV-Versicherten über mehrere Zeitpunkte hinweg untersucht und mit Daten zur Finanzlage in SPV und PPV verglichen.

2 Empirische Überprüfung

Abbildung 1 stellt die Altersstruktur der Versicherten von SPV und PPV auf Basis der SOEP-Daten für die Jahre 1995, 2005 und 2020 dar. Die Analysepopulation der auf die Wohnbevölkerung hochgerechneten repräsentativen Daten des SOEP bilden die Personen im Erwachsenenalter. Im Jahr der Einführung der Pflegeversicherung und auch zehn Jahre danach waren die Jahrgänge mit höherem Pflegerisiko in der PPV unterdurchschnittlich vertreten. Bei den über 80-jährigen Personen mit dem höchsten Pflegerisiko war 1995 der Versichertenanteil in der PPV mit 2,9 Prozent nur halb so hoch wie in der SPV. Auch 2005 war der Anteil an Hochaltrigen in der SPV deutlich höher. Für das Jahr 2020 ist hingegen eine Verschiebung der vulnerablen Altersgruppen in der PPV festzustellen. Bei den über 80-Jährigen sind die Anteile an versicherten Personen in SPV und PPV nahezu identisch, bei den 60- bis 79-Jährigen weist die PPV höhere Anteile an Versicherten auf. Dem höheren Anteil der Altersgruppen mit hoher Pflegeprävalenz entsprechend wäre zu erwarten, dass sich die pflegebedingten Ausgaben der PPV an das Ausgabenniveau der SPV angleichen. Ein Vergleich der Finanzkennzahlen von SPV und PPV führt jedoch zu dem Ergebnis, dass sich trotz dieser Altersverschiebung an den für die SPV nachteiligen Risiko- und Finanzstrukturen auch im Jahr 2021 wenig geändert hat **(Abbildung 2)**.

Ähnlich wie im Jahr 2005 ist der relative Anteil der Pflegebedürftigen in der SPV 2021 mit 6,3 Prozent der Versicherten weiterhin doppelt so hoch wie in der PPV

Abbildung 1 Altersstruktur der Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und in der privaten Pflegeversicherung (PPV) 1995, 2005 und 2020 (Erwachsene)



1995 und 2005 war der Prozentsatz der Menschen ab 60 Jahre in der SPV höher als in der PPV. 2020 war es umgekehrt. Bei den über 80-Jährigen lagen die Versichertenanteile 2020 in SPV und PPV auf ähnlichem Niveau.

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis des SOEP: Personen in Privathaushalten 18 Jahre und älter; Grafik: G+G Wissenschaft 2024

mit einem Anteil von 3,2 Prozent. Die Leistungsausgaben sind infolge der Pflegestärkungsgesetze und der jüngeren Gesetzgebung zur Stärkung der Attraktivität der Pflegeberufe in beiden Teilsystemen deutlich gestiegen. In Relation zur Anzahl der Versicherten machten die Leistungsausgaben in der PPV mit 234 Euro jedoch nur ein Drittel der Ausgaben aus, die in der SPV pro Kopf für Pflegeleistungen erforderlich waren. Berücksichtigt man die zusätzlichen staatlichen Beihilfeausgaben für pflegebedürftige Beamte, Pensionäre und Angehörige, vermindert sich der Abstand zwar, die Pro-Kopf-Ausgaben sind in der SPV mit 683 Euro aber weiterhin doppelt so hoch.

Die geringeren Leistungsausgaben der PPV spiegeln sich in günstigeren Prämienkosten wider. Versichertenbezogen lagen die Prämien 2005 um 21 Prozent, 2021 gar um 41 Prozent unter den Beiträgen, die pro Kopf in der SPV zu leisten waren, um die Pflegeausgaben zu decken. Und dies, obwohl ein Anteil von 66 Prozent der Prämieneinnahmen der PPV im Jahr 2021 (2,9 Milliarden Euro) nicht für Pflegeleistungen benötigt, sondern den Altersrückstellungen zugeführt wurde. Diese belaufen sich zum Jahresende 2021 auf eine Summe von 47 Milliarden Euro, während in der SPV nur marginale Rücklagen vorhanden sind.

Die Leistungsausgaben je Pflegebedürftigen liegen in der SPV aktuell mit knapp 11.000 Euro pro Jahr deutlich höher als in der PPV. Werden die staatlichen Beihilfekosten in die Kalkulation einbezogen, erreichen die Ausgaben für die vergleichsweise geringe Zahl der privat versicherten Pflegebedürftigen ein ähnlich hohes Niveau wie in der SPV. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Pflegebedürftige in der PPV seltener Leistungen in den niedrigeren Pflegegraden beanspruchen *(Bahnsen und Wild 2021, 5)* und damit die durchschnittlichen Leistungsausgaben steigen.

3 Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die PPV aktuell bereits höhere Anteile an Versicherten in den Altersgruppen mit hoher Pflegeprävalenz aufweist als die SPV. Die Alterung des Versichertenbestandes in der PPV führt jedoch nicht dazu, dass sich an der seit 1995 bestehenden, für die SPV nachteiligen Risiko- und Kostenstruktur grundlegend etwas ändert.

Verantwortlich hierfür sind zum einen Selektionsprozesse, die bereits beim Zugang zur PKV wirksam werden, etwa in Form der obligatorischen Gesundheitsprüfung *(Ochmann et al. 2020; DAV 2020, 12)*. Vorerkrankungen oder Behinderungen von Versicherten und Angehörigen setzen negative Anreize, verteuern die Versicherungsprämien oder führen gar zur Ablehnung des Versicherungsantrages. Dadurch werden vorwiegend junge und gesunde Versicherte von der PKV angesprochen. Hinzu kommt, dass der Zugang zur PKV nur überwiegend gut situierten Bevölkerungsgruppen wie Selbstständigen, gut verdienenden Arbeitnehmern sowie Beamten und Pensionären nebst Angehörigen offensteht. Nach einer aktuellen Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) wird das Risiko einer Pflegebedürftigkeit entscheidend durch Gesellschaft, Einkommen und Arbeitswelt beeinflusst: „Personen mit geringem Einkommen werden häufiger und früher pflegebedürftig als Besserverdienende" *(Geyer et al. 2021)*. Durch die Anbindung der gesetzlichen Pflegeversicherung an das duale System der Krankenversicherung wird die Risikoselektion auf die Pflegeversicherung übertragen. Somit ist auch zukünftig nicht zu erwarten, dass sich dieser strukturelle Vorteil der PPV maßgeblich vermindert.

Verschiedene Maßnahmen, die zu einer ausgewogenen Lastenverteilung zwischen SPV- und PPV-Versicherten und einer gerechteren Finanzierung der Pflege beitragen könnten, stehen seit Jahren in der gesundheitspolitischen Diskussion. Zum einen könnten alle Pflegeversicherten in einem einheitlichen System der Pflegeversicherung zusammengeführt werden *(Rothgang 2023)*. In einer Simulationsanalyse von Greß et al. *(2019)* wurde der Nettoeffekt einer Einbeziehung der PPV-Versicherten in eine solidarisch finanzierte Pflegeversicherung für das Jahr 2017 auf 5,8 Milliarden Euro beziehungsweise 0,4 Beitragssatzpunkte beziffert. Alternativ käme auch ein Finanzausgleich zwischen SPV und PPV nach dem Muster des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Betracht, bei dem auch die unterschiedliche Finanzkraft der beiden Versichertenkollektive ausgeglichen würde – eine Lösung, die bereits im Koalitionsvertrag der Großen Koalition von 2005 vorgesehen war, aber letztlich nicht umgesetzt wurde *(CDU, CSU, SPD 2005, 91)*. Für die Stabilisierung der Pflegefinanzierung und eine gerechtere Lastenverteilung sind diese Optionen weiterhin von gesundheitspolitischer Relevanz.

Abbildung 2 Finanzkennzahlen zu SPV und PPV 2005 und 2021

	SPV	PPV	SPV	PPV
	2005		2021	
Anzahl Versicherte (in Tausend)	70.522	9.164	73.510	9.214
Beitragseinnahmen in Milliarden Euro	17,38	1,87	49,70	4,40
Beitrag/Prämie je Versicherten und Jahr in Euro	246	204	676	478
Anzahl Pflegebedürftige (in Tausend)	1.952	116	4.606	293
Anzahl Pflegebedürftige je 100 Versicherte	2,77	1,27	6,27	3,17
Leistungsausgaben in Milliarden Euro	16,98	0,55	50,23	2,15
Leistungsausgaben je Versicherten in Euro	241	60	683	234
Leistungsausgaben je Versicherten in Euro inklusive Beihilfeausgaben*	241	90	683	351
Leistungsausgaben je Pflegebedürftigen in Euro	8.699	4.744	10.904	7.361
Leistungsausgaben je Pflegebedürftigen in Euro inklusive Beihilfeausgaben[*]*	8.699	7.116	10.904	11.042
Mittelbestand/Altersrückstellungen in Milliarden Euro	3,05	15,17	6,85	46,61

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von Daten des BMG (2023) und der Zahlenberichte der PKV (2006 und 2023); Grafik: G+G Wissenschaft 2024

* Schätzung externe Zusatzkosten der staatlichen Beihilfekassen für Beamte, Pensionäre und Versorgungsempfänger. Die durchschnittlichen Pflegekosten in der PPV wurden für den beihilfeberechtigten Personenkreis doppelt so hoch veranschlagt (ähnlich *Rothgang 2023, 504*).

Literatur

Bahnsen L, Wild F (2021): Bürgerversicherung oder Finanzausgleich? Keine Lösungen für die demografischen Herausforderungen in der Pflege. WIP-Kurzanalyse Oktober 2021. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 1. Dezember 2023; bundesgesundheitsministerium.de → Themen → Pflege → Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten

BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2001): Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 – 1 BvR 2014/95; www.bverfg.de → Entscheidungen → Aktenzeichen: 1 BvR 2014/95

CDU, CSU, SPD (2005): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005

DAV (Deutsche Aktuarvereinigung) (2020): Herleitung der Rechnungsgrundlagen DAV 2008 P für die Pflegerenten(zusatz)versicherung. Richtlinie. Köln, 20. März 2020

Deutscher Bundesrat (1994): Sitzungsprotokoll 668. Sitzung vom 29.04.1994. Beschlussfassung zum PflegeVG, Punkt 74 der Tagesordnung. Drucksache 342/194. Bonn: Deutscher Bundesrat, 129–137

Geyer J, Haan P, Kröger H, Schaller M (2021): Pflegebedürftigkeit hängt von der sozialen Stellung ab. DIW Wochenbericht, Nr. 44, 727–734

Goebel J et al. (2019): The German Socio-Economic Panel (SOEP). Journal of Economics and Statistics, Vol. 239, No. 2, 345–360

Greß S, Haun D, Jacobs K (2019): Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer, 241–254

Haun D, Jacobs K (2021): Weiterer Handlungsbedarf bei der Pflegefinanzierung. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 21, Heft 4, 7–14

IAQ (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen) (2023): Vollversicherte in der privaten Krankenversicherung 1991–2021. Kommentierte Grafik; www.sozialpolitik-aktuell.de → Gesundheit & Krankenversicherung → Kommentierte Infografiken → Private Krankenversicherung

Neusius T (2019): Pflegeversicherung – Ausgleich mit Privatversicherung hilft nicht. Wirtschaftsdienst, Jg. 99, Heft 16, 421–424

Ochmann R, Albrecht M, Schiffhorst G (2020): Geteilter Krankenversicherungsmarkt. Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte. Gütersloh: Bertelsmann Institut; bertelsmann-stiftung.de → Suche: Krankenversicherungsmarkt

PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2006): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2005/06. Köln

PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2023): Kennzahlen-Abfrage zur Pflegeversicherung 2021; https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2011/2021/12

Rothgang H (2023): Zur Notwendigkeit einer Finanz- und Strukturreform der Pflegeversicherung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Bd. 66, Heft 5, 498–507; link.springer.com/article/10.1007/s00103-023-03695-3

Rothgang H, Domhoff D (2019): Die Pflegversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Nr. 150. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 28. Februar 2024)

Der Autor

Dietmar Haun, Jahrgang 1962, studierte Soziologie an der Universität Mannheim und der Indiana University, Bloomington, USA. Er ist seit 2001 für den AOK-Bundesverband tätig, zunächst im Change-Management, danach als Referent für Risikomanagement im Geschäftsbereich Finanzen. Seit 2012 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Kontakt

Dietmar Haun, Wissenschaftliches Institut der AOK, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin,
Telefon: 030 346462148, E-Mail: dietmar.haun@wido.bv.aok.de

Foto: AOK-Bundesverband

RAUCHENTWÖHNUNG

Analyse der Medikamente

von Martin Roesler

Rauchen ist eine der Hauptursachen für vermeidbare Krankheiten und vorzeitige Todesfälle. Die Identifizierung der effektivsten Rauchentwöhnungsmethoden ist entscheidend, um Raucher beim Aufhören zu unterstützen. Die Kombination aus verhaltenstherapeutischen Interventionen und pharmakologischer Therapie gilt als bester Standard.

Was ist das Problem?

Eine neue Übersichtsarbeit fasst die Vielzahl der Studien und ihre Effektstärken zu diesem Thema zusammen. Hierdurch wird die therapeutische Unsicherheit reduziert.

Wie wurde untersucht?

Die Studie umfasst eine Netzwerk-Metaanalyse von 332 randomisierten kontrollierten Studien mit über 157.000 Teilnehmern, die verschiedene Raucherentwöhnungsmethoden bei Erwachsenen untersuchten, darunter pharmakologische Therapien, E-Zigaretten und Placebos. Mindestens sechs Monate Rauchabstinenz wurden als Therapieerfolg gewertet.

Was ist herausgekommen?

Die Cochrane-Metaanalyse untersucht die Wirksamkeit verschiedener Entwöhnungsmittel, einschließlich Pharmaka und E-Zigaretten. Sie zeigt, dass nikotinhaltige E-Zigaretten sowie die Wirkstoffe Vareniclin und Cytisin die effektivsten untersuchten Methoden zur Raucherentwöhnung sind. Nikotinersatztherapien und der Wirkstoff Bupropion waren ebenfalls wirksamer als Placebos. Die besten Therapien erreichten Abstinenz in 14 Prozent, gegenüber sechs Prozent ohne jegliche Therapie.

Was folgt daraus?

Diese Ergebnisse des gut gemachten und umfangreichen Reviews liefern wichtige Erkenntnisse zur Entwicklung effektiver Rauchentwöhnungsstrategien. Wirksame medikamentöse Methoden können einen begrenzten Stellenwert in Entwöhnungsprogrammen haben. Das Ausmaß des zeitlich begrenzten Therapieerfolges bleibt mit zusätzlichen acht von hundert Zigarettenrauchabstinenten quantitativ ernüchternd. Angesichts des Ziels der Tabakabstinenz kann eine Umstellung auf E-Zigaretten nicht als Therapieerfolg angesehen werden und erscheint daher nicht als geeignete Therapiemaßnahme. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft aktuell, unter welchen Bedingungen Medikamente zur Unterstützung der Rauchentwöhnung von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden.

Lindson N et al.: Pharmacological and Electronic Cigarette Interventions for Smoking Cessation in Adults: Component Network Meta-Analyses. Cochrane Database of Syst Rev 2023, 9(9) CD015226; doi: 10.1002/14651858.CD015226.pub2

Dr. Martin Roesler, Arzt im Stab Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: martin.roesler@bv.aok.de

Kommentar

Professor Dr. Anil Batra, Stellvertretender Ärztlicher Direktor und Leiter der Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung am Universitätsklinikum Tübingen

Die Cochrane-Gruppe legt regelmäßig methodisch hochwertige Reviews zu therapeutischen Interventionen für die Tabakentwöhnung vor. Nun werden erstmals in einer Metaanalyse Medikamente gemeinsam mit E-Zigaretten betrachtet. Dieses Vorgehen ignoriert mehrere Problematiken: E-Zigaretten werden als Produkt der Tabakindustrie nicht für die Entwöhnung vermarktet; bei einer Empfehlung für deren Einsatz sind haftungsrechtliche Fragen ungeklärt; potenzielle langfristige Risiken bleiben unbeachtet, und mit der E-Zigarette ist ein für Jugendliche attraktives Einstiegsprodukt in den Nikotinkonsum verfügbar. Die Cochrane-Analyse bestätigt bezüglich der Pharmakotherapie die Empfehlungen der S3-Leitlinie.

Foto: Werner Rolli, CH

Köpfe

Prof. Dr. Jay Gopalakrishnan ist neuer Professor für die Zellbiologie erblicher Erkrankungen am Uniklinikum Jena. Er studierte in Chennai/Indien Pharmazie und Biochemical Engineering, promovierte an der TU Berlin in Biochemie und ging dann als PostDoc an die Harvard Medical School/USA. Danach war er Arbeitsgruppenleiter am Zentrum für Molekulare Medizin in Köln und hatte zuletzt eine Professur am Institut für Humangenetik an der Universität Düsseldorf inne.

Prof. Dr. Monika Ankele hat die Professur für Medizingeschichte und Medizinische Museologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin und die Leitung des Berliner Medizinhistorischen Museums der Charité übernommen. Sie studierte Geschichte, Kulturmanagement, Kunstgeschichte und Publizistik in Graz und Wien. Sie arbeitete als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und war Kuratorin am Medizinhistorischen Museum Hamburg. 2022 war sie Mitbegründerin des Institute for Medical & Health Humanities and Artistic Research im niedersächsischen Ottersberg.

Prof. Dr. Barbara Fillenberg hat die neu eingerichtete Professur für Hebammenwissenschaft an der Universitätsmedizin Mainz übernommen. Die ausgebildete Hebamme studierte Hebammenwissenschaften in Glasgow und Medizinische Soziologie in Vechta. Zuletzt war die diplomierte Gesundheitsökonomin als Professorin und Leiterin des Studienganges für Hebammenwissenschaft an der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg tätig.

Kongresse

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
Diabetes Kongress 2024	Bewegung, Ernährung, Umwelt, molekulare und mechanistische Grundlagen des Diabetes, Künstliche Intelligenz, Leben mit Diabetes	8.–11.5.2024, Berlin und online	Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. Albrechtstraße 9 10117 Berlin	diabeteskongress.de/registrierung E-Mail: dk.registrierung@mcon-mannheim.de Telefon: 0621 41066802
107. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie	molekulare Pathologie, Künstliche Intelligenz, experimentelle und vergleichende Pathologie	23.–25.5.2024, München	Deutsche Gesellschaft für Pathologie e. V. Robert-Koch-Platz 9 10115 Berlin	pathologie-jahrestagung.de/Anmeldung E-Mail: registrierung-dgp@kukm.de Telefon: 03643 2468157
43. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Senologie	Innovationen in Diagnostik und Therapie, Personalgewinnung, Ambulantisierung, Krankenhausreform, KI und Big Data	6.–8.6.2024, Dresden	Deutsche Gesellschaft für Senologie e. V. Jägerstraße 58–60 10117 Berlin	senologiekongress.de → Anmeldung E-Mail: kongresssupport@kelcon.de Telefon: 030 6796688506
75. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie	aktueller Stand in Forschung, Diagnostik und Therapie	9.–12.6.2024, Göttingen	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie Luisenstraße 58/59 10117 Berlin	dgnc-kongress.de/registrierung E-Mail: registrierung@conventus.de

Impressum

G+G Wissenschaft (GGW), GGW ist eine Verlagsbeilage von Gesundheit und Gesellschaft · Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) · Verantwortliche Redakteure: Ines Körver (KomPart), Jürgen Klauber (WIdO), Helmut Schröder (WIdO), Dr. David Scheller-Kreinsen (WIdO) · Redaktionsmitglied: Dr. Silke Heller-Jung (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@kompart.de. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber. Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aok-bv.de → Datenschutz

K.24.0223_02