

# 124 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V.



## Pflaster kleben für ein krankes Gesundheitssystem Warum ist echter Wandel so schwierig?

### EDITORIAL

» In keiner anderen Legislaturperiode des Deutschen Bundestages standen Gesundheitsthemen dermaßen weit oben auf der politischen und medialen Agenda wie in der laufenden – zunächst über die Pandemie und in deren Gefolge dann die notwendigen Reformen des dritt-teuersten Gesundheitsversorgungssystems der Welt, das gleichzeitig nur mittelmäßige Gesundheitsoutcomes aufweist. Mit Blick auf die Über-, Unter- und Fehlversorgungslagen sowie die Bezahlbarkeit eines verkrusteten, ineffektiven Systems mit vielen Gewinnmaximierungschancen einzelner Berufsgruppen oder Anbieter ohne gesundheitlichen Mehrwert ist es keine Frage mehr, wie hoch der Reformbedarf im deutschen Gesundheitswesen ist. Es ist nur die Frage, welche Reformen politisch durchsetzbar sind.

» In dieser Ausgabe singen wir deshalb nicht das alte Lied der Unreformierbarkeit des deutschen Systems, sondern beleuchten aktuelle Reformbemühungen und -chancen. Wir schauen unter anderem auf Patientenbeteiligung, Sektorengrenzen, Bottom-Up-Ansätze, digitale Gesundheitsanwendungen und Transformationsprozesse. Wir werfen auch einen Blick über den nationalen Tellerrand auf Entwicklungen des Public-Health- und Gesundheitsförderungssektors in Österreich. Wir hoffen, dass sich etwas bewegen lässt, die Reformanstrengungen nicht alle im politischen Gezerre versanden und die Versorgung sich tatsächlich zukünftig nicht an ökonomischen, sondern gesundheitlichen Kriterien orientiert.

» In eigener Sache weisen wir an dieser Stelle noch einmal auf die Aktualisierung und Bereinigung unserer Impulse-Verteiler im Rahmen unserer Nachhaltigkeitsstrategie hin. Wir bedanken uns für die vielen Rückmeldungen und können die Druckauflage und damit den Papierverbrauch tatsächlich erheblich reduzieren, weil sehr viele Leser:innen nun die digitale Ausgabe erhalten möchten.

» Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Mental Health« (Arbeitstitel, Redaktionsschluss 30. September 2024) und »Soziale Medien« (Arbeitstitel, Redaktionsschluss 15. Januar 2025). Wie immer sind Sie herzlich dazu eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen, ersten Herbstgrüßen aus Hannover und Bremen!

Thomas Altgeld und Team

### AUS DEM INHALT

- Reformen im Gesundheitssystem ..... 02
- Viele Baustellen, keine Reformlinie? ..... 03
- Partizipation sicherstellen ..... 05
- Zur Diskussion um ein neues Bundesinstitut ..... 06
- Sektorengrenzen überwinden ..... 08
- Weiterentwicklung des Gesundheitssystems »von unten« ..... 09
- Personalmangel im Gesundheitswesen ..... 10
- Digitale Gesundheitsanwendungen in der GKV ..... 11
- Patient:innen als Zweck der Gesundheitsversorgung ..... 12
- Wissenschaftliche Gesundheitspolitikberatung ..... 14
- Health Transformation Hub ..... 16
- Das Potential der Psychiatrie ..... 17
- Eizellenspende und Leihmutterchaft ..... 17
- Rassismus in der Gesundheitsversorgung ..... 18
- Entwicklung österreichischer Strukturen ..... 19
- Jubiläum von CAREalisieren ..... 20
- Lehr-Lern-Konzept »Open Space Public-Health-Ethik« ..... 21
- Ernährungsarmut entgegenen ..... 22
- Das Evaluationsangebot der LVG & AFS ..... 23
- Früherkennung und -förderung in benachteiligten Kitas ..... 23
- Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung ..... 24
- Kommunale Versorgungsstrukturanalyse und -planung ..... 25
- In eigener Sache ..... 26
- Bücher, Medien ..... 27
- Termine LVG & AFS ..... 29
- Termine ..... 32
- Impressum ..... 26





THOMAS GERLINGER

## Reformen im Gesundheitssystem Bedarf – Hindernisse – Chancen

Die Ansicht, dass der Reformbedarf im deutschen Gesundheitssystem groß ist, wird weithin geteilt – auch wenn die Meinungen darüber, worin er im Einzelnen besteht, oft weit auseinandergehen. Zwar sind Verbesserungen in der Vergangenheit durchaus angestoßen worden, aber deren Tempo und Reichweite bleiben weit hinter den Erfordernissen zurück. Dabei zeigt sich, dass strukturelle Probleme eine große Beharrungskraft an den Tag legen.

### Reformbedarf

Eine Auflistung des Reformbedarfs muss an dieser Stelle unvollständig bleiben. Aus einer Public-Health-Perspektive stehen vor allem folgende Faktoren hervor: Prävention und Gesundheitsförderung erfahren bei weitem nicht den ihnen gebührenden Stellenwert. Auf zahlreichen Feldern (zum Beispiel Arbeitswelt, Luftreinhaltung, Tabakkontrolle) bleiben getroffene Maßnahmen hinter den Erfordernissen zurück. Maßnahmen zur Veränderung von Lebenswelten spielen eine viel zu geringe Rolle. Die verschiedenen Aspekte der gesundheitlichen Ungleichheit und die Bedarfe vulnerabler Gruppen finden zu wenig Beachtung. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist auf die doppelte Herausforderung einer wirksamen Wahrnehmung klassischer Aufsichtsfunktionen und einer Einstellung auf neue Aufgaben in der Gesundheitsförderung nicht hinreichend vorbereitet.

Bei der Versorgung im Falle von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit bleiben die Integration von Versorgungsstrukturen und das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung ungelöste Herausforderungen. Zugleich existieren Ungleichheiten beim Zugang zu Versorgungseinrichtungen. Die Sicherstellung der Versorgung in benachteiligten Regionen ist ein Problem von wachsender Dringlichkeit. Asylsuchende haben in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts

nur eingeschränkte Versorgungsansprüche. Die Koexistenz von gesetzlicher und privater Versicherung für Krankheit und Langzeitpflege bringt Ungleichheiten beim Versorgungszugang und Ungerechtigkeiten bei der Finanzierung des Gesundheitssystems hervor. Insbesondere in der Langzeitpflege herrscht ein eklatanter Fachkräftemangel, der Zugang und Versorgungsqualität beeinträchtigt. Die Beschränkung der Pflegeversicherung auf eine Teilsicherung bringt für viele Menschen große und oft nicht tragbare Lasten mit sich. Zugleich steht das Gesundheitssystem unter einem erheblichen Ausgabendruck. Eine Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit könnte manche der genannten Probleme lindern, aber ihre Umsetzung ist nicht in Sicht.

### Reformhindernisse

Jedes dieser Probleme ist in einem besonderen Kontext angesiedelt. Keines von ihnen lässt sich auf einen einzelnen Einflussfaktor reduzieren. Dennoch lassen sich einige allgemeine Faktoren erkennen, die eine schnelle und wirksame Problemlösung erschweren und oft genug auch verhindern. Folgende Aspekte sollen hier genannt werden:

- » Wirtschaftliche Interessen spielen im Gesundheitssystem eine ungemein große Rolle und werden oft von einflussreichen Akteuren repräsentiert (zum Beispiel im Arbeits- oder im Umweltschutz). Oft genug stehen diese Partikularinteressen im Widerspruch zu den Interessen Betroffener an einem besseren Gesundheitsschutz, weil entsprechende Maßnahmen ihre Gewinne schmälern. Auch in der Krankenversorgung spielen finanzielle Aspekte eine wichtige Rolle, etwa wenn es um die Zuständigkeiten von Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung geht (zum Beispiel bei der Zuweisung ambulanter Behandlungsrechte an das Krankenhaus).
- » Selbst wenn einzelne Akteure langfristig auch einen wirtschaftlichen Nutzen von gesundheitsbezogenen Maßnahmen erwarten können, muss dies nicht bedeuten, dass sie entsprechende Schritte auch befürworten oder ergreifen. So sind für die Führungsetage in Unternehmen die Bilanz eines Wirtschaftsjahres und für Politiker:innen die Aussichten bei der nächsten Wahl oftmals wichtiger als langfristige Nutzenerwägungen.
- » Das deutsche Gesundheitssystem ist ausgesprochen stark fragmentiert. Regelungskompetenzen in Prävention, Gesundheitsförderung und Krankenversorgung verteilen sich auf Bund und Länder. Zugleich werden mit dem Grundsatz der Selbstverwaltung auch Sozialversicherungsträger und andere Akteure an der Umsetzung und häufig auch an der Entwicklung von Reformen beteiligt. Somit ist eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure mit jeweils eigenen Interessen in die Reformpolitik involviert. Entsprechend schwierig und langwierig ist die Koordinierung dieser Akteure, wie etwa die aktuelle Krankenhausreform zeigt. Oft genug werden in derartigen Prozessen ursprüngliche Reformabsichten verwässert oder zerrieben. Hinzu kommt, dass das deutsche Mehrheitswahlrecht fast immer zur Bildung von Koalitionsregierungen führt. Diese können sich häufig nur auf den kleinsten gemeinsamen Nenner einigen oder blockieren sich sogar wechselseitig.

- » Oft ist der mit Reformen einhergehende Anpassungsbedarf für die beteiligten Institutionen (zum Beispiel Krankenhäuser) hoch. Die Veränderungsbedarfe stellen gewachsene Handlungsroutinen und Problemwahrnehmungen häufig in Frage. So kann es zum Beispiel für einen Betrieb eine große Herausforderung darstellen, seine Prozesse unter dem Gesichtspunkt des Gesundheitsmanagements zu reorganisieren.
- » Schließlich stoßen Gesundheitsreformen auf eine gesellschaftliche Umwelt, in der vielfältige andere Interessen verfolgt werden. Dabei setzen sich angesichts der daraus resultierenden Hindernisse zumeist diejenigen Reformkonzepte durch, die für Gesellschaft, Wirtschaft und Politik den geringsten Veränderungsbedarf mit sich bringen. Hagen Kühn hat für diesen Mechanismus den Begriff »Darwinisches Gesetz der Prävention« geprägt.

### Reformchancen

Auch wenn die Reformhindernisse groß und zahlreich sind, bedeutet dies nicht, dass es nicht auch Chancen auf Veränderungen gäbe. Zwei Aspekte sollen in diesem Zusammenhang hervorgehoben werden. Erstens ergeben sich Chancen daraus, dass manche aus Public-Health-Perspektive wünschenswerte Veränderungen auch mit mächtigen Interessen – vor allem in ökonomischer Hinsicht – kompatibel sein können. Ein Beispiel ist die Etablierung und Verbesserung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Daran können Unternehmen ein Interesse entwickeln, um in Zeiten des demographischen Wandels und des Fachkräftemangels Beschäftigte an sich zu binden und deren Arbeitsfähigkeit zu stärken. In solchen Fällen lässt sich mit ökonomischen Argumenten für Gesundheitsreformen argumentieren. Daraus resultiert aber ein Dilemma. Gesundheitsreformen mit der Erwartung eines wirtschaftlichen Nutzens zu verknüpfen, birgt nämlich auch die Gefahr, die Verfolgung des Ziels »Gesundheit« von gesundheitsfremden Interessen abhängig zu machen. Wenn die Erwartung eines wirtschaftlichen Nutzens oder anderer Sekundärinteressen nicht eintritt oder von den relevanten Akteuren nicht mehr geteilt wird, kann die Legitimation für Gesundheitsreformen schnell erodieren. Die Argumentation für Gesundheitsreformen sollte sich stets am Ideal eines langen und von Einschränkungen möglichst freien Lebens orientieren.

Zweitens sollte das Eintreten für Gesundheitsreformen ins Zentrum rücken, dass es der Politik und den Politiker:innen um den Erhalt und den Ausbau von Macht geht. Machtausübung ist in Demokratien auch von der Zustimmung durch Bevölkerungsmehrheiten abhängig. Dies sollte für Bürger:innen, Versicherte, Patient:innen, Nutzer:innen oder Klient:innen Antrieb sein, sich für ihre gesundheitlichen Interessen einzusetzen. Wenn sie für entsprechende Verbesserungen des Gesundheitssystems eintreten und damit Politiker:innen und Parteien mit dem Entzug ihrer Zustimmung drohen, ist dies eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die skizzierten Reformhindernisse überwunden werden und sich Politik an den gesundheitlichen Interessen der Bürger:innen orientiert.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. DR. THOMAS GERLINGER, Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, E-Mail: thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de



THOMAS ALTGELD

## Und ewig grüßt der Lauterbach – Viele Baustellen, keine große Reformlinie?

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) hat im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 5. Juli 2023 den Fahrplan seines Hauses für die zweite Hälfte der Legislaturperiode präsentiert und damit große gesundheitspolitische Würfe versprochen. Seinerzeit kündigte der Minister insgesamt 14 große Gesetzesvorhaben an, sechs davon noch für die zweite Jahreshälfte 2023 und acht für die erste Jahreshälfte 2024. Ganz oben auf der Prioritätenliste für 2023 stand die große Krankenhausreform, die über die Sommerpause erarbeitet werden sollte. Geplant waren daneben ein Gesetz zur hochschulischen Pflegeausbildung, ein Cannabisgesetz, ein Digitalgesetz, ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz sowie das sogenannte Versorgungsgesetz I zur Stärkung der Kommunen in der Gesundheitsversorgung. Im ersten Halbjahr 2024 standen das Versorgungsstärkungsgesetz II, das Gesundheitssicherstellungsgesetz, ein Gesetz für die Lebendorganspende, die Reform der Notfallversorgung, ein Berufereformgesetz, ein Medizinregistergesetz, die Errichtung der Digitalagentur sowie die Errichtung des Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit auf dem Plan. Lauterbach sprach von sehr bedeutsamen und grundsätzlichen Reformen, die nun endlich angegangen würden.

Von den 14 »großen Gesetzesvorhaben« wurden durch den Deutschen Bundestag bis August 2024 nur die wahrscheinlich drei kleinsten Bröckchen beschlossen: die Gesetze »zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens« (Digital-Gesetz – DigiG), »zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten« (Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG) und das Cannabisgesetz (CanG). Selbst diese drei, für die Sicherung der Gesundheitsversorgung in Deutschland wahrlich nicht sehr bedeutenden Gesetze, waren höchst umstritten und einige Bundesländer versuchten bis zuletzt, sie über den Bundesrat zu blockieren. Der Widerstand gegen das CanG, vor allem in den Bundesländern mit der höchsten Brauereidichte, hält an und wird in den jeweiligen bundeslandspezifischen Ausführungsgesetzen massiv fortgesetzt. Er führt zu der paradoxen Situation, dass auf bayerischen Volksfesten seit Juli 2024 das Bier zwar weiter literweise ausgeschenkt wird, aber nicht gleichzeitig gekifft werden darf, weil die Brauereien natürlich nur an einer der beiden Drogen verdienen.

## Wo viel Geld verdient wird, toben bei jeder Reform massive Verteilungskämpfe

Mangelnden Reformwillen kann man dem aktuellen Gesundheitsminister gewiss nicht vorwerfen, eher das Fehlen einer Gesamtstrategie, die verdeutlicht, wohin die Reise insgesamt gehen soll. Die Abfolge der Reformen ist aufgrund der großen Verzögerungen schon gar nicht mehr aufeinander abgestimmt. Die Gesundheitsausgaben in Deutschland lagen 2022 bei 497,7 Milliarden Euro. Damit hat Deutschland mit 12,8 Prozent Anteil am Bruttoinlandsprodukt und mit 5.939 Euro Ausgaben je Einwohner:in nach den USA und der Schweiz nach wie vor das drittteuerste Gesundheitssystem der Welt. Exakte Zahlen für 2023 sind erst zu Beginn 2025 verfügbar. Wo so viel Geld durch sehr heterogene Leistungserbringer verdient wird und neues Geld aus Steuer- oder Beitragsmitteln so gut wie nicht generierbar ist, ist es unvermeidbar, dass mit jeder Reform auch gespart oder umverteilt werden muss. Das schafft sofort Widerstände bei den betroffenen Leistungserbringern und ihren gut organisierten Lobbyist:innen auf allen Ebenen.

### Beispiel Krankenhausreform

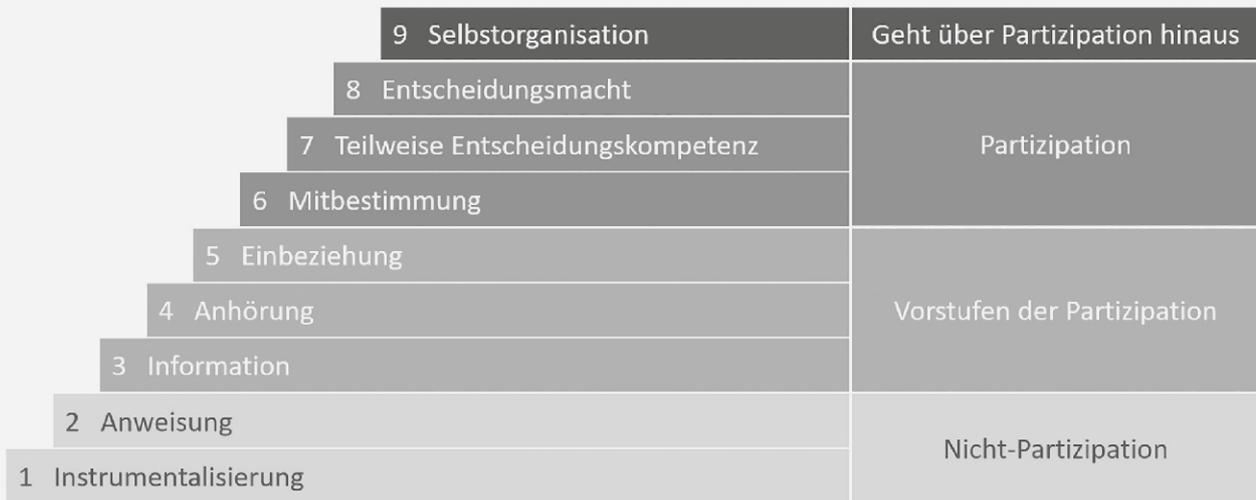
Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) hat am 15. Mai 2024 das Bundeskabinett passiert. Nur Weißrussland hat in Europa mehr Krankenhausbetten pro Einwohner:in als Deutschland. Die OECD-Staaten Kanada, Neuseeland, Schweden und Dänemark haben teilweise nur ein Drittel der deutschen Kapazitäten pro Einwohner:in, aber allesamt eine um mehr als zwei Jahre höhere durchschnittliche Lebenserwartung ihrer Bevölkerung. Dass das teure, zudem durch Doppelkapazitäten zum ambulanten Versorgungsbereich gekennzeichnete, deutsche stationäre Versorgungssystem mit mäßigem Gesundheitsoutcome nicht weiterfinanzierbar und auch in dieser Form nicht notwendig ist, ist seit mehr als zwei Jahrzehnten klar. Die Gutachten von Sachverständigen dazu füllen mittlerweile ganze Bibliotheken. Trotzdem wurde im Mai 2022 die im Koalitionsvertrag vorgesehene »Regierungskommission Krankenhaus« eingerichtet. Sie sollte Ziele für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung formulieren, orientiert an Kriterien wie Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung. Mittlerweile liegen zehn Empfehlungen der Regierungskommission vor, inbegriffen auch Empfehlungen zur Überwindung der Sektorengrenzen und einer Reform der Notfallversorgung. Die Empfehlungen zur Reform der Krankenhausvergütung verlangen nicht weniger als einen grundlegenden Systemwechsel: Die Behandlung von Patient:innen soll künftig mehr nach medizinischen und weniger nach ökonomischen Kriterien erfolgen. Dass diese Selbstverständlichkeit erst durch eine Regierungskommission als neue Zielorientierung formuliert werden musste, ist schwer nachvollziehbar. Kaum lagen die Reformvorschläge und die ersten Eckpunkte, die die Krankenhauslandschaft gründlich umstrukturieren und neu orientieren sollten, auf dem Tisch, setzte massiver Widerstand von Krankenhausträgern, den Ländern und den Kommunen ein. Jedes noch so kleine Krankenhaus auf dem Lande mit seinem irgendwie gewachsenen und in Zeiten des Fachkräftemangels gerade so aufrecht zu erhaltenden Leistungsangebot (wenn es nicht in der Hand von Großkonzernen lag), wurde plötzlich systemrelevant. Das nun vorgelegte KHVVG ist deshalb in vielerlei Hinsicht ein gerupftes Gesetz und enthält viele Ausnahmeregelungen und Schlupflöcher. Hinsichtlich der geplanten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ist ein gan-

zer Paragraph und Versorgungsbereich, die medizinisch-pflegerische Versorgung, gestrichen worden. Die neue Versorgungsform sollte insbesondere älteren und multimorbiden Patient:innen zugutekommen. Wie viele Krankenhausbetten überhaupt zukünftig finanziert werden sollen beziehungsweise können, legt das Gesetz gar nicht erst als Zielgröße fest.

### In wieviel Häppchen lässt sich eine Gesundheitsreform stückeln?

Die Taktung der Referentenentwürfe und Eckpunkte aus dem Bundesgesundheitsministerium nahm 2024 wegen der Endspurt- oder Endzeitstimmung der Regierungskoalition ein Jahr vor der nächsten Bundestagswahl nochmal an Fahrt auf. Die Länder, Verbände, Sozialversicherungsträger und auch die Regierungspartner kommen mit den Stellungnahmen und Fristen kaum noch hinterher. Der Gesundheitsminister reiht gerade einen singulären Reformansatz an den nächsten. Deshalb werden die Reformansätze auch nicht in ihrer Gesamtheit diskutiert. Dabei wäre es inhaltlich von großem Nutzen, etwa die Krankenhausreform gemeinsam mit der Notfallreform und dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz II (GVSG II) zu erörtern. Es hat den Anschein, als sollte jedes Gesetzesvorhaben einzeln durchgekämpft werden und nicht mehr eine große Reformlinie. Dabei werden die Entwürfe aus dem Haus in immer wieder neuen Diskussionsrunden mal grundlegenden und mal marginalen Überarbeitungen unterzogen. Aus dem GVSG sind beispielsweise im aktuellen Referentenentwurf alle innovativen Elemente wie die Gesundheitsregionen, -kioske und Primärversorgungszentren wieder entfernt worden, woraufhin der Bundesrat am 5. Juli 2024 ein 53-seitiges Papier verabschiedete, welches diese Strukturen wieder einfordert. Ob bei all dem Hin und Her und der erratischen Kommunikationsstrategie des Ministers nach innen und außen die großen Reformvorhaben in dieser Legislatur wirklich zu einem guten Abschluss kommen, ist momentan höchst zweifelhaft. Leider zaubert der Minister spontan auch noch absurde, mit niemandem abgesprochene Zusatzideen als ernst gemeinte Reformvorschläge aus dem Hut: etwa das »Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin« oder das »Gesunde-Herz-Gesetz«. Letzteres präsentierte er der verwunderten Fachöffentlichkeit Anfang Juli ausgerechnet in der Bild-Zeitung, abgelichtet mit einem Herzmodell. Mit Blick auf diesen Entwurf waren sich alle Expert:innen einig: »Das Gesunde-Herz-Gesetz ist völlig gaga!«, wie es der ehemalige Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Jürgen Windeler, in der Ärztszeitung vernichtend auf den Punkt brachte. Die Politikdefinition von Max Weber könnte vielleicht auch im Fall der Gesundheitsreformversuche weiterhelfen: »Die Politik bedeutet ein starkes, langsames Bohren von harten Brettern mit Leidenschaft und und Augenmaß zugleich. Es ist ja durchaus richtig, und alle geschichtlichen Erfahrungen bestätigen es, dass man das Mögliche nicht erreichte, wenn nicht immer wieder in der Welt nach dem Unmöglichen gegriffen worden wäre.« Momentan hat es den Anschein, dass zu schnell, zu laut und ohne Augenmaß zu viele Bretter gleichzeitig gebohrt werden sollen, ohne nach dem Unmöglichen – einer grundlegenden Reform aus einem Guss – überhaupt noch zu greifen. Oder mit anderen Worten: Man sieht den Wald vor lauter Bäumen leider nicht mehr.

Literatur beim Verfasser,  
Anschrift siehe Impressum



Stufen der Partizipation nach Wright et al. (eigene Darstellung)

## CHRISTOPHER KOFAHL

## Partizipation sicherstellen – Die Rolle der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in der Patientenbeteiligung und -vertretung

Im Rückblick auf die Entstehungsgeschichte der gemeinschaftlichen Selbsthilfe hat der Titel dieses Hefts »Pflaster kleben für ein krankes Gesundheitssystem« tatsächlich eine nicht unerhebliche Relevanz. Bereits die ehrenamtlichen Fürsorgeverbände hatten als Vorläufer der Selbsthilfe gegen Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts eine gesellschaftlich kompensatorische Funktion, indem sie Menschen halfen, denen keine oder nur geringe staatliche oder gesellschaftliche Hilfe zuteil wurde. Viele explizit diagnose- oder indikationsbezogene Selbsthilfeorganisationen gründeten sich in den 1950er und 1960er Jahren mit dem Ziel, Patient:innen und ihren Angehörigen zu helfen, mit ihren in der Regel chronischen Erkrankungen und Behinderungen zurechtzukommen. Dies geschah in erster Linie vor dem Hintergrund, dass die Betroffenen ihre gesundheitliche Versorgung als bevormundend und Information und Aufklärung als unzureichend empfanden. Auch der eigentliche exponentielle Anstieg der Selbsthilfeorganisationen und -gruppen in den 1970ern bis 1990ern war in vielen Bereichen geprägt durch Unmut oder gar Wut gegenüber den bestehenden Verhältnissen in der Versorgungslandschaft. Überwindung der Ohnmacht und Kontrollverlust galten in der Sozialtheorie als die zentralen Gründe, die Betroffene zum Engagement in der Selbsthilfe motivierten. Bereits in dieser Zeit machte der Begriff vom »billigen Jakob« der psychosozialen Versorgung die Runde, da die Selbsthilfeaktivisten sich und weiteren Betroffenen ehrenamtliche Hilfe und Unterstützung gaben, zu denen das professionelle System aus ihrer Sicht nicht in der Lage war. Heute gilt der anfängliche Kampf um Anerkennung der Selbsthilfegruppen in Ärzteschaft, Krankenversicherung, Politik und somit Gesetzgebung als weitgehend überwunden. In den letzten beiden Dekaden wurde nicht nur eine umfassende gesetzliche Legitimierung der Selbsthilfe geschaffen, sondern auch eine sich inzwischen verankernde Patientenorientierung und Patientenbeteiligung in Gesundheitspolitik, Versorgung und Forschung. Zu den wichtigsten gesetzgeberischen Meilensteinen

zählen die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 140f SGB V (seit 2004; mit Beratungsrecht, jedoch ohne Stimmrecht), die damit verbundene Patientenbeteiligungsverordnung, der:die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten nach § 140h SGB V (seit 2004) sowie auch die Regulierungen der Selbsthilfeförderung durch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung (SGB V § 20h, SGB XI § 45d). Letztere müssen seit 2016 1,05 € beziehungsweise 0,15 € pro versicherter Person an die Selbsthilfe auszahlen; der Betrag wird zum Inflationsausgleich jährlich neu angepasst.

### Möglichkeiten von Partizipation werden nur selten ausgeschöpft

Die ursprünglichen Forderungen der Selbsthilfe sind inzwischen so umfänglich erfüllt, dass die Selbsthilfe nun vor der Herausforderung steht, diese im Rahmen ihres ehrenamtlichen Engagements tatsächlich zu bedienen. Selbsthilfe ist zwar nicht mit Patientenbeteiligung und -vertretung gleichzusetzen, aber es ist offenkundig, dass der weitaus größte Teil der Patientenvertretenden der Selbsthilfe entspringt. Denn diese sind in der Regel die ersten Adressat:innen, wenn beispielsweise Forschende auf der Suche nach Patient:innen zur Einbindung in ihre Studien sind. Nahezu alle Förderinstitutionen der Gesundheitsforschung (EU, BMBF, DFG, BMG, DKH et cetera) machen in ihren Ausschreibungen und Förderprogrammen inzwischen zur Auflage: »Patientinnen und Patienten sind zu beteiligen«. Ob dies grundsätzlich bei allen Fragestellungen sinnvoll ist, wird nach Wahrnehmung des Autors kontrovers diskutiert. Für die Versorgungsforschung ist dies allerdings nicht in Zweifel zu ziehen, da letztlich die Patient:innen die maßgeblich Betroffenen in gesundheitlichen Versorgungsfragen sind.

Was die Tiefe der Patientenbeteiligung betrifft, ist das theoretisch höchste Niveau der Partizipation in der Regel nicht erreicht. Abgeleitet von Sheryl Arnstein's ladder of citizen participation gibt das in Abbildung 1 oft zitierte Modell der Partizipation von Patient:innen (beziehungsweise auch Versicherten, Bürger:innen et cetera) in Versorgung, Forschung und politischer Entscheidungsfindung die unterschiedlichen Ebenen der Beteiligung wieder. Nur wenige Kooperationen zwischen Forschenden und Selbsthilfegruppen kommen über die Stufen der Instrumentalisierung und Anweisung (Nicht-

Partizipation) sowie der Anhörung und Einbeziehung (zum Beispiel bei Fragebogenentwicklung, als Teilnehmende in Interviews und Fokusgruppen oder für die Rekrutierung von Patient:innen) als »Vorstufe der Partizipation« hinaus. Selbst die hochgepreisene Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wäre nach dieser Operationalisierung noch keine volle Partizipation. Eine Form von Mitbestimmung ist hier durch Antrags- und Anhörungsrechte zwar gegeben, aber mitentscheiden dürfen die Patientenvertretenden nicht.

### Rahmenbedingungen für Beteiligung stärken

Es existieren inzwischen verschiedenen Handreichungen zur Einbindung von Patient:innen und Angehörigen in Versorgung und insbesondere Forschung. Viele Empfehlungen bauen auf den Konzepten des patient involvement des National Institute for Health and Care Research (NIHR) im Vereinigten Königreich auf, welches der Entwicklung in Deutschland mit dem 1996 gestarteten INVOLVE-Programm um einige Jahre voraus ist. Für Patientenvertretende sind diese Beteiligungsformen anspruchsvoll. Als Unterstützungsmaßnahmen stehen ihnen deshalb vielfältige Schulungsangebote zur Verfügung, zum Beispiel in der Stabsstelle Patientenbeteiligung des G-BA, in Patientenakademien wie EUPATI oder PEAK oder durch die Selbsthilfeorganisationen selbst. Zur Gewährleistung einer nachhaltigen und umfassenden Patientenbeteiligung bedarf es jedoch einer Reihe von Maßnahmen: Für die Selbsthilfe betrifft es insbesondere die Gewinnung und Aktivierung von Menschen, die sich hier engagieren wollen, und somit eine Steigerung der Attraktivität der Selbsthilfe. Die Mitarbeitenden in Versorgung und Forschung müssen sich auf diese neuen »Player« in angemessener Kommunikation und Kooperationsform einstellen und idealerweise eine Willkommenskultur für die sich hier ehrenamtlich Engagierenden entwickeln. Schließlich sollten die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zur Ermöglichung der Patientenbeteiligung berücksichtigt und gestärkt werden, zum Beispiel durch projektbezogene Budgets für die Geschäftsstellen der kooperierenden Selbsthilfeorganisationen oder individuell durch angemessene Aufwandsentschädigungen für die Aktiven.

Literatur beim Verfasser

DR. CHRISTOPHER KOFÄHL, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, E-Mail: kofahl@uke.de

### RAIMUND GEENE

## Gesundheitsförderung, öffentliche Gesundheit, Public Health – Zur Diskussion um ein neues Bundesinstitut

Im Koalitionsvertrag 2021 hat die Ampel ein ganzes Bündel an 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 (Öffentlicher Gesundheitsdienst) und die Gesundheitskommunikation des Bundes« bündeln. Auch weitere Vereinbarungen, wie eine anstehende Novelle des Präventionsgesetzes, ein Nationaler Präventions-

plan und der ÖGD-Pakt, die Einrichtung von Gesundheitskiosken oder die neue Stiftung für Unabhängige Patientenberatung, zahlen auf die neue präventive Orientierung ein.

### Wer macht was?

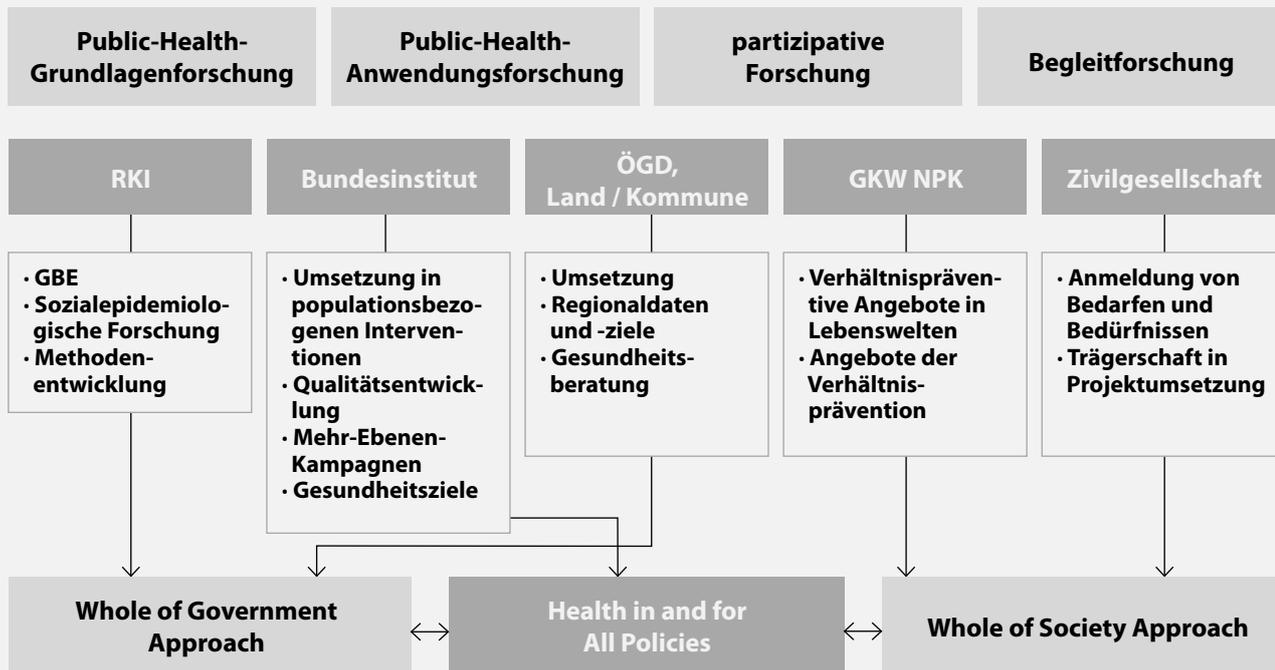
Hoher Koordinierungsbedarf besteht für die fünf Aufgabebereiche 1. sozialepidemiologische Daten, 2. Gesundheitskommunikation, 3. Interventionsdurchführung, 4. Methodenentwicklung, Evaluation und Qualitätsentwicklung und 5. Diskursivierung, die dringlich einer Koordinierung in Deutschland bedürfen. In allen Bereichen gibt es Aktivitäten der Bundesinstitute (Robert Koch-Institut (RKI) und bislang auch BZgA), der Sozialversicherung (insbesondere Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Nationale Präventionskonferenz (NPK)), der Zivilgesellschaft und der Wissenschaft. Es erscheint sinnvoll, die Bundesgesundheitsberichterstattung/ Sozialepidemiologie dem RKI zuzuordnen, dem Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BlöG) die Anwendungsfor-schung, die Qualitätssicherung und die bundesweite Kommunikation, den Gesundheitsämtern die regionale Praxis, der GKV & NPK die Verhältnisprävention in den Lebenswelten, der Wissenschaft die Strategie- und Methodenentwicklung und der Zivilgesellschaft die partizipative Rückkoppelung. Diese komplexe Mehr-Ebenen-Governance zu sichern und zu steuern, kann dabei eine Schlüsselaufgabe eines BlöG im Rahmen der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angekündigten Nationalen Präventionsstrategie sein. So gesehen öffnet der Koalitionsvertrag ein Fenster der Möglichkeiten für eine kohärente, flächendeckende, handlungs- und lernfähige Infrastruktur für Public Health in Deutschland.

### Referentenentwurf lässt Fragen offen

Mit dem Entwurf für ein Bundesinstitut unter dem Namens-kürzel »BIPAM«, Kürzel für das verstaubt klingende Begriffs-paar »Prävention und Aufklärung in der Medizin«, scheint dies nicht gelungen, insbesondere, weil in dem neuen Bundesinstitut nicht nur die alte BZgA, sondern auch die RKI-Abteilung 2 (Gesundheitsmonitoring) aufgehen soll. Eine solche Herauslösung impliziert eine Grenzziehung zwischen übertragbaren und nicht-übertragbaren Krankheiten, der es aber an Trennschärfe fehlt. Im Referentenentwurf werden als thematische Schwerpunkte genannt:

- » Koordination und Steuerung der Public-Health-Aktivitäten
- » Stärkung von übergreifenden Ansätzen im Sinne von »Health in All Policies«
- » Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von nicht übertragbaren Krankheiten
- » Gesundheitsmonitoring
- » Aufbereitung 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 (Foresight) 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

## Steuerung, Aufgabenverteilung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Primärprävention



Quelle: eigene Darstellung; Grafik G.-G. Wissenschaft 2024

» Vernetzung von Wissenschaft, Praxis, Politik und Stakeholdern regional, überregional und international

Zwar werden damit zentrale Public-Health-Herausforderungen benannt; es bleibt jedoch unklar, welche Instrumente, Strukturen und Governance-Methoden vorgesehen sind. So wird dem Bundesinstitut grundsätzlich die Durchführung auch ressortübergreifender Tätigkeiten zugestanden. Aber ob dies mit Verbindlichkeit organisierbar ist, muss eher angezweifelt werden.

### **Vielfältige Kompetenzen brauchen Regelungen und Strukturen für Zusammenarbeit**

Das Gesundheitswesen in Deutschland erstreckt sich mit seinen Kompetenzzuständigkeiten auf alle föderalen Ebenen (Bund, Länder Kommunen) und alle korporatistischen Ebenen (staatlich, para-staatlich/öffentlich-rechtlich, privat). Als ÖGD ist dabei zumeist nur die kommunale Ebene in den Ländergesetzen geregelt, während die öffentliche Gesundheit auf Bundesebene kaum geregelt ist. Das betrifft Bundesministerien sowie nachgeordnete Behörden, zum Teil auch in Zuständigkeit von Sozial-, Arbeits-, Wirtschafts-, Umwelt-, Ernährungs- und Verbraucherschutzministerium, Sozialversicherungsträger wie insbesondere die Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz sowie zahlreiche Leistungserbringer und ihre Verbände. Diese Zuständigkeitsvielfalt spiegelt sich, ergänzt um weitere Akteure der Zivilgesellschaft, auf kommunaler und Länderebene. Hier kann von gesetzlichen Regelungen in Bezug auf öffentliche Gesundheit keine Rede mehr sein. Lediglich ein Teilaspekt dieser Vielfalt wird berücksichtigt: So soll eine Plattform für Öffentliche Gesund-

heit mit einer ÖGD-Netzwerkstelle eingerichtet, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen und Leitlinien für den ÖGD entwickelt und Konzepte zur Digitalisierung weitergeführt werden. Allerdings werden diese nur orientierend als »freiwilliges Angebot des Bundesinstituts« vermittelt, deutlich abzielend darauf, dass die Einrichtung des Bundesinstituts nicht von der Zustimmung der Länder im Bundesrat abhängig sein soll.

Mit dem Referentenentwurf für ein neues Bundesinstitut liegt eine erste Diskussionsvorlage auf dem Tisch, die mit dem auf Medizin verengten Namensvorschlag und der Versicherung innerhalb des RKIs eine Menge Porzellan zer schlagen hat. Dabei werden zwar zentrale Schlüsselfragen richtig formuliert, harren jedoch noch einer Antwort, die zunächst in einem intensiven weiteren Beteiligungsverfahren und schließlich auch mit Bundesparlament und den Ländergremien geklärt werden muss. Dabei sollten die Stärken (Orientierung auf die Determinanten der Gesundheit und gesamtgesellschaftliche Umsetzung) nicht geschliffen werden. Gleichzeitig sollten 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 Robert Koch-Instituts) aufgegriffen werden.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. RAIMUND GEENE, Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialwissenschaften, Wilhelm Kabus-Straße 39, 10829 Berlin, E-Mail: raimund.geene@charite.de

**NILS SCHNEIDER**

## Sektorengrenzen überwinden – Wie geht's auf der Dauerbaustelle im deutschen Gesundheitswesen voran?

In den vergangenen Jahrzehnten gab es wiederholt Reformbemühungen des Gesetzgebers und erfolgreiche Modellprojekte, aber keinen maßgeblichen Durchbruch bei der Überwindung der Sektorengrenzen. Ein Zustand, den unter anderem der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wiederholt heftig kritisiert. Denn die Sektorentrennung ist in Deutschland erheblich stärker ausgeprägt als in den meisten anderen Ländern und eine Ursache für einen hohen Ressourcenverbrauch bei eher durchschnittlicher Versorgungsqualität. Es gibt mehrere Ebenen beim Thema Sektorentrennung: Im Fokus steht die Trennung zwischen ambulanter Versorgung und stationärer Versorgung. Weitere Sektorengrenzen bestehen zwischen den Gesundheitsberufen, innerhalb der Ärzteschaft sowie zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und Leistungserbringern im GKV-System.

### Partikularinteressen versus Patientenwohl

Die Sektoren und ihre Grenzen sind traditionell gewachsen, legislativ und administrativ determiniert und fest in den Köpfen verankert. In vielen Debatten ist zu beobachten, dass sektorenübergreifende Versorgung zwar als allgemeines Schlagwort positiv belegt ist. Wenn es allerdings konkret wird, stehen sektorale Denkmuster und (im)materielle Partikularinteressen im Vordergrund, auch wenn oft mit Patientenwohl argumentiert wird. Ein Beispiel zeigte kürzlich der Deutsche Ärztetag (2024): Er möchte die »doppelte Facharztschiene« beibehalten, welche die parallele, nicht aufeinander abgestimmte Vorhaltung von Fachärzt:innen sowohl in Krankenhäusern als auch Arztpraxen bezeichnet. International üblich ist, dass Fachärzt:innen sowohl ambulant als auch stationär in Krankenhäusern arbeiten. Der deutsche Sonderweg gilt mit hohen finanziellen und personellen Ressourcen und abträglicher Qualität als besonders ineffizient. Der Deutsche Ärztetag hingegen lobt die Doppelung von Facharztstrukturen als Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens und Garanten für Patientenorientierung.

Mit dem Patientenwohl lässt sich ein »Weiter so« allerdings kaum begründen, im Gegenteil: Patient:innen brauchen eine naht- und reibungslose Versorgung, die sich an den medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Bedarfen ausrichtet. Die Sektoren stehen den Patientenbedarfen oftmals im Weg und verursachen Informationsverluste, unabgestimmte Therapiekonzepte und Doppeluntersuchungen an den Schnittstellen von Krankenhäusern, Fach- und Hausarztpraxen. Ganz besonders leiden ältere, chronisch kranke und multimorbide Menschen darunter. Ein »Weiter so« verbietet sich auch mit Blick auf das Gesundheitspersonal (Fachkräftemangel) und die Finanzen (steigende Beiträge für die Solidargemeinschaft).

### Veränderungsdruck eröffnet Chancen

Dass unser Gesundheitssystem so veränderungsresistent ist, mag auch daran liegen, dass der Veränderungsdruck bislang nicht groß genug war. Dies könnte sich nun aber – forciert durch die demografische Entwicklung – entscheidend ändern: »Um das System fit zu machen für die Behandlung der Babyboomer-Generation, müssen wir ambulante und stationäre Versorgung besser aufeinander abstimmen. (...) Ein ineffizientes System können wir uns nicht leisten,« so Bundesgesundheitsminister Lauterbach anlässlich von Empfehlungen der »Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung«. Auch wenn die Regierungskommission in ihrem Namen nur den Krankenhaussektor trägt (entspricht ihrem Primärauftrag, bedient jedoch leider genau das Muster, das es zu überwinden gilt), ist ihre Stellungnahme aus gesamtsystemischer Sicht begrüßenswert. Die Regierungskommission stellt die Chancen heraus, mit der geplanten Krankenhausreform auch die sektorenübergreifende Versorgung entscheidend voranzubringen. Im Mittelpunkt stehen dabei Krankenhäuser der wohnortnahen Grundversorgung, die zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen werden sollen (vormals Level 1i-Krankenhäuser). Sie sollen ambulante und stationäre Leistungen erbringen und auf flexible Weise die Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene sicherstellen. Mit »flexibel« ist auch eine hohe Durchlässigkeit und Variabilität beim Personal gemeint. Ebenso ist eine stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit einschließlich Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen vorgesehen. Die Einrichtungen sollen sich telemedizinisch mit Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen vernetzen und Kristallisationsorte für die Ansiedlung weiterer Gesundheitsanbieter wie Apotheken, Sanitätshäuser oder Physiotherapiepraxen sein. Die hier skizzierten sektorenübergreifenden Einrichtungen haben große Nähe zu landesrechtlichen Modellen wie den Regionalen Gesundheitszentren in Niedersachsen. Sie könnten zu einem Hebel werden, um sektorenübergreifende Versorgung regelhaft in die Fläche zu bringen und ihr damit zu einem echten Durchbruch zu verhelfen. Die Planung von ambulanter und stationärer Versorgung muss grundsätzlich reformiert und durch eine sektorenverbindende und regional abgestimmte Planung abgelöst werden. Die öffentliche Hand (Bund, Land, Kommunen) sollten dabei eine maßgebliche Rolle einnehmen, um die Ausrichtung der Versorgung am Gemeinwohl zu stärken. Die öffentliche Hand könnte ein gewisses Korrektiv zu partikularen Interessen von Leistungsanbietern bilden. Nach allen Erfahrungen aus der Vergangenheit werden substanzielle Reformen nur gelingen, wenn sich das Mindset an vielen Stellen ändert: weniger Sektoren-Egoismen, mehr Gemeinsinn und Fokus auf das Patientenwohl.

### Zunehmende Akzeptanz und Offenheit der Akteure

Wie ist die Akzeptanz von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bei den Gesundheitsberufen? Mit letzter Sicherheit lässt sich die Frage nicht beantworten, aber einiges spricht dafür, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen den Nerv vieler Menschen im Gesundheitssystem treffen, insbesondere der nachrückenden Generationen. Angehende Ärzt:innen beispielsweise möchten zunehmend gerne angestellt, in Teamstrukturen und flexibel arbeiten. Gewinnorientierung oder Unternehmertum spielen weniger eine Rolle. Der traditionelle ärztliche Berufsweg wird zunehmend abgelöst durch den Wunsch, zwischen Fachdisziplinen und Versorgungseinrichtungen möglichst unkompliziert in unterschiedlichen Lebens- und Berufsphasen wechseln zu können. Dies lässt sich in sektorenübergreifenden Einrichtungen deutlich besser realisieren als in den traditionellen Strukturen.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. NILS SCHNEIDER, Medizinische Hochschule Hannover,  
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, E-Mail: Schneider.Nils@mh-hannover.de

SUSANNE MELIN, IRINA CICHON

## Weiterentwicklung »von unten« Bottom-Up-Ansätze für eine Reformierung des Gesundheitssystems

Die Reformbedürftigkeit des deutschen Gesundheitssystems wird seit Jahren mit zunehmender Intensität diskutiert. Die Diskussionen werden befeuert von einer wachsenden Frustration über die Beharrungskräfte im System. Zwar hat sich dieses in der Vergangenheit durchaus als resilient und bis heute vor allem in der Akutmedizin als sehr leistungsfähig erwiesen, gleichzeitig kann es notwendige Reformen nur sehr schwerfällig angehen. Die Vielzahl der Akteure der »Gemeinsamen Selbstverwaltung« lässt größere Reformbestrebungen immer wieder in Blockade-Konstellationen enden. Eine besondere Chance liegt dagegen in Reformbestrebungen »von unten« – auf der Ebene von Regionen, Kommunen oder »Communities« bis hin zu partizipativen Prozessen, die den Bürger:innen selbst eine Stimme geben.

### Partizipative Ansätze mit Bürger:innen

Gerade vor dem Hintergrund der Demokratie-Krise und des bröckelnden sozialen Zusammenhalts ist mehr Partizipation auf allen Ebenen der Gesellschaft unumgänglich. Die Corona-Pandemie hat in ganz besonderem Maße gezeigt, wie sehr gesellschaftliche Lösungsansätze, auch im Bereich der öffentlichen Gesundheit, auf das Vertrauen und die konstruktive Mitwirkung der Bürger:innen angewiesen sind. Beteiligungsformate können lebensnahe Perspektiven aufzeigen, Reformvorschlägen Legitimation verleihen und gerade gewählte Mandatsträger:innen motivieren, auf die Stimme der Bürger:innen – die ja auch Wähler:innen sind – zu hören. Mögliche Instrumente sind hier Patientenbeiräte, Kommunale Gesundheitskonferenzen, aber auch spezifische Befragungen von oder Dialoge mit Bürger:innen zu bestimmten Themen. Die Erfahrung zeigt, dass Bürger:innen hier keineswegs nur aus ihrer persönlichen Perspektive argumentieren, sondern solidarische Lösungen mit Blick auf das Gemeinwohl anstreben.

### Regionale und kommunale Modelle: Möglichkeiten und Grenzen

Während Kommunen in der Krankenhausversorgung traditionell eine wichtige Rolle spielen und kommunale Krankenhäuser nach wie vor rund die Hälfte der Betten in der stationären Versorgung betreiben, war die ambulante Gesundheitsversorgung für Kommunen und Regionen in der Vergangenheit kein Thema von besonderer Relevanz. Der zunehmende Fachkräftemangel hat dies in den letzten Jahren jedoch verändert. Kommunen und Regionen sehen sich zunehmend in der Verantwortung, auch die ambulante Versorgung sicherzustellen, und sind entsprechend gewillt, mit Lösungsansätzen voranzugehen. Zudem erhalten kommunale Mandatsträger:innen sehr direkte Rückmeldungen zu Problemen und Herausforderungen und können entsprechend auch bei der Bedarfsermittlung eine wichtige Rolle spielen. Grenzen ergeben sich in erster Linie aus der bisher gänzlich fehlenden Zuständigkeit von Kommunen und Regionen für Vergütungs- und Budgetfragen, was ihnen eine effektive Steuerung von Gesundheitsleistungen unmöglich macht. Bei einer Beteiligung von Kommunen in der Trägerschaft von Versorgungseinrichtungen ergeben sich zudem weitere Herausforderungen, etwa aus der Beschränkung auf die eigene Gebietskörperschaft oder aus arbeits- und tarifrechtlichen Anforderungen.

### Bundes- und landespolitische Ansätze zur Förderung entsprechender Modelle

In Deutschland gibt es auf Bundes- und Landesebene bereits verschiedene politische Ansätze zur Förderung regionaler und kommunaler Modelle in der Gesundheitsversorgung mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung lokal zu verbessern und an die Bedürfnisse der jeweiligen Regionen anzupassen. Regionale Pflege- und Gesundheitskonferenzen sowie die Gesundheitsregionen Niedersachsen und die bayerischen Gesundheitsregionen<sup>plus</sup> sind Beispiele für erfolgreiche kommunale Initiativen, die insbesondere auf Länderebene unterstützt werden. Sie bringen alle relevanten kommunalen Akteure des Gesundheitswesens zusammen und binden aktiv Politiker:innen und Bürger:innen ein. Auch die eher gesundheitswirtschaftlich geprägten Gesundheitsregionen nehmen Fahrt auf und verfestigen die Zusammenarbeit erfolgreicher regionaler Netzwerke, um die Steuerung und Koordinierung von Primärversorgungsstrukturen zu verbessern. Auf Bundesebene unterstützt der Strukturfonds des Gemeinsamen Bun-



desausschusses (G-BA) Projekte, die zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in unterversorgten, meist ländlichen Regionen beitragen. Diese Förderung umfasst zahlreiche Projekte zur Verbesserung der Koordination der Versorgung oder zur Schaffung von multiprofessionellen, lokalen oder kommunalen Gesundheitszentren. Solche Gesundheitszentren bündeln idealerweise verschiedene Gesundheitsdienste unter einem Dach und bieten umfassende Versorgung aus einer Hand. Die Bundesregierung fördert die Versorgungsforschung, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie regionale Versorgungsmodelle verbessert und effizienter gestaltet werden können. Die Forschungsergebnisse sollen eine evidenzbasierte Grundlage für politische Entscheidungen und die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle darstellen. Kommunale und regionale Handlungsfähigkeit sollte aus Sicht vieler Akteure vor Ort weiter gestärkt werden. Eine Erweiterung der Kompetenzen von Kommunen bei der örtlichen Gesundheitsversorgung und Dezentralisierung der Bedarfsplanung wäre förderlich für eine qualitativ hochwertige Versorgung in der Fläche. Dafür wäre vor allem eine rechtliche Stärkung notwendig. Nur so können Regionen sowie Stadt- und Landkreise mehr Autonomie und Verantwortung in der regionalen Gestaltung der Gesundheitsversorgung erhalten.

### **Welche Chancen hat eine Reformbewegung »von unten«?**

Die Chance von Reformbewegungen »von unten« ergibt sich aus der größeren Nähe zum Lebensalltag und den tatsächlichen Versorgungsbedarfen, die sich von Ort zu Ort unterscheiden. In diesen räumlich begrenzten Kontexten besteht zudem ein Beziehungsgeflecht zwischen den verschiedenen Akteuren der Gesundheitsversorgung sowie zwischen Entscheidungsträger:innen und Bevölkerung, das von der praktischen Zusammenarbeit und konkreten Herausforderungen bestimmt wird und wo Lösungen oft aus bestimmten Konstellationen vor Ort erwachsen können. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung kann gelingen, wenn wir unser Verständnis von Versorgung überdenken und Rahmenbedingungen zur Erfüllung eines umfassenden regionalen Versorgungsauftrags gestalten.

Literatur bei den Verfasserinnen

SUSANNE MELIN UND IRINA CICHON, Bosch Health Campus GmbH, Auerbachstraße 110, 70376 Stuttgart, E-Mail: susanne.melin@bosch-health-campus.com, irina.cichon@bosch-health-campus.com

---

MARTINA HASSELER

## **Der Personalmangel im Gesundheitswesen und in der Pflege im Besonderen**

Es ist augenscheinlich, dass die Gesundheitsversorgung in Deutschland an ihre Grenzen stößt. Unser Land fährt sich fest und kann aufgrund der verkrusteten Strukturen, die nicht mehr in die Herausforderungen des Hier und Jetzt passen, den Personalmangel nicht mit alten Ideen in alten Schläuchen lösen.

### **Die Dominanz des biomedizinischen Paradigmas**

Deutschland zeichnet sich dadurch aus, dass es die Gesundheitsversorgung als eine ärztliche Angelegenheit betrachtet und damit eher als eine Angelegenheit der Krankheitsdiag-

nostik und -therapie – und steckt somit noch tief im biomedizinischen Paradigma. Obwohl die Statistiken der Bundesärztekammer zeigen, dass die Zahl der Ärzt:innen jährlich ansteigt, wird von einem Ärztemangel gesprochen. Aber die Fragen, ob dieser Mangel gerechtfertigt ist und die Gesundheitsversorgung rein ärztlich sein muss, dürfen öffentlich nicht gestellt werden! Auch nicht die Frage, welche Gesundheitsversorgung wir benötigen, damit die Bedarfe der Bevölkerung gedeckt werden und wie eine interprofessionelle Gesundheitsversorgung entwickelt, umgesetzt und finanziert werden muss! Es darf nicht mal die Frage gestellt werden, ob wir eine doppelte Facharztschiene benötigen oder andere Versorgungskonzepte sinnvoller wären.

Diesem Land ist die Diagnose zu stellen, dass es keinen Bezug zu Public Health, zu Bedarfen der Gesundheitsversorgung und zur Bevölkerungsgruppengesundheit hat. Es kann nur in biomedizinischen Kategorien und uralten Strukturen des Gesundheitssystems denken. Wir wissen zum Beispiel gar nicht, wie viele Physio- und Ergotherapeut:innen oder Medizinische Fachangestellte wir in diesem Land benötigen, weil wir nur in ärztlichen Bedarfsplanungen denken. Es wird einfach hingegenommen, wenn nicht ausreichend Therapieberufe oder Pflegefachberufe vorhanden sind. Es wird beklagt, aber grundsätzlich an der Situation nicht viel geändert, weil all diese Berufe nicht strukturell im Gesundheitswesen verankert sind. Sie haben keine Selbstverwaltungsorgane und somit keine Macht im System. Wem fällt es denn schon auf, wenn Patient:innen keine oder eine nicht ausreichende Physio- oder Ergotherapie erhalten oder länger im Krankenhaus bleiben müssen, weil es keine oder nur eine schlechte Nachversorgung gibt? Natürlich, die Morbiditäts- und Pflegebedürftigkeitsraten nehmen zu, Menschen sind länger arbeitsunfähig, aber interessiert so etwas für die Beurteilung der Performanz in der Gesundheitsversorgung? Oder wird ehrlich hinterfragt, aus welchen Gründen Deutschland eine sehr teure Gesundheitsversorgung hat, aber im europäischen Vergleich in den Qualitätsindikatoren schlecht abschneidet? Wird ehrlich diskutiert, warum man dem bundesdeutschen Gesundheitswesen datenbasiert Ineffizienz attestieren muss? Nein, es interessiert politische Entscheidungstragende nicht. Vielmehr wird doch eigentlich erwartet, dass sich die Probleme von allein lösen.

### **Ermüdende Diskussionen und wenig Veränderungswille**

Im Grunde ist die Diskussion zum Personalmangel im Gesundheitswesen sehr ermüdend, da seit Jahren immer wieder gleichartig darüber diskutiert wird und im Grunde ist bereits alles gesagt, viele Vorschläge sind unterbreitet, aber ignoriert worden. So wiederholen sich auch Gutachten für Gutachten, sie münden aber nicht in substantielle neue Versorgungskonzepte, die die Gesundheits- und Pflegeberufe stärken. In politischen Kontexten werden die internationalen Evidenzen zu den Wirkungen der Gesundheits- und Pflegeberufe oftmals trotz wachsender Herausforderungen mit dem Satz ignoriert, dass Deutschland doch anders sei. Die jüngsten Reformen wie das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz oder auch der Referentenentwurf zur Krankenhausreform zeigen: Eigentlich soll alles beim Alten bleiben.

### **Personalmangel in »der« Pflege im Besonderen**

Es gibt eine eigenartige Hilfslosigkeit, wenn dieses Thema angesprochen wird. Der Pflegeberuf soll attraktiver gemacht



werden und seit Jahren schafft es Deutschland, diesen unattraktiver zu machen. Dieses Land hat völlig vergessen, aus welchen Gründen es sich eine dreijährige Berufsausbildung oder mittlerweile auch ein Pflegestudium leistet. Anstatt die Kompetenzen von Pflegefachberufen zu fördern und sie in die Gesundheitsversorgung zu integrieren, erfolgt das Gegenteil. Man will sie entlasten! Wovon will man sie entlasten? Von pflegefachlichen Aufgaben? In dem Fall kann man dann die Pflegeausbildung abschaffen! Will man sie von pflegefremden Aufgaben entlasten, dann handelt es sich um eine Funktionsbereinigung.

Dieses Pflegeverständnis ist international nicht anschlussfähig, da es in Deutschland eher der Carework (als Basisversorgung) im Bereich der Pflegeassistenz entspricht als einer pflegerischen Gesundheitsversorgung. So hakt die Attraktivitätssteigerung des Berufs und auch die Anwerbung aus dem Ausland. Mittlerweile ist jedes Schwellenland in der Professionalisierung von Pflegefachberufen weiter als Deutschland. Jetzt steht das Pflegekompetenzgesetz an und akademisch qualifizierte Pflegeberufe sollen gefördert werden. Aber sofort steht dann wieder das deutsche Gesundheitssystem mit den Selbstverwaltungsstrukturen und der Art der Finanzierung der Gesundheitsleistungen im Weg. Wie sollen denn die Leistungen von Advanced Nurse Practitionern finanziert werden? Mit wem sollen denn die gesetzlichen Krankenkassen verhandeln? Und wie verhält es sich denn mit dem Arztvorbehalt? Eigentlich müsste dieser in der Konsequenz reformiert werden. Aber dann müsste man sich mit mächtigen Organen auseinandersetzen. Haben politische Entscheidungstragende in Deutschland hierzu den Mut?

### Was es braucht

Was benötigen wir in Deutschland? Die Gesundheitsversorgung muss im Kontext der Bedarfe der Bevölkerung gedacht werden. Es ist eine Bedarfsplanung interprofessioneller Gesundheitsversorgung erforderlich, mit interprofessionellen Planungsbereichen, Planungszielen, Versorgungsgraden und Versorgungsniveaus. Des Weiteren ist ein integriertes, interprofessionelles Gesundheitsrecht erforderlich, das die Finanzierung der Gesundheitsversorgungsleistungen anders kalkuliert und aufstellt. Denn in einem ökonomisierten Gesundheitssystem sind nur die Leistungen der Gesundheitsberufe relevant und sichtbar, die auch kalkuliert und finanziert werden. Gleichzeitig muss deutlich werden, dass die Gesundheitsberufe im Verständnis einer interprofessionellen, be-

darfsgemessenen Gesundheitsversorgung eigenverantwortliche Aufgaben erhalten, die nicht mehr in allen Bereichen vom Arztvorbehalt abhängig sind. Es ist nicht mehr möglich, mit dem einengenden Verständnis des Arztvorbehaltes die Menschen in Deutschland bedarfsangemessen zu versorgen. Und nicht jede Gesundheitsversorgung erfordert eine ärztliche Versorgung. Wenn wir also auf der Basis gesundheitswissenschaftlicher Analysen wissen, welche Leistungen wir von welchen Gesundheitsberufen benötigen, wir diese Leistungen finanzieren und festlegen, welche Ziele und Versorgungsgrade wir erreichen wollen, können wir über die Frage des Mangels in Gesundheitsberufen ganz anders diskutieren als wir es heute tun. Derzeit bleibt es müßig und wie gesagt: Eigentlich ist alles gesagt.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. MARTINA HASSELER, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Poststraße 19, 38440 Wolfsburg, E-Mail: m.hasseler@ostfalia.de

THORSTEN BUSSE, KIMBERLY JANKE

## Digitale Gesundheitsanwendungen in der GKV

Mit der »App auf Rezept« ist Deutschland auch nach dreieinhalb Jahren noch internationaler Vorreiter. 2020 wurden die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen, um die Patient:innen im Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen. Große Erwartungen ruhten auf der Implementierung dieses neuen Versorgungsbereichs. DiGA sind auf digitalen Technologien basierende Medizinprodukte (derzeit der Risikoklasse I oder IIa, zukünftig auch der Risikoklasse IIb), die entweder nach ärztlicher Verordnung oder Genehmigung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden können. Seit Beginn des sogenannten »Fast-Track-Verfahrens« sind bis Ende Mai 2024 insgesamt 63 DiGA (zum Teil temporär) durch Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine GKV-Leistung geworden. Die gelisteten DiGA decken einen bunten Strauß an Indikationen ab. Schwerpunkte finden sich insbesondere bei psychischen Erkrankungen (zum Beispiel Depressionen, Angststörungen), Stoffwechselkrankheiten (beispielsweise Adipositas, Diabetes mellitus) und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (zum Beispiel Rückenschmerzen). DiGA werden bislang insbesondere von Hausärzt:innen verordnet und häufiger von Frauen in Anspruch genommen.

### DiGA-spezifische Besonderheiten

Für die Implementierung von DiGA in der Regelversorgung wurde eine Reihe von Besonderheiten geschaffen. So sollen DiGA im Rahmen des dreimonatigen Bewertungsverfahrens beim BfArM zügig in die Regelversorgung und damit in die Erstattungsfähigkeit kommen. DiGA müssen nicht von Beginn an einen Nutzen (medizinischen Nutzen und/oder patientenrelevante Verfahrens- und Strukturverbesserung) nachweisen, sondern können auch bis zu zwei Jahre zur Erprobung aufgenommen werden. Die Krankenkassen müssen DiGA auch bei unklarem Nutzen für mindestens ein Jahr finanzieren. In den Zulassungsprozess von DiGA sowie eventueller

begleitender Leistungen, zum Beispiel durch Vertragsärzt:innen, erfolgt – anders als üblich (wie etwa im Gemeinsamen Bundesausschuss) – keine Einbindung der GKV und der Ärzteschaft.

### Nutzen und Wirtschaftlichkeit

Der Großteil der DiGA (83 Prozent) wurde bislang initial zur Erprobung aufgenommen. Positiv ist, dass immer mehr DiGA im Laufe ihrer Erprobung der Nutznachweis gelingt. Gleichzeitig sind jedoch auch Streichungen und Teilstreichungen (beispielsweise des originären Indikationsumfangs in Bezug auf die Diagnosen oder das Geschlecht und Alter der Patient:innen) von Erprobungs-DiGA aufgrund fehlender Nutznachweise gegenüber dem BfArM zu verzeichnen. Im ersten Jahr der GKV-Zulassung werden die Preise – auch bei unklarem Nutzen – allein von den Herstellern bestimmt (initiale Preisfreiheit). Die von den Herstellern dabei beliebig festgelegten Preise reichen bis zu 2.077 Euro und liegen durchschnittlich bei circa 530 Euro (für eine Quartalslizenz). Damit übersteigen die Herstellerpreise für DiGA zum einen die Vergütung für andere GKV-Leistungen, zum Beispiel im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, um ein Vielfaches. Zum anderen liegen die Herstellerpreise für DiGA auch sehr deutlich über den erst zum zweiten Jahr mit der GKV verhandelten Preisen (Vergütungsbeträgen). Die bislang vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgelegten 25 Vergütungsbeträge liegen im Durchschnitt bei 222 Euro und damit um mehr als die Hälfte niedriger als die zuvor von den Herstellern gewählten Preise. Eine Verhältnismäßigkeit und Vertretbarkeit gegenüber anderen GKV-Leistungen sind in der aktuellen Konstruktion nicht gewährleistet. Die erhebliche Diskrepanz zwischen der Vergütung und Erstattung für DiGA im ersten Jahr der Zulassung und ab dem zweiten Jahr bei häufig noch unklarem Nutzen ist wirtschaftlich nicht vertretbar. Sie mindert auch die Akzeptanz des neuen Versorgungsbereiches erheblich und führt letztlich dazu, dass die Vertragsärzt:innen noch eher zurückhaltend in der Verordnung von DiGA sind.

### Wie kann es weiter gehen?

DiGA haben großes Potenzial für eine Verbesserung der Versorgung und Vernetzung über die Sektorengrenzen hinweg. Sie können die Patient:innen sinnvoll im Umgang mit ihrer Erkrankung unterstützen und dazu befähigen, ihre Versorgung aktiv mitzugestalten und zu Behandlungserfolgen selbst beizutragen.

Für eine höhere Akzeptanz und bessere Integration in die bestehenden Versorgungsstrukturen bedarf es jedoch der Nachbesserung an der Ausgestaltung des Fast-Track-Verfahrens. Konkret muss sich das bisherige Missverhältnis zwischen den vergleichsweise niedrigen Zugangsvoraussetzungen für DiGA und der oftmals fehlenden Wirtschaftlichkeit auflösen. So machen die bisherigen Erfahrungen und Beobachtungen deutlich, dass sich die derzeitigen Regelungen zur Preisbildung durch die Hersteller im ersten Jahr nicht bewährt haben. Insbesondere bei Erprobungs-DiGA, deren Erprobung deutlich über ein Jahr hinausgeht (Regelfall), treten die Vergütungsbeträge derzeit erst mit deutlichem Zeitversatz rückwirkend in Kraft. Wenn die von den Herstellern selbst gewählten Preise in diesen Konstellationen deutlich oberhalb des Vergütungsniveaus liegen, kann dies zu hohen Rückzahlungsansprüchen und einem hohen Ausfallrisiko für die Krankenkassen im Falle von Liquiditätsproblemen und



Insolvenzen bei Herstellern führen. Vor diesen Hintergründen sollten grundsätzlich die Regelungen im Sinne einer wirtschaftlichen Leistungserbringung dahingehend weiterentwickelt werden, dass die anfängliche Preisfreiheit im ersten Jahr aufgehoben wird und die zwischen der GKV und den Herstellern verhandelten Preise ab dem ersten Tag der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis gelten.

Literatur bei den Verfasser:innen  
 THORSTEN BUSSE UND KIMBERLY JANKE, GKV-Spitzenverband,  
 Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin,  
 E-Mail: thorsten.busse@gkv-spitzenverband.de,  
 kimberly.janke@gkv-spitzenverband.de

### EDMUND NEUGEBAUER, KLAUS PIWERNETZ

## »Der Patient ist Zweck der Gesundheitsversorgung, nicht Mittel zur Erlösmaximierung«

Der Satz der Überschrift stammt von Christiane Wooten (Deutscher Ethikrat, Oktober 2014) und bringt einen wichtigen Konflikt auf den Punkt: Das deutsche Gesundheitssystem hat bei der fortschreitenden Ökonomisierung die Patient:innen systembedingt aus den Augen verloren. Unser Gesundheitssystem kann so nicht bleiben! Hierüber besteht zwischen den meisten Beteiligten und Betroffenen in Bund und Ländern große Einigkeit. Die systemischen Dysfunktionalitäten und ihre Folgen haben wir täglich vor Augen. Wir sehen sie nicht nur – viele leiden auch darunter: an erster Stelle die Patient:innen, dann die Beitrags- und Steuerzahler:innen und schließlich auch viele Leistungserbringende.

### Gesundheits- und Versorgungsziele formulieren

Eine zentrale Ursache ist, dass das Gesundheitssystem über keine geeigneten Mechanismen verfügt, um sich selbst als lernendes System von innen heraus erneuern zu können. Einige der aktuellen Stakeholder in der Selbstverwaltung sind in ihren gesetzlichen Aufträgen und ihren Satzungen so gebunden, dass sie das System nicht ändern können, andere sind in ihren Partikularinteressen so gefangen, dass sie das System nicht ändern wollen – aus ihrer Sicht verständlich. Gemeinsame Gesundheits- und Versorgungsziele sind eine unverzichtbare Grundvoraussetzung für ein funktionierendes Gesundheitssystem – die aber gibt es nicht. Die Problematik des deutschen Gesundheitssystems ist, dass es nicht planvoll

weiterentwickelt wurde, sondern dass es historisch gewachsen ist. Über die Jahre hat es sich im freien Spiel der Kräfte zu dem entwickelt, was es heute ist. Den aktuellen Zustand beschreibt die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung so: Die Kosten des deutschen Gesundheitssystems entsprechen nicht den oft nur durchschnittlichen Gesundheitsergebnissen für die Bevölkerung. Zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen (vor allem §§ 12, 27 und 70 SGB V) braucht die Gesundheitsversorgung/das Gesundheitssystem in Deutschland konkrete Ziele. Eine Orientierung an Versorgungszielen zöge Maßnahmen auf allen Ebenen der Versorgung nach sich: auf der Makroebene (Gesamtsystem/gesamte Bevölkerung), auf der Mesoebene (unterteilt nach Regionen, spezifischen Bevölkerungsgruppen et cetera) sowie auf der Mikroebene (Patient:innen und Leistungserbringende). Ausgehend von nationalen und internationalen Erfahrungen zeigt das kürzlich veröffentlichte Positionspapier des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e. V. (DNVF) das Potenzial auf, wie operationalisierte Versorgungsziele eine effektive, finanzierbare und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung gewährleisten können. Mit fehlenden Zielen fehlt der Maßstab für die Beurteilung von Effektivität und Effizienz. Ein Versorgungsziel ist immer dann erforderlich, wenn in einem bestimmten Bereich ein angestrebter Zustand (SOLL) aktuell noch nicht erreicht ist. Die Wichtigkeit eines Zieles kann durch die Größe des Nutzens beschrieben werden, den seine Realisierung mit sich bringt. Deshalb müssen Versorgungsziele im Sinne dieses Dokumentes bestimmte Anforderungen erfüllen. Sie sind immer das Ergebnis einer fundierten Versorgungsanalyse mit der nachvollziehbaren Begründung von Erfordernis, Wichtigkeit und Erreichbarkeit.

An einem konkreten Beispiel werden die Begriffe erläutert:

- » **Beispiel:** Zugang zum Gesundheitssystem
- » **Beschreibung:** Jeder: Patient:in findet in angemessener Zeit eine Einrichtung, die in zumutbarer Entfernung Zugang zu einer angemessenen Versorgung bietet.
- » **Erfordernis:** Das Ziel ist erforderlich, da es im ländlichen Raum zu langen Fahrzeiten, in bestimmten Fachgebieten zu langen Wartezeiten oder bei bestimmten Erkrankungen nur beschränkter Zugang zu spezialisierten Einrichtungen gibt.
- » **Wichtigkeit:** Der Nutzen, rechtzeitig eine angemessene Behandlung zu bekommen, ist hoch. Es bestehen erhebliche Verbesserungspotenziale.
- » **Erreichbarkeit:** Das Ziel ist mit kreativen Versorgungsmodellen erreichbar.

### Gesundheitsversorgung am Outcome ausrichten

Der Koalitionsvertrag der Ampelregierung propagiert eine Neuausrichtung mit patientenbezogenen Versorgungszielen. Jetzt gilt es, aus dieser Absichtserklärung konkrete und umsetzbare Ziele abzuleiten und dabei alle wesentlichen Gruppen zu beteiligen. Ein Beispiel, wie Patientenbeteiligung umgesetzt werden kann, ist die Initiative Neustart! der Robert Bosch Stiftung aus dem Jahr 2020, welche unter anderem über (virtuelle) Dialogveranstaltungen die Perspektive der Bevölkerung in aktuelle Diskussionen für eine Reform einbrachte. Für eine hochwertige Versorgung muss das deutsche Gesundheitssystem stärker am Patientennutzen und an der Ergebnisqualität ausgerichtet werden. Patient-Reported Outcomes (PROs) und Patient-Reported Experiences (PREMs) liefern dafür



wichtige Messgrößen: Wie erleben Patient:innen ihre Behandlung? Wie geht es ihnen im Verlauf und im Anschluss?

Die klinisch-ärztliche Sicht hat in fast allen Gesundheitssystemen immer noch Vorrang vor den Einschätzungen der Betroffenen. Dabei liefern PROMs und PREMs validierte individuelle Angaben zu Symptomen, Einschränkungen und zur Messung von Lebensqualität. Während Deutschland beim Nutzen patientenberichteter Daten einem Flickenteppich aus Einzelinitiativen gleicht, richten andere Länder Strukturen und Prozesse konsequent auf die Ergebnisqualität aus. Für die Erfassung der Patientenperspektive setzen sie auf PROMs und PREMs. In einem Positionspapier »Patientenperspektive priorisieren« (2023) fordert die PRO-Expertengruppe des Gesundheitsprogramms der Bertelsmann Stiftung rasche ordnungspolitische Maßnahmen.

### Politische Willensbildung entscheidend

Ergänzend werden in diesem Prozess Werte und ethische Normen für die Umsetzung vereinbart. Das Bundesministerium für Gesundheit sollte den Prozess der gesellschaftlichen Willensbildung zur Definition von Nationalen Versorgungszielen zügig ermöglichen und fördern. Dazu bedarf es einer klaren politischen Willensbildung. Professorin Lübke-Wolff legt in ihrem Buch »Demophobie« eindrücklich dar, dass eine stärkere Einbeziehung von Bürger:innen und Patient:innen entgegen manch anderslautender Meinungen möglich und sinnvoll ist. Als Ergebnis liegen am Ende des Prozesses die vom Bundestag verbindlich verabschiedeten nationalen Versorgungsziele vor, die zusammen mit evidenzbasierten Fakten sowie mit validen und belastbaren Daten veröffentlicht und gepflegt werden. Die operative Verantwortung für die Umsetzung könnte beim Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen liegen und den Bundes-Klinik-Atlas für Patient:innen ergänzen. Das DNVF ist bereit, an der Entwicklung von Versorgungszielen und patientenbezogenen Outcomekriterien aktiv mitzuwirken.

Literatur bei den Verfassern

PROF. DR. PROF. H.C. DR. H.C. EDMUND A.M. NEUGEBAUER, Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Fehrbelliner Straße 38, 16816 Neuruppin, E-Mail: [Edmund.Neugebauer@mhb-fontane.de](mailto:Edmund.Neugebauer@mhb-fontane.de)  
DR. DR. KLAUS PIWERNETZ, medimaxx health management GmbH, Briennerstraße 55, 80333 München, E-Mail: [kpi@medimaxx.net](mailto:kpi@medimaxx.net)



GABRIELE MEYER

## Reflexionen zu wissenschaftlicher Gesundheitspolitikberatung

In der SARS-CoV-2-Pandemie ist Wissenschaft scheinbar politischer und Politik wissenschaftlicher geworden. Zumindest dürften die Medien und die Zivilgesellschaft stärker als zuvor auf wissenschaftliche Politikberatung aufmerksam geworden sein. An der Arbeitsweise der Expertengremien, die während der Pandemie eingesetzt waren, wurde einschlägige Kritik aus Fachkreisen, den Medien und anderer Öffentlichkeit geübt. Insbesondere die oft nicht erkennbare Abgrenzung der wissenschaftlichen Politikberatung von der politischen Entscheidungsfindung, die Zusammensetzung der Gremien, die fehlende Transparenz der Arbeitsweise und Arbeitsergebnisse wurden kritisiert.

### Politikberatung als Aufgabe für Wissenschaftler:innen

In seinen »Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem« definiert der Wissenschaftsrat (2021) evidenzbasierte Politikberatung und Wissenschaftskommunikation als eine der System- und Zukunftsaufgaben der Universitätsmedizin. Wissenschaftliche Gesundheitspolitikberatung hat viele Gesichter und ist natürlich nicht der Universitätsmedizin vorbehalten. Politikberatung findet durch offizielle Gremien oder Akteure statt, entweder institutionalisiert, per Gesetz, durch dauerhaft eingesetzte Sachverständigengremien, oder durch ad hoc beziehungsweise anlassbezogen zusammengestellte Gremien oder Akteure. Manche Instanzen beraten Politik selbstinitiiert wie die Leopoldina, andere formieren sich anlassbezogen selbst. Hinzu kommen Enquete- oder Expertenkommissionen, die ebenfalls vielfältige Gesundheitsbezüge haben und an denen auch Wissenschaftler:innen teilnehmen. Ressortforschungseinrichtungen haben auch einen Auftrag zur wissenschaftlichen Politikberatung, wie das Deutsche Zentrum für

Altersfragen oder Behörden wie das Robert Koch-Institut. Akteure der Selbstverwaltung wie größere Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft verfügen über wissenschaftliche Einrichtungen, die Untersuchungen zur Gesundheitspolitik und zum Gesundheitssystem durchführen und mit den Analyseergebnissen den wissenschaftlichen Diskurs informieren. Think Tanks, kommerzielle Anbieter, Stiftungen, private und öffentliche Einrichtungen im Gesundheitswesen spielen ebenfalls eine Rolle in der wissenschaftlichen Politikberatung.

### Spannungsfeld Wissenschaft und Politikberatung

Der Präsident des Deutschen Hochschulverbandes, Bernhard Kempen, führt zum prekären Verhältnis zwischen Wissenschaft und Politik unter dem Titel »Wahrheit und Wählerstimmen« aus: »Wir wissen nicht, an welche frustrationsgetriebenen Alternativberufe Professorinnen und Professoren heute denken, wenn sie in engeren Kontakt mit der Politik geraten, aber wir dürfen sicher sein, dass Frustrationen nicht ausbleiben.« Warum gibt es häufig Missklang und Missverständnisse im Zusammenhang mit wissenschaftlicher Politikberatung? Eine verkürzte Antwort lautet: Politik ist nicht Wissenschaft und Wissenschaft nicht Politik. Im Sinne des Soziologen Luhmann basiert Politik auf Macht, während es in der Wissenschaft um Erkenntnis geht. In der Politik werden, basierend auf unterschiedlichen Wertvorstellungen und Interessen, Lösungen ausgehandelt und Kompromisse gesucht. In der Wissenschaft hingegen wird Wissen anhand spezifischer Methoden erzeugt. Der Forschungsprozess ist nie abgeschlossen und Wissen ist immer vorläufig.

Besonders auffällig an der wissenschaftlichen Politikberatung in der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland war, dass etab-

lierte Strukturen der Politikberatung nicht genutzt beziehungsweise angefragt wurden, wie zum Beispiel der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) als ständige Expertenkommission. Auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wurde nicht in das Krisenmanagement einbezogen.

### Wirksamkeit wissenschaftlicher Politikberatung

Systematische Analysen zum Einfluss wissenschaftlicher Politikberatung auf gesundheitspolitische Entscheidungen liegen nicht vor. Für den SVR wurde zu dessen 30-jährigen Bestehen eine Analyse der Umsetzung der Vorschläge publiziert. Demnach münden Empfehlungen oft nur selektiv und mit einem großen Zeitverzug in Gesetze ein. Man denke an die Empfehlung aus dem Jahr 1987 zu startgleichen Risikostrukturen als Voraussetzung eines ordnungspolitisch sinnvollen Wettbewerbs unter den Krankenkassen, die 2009 im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs Umsetzung fand. Die Einmündung von wissenschaftlichen Empfehlungen in die Gesetzgebung als Nachweis der Wirksamkeit ist somit ein schwieriges Unterfangen. Multiple kontextuelle Einflüsse machen einen kausalen Rückschluss unmöglich. Oft ergeben sich »Gelegenheitsfenster«, in denen wissenschaftliche Empfehlungen aufgegriffen werden, weil sie beispielsweise parteipolitisch integrierbar erscheinen. Prozess-Parameter sind möglicherweise besser geeignet, um den Einfluss von wissenschaftlicher Politikberatung zu evaluieren, also die Frage, ob die Empfehlungen in die politische Meinungsbildung und in öffentliche Darstellungen eingegangen sind. Wissenschaftliche Politikberatung kann einen Beitrag zu einem durch Evidenz informierten politischen Diskurs leisten.

### Evidenzbasierte wissenschaftliche Politikberatung

Für eine qualitätsgesicherte wissenschaftliche Politikberatung ist eine Distanz zwischen Wissenschaft und Politik mit wechselseitiger Unabhängigkeit vonnöten. Ebenso wie die transparente Besetzung der Beratungsgremien, die auch die wissenschaftliche Diversität und die Perspektivenvielfalt spiegeln sollen. Diversität in den Disziplinen und sozialen Perspektiven ist aus mehrfacher Hinsicht wichtig. Sie kann einem epistemischen Trugschluss vorbeugen und einer selektiven Berücksichtigung von Informationen und Alternativen entgegenwirken.

Für die SARS-CoV-2-Pandemie wurde kritisiert, dass es den Expertengremien an einer repräsentativen Zusammensetzung relevanter gesellschaftlicher Bereiche mangelte. Die Pflegewissenschaft zum Beispiel als wissenschaftliche Bezugsdisziplin der Pflege, von der die besonders für schwere Krankheitsverläufe anfälligen hochaltrigen Menschen begleitet wurden, fehlte gänzlich. Expertenräte, die Empfehlungen zu Pflegesettings gaben, taten dies mit wenigen Ausnahmen ohne Beteiligung von Pflegewissenschaftler:innen (und Pflegefachpersonen). Statt dessen kommentierten Modellierer:innen und Virolog:innen den richtigen Umgang mit Pflegebedürftigen in Heimen. Die Erfahrungen der Pandemie sollten Anlass für jedes neu initiierte Gremium der Gesundheitspolitikberatung sein, über die Anforderungen an wis-

senschaftliche Politikberatung nachzudenken, unter anderem wie diese unter Zeit- und Handlungsdruck und auf Basis schnell zugänglicher Evidenzsynthesen gelingen kann. Die Arbeitsgrundlage muss in jedem Fall eine systematisch aufbereitete Evidenzsynthese sein, mitsamt Bewertung der Vertrauenswürdigkeit und Aussagekraft der Evidenz, Darlegung von Unsicherheit und Grenzen der Wissenschaft sowie Offenlegung von Forschungsbedarfen. Zu Beginn der Aufnahme der Tätigkeit im Expertengremium der Politikberatung bleibt ein methodisches Vorgehen zu konsentieren. Um die Glaubwürdigkeit von Expertengremien zu fördern, Missverständnissen vorzubeugen und die Grenzen des Wirkens offen zu legen sowie die beteiligten Wissenschaftler:innen vor Instrumentalisierung und Diffamierung zu schützen, sollten die Gremien auch ihr Selbstverständnis definieren und öffentlich darlegen. Entscheidende limitierende Determinanten wären klar zu benennen, wie die Begrenzung in Zeit und Ressourcen, wenn es sich beispielsweise um ehrenamtliches Engagement ohne Zuarbeit durch ein wissenschaftliches Team handelt, das die Evidenz recherchiert und aufbereitet. Die Transparenz in der Arbeitsweise der wissenschaftlichen Politikberatungsgremien verlangt außerdem die Offenlegung und das Management von Interessenkonflikten der Expert:innen. Offener Widerspruch zwischen Expert:innen in der wissenschaftlichen Politikberatung muss möglich sein und kann positive Wirkungen haben und es zum Beispiel für Politiker:innen schwerer machen, die Grenze zwischen Expertenbeurteilung und politischer Entscheidung zu verwischen und somit Expert:innen für unpopuläre Entscheidungen verantwortlich zu machen.

Literatur bei der Verfasserin

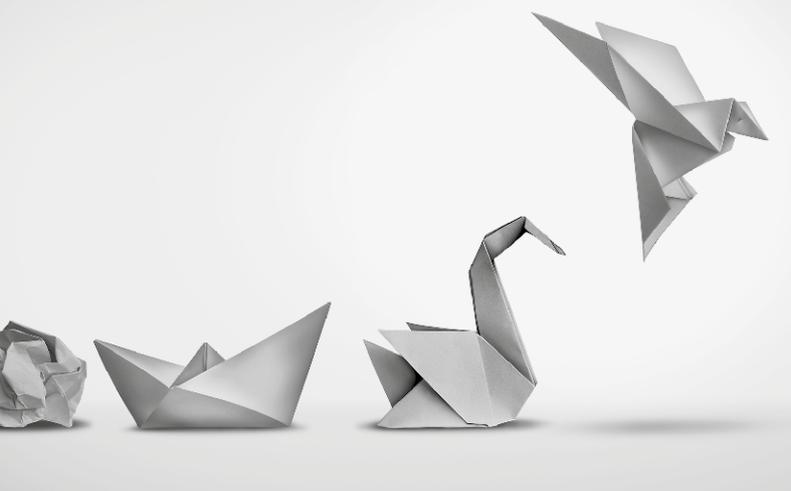
PROF. DR. GABRIELE MEYER, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Magdeburger Straße 20, 06112 Halle (Saale),  
E-Mail: gabriele.meyer@uk-halle.de



## impulse bestellen

Wenn Sie die impulse regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie die Zeitschrift bitte unter Angabe der Bezugsart (per E-Mail als PDF oder per Post als Druckexemplar) unter folgender E-Mail-Adresse:  
impulse@gesundheit-nds-hb.de.

Bitte beachten Sie hierfür auch unbedingt den Kasten »In eigener Sache« auf Seite 26.



JAN BÖCKEN

## Neuer Health Transformation Hub der Bertelsmann Stiftung – Wir brauchen ein Veränderungsklima

Unser Gesundheitssystem ist herausgefordert: Gewachsene, komplexe Versorgungsstrukturen und -prozesse, ein Rückstand in der Digitalisierung und die zunehmende Belastung der Fachkräfte gefährden die Versorgung und damit unser Gemeinwohl. Wir müssen also das System reformieren, um eine gute Versorgung sicherzustellen. Die Bertelsmann Stiftung hat deshalb den Health Transformation Hub gegründet.

### Stagnation trotz großer Herausforderungen

Der Befund zu den Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen ist nichts Neues. Und was im Einzelnen zu tun wäre – auch dafür gibt es Vorschläge zuhauf. Doch bei aller Aktivität bleibt der starke Eindruck: Es geht zu langsam, vieles bleibt Stückwerk, zwei Schritte vor, einer zurück. Dass es nicht zum Durchbruch kommt, hat mindestens drei Gründe:

- » Erstens hängen wir veralteten Narrativen nach. Etwa dem, dass das Gesundheitswesen »kaputtgespart« werde, obwohl wir vergleichsweise viel Geld in die Hand nehmen. Dass Kranken-»Schwestern« zwar aufopfernd, aber irgendwie doch gering qualifiziert seien und nur das dürfen, was Ärzt:innen sagen. Dass mit einer Patientenakte »gläserne Patient:innen« drohen. Oder dass man ein Krankenhaus in der Nähe braucht, falls man einen Herzinfarkt hat, obwohl kleine Häuser mit weniger Erfahrung diesen oft nicht gut behandeln können. Solche Narrative stehen dem Mut zur Veränderung entgegen, den es braucht, um Pflegefachkräften mehr zuzutrauen oder um ein Krankenhaus in ein Gesundheitszentrum umzuwandeln, das in ländlichen Gebieten vor Ort überhaupt eine Grundversorgung gewährleistet.
- » Zweitens mangelt es an der Einigkeit über das (konkrete) Ziel und die Strategie, die es zu verfolgen gilt. In unserem korporatistisch geprägten System haben wir ein Stück weit verlernt, aufeinander zuzugehen und beharren zu oft auf

dem jeweils eigenen Lösungsvorschlag – selbst, wenn man sich im grundsätzlichen Ziel einig ist.

- » Drittens fehlt es an Pragmatismus und Dynamik der Entscheidungsfindung, hervorgerufen einerseits durch die Komplexität des Systems selbst und andererseits durch komplexe Entscheidungsprozeduren und Akteure, die wir uns leisten.

### Der Health Transformation Hub

Die Initiative der Bertelsmann Stiftung, den Health Transformation Hub zu gründen, ist ein Versuch, mit diesen kritischen Befunden umzugehen und dazu beizutragen, dass wir in Bewegung kommen. Unser Arbeitsmodell beruht auf drei Maximen:

- » 1. Veränderungen brauchen Ziele.  
Der Health Transformation Hub erarbeitet mit konkreten Zielen wirkungsvolle Strategien zur Transformation des Gesundheitssystems. Das Patienteninteresse steht dabei im Vordergrund. Durch die Fokussierung auf die Schlüsselthemen wollen wir Reformen antreiben. Diese Ziele sind konkret und müssen so formuliert werden, dass sie nicht nur von Expert:innen, sondern auch von den Bürger:innen verstanden werden. Nur dann können sie falschen Narrativen und Irrtümern etwas entgegensetzen. Und erst dann haben sie eine Chance auf breite Akzeptanz.
- » 2. Gemeinsam etwas bewegen.  
Ein zukunftsorientiertes Gesundheitssystem erfordert eine gemeinsame Anstrengung aller Stakeholder. Der Health Transformation Hub bietet eine Plattform für diejenigen, die das Gesundheitswesen nicht nur modernisieren wollen, sondern auch bereit sind, dies durch konkretes Handeln zu realisieren. Wir eröffnen Räume für Veränderungen, um veraltete Strukturen zu durchbrechen und innovative Lösungen zu unterstützen.
- » 3. Fortschritt kommunizieren.  
Um Fortschritte in der Transformation transparent zu machen, nutzt der Health Transformation Hub regelmäßige Berichte und digitale Tools. Das Health Transformation Hub-Panel fungiert als zentrales Instrument, um durch Umfragen Einblicke in die dynamische Entwicklung des Gesundheitswesens zu erhalten.

Thematisch beschäftigt sich der Health Transformation Hub mit vier Schlüsselthemen: die Verbesserung von Versorgungsstrukturen, die Nutzung digitaler Potentiale, den besseren Einsatz von Fachkräften sowie die Frage der übergreifenden Systemarchitektur. Unsere Projektansätze sind vielfältig: Von Grundlagenarbeit im Bereich von Patient Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient Reported Experience Measures (PREMs), über Vorschläge zur Neuordnung von Notfallversorgung und Rettungswesen bis hin zu Peer Learning Konzepten zur Transformation von regionalen Versorgungsstrukturen. Mehr dazu findet sich auf <https://www.healthtransformation-hub.de/> sowie [www.bertelsmann-stiftung.de/de/ueber-uns/wer-wir-sind/organisation/vorstand/gesundheit](http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/ueber-uns/wer-wir-sind/organisation/vorstand/gesundheit).

Literatur beim Verfasser

DR. JAN BÖCKEN, Bertelsmann Stiftung, Carl-Bertelsmann-Straße 256, 33311 Gütersloh, E-Mail: [jan.boeck@bertelsmann-stiftung.de](mailto:jan.boeck@bertelsmann-stiftung.de)

INGMAR STEINHART

## Transformation im Gesundheitswesen – das Potential der Psychiatrie

Während die traditionellen Gesundheitsstrukturen, insbesondere die Krankenhäuser, in Angesicht großer aktueller Herausforderungen noch im »Verteidigungsmodus« agieren, hat die Psychiatrie in den vergangenen Jahrzehnten einige notwendige Hausaufgaben bereits erledigt. Das gilt insbesondere für die Erarbeitung überwiegend evidenzbasierter Konzepte für eine Systemumstellung. In der psychiatrischen Versorgung gilt seit der Psychiatrie-Enquête (1975) das Regionalprinzip inklusive der Sicherstellung eines niedrigrschwelligem Zugangs vor Ort. Für den klinischen Bereich bedeutet das eine Pflichtversorgung für alle Behandlungsfälle aus dem Einzugsgebiet. Ein vergleichbares Prinzip ist jedoch trotz der Verpflichtung zur Sicherstellung im SGB IX in der Eingliederungshilfe noch nicht umgesetzt. Weit verbreitete Konzepte zur Umsetzung sind unter anderem die Gemeindepsychiatrischen Verbände, durch niedergelassene Ärzt:innen gesteuerte Netzwerke oder die Etablierung Gemeindepsychiatrischer Zentren, in denen sozialgesetzbuchübergreifend gearbeitet wird. Auch für eine sektorenübergreifende Arbeitsweise im SGB V wurden über den Modellparagrafen § 64b des SGB V vorzeigbare Modelle für die ambulante, teil- sowie vollstationäre Versorgung entwickelt. Diese sind aktuell von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zur bundesweiten Umsetzung vorgeschlagen. Alle Evidenz (wie beispielsweise die S3-Leitlinien psychosoziale Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) zielt auf eine Stärkung ambulanter und aufsuchender Strukturen, die sowohl bei den Betroffenen als auch bei den Mitarbeitenden deutlich beliebter sind als stationäre Angebote. Gleichzeitig erfordern sie am Ende geringere Personalkapazitäten sowie einen verminderten ökonomischen Aufwand.

### Bedarfe im Mittelpunkt der Versorgungsplanung

Zwei Leitideen prägen die Entwicklung: Vor über 30 Jahren entstand der personenzentrierte Ansatz, dessen Grundkonzept die Bedarfe der hilfebedürftigen Person in den Mittelpunkt stellt. Hiervon sollen sich, dem Ansatz nach, die psychiatrischen Interventionen ableiten und nicht vom »Bedarf« der vorhandenen Institutionen – ein Leitgedanke, der viele Entwicklungen in der Psychiatrie geprägt hat und im SGB IX mittlerweile fest verankert ist. Zur gleichen Zeit entstand die Idee einer funktionalen Betrachtungsweise bei der psychiatrischen Angebotsplanung auf regionaler Ebene. Auch hier orientiert sich die Steuerung am psychiatrischen Versorgungsbedarf einer Region und weniger an vorhandenen Institutionen.

### Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung

Das speziell für die Psychiatrie auf Basis der Anforderungen aus UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und Evidenz entwickelte Funktionale Basismodell formuliert Mindeststandards an die psychiatrische Versorgung, die zunächst nicht in Form von »institutionellen Kapazitäten« beschrieben werden, sondern mittels inhaltlicher Funktionen mit den Kernfunktionen Beratung, mobile ambulante Behandlung und Assistenz rundum-die-Uhr. Das Modell denkt also rundum ambulant vom

Menschen her. Gleich man die vorhandenen Angebote einer Region mit den funktional im Modell beschriebenen Standards ab, können systemische Entwicklungsbedarfe abgeleitet werden, wie es unter anderem in Leipzig und in Niedersachsen erfolgreich erprobt wurde. Das Besondere an dem Modell ist: Es stellt die aktuelle Versorgungssituation auf den Kopf. Der Einzelfall und die ambulanten Bedarfe rund um die Uhr stehen im Mittelpunkt. Abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf werden notwendige weitere Bausteine wie zum Beispiel Akutpsychotherapie, Rückzugsort oder Intensivbehandlung ergänzt.

### Umsetzungshürden und -anreize

Mit diesen drei Grundkonzeptionen (1. der regionalen Pflichtversorgung, 2. dem personenzentrierten Vorgehen und 3. der funktionalen Betrachtungsweise bei der Angebotsplanung, ausgehend von einer sozialraumorientierten Sichtweise) hat sich die Psychiatrie für die Herausforderungen der Zukunft gerüstet. Es ist an der Zeit, die entwickelten Modelle als Standard zu etablieren. Es gibt viele Regionen in Deutschland, in denen einzelne Bausteine des Funktionalen Basismodells umgesetzt sind. Leider findet man (fast) keine Region, in der das vorhandene Konzept stringent und sozialgesetzbuchübergreifend eingeführt wurde. Gegebenenfalls könnten dabei untergesetzliche Anreize oder gesetzliche Vorgaben unterstützen, wie sie aktuell in dem von der Aktion Psychisch Kranke federführend begleiteten Psychiatriedialog erarbeitet werden. Die Psychiatrie hat so das Potential, zumindest zwei der größten Herausforderungen der Zukunft zu begegnen: der Umsetzung des individuellen Wunsch- und Wahlrechtes (UN-BRK) und dem Fachkräftemangel.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. INGMAR STEINHART, Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V., An-Institut der Universität Greifswald, Außenstelle Rostock, Carl-Hopp-Straße 19a, 18069 Rostock, E-Mail: ingmar.steinhardt@institut-sozialpsychiatrie.de

MO URBAN

## Eizellenspende und Leihmutterchaft – assistierte Reproduktion quo vadis?

Am 15. April 2024 hat die von der Bundesregierung eingesetzte »Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin« ihren Bericht vorgelegt. Während Presse und Politik sich vor allem auf die Inhalte der ersten Arbeitsgruppe zur Neuregelung des § 218 StGB (Schwangerschaftsabbruch) kaprizierte, war es zumeist nur eine Randnotiz wert, dass eine zweite Arbeitsgruppe zu »Möglichkeiten zur Legalisierung der Eizellenspende und der altruistischen Leihmutterchaft« gearbeitet hatte. Deren Bericht liefert Empfehlungen, die Grundlage für den Gesetzgeber sein wollen. Ausgangspunkt des Berichts ist, dass eine ungewollte Kinderlosigkeit einen hohen Leidensdruck bei Betroffenen hervorrufen kann. In solchen Fällen dominieren in Deutschland zwei Methoden der assistierten Reproduktion: die intrauterine Insemination (IUI) und die künstliche Befruchtung (IVF und ICSI-Therapien). Die Gründe für die Inanspruchnahme sind vielseitig, weshalb diese reproduktionsmedizinischen Maßnahmen oftmals nur eingeschränkten Erfolg zeigen. Vor diesem Hintergrund wendet sich der Bericht zwei Verfahren zu,

die dann Abhilfe schaffen könnten, aber in Deutschland verboten sind: die Eizellenspende und die Leihmutterschaft.

### Die Eizellenspende

Drei Szenarien der Eizellenspende existieren: 1. Eizellen, die für die eigene Fortpflanzung entnommen wurden; 2. Eizellen, die innerhalb einer lesbischen Partnerschaft zwischen den Partner:innen transferiert werden. Während die ersten beiden medizinischen Behandlungen, denen eine hormonelle Therapie vorausgeht, einen eigenen Kinderwunsch erfüllen helfen, ist die 3. die fremdnützige Entnahme für eine Weitergabe. Diese ungleichen Ausgangsbedingungen sind insofern relevant, da gesundheitliche und weitere Risiken für Spender:innen bestehen könnten, eine dürftige Datenlage bisher aber wenig Klarheit bringt. Indem der Bericht zwischen diesen Konstellationen differenziert, wird für die grundsätzliche Aufrechterhaltung eines Verbots kein Grund mehr gesehen. Stattdessen weist die Koordinatorin der Arbeitsgruppe, Claudia Wiesemann, bei der Präsentation des Teilberichts darauf hin, dass Deutschland nur noch eines von zwei Ländern in der EU ist, die Eizellenspende verböten, und eröffnet damit eine Dringlichkeit, die in Richtung (Teil-)Legalisierung verweist. Der Bericht konkretisiert, dass der letzte Fall von einer Legalisierung ausgenommen werden könnte.

### Die Leihmutterschaft

Eine Leihmutterschaft kann innerhalb bestehender sozialer Beziehungen (altruistische) und durch eine Schwangerschaft einer fremden Person stattfinden, die mit Eizellen oder Spermien eines anderen Paares ein Kind austrägt (kommerzielle). Angesichts der erheblichen Gefährdungspotenziale durch Schwangerschaft und Geburt folgert der Bericht, dass das bestehende Verbot beibehalten bleiben sollte, da dieses nicht per se gegen Gleichheitsrechte verstoße, wie es Befürworter:innen der Liberalisierung konstatieren.

### Was ist bemerkenswert?

Durch den Kommissionsbericht werden diese zwei Verfahren unter dem Rubrum »reproduktive Selbstbestimmung« einsortiert und in einem Atemzug mit dem Zugang zu Abbrüchen für ungewollt Schwangere gestellt. Dies ist insofern bemerkenswert, als dass die fremdnützige Eizellenspende und die Leihmutterschaft das Leben und die Gesundheit dritter Personen, vor allem Frauen, betreffen. Neben dem Zankapfel um die Abschaffung des § 218 schaffen diese Verfahren und ihre sozialen und medizinischen Konsequenzen es jedoch kaum in die öffentliche Debatte. Für eine flottierende Fortpflanzungsmedizin bedarf es eines ökonomischen Gefälles zwischen den Eizellenspender:innen beziehungsweise den Leihmüttern und den Empfangenden. Der Bericht verweist hierauf, rückt die körperliche Unversehrtheit ersterer jedoch nicht in den Fokus. Dadurch verzichtet der Bericht einerseits auf Optionen für mögliche Rechte für jene, die aus ökonomischen Gründen das gesundheitliche Risiko für den Kinderwunsch anderer auf sich nehmen. Andererseits wird keine Regulierung der mit enormen Gewinnprognosen ausgestatteten Vermittlungsagenturen und Fertilisationskliniken anvisiert.

### Fazit

Die nun anstehenden politischen Verhandlungen über die durch den Gesamtbericht vorgelegten disparaten Themen

müssen differenziert geführt werden. Ein politischer Tauschhandel, in dem nur einer Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruches zugestimmt wird, wenn diese auf alle Regelungsbereiche ausgedehnt würde, ist zu vermeiden, soll eine gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Geschlechtern und innerhalb sozialer Gefälle reduziert werden.

Literatur bei der Verfasserin

DR. DR. MO URBAN, Zentralstelle der Landesfrauenbeauftragten, Faulenstraße 14–18, 28195 Bremen, E-Mail: monika.urban@frauen.bremen.de

TANJA GANGAROVA, MELIKE YILDIZ, LINA KABANGU

## Community-Perspektiven auf Rassismus in der Gesundheitsversorgung

Die Studie »Community-Perspektiven auf Rassismus in der Gesundheitsversorgung« untersucht anhand eines partizipativen Forschungsdesigns, in welcher Weise und mit welchen Folgen Rassismus in der Gesundheitsversorgung erfahren wird. Sie wurde im Rahmen des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa) umgesetzt (10/2021 bis 03/2023), wird gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und ist am Deutschen Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) angesiedelt. Vertreter:innen aus rassifizierten Communities wurden als Co-Forschende beteiligt und geschult, Forschungsaufgaben in ihren Communities zu übernehmen. Gemeinsam mit den Co-Forschenden wurden sechs Fokusgruppen mit 14 schwarzen, afrikanischen, afrodiasporischen sowie als muslimisch markierten Menschen umgesetzt. Die Datenauswertung erfolgte mit einem partizipativ konzipierten Verfahren für qualitative Analysen. Die Studie wurde von einem unabhängigen Fachbeirat begleitet.

### Studienergebnisse

Die geschilderten Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung können als Prozess der Erzeugung des »Anderen« (Othering) beschrieben werden. Othering meint in diesem Zusammenhang, dass die Studienteilnehmenden in Interaktionen in ärztlichen Praxen und Krankenhäusern mittels Stereotypisierung als wesenhaft »Andere« verortet werden; zugleich werden sie als nicht zugehörig und abweichend kategorisiert und abgewertet. In der Folge kann es zu Benachteiligungen kommen – zum Beispiel durch Verzögerungen und Diskriminierung bei der Behandlung sowie Fehleinschätzung von Beschwerden. Je nachdem welche Marker (Name, Hautfarbe, Kopftuch, Sprache) und gegebenenfalls auch entsprechende rassistisch-diskursive Wissensbestände aufgerufen werden, werden in den Erfahrungen der Teilnehmenden spezifische Praktiken des Otherings nachgezeichnet. Schwarze Studienteilnehmerinnen werden häufig hypersexualisiert, muslimisch gelesenen Studienteilnehmerinnen wird hingegen keine eigenständige Sexualität zugestanden. In der Folge werden schwarzen Studienteilnehmerinnen häufig HIV-Testungen angeboten. Dagegen sehen medizinische Kräfte keinen Grund, gewisse Gesundheitsdienstleistungen wie Tests auf sexuell übertragbare Infektionen bei muslimischen Studienteilnehmerinnen durchzuführen. Die Datenanalyse zeigt, dass Othering auf unterschiedlichen Ebenen (interpersonell, institutionell, strukturell) erfah-

ren wird. So zeigen Aussagen von teilnehmenden Asylsuchenden, wie die gesetzlich vorgeschriebene Vergabe von Behandlungsscheinen durch die Sozialämter zur Verzögerung oder sogar Verhinderung der medizinischen Behandlung kranker Menschen führt und nicht-medizinisch qualifiziertes Personal über die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung entscheidet. Ein Studienteilnehmer beschreibt, wieviel Kraft es ihn jedes Mal kostet, die Sachbearbeitenden davon zu überzeugen, dass er eine fachärztliche Behandlung benötigt. Selbst wenn die erkrankte Person einen Behandlungsschein bekommt, ist die notwendige medizinische Behandlung nicht gesichert. Denn es gilt die im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) verankerte Einschränkung der Gesundheitsleistungen für Asylsuchende. So berichtete eine Studienteilnehmerin, dass es für eine zahnärztliche Behandlung keine Kostenübernahme gebe, nur für das Ziehen der Zähne. Diese Beispiele zeigen, wie das AsylbLG über Institutionen (Sozialamt, ärztliche Praxen) und ihre Mitarbeitenden wirkt: durch unsachgemäße Vorbeurteilungen, nicht bewilligte oder reduzierte medizinische Leistungen. Die Studienergebnisse zeigen, dass die wiederholten Erfahrungen mit Othring und Missachtung dazu führen können, dass Studienteilnehmende das Vertrauen in das Gesundheitssystem verlieren und Behandlungsangeboten trotz eines bestehenden Bedarfs fernbleiben. Als mögliche Folge wird die Verschlechterung der Gesundheit der Betroffenen dokumentiert.

#### Handlungsempfehlungen am Beispiel asylsuchender Studienteilnehmender

- » Bundesweite Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende, wie es in mehreren Bundesländern bereits der Fall ist, um Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung abzubauen.
- » Überprüfung der Zugangsbeschränkungen zu medizinischer Versorgung (§§ 4 und 6 AsylbLG) für Asylsuchende und Anpassung der Leistungsansprüche an den GKV-Leistungskatalog, um allen in Deutschland lebenden Menschen einen diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Literatur bei den Verfasserinnen

TANJA GANGAROVA, MELIKE YILDIZ UND LINA KABANGU, Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) e. V., Mauerstraße 76, 10117 Berlin, E-Mail: gangarova@dezim-institut.de

GERLINDE ROHRAUER-NÄF, KLAUS ROPIN

## Aufschwung nach der Pandemie: Entwicklungen der österreichischen Strukturen für Public Health und Gesundheitsförderung

Im Feld der Gesundheitsförderung wurden in Österreich seit der Etablierung des Gesundheitsförderungsgesetzes im Jahr 1998 maßgebliche Kompetenzen, Strukturen und Angebote aufgebaut. Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) wurde als bundesweite Förder- und Kompetenzstelle mit settingorientierten Förderprogrammen und Serviceangeboten etabliert und 2006 in das nationale Public-Health-Institut Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) integriert. Mit Anstrengungen

und Investitionen von Bund, Ländern, Sozialversicherung, Gemeinden, Städten, diversen Leistungsanbietern und zivilgesellschaftlichen Akteuren wurden über die Jahre hinweg Servicestellen und Netzwerke etabliert. Dennoch findet die Bevölkerung in Österreich zu vielen wichtigen Bedarfen noch kein flächendeckendes Gesundheitsförderungsangebot vor, sondern Maßnahmen, die vielfach nur lokal oder regional verfügbar und zumeist zeitlich begrenzt sind. Das Angebot ist oft fragmentiert und es gibt ungedeckten Ausbildungs-, Forschungs- und Evaluationsbedarf zum Thema. Aktuell wurden maßgebliche finanzielle und strategische Entscheidungen für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und von Public Health in Österreich getroffen. Diese werden im Folgenden skizziert.

#### Gesundheitsförderung als Aufgabe des Österreichischen Public-Health-Instituts

Als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen trägt die GÖG aktiv zur Weiterentwicklung der Gesundheits- und Pflegeversorgung und der Qualität im Gesundheitswesen bei und unterstützt die verstärkte Integration aller sozialen Sicherungssysteme. Gesundheitsförderung und Prävention gewinnen seit der Integration des FGÖ 2006 sukzessive an Bedeutung. Die GÖG bildet eine Brücke zwischen Wissenschaft, Praxis, Politik und Öffentlichkeit und liefert Daten, Fakten, Analysen und Evaluationen, entwickelt innovative Konzepte, wendet neue Methoden an, begleitet Prozesse und schafft offene Dialogräume.

#### Zusammenarbeit für mehr gesunde Lebensjahre

Eine wesentliche Grundlage für die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist in Österreich die »Zielsteuerung Gesundheit«. Dabei handelt es sich um ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem für Strukturen, Organisationen und Finanzierungen der Gesundheitsversorgung. Spezifisch zur Stärkung der Gesundheitsförderung wurde im Zuge der Zielsteuerung Gesundheit 2014 erstmals eine Gesundheitsförderungsstrategie entwickelt, die seither eine inhaltlich abgestimmte Vorgehensweise zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung zur Verwendung von definierten Mitteln im Bereich der Gesundheitsförderung zum Ziel hat. Die inhaltliche Schwerpunktsetzung orientiert sich an den Gesundheitszielen.

#### Nach der Pandemie: Neue Strategien, Strukturen und Gelder für Gesundheitsförderung

Unter der Prämisse, dass Gesundheitsförderung durch die umfassende und intersektorale Herangehensweise an das Thema Gesundheit und ihren Fokus auf Partizipation, Chancengerechtigkeit und Nachhaltigkeit besonders gut zur Bewältigung der aktuellen Krisen und Herausforderungen beitragen kann, wurde gezielt in Gesundheitsförderungsmaßnahmen investiert. Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurden rasch Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung gestartet und der Strategieprozess »Zukunft Gesundheitsförderung« initiiert. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) wurden unter breiter Beteiligung von Bürger:innen, Expert:innen und Stakeholdern Maßnahmen definiert. 2022 wurden aus Mitteln des BMSGPK mit der Agenda Gesundheitsförderung ein großer zusätzlicher Gesundheitsförderungsschwerpunkt in der GÖG gesetzt. Drei Kompetenzzentren wurden etabliert:



MARIA HELLBAUM, ALEXANDRA SCHÜSSLER

## CAREalisieren feiert zehnjähriges Bestehen

Seit 2014 bietet die LVG & AFS Fortbildungen für Beschäftigte sowie Führungskräfte in der ambulanten und stationären Pflege, Betreuung und Beratung an. Unter dem Titel »CAREalisieren« setzt das Fortbildungsangebot darauf, den rasant voranschreitenden Entwicklungen und Anforderungen in der Branche durch ein hohes Maß an beruflicher Handlungskompetenz zu begegnen. Denn im Gesundheitswesen sind ein stetig steigender Qualitätsdruck, komplexer werdende Versorgungsbedarfe und immense Personalengpässe nur einige der vielen Herausforderungen. Seit zehn Jahren stärkt das Fortbildungsangebot von CAREalisieren entsprechend fachliche Expertise, stellt den Status Quo auf den Prüfstand und gibt neue Impulse. Dieser Meilenstein hat uns zurückblicken lassen: Mit einer Gesamtzahl von 395 Fortbildungen haben wir in den vergangenen zehn Jahren eine beträchtliche Anzahl an Kursen anbieten können. Nach dem Startjahr 2014 mit einem Programm von 13 Fortbildungen wurde dieses kontinuierlich ausgebaut, sodass es sich nach fünf Jahren auf einem Niveau von 40 bis 50 Fortbildungen pro Jahr einpendelte. Während der turbulenten Zeit der COVID-19-Pandemie wurden innovative Wege eingeschlagen und ein rein digitales Format etabliert. Auf aktuelle Entwicklungen wurde stets reagiert und nach Rückkehr zur »Normalität« ein Mix aus digitalen und analogen Fortbildungen entwickelt – angepasst an die jeweilige Arbeitsweise und Thematik. So können auch weiterhin die Vorteile beider Formate ausgeschöpft werden.

### Thematisch breit aufgestellt

Unabdingbar für die Fortbildungsreihe ist die Zusammenarbeit mit hochkarätigen Referent:innen. Unsere Analyse hat gezeigt, dass wir bereits mit 78 Referent:innen zusammenarbeiten durften. Gemeinsam mit diesen Expert:innen aus den verschiedensten Themenfeldern, können wir uns thematisch divers aufstellen. Von Beginn an waren Fortbildungsthemen rund um den Ausbau der Tagespflege als Bestandteil eines vernetzten ambulanten Versorgungssystems, Ideen für die Betreuungsarbeit oder die Expertenstandards in der Pflege Teil des CAREalisieren Fortbildungsprogramms – und sind dies auch heute noch. Unter anderem haben auch die Themen Palliative Care oder die Versorgung von Menschen mit Demenz früh Einzug in das Angebot gehalten. Durch die Umsetzung gesetzlicher Novellierungen erneuern sich Arbeitsgrundlagen und es stellen sich immer neue Anforderungen. Um dem gerecht zu werden, hält das Fortbildungsprogramm immer auch Updates zu neuen Grundlagen bereit: von den Pflegestärkungsgesetzen, dem Bundesdatenschutzgesetz oder dem Bundesteilhabegesetz bis hin zu noch heute angebotenen Neuerungen zum Beratungswissen oder dem Betreuungsrecht. Bei den Teilnehmenden besteht ebenfalls Interesse rund um das Themengebiet »Digitalisierung« und dazu, wie die Anbindung an die Telematikinfrastruktur in der stationären Pflege funktionieren kann oder wie IT-Lösungen gepflegt und weiterentwickelt werden können. Neu aufgenommen werden konnte die Basisqualifizierung zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag (AzUA) und auch Fortbildungsangebote, die den Klimawandel und Anpassungsmaßnah-

Zukunft Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung und Gesundheitssystem sowie Klima und Gesundheit. Diese bearbeiten die Schwerpunkte Beteiligung und Chancengleichheit, Gesundheitskompetenz, Integration gesundheitsförderliche Angebote in der Gesundheitsversorgung sowie Bedienung der Schnittstellen Klima und Nachhaltigkeit. Mit Mitteln der Aufbau- und Resilienzfazilität der Europäischen Union wurden darüber hinaus mehrere Vorhaben zur Stärkung der Gesundheit und Gesundheitsförderung umgesetzt (Roll-out der Frühen Hilfen und flächendeckendes Community Nursing Programm). Unter Einbeziehung aktueller internationaler und nationaler Strategien wurde 2024 die Gesundheitsförderungsstrategie überarbeitet und beschlossen. In den jüngsten Vereinbarungen wurden für die nächste Periode 2024 bis 2028 zusätzliche Finanzmittel für Gesundheitsförderung im Gesamtausmaß von jährlich 60 Millionen Euro genehmigt.

### Mehr Finanzmittel, mehr Zusammenarbeit – Gesundheit für alle?

Die aktuellen Entwicklungen in Österreich zeigen ein deutliches Commitment, settingorientierte Gesundheitsförderung auszubauen, die bisherigen Finanzierungstöpfe zu bündeln und eine zielgerichtete und abgestimmte Programmplanung umzusetzen. Die aktuell beschlossene langfristige Strategie des FGÖ und die Gesundheitsförderungsstrategie greifen gesellschaftlich relevante Herausforderungen auf. Das wird eine Intensivierung der intersektoralen Zusammenarbeit und auch maßgebliche Beiträge von Seiten der Forschung sowie der Aus- und Weiterbildung notwendig machen.

Literatur bei den Verfasser:innen

GERLINDE ROHRAUER-NÄF, DR. KLAUS ROPIN, Fonds Gesundes Österreich, Aspernbrückengasse 2, 1020 Wien, E-Mail: gerlinde.rohrauer@goeg.at, klaus.ropin@goeg.at

men im Gesundheitsbereich thematisieren. Diese und einige weitere Themen bilden das Angebot des seit zehn Jahren bestehenden CAREalisieren-Fortbildungsprogramms.

### Danke!

Wir möchten ganz herzlich Danke sagen! Danke, für die teilweise seit zehn Jahren bestehende Zusammenarbeit mit verschiedenen Referent:innen. Und natürlich Danke für das entgegengebrachte Vertrauen aller Fortbildungsinteressierten, die wir auf ihrem beruflichen Qualifizierungsweg begleiten durften. Wir möchten auch in den nächsten zehn Jahren die Lücken zwischen Theorie und Praxis verkleinern sowie Raum für Vernetzung und Erfahrungsaustausch bieten, um von- und miteinander zu lernen. Wir freuen uns auf die kommenden Jahre. Schauen Sie gerne in unser Fortbildungsangebot für das zweite Halbjahr unter [https://www.gesundheit-nds-hb.de/fileadmin/Projekte/CAREalisieren/2024-2HJ\\_CAREalisieren-Programm.pdf](https://www.gesundheit-nds-hb.de/fileadmin/Projekte/CAREalisieren/2024-2HJ_CAREalisieren-Programm.pdf). Bei Interesse können Sie sich in unseren E-Mail-Newsletter eintragen. Ihr CAREalisieren-Team

Literatur bei den Verfasserinnen  
Anschrift siehe Impressum

### SOLVEIG LENA HANSEN

## Wissenschaft gemeinsam gestalten: Das Lehr-Lern-Konzept »Open Space Public-Health-Ethik« in Bremen

Public-Health-Ethik ist in Deutschland ein sehr junges Fach, welches sich aktuell in der Entwicklung und Profilbildung befindet. Im internationalen Vergleich gibt es bisher wenig Strukturen, um ethische Reflexion systematisch zu verankern. Dies wäre jedoch wichtig, weil die Frage »Was sollen wir tun?« in vielen Gesundheitsbereichen relevant ist. Ethik beantwortet diese Frage, indem Vorgehensweisen in Public Health systematisch bestimmt, bewertet und priorisiert werden. Ethische Grundsätze sollten dabei auch Überzeugungen von Interessens- und Dialoggruppen berücksichtigen; daher arbeiten viele Ethiker:innen interdisziplinär.

### Die Chance kompetenzorientierter Lehre

Lehre bietet ethische Reflexion für zukünftige Public-Health-Professionals an. Dabei verbindet gute Ethik-Lehre moralische Urteilskompetenz mit der Förderung diskursiver Fähigkeiten. Studierende lernen, normative und epistemische Grundlagen (etwa von Interventionen im Gesundheitssystem oder von Public-Health-Forschungsparadigmen) kritisch zu reflektieren. Sie erwerben Argumentations-, Vergleichs- und Analysekompetenz sowie Reflexions-, Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit. So lernen Studierende, fremde Positionen zu kritisieren und die eigene Position fundiert zu begründen. Dazu gehören auch Techniken, mit denen konstruktive Diskursräume geöffnet, Kontroversen geführt und Lösungen im interprofessionellen Austausch gefunden werden.

### Verankerung der Ethik in den Bremer Gesundheitswissenschaften

Am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen gibt es seit 2020 eine Vollzeitstelle für die Ethik-Lehre in Public Health, die eine Vielzahl von Lehrver-

anstaltungen anbietet. Neben den festen Modulen können über das Modul Open General Studies Lehrveranstaltungen mit innovativen Lehr-Lern-Formaten ausprobiert werden und – vor allem in unbenoteten Seminaren – Lehr-Lern-Beziehungen neu gedacht werden.

### Open Space Public-Health-Ethik

Die Verfasserin bereitete im Sommersemester 2023 mit Studierenden den ersten Open Space Public Health Ethik vor und führte die Konferenz im März 2024 mit Studierenden durch. So sollte ein Ort des Dialogs geschaffen werden, an dem moralische Herausforderungen im Gesundheitswesen besprochen werden, um den Studierenden die Möglichkeit zur Erprobung eines kritischen Austausches zu eröffnen. Im Seminar wurde partizipativ das Thema: »Gesundheitskompetenz und öffentliche Institutionen: Welche Verantwortung tragen professionelle Akteur:innen?« festgelegt (zum inhaltlichen Zuschnitt des Calls und dem Ablauf der Tagung vgl. <https://shorturl.at/zHbiz>). Die durch einen Call eingeworbenen studentischen Beiträge erhielten im Vorfeld ein Feedback der Verfasserin zu ihren Vorträgen. Die Konferenz fand in Bremen statt und beinhaltete sechs Vorträge von Studierenden, zwei Keynote-Vorträge langjährig forschender Professor:innen sowie eine Fishbowl-Diskussion. Es nahmen 40 Personen teil (zwei Drittel Studierende, ein Drittel Lehrende). Das Feedback zur Veranstaltung zeigte, dass das Format äußerst positiv bewertet wurde. Die Evaluation zeigte jedoch auch, dass das Format in Teilen nicht niedrigschwellig genug war – so profitierten die Studierenden in der Fishbowl-Diskussion zwar von den Perspektiven der Lehrenden, jedoch zögerten einige angesichts deren langjährigen Erfahrung mit der eigenen Aktivität.

### Reflexion

Dieses Beispiel zeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen Studierenden und Lehrenden als fachlich und sozial gedacht werden sollte. Die Gestaltung einer wissenschaftlichen Veranstaltung ermöglichte ein direktes Erleben der Partizipation, welches im besten Fall auf die eigenen Handlungs- und Entscheidungsspielräume in der späteren Berufspraxis vorbereitet. Das nun etablierte Format des Open Space ist hoffentlich ein Schritt zu einer Verständigung über die Möglichkeiten, Wissenschaft zwischen Lehrenden und Studierenden zu gestalten. Public-Health-Ethik ist nicht das einzige Fach, in dem so ein Format möglich ist – jedoch gehören hier die Klärung von Rollen und die Gestaltung von guten Diskursräumen zum Selbstverständnis.

### Danksagung

Die Verfasserin dankt herzlich allen beteiligten Studierenden und Lehrenden, dem Fraunhofer MEVIS (Bremen) für die räumliche und organisatorische Unterstützung sowie dem Projekt SKILL-UB für die Förderung des »Innovation Lab zum guten wissenschaftlichen Arbeiten im Bachelorstudiengang Public Health/Gesundheitswissenschaften« (Förderung: Stiftung Innovation in der Hochschullehre), welches die Finanzierung des Vorhabens ermöglichte.

Literatur bei der Verfasserin

DR. SOLVEIG LENA HANSEN, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Grazer Straße 2, 28359 Bremen, E-Mail: [sohansen@uni-bremen.de](mailto:sohansen@uni-bremen.de)



MAREN MEYER

## Ernährungsarmut entgegen ZEHN zeigt Handlungsbedarfe auf

Ein Leben zu bestreiten, ist teuer. Kommt noch Nachwuchs hinzu, müssen neben den eigenen Bedürfnissen auch die der Kinder erfüllt werden. Nicht nur elementare Kosten wie die Miete, die stark gestiegenen Energiepreise, Schulmaterialien oder Klassenfahrten müssen bezahlt werden. Auch der Beitrag für den Sportverein wird monatlich eingezogen, weitere Freizeitaktivitäten kosten ebenfalls Geld. Dabei ist nicht zu vergessen: Jeden Tag meldet sich unser Grundbedürfnis nach Essen und Trinken. 1,34 Millionen Menschen sind in Niedersachsen von Armut betroffen. Alleinlebende Personen müssen ihre monatlichen Lebenshaltungskosten mit unter 1.231 Euro finanzieren. Armutsbetroffenen Alleinerziehenden mit einem Kind unter 14 Jahren stehen maximal 1.600 Euro zur Verfügung. Ist das Geld knapp, muss an vielen Stellen gespart werden. Armut wirkt sich somit auch darauf aus, wie Menschen sich ernähren können. Sind sie mengenmäßig nicht ausreichend mit Lebensmitteln versorgt oder ist es ihnen nicht möglich, am gesellschaftlichen Leben wie einer Essenseinladung teilzuhaben, leiden Menschen unter materieller und/oder sozialer Ernährungsarmut.

### Zwischen Hunger und sozialer Isolation

Aktuelle Zahlen bestätigen eine besorgniserregende Verbreitung von Armut in Niedersachsen. Einige Personengruppen waren auch 2023 besonders betroffen: Von den Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren waren in Niedersachsen etwa ein Fünftel von Armut betroffen (20,7 Prozent). Unter Personen – vor allem Frauen – im Rentenalter betraf es 17,9 Prozent, bei Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit 42,2 Prozent. Wer arm ist, hat es dabei schwerer, sich gesundheitsfördernd – geschweige denn nachhaltig – zu ernähren. Die

Folgen von materieller und sozialer Ernährungsarmut sind verheerend: Die eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten begrenzen die Vielfalt an Lebensmitteln, die im Einkaufskorb landet. Aus der Not heraus werden günstige, aber satt machende Lebensmittel, wie Kartoffeln oder Nudeln, frischen Produkten wie Obst oder Gemüse vorgezogen. Nicht jeden Tag ist eine warme Mahlzeit möglich, das Essen in der Schulkantine zu teuer. Staatliche Unterstützung ist in der Theorie zwar möglich, der Antrag mitunter aber zu kompliziert. Im Alltag von Armutsbetroffenen sind Verzicht und Hunger keine Seltenheit. Die mangelhafte Nährstoffversorgung wirkt sich unmittelbar auf die Gesundheit aus. Gerade bei Kindern kann eine unzureichende Ernährung Konsequenzen auf die Entwicklung haben, wie eine vergleichsweise geringe Körpergröße oder eine verminderte Sprachentwicklung. Auch die soziale Funktion von gemeinschaftlichem Essen fällt häufig weg. Freund:innen können nicht nach Hause zu einem gemeinsamen Abend eingeladen werden, im Restaurant essen zu gehen ist ausgeschlossen. Während der Besuch in der Eisdielen im Sommer für viele eine willkommene Erfrischung darstellt, bleibt er Armutsbetroffenen oft verwehrt. Diese Einschränkungen können bis zur sozialen Isolation und Einsamkeit führen.

### Ernährungsarmut im Fokus der Zusammenarbeit

In einem mehrstufigen Beteiligungsprozess hat das Zentrum für Ernährung und Hauswirtschaft Niedersachsen (ZEHN) das Thema Ernährungsarmut in den Fokus gerückt. Insgesamt 31 Teilnehmende aus Wissenschaft, ernährungsbezogenen Fachinstitutionen, zivilgesellschaftlichen Vereinen, Sozial- und Wohlfahrtsverbänden sowie verschiedenen niedersächsischen Landesministerien wurden über mehrere Diskussionsveranstaltungen eingebunden. Sie haben ihre Expertise und Erfahrungsberichte aus der Praxis eingebracht. Darüber hinaus wurden Gespräche mit Betroffenen geführt, die unmittelbar aus ihrer Lebenssituation berichteten.

### Fokusheft zeigt Möglichkeiten

Alle vorliegenden Ergebnisse werden derzeit ausgewertet und daraus konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet. Diese werden in Form eines Fokusheftes als Ergänzung zur bereits seit 2021 bestehenden Ernährungsstrategie des Landes Niedersachsen veröffentlicht. Eine öffentliche Vorstellung ist für Dezember geplant. Das Zentrum für Ernährung und Hauswirtschaft Niedersachsen unterstützt die Umsetzung von Niedersachsens Ernährungsstrategie und wird dies auch mit dem Fokus auf Ernährungsarmut fortführen. Niedersächsische Organisationen, Fachkräfte und Ehrenamtliche werden im Einsatz gegen Ernährungsarmut motiviert und begleitet, Good-Practice-Beispiele öffentlich bekannter und die Dringlichkeit zentraler Diskussionen und Handlungen in Online-Formaten sichtbar gemacht. Das ZEHN arbeitet im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz.

Literatur bei der Verfasserin

MAREN MEYER, Zentrum für Ernährung und Hauswirtschaft Niedersachsen (ZEHN), Sedanstraße 4, 26121 Oldenburg,  
E-Mail: maren.meyer@zehn-niedersachsen.de

## SVEN BRANDES

## Entscheidungen in der Gesundheitsförderung auf eine wissenschaftliche Basis stellen – Das Evaluationsangebot der LVG & AFS

Evaluationen sind Bestandteil des Public-Health-Action-Cycle und im Idealfall auch Bestandteil eines jeden Gesundheitsförderungsprojektes. Als wesentliches Element der Qualitätsentwicklung und Wirkungsüberprüfung können sie entscheidend dazu beitragen, Fehlinvestitionen zu vermeiden. Auch wenn die Vorteile auf der Hand liegen, werden Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung nur selten fundiert evaluiert. Dies betrifft wertvolle Graswurzelprojekte, die durch das Engagement aus den Communities getragen werden, genauso wie komplexe kommunale Vorhaben. Spätestens, wenn die Frage nach deren Verstetigung oder Verbreitung aufkommt, fehlen fundierte Entscheidungsgrundlagen. An dieser Stelle können Akteure ihre Argumente gegenüber Fördermittelgebern lediglich auf eine »gefühlte Wirksamkeit« stützen.

### Fachbereich Evaluation und Praxisforschung baut sein Angebot aus

Die LVG & AFS führt seit 2009 Evaluationen und Praxisforschungen im Rahmen von eigenen sowie externen Projekten und Programmen durch. Ab jetzt bieten wir darüber hinaus interessierten Projektträgern ein modulares Evaluationsangebot für ihre Vorhaben an. Ziel ist es, die systematische Untersuchung von Wirkungen sowie weiterer Fragestellungen im Kontext der Qualitätsentwicklung effizienter zu gestalten.

### Die Evaluation als gemeinsamer Entwicklungsprozess

Für die Realisierung setzt die LVG & AFS auf eine aktive Zusammenarbeit von Evaluations- und Projektverantwortlichen, insbesondere hinsichtlich der Fragebogenentwicklung und der Datenerhebung. Dieser gemeinsame Prozess stellt sicher, dass die verwendeten Erhebungsinstrumente gut die individuellen Projektziele abbilden. Die Auswertung, Interpretation und Aufbereitung der Daten wird durch die LVG & AFS geleistet.

### Verschiedene Evaluationsmodule im Angebot

Arbeitsaufwand, Kosten und wissenschaftliche Aussagekraft lassen sich künftig anhand verschiedener Evaluationsmodule von einfachen Nachbefragungen bis hin zu aufwendigeren Evaluationsdesigns mit Kontrollgruppen skalieren. Auch wenn die Evidenz bei letzteren Designs deutlich höher ist, lassen sich bereits mittels einmaliger Befragungen aussagekräftige Hinweise zu ausgewählten Projektwirkungen und Optimierungspotentialen gewinnen. Kombinieren lassen sich die Evaluationsmodule bedarfsweise mit Forschungsstandanalysen, Fokusgruppen oder Wirkungsmodellen.

### Evaluationsbeispiele:

#### Die Projekte »Familien im Quartier« (Latzten) sowie »Groß und Klein – keiner allein« (Barsinghausen)

Wie entsprechende Produkte aussehen können, zeigen die aktuellen Evaluationen zweier kommunaler Gesundheitsprojekte: »Familien im Quartier« (Latzten) berät Familien in deren Lebenswelten dazu, welche vorhandenen Unterstützungs-

möglichkeiten es für sie gibt und begleitet diese bei Bedarf dorthin. »Groß und Klein – keiner allein« (Barsinghausen) vermittelt ehrenamtliche Betreuungspatinnen an Alleinerziehende und Eltern von Kindern im Alter von ein bis sechs Jahren, um Eltern außerhalb der Kindergarten- beziehungsweise Schulzeiten zu entlasten. Beide Projekte basieren auf dem langjährigen Strukturentwicklungsprozess des Programms Präventionsketten Niedersachsen. Im Fokus der Untersuchungen stehen die Sichtweisen der Familien auf ihren Wissenszuwachs sowie auf Einstellungs- und Verhaltensänderungen.

### Hoher Rücklauf in migrantischen Communities

Dass auch in einem engen zeitlichen und finanziellen Rahmen viel möglich ist, zeigt beispielsweise die Strategie in Latzen, in deren Rahmen der schriftliche Fragebogen mit Hilfe der Projektmitarbeiter:innen in fünf Sprachen übersetzt sowie die Freitextantworten zurückübersetzt wurden. Diesem Vorgehen ist ein hoher Erhebungsrücklauf in migrantischen Communities zu verdanken: Von insgesamt 104 befragten Familien nutzten 83 Prozent das in die arabische Sprache übersetzte Instrument, was als Hinweis auf die hohe Akzeptanz der Projektarbeit in dieser Community gewertet werden kann. Beide Evaluationsberichte sind zum freien Download in der sozialwissenschaftlichen Open Access Literaturdatenbank [www.gesis.org/ssoar](http://www.gesis.org/ssoar) und auf der Homepage von [www.praeventionsketten-nds.de](http://www.praeventionsketten-nds.de) veröffentlicht.

Literatur beim Verfasser

Anschrift siehe Impressum

### MARCO FRANZE, VANESSA SOPHIE ERNST, WOLFGANG HOFFMANN

## Prävention und Gesundheitsförderung in Mecklenburg-Vorpommern – Früherkennung und -förderung in benachteiligten Kitas

Ergebnisse des bundesrepräsentativen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) belegen erneut die Bedeutung sozialer Ungleichheit für die Gesundheitsförderung: Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozio-ökonomischen Status weisen deutlich häufiger psychische Auffälligkeiten auf und sind weniger körperlich aktiv.

### Kindertagesförderungsgesetz ermöglicht Früherkennung und -förderung

In Mecklenburg-Vorpommern wird dies seit 2011 auf gesetzlicher Basis berücksichtigt: Das Kindertagesförderungsgesetz (KiföG M-V) ermöglicht, dass in Kitas in sozialräumlich benachteiligter Lage bei Drei- bis Sechsjährigen eine Früherkennung sprachlich-kognitiver, motorischer und sozial-emotionaler Entwicklungsgefährdungen erfolgt und entwicklungsgefährdete Kinder gezielt gefördert werden. Damit soll zu mehr Chancengerechtigkeit beim Schuleintritt beigetragen werden. Träger von antragsberechtigten Kitas können für die Umsetzung entsprechender Maßnahmen eine Landesförderung (maximal 55.000 Euro pro Kita für mindestens drei Jahre) erhalten. Die Zahlung der Mittel ist an die jährliche

Durchführung des »Dortmunder Entwicklungsscreenings für den Kindergarten (DESK 3-6 R)«, die anschließende individuelle Förderung und die Beteiligung an einer Evaluation gebunden. Zu Beginn im Jahr 2011 haben sich 100 Kitas an der Evaluation beteiligt, bis zum Jahr 2024 ist die Zahl auf knapp 160 Einrichtungen angestiegen. Neben DESK-Daten von jährlich circa 8.000 Kindern werden Daten der kommunalen Schuleingangsuntersuchung (SEU) genutzt und das Kita-Leitungspersonal schriftlich zu strukturellen Merkmalen der Kita sowie zur Akzeptanz des Monitoring- und Früherkennungsprozesses befragt.

### Wirksamkeit nachweisbar

Es geben 88 Prozent der Leitungen an, dass sich die Förderung durch den DESK-Einsatz verbessert hat. Analysen von DESK-Daten zeigen, dass bereits vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie bis zu einem Drittel der Kinder von Entwicklungsgefährdungen betroffen war, vor allem im sprachlich-kommunikativen Bereich. Vergleicht man die Querschnitte der Erhebungsjahre miteinander, lassen sich Zuwächse der Prävalenz erkennen, gleichzeitig aber auch eine Wirksamkeit der gezielten Förderung. Denn im Längsschnitt sind Verbesserungen der altersadjustierten DESK-Werte über die Zeit feststellbar. Jedoch scheinen diese Zuwächse kindlicher Kompetenzen nicht ausreichend zu sein, um eine Chancengerechtigkeit zur Einschulung vollends herzustellen. Denn Ergebnisse der SEU deuten darauf hin, dass Kinder aus »DESK-Kitas« gemäß der Einschätzung der Amtsärzt:innen weiterhin in stärkerem Maße von Entwicklungsverzögerungen betroffen sind als Kinder aus den übrigen Kitas – leider mit steigender Tendenz.

### Möglichkeiten und Grenzen

Insgesamt kann das KifÖG als Beitrag für eine evidenzbasierte Bildungs-/Gesundheits-/Sozialpolitik angesehen werden, denn es hat zum Aufbau eines validen Frühwarnsystems im Setting Kita geführt. Dieses System bietet die Chance, dass zum Beispiel Logopädie zeitlich deutlich vor der SEU in Anspruch genommen wird. Dies ist sehr bedeutsam, denn Analysen von SEU-Daten zeigen, dass bei vielen Kindern mit sprachlichen Auffälligkeiten diese erstmalig bei der SEU identifiziert werden und somit wertvolle Zeit für die Förderung ungenutzt verstrichen ist. Allerdings liefert die Evaluation auch Hinweise auf die leider nur begrenzten Möglichkeiten der geförderten Kitas in Mecklenburg-Vorpommern. Diese sind mitbedingt durch eine im Vergleich zu anderen deutschen Bundesländern ungünstigere Fachkraft-Kind-Relation. Deshalb sollte neben der besseren Kitaausstattung auch die Befähigung der Eltern zur Förderung der Kinder ausgebaut und die Inanspruchnahme von Kinderärzt:innen für weitere externe Unterstützung erhöht werden. Zudem sollte die Förderung von Kindern im Sinne einer Präventionskette anschlussfähig sein und Kita und Schule umfassen, damit begonnene Fördererfolge verstetigt und noch vorhandene Entwicklungsgefährdungen in der Schulzeit aufgefangen werden können.

Literatur bei den Verfasser:innen

DR. MARCO FRANZE, VANESSA SOPHIE ERNST, PROF. DR. WOLFGANG HOFFMANN,  
Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine,  
Ellernholzstraße 1–2, 17487 Greifswald,  
E-Mail: marco.franze@uni-greifswald.de

BRITTA KENTER, SABRINA WEITEMEIER

## Wie sozialraumorientierte Gesundheitsförderung gelingen kann – Die Macht der Vielen!

Dichte Bebauung, versiegelte Flächen, wenig Grün, Armut, gesundheitliche und soziale Chancenungleichheit – das sind Schlagworte, die für viele Quartiere in Niedersachsen charakteristisch sind. Diese Quartiere werden oft als »soziale Brennpunkte« bezeichnet. Sind es nicht eher Ansatzpunkte (anstatt Brennpunkte), um die dort lebenden Menschen zu befähigen, ihre Lebensbedingungen eigenständig entsprechend der Möglichkeiten zu verbessern?

### Programm »Gesundheit im Quartier«

» Um Empowerment zu fördern, braucht es Lebenskraft, Resilienz und einige andere Faktoren, die immer einhergehen mit der Gesundheit der Menschen vor Ort. Es benötigt Vernetzung, Angebote, Begegnungsorte und -räume, damit dies gelingen kann (...).« Zitat aus einem geförderten Quartier

Mit dem Programm »Gesundheit im Quartier«, welches von der AOK Niedersachsen seit 2020 gefördert und von der LVG & AFS fachlich begleitet wird, können diese Räume der Begegnung gemeinsam mit den Menschen in den Quartieren geschaffen und individuelle Fähigkeiten gestärkt werden, damit gesundheitsförderliche Veränderungen gelingen. Die 17 geförderten Quartiere zeigen auf vielfältige Weise, wie dies funktionieren kann. Kennzeichnend für alle Quartiere ist, dass die Quartiersakteure mit den Anwohner:innen im Dialog über ihre Bedarfe und Bedürfnisse sind. Das ist der Kern des Programms und vielleicht auch das Erfolgsrezept: Gemeinsam wird durch Vernetzung aller relevanten Akteure mit den Anwohner:innen eines Quartiers geprüft, was es braucht, um das jeweilige Quartier gesundheitsförderlicher und lebenswerter zu gestalten und den sozialen, gesellschaftlichen und auch klimatischen Herausforderungen zu begegnen.

» Wir wollen Verbindungen und Austausch zwischen den Menschen und den Institutionen im Quartier herstellen. (...) Die Menschen lernen bei uns andere Perspektiven und Sichtweisen kennen, miteinander zu handeln, zu kommunizieren, Konflikte zu lösen und als Teil einer Gemeinschaft das Quartier zu gestalten. (...)« Zitat aus einem geförderten Quartier

### An einem Strang ziehen

Damit die Arbeit in den Quartieren gewinnbringend für die Menschen vor Ort gestaltet werden kann, braucht es Unterstützung – und zwar nicht nur von möglichst vielen Akteuren vor Ort, sondern auch von Kooperationspartnern auf anderen Ebenen, etwa auf Ebene der Städte und Landkreise, deren Arbeit unmittelbar in das Setting Quartier wirkt. Bedeutsam für eine nachhaltige Verankerung der Projektaktivitäten in den Quartieren erscheint dabei, bereits bestehende Vernetzungsstrukturen im Gesundheitswesen auf kommunaler Ebene zu nutzen. Hierzu zählen zum Beispiel die Gesundheitsregionen Niedersachsen oder die Präventionsketten. Im Kennedyviertel in Oldenburg wurde beispiels-

weise gemeinsam mit der hiesigen Präventionskette das Projekt »Neighbourhood Health – Nachbarschaft und Gesundheit« umgesetzt. Mit diesem durch »Gesundheit im Quartier« geförderten Projekt wird die Gesundheitskompetenz der Menschen im Quartier gestärkt.

#### **Learnings aus vier Jahren »Gesundheit im Quartier«**

» Wir sehen die Macht der Vielen und die kollektive Intelligenz als Schlüssel für eine kooperative und gemeinwohlorientierte Stadtentwicklung. Miteinander im Quartier gegen die Herausforderungen der Zukunft. Wir können die komplexen Themen unserer Zeit nicht allein lösen und sind aufeinander angewiesen.« Zitat aus einem geförderten Quartier

Das Programm zeigt: Letztlich braucht es Unterstützung und Engagement von vielen Seiten, damit Gesundheitsförderung im Quartier gelingen kann. Programmförderungen, die Gesundheitsförderung auf Quartiersebene adressieren, sind bisher in allen Bundesländern rar gesät. Ein organisierter bundesweiter Austausch mit dem Ziel eines Wissenstransfers zwischen den verschiedenen Programmaktivitäten ist zukünftig sinnvoll, um Erfahrungen transparent zu machen und voneinander zu lernen – immer mit dem Ziel, Quartiere so zu stärken, dass Gesundheitsförderung mit der Quartiersentwicklung Hand in Hand geht.

Literatur bei den Verfasserinnen

Anschrift siehe Impressum

#### **PHILIPP WALTHER**

## **Versorgung neu denken und umsetzen – Kommunale Versorgungsstrukturanalyse und -planung in Ostfriesland**

Die klassischen Versorgungsstrukturen werden langfristig den Versorgungsbedarf aufgrund zunehmender Inanspruchnahme bei gleichzeitigem Fachkräftemangel nicht sicherstellen können. Das betrifft insbesondere den ärztlichen Bereich und vor allem den ländlichen Raum. Versorgung muss zum einen im Sinne von multiprofessionellen und vernetzten Teams neu gedacht werden. Zum anderen muss der Fokus stärker auf Prävention und Gesundheitsförderung sowie soziale Komponenten verschoben werden. Vor diesem Hintergrund und gemäß dem Ansatz »Health in all Policies« haben im letzten Jahr Gesundheitsakteure aus den unterschiedlichsten Bereichen den gemeinnützigen Verein »Gesundes Ostfriesland e. V.« gegründet. In den drei Handlungsfeldern »Fachkräfte«, »Gesundheitsversorgung und Digitalisierung« sowie »Community Health« sind bereits die ersten Projekte und Initiativen gestartet. Grundlage ist hierbei eine neu entwickelte datenbasierte kommunale Versorgungsstrukturanalyse und -planung.

#### **Erhebung und Strukturierung von Versorgungsdaten**

Damit Kommunen zukünftig in der Lage sind, die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung ihrer Gemeinde einzuschätzen und zu stärken, bedarf es eines Ansatzes zur Analyse und Planung der Strukturen von Gesundheitsversorgung, der Versorgungslücken sichtbar macht, Handlungsbedarfe iden-

tifiziert sowie daraus Maßnahmen zur Verbesserung ableitet. Es wurde hierfür ein datengestütztes Vorgehensmodell zur Analyse und Planung der aktuellen sowie zukünftigen kommunalen Strukturen der Gesundheitsversorgung entwickelt. Dieses Konzept soll auch für andere Kommunen ein im wissenschaftlichen Kontext entwickeltes und praktikables Instrument bieten. Die Entwicklung erfolgte in der Beispielregion Gemeinde Krummhörn, in der dafür eine Versorgungsstrukturanalyse und -planung durchgeführt wurde. Zu Beginn wurde ein mehrdimensionales ganzheitliches Modell zur Gesundheitsversorgung entwickelt, welches sich an dem Quintuple Aim Ansatz für eine bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung orientiert. Im Rahmen des quantitativen Forschungsansatzes wurden zu vier Dimension Kennzahlen erhoben sowie Entwicklungen bis zum Jahr 2035 prognostiziert. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse konnten wesentliche Handlungsfelder identifiziert werden. Es handelt sich hierbei insbesondere um die Sicherstellung der wohnortnahen Primärversorgung sowie die Stärkung von Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Weiterhin sollten digitale Möglichkeiten zur Verbesserung der Zusammenarbeit und Versorgung in Betracht gezogen und die Gemeindeattraktivität gestärkt werden. Im Abgleich mit dem erstellten Portfolio an Lösungsansätzen können konkrete Maßnahmen sowie ein Zielbild der Gesundheitsversorgung 2035 für die Gemeinde Krummhörn entwickelt werden. Eine Rolle werden hierbei Primärversorgungszentren mit multiprofessionellen Teams, aber auch neue Berufsbilder wie Community Health Nurses spielen. Bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz könnten noch stärker bestehende Communities und Vereinsstrukturen genutzt werden. Eine besondere Rolle wird außerdem der Telemedizin und Telecare zukommen. Der daraus resultierende Leitfaden zur Steuerung kommunaler Gesundheitsversorgung dient als Managementkonzept und stärkt bei Anwendung die Rolle von Kommunen als Gestalterinnen der Gesundheitsversorgung vor Ort in den Punkten Transparenz, Vertrauensbildung und Daseinsfürsorge.

#### **Partizipative Planung der Strukturen mit den lokalen Gesundheitsakteuren**

Für eine weiterführende Konkretisierung und erfolgreiche Implementierung des Zielbildes werden Diskussionen mit der Bevölkerung und den an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteuren sowie Managementstrukturen notwendig sein. Nur, wenn alle Akteure bereit sind, unabhängig von heutigen Strukturen und Grenzen zu denken und gemeinsam patientenzentriert zu handeln, wird die Gesundheitsversorgung in unterversorgten oder davon bedrohten Gebieten zukünftig gesichert sein. Wesentliche Erfolgsfaktoren sind eine ganzheitliche Analyse der Gesundheitsversorgung sowie eine daraus abgeleitete ganzheitlich vernetzte Planung der Strukturen, die partizipativ mit den Beteiligten vor Ort diskutiert, bedarfsorientiert umgesetzt und regelmäßig überprüft und angepasst wird.

Literatur beim Verfasser

DR. PHILIPP WALTHER, Gesundes Ostfriesland e. V., Gewerbestraße 58, 26624 Südbrookmerland/Georgsheil, E-Mail: walth@mediplex.de



# Impressum



Niedersachsen Bremen e. V.

## In eigener Sache



Liebe Leser:innen,

die Zeitschrift *impulse* für Gesundheitsförderung können Sie sowohl in gedruckter als auch in elektronischer Form (als PDF-Dokument) beziehen.

Sie beziehen die *impulse* aktuell postalisch, möchten aber Papier-Ressourcen sparen und die neuen Ausgaben ab jetzt per E-Mail zugestellt bekommen? Dann melden Sie sich gerne unter [impulse@gesundheit-nds-hb.de](mailto:impulse@gesundheit-nds-hb.de).

Sie beziehen die *impulse* noch nicht im Abonnement und möchten die Zeitschrift regelmäßig per E-Mail zugestellt bekommen? Dann freuen wir uns auf Ihre Anmeldung:



Zudem machen wir Sie auf die Möglichkeit aufmerksam, die *impulse*-Ausgaben von unserer Website [www.gesundheit-nds-hb.de/impulse/](http://www.gesundheit-nds-hb.de/impulse/) herunterzuladen.



» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V., Schillerstraße 32, 30159 Hannover  
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 388 11 89-31

E-Mail: [info@gesundheit-nds-hb.de](mailto:info@gesundheit-nds-hb.de)

Internet: [www.gesundheit-nds-hb.de](http://www.gesundheit-nds-hb.de)

» **LinkedIn:** Folgen Sie uns auf LinkedIn: LVGAFS

<https://de.linkedin.com/company/lvgafs>

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Dr. Marius Haack, Leonie Herrmann, Laura-Helen Klein, Lea Oesterle, Dr. Maren Preuß

» **Beiträge:** Thomas Altgeld, Dr. Jan Böcken, Jeanett Bonecke, Sven Brandes, Sophia Buermeyer, Thorsten Busse, Irina Cichon, Mareile Deppe, Vanessa Sophie Ernst, Larissa Federmann, Dr. Marco Franze, Tanja Gangarova, Prof. Dr. Raimund Geene, Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Dr. Solveig Hansen, Prof. Dr. Martina Hasseler, Maria Hellbaum, Karina Heuer, Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Kimberly Janke, Lina Kabangu, Britta Kenter, Dr. Christopher Kofahl, Susanne Melin, Prof. Dr. Gabriele Meyer, Maren Meyer, Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A. M. Neugebauer, Sandra Pape, Dr. Dr. Klaus Piwernetz, Dr. Maren Preuß, Gerlinde Rohrauer-Näf, Dr. Klaus Ropin, Prof. Dr. Nils Schneider, Sabine Scholz-de Wall, Alexandra Schüssler, Lennart Semmler, Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Janine Sterner, Anne Trauernicht, Dr. Dr. Mo Urban, Dr. Philipp Walther, Sabrina Weitemeier, Melike Yildiz

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 125: 15.09.2024

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

» **Auflage:** 2.000

» **Gestaltung:** Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» **Druck:** Druckerei Hartmann GmbH

» **Erscheinungsweise:** 4 x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor:innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» **Titelbild:** © istockphoto.com: ermate

» **Fotos:** adobe.stock.com: © Sittipol (S. 2), © Thomas Söllner (S. 3), © Simone (S. 8), © catherine lefort (S. 9), © Fokussiert (S. 11), © elenabl (S. 12), © upixa (S. 13), © Gil Macedo (S. 14), © freshidea (S. 16), © contrastwerkstatt (S. 20), © HASAN (S. 22), © Iftikhar alam (S. 29), © master1305 (S. 30)

» Liebe Leser:innen, wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der *impulse* speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter [info@gesundheit-nds-hb.de](mailto:info@gesundheit-nds-hb.de) widersprechen.

» Die LVG & AFS wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.

## DHS Jahrbuch Sucht 2023

Das Jahrbuch Sucht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen bietet in bewährter Gliederung schnelle Orientierung und detaillierte Informationen zur Entwicklung der Suchtproblematik in Deutschland. Neben dem jährlichen Überblick zur epidemiologischen Situation des Konsums verschiedener Suchtmittel beleuchtet das Jahrbuch detailliert die verschiedenen Suchstoffe und -formen sowie deren Auswirkungen. Zudem werden aktuelle Ergebnisse der Deutschen Suchtthilfestatistik dargestellt. Neben den jährlich wiederkehrenden Themen stehen 2023 Substanzkonsumstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen und Sucht im Fokus des Jahrbuchs. Das umfangreiche Adressverzeichnis deutscher und europäischer Einrichtungen im Suchtbereich rundet das umfangreiche Nachschlagewerk ab. (sob)

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E. V. (HRSG.): DHS Jahrbuch Sucht 2023. Pabst Science Publishers, Lengerich, 2023, 268 Seiten, ISBN 978-3-95853-837-5, 20,00 Euro

## Schwangerenvorsorge durch Hebammen

Das Standardwerk erscheint nach neun Jahren endlich in vierter Auflage, die sich bezüglich der Untergliederung eng an der dritten Auflage orientiert und wieder von vielen namhaften Autor:innen verfasst wurde. Der erste Teil behandelt Grundlagen inklusive eines Kapitels zum evidenzbasierten Arbeiten. Im zweiten Teil geht es um die praktische Durchführung und der dritte Teil befasst sich mit organisatorischen Belangen. Ein viertes Kapitel gibt Einblick in die gesetzlichen Regelungen zum Thema Schwangerenvorsorge. Insgesamt handelt es sich um ein praxisnahes Buch, das einen umfangreichen Überblick vermittelt und den Einstieg in eine gute und sichere Vorsorgearbeit ermöglicht. (sdw)

DEUTSCHER HEBAMMENVERBAND E. V. (HRSG.): Schwangerenvorsorge durch Hebammen. 4. Auflage. Thieme, Stuttgart, 2023, 404 Seiten, ISBN 978-3-13-244374-7, 54,99 Euro

## Jungs, wir schaffen das

Jungen und Männer müssen sich permanent gegenüber Männlichkeitsanforderungen positionieren. Das kann »Mannsein« verkomplizieren, so der Autor, der mit seinem Buch eine Orientierungshilfe für eine faire und emanzipierte Männlichkeit darbietet. Dabei geht er der Frage nach, wie »nachhaltiges Mannsein« heutzutage funktionieren kann. Neben Grundlagen aus der Geschlechterforschung und der Männerarbeit werden die Leser:innen persönlich angesprochen, zu Veränderung aufgefordert und zu Übungen angeregt. Eigene Erfahrungen des Autors runden die abwechslungsreichen Erzählstränge ab und inspirieren die Leser:innen, ihre Vorstellungen von Mannsein und Männlichkeit zu reflektieren. (ls)

MARKUS THEUNERT: Jungs, wir schaffen das. Ein Kompass für Männer von heute. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2023, 251 Seiten, ISBN 978-3-17-042786-0, 29,00 Euro

## Burnoutprävention in Heil-, Pflege- und Betreuungsberufen Eine Anleitung zur Selbstorganisation

Wie kann dem Burnout-Risiko in Heil-, Pflege- und Betreuungsberufen begegnet werden? Dieses Buch stellt durch verschiedene Methoden des Zeit-, Ziel- und Ressourcenmanagements einen eigenen Lösungsansatz vor. Die im Buch dargelegten Hinweise zum Setzen von Zielen, zum Planen, Entscheiden, Ausführen und Kontrollieren lehnen sich an den Regelkreis des Selbst-Coachings an. Diese Inhalte sowie Exkurse und Ausführungen zum Stressmanagement sind so konzipiert, dass Gelesenes und Gelerntes direkt angewendet werden können. Das Buch gibt mit didaktisch gut aufbereiteten Selbsttests, Fragebögen und Checklisten die Gelegenheit zur Selbstreflexion. (mhe)

DIETER BRENDT: Burnoutprävention in Heil-, Pflege- und Betreuungsberufen. Eine Anleitung zur Selbstorganisation. Expert Verlag, Tübingen, 2023, 175 Seiten, ISBN 978-3-8385-6158-5, 26,90 Euro

## Stark durch krisenhafte Zeiten

Was ist eine psychosoziale Krise? Wie lässt sich eine Krise von einem (Psycho-)Trauma abgrenzen? Und wie können Krisen und Traumata erfolgreich bewältigt werden? Diesen Fragen geht die Autorin in ihrem Buch nach und liefert darüber hinaus mit Gesprächsführungs- und Abgrenzungsstrategien Unterstützung für Helfende. Eine Besonderheit bildet das letzte Kapitel zum Thema Suizidalität, in dem mit Vorurteilen aufgeräumt, Ursachen erklärt und ein passender Umgang vermittelt werden. Das Buch bietet eine fachlich fundierte und praxisnahe Hilfe sowohl für Betroffene als auch für Angehörige sowie professionell Helfende. Das Buch ist leicht verständlich und praxisnah geschrieben und wird durch zahlreiche Beispiele bereichert. (sp)

JOHANNA GERNGROSS: Stark durch krisenhafte Zeiten. Resilienz fördern bei sich selbst und anderen. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 2023, 240 Seiten, ISBN 978-3-608-20644-9, 37,99 Euro

## Handbuch Mädchen\*(sozial)arbeit

Welche Themen prägen und beeinflussen Mädchen\* und junge Frauen\* heutzutage? Und wie können Fachkräfte der Sozialen Arbeit geschlechterreflektierend darauf eingehen? Das Handbuch bietet zu diesen und weiteren Fragen eine Fülle von Denkanstößen. In übersichtlichen Kapiteln tragen Autor:innen unter anderem zu den Themen Geschlechterdiversität, Empowerment und Lebenswelten eine große Bandbreite an Inhalten zusammen. Herausforderungen und Lebenssituationen von Mädchen\* und jungen Frauen\* werden auf diese Weise perspektivreich beleuchtet. Das Buch will die aktuellen Diskurse der Mädchen\*(sozial)arbeit festhalten, zu praktischer Umsetzung befähigen und eine gendersensible Pädagogik fördern. (ant)

ELKE SCHIERER, SYLVIA C. REICHLER (HRSG.): Handbuch Mädchen\*(sozial)arbeit. Professionelle Herausforderungen der Sozialen Arbeit geschlechterreflektierend bewältigen. Beltz Juventa, Weinheim, 2023, 417 Seiten, ISBN 978-3-7799-6847-4, 44,00 Euro

## Soziale Ungleichheit, Bildung, Biografieforschung. Perspektiven zum Werk von Ingrid Miethe

Das Buch enthält facettenreiche Beiträge zur Bildungs-, Ungleichheits- und Biografieforschung, welche sich an Themenschwerpunkten orientieren, die die Erziehungswissenschaftlerin Ingrid Miethe im Laufe ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit bearbeitet hat. Die Autor:innen der einzelnen Beiträge wirkten in unterschiedlicher Weise am akademischen Werdegang von Ingrid Miethe mit. Inhaltlich werden die Themen Ausgrenzung, Teilhabe, gruppenbezogene Diskriminierung und soziale Ungleichheit behandelt. Der Band richtet sich an Lehrende und Forschende der Erziehungswissenschaft und Sozialen Arbeit. (md)

TIMO SCHREINER, DOMINIK WAGNER-DIEHL (HRSG.): Soziale Ungleichheit, Bildung, Biografieforschung. Perspektiven zum Werk von Ingrid Miethe. Verlag Barbara Budrich GmbH, Opladen, Berlin, Toronto, 2023, 143 Seiten, ISBN 978-3-8474-2716-2, 22,99 Euro

## Vor Hitze schützen – ein Handbuch für Pflege- und Gesundheitseinrichtungen

Die Herausgeberinnen gelten als Koryphäen und haben sich als eine der Ersten wissenschaftlich mit dem Hitzeschutz (von Pflege- und Gesundheitseinrichtungen) in Deutschland befasst. Bei ihrem Handbuch handelt es sich vermutlich um die derzeit umfangreichste, wissenschaftlich fundierte Lektüre zu diesem Thema im deutschsprachigen Raum. Das Buch richtet sich gleichermaßen an Personen in Wissenschaft und Praxis. Wissenslücken sowie aktuelle und zukünftige Herausforderungen werden transparent gemacht. Viele Praxisbeispiele, Abbildungen und Merke-Kästchen veranschaulichen die Inhalte. Dennoch sind physiologische Vorkenntnisse für den ersten Teil der Lektüre hilfreich. (laf)

HENNY ANNETTE GREWE, BEATE BLÄTTNER (HRSG.): Vor Hitze schützen. Ein Handbuch für Pflege- und Gesundheitseinrichtungen. Kohlhammer, Stuttgart, 2024, 209 Seiten, ISBN 978-3-17-040844-9, 39,00 Euro

## Gestörte Bindungen in digitalen Zeiten

Die Digitalisierung erreicht all unsere Lebensbereiche. Durch Homeschooling, Video-Kontakte, Homeoffice und vieles mehr verändert sich die Art und Weise, wie wir uns austauschen – und zwar generationsübergreifend. Wie sich diese Veränderungen auswirken und wie dem in Beratung oder Therapie begegnet werden kann, sind die zentralen Themen dieses Übersichtswerkes. In den Beiträgen werden Theorie und Praxis verknüpft. Die Autor:innen zeigen durch ihre Erfahrungs- und Forschungsberichte Möglichkeiten der Förderung von Medienkompetenz und Alternativen zur Mediennutzung auf. Das Werk gibt wichtige Anregungen für Fachkräfte, die in der Prävention arbeiten. (jb)

KARL HEINZ BRISCH (HRSG.): Gestörte Bindungen in digitalen Zeiten. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 2023, 304 Seiten, ISBN 978-3-608-98739-3, 40,00 Euro

## Gesundheitskiosk – Konzepte, Erfahrungen und Perspektiven

Spätestens seit der Diskussion um die Einführung des Gesundheitsversorgungstärkungsgesetzes wird in Fachkreisen über den Nutzen, das Angebotsspektrum, Finanzierungs- und Betreibermöglichkeiten von Gesundheitskiosken beraten. Es handelt sich um ursprünglich vorrangig in urbanen Räumen erprobte Einrichtungen, in denen zum Beispiel niedrigschwellig Gesundheitsberatung und Vermittlung von Leistungen der medizinischen Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen stattfinden. Das Buch beleuchtet aktuelle Diskussionslinien (auch zu heiklen Fragen, zum Beispiel der Finanzierung, der Ansiedlung in ländlichen Regionen oder der Übernahme von heilkundlichen Aufgaben) und gibt interessierten Fachpersonen wertvolles Erfahrungswissen an die Hand, das eine passgenaue Umsetzung vor Ort erleichtern kann. (mp)

HEIKE KÖCKLER, ANNE ROLL, MICHAEL WESSELS, HELMUT HILDEBRANDT (HRSG.): Gesundheitskiosk. Konzepte, Erfahrungen und Perspektiven. Springer Gabler, Wiesbaden, 2023, 51 Seiten, ISBN 978-3-658-43665-0, 14,99 Euro

## Zwischen Ehrentag und Aktionstag

Das Buch widmet sich der Geschichte des 17. Oktobers als Internationalem Tag für die Beseitigung der Armut. Neben der Entstehungsgeschichte beschreibt der erste Teil des Buches anhand von sechs Orten in Deutschland Modelle zur Gestaltung und Würdigung dieses Welttages. Der zweite Teil widmet sich den Verbindungslinien zwischen den Aktionen und Veranstaltungen dieser Orte, auch über die Grenzen Deutschlands hinaus. Viele Bilder, Textdokumente und Interviewaussagen dokumentieren dieses Stück Zeitgeschichte sehr berührend und regen zum Nachdenken an. Das Buch richtet sich damit an ein breites Publikum, um für Gerechtigkeit für alle und die Menschen, die niemand sieht, zu sensibilisieren. (khe)

ANNETTE RODENBERG: Zwischen Ehrentag und Aktionstag – Aus der Geschichte des Internationalen Tages für die Beseitigung der Armut (17. Oktober) in Deutschland. Vierte Welt Verlag, Gerswalde, 2023, 227 Seiten, ISBN 978-3-00-075381-7, 20,00 Euro

## Ohne dich. Wenn Männer trauern

Menschen trauern auf ganz verschiedene Weisen. Oft wird Männern unterstellt, sie hätten keinen Bezug zu ihren Gefühlen oder könnten diese nur schwer ausdrücken. Der Autor nimmt die männliche Lebenswelt in den Blick und geht der Frage nach, wie Männer ihre Trauer wahrnehmen und äußern und welche Stereotypen hinter einem vermeintlich »männlichen« Umgang mit Verlusterfahrungen stecken. Ausgehend von der Konstruktion von Geschlecht über die Prozesse der Trauer und Muster von Männlichkeit bis hin zur Begleitung von Trauernden nähert sich das Buch diesem Thema sehr feinfühlig, bietet viele Beispiele aus der Praxis und hilft, Klischees zu überdenken. (stj)

ERICH LEHNER: Ohne dich. Wenn Männer trauern. Tyrolia Gesellschaft mbH, Innsbruck und Wien, 2024, 128 Seiten, ISBN 978-3-7022-3965-7, 17,95 Euro

# Termine LVG & AFS



Niedersachsen Bremen e. V.

## Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.

### Arbeit, Armut und Gesundheit Jubiläumstagung des regionalen Arbeitskreises Armut & Gesundheit 22. Oktober 2024, Oldenburg

Armut ist eine der wesentlichen gesellschaftlichen Herausforderungen unserer Zeit, auch wegen ihrer starken Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen. Seit über 20 Jahren engagieren sich Fachkräfte aus dem Nordwesten Niedersachsens im regionalen Arbeitskreis Armut & Gesundheit, um dieser Herausforderung zu begegnen. Mit der Tagung »Arbeit, Armut & Gesundheit« soll dieses langjährige Engagement einerseits durch einen Blick auf die bisherige Arbeit des Arbeitskreises gewürdigt werden. Andererseits soll auch gemeinsam ein Blick auf zukünftige Herausforderungen geworfen werden. Übergreifende Themen des Tages werden Arbeit, Arbeitsbedingungen und deren Auswirkung auf Gesundheit sein. Neben wissenschaftlichen Beiträgen ist eine Podiumsdiskussion mit Vertreter:innen der Landespolitik geplant.

### Mit dabei und gesund – Beteiligung in der Gesundheitsförderung für und mit Menschen mit Behinderungen 24. und 30. Oktober 2024, digital

Mit dieser Veranstaltung möchten wir gute Ansätze und Projekte aufzeigen, mit Hilfe derer Gesundheitsförderung für und mit Menschen mit Behinderungen gelingen kann. Dabei geht es um die Themen Bewegung, Ernährung, Stress, Gesundheit, Klima und Teilhabe. Es geht auch darum, wie diese Themen gemeinsam mit den Menschen in den Wohn- und Werkstätten, im Quartier und in der Kommune umgesetzt werden können. Menschen mit Behinderungen gestalten die Impulse aktiv mit. Herzlich eingeladen sind Menschen mit Behinderungen sowie Fachkräfte aus Bremen und Niedersachsen, die mit Menschen mit Behinderungen arbeiten.

### Hilfe gesucht!? Bremer Beratungs- und Unterstützungsangebote stellen sich vor 25. Oktober 2024, Bremen

Die Veranstaltung gibt einen Überblick über die psychosozialen Hilfsangebote für Kinder und Jugendliche in Bremen. Mit welchen Problemlagen kann ich mich an welche Stelle wenden? Für wen sind die Angebote gedacht? Und wie funktioniert der Zugang? Diese und weitere Fragen können die Teilnehmenden beantworten, nachdem sich verschiedene psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche in Bremen vorgestellt haben. Die Teilnehmenden können mit den Vertreter:innen ins Gespräch kommen, Fallbeispiele kennenlernen und klären, wie die Schnittstellen zu diesen Angeboten bestmöglich gestaltet werden sollten.



### Niedersächsische Suchtkonferenz 28. Oktober 2024, digital

Stigmatisierung gegenüber abhängigkeiterkrankten Menschen kann sowohl in der Gesellschaft als auch im Gesundheitssystem auftreten. Abhängigkeiterkrankte Menschen und ihr persönliches Umfeld werden deutlich stärker stigmatisiert als Menschen mit physischen oder anderen psychischen Erkrankungen. Die Selbststigmatisierung der Betroffenen führt darüber hinaus dazu, dass diese Schuldgefühle und Scham empfinden und vermeiden, über ihre Krankheit zu reden oder Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ziel der diesjährigen Niedersächsischen Suchtkonferenz ist es, Stigmatisierung von Suchterkrankungen als Hindernis für frühzeitige Beratung und Behandlung zu reflektieren und Wege aufzuzeigen, wie stigmatisierende Einstellungen reduziert werden können.

### »Hörst du deine Schubladen klicken?« – Impulse für eine vorurteilsbewusste Beratung 05. November 2024, digital

Vorurteile haben doch nur die anderen, oder? Vorurteile basieren auf Stereotypen und können in Verbindung mit situativer, institutioneller oder gesellschaftlicher Macht dazu führen, dass Menschen benachteiligt, ausgeschlossen und entwürdigt werden. Auch unbewusst. Mithilfe des Stereotype-Content-Model werden in diesem Workshop Stereotype systematisiert, um so ein differenzierteres Verständnis für diverse Lebensrealitäten zu erhalten. Die Teilnehmer:innen bekommen eine fundierte Einführung zu den Themen Bias und Intersektionalität. Neben konkreten Handlungsimpulsen für ein vorurteilsbewusstes Miteinander gibt es einen Leitfaden dazu, wie man ein Ally sein kann.

### Digitalisierung und ihre Anwendungen in der Psychotherapie Modul 3: Telematikinfrastruktur

05. November 2024, digital

### Modul 4: Datensicherheit und Datenschutz

21. November 2024, digital

Welche Auswirkungen hat die Digitalisierung für die psychotherapeutische Versorgung und die Erwartungen und Einstellungen von Patient:innen? Wie können digitale Anwendungen in der Behandlung sinnvoll eingesetzt werden? Und welche rechtlichen Rahmenbedingungen sind zu beachten? In dieser Schulungsreihe erhalten Sie Grundlagenwissen zu aktuellen Entwicklungen der Digitalisierung, ihren Chancen, Risiken und den Möglichkeiten ihrer Anwendungen in der Psychotherapie. Sie richtet sich an Psychologische Psychotherapeut:innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen.



## 2. Bundeskongress Präventionsketten »Strukturelle Armutsprävention – Wie Strukturen benachteiligen oder Teilhabe sichern!«

12. November 2024, Hannover

Etwa ein Fünftel aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland gilt als armutsgefährdet. Die negativen Folgen von Armut für Entwicklung, Gesundheit und Teilhabe sind längst hinreichend belegt. Kinderarmut ist ein strukturelles Problem, dem auch strukturell begegnet werden muss. Es bedarf mehr denn je ineinandergreifende, kindzentrierte Vorgehensweisen, die Zugangsbarrieren abbauen und echte Teilhabe ermöglichen! Armuterfahrene Menschen, Vertreter:innen aus Ländern und Kommunen, Politiker:innen, Praktiker:innen aus verschiedenen Institutionen und Settings sowie weitere Unterstützer:innen aus ganz Deutschland diskutieren beim 2. Bundeskongress Präventionsketten erprobte Ansätze, entwickeln Ideen und stellen Forderungen für eine Stärkung struktureller Armutsprävention in Kommunen auf. Das Ziel ist: Teilhabe für alle Kinder und Familien sichern!

## 11. Jahrestagung der Gesundheitsregionen Niedersachsen Health goes local – health gets fairer?! Versorgungsgerechtigkeit kommunal gestalten

14. November 2025, Hannover

Zugang zu gleichberechtigter gesundheitlicher Versorgung gehört zum Selbstverständnis einer modernen und zukunftsgerichteten Gesellschaft. Was in der Theorie einfach klingt, ist in der Praxis keine Selbstverständlichkeit und erst recht keine leichte Aufgabe. Kommunen kommt im Rahmen der lokalen Umsetzung der Gesundheitsversorgung eine Schlüsselrolle zu. Dem Gemeinwohl verpflichtet und für die soziale Daseinsfürsorge zuständig, agieren sie dort, wo Gesundheitsversorgung stattfindet – vor Ort, wo die Menschen leben. Welchen Beitrag können Kommunen leisten, um Versorgungsgerechtigkeit zu fördern? Welcher Auftrag kommt Kommunen hierbei tatsächlich zu? Welche Stellschrauben stehen ihnen zur Verfügung? Und wieviel Gestaltungsspielraum haben sie etwa vor dem Hintergrund belasteter Haushalte und aktueller gesundheitspolitischer Reformbestrebungen?

## Weiterbildung Sozialmedizin für Psychologische Psychotherapeut:innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen 14. November 2024 – 13. Dezember 2025, digital

Durch das am 01. Januar 2020 in Kraft getretene Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) wurde die Tätigkeit der sozialmedizinischen Begutachtung auch für weitere Heilberufe neben den Ärztinnen und Ärzten geöffnet. Damit steht die Erlangung der Qualifikation auch Psychologischen Psychotherapeut:innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen offen. Ziel der Weiterbildung ist das Erlangen der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung »Sozialmedizin« nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte sowie nach Bestehen der vorgeschriebenen Prüfung. Die LVG & AFS bietet hierbei den theoretischen Teil der Weiterbildung an.

## Mundgesundheit von Anfang an 3.0 20. November 2024, digital

Frühkindliche Karies (ECC – Early Childhood Caries) zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen von Kindern im Vorschulalter. Förderung und Erhalt der Mundgesundheit kleiner Kinder ist eine komplexe Aufgabe, die ein gelingendes Zusammenspiel von Familien und Fachkräften des Gesundheits- und Bildungswesens voraussetzt. Nach zwei Veranstaltungen im Jahr 2018 und 2021 soll in der diesjährigen Veranstaltung der Fokus auf der Gesundheitskompetenz von Eltern liegen. Die Veranstaltung ist eine Kooperation der Zahnärztekammer Niedersachsen, der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e. V., der AOK Niedersachsen, des Hebammenverbands Niedersachsen und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.

## Preisverleihung 14. Niedersächsischer Gesundheitspreis 25. November 2024, Hannover

Zum vierzehnten Mal wird der Niedersächsische Gesundheitspreis von dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, dem Niedersächsischen Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Bauen und Digitalisierung, der AOK Niedersachsen, der Apothekerkammer Niedersachsen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen verliehen. Im Zuge der Preisverleihung werden drei Projekte in den Kategorien »Aktiv für Gesundheit und Klima«, »Gesundheitsberufe attraktiv gestalten« und »Digital Health – Innovative Lösungen in der Gesundheitsversorgung« ausgezeichnet.

## »(Gem-)Einsamkeit und Wohlbefinden in der Kommune integriert und vernetzt gestalten«

26. November 2024, digital

Nicht zuletzt mit der Coronaviruspandemie ist die Bedeutung von Einsamkeit für unterschiedliche Dialoggruppen in den Fokus getreten. Die kommunale Ebene spielt hierbei eine zentrale Rolle und bietet die Chance, sozialen Zusammenhalt und das Empowerment der Menschen vor Ort zu stärken. Welche Handlungsmöglichkeiten haben Kommunen, sich Einsamkeit als Querschnittsthema anzunehmen? Welche Herausforderungen gibt es und wie können wirksame Strategien gelingen? Welche Erfahrungen gibt es bereits in der Praxis? Die Fachtagung im Projekt Kontextcheck richtet sich an Akteur:innen aus Kommune, Politik und Verwaltung sowie an Interessierte aus anderen Fachbereichen.

**Preisverleihung Ideenwettbewerb****»GEMEINSAM nicht einsam – gute Initiativen gegen Einsamkeit«****27. November 2024, Hannover**

Im Rahmen der Öffentlichkeitskampagne »GEMEINSAM nicht einsam« des Landes Niedersachsen läuft ein Ideenwettbewerb. In diesem werden Projekte, Ideen und Initiativen, die in Niedersachsen durchgeführt werden und geeignet sind, von Einsamkeit betroffenen Menschen zu helfen, den Weg aus der Isolation zu finden oder eine drohende Einsamkeit abzuwenden, gesucht. Im Rahmen der Preisverleihung werden die besten drei Projekte in den Kategorien Niedersächsische Kommunen und Verbände, Initiativen und Vereine ausgezeichnet.

**Geflüchtete mit Behinderung und/oder Pflegebedarf****28. November 2024, digital**

Seit Beginn des Krieges in der Ukraine befinden sich unter den Geflüchteten zunehmend Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen sowie ältere Personen. Diese Faktoren können unter anderem in Verbindung mit dem Fluchtweg zu einer zweizeitigen oder auch länger andauernden Pflegebedürftigkeit führen. Aktuell ist das Unterstützungssystem für geflüchtete Menschen nicht ausreichend auf die Bedarfe pflegebedürftiger Personen vorbereitet. Dieses Thema möchten wir im Rahmen der Veranstaltung aufgreifen und anhand von Inputs zur rechtlichen Situation und Praxisbeispielen diskutieren.

**FORTBILDUNGSPROGRAMME**

Das Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Kitas (»kogeKi«) unterstützt Kindertageseinrichtungen darin, Gesundheitsförderung als ein ganzheitliches Konzept zu verstehen und in den Arbeitsalltag zu integrieren. Die Angebote richten sich an pädagogische Fachkräfte, Fachberatungen, Träger:innen und weitere fachlich Interessierte.

**Klimawandel in der Kita – Kindgerecht auf den Punkt gebracht!****29. Oktober 2024, Hannover****Kinderyoga****07. November 2024, Hannover****Das ist auch unsere Welt. Klimawandel kindgerecht erklären und Kinder an Ideen zum Klimawandel beteiligen****27. November 2024, digital**

Weitere Informationen unter:  
[www.kogeki.de](http://www.kogeki.de)



Fortbildung für Beschäftigte sowie Führungskräfte aus der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, Betreuung und Beratung

**160-stündige Fortbildung zum/zur Demenzbeauftragten****Januar – Juni 2025****30-stündige Basisqualifizierung und verschiedene Auffrischkurse – Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI****September/Oktober und November/Dezember, Hannover und digital****Mobbing und Konflikte im Team vorbeugen und auflösen****02. Oktober 2024, Hannover****Refresher – Rechtssicher durch den Pflegealltag****24. Oktober 2024, digital****Mitarbeitendengespräche gekonnt führen – eine Chance zur Personalbindung****25. Oktober 2024, Hannover****Das Risikomanagement im Strukturmodell****04. Dezember 2024, Hannover****Demenz erleben, verstehen und annehmen – Das demenz balance-Modell©****10. Dezember 2024, Hannover**

Weitere Informationen unter:

[www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/carealisieren/](http://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/carealisieren/)



Eltern-Programm zur Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern Die Weiterbildung, zu den Themen Resilienz, kindliche Entwicklung und Zusammenarbeit mit Eltern, qualifiziert Fachkräfte aus Kitas und Grundschulen zu Schatzsuche-Referent:innen.

**Schatzsuche – Basis:****Weiterbildungsdurchgang in Niedersachsen in sechs Modulen****21. Oktober 2024 – 03. Dezember 2024****Weiterbildungsdurchgang in Bremen in sechs Modulen****28. Oktober 2024 – 10. Dezember 2024**

Weitere Informationen unter:  
[www.schatzsuche-kita.de](http://www.schatzsuche-kita.de)

## TERMINE NIEDERSACHSEN, BREMEN

- » **05.11.2024: Digitaler Niedersächsischer Fachtag zur Kinderarmut 2024 – Das Ressourcenkonzept zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen in Armutsverhältnissen**, digital, Kontakt: Kinderschutz-Akademie in Niedersachsen, Tel.: (0511) 444075, E-Mail: info@kinderschutz-akademie.de, Internet: www.kinderschutz-akademie.de/startseite/
- » **06.11.2024: 28. Niedersächsisches Ernährungsforum. Wechseljahre – und dann!?**, digital, Kontakt: DGE-Sektion Niedersachsen, Tel.: (0511) 544 1038 4, E-Mail: anmeldung@dge-niedersachsen.de, Internet: www.dge-niedersachsen.de/
- » **06.11.2024: Kinder essen anders! Oder?**, digital, Kontakt: Kitavernetzungsstelle Niedersachsen, Tel.: (0531) 618310 31, E-Mail: kitavernetzung@vzniedersachsen.de, Internet: www.kitavernetzungsstelle-niedersachsen.de
- » **26.11.2024: Konsum und Krise. Psychische Belastungen als Thema der Suchtprävention**, digital, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Tel.: (0511) 85 87 88, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de, Internet: www.jugendschutz-niedersachsen.de
- » **28.–29.11.2024: 22. Göttinger Forum**, Hannover, Kontakt: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Tel.: (0511) 4505 128, E-Mail: fortbildung@nlga.niedersachsen.de, Internet: https://nlga-fortbildung.niedersachsen.de
- » **29.11.2024: Jahresveranstaltung – Gesunde Stadt Bremen**, Bremen, Kontakt: Universität Bremen, Tel.: (0421) 218 68845, E-Mail: candy.grabowski@uni-bremen.de, Internet: www.uni-bremen.de
- » **06.12.2024: Wegmarken queerer Bewegungen – Kontinuitäten, Brüche und Ausblicke**, Reinhausen bei Göttingen, Kontakt: Akademie Waldschlösschen, Tel.: (05592) 9277 27, E-Mail: simon.merz@waldschloesschen.org, Internet: https://seminare.waldschloesschen.org/de/

## TERMINE BUNDESWEIT

- » **04.–06.11.2024: Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für psychisch erkrankte ältere Menschen**, Berlin, Kontakt: Aktion Psychisch Kranke e. V., Tel.: (0228) 67 67 40, E-Mail: apk-bonn@netcologne.de, Internet: www.deutsche-alzheimer.de
- » **07.–08.11.2024: Deutscher Pflegetag 2024. Pflege stärken mit starken Partnern**, Berlin, Kontakt: DPSG Deutscher Pflegetag Servicegesellschaft mbH, Tel.: (030) 20671140, E-Mail: info@deutscher-pflegetag.de, Internet: www.deutscher-pflegetag.de
- » **08.11.2024: Fachtagung der DGSB: Transitionen im Alltag**, digital, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V., Tel.: (07541) 7304919, E-Mail: geschaeftsstelle@dsgsb.de, Internet: https://dsgsb.de/
- » **08.–09.11.2024: 22. Gesundheitspflege-Kongress**, Hamburg, Kontakt: Springer Medizin Verlag GmbH, Tel.: (030) 28 88 1711, E-Mail: info@gesundheitskongresse.de, Internet: www.gesundheitskongresse.de
- » **20.–21.11.2024: Fachtagung: Lokal. Sozial. Aktiv. Mit Netzwerken Orte der Begegnung gestalten**, Würzburg, Kontakt: BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V., Tel.: (0228) 24 99 9332, E-Mail: netzwerkstelle@bagso.de, Internet: www.bagso.de
- » **21.11.2024: Essen im Wandel. Lebensmitteltrends unter der Lupe**, digital, Kontakt: Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung, Tel.: (0641) 808960, E-Mail: info@ugb.de, Internet: www.ugb.de
- » **21.11.2024: Seltene Erkrankungen – Mit KI zu besserer Diagnostik**, Leipzig und digital, Kontakt: Gesundheitsforen Leipzig, Tel.: (0341) 98988 300, E-Mail: kontakt@gesundheitsforen.net, Internet: www.gesundheitsforen.net
- » **21.–22.11.2024: Community Health Konferenz**, Bochum, Kontakt: Hochschule für Gesundheit, Tel.: (0234) 77727 358, E-Mail: chkbochum@hs-gesundheit.de, Internet: www.hs-gesundheit.de/chkbochum

- » **26.–28.11.2024: Aktion Mensch-Kongress »Veränderung gestalten. Kommunen werden inklusiv«**, Erfurt, Kontakt: Aktion Mensch e. V., Tel.: (0228) 20 92 200, E-Mail: info@aktion-mensch.de, Internet: www.aktion-mensch.de
- » **28.11.2024: Digital Health Conference**, Berlin, Kontakt: Bitkom Servicegesellschaft, Tel.: (030) 27576 0, E-Mail: info@bitkom-service.de, Internet: www.health-conference.de
- » **12.–13.12.2024: VI. Symposium des ZfPH: Public Health in Zeiten multipler Umbrüche**, Berlin, Kontakt: Zukunftsforum Public Health, Tel.: (030) 18754 5175, E-Mail: info@zukunftsforum-public-health.de, Internet: https://zukunftsforum-public-health.de/
- » **13.12.2024: Junge Pflege Kongress**, Jena, Kontakt: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Tel.: (03021) 91570, E-Mail: dbfk@dbfk.de, Internet: https://www.dbfk.de/de/

## TERMINE INTERNATIONAL

- » **16.–18.10.2024: 2. ÖGPH Jahrestagung: Mehr Public Health!**, Innsbruck, Kontakt: Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH), E-Mail: office@oeph.at, Internet: https://oeph.at/
- » **20.11.2024: Brücken bauen im Gesundheits- und Sozialwesen mit Care & Case Management**, Salzburg, Kontakt: Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management, E-Mail: oegcc@oegk.at, Internet: https://www.oegcc.at/
- » **28.11.2024: Team-based care for the management of chronic diseases: from evidence to implementation**, digital, Kontakt: EUPHA-CHR, E-Mail: office@eupha.org, Internet: https://eupha.org/index.php