

THEMENBAND

versorgungskonzepte regional
Migration und Gesundheit Diversität
Solidarität Chancengleichheit
Gesundheitskompetenz Determinanten
Gerechtigkeit Zugangsschar
gesundheitliche Ungleichheit Ressourcen
vulnerable Gruppen Umwelt
Ansprüche Statusgruppen Lebenserwa
gender Benachteiligung
Inortnahe Versorgung

Johanne Pundt
Mirella Cacace (Hrsg.)

Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit



University of Applied Sciences
APOLLON
University Press

Johanne Pundt, Mirella Cacace (Hrsg.)

Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit



University of Applied Sciences
APOLLON
University Press

Johanne Pundt, Mirella Cacace (Hrsg.)

Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit



University of Applied Sciences

APOLLON
University Press

Der vorliegende Themenband vertieft die Ergebnisse des 9. APOLLON Symposiums der Gesundheitswirtschaft und ergänzt den dort angestoßenen Diskurs zum Thema „Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit“ facettenreich um weitere Perspektiven.

Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen
1. Auflage 2019

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Projektmanagement: Corinna Dreyer und Franziska Riedel, Bremen
Lektorat: Corinna Dreyer und Franziska Riedel, Bremen
Korrektorat: Ruven Karr, Saarbrücken
Layout und Satz: Ilka Lange, Hückelhoven
Cover: © Ilka Lange, Hückelhoven
Produced in Germany

[PubliQuation](#)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:
<http://www.dnb.de>

Den Autorinnen und Autoren des vorliegenden Themenbands war es freigestellt, welche Genderschreibweise sie verwenden. Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

ISBN: 978-3-943001-65-5

<http://www.apollon-hochschulverlag.de>

Inhalt

Vorwort (Gert G. Wagner)	11
Einleitung (Mirella Cacace; Johanne Pundt)	13
I Determinanten der gesundheitlichen Chancengleichheit	
1 Alterseinkünfte und soziale Ungleichheit	
(Dina Frommert; Christine Hagen; Ralf Himmelreicher)	29
1.1 Einleitung	29
1.2 Datenbasis und Methode	32
1.3 Empirische Befunde	35
1.4 Zusammenfassung und Diskussion	52
2 Gesundheit, gesundheitliche Ungleichheiten und die Rolle der Gesundheitskompetenz: Der Blick auf das Kindes- und Jugendalter	
(Orkan Okan; Paulo Pinheiro; Ullrich Bauer)	61
2.1 Der gesundheitliche Blick auf das Kindes- und Jugendalter	63
2.2 Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter	67
2.3 Verhältnisprävention und Systemansätze in der Gesundheitskompetenz	79
2.4 Progressive und Proportionate Universalism – ein neues Präventionskonzept	86
2.5 Fazit	89

3 Vom Präventionsdilemma zur Zielgruppendifferenzierung – Ansätze der Gesundheitsförderung zur bedarfsgerechten Zielgruppenansprache	
(Holger Kilian; Stefan Bräunling; Svenja Rostosky; Annett Schmok; Tanja-Maria Kessel)	99
3.1 Einflussfaktoren auf Gesundheit: Was kann Gesundheitsförderung tun?	100
3.2 Settingansatz, Partizipation und Empowerment	104
3.3 Universelle Prävention vs. Zielgruppenorientierung	105
3.4 Fallbeispiele	108
3.5 Diskussion und Schlussbetrachtungen	113
4 Migration und gesundheitliche Ungleichheit	
(Hajo Zeeb; Wiebke Hübner; Jacob Spallek)	117
4.1 Einleitung	117
4.2 Migrantinnen in Deutschland und Europa – aktuelle Daten	118
4.3 Gesundheitliche Risiken und gesundheitliche Versorgung – Rahmenmodelle mit Fokus auf soziale Determinanten und Lebenslauf	120
4.4 Gesundheitliche Unterschiede zwischen Migrationsbevölkerung und Mehrheitsgesellschaft	123
4.5 Asylsuchende und Flüchtlinge in Deutschland: Hinweise auf gesundheitliche Ungleichheit	126
4.6 Teilnahme an Prävention und Gesundheitsförderung	127
4.7 Zugangshindernisse zu gesundheitlichen Angeboten und Diensten: Fokus Prävention	129
4.8 Diskussion und Fazit	131

5 Frauengesundheit und Ungleichheiten (Birgit Babitsch)	137
5.1 Sichtbare und verdeckte Formen der Ungleichheit	138
5.2 Die Bestimmung von Ungleichheiten bei Frauen und Männern	140
5.3 Unterschiede und Ungleichheiten in der Gesundheit von Frauen und Männern	143
5.4 Ungleiche Gesundheit, ungleiche Gesundheitsversorgung	147
5.5 Gender in Public Health	148
5.6 Die Krux mit dem Gender Bias	149
5.7 Gebündeltes und theoriegeleitetes Wissen als Grundvoraussetzung für geschlechterangemessenes Handeln	151
5.8 Ausblick	153
6 Kinder und Jugendliche: Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen	
(Claudia Schmidtke; Benjamin Kuntz; Thomas Lampert)	159
6.1 Einleitung	159
6.2 Gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter	161
6.3 U-Untersuchungen	163
6.4 Inanspruchnahme der U-Untersuchungen	165
6.5 Erinnerungs- und Meldeverfahren	170
6.6 Diskussion	174
II Versorgungspolitische Dimensionen und Maßnahmen	
7 Ungleichheit in der fachärztlichen Versorgung von älteren Menschen	
(Maike Schulz; Jonas Czwikla; Annika Schmidt; Chrysanthi Tsiasioti)	181
7.1 Versorgungsbedarf und Zugangsbarrieren älterer Menschen	181
7.2 Daten und Analysen	187
7.3 Ergebnisse	188
7.4 Fazit	198

8 Die stationäre Versorgung von Migranten und Flüchtlingen in Deutschland	
(Kerstin Herrler; Alfons Holleeder)	205
8.1 Problemstellung und Migrationsbegriff	205
8.2 Gesundheitszustand von Migranten und Flüchtlingen	208
8.3 Literaturreview zur stationären Versorgung von Migranten, Flüchtlingen und Asylbewerbern	210
8.4 Diskussion	221
8.5 Fazit	226
9 Kommunale Maßnahmen zur Überwindung von gesundheitlichen Ungleichheiten	
(Susanne Hartung)	231
9.1 Kommune – Ort für Strategien zur gesundheitlichen Chancengleichheit	232
9.2 Merkmale kommunaler Gesundheitsförderung	233
9.3 Akteurinnen, Strukturen und Finanzierung kommunaler Gesundheitsförderung	235
9.4 Soziallagenbezogene kommunale Gesundheitsförderung in der Praxis	237
9.5 Qualität kommunaler Gesundheitsförderung	242
9.6 Anstelle eines Fazits: Partizipation sozial Benachteiligter als Herausforderung und Chance	245
10 Innovative regionale Versorgungskonzepte in Mecklenburg-Vorpommern	
(Angelika Beyer; Ulrike Stentzel; Wolfgang Hoffmann; Neeltje van den Berg)	249
10.1 Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen	251
10.2 Telemedizinische Versorgungsmodelle	255
10.3 Das Modell Gesundheitshaus	258
10.4 Schlussfolgerung	260

11 Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung – nationale Evidenz und regionale Handlungsoptionen (Lisa Galler; Markus Längen)	265
11.1 Studienlage	266
11.2 Forschungsprojekt ROSE: Erhebung Region Osnabrück-Emsland	275
11.3 Zusammenfassung der Ergebnisse	285
11.4 Diskussion	286
12 Faktencheck Gesundheit (Karsten Zich; Hans-Dieter Nolting; Uwe Schwenk)	291
12.1 Leitidee des Faktenchecks Gesundheit, Genese und Transferansatz	291
12.2 Themenwahl und prägende Elemente der Faktenchecks	294
12.3 Rückblick auf die Faktenchecks	301
12.4 Resonanz und Wirkungsanalyse	307
12.5 Perspektive	312
Anhang	321
Autoren und Autorinnen	321
Abbildungsverzeichnis	329
Tabellenverzeichnis	331
Sachwortverzeichnis	333

Vorwort

Chancengleichheit ist ein gesellschaftliches Ziel, das niemand ablehnt. Zumindest nicht öffentlich. Denn es gibt keine allgemein akzeptierten Argumente, die gegen Chancengleichheit sprechen. Deswegen sind alle Politiker und Festredner dafür. Privat sieht es aber oft ganz anders aus. Aus privater Sicht derer, die die gesellschaftlichen Debatten bestimmen und politische Entscheidungen treffen, ist Chancengleichheit bedrohlich. Wenn es faire Chancen gibt, dann können andere sie unter Umständen besser nutzen als man selbst. Und Eltern, die „oben“ in der gesellschaftlichen Hierarchie stehen, verstehen Chancengleichheit häufig so, dass es ihren Kindern schwer gemacht wird, später auch oben zu stehen.

Auch im Gesundheitswesen spielt Chancengleichheit nicht die ihr gebührende Rolle, denn wenn es darauf ankommt, will z. B. kein privat Versicherter auf die Vorzüge dieser Versicherungsart verzichten – und sei es, dass die Vorzüge nur darin bestehen, unbürokratisch schnell einen Arzttermin zu bekommen. Und viele Menschen in Großstädten schätzen die höhere Arztdichte dort – selbst wenn es dadurch zu mehr überflüssigen Untersuchungen und vielleicht sogar mehr riskanten Therapien kommt.

Das Thema des vorliegenden Themenbands ist also hoch relevant. Neue Probleme der Chancengleichheit tun sich beispielsweise durch den Zustrom vieler Geflüchteter und durch das Auftreten „neuer sozialen Risiken“ wie zunehmender Pflegebedürftigkeit auf. Gleichzeitig bleiben auch bei lange bekannten einkommens- und bildungsbedingten gesundheitlichen Ungleichheiten noch viele Fragen offen.

Die empirischen Befunde aus den Beiträgen dieses Bands werden die Welt natürlich nicht von heute auf morgen ändern. Es wird noch eine lange Zeit dauern, bis im Gesundheitswesen mehr Chancengleichheit durchgesetzt werden wird. Aber empirische Befunde können mithelfen, gesellschaftliche Diskurse anzustoßen und schließlich gesellschaftliche Veränderungen zu bewirken.

Die primäre Zielgruppe dieses Themenbands sind Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen, sowohl aus der Wissenschaft als auch aus der Praxis. Diese Gruppe wird helfen, den Diskurs voranzubringen. Es wäre wünschenswert für diese Zielgruppe, dass sie auch Probleme der „politischen Ökonomie“ adressieren würde. Denn es reicht nicht aus, Probleme wissenschaftlich zu identifizieren (was im vorliegenden Buch geschieht), sondern es ist ebenso nötig, mögliche Wege zu identifizieren und zu

analysieren, die im realen politischen Prozess die Welt verändern können. Am Ende müssen Wählerinnen und Wähler überzeugt werden, (eigennützige) Politiker dazu zu bringen, Veränderungen anzustoßen. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler können dabei durch Aufklärung helfen. Auf diesem Weg geht der vorliegende Themenband wichtige erste Schritte.

Ich hoffe, dass einige Leserinnen und Leser im Bereich der Wissenschaften dadurch auch angeregt werden, die politische Ökonomie der Durchsetzung von Chancengleichheit im Gesundheitswesen vertieft zu studieren.

GERT G. WAGNER

MPI für Bildungsforschung und DIW Berlin

Berlin, im Dezember 2018

Einleitung

MIRELLA CACACE; JOHANNE PUNDT

Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit – weshalb berührt uns dieses Thema? Gesundheit ist unbestritten ein existenzielles Gut. Wer gesund ist, hat die Voraussetzung für die Bewältigung vieler Aufgaben, etwa die Teilnahme am Arbeitsleben, und kann sich – beispielsweise nach Flucht vor Hunger, Krieg und Armut – in ungewohnter Umgebung besser zurechtfinden (vgl. Huster, 2017, S. 1; vgl. Saladin, 2007). Gesundheitschancen sind jedoch nicht gleich verteilt. Vielmehr folgt die Verteilung einem gesellschaftlichen Muster in Abhängigkeit von sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Faktoren.

Seit Langem ist bekannt, dass Personen mit niedrigem sozialen Status – gemessen zumeist anhand von Einkommen, Bildung und Beruf – einen relativ schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und früher sterben als Personen mit höherem sozialen Status (vgl. Mielck, 2012, S. 129). Damit sind die drei Kerndeterminanten der Ungleichheit erfasst, die einen entscheidenden Einfluss auf die gesundheitliche Lage haben. Als ungerecht gelten dabei systematische Unterschiede zwischen sozialen Gruppen, die mit vertretbaren Mitteln vermeidbar wären (vgl. WHO, 2013, S. xiv). Dies gilt für die Gesundheitsversorgung selbst wie auch für den Zugang hierzu und den Gesundheitszustand an sich. Deshalb ist es Aufgabe der Sozialpolitik, die Chancen auf eine gesunde Lebensführung gleichmäßiger in der Bevölkerung zu verteilen und mehr soziale Gerechtigkeit herzustellen, denn Ungerechtigkeit ist gesellschaftlich nicht tragbar und verlangt nach angemessenen Interventionen (vgl. Kolip, 2009, S. 57). Während sich jedoch die Forderung nach mehr gesundheitlicher Chancengleichheit unmittelbar aus der ethischen Forderung nach Fairness und sozialer Gerechtigkeit ableiten lässt, ist es eine Frage der politischen Willensbildung, diese Erkenntnis in die politische Praxis umzusetzen (vgl. Mielck, 2012, S. 142). Tatsächlich ist die Ungleichheit trotz vielfältiger Versuche zur Reduzierung nicht verschwunden, sondern hat in unterschiedlichen Größenordnungen und Manifestationen immer noch Bestand (vgl. Mosse/Tugendreich, 1913; Richter/Hurrelmann, 2009; OECD, 2017).

Die soziale Ungleichheit ist auf vielen Ebenen als komplex zu bezeichnen und wirkt über Unterschiede in den Belastungen und Ressourcen (ob finanzieller oder physischer Art). Sie zeigt sich sowohl im unterschiedlichen Gesundheitsverhalten als

auch bei Disparitäten in der Gesundheitsversorgung (vgl. BZgA, 2013), wie in folgender Abb. 0.1 dargestellt wird.

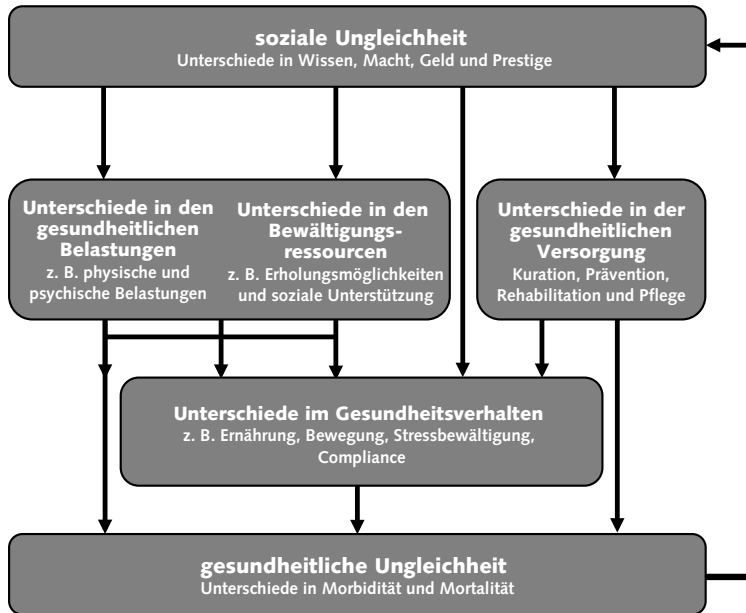


Abb. 0.1: Zusammenhang sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (BZgA, 2013, zit. n. Mielck, 2000)

Um diese gesundheitliche Ungleichheit systematisch zu adressieren, bedarf es eines Ansatzes, der unsere Gesellschaft in ihrer Diversität versteht. Was also macht Diversität in unserer Gesellschaft aus? Dem Wortlaut nach bedeutet Diversität zunächst nichts anderes als Vielfalt. Wichtig ist jedoch, diese gesellschaftliche Vielfalt in ihren Kontexten zu verstehen und auf diese Weise Gruppen zu identifizieren, die gesundheitlich benachteiligt sind. Sozialpolitisches Ziel ist es dabei, Benachteiligungen abzubauen und Diversität in Organisationen und Strukturen fest zu verankern, um Chancengleichheit zu sichern.

Diversität lässt sich nach dem auf Marilyn Loden und Judy Rosener (1991) zurückgehenden Modell erfassen und systematisieren. Demnach unterscheiden oder ähneln sich Menschen oder Gruppen zunächst hinsichtlich sechs primärer Dimensionen. Dies sind Alter, Geschlecht, körperliche Befähigung, sexuelle Orientierung,

Rasse und Ethnizität. Anstelle von „Rasse“ zählt Altgelt (2016) Religion bzw. Weltanschauung zu diesen primären Dimensionen. Sie gelten als von Geburt an festgelegt und daher schwer veränderbar. Die sekundären Dimensionen von Diversität hingegen sind – allerdings zu unterschiedlichen Graden – beeinflussbar. Hier sind beispielsweise zu nennen: Staatsangehörigkeit, Familienstand, Elternschaft, Wohnregion, Erwerbsstatus, Einkommen und Stellung in der gesellschaftlichen Hierarchie. Hinzukommen organisationsbezogene Merkmale wie der Arbeitsort oder -inhalt oder die Mitgliedschaft in Verbänden und Gewerkschaften (vgl. Altgelt, 2016).

Soziale Diversität ergibt sich aus einer Kombination dieser Merkmale, wobei Menschen zumeist mehreren Untergruppen angehören können und demgemäß auch eine Akkumulation und Wechselwirkung der verschiedenen Diversitätsmerkmale auftreten können, z. B. zwischen Geschlechtern, ethnischem Hintergrund und Einkommen. Dabei gilt es zu verstehen, dass trotz bestehender Gemeinsamkeiten innerhalb der (Sub-)Gruppen auch Unterschiede bestehen. Zu vermeiden ist also eine stereotype Zuweisung dieser Merkmale, unabhängig davon, ob sie individuell gerechtfertigt sind (vgl. GVG, 2014; vgl. Altgelt, 2016). Gerade weil die Mitglieder einer Gesellschaft unterschiedlich mit Talenten, Behinderungen etc. ausgestattet sind, müssen diejenigen Mitglieder, die weniger begünstigt sind, mehr Leistung und Förderung durch den Sozialstaat erhalten (vgl. Engel, 2011, S. 16 ff.).

Die Berücksichtigung von Diversität in der Gesundheitsversorgung bedeutet, Unterschiede zwischen den Individuen und sozialen Gruppen sowohl im Gesundheitsverhalten als auch in der Exposition gegenüber sozialen Determinanten zu verstehen. Es geht also sowohl um Unterschiede im *Verhalten* als auch in den *Verhältnissen*, womit die Rahmenbedingungen gemeint sind (vgl. Rosenbrock/Hartung, 2011). So kombinieren sich beispielsweise genderbedingte Unterschiede im Verhalten, wie unterschiedliches Hygieneverhalten oder Ernährungs- und Konsumgewohnheiten, mit den Unterschieden zwischen den Geschlechtern in ihrer gesellschaftlichen Rolle, z. B. mit Blick auf Gleichbehandlung am Arbeitsplatz (vgl. Kolip, 2009, S. 60; vgl. WHO, 2013, S. 6). Auch im Hinblick auf mögliche Interventionen kommt der Schaffung von gesundheitsgerechten Verhältnissen – idealerweise in Kombination mit Ansätzen der Verhaltensprävention – eine Schlüsselrolle zu, um die richtigen Adressaten zu erreichen. Vor dem Hintergrund von Migration bedeutet eine diversitätssensible Betrachtungsweise, auf mögliche Einflüsse des ethnischen und kulturellen Hintergrunds in

Bezug auf Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit einzugehen und diese auch im Zuge von Interventionen zu beachten (vgl. Kutalek, 2012, S. 3).

Diversität verstehen, erlaubt eine genauere Definition von Zielgruppen und eine stärkere Beachtung einer bislang weder in der Gesundheitsförderung und Prävention noch in der Ausgestaltung der sozialstaatlichen Sicherungssysteme systematisch berücksichtigten Heterogenität (vgl. Lampert/Kroll, 2014, S. 1). So belegt das als „Präventionsdilemma“ (vgl. Bauer, 2005) bekannte Phänomen, dass ein Großteil der Maßnahmen und Projekte nach wie vor insbesondere besser gestellte Bevölkerungsgruppen mit einem höheren Bildungsniveau erreicht. Der Handlungsbedarf bezogen auf Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitliche Versorgung unterscheidet sich jedoch zwischen den (Sub-)Gruppen. Die gesundheitliche Chancengleichheit lässt sich somit nur dann verbessern, wenn diese soziale Diversität angemessen berücksichtigt wird (vgl. GVG, 2014).

Doch was passiert, wenn allein die Voraussetzungen nicht vorhanden sind, um mit den bereitgestellten Gesundheitsinformationen umgehen zu können? Betrachtet man ergänzend die Diskussion um Bildungsaspekte im Versorgungsgeschehen und im Besonderen in (internationalen) Studien zur Gesundheitskompetenz, womit u. a. generell die Fähigkeit des Umgangs mit Gesundheitsfragen gemeint ist, fällt eine niedrige Health Literacy in den Teilen der Bevölkerung auf (vgl. Schaeffer et al., 2018), die zu den vulnerablen Gruppen zählen. Eine 2016 durchgeführte repräsentative Befragung (vgl. Schaeffer et al., 2016), die eine international abgestimmte Methodik des European Health Literacy Survey berücksichtigt, zeigt deutliche Befunde auf: Über die Hälfte der deutschen Bevölkerung (54,3 %) hat eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Diese Problematik, d. h., mit gesundheitsrelevanter Information nicht adäquat umgehen zu können und dadurch massive Versorgungsnachteile zu haben, betrifft die Determinanten Bildungsstand, Sozialstatus, höheres Lebensalter und Migrationshintergrund. Seit ein paar Jahren wurden deshalb die Forschungsaktivitäten zu Health Literacy intensiviert, sodass auch in Deutschland 2018 ein „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ vorliegt, der die Relevanz der Health Literacy betont, aber auch zahlreiche Umsetzungsprinzipien empfiehlt. Auch deshalb hat aktuell ebenso der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) explizit eine Stärkung der Gesundheitskompetenzen für diese Zielgruppen gefordert (vgl. SVR, 2018), sodass aufgrund von besonderen

Präferenzen und lebensweltlichen Bedingungen spezifische Interventionen für die Chancengleichheit entwickelt werden können.

Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit wurden in den letzten Jahrzehnten in vielen Forschungs- und Praxisbezügen als zentrales Thema adressiert, das sich als sehr vielschichtig erwiesen hat. Um dieses möglichst umfassend zu diskutieren und um Möglichkeiten aufzuzeigen, wie der Zusammenhang zwischen Ungleichheit und Gesundheit zu verringern ist, gliedert sich der vorliegende Themenband in zwei Teile: die *Determinanten der gesundheitlichen Chancengleichheit* und die *Betrachtung der versorgungspolitischen Dimensionen und Maßnahmen*. Die Absicht dieses Themenbands liegt darin, sich auf einen möglichen Beitrag von Wissenschaft, Sozial- und Gesundheitspolitik sowie Versorgungspraxis zu konzentrieren, um aufzuzeigen, wie Chancengleichheit durch bedarfsadäquate sozialpolitische Maßnahmen herzustellen ist. Zu beachten ist dabei, dass nur eine begrenzte Auswahl vertretener Ansätze, beteiligter Disziplinen und Akteure sowie Perspektiven integriert werden konnten, was aber die Relevanz und Herausforderungen des immer noch und immer wieder aktuellen Themas nicht schmälert.

Determinanten der gesundheitlichen Chancengleichheit

Gesundheit wird wesentlich durch soziale Determinanten geprägt; soziale Benachteiligungen erzeugen ungleiche Gesundheitschancen. Während die oben dargestellten primären Dimensionen von Diversität individuell als relativ schwer beeinflussbar gelten, weisen sekundäre Dimensionen einen gewissen Grad an Veränderbarkeit auf (vgl. Loden/Rosener, 1991). Damit sind auch die sozioökonomischen Faktoren, insbesondere die Einkommensunterschiede, nicht statisch. Allerdings beobachtet beispielsweise die OECD seit Längerem eine Vergrößerung der Einkommensunterschiede in Deutschland (vgl. OECD, 2008, S. 66) – die Schere öffnet sich also weiter mit der Folge wachsender Ungleichheiten.

Die Arbeit der WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) zu den Determinanten der Gesundheit hat diese Thematik erneut in den Fokus der Diskussion gerückt. Die in Abb. 0.2 dargestellten Zusammenhänge erklären die Bildung sozialer Determinanten und verbinden dabei die individuelle Mikro- mit einer gesellschaftlichen Makroperspektive. Das Rahmenmodell zeigt anschaulich das Zusammenspiel der verschiedenen strukturellen, sozialen und individuellen Parameter für

die Verteilung von Gesundheit und Wohlbefinden auf, die bei der Bekämpfung der Ungleichheit Beachtung finden müssen.

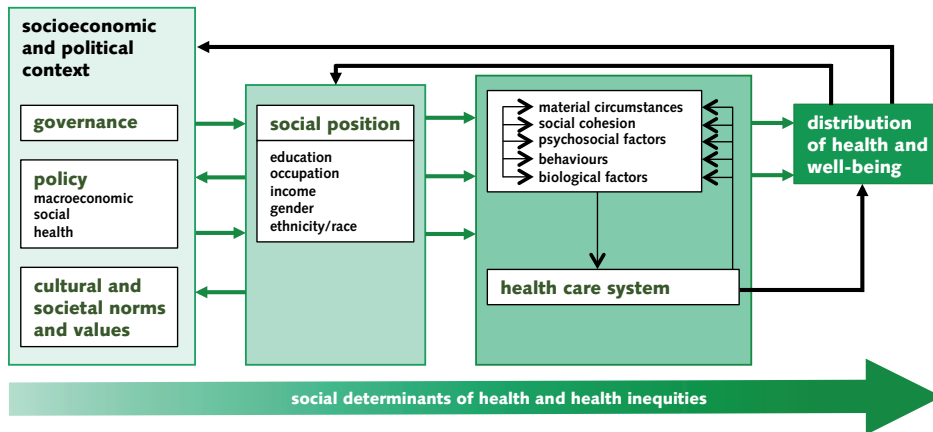


Abb. 0.2: Soziale Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit (vgl. WHO, 2013, S. 5)

Wie aus Abb. 0.2 ersichtlich wird, wirkt der sozioökonomische und politische Kontext, der insbesondere geprägt ist von den in einer Gesellschaft geltenden Normen und Wertvorstellungen, auf die gesellschaftliche Position des Individuums. Expositionen und Vulnerabilitäten sind i. d. R. ungleich verteilt in der Bevölkerung, einhergehend mit der sozioökonomischen Position und verschiedenen Faktoren, wie der Bildungs- und Erwerbssituation, dem Einkommen, Ethnizität und Geschlecht. Beides bedingt sich wechselseitig; die sozioökonomische Position ist also eng mit den Kontextfaktoren verbunden.

Gleichzeitig zeigt die Systematik den Einfluss moderierender Faktoren, die – je nach individueller Situation – sowohl stärkend als potenzielle Quellen von Resilienz und Empowerment als auch schwächend ausfallen können. Entscheidend sind hier materielle Gegebenheiten, biologische Faktoren und Verhaltensweisen, die auf einer individuellen Ebene Einfluss nehmen auf die Möglichkeit zur Kontrolle über die eigene Lebensführung und die Beteiligung an (politischen) Entscheidungsprozessen. Diese individuellen Faktoren beeinflussen gebündelt unsere sozialen Institutionen, so auch unser Gesundheitssystem, und werden wiederum durch diesen institutionellen Rahmen geprägt.

Es ist von großer Bedeutung, die sozialen Determinanten von Gesundheit zu adressieren und damit die Bedingungen, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern, also die Schlüsseldeterminanten für eine gerechte Gesundheitsversorgung, zu berücksichtigen. Diese Bedingungen des täglichen Lebens sind strukturell durch die ökonomischen und (gesundheits-)politischen Rahmenbedingungen, Machtverteilung, Geschlechtergerechtigkeit und die Werteordnung der Gesellschaft beeinflusst (vgl. WHO, 2013, S. 5 f.). Größere Gesundheitsbelastungen bei sozial Benachteiligten summieren sich von Geburt an auf, z. B. durch schlechtere Lebensbedingungen und riskanteres Gesundheitsverhalten (vgl. Lampert/Kroll, 2014, S. 4). Aus diesem Grund bedeuten soziale Benachteiligungen, die früh im Leben erfahren werden, eine lebenslange Belastung. Noch in der ferneren Lebenserwartung (ab dem 65. Lebensjahr) zeichnen sich Unterschiede zuungunsten von Frauen und Männern mit niedrigem sozioökonomischen Status ab (vgl. Lampert/Kroll, 2014, S. 3). Ein lebenslauforientierter Ansatz wird der Ansammlung von Bevor- und Benachteiligung gerecht, die jedes Individuum im Laufe seines Lebens erfährt. Dies beginnt mit den ersten Stationen Schwangerschaft und Geburt und führt weiter über die Schule und den Übergang ins Erwerbsleben, die Berufstätigkeit, Arbeitsbedingungen sowie die Lebensumstände im Alter (vgl. WHO, 2013, S. 6). Somit zählen zu den besonders benachteiligten Gruppen beispielsweise Kinder und Jugendliche, pflegebedürftige Personen und ältere Menschen. Zieht man Querschnittsthemen der Ungleichheit in Betracht, sind diese Gruppen um die Kategorien Geschlecht und auch Migration zu ergänzen.

Der erste Teil des vorliegenden Themenbands beschäftigt sich mit diesen Determinanten von gesundheitlicher Chancengleichheit und thematisiert unterschiedliche (vulnerable) Gruppen. *Dina Frommert, Christine Hagen* und *Ralf Himmelreicher* zeigen in ihrem Beitrag den Zusammenhang zwischen Alterseinkünften und sozialer Ungleichheit auf. Sie kommen zu dem Schluss, dass es gerade die vulnerablen Gruppen sind, die von Altersarmut bedroht sind: Geringqualifizierte, Bezieherinnen und Bezieher von Erwerbsminderungsrenten, Langzeitarbeitslose, Solo-Selbstständige, Alleinerziehende und geschiedene Frauen sowie Personen mit Migrationshintergrund. Die Autoren zeigen, dass Gesundheit eine Ressource ist, die eine langjährige Erwerbstätigkeit und aktive Altersvorsorgeplanung ermöglicht. Gesundheitliche Ungleichheiten legen demnach auch eine ungleiche Verteilung von Einkommenszielungschancen nahe.

Um Kindern und Jugendlichen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, empfehlen *Orkan Okan, Paulo Pinheiro* und *Ullrich Bauer* in ihrem Beitrag eine nachhaltige Stärkung der (kritischen) Gesundheitskompetenz. Der Beitrag steht im Spannungsfeld von Verhaltensprävention und Verhältnisprävention, wobei das Plädoyer des Autorentrios für eine universelle Gestaltung der Maßnahmen ausfällt, die sich an den Bedarfen und Bedürfnissen benachteiligter Bevölkerungsgruppen orientieren und über eine Verhältnisorientierung erfolgen.

Einen konkreten Ansatz, der im Sinne einer Verhältnisprävention über eine gesundheitsgerechte Gestaltung der lebensweltlichen Strukturen greift, zeigen *Holger Kilian, Stefan Bräunling, Svenja Rostosky, Annett Schmok* und *Tanja-Maria Kessel* auf. Die Autoren schildern in ihrem Beitrag zwei konkrete Projekte. Das Netzwerk „Gesunde Kinder im Land Brandenburg“ gilt dabei als Beispiel für universelle Prävention, die unterschiedslos allen jungen Familien angeboten wird. Das zweite Projekt „Gesundheit leben“ wendet sich im Berliner Stadtbezirk Marzahn-Hellersdorf an Menschen, die bereits seit längerer Zeit erwerbslos sind. Dabei scheint es im Fazit essenziell, die defizitorientierte Ansprache von Zielgruppen und Adressaten zu vermeiden und die Maßnahmen direkt in deren sozialräumlichen Lebenswelten zu verankern.

Ähnlich lauten die Empfehlungen von *Hajo Zeeb, Wiebke Hübner* und *Jacob Spallek*, deren Forschung sich auf Migrantinnen und Migranten konzentriert. So scheint es ratsam, Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung auf die Bedürfnisse der Zielgruppen zuzuschneiden und zugleich die Adressaten nicht von anderen Teilen der Gesellschaft zu trennen. Dies bedeutet für eine migrationssensible Strategie zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit, dass Programme und Interventionen die sozioökonomische und kulturelle Vielfalt von Lebensweisen und Wertsystemen berücksichtigen.

Älter noch, aber keineswegs erschöpfend diskutiert, ist die Frage nach einer angemessenen Gesundheitsversorgung von Frauen. *Birgit Babitsch* stellt in ihrem Beitrag fest, dass Geschlechteraspekte in der gesundheitlichen Versorgung bis heute unzureichend adressiert werden, und plädiert für eine systematische Integration der Geschlechterperspektive. Am Beispiel des weithin rezipierten Public Health Action Cycle (vgl. Rosenbrock, 1995), bestehend aus den Phasen Problemdefinition, Strategieformulierung, Implementation und Bewertung, entwickelt die Autorin schließlich

eine mögliche Vorgehensweise, durch welche die Frauen- und Geschlechterperspektive systematisch und theoriebasiert implementiert werden kann.

Dass Bildung und Einkommen der Eltern über die Gesundheit von Kindern mitentscheiden, wurde in zahlreichen Publikationen wiederholt bestätigt, z. B. in der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland/KiGGS (vgl. Lampert/Kuntz, 2015) oder im Kinder- und Jugendreport der DAK Gesundheit (vgl. Storm, 2018). Die Autoren *Claudia Schmidtke*, *Benjamin Kuntz* und *Thomas Lampert* konzentrieren sich auf die sozialen Unterschiede in der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und kommen hier zu dem Ergebnis, dass Erinnerungs- und Meldeverfahren gerade für diese Zielgruppe zur Früherkennung von Entwicklungsstörungen und Gesundheitsproblemen von enormer Relevanz sind.

Versorgungspolitische Dimensionen und Maßnahmen

Es sind nicht nur die individuellen und sozialen Faktoren, die sich auf das Verhalten bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen auswirken. Andersen und seine Mitarbeiter stellten bereits in den 1970er-Jahren durch das „Behavioral Model of Health Service Use“ dar, dass auch die Faktoren eines Gesundheitssystems dieses systematisch beeinflussen (vgl. Andersen/Newman, 1973). Hier ist beispielsweise an die Rolle des Gatekeepers zu denken, der als Erstkontakt die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen reguliert.

Zugangsbeschränkungen für Gesundheitssysteme bestehen in drei Richtungen: rechtlich, faktisch und räumlich. Mit rechtlichen Zugangsbarrieren sind Regulierungen des Umfangs des Leistungspakets oder beispielsweise die Kassenzulassung gemeint, die für die Behandlung gesetzlich Versicherter erforderlich ist und somit – ohne dies zu werten – eine Zugangsbeschränkung für Patienten zum Leistungserbringer der Wahl darstellt. Faktische Barrieren bestehen in Form von Kapazitätsengpässen, durch Wartezeiten oder auch aufgrund fehlender Gesundheitskompetenz seitens der Nutzer des Systems bzw. – anders herum – dem Fehlen niedrigschwelliger Angebote. Räumliche Barrieren schließlich ergeben sich aufgrund von Lücken in der wohnortnahen Versorgung. All diese Zugangsbeschränkungen haben potenzielle Wirkungen nicht nur auf die Menge der in Anspruch genommenen Leistungen, sondern auch auf deren Verteilung zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.

Spätestens seit dem World Health Report 2000 ist jedoch deutlich: Die Performanz von Gesundheitssystemen zeichnet sich nicht nur durch „Goodness“ – durch ein hohes Durchschnittsniveau des Gesundheitszustands einer Bevölkerung – aus, sondern insbesondere durch dessen Verteilung (vgl. WHO, 2000, S. 26). Es gehört deshalb zu den wichtigsten Aufgaben des Sozialstaats, nicht nur eine leistungsfähige, sondern auch eine bedarfsgerechte und allgemein zugängliche Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (vgl. Huster, 2017, S. 1). Während in der Epidemiologie die Betrachtung der sozialen Determinanten für Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit bereits weit fortgeschritten ist, steckt die Forschung zur Evaluation von Maßnahmen der Sozialpolitik noch in den Kinderschuhen (vgl. Lee et al., 2018, S. 581). Dabei sollte die ungleiche – oder besser ungerechte – Verteilung von Risikofaktoren und schließlich von Gesundheit und Krankheit selbst in der Ausgestaltung der sozialstaatlichen Sicherungssysteme eine zentrale Rolle spielen. Der Ausgangspunkt hierfür ist das Gesundheitssystem. Relevant ist dabei die Frage, was Gesundheitspolitik selbst bewirkt und wie dies andere Sektoren beeinflusst, um mehr Chancengleichheit zu erreichen. Dazu ist eine stärkere Kohärenz der Politik über alle Sektoren hinweg und ihrer Stakeholder auf allen Ebenen der Regulierung notwendig, d. h. transnational, national, regional und lokal. Gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen ist dabei oberstes Gebot (vgl. WHO, 2013, S. xvi).

Im zweiten Abschnitt des Buchs widmen sich sechs Beiträge dem Thema einer flächendeckenden und zielgruppenadäquaten Versorgung. Wie *Maike Schulz*, *Jonas Czwikla*, *Annika Schmidt* und *Chrysanthi Tsiasioti* anhand der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen zeigen, sinkt die Wahrscheinlichkeit, angemessen versorgt zu werden, für ältere Menschen insbesondere, wenn sie pflegebedürftig sind. Das Risiko, keinen Facharztkontakt zu haben, steigt mit zunehmender Pflegestufe. Zugangsbarrieren ergeben sich aufgrund körperlicher und kognitiver Beeinträchtigungen, die die Erreichbarkeit der fachärztlichen Praxis einschränken. Folglich – so weisen die Forscherinnen und Forscher für ausgewählte Facharzt Disziplinen nach – sind auch die Lage des Wohnorts und damit Lücken in einem flächendeckenden Angebot von Facharztleistungen für die verminderte Inanspruchnahme relevant.

Mit Blick auf die stationäre Versorgung stellen *Kerstin Herrler* und *Alfons Hollederer* auch in der Gruppe der Migranten große Unterschiede in der Leistungsanspruchnahme fest. Der von diesen Autoren durchgeführte Literaturreview deckt einerseits Zugangsbarrieren zur ambulanten Versorgung auf, die sich in einer inad-

äquat häufigen Inanspruchnahme von stationären Leistungen insbesondere von Notaufnahmeeinrichtungen zeigen. Andererseits werden Leistungen, bei denen in der Gruppe der Migranten ein besonders großer Behandlungsbedarf besteht, zu wenig abgerufen. Dabei handelt es sich insbesondere um psychotherapeutische Behandlungen und um Leistungen, die die Gesundheit von Schwangeren und Kindern betreffen. Fehlende Systemkenntnis sowie Verständnisprobleme und mangelnde Gesundheitskompetenzen werden hier als Hauptursachen identifiziert.

Susanne Hartung plädiert in ihrem Beitrag für stärker partizipative Ansätze als wichtige Voraussetzungen für den Erfolg von kommunalen Maßnahmen der Gesundheitsförderung zur Überwindung von gesundheitlichen Ungleichheiten. Die Umsetzung von „Präventionsketten“ als integrierte kommunale Strategie der Gesundheitsförderung mit dem Ziel, gesundheitsförderliche Lebenswelten und Angebote für alle Altersgruppen zu schaffen, wäre aus Sicht der Autorin ein Weg in die richtige Richtung.

Angelika Beyer, Ulrike Stentzel, Wolfgang Hoffmann und Neeltje van den Berg stellen in ihrem Beitrag innovative regionale Versorgungskonzepte in Mecklenburg-Vorpommern vor und zeigen so, wie räumliche, sektorale und professionelle Barrieren abgebaut werden können. Die Autoren plädieren dafür, die Versorgung eng an vorhandene Bedarfe zu binden, um eine adäquate gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten und regionale Ungleichheiten zu vermeiden. Ziel sollte es sein, auf die Region maßgeschneiderte Angebote aus einem Portfolio erprobter und evaluierter Maßnahmen auszuwählen und in die Routineversorgung zu übernehmen.

Lisa Galler und Markus Lüngen sehen hingegen kaum regionalen Handlungsspielraum für das „Ausbreiten“ von Pilotprogrammen und Projekten. In der Tat bietet die Wissenschaft nach Erkenntnis der Autoren eine Fülle von evidenzbasierten Programmen an. Auch ist bekannt, welche Gruppen benachteiligt sind, wie die Autoren anhand ihrer Befragung in der Region Osnabrück-Emsland zeigen. Jedoch fehlen nach Einschätzung der Autoren häufig die Strukturen, Akteure, Ressourcen und nicht zuletzt die politische Dringlichkeit, diese auf regionaler Ebene auch umzusetzen.

Ähnlich argumentieren *Karsten Zich, Hans-Dieter Nolting und Uwe Schwenk* in der Diskussion der Ergebnisse des „Faktencheck Gesundheit“. Wie die einzelnen Faktenchecks anhand verschiedener Indikationen darstellen, bestehen (unerwünschte) Variationen in der Gesundheitsversorgung. Auch diese Autoren problematisieren, dass es keine regionale und zugleich sektorenübergreifende Qualitätssicherung gibt,

um Variationen in der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems systematisch zu eliminieren. Wie auch die Autoren des zuvor genannten Beitrags sind auch Zich und Co-Autoren davon überzeugt, dass die überregionale Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems hierfür ursächlich ist.

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns ganz herzlich für die kollegiale und professionelle Unterstützung der Autoren und Autorinnen bedanken. Ohne ihr Engagement wäre das vorliegende Werk in dieser kurzen Zeit und hohen Qualität für dieses aktuelle und zukunftsweisende Thema nicht zustande gekommen. Wir danken auch den Vortragenden und Teilnehmenden des gleichnamigen APOLLON Symposiums, das im November 2017 in Bremen stattfand. Zahlreiche Impulse aus den Beiträgen und den engagiert geführten Diskussionen sind in diesen Band eingeflossen. Auch gilt unser Dank unseren internen Kolleginnen vom Verlag APOLLON University Press und damit Petra Becker und ihrem hoch engagierten Team mit Corinna Dreyer und Franziska Riedel.

Literatur

- Altgelt, T. (2016) *Diversity und Diversity Management/Vielfalt gestalten*. doi: 10.17623/BZGA:224-i127-1.0 (10.08.2018).
- Andersen, R./Newman, J. (1973). *Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States*. The Milbank Quarterly, (83), S. 1–28.
- Bauer, U. (2005): *Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Heidelberg: Springer.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013). <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=5cd7ee657e3c4e406156ea22f455617a> (11.12.2018).
- Engel, H. (2011). *Sozialpolitische Grundlagen der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- GVG – Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (2014). *Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung*. Forum Gesundheitliche Chancengleichheit, Köln. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Leitfragen_Gesundheitliche_Chancengleichheit_01.pdf (10.08.2018).
- Huster, S. (2012). *Soziale Gesundheitsgerechtigkeit: Sparen, umverteilen, vorsorgen?* Bundeszentrale für politische Bildung, Schriftenreihe Band 1249, Bonn.
- Huster, S. (2017). *Gesundheit gerecht gestalten. Politisch-ethische Überlegungen zur Situation in Deutschland*. Friedrich-Ebert-Stiftung, Wirtschafts- und Sozialpolitik, (32).
- Kolip, P. (2009). *Gender als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit*. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, (45), S. 57–69.

- Kutalek, R. (2012). *Diversity competence in medicine: equity, culture and practice*. Wiener klinische Wochenschrift, (124), Supplement 3, S. 3–9.
- Lampert, T./Kuntz, B./KiGGS Study Group (2015). *Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu?* GBE kompakt, 6 (1).
- Lee, J./Schram, A./Riley, E./Harris, P. et al. (2018). *Addressing Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: A Global Review of Policy Outcome Evaluation Methods*. *Int J Health Policy Manag*, 7 (7), S. 581–592.
- Loden, M./Rosener, J. B. (1991). *Workforce America! Managing Employee Diversity as a Vital Resource*. New York u. a.: McGraw-Hill.
- Mielck, A. (2012). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung*. In: Brähler, E./Kiess, J./Schubert, C. (Hrsg.): *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 129–145.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Saladin, P. (Hrsg.) (2007). *Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG. http://www.hospitals4equity.ch/files/BAG/Documents/MFH_Diversitaet%20und%20Chancengleichheit.pdf (01.08.2018).
- Mosse, M./Tugendreich, G. (1913). *Krankheit und soziale Lage*. München: J. F. Lehmanns.
- OECD – Organisation for Economic Co-Operation and Development (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Publishing Paris. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#page3 (11.12.2018).
- OECD – Organisation for Economic Co-Operation and Development (2008). *Growing unequal? Income distribution and poverty in OECD countries*. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/growing-unequal_9789264044197-en#page9 (01.08.2018).
- Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktual. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rosenbrock, R./Hartung, S. (2011). *Settingansatz/Lebensweltansatz*. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. 5. Auflage, Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 497–500.
- Rosenbrock, R. (1995). *Public Health als Soziale Innovation*. *Das Gesundheitswesen*, 57 (3), S. 140–144.
- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Vogt, D./Gille, S. (2018). „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ – Relevanz für die Versorgungsforschung. *Monitor Versorgungsforschung*, 11 (04), S. 53–58.
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht 2016*. Universität Bielefeld. http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf (11.12.2018).
- Storm, A. (2018). *Kinder- und Jugendreport. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Familiengesundheit*. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, (23). Bielefeld & Hamburg: DAK Gesundheit. <https://www.dak.de/dak/download/dak-kinder-und-jugendreport-2018-2002322.pdf> (11.12.2018).

- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (11.12.2018).
- WHO – World Health Organization (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf (09.12.2018).
- WHO – World Health Organization (2000). *The world health report 2000 – health systems: improving performance*. <http://www.who.int/whr/2000/en/> (25.07.2018).

I

Determinanten der gesundheitlichen Chancengleichheit

1

Alterseinkünfte und soziale Ungleichheit

DINA FROMMERT; CHRISTINE HAGEN; RALF HIMMELREICHER

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es zu untersuchen, wie sich die letzten Reformen in der Alterssicherung, die Entwicklungen am Arbeitsmarkt sowie veränderte Lebensformen auf die Entwicklung der Alterseinkünfte ausgewirkt haben, um dem Thema Ungleichheit näherzukommen. Hierfür stehen drei Perspektiven im Zentrum der Analyse: Zunächst geht es um die Höhe, Verteilung und Entwicklung der Altersrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, weil sie die mit Abstand wichtigste Schicht der Alterseinkünfte darstellen. Anschließend wird die Entwicklung der Höhe der Alterseinkünfte insgesamt untersucht. Preisbereinigt, so viel kann man an dieser Stelle vorwegnehmen, sinken die Alterseinkünfte vor allem bei ostdeutschen Männern. Die dritte Perspektive widmet sich dem Hoffnungsträger in der Alterssicherungspolitik, der betrieblichen Altersversorgung. Untersucht wird für zurückliegende Rentenzugänge, wer eine betriebliche Altersversorgung abgeschlossen hat, welche Charakteristika diese Personen und ihre Arbeitsplätze hatten und wie hoch die Alterseinkünfte aus betrieblicher Altersversorgung sind.

1.1 Einleitung

Wie gesund ältere Menschen ins Alter kommen und wie gut ihre Gesundheit im Alter ist, wird maßgeblich durch ihre Lebenssituation beeinflusst. Neben dem Lebensstil spielt für die Gesundheit die Lebenslage – also Bildung, Einkommen und Vermögen sowie Merkmale der aktuellen bzw. früheren Berufstätigkeit – eine große Rolle. Die gesundheitliche Ungleichheit ist wegen der sich im Lebensverlauf oftmals kumulierenden Risiken in der älteren Bevölkerung besonders hoch. Die sozialepidemiologische Forschung hat inzwischen vielfältig belegt, dass Personen mit niedrigem im Vergleich zu denjenigen mit höherem sozioökonomischen Status häufiger von mehreren Beschwerden, Krankheiten und Funktionseinschränkungen betroffen sind und zu einem größeren Anteil vorzeitig sterben (vgl. Lampert et al., 2018; Wolff et al., 2017; Richter/Hurrelmann, 2009; Himmelreicher et al., 2008; Siegrist/Marmot, 2006).

In diesem Beitrag stehen die materiellen Ressourcen von älteren Menschen und deren Verteilung im Zentrum der Untersuchung. Bei älteren Menschen sind die wäh-

rend der Erwerbsphase gesammelten Rentenansprüche von zentraler Bedeutung, weil sie i. d. R. die dominante Einkommensquelle von vormals sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Alter darstellen. Seit dem Paradigmenwechsel in der Alterssicherung, der 2002 mit einer Abkehr von der Lebensstandardsicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), verbunden mit einer Senkung des Rentenniveaus und einer Stärkung der zum Teil staatlich geförderten betrieblichen und privaten Vorsorge, eingeleitet wurde, erscheinen eine Rückkehr von Altersarmut und eine zunehmende Ungleichheit der Alterseinkommen als ein wahrscheinliches Zukunftsszenario (vgl. Schmähl, 2000; 2011; Vogel/Motel-Klingebiel, 2013; Geyer, 2014; 2015; Haan et al., 2017). Im Vergleich zur Armut von anderen Bevölkerungsgruppen weist Altersarmut eine Besonderheit auf: Sie ist im Regelfall nicht mehr umkehrbar, d. h. ältere Menschen haben kaum eine Chance, durch eigene Anstrengung ihre finanziellen Ressourcen zu verbessern. Es gibt einen zwar steigenden, jedoch noch geringen Anteil von eher jüngeren Ruheständlern, der einer Beschäftigung nachgeht und hierdurch ein zusätzliches Einkommen bezieht. Amtliche Daten zeigen, dass im Jahr 2016 von den 65- bis 74-Jährigen 11 % einer Erwerbstätigkeit nachgingen. Das hierdurch erzielte Erwerbseinkommen war allerdings häufig eher gering; es lag bei mehr als der Hälfte der erwerbstätigen Rentnerinnen und Rentner bei unter 400 Euro im Monat (vgl. Sackreuther et al., 2017). Aktuelle Forschungsergebnisse aus dem vom Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung koordinierten Projekt „Transitions and Old Age Potential“, das die Übergänge in den Ruhestand untersucht, zeigen, dass das Arbeiten im Ruhestand sehr voraussetzungsvoll ist: Je höher die eigenen Ressourcen hinsichtlich der Gesundheit sowie der Bildung, desto eher ist die Person im Ruhestand aktiv (vgl. Sackreuther et al., 2017).

Bei der Mehrheit der Älteren und vor allem Hochaltrigen stellt die gesetzliche Altersrente oftmals die einzige und i. d. R. die zentrale Quelle ihrer Alterseinkünfte dar. Zudem ist mit zunehmendem Alter insbesondere bei sozial benachteiligten Gruppen mit abnehmender physischer und psychischer Widerstandsfähigkeit und wegen zunehmender Einschränkungen mit erhöhter Vulnerabilität zu rechnen. Sozial benachteiligte ältere Menschen sind doppelt gefährdet: Zum einen sind ihre Lebensbedingungen – z. B. durch schlechtere Wohngegenden oder minderwertige Wohnungsausstattungen – problematischer. Zum anderen sind ihre Ressourcen und Kapazitäten (psychosozial, physisch und finanziell) i. d. R. niedriger als bei weniger benachteiligten Gruppen (vgl. Deutscher Bundestag, 2016). Zentral zu betrachten ist

im Hinblick auf die Höhe der individuellen Alterseinkünfte in diesem Zusammenhang die Frage, wer die Pflege- und Gesundheitskosten zu welchem Anteil trägt.

Aktuell ist Altersarmut kein allgemeines Problem. Dies zeigt sich daran, dass der Bezug von Grundsicherung im Alter mit einem Anteil von 2,6 % im Jahr 2016 (vgl. DRV Bund, 2017, S. 74) wesentlich geringer war als die Empfängerquoten von Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II mit knapp 10 % (vgl. BA, 2018). Bei solchen Aussagen handelt es sich jedoch um einen Vergleich von Bestandszahlen, die neuere Entwicklungen nicht adäquat abbilden können. So bezieht sich die Bezugsquote von Grundsicherung im Alter (2,6 %) auf alle älteren und hochaltrigen Menschen, die gleichzeitig eine Altersrente und Grundsicherung im Alter beziehen. Insofern bildet diese Bezugsquote gerade wegen der hohen Lebenserwartung etwa die Verhältnisse der zurückliegenden 25 Jahre und mehr ab. Ganz anders stellt sich die Situation dar, wenn man die Grundsicherungsquote von chronisch kranken Personen betrachtet, die ergänzend zur Erwerbsminderungsrente die Grundsicherung wegen Erwerbsminderung beziehen: Bei rund 15 % aller Beziehenden einer Erwerbsminderungsrente wurden 2016 niedrige Erwerbsminderungsrenten durch die entsprechende Grundsicherung aufgestockt (vgl. DRV Bund, 2017, S. 74). Dieser Personenkreis dürfte mit hoher Wahrscheinlichkeit auch im Alter auf Grundsicherung angewiesen sein. Zudem sinkt die Tarifabdeckung auf dem Arbeitsmarkt in Deutschland, niedrig entlohnte und prekäre Beschäftigungsverhältnisse nehmen zu, das Rentenniveau soll weiter sinken und die freiwillige private und vor allem betriebliche Altersvorsorge sollen trotz anhaltender Niedrigzinsphase und hoher Verwaltungskosten eine Stärkung erfahren (vgl. Blank, 2011). Vor diesem Hintergrund dürften die wesentlichen Quellen der zukünftigen Alterseinkünfte weiter unter Druck geraten. Das Problem der Verteilung von Alterseinkünften und der Entwicklung von Altersarmut bedarf daher regelmäßiger Analysen (vgl. Börsch-Supan, 2015). Zweifel an der aktuellen Ausgestaltung der Alterssicherung in Deutschland wurden vor der Wahl zum 19. Deutschen Bundestag im September 2017 besonders deutlich (vgl. Geyer, 2018). Dies zeigt sich auch daran, dass nach der Bildung der Großen Koalition im Mai 2018 eine Rentenkommission mit dem Titel „Verlässlicher Generationenvertrag“ eingesetzt wurde (vgl. hierzu die kritische Betrachtung von Steffen, 2018). Ziel der Kommission ist es, Wege zu einer nachhaltigen Sicherung und Fortentwicklung der Alterssicherungssysteme ab dem Jahr 2025 zu finden und damit das Fundament für einen neuen, verlässlichen Generationenvertrag zu schaffen (vgl. BMAS, 2018).

1.2 Datenbasis und Methode

Die im Folgenden dargestellten Befunde basieren zum einen auf administrativen Daten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und zum anderen auf Analysen der Studie „Alterssicherung in Deutschland“ (ASID). Die ASID-Studie wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) in den Jahren 1986, 1992, 1995, 1999, 2003, 2007, 2011, 2015 durchgeführt (vgl. Bieber/Stegmann, 2016). Die Daten der DRV geben einen Überblick über die Verteilung der Rentenanwartschaften der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) von Frauen und Männern beim Rentenzugang. In der ASID-Studie werden neben Leistungen der GRV zusätzlich Einkünfte aus betrieblicher und privater Altersvorsorge erhoben, sodass die Höhe, Verteilung und Entwicklung der gesamten Alterseinkünfte dargestellt werden können (vgl. Heien/Heckmann, 2017). Mit den Daten der DRV werden in Deutschland wohnende Personen mit erstmaligem Bezug einer Altersrente betrachtet. Beziehende von Teilrenten, Renten mit scheidungsbedingtem Versorgungsausgleich sowie Erwerbsminderungs- und Hinterbliebenenrenten wurden von der Analyse ausgeschlossen. Die Daten basieren auf Mikrodaten der Rentenzugangsstatisik der Jahrgänge 1993, 1998 und 2003 bis einschließlich 2016, die vom Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV) zur Verfügung gestellt werden (vgl. Himmelreicher/Stegmann, 2008). Untersucht wird die Rentenhöhe in Form von persönlichen Entgeltpunkten zum Zeitpunkt des Rentenzugangs für verschiedene Zugangsjahre. Entgeltpunkte (EP) werden bestimmt, indem die jährlichen individuellen rentenversicherungspflichtigen Bruttoeinkommen durch das jährliche Durchschnittsentgelt der Rentenversicherung dividiert werden. Dadurch sind sie eine dimensionslose (preisbereinigte) Größe, deren Summe als relative Wohlstandsposition im Rentenalter interpretiert werden kann. Die Spanne der EP ist nach unten durch die Geringfügigkeitsgrenze (450 Euro monatlich im Jahr 2016) und nach oben durch die Beitragsbemessungsgrenze (BBG-Ost: 5.400 Euro monatlich, BBG-West: 6.200 Euro monatlich im Jahr 2016) begrenzt. Über der Beitragsbemessungsgrenze liegende Arbeitseinkommen wirken sich in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht rentenerhöhend aus. Die in Ost- und Westdeutschland unterschiedliche Höhe der Beitragsbemessungsgrenze orientiert sich an den verschiedenen Höhen der jeweiligen Durchschnittslöhne, die in Ostdeutschland niedriger sind als in Westdeutschland. Damit der jährliche Höchstwert an EP in beiden Regionen gleich hoch ist, liegt die BBG-Ost unter der BBG-West.

In 2016 lag der vorläufige Höchstwert der jährlichen EP bei 2,0515 (vgl. DRV Bund, 2017). Bis zum Jahr 2025 werden die unterschiedlichen Werte angeglichen, sodass künftig eine bundesweit einheitliche Beitragsbemessungsgrenze (BBG) gilt (vgl. Rentenüberleitungs-Abschlussgesetz, 2017). Bei der Berechnung der persönlichen EP wird der sogenannte Zugangsfaktor berücksichtigt. Bei Personen, die vor Erreichen des Regelrentenalters in Rente gehen, wird die Summe der EP, die sich über das Erwerbsleben ergibt, um Abschläge von 0,3 % pro Monat des vorzeitigen Rentenzugangs reduziert. Ist eine Person hingegen über die Regelaltersgrenze hinaus erwerbstätig, erhöhen Zuschläge die EP. Dies kommt jedoch vergleichsweise selten vor. Im Jahr 2016 wurden 25 % aller Altersrenten durch Abschläge reduziert und knapp 2 % durch Zuschläge erhöht. Während Zuschläge die Rentenanwartschaften von 2,6 % der westdeutschen Männer und 2,0 % der westdeutschen Frauen erhöhten, waren in Ostdeutschland lediglich 0,7 % der Männer und 0,3 % der Frauen nach Erreichen der Regelaltersgrenze weiterhin rentensteigernd erwerbstätig. Um die Streuung der Anwartschaften analysieren zu können, wird die Verteilung der Entgeltpunkte in sogenannten Perzentilen dargestellt. Dabei werden die Personen nach der Höhe ihrer EP in eine Rangordnung gebracht und dann in 100 gleich große Gruppen eingeteilt. Die Perzentile geben dann die Grenzen an, an denen die jeweils nächsthöhere Gruppe beginnt. Das 20. Perzentil grenzt z. B. die unteren 20 % der Personen mit den geringsten EP von den darüberliegenden ab. Der Median (50. Perzentil) bildet in dieser Rangordnung genau die Mitte: Die eine Hälfte aller Personen hat EP in einer Höhe, die unterhalb des Medians liegen, und bei der anderen Hälfte der Personen liegen die Entgeltpunkte darüber.

Um die gesamte Einkommenssituation im Alter abbilden zu können, werden ergänzend dazu Befragungsdaten der ASID-Studie herangezogen. Auf Basis dieser Daten ist es möglich, valide Analysen zur Entwicklung und Zusammensetzung von Alterseinkünften durchzuführen, d. h. verschiedene Alterseinkünfte ihren jeweiligen Quellen zuzuordnen. Die folgende Analyse legt den Fokus auf Alterseinkünfte, die auf eigenen Anwartschaften beruhen. Als erste Schicht werden eigene Anwartschaften aus der GRV, darunter insbesondere Altersrenten betrachtet. In den Daten der ASID-Studien können Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner nur über das Alter und damit in der hier betrachteten Altersgruppe nicht eindeutig identifiziert werden. Da die Erwerbsminderungsrenten bei Erreichen der Regelaltersgrenze in Altersrenten in gleicher Höhe umgewandelt werden, wird die aktuelle finanzielle Aus-

stattung der Rentenzugänge jedoch korrekt abgebildet. Die zweite Schicht umfasst sämtliche Alterseinkünfte aus betrieblicher Altersversorgung – unabhängig von deren Finanzierung, den jeweiligen Durchführungswegen und ggf. von staatlicher Förderung. Die dritte Schicht repräsentiert grundsätzlich Einkünfte aus privater Altersvorsorge, darunter auch Einkünfte aus staatlich geförderter privater Altersvorsorge, wie z. B. der sogenannten ‚Riesterrente‘, Einkünfte aus weiterer Vermögensbildung, wie Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie regelmäßige private Transfers. In den hier betrachteten Altersgruppen (60- bis 69-Jährige) liegen allerdings noch kaum Einkünfte aus versicherungsförmigen Vorsorgeformen vor, da insbesondere die Riesterrente zunächst überwiegend von jüngeren Jahrgängen abgeschlossen wurde. Vor der Einführung der Riesterrente wurde private Vorsorge in erster Linie über Kapitallebensversicherungen betrieben, die typischerweise nicht als regelmäßige Rentenzahlung, sondern als Einmalbetrag ausgezahlt wurden. Da die Vorsorge in Form von etwa Kapitallebensversicherungen in den betrachteten Jahrgängen noch überwiegt, sind für die vorliegenden Analysen die Fallzahlen für gesonderte Analysen zu dieser sogenannten dritten Schicht der Alterseinkünfte nicht hinreichend. Weitere Alterseinkünfte, wie private Einkünfte aus Vermögenserträgen oder Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Erwerbstätigkeit (vierte Schicht), Transferzahlungen wie Wohngeld oder Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz (fünfte Schicht) sowie Einkünfte aus Unfallrenten oder Sozialplanleistungen eines Arbeitgebers, werden im Folgenden ebenfalls nicht gesondert ausgewiesen. Sie werden jedoch bei der Betrachtung der eigenen Alterseinkünfte insgesamt berücksichtigt. In der fünften Schicht spielt die Grundsicherung im Alter eine zentrale Rolle. Ende 2015 bezogen über 500.000 Seniorinnen und Senioren, das sind 3,2 % aller älteren Menschen in Deutschland, Leistungen der Grundsicherung im Alter. Der Anteil ist noch vergleichsweise gering, ist jedoch innerhalb der letzten Jahre stark angestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017; zum Modell der Schichten der Alterseinkünfte vgl. Frommert/Himmelreicher, 2013). Durch diese Zusammenschau aller Alterseinkünfte ermöglicht die ASID-Studie im Vergleich zu anderen Erhebungen einen adäquaten Überblick über die materielle Lage von Rentnerinnen und Rentnern (vgl. Kröger et al., 2011). Zu beachten ist jedoch, dass insbesondere Vermögenswerte nur insoweit berücksichtigt werden können, als sie von den Befragten tatsächlich angegeben werden (vgl. Kortmann, 2010). Die dargestellten Befunde basieren auf drei aktuell für die wissenschaftliche Forschung verfügbaren Erhebungen der ASID-Studie aus den Jah-

ren 2003, 2007 und 2011 (vgl. BMAS/TNS Infratest Sozialforschung, 2009, 2013, 2017). Die Mikrodaten der Studie aus dem Jahr 2015 stehen für die wissenschaftliche Forschung im Sommer des Jahres 2018 noch nicht zur Verfügung, obwohl schon einige Befunde daraus in den aktuellen Alterssicherungsbericht 2016 eingeflossen sind (vgl. Deutscher Bundestag, 2017). Aus Gründen der Vergleichbarkeit wird auf GRV-Beziehende im Alter von 60 bis 69 Jahren fokussiert. Die Personen, die in einem anderen Regelsicherungssystem als der GRV abgesichert sind, wie z. B. Apothekerinnen und Apotheker, deren Alterseinkünfte sich also nicht oder nicht überwiegend aus GRV-Renten speisen, wurden von der Analyse ausgeschlossen. Bei diesem Personenkreis stellt sich die Frage der Kompensation geringerer Anwartschaften durch zusätzliche Vorsorge nicht in vergleichbarer Form wie bei GRV-Versicherten. Ausgeschlossen wurden neben den Beziehenden von Leistungen aus berufsständischen Versorgungswerken zudem Beziehende einer Beamtenpension oder einer Altersrente für Landwirte. In (Pflege-)Heimen und Residenzen wohnende Personen sind in den Analysen ebenfalls nicht berücksichtigt. Der Ausgangspunkt der folgenden Analysen ist die Höhe der Alterseinkünfte aus der ersten Schicht, hier also die Höhe der GRV-Rente (vgl. Kap. 1.3.1). Darauf basierend wird differenziert für Männer und Frauen in Ost- und Westdeutschland kontrolliert, wie hoch der Anteil der jeweiligen Rentnerinnen und Rentner im Alter von 60 bis 69 Jahren ist, die im Rahmen der zweiten Schicht Alterseinkünfte beziehen, und wie hoch der Median (Brutto-Intraquintilsmedian) der eigenen Alterseinkünfte insgesamt ist (vgl. Kap. 1.3.2). Diese Vorgehensweise adressiert die Frage, inwiefern Personen im unteren, mittleren und oberen Einkommensbereich ergänzend bzw. zusätzlich im Rahmen der zweiten Schicht vorgesorgt haben und wie sich ihre Gesamteinkommenssituation darstellt. Die deskriptiven Befunde werden schließlich um die Schätzung von Modellen für die Beteiligung und die Höhe von betrieblicher Altersversorgung ergänzt (vgl. Kap. 1.3.3).

1.3 Empirische Befunde

Nahezu alle in Deutschland lebenden Personen beziehen im Alter eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV-Rente). Nach Berechnungen auf Basis der Studie „Alterssicherung in Deutschland 2015“ (vgl. ASID, 2015) liegt der Anteil der Personen über 65 Jahre mit eigener GRV-Rente in Deutschland bei 91 %. Bei westdeutschen Frauen sind es 91 % (westdeutsche Männer: 88 %), in Ostdeutschland liegt

der Anteil bei Frauen wie Männern bei 99 % (vgl. Deutscher Bundestag, 2017, Tabelle BC.1). Vor allem in Ostdeutschland ist durchgängig ein sehr hoher Anteil von Personen mit GRV-Anwartschaften zu konstatieren. Aber auch im Westen erwirbt ein zunehmend höherer Anteil der Personen eigene GRV-Anwartschaften, wobei insbesondere bei Frauen der Anteil mit eigener GRV-Rente steigt. Vor diesem Hintergrund ist die GRV die mit Abstand bedeutendste Schicht der Altersvorsorge, die zudem für das Gros der ehemals sozialversicherungspflichtig Beschäftigten die zentrale Quelle der Alterseinkünfte darstellt.

1.3.1 Höhe, Verteilung und Entwicklung der gesetzlichen Altersrenten

Zunächst wird ein Überblick über die Höhe, Verteilung und Entwicklung der Anwartschaften gegenüber der Rentenversicherung gegeben. Hierzu werden die Median-Anwartschaften der jeweiligen Zugänge in eine Altersrente von Frauen und Männern in Ost- und Westdeutschland in EP abgebildet. Das Alter der meisten Personen im Rentenzugang liegt im betrachteten Zeitraum zwischen 63 und 65 Jahren (vgl. Himmelreicher, 2016). Zudem wird die Rentenlücke zwischen Männern und Frauen, der sogenannte Gender Pension Gap (GPG), ausgewiesen (vgl. Rasner, 2007; Sachverständigenkommission Gleichstellungsbericht, 2011). Die Median-Anwartschaften spiegeln die monetären Ansprüche der Versicherten gegenüber der GRV wider und können als Bilanz der Erwerbs- bzw. Versichertenbiografie interpretiert werden (vgl. Allmendinger, 1994). Wird die Summe der EP mit dem aktuellen Rentenwert (im zweiten Halbjahr 2016: 30,45 Euro West und 28,66 Euro Ost) multipliziert, ergibt sich näherungsweise die Höhe der jeweiligen monatlichen Altersrente. Würden sich die Alterseinkünfte von allein lebenden Frauen und Männern ausschließlich aus der GRV speisen, wären je nach Wohnort etwa 30 EP erforderlich, um über die Grundsicherungsschwelle (2016: 803 Euro im Durchschnitt) zu kommen (vgl. Steffen, 2017). Der GPG bzw. die geschlechtsspezifische Rentenlücke beziffert den relativen Abstand zwischen den durchschnittlichen Alterseinkünften von Rentnerinnen gegenüber jenen von Rentnern (vgl. Frommert/Strauß, 2013). Insofern verdeutlicht der GPG die unterschiedliche Verteilung von Erwerbchancen von Frauen und Männern in den zurückliegenden und abgeschlossenen Erwerbsbiografien. Ein Wert von 20 % bedeutet, dass die durchschnittlichen Alterseinkünfte von Frauen 80 % von jenen der Männer betragen und somit ein Gap, d. h. ein Abstand, von 20 % verbleibt.

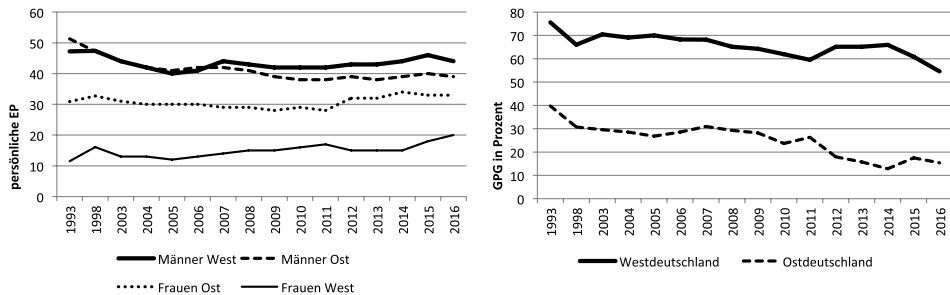


Abb. 1.1: Median-Anwartschaften von Frauen und Männern in West- und Ostdeutschland beim Rentenzugang in Entgeltpunkten und Gender Pension Gap (GPG) in Prozent (eigene Berechnungen auf folgender Grundlage: FDZ-RV – SUFRITZN93VXSB, SUFRITZN-98VXSB, SUFRITZN03-16VXSB)

Abbildung 1.1 zeigt die Entwicklung der Lebensarbeitseinkommen in EP beim Rentenzugang zwischen 1993 und 2016 für Frauen und Männer in Ost- und Westdeutschland. Auffällig ist, dass in diesem Zeitraum für männliche Neurentner sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland ein Rückgang der EP zu beobachten ist. Dabei liegen die Median-Anwartschaften der ostdeutschen Neurentner seit 2006 unter denen der westdeutschen Neurentner: Die Summe der EP beim Rentenzugang sank also im Zeitverlauf in Ostdeutschland stärker als in Westdeutschland. Je länger der Zeitraum zwischen der Wiedervereinigung und dem individuellen Rentenzugang ist, desto niedriger werden offensichtlich die Anwartschaften der ostdeutschen Neurentner. Hieran werden die Probleme auf dem ostdeutschen Arbeitsmarkt besonders deutlich. Die Median-Anwartschaften liegen 2016 für Neurentner im Osten bei 39 EP, im Westen bei 44 EP. Eine andere Entwicklung ist bei den Frauen zum Zeitpunkt des Übergangs in eine Altersrente zu beobachten. Die Summe der persönlichen EP von Neurentnerinnen nahm im Beobachtungszeitraum sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland zu, wobei zwischen Ost und West ein großer Niveauunterschied existiert. Die Summe der Median-EP hat sich bei den ostdeutschen Neurentnerinnen von 31 EP im Jahr 1993 auf 33 EP im Jahr 2016 leicht erhöht. Dagegen ist bei den westdeutschen Neurentnerinnen zwar ein wesentlich stärkerer Anstieg von gut 70 % zwischen 1993 (12 EP) und 2016 (20 EP) zu beobachten, jedoch liegen die individuellen Median-Anwartschaften aktuell immer noch weit unterhalb der Grundsicherungsschwelle von etwa 30 EP. Auch wenn viele dieser Rentnerinnen im Haushaltskontext

durch ihre (Ehe-)Partner sowie weitere Alterseinkünfte hinreichend abgesichert sind, besteht der politische Wille, die eigenständige Altersvorsorge von Frauen zu stärken, insbesondere vor dem Hintergrund zunehmender Scheidungen und meist fehlender Hinterbliebenenversicherung bei der oftmals staatlich geförderten privaten wie betrieblichen Altersvorsorge. Zudem ist zu beachten, dass auch die abgeleiteten Witwenrenten tendenziell sinken, weil sich diese an den Anwartschaften der Männer orientieren, die vor allem im Osten zurückgehen (vgl. DRV Bund, 2017). Die Abb. 1.1 zeigt zudem den GPG in Ost- und Westdeutschland. Dieser ist zwar in beiden Landesteilen seit 1993 stark gesunken, fällt jedoch im Westen nach wie vor wesentlich höher aus als im Osten. Der GPG der Median-Rente betrug 2016 im Westen 55 %, während er im Osten bei 15 % lag. Das bedeutet, dass die westdeutschen Frauen mit Median-EP weniger als halb so viel Rente bekamen wie die Männer mit Median-EP; in Ostdeutschland erhielten Frauen im Mittel hingegen 15 % weniger Rente als Männer. Die Entwicklung der Höhe von allen Median-Renten vermittelt zunächst einen ersten Eindruck über mittlere Anwartschaften. Um zusätzlich noch einen Einblick in die Verteilung der Anwartschaften geben zu können, wird die Verteilung der EP in Perzentilen dargestellt. Der Übersichtlichkeit wegen werden nur die Entwicklungen des 20. und 80. Perzentils dargestellt (vgl. Abb. 1.2). Die Wahl des 20. und 80. Perzentils im Rahmen von Verteilungsanalysen hat sich bewährt, weil die Verteilung der Anwartschaften in diesen Bereichen nicht von Extremwerten beeinflusst wird.

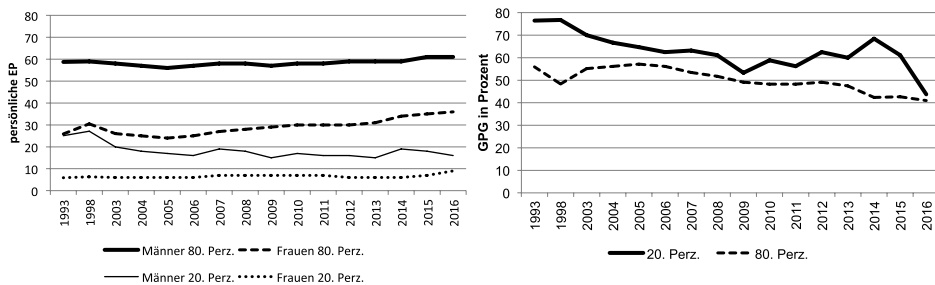


Abb. 1.2: Hohe (P80) und niedrige (P20) Anwartschaften von Frauen und Männern in Westdeutschland beim Rentenzugang in Entgeltpunkten und Gender Pension Gaps (GPG) in Prozent (eigene Berechnungen auf folgender Grundlage: FDZ-RV – SUFRTZN93VXSB, SUFRTZN98VXSB, SUFRTZN03-16VXSB)

Bei westdeutschen Männern des 80. Perzentils ist nahezu keine Veränderung der EP beim Rentenzugang im Zeitablauf festzustellen. Ihre Anwartschaften liegen relativ gleichmäßig bei etwa 60 EP. Hierunter sind Kombinationen von etwa 60 Erwerbsjahren, die mit einem Durchschnittslohn vergütet waren, oder von etwa 40 Erwerbsjahren mit dem 1,5-Fachen des Durchschnittsverdienstes vorstellbar. Bei westdeutschen Männern des 20. Perzentils ist eine sukzessive Reduzierung ihrer Anwartschaften von 25 auf etwa 15 EP zu beobachten. Diese Entwicklung dürfte in einem Zusammenhang stehen mit durch Arbeitslosigkeit perforierten Erwerbsbiografien, im Zeitverlauf sinkender rentenrechtlicher Bewertung von Nichtbeschäftigungszeiten (z. B. im Rahmen von ALG II), ungesicherter Selbstständigkeit oder einem steigenden Niedriglohnsektor und unfreiwilliger Arbeitszeitreduzierung. Bei westdeutschen Frauen des 80. Perzentils ist eine positive Entwicklung ihrer Anwartschaften zu konstatieren. Ihre EP steigen von 25 auf 35 EP an, liegen damit aber weiterhin etwa 40 % unter denen der Männer des 80. Perzentils. Bei westdeutschen Frauen des 20. Perzentils ist mit 10 und weniger EP im gesamten Beobachtungsfenster eine vergleichsweise kurze und/oder schlecht bezahlte Integration in den Arbeitsmarkt festzustellen. Allerdings fließen in die EP auch Kindererziehungs- und Pflegezeiten ein. Trotz der Anerkennung solcher Zeiten sind die Anwartschaften der unteren 20 % der westdeutschen Frauen im Altersrentenzugang mit knapp 10 EP dramatisch niedrig und liegen ebenfalls etwa 40 % unter jenen der vergleichbaren Männer. Insgesamt geht der GPG in Westdeutschland tendenziell etwas zurück, jedoch beträgt die geschlechtsspezifische Rentenlücke auch am Ende des Beobachtungsfensters noch mehr als 40 %.

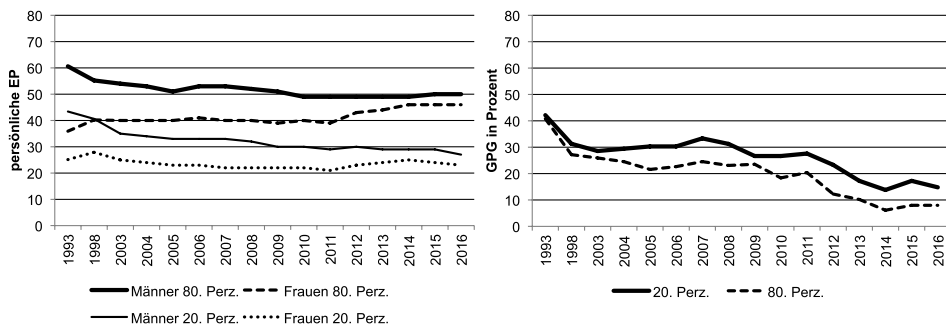


Abb. 1.3: Hohe (P80) und niedrige (P20) Anwartschaften von Frauen und Männern in Ostdeutschland beim Rentenzugang in Entgeltpunkten und Gender Pension Gaps (GPG) in Prozent in Ostdeutschland (eigene Berechnungen auf folgender Grundlage: FDZ-RV – SUFRTZN93VXSB, SUFRTZN98VXSB, SUFRTZN03-16VXSB)

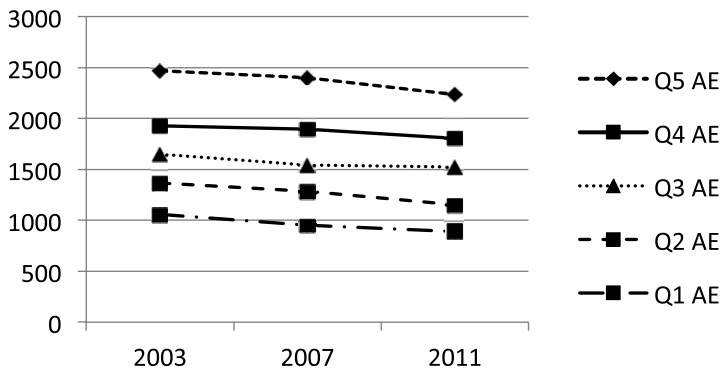
Die Abb. 1.3 zeigt, dass bei ostdeutschen Männern beider Perzentile sinkende Anwartschaften im Zeitraum 1993–2016 um etwas mehr als 10 EP zu verzeichnen sind. Allerdings liegen die EP der ostdeutschen Männer des 20. Perzentils etwa 10 EP über jenen der westdeutschen Männer; umgekehrt fallen die EP der ostdeutschen Männer des 80. Perzentils rund 10 EP niedriger aus als jene der westdeutschen Männer. Es zeigt sich somit eine wesentlich geringere Spreizung der Anwartschaften in Ostdeutschland. Ostdeutsche Frauen des 80. Perzentils haben die Anwartschaften der Männer des gleichen Perzentils nahezu erreicht. Darauf verweist auch der sinkende GPG für das 80. Perzentil. Die geschlechtsspezifische Rentenlücke geht auch beim 20. Perzentil deutlich zurück. Ursache hierfür sind gleichbleibende Anwartschaften der Frauen des 20. Perzentils und sinkende bei den Männern. Insgesamt ist die Spreizung der Renten im Osten zwischen den Geschlechtern und zwischen den EP-Gruppen wesentlich geringer als im Westen. Zudem sind die Erwerbsbiografien von ostdeutschen Frauen stärker arbeitsmarktorientiert als die von westdeutschen Frauen. Insgesamt ist die geschlechtsspezifische Rentenlücke in Ostdeutschland rund viermal niedriger als in Westdeutschland und scheint sich weiter zu reduzieren. Diese Entwicklung wird geprägt durch gleichbleibende bis leicht ansteigende Anwartschaften der ostdeutschen Frauen und vor allem durch sinkende EP der ostdeutschen Männer.

1.3.2 Höhe, Verteilung und Entwicklung der gesamten Alterseinkünfte

Um die Bedeutung der Anwartschaften gegenüber der GRV einschätzen zu können, stellen wir im Folgenden dar, wie sich die gesamten Alterseinkünfte und deren Zusammensetzung im Zeitverlauf entwickelt haben. Um ähnlich wie bei den EP eine um Preiseffekte bereinigte Größe ausweisen zu können, werden die Zahlbeträge in Preisen von 2011 dargestellt.¹ Somit wird der Untersuchungsgegenstand von den EP der GRV um individuelle Alterseinkünfte aus verschiedenen Schichten erweitert. Das Konzept der Schichten verdeutlicht, dass sich nach der Verrentung die Zusammensetzung der Alterseinkünfte durch die unterschiedliche Ausgestaltung der Vorsorgeformen verschieben kann. Solche Verschiebungen stehen in Zusammenhang mit der Entwicklung von Preisen, den jeweiligen Zinsen, Löhnen und Kosten, also letztlich der Dynamisierung verschiedener Formen und Durchführungswege von Altersvor-

1 Die Preisbereinigung erfolgte nach dem Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes. Zahlbeträge des Jahres 2007 wurden mit 1,0725 und solche des Jahres 2003 mit 1,1395 multipliziert.

sorge sowie der Höhe und Bewilligungspraxis von staatlichen Transfers (vgl. Frommert, Himmelreicher, 2010; 2013; 2018).² Im nächsten Schritt wird zunächst auf die Entwicklung der gesamten Alterseinkünfte abgestellt, danach erfolgt eine Dekomposition ihrer Bestandteile. Ausgehend von den GRV-Quintilen zeigen Abb. 1.4 bis Abb. 1.7 die Höhe der gesamten Alterseinkünfte, gemessen als Intraquintilsmedian des jeweiligen GRV-Quintils. Preisbereinigt sinken die Alterseinkünfte von Männern in Westdeutschland in allen GRV-Quintilen um etwa 200 Euro innerhalb des achtjährigen Beobachtungsfensters (vgl. Abb. 1.4). Ursache hierfür sind auch die gleichbleibenden bzw. sinkenden GRV-Anwartschaften bei westdeutschen Männern (vgl. Abb. 1.2), die wegen der in dem betrachteten Zeitraum (2003–2011) geringen Rentenerhöhungen nicht mit der Preisentwicklung Schritt halten konnten. Der Abstand zwischen den einzelnen Quintilen bleibt etwa gleich. Mehr als 20 % aller männlichen Neurentner in Westdeutschland bezogen im Jahr 2011 Alterseinkünfte von weniger als 1.000 Euro pro Monat (vgl. Abb. 1.4).

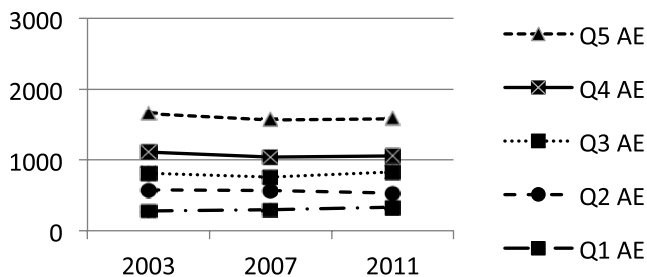


Q1–Q5 = Brutto-Intraquintilsmediane aus der Summe aller Alterseinkünfte
 AE = Summe der gesamten Alterseinkünfte

Abb. 1.4: Reale Höhe der Alterseinkünfte nach GRV-Quintilen von Männern in Westdeutschland im Rentenzugang in Euro in Preisen von 2011 (vgl. ASID, 2003; 2007; 2011)

2 Insbesondere bei hoher Lebenserwartung kann die Auszahlungsphase ein Vierteljahrhundert und mehr umschließen, weshalb in einer langen Auszahlungsphase vielfältige und kaum zu antizipierende Veränderungen vorkommen können (vgl. Künemund et al., 2010). Dennoch sind manche Veränderungen in der Zusammensetzung von Alterseinkünften in groben Zügen vorhersehbar. Dies betrifft etwa das Verhältnis von dynamisierten und nichtdynamisierten Alterseinkünften im Zeitverlauf. Eine nach Abzug von Kosten stets positive Dynamisierung, wie dies bei der GRV in der Vergangenheit der Fall war, führt zu einem steigenden Anteil dieser Schicht an den gesamten Alterseinkünften, sofern andere Schichten weniger stark oder nicht dynamisiert sind.

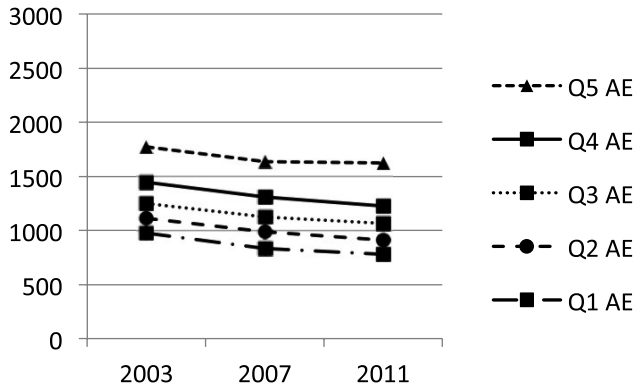
Die individuellen Alterseinkünfte von westdeutschen Frauen liegen im Vergleich zu jenen der Männer auf einem ganz anderen Niveau: Indizien hierfür haben bereits die in Kap. 1.3.1 ausgewiesenen GPG geliefert. Mehr als 60 % der westdeutschen Frauen beziehen persönliche Alterseinkünfte unter 1.000 Euro. Lediglich den wohlhabendsten 20 % stehen monatlich mehr als 1.500 Euro zur Verfügung (vgl. Abb. 1.5). Diese Ausführungen machen deutlich, dass das Ziel einer individuellen und eigenständigen Altersvorsorge von westdeutschen Frauen noch längst nicht erreicht ist. Viele ältere Frauen würden ohne ihren jeweiligen Haushaltskontext – i. d. R. die Einkünfte ihres Ehemanns – im Alter von sehr niedrigen Alterseinkünften leben müssen.



Q1–Q5 = Brutto-Intraquintilsmediane aus der Summe aller Alterseinkünfte
 AE = Summe der gesamten Alterseinkünfte

Abb. 1.5: Reale Höhe der Alterseinkünfte nach GRV-Quintilen von Frauen in Westdeutschland im Rentenzugang in Euro in Preisen von 2011 (vgl. ASID, 2003; 2007; 2011)

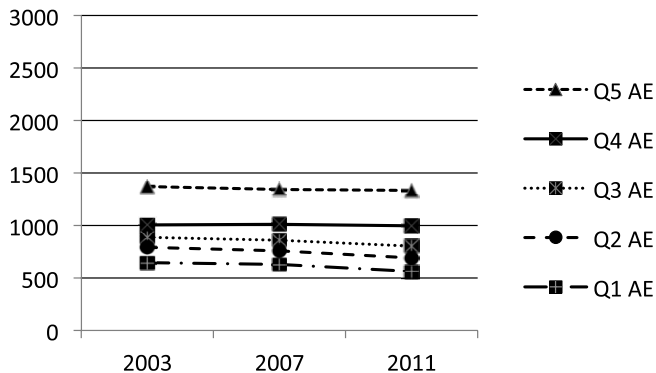
Bei ostdeutschen Männern sind in allen fünf Quintilen real sinkende Alterseinkünfte zu verzeichnen, ganz ähnlich wie bei westdeutschen Männern. Zudem ist der Anteil der Männer, die Alterseinkünfte unter 1.000 Euro pro Monat beziehen, auf mehr als 40 % angestiegen (vgl. Abb. 1.6). Das bedeutet, dass viele ostdeutsche Männer niedrige Alterseinkünfte haben. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass niedrige eigene Alterseinkünfte zudem niedrigere Hinterbliebenenrenten zur Folge haben.



Q1–Q5 = Brutto-Intraquintilsmediane aus der Summe aller Alterseinkünfte
 AE = Summe der gesamten Alterseinkünfte

Abb. 1.6: Reale Höhe der Alterseinkünfte nach GRV-Quintilen von Männern in Ostdeutschland im Rentenzugang in Euro in Preisen von 2011 (vgl. ASID, 2003; 2007; 2011)

Im Unterschied zu ostdeutschen Männern, bei denen im Zeitverlauf insgesamt sinkende Alterseinkünfte zu verzeichnen sind, verharren die Alterseinkünfte der ostdeutschen Frauen in etwa auf einem gleichbleibenden Niveau (vgl. Abb. 1.7). Lediglich bei den unteren Quintilen sind geringfügige Rückgänge zu konstatieren. Zu beachten ist allerdings, dass die Höhe der Alterseinkünfte insgesamt sehr niedrig ist, denn nahezu 80 % der ostdeutschen Frauen stehen Alterseinkünfte von lediglich unter 1.000 Euro im Monat zur Verfügung.



Q1–Q5 = Brutto-Intraquintilsmediane aus der Summe aller Alterseinkünfte
 AE = Summe der gesamten Alterseinkünfte

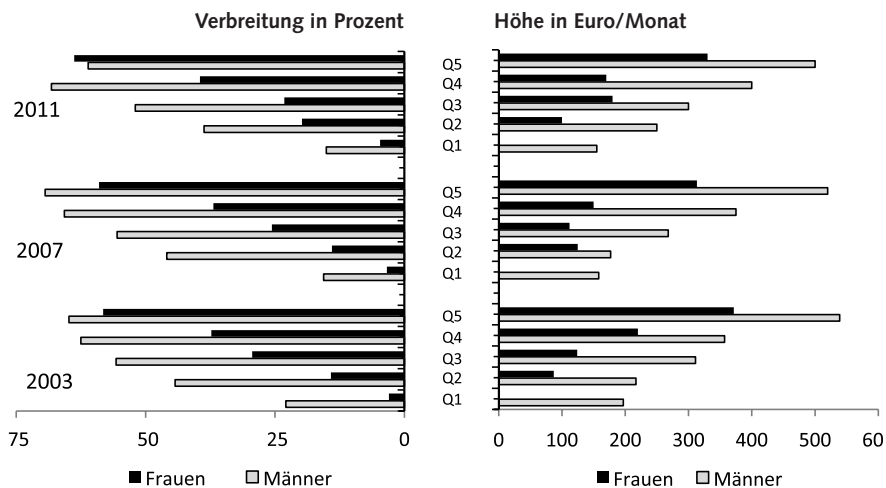
Abb. 1.7: Reale Höhe der Alterseinkünfte nach GRV-Quintilen von Frauen in Ostdeutschland im Rentenzugang in Euro in Preisen von 2011 (vgl. ASID, 2003; 2007; 2011)

Zusammenfassend zeigt sich, dass gleichbleibende oder sinkende Anwartschaften in der GRV bei ost- wie westdeutschen Männern auch preisbereinigt zu sinkenden Alterseinkünften führen. Gleichbleibende bzw. tendenziell ansteigende Anwartschaften in der GRV bei ost- wie westdeutschen Frauen gehen mit tendenziell stagnierenden persönlichen Alterseinkünften einher. Insofern scheint eine direkte Beziehung zwischen GRV-Anwartschaften und der Höhe der Alterseinkünfte zu bestehen.

1.3.3 Verbreitung und Höhe der betrieblichen Altersversorgung

Dieser Abschnitt untersucht den oben gefundenen Zusammenhang zwischen GRV-Anwartschaften und der Höhe der Alterseinkünfte insgesamt mit einem Schwerpunkt auf betrieblicher Altersversorgung. Anhand von bivariaten Darstellungen zur Verbreitung und Höhe der betrieblichen Altersversorgung (BAV) wird ein Überblick darüber gegeben, welche Personen eine BAV abgeschlossen haben und wie hoch die monatlichen Zahlungen aus der BAV ausfallen, wiederum differenziert nach GRV-Quintilen. Abbildung 1.8 stellt auf der linken Seite die Verbreitung der betrieblichen Altersversorgung im Zeitverlauf in Prozent dar; auf der rechten Seite wird die Höhe der daraus erzielten Alterseinkommen abgebildet, jeweils differenziert für Frauen und Männer in Westdeutschland. Hinsichtlich der Verbreitung der BAV zeigt sich,

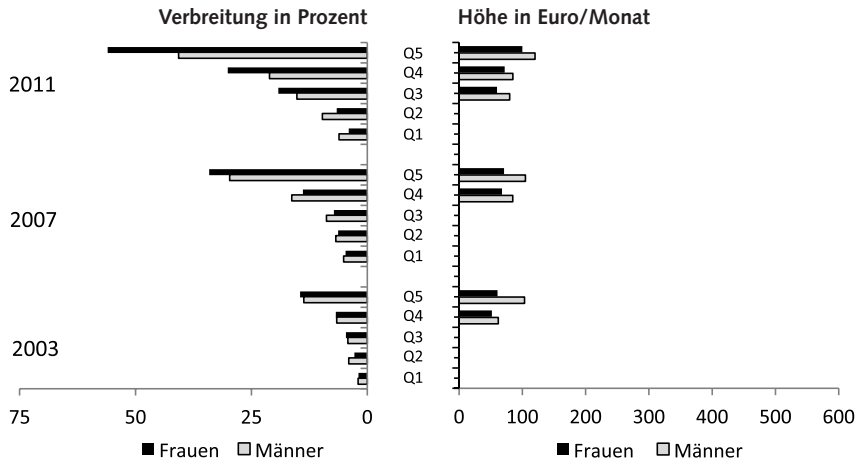
dass mit zunehmender Höhe der GRV-Rente auch der Anteil der Personen steigt, die über eine BAV verfügen können. Diese Beobachtung gilt für Männer und insbesondere für Frauen. Frauen mit niedrigen GRV-Anwartschaften haben besonders selten eine BAV abgeschlossen; daran hat sich zwischen 2003 und 2011 nahezu nichts geändert. Deutlich wird auch, dass mit zunehmenden GRV-Anwartschaften nicht nur die Verbreitung der BAV steigt, sondern gleichermaßen auch die Höhe der Einkünfte aus der BAV. Insbesondere bei westdeutschen Frauen in den unteren Quintilen konnten keine Angaben zur Höhe der jeweiligen BAV angegeben werden, weil durch die geringe Verbreitung keine hinreichenden Fallzahlen zur Verfügung stehen. Für Westdeutschland deutet damit einiges auf das Vorliegen des Matthäus-Effekts hin, gemäß dem Erfolge immer neue Erfolge hervorrufen. Bei Personen, die hohe Anwartschaften in der GRV haben, sind Produkte der BAV zum einen weit verbreitet, zum anderen lassen sie die Summe der Alterseinkünfte insgesamt deutlich ansteigen. Eine Erhöhung der Sparneigung im Sinne einer BAV ist bei Personen mit niedrigen GRV-Anwartschaften nach dem Paradigmenwechsel in der Altersvorsorge im Jahr 2001, nach dem eine stärkere Verbreitung der zusätzlichen Altersvorsorge politisch intendiert war, bislang nicht festzustellen.



Q1–Q5 = Verbreitungsquote bzw. Brutto-Intraquintilsmedian der BAV-Leistungen in Preisen von 2011
GRV = eigene Alterseinkünfte aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Abb. 1.8: Verbreitung und Höhe der betrieblichen Altersversorgung von Frauen und Männern in Westdeutschland nach GRV-Quintilen (vgl. ASID, 2003; 2007; 2011)

Die Abb. 1.9 ist analog zu Abb. 1.8 aufgebaut und bezieht sich auf die Höhe und Verbreitung der BAV in Ostdeutschland. Dort setzt sich hinsichtlich der Verbreitung das westdeutsche Muster fort – mit einem großen Unterschied: Im Osten ist eine im Zeitverlauf steigende BAV-Verbreitung festzustellen, wobei Frauen – insbesondere in den unteren Quintilen – oftmals häufiger über eine BAV verfügen als Männer. Der Anteil der Frauen und Männer mit Einkünften aus einer BAV lag in Ostdeutschland trotz einer steigenden Verbreitung auch im Jahr 2011 noch unter dem westdeutschen Niveau. In Bezug auf die Höhe der BAV-Alterseinkommen ist festzustellen, dass diese tendenziell ebenfalls mit steigenden GRV-Alterseinkünften zunehmen, jedoch im Vergleich zur Situation in Westdeutschland im Osten auf wesentlich niedrigerem Niveau liegen. Hieran zeigt sich die vergleichsweise kurze Ansparphase, die in Ostdeutschland erst nach der Wiedervereinigung begann. Mehr als 100 Euro pro Monat aus BAV beziehen in Ostdeutschland nur wenige Neurentner. Es sind vor allem männliche westdeutsche Neurentner mit hohen GRV-Anwartschaften, die eine BAV-Rente in Höhe von rund 500 Euro pro Monat und darüber beziehen (vgl. Abb. 1.8). Die Höhe der Renten aus der BAV wird im Osten auch mittelfristig noch erheblich unter jener im Westen liegen. Denn erst, wenn die Wiedervereinigung etwa um die Länge einer gesamten Erwerbsbiografie zurückliegt, werden ostdeutsche Rentenzugänge wenigstens potenziell die Möglichkeit gehabt haben, ähnlich wie westdeutsche vorzusorgen (vgl. Frick/Grabka, 2010). Hieran zeigt sich ein großer Unterschied zwischen GRV und den Formen der zusätzlichen Altersvorsorge: Während die Anwartschaften gegenüber der gesetzlichen Altersvorsorge in der ehemaligen DDR angerechnet wurden, starteten ostdeutsche Frauen und Männer nach der Wiedervereinigung hinsichtlich betrieblicher und privater Altersvorsorge in der überwiegenden Mehrheit mit einem Vorsorgevermögen von null Euro.



Q1–Q5 = Verbreitungsquote bzw. Brutto-Intraquintilsmedian der BAV-Leistungen in Preisen von 2011
GRV = eigene Alterseinkünfte aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Abb. 1.9: Verbreitung und Höhe der betrieblichen Altersversorgung nach GRV-Quintilen von Frauen und Männern in Ostdeutschland (vgl. ASID, 2003; 2007; 2011)

Vor dem Hintergrund dieser bivariaten Befunde sollen zwei multivariate Modelle, je eines zur Verbreitung und eines zur Höhe der BAV als abhängige Variable, mehr Erkenntnisse über die zusätzliche BAV liefern. Im ersten Schritt stellen wir die Chancen für verschiedene Personengruppen dar, über eine zusätzliche BAV zu verfügen. Im zweiten Schritt folgt eine lineare Regression zwischen der Höhe der BAV als abhängige Variable und der Höhe der GRV-Rente in Euro pro Monat sowie soziodemografischen und betrieblichen Merkmalen.

Der verwendete ASID-Datensatz von 2011 ermöglicht es, die Stärke möglicher Einflussfaktoren auf die Wahrscheinlichkeit zu prüfen, ob eine BAV vorhanden ist oder nicht. Da die abhängige Variable binär ist (BAV entweder vorhanden oder nicht vorhanden), wird ein logistisches Regressionsmodell verwendet. Als mögliche Einflussfaktoren wurden folgende ausgewählt: die Höhe der eigenen gesetzlichen Rente in Euro pro Monat dient dazu das Einkommensniveau über den Lebensverlauf zu messen. Das Merkmal „Region“ differenziert den Wohnort der Befragten in Ost- und Westdeutschland. Zusätzlich werden das Geschlecht und das Alter der Befragten in Jahren verwendet. Da Altersvorsorge auch viel mit Wissen über den Vorsorgebedarf zu tun hat, im Sinne von Financial Literacy (vgl. Lusardi/Mitchell, 2008), werden

auch der höchste Schulabschluss (Realschule, Abitur; Referenz: Hauptschule) sowie die höchste berufliche Position (einfache Fachkraft, Fachkraft in mittlerer Position, Fachkraft in gehobener Position oder Hochqualifizierte bzw. Leitungsposition; Referenz: Angelernter) berücksichtigt. Der Familienstand (verheiratet vs. die Referenzkategorie alleinstehend) wird ebenfalls berücksichtigt. Zudem spielt der Migrationshintergrund im Vergleich zur Referenzkategorie „Autochthone“ eine Rolle, weil davon ausgegangen werden kann, dass sich zugewanderte Personen weniger gut mit den nationalen institutionellen Rahmenbedingungen der Alterssicherung auskennen und je nach Zuwanderungszeitpunkt auch eine kürzere Anspannphase aufweisen. Neben dem Alter der Befragten prüfen wir auch die Anzahl der Erwerbsjahre, weil langjährig Beschäftigte ihre Vorsorge besser planen können als temporär Beschäftigte. Ferner wird das Wohnverhältnis kontrolliert, also ob jemand im selbstgenutzten Wohneigentum lebt oder Mieter ist. Bestimmte Formen der BAV werden besonders häufig in spezifischen Branchen abgeschlossen. Insofern prüfen wir die Branchenzugehörigkeit der Befragten differenziert nach ‚Industrie‘, ‚Baugewerbe und Handwerk‘, ‚Öffentlicher Dienst und angrenzende Unternehmen‘ sowie die ‚sonstige Privatwirtschaft‘ im Vergleich zu Beschäftigten in ‚Handel und Dienstleistungen‘.

In Tab. 1.1 werden drei binärlogistische Modelle gezeigt, in denen jeweils die Chancen ausgewiesen werden, zu der Gruppe von Personen zu gehören, die eine BAV haben, oder zu der Gruppe, die keine BAV haben. Diese Chancenverhältnisse werden als Odds Ratios (OR) bezeichnet. Ist der jeweilige Koeffizient größer als 1, dann erhöht sich im Beispiel die Wahrscheinlichkeit, eine BAV zu haben. Ist ein OR kleiner als 1, bedeutet das, dass die Chance faktisch verringert wird. Ist der OR genau 1, dann gibt es zwischen den Gruppen keine Unterschiede. Die Qualität des Modells wird bei der Maximum-Likelihood-Schätzung über das Pseudo-Bestimmtheitsmaß R^2 , hier als R^2 nach Nagelkerke, ausgegeben. Die Berechnungen basieren auf den empirischen Angaben, die weder gewichtet noch hochgerechnet sind.³

3 Die Koeffizienten unterscheiden sich bei einer Berechnung mit der gewichteten und hochgerechneten Datenbasis je nach Merkmal wenig oder gar nicht in der Ausprägung; es ergeben sich keine grundsätzlich anderen Aussagen.

Tab. 1.1: Die Chance, über eine betriebliche Altersversorgung zu verfügen (2011, logistische Regression) (vgl. ASID, 2011)

	Model 1 OR	Model 2 OR	Model 3 OR
Konstante	0,057 ***	0,852 n.s.	0,482 n.s.
eigene gesetzliche Rente (brutto in Euro pro Monat)	1,002 ***	1,002 ***	1,002 ***
Region (Ost = 1)		0,388 ***	0,165 ***
Geschlecht (Frau = 1)		1,954 ***	1,120 n.s.
Alter (in Jahren)		0,952 ***	0,938 ***
Realschule (Referenz = Hauptschule)		1,495 ***	1,185 n.s.
Abitur (Referenz = Hauptschule)		1,815 ***	1,427 **
verheiratet (Referenz = alleinstehend)		0,926 n.s.	0,961 n.s.
Eigentümer		1,160 *	1,178 *
Migrationshintergrund		0,903 n.s.	1,181 n.s.
einfache Fachkraft (Referenz = Angelernte)			1,003 n.s.
Fachkraft in mittlerer Position (Referenz = Angelernte)			1,194 n.s.
Fachkraft in gehobener Position (Referenz = Angelernte)			1,386 n.s.
Hochqualifizierte, Leitungsposition (Referenz = Angelernte)			1,175 n.s.
Anzahl Erwerbsjahre			1,046 ***
Industrie (Referenz = Handel und Dienstleistungen)			2,008 ***
Baugewerbe, Handwerk (Referenz = Handel und Dienstleistungen)			0,567 ***
öffentlicher Dienst und angrenzende Unternehmen (Referenz = Handel und Dienstleistungen)			21,068 ***
sonstige Privatwirtschaft (Referenz = Handel und Dienstleistungen)			0,837 n.s.
R ² nach Nagelkerke	0,192	0,262	0,502
n =	5.151		

Anmerkungen: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, n. s. $p \geq 0,05$

Model 1 in Tab. 1.1 verweist auf die Chancen, die sich mit steigenden GRV-Renten im Hinblick auf das Vorhandensein einer BAV abzeichnen: Steigt die GRV-Rente, dann steigt auch die Wahrscheinlichkeit, eine BAV zu haben. Dieser Koeffizient bleibt in allen drei Modellen erhalten und ist stets signifikant. Insofern zeigt sich der grundsätzliche Zusammenhang zwischen steigenden Anwartschaften gegenüber der GRV und steigender Wahrscheinlichkeit, eine BAV zu haben. Kontrolliert man weitere unabhängige Merkmale (Model 2 und 3), dann werden weitere moderierende Momente sichtbar. Wie bereits gezeigt, spielt die BAV im Osten eine wesentlich geringere Rolle als im Westen. Frauen weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, betrieblich vorzusorgen, als Männer. Zu erklären ist dies damit, dass der öffentliche Dienst eine BAV anbieten muss und Frauen häufiger in dieser Branche beschäftigt sind als Männer. Unter Kontrolle der Branchen in Model 3 wird der OR für Geschlecht insignifikant. Im Vergleich zu Hauptschulabsolventen weisen Gymnasiasten eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit auf, über eine BAV zu verfügen. Fachkräfte in gehobenen Positionen führen die BAV-Wahrscheinlichkeiten deutlich an, jedoch hat die Position im Betrieb keinen statistisch belastbaren Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, eine BAV zu haben. Die Branche des beschäftigenden Betriebs hat einen starken Einfluss: Beschäftigte in Bau und Handwerk haben die geringsten Chancen auf eine BAV; weit überdurchschnittlich sind die Chancen in der Industrie, im öffentlichen Dienst sowie angrenzenden Unternehmen. Hervorzuheben sind die gegenläufigen Entwicklungen der OR bei Alter und Anzahl der Erwerbsjahre: Während steigendes Alter die OR, eine BAV zu haben, reduziert, erhöht die Anzahl der Erwerbsjahre die OR positiv. Dies zeigt den Effekt von Phasen mit Nicht- oder Unterbeschäftigung und Arbeitslosigkeit. Personen mit höheren Arbeitslosigkeitsrisiken dürften zudem häufiger gering qualifiziert sein und eher in Ostdeutschland leben. Insgesamt betrachtet ist also der Einfluss der Branche auf die Wahrscheinlichkeit, eine BAV zu haben, sehr stark. Die berufliche Position ist im Unterschied dazu eher nachrangig, während ein höherer Schulabschluss den Abschluss einer BAV begünstigt. Dieser Befund könnte darauf zurückzuführen sein, dass nur wenige Personen mit Hauptschulabschluss im öffentlichen Dienst beschäftigt sind. Nachfolgend wird dargestellt, welche Merkmale die Höhe der Auszahlungen erklären können (vgl. Tab. 1.2). Für solche Fragestellungen sind lineare Regressionen besonders geeignet. Analog zu Tab. 1.1 werden in Tab. 1.2 drei verschiedene Regressionsmodelle geschätzt. Im Unterschied zur vorigen Tabelle werden in Tab. 1.2 keine OR, sondern Regressionskoeffizienten (B) ausgewiesen.

Tab. 1.2: Die Höhe der betrieblichen Altersversorgung (2011, lineare Regression) (vgl. ASID, 2011)

	Model 1 B	Model 2 B	Model 3 B
Konstante	-108,341 *	178,869 n.s.	491,528 n.s.
eigene gesetzliche Rente (brutto in Euro pro Monat)	0,389 ***	0,189 ***	0,067 n.s.
Region (Ost = 1)		-354,662 ***	-320,733 ***
Geschlecht (Frau = 1)		-113,154 ***	-108,482 ***
Alter (in Jahren)		-0,650 n.s.	-1,200 n.s.
Realschule (Referenz = Hauptschule)		122,339 ***	69,445 *
Abitur (Referenz = Hauptschule)		328,252 ***	167,831 ***
verheiratet (Referenz = alleinstehend)		17,461 n.s.	19,733 n.s.
Eigentümer		60,283 **	44,057 n.s.
Migrationshintergrund		-139,075 *	-134,542 **
einfache Fachkraft (Referenz = Angelernte)			-49,960 n.s.
Fachkraft in mittlerer Position (Referenz = Angelernte)			-0,977 n.s.
Fachkraft in gehobener Position (Referenz = Angelernte)			66,827 n.s.
Hochqualifizierte, Leitungsposition (Referenz = Angelernte)			366,902 ***
Anzahl Erwerbsjahre			-0,115 n.s.
Industrie (Referenz = Handel und Dienstleistungen)			-93,866 **
Baugewerbe, Handwerk (Referenz = Handel und Dienstleistungen)			-367,287 ***
öffentlicher Dienst und angrenzende Unternehmen (Referenz = Handel und Dienstleistungen)			-163,489 ***
sonstige Privatwirtschaft (Referenz = Handel und Dienstleistungen)			-176,920 *
R ²	0,088	0,223	0,295
n =	1.660		

Anmerkungen: *** p < 0,001, ** p < 0,01, *p < 0,05, n. s. p ≥ 0,05

In Model 1 kann der Regressionskoeffizient wie folgt interpretiert werden: Steigt bei den Personen, die über eine BAV verfügen, die Höhe der GRV-Rente um einen Euro, dann erhöht sich die BAV um knapp 40 Cent. Diese Schätzung basiert allerdings auf einer vergleichsweise niedrigen Modellgüte. Insofern zeigen sich zwar gewisse Indizien für einen Matthäus-Effekt, dieser scheint jedoch von weiteren Effekten überlagert zu sein.

Dies zeigt sich im Model 2, in dem weitere Merkmale einbezogen werden und die Bedeutung der Höhe der eigenen Rente zurückgeht. Hier zeigt sich z. B., dass vor allem in Ostdeutschland lebende Frauen im Vergleich zu in Westdeutschland lebenden Männern niedrige BAV-Renten aufweisen. Bei älteren Menschen, die über Wohneigentum und einen gymnasialen Schulabschluss verfügen, sind höhere BAV-Renten zu erwarten als bei Mietern mit niedrigerem Schulabschluss.

Model 3 weist darauf hin, dass in Westdeutschland lebende hochqualifizierte ehemalige Abiturienten ohne Migrationshintergrund, die im Handels- und Dienstleistungssektor (z. B. bei Banken und Versicherungen) beschäftigt sind, mit die höchsten Alterseinkünfte aus der BAV erhalten. Die Höhe der GRV hat in diesem Modell keinen statistisch belastbaren Einfluss. Dies könnte bei diesem Personenkreis auf die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) zurückzuführen sein, denn über der BBG liegende Löhne und Gehälter führen nicht zu höheren Anwartschaften in der GRV.

Vergleicht man die Befunde der logistischen mit denen der linearen Regression (vgl. Tab. 1.1 mit Tab. 1.2), ist besonders hervorzuheben, dass zwar bekanntermaßen nahezu alle Beschäftigten des öffentlichen Dienstes im Rahmen der Zusatzvorsorge (VBL etc.) über eine BAV verfügen, deren Höhe allerdings deutlich niedriger ausfällt als die BAV im Handels- und Dienstleistungssektor sowie in der Industrie.

1.4 Zusammenfassung und Diskussion

In diesem Aufsatz standen drei Perspektiven zur Analyse von sozialer Ungleichheit der Alterseinkünfte im Zentrum: Zunächst ging es um die Höhe, Verteilung und Entwicklung der Altersrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, weil diese, wie gezeigt werden konnte, die mit Abstand wichtigste Schicht der Alterseinkünfte darstellt. Anschließend wurde die Entwicklung der Höhe der preisbereinigten Alterseinkünfte insgesamt untersucht. Die dritte Perspektive untersuchte, wenn man so will, den aktuellen Hoffnungsträger der Alterssicherungspolitik: die betriebliche

Altersversorgung. Analysiert wurden die Entwicklung von Abschlussquoten, die Höhe der Auszahlungen und die Charakteristika von Personen, die über Formen der betrieblichen Altersvorsorge verfügen, wobei auch Merkmale ihrer Arbeitsplätze einbezogen werden konnten.

Für Männer und Frauen in Ost- und Westdeutschland zeigten sich hinsichtlich ihrer Altersrenten und Alterseinkünfte unterschiedliche Entwicklungen. Werden die Zugangsrenten in der GRV betrachtet, gewinnen die Frauen hinzu; insbesondere bei ostdeutschen Männern zeigt sich dagegen eine negative Entwicklung, die mit dem wirtschaftlichen Umbruch nach der Wiedervereinigung und dadurch bedingter Arbeitslosigkeit sowie einem weit verbreiteten Niedriglohnsektor in Verbindung steht.

Wird die Analyse weiter nach Verteilungsgesichtspunkten differenziert, zeigt sich, dass insbesondere am unteren Ende der Verteilung (20. Perzentil) ein negativer Trend zu verzeichnen ist: Bei Männern gehen die Anwartschaften in diesem Bereich der Verteilung zurück, bei Frauen zeigt sich ein gleichbleibendes Niveau. Am oberen Ende der Verteilung (80. Perzentil) gewinnen die Frauen hinzu, die Männer weisen gleichbleibende Anwartschaften auf. Auch hier stechen die ostdeutschen Männer heraus, bei ihnen zeigt sich durchgängig, also bei hohen wie niedrigen Renten, ein Rückgang ihrer Anwartschaften gegenüber der GRV.

Der Gender Pension Gap (GPG) wird hier anhand des Medians bzw. mittels Perzentilen ausgewiesen. Damit unterscheidet er sich von den offiziellen Zahlen des Alterssicherungsberichts. Nach diesem wird der relative GPG der eigenen Alterssicherungsleistungen insgesamt mit 53 % beziffert. In Westdeutschland liegt er mit 58 % deutlich höher als in Ostdeutschland mit 28 % (vgl. Deutscher Bundestag, 2017). Die Ost-West-Differenzierung zeigt sich auch in den hier vorgestellten Daten. Zusätzlich kann aber auch der Verteilungsblickwinkel berücksichtigt werden. Der GPG ist bei den niedrigen Anwartschaften stärker ausgeprägt als bei den höheren, was auf eine unterschiedliche Arbeitsmarktintegration – z. B. mehr Teilzeitarbeit – der Frauen in den verschiedenen Einkommensgruppen schließen lässt. Über den betrachteten Zeitraum ergibt sich ein Rückgang des GPG, allerdings liegt dieser bezogen auf die Median-Anwartschaften im Westen im Jahr 2016 immer noch über 50 % und im Osten bei etwa 15 %, womit ein ausgeprägtes Ungleichgewicht deutlich wird.

Die Summe der Alterseinkünfte wurde preisbereinigt betrachtet. Für die Männer ergab sich in West- wie in Ostdeutschland ein Rückgang der Alterseinkünfte; die Frauen wiesen über den betrachteten Zeitraum dagegen ein stabiles, jedoch häu-

fig sehr niedriges Niveau auf. Diese Entwicklungen zeigen sich in ähnlicher Form bei allen Einkommensniveaus, die Unterschiede zwischen den Perzentilen sind im Zeitverlauf praktisch konstant. Dies ist erstaunlich, da die Entwicklung der GRV-Anwartschaften aufgrund ihrer weiten Verbreitung und ihrer großen Bedeutung für die individuelle Einkommenssituation eine zentrale Größe für die Entwicklung der Alterseinkünfte insgesamt darstellt.

Um den Paradigmenwechsel in der Alterssicherung zu thematisieren und die Entwicklungen in der zusätzlichen Altersvorsorge aufzuzeigen, wurden die BAV-Leistungen dargestellt. Sowohl die Verbreitung als auch die Höhe der BAV unterscheiden sich nach Region und nach Geschlecht weiterhin deutlich. Westdeutsche Männer weisen die höchste Verbreitungsquote und die höchsten Anwartschaften auf. Westdeutsche Frauen weisen vor allem in den unteren Einkommensgruppen eine sehr geringe Verbreitung auf und erzielen durchweg deutlich geringere BAV-Leistungen als die Männer. In Ostdeutschland nimmt die Verbreitung vor allem am oberen Rand der Verteilung über den betrachteten Zeitraum deutlich zu. Interessanterweise sind die Quoten bei Frauen gerade in diesem Bereich inzwischen höher als bei Männern. Die Höhe der BAV-Leistungen ist im Vergleich zu Westdeutschland deutlich geringer, sie streuen über die Einkommensgruppen kaum und es zeigt sich auch kein Geschlechterunterschied. Insgesamt zeigt sich bei der Zusatzvorsorge über die BAV ein klarer Einkommenseffekt, der sich auch in den Regressionsanalysen bestätigt: Wer über eine hohe GRV-Anwartschaft verfügt, hat mit höherer Wahrscheinlichkeit auch eine höhere BAV-Leistung als eine Person, die niedrige GRV-Anwartschaften aufweist. Bei der Höhe der BAV ist der Befund weniger eindeutig, bei Kontrolle von erwerbs- und betriebsbezogenen Merkmalen verschwindet der Einkommenseffekt. Quer zu dieser Aussage liegt mit Blick auf die BAV ein starker Brancheneffekt vor: Insbesondere bei den kleineren Betrieben im Handwerk und generell auf dem Bau sind die größten Defizite festzustellen, während die Arbeitgeber aus Handel und Dienstleistungen zusammen mit Banken und Versicherungen vergleichsweise hohe Alterseinkünfte aus der BAV bereitstellen.

Drei Viertel aller Frauen in Ost- und Westdeutschland beziehen individuelle Alterseinkünfte unter 1.000 Euro pro Monat. Insgesamt haben (mit Ausnahme der Frauen mit hohen GRV-Anwartschaften) nur wenige Frauen zusätzlich über eine BAV vorgesorgt. Das bedeutet, dass sich die individuellen Alterseinkünfte dieser Frauen und auch vieler Männer vor allem aus der GRV speisen, weshalb sich

das im Zeitverlauf sinkende Rentenniveau direkt auf die Alterseinkünfte auswirkt. Auskömmliche Alterseinkünfte stehen nur für langjährige Besserverdienerinnen und -verdiener mit zusätzlicher ebenfalls langjähriger betrieblicher und privater Altersvorsorge zur Verfügung. Unteren Entgeltgruppen wird es im Rahmen von freiwilliger privater und/oder betrieblicher Altersvorsorge auch mit staatlicher Förderung nicht möglich sein, die Niveausenkungen in der GRV zu kompensieren (vgl. Ganßmann/Himmelreicher, 2009). Grundvoraussetzungen für langjährige Erwerbstätigkeit und aktive Altersvorsorgeplanung sind in hinreichender Gesundheit und Qualifikation zu sehen. Aktuell weisen Geringqualifizierte, Bezieherinnen und Bezieher von Erwerbsminderungsrenten, Langzeitarbeitslose, Solo-Selbstständige, Alleinerziehende und geschiedene Frauen und Personen mit Migrationshintergrund die höchsten Altersarmutsrisiken auf (vgl. Ruland, 2018; Ehler, Frommert, 2009). Gerade dieser Personenkreis verfügt im Sinne der Sparwilligkeit oftmals nicht über das entsprechende Wissen, um sinnvolle Altersvorsorgeentscheidungen zu treffen und überwiegend nicht über die finanziellen und gesundheitlichen Ressourcen, um eine stetige Sparfähigkeit praktizieren zu können. Gerade vor dem Hintergrund der empirischen Evidenz zur betrieblichen Altersversorgung, die in diesem Aufsatz gezeigt wurde – meist geringe Verbreitung und überwiegend geringe Alterseinkünfte aus der BAV im unteren Einkommensbereich –, ist ihr weiterer und vor allem staatlich geförderter Ausbau, etwa im Rahmen einer erhöhten Entgeltumwandlung, kritisch einzuschätzen. Zu einer ähnlich kritischen Einschätzung kommen Bode und Wilke (2014) hinsichtlich der staatlich geförderten privaten Altersvorsorge („Riester-Rente“). Die Autoren bezeichnen die Erwartung, breitere Bevölkerungsschichten würden sich selbst ein auskömmliches Dasein im Alter verschaffen, als Illusion. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Untersuchungen zahlreicher weiterer Autoren: Zu älteren Arbeiten zu den Verteilungswirkungen der Riester-Rente mit vergleichbaren Befunden siehe Viebrok et al. (2004), Blank (2011), Haak (2011) oder Schröder (2011), alternativ Rieckhoff (2011). Corneo et al. (2009) haben vor allem die starken Mitnahmeeffekte der staatlichen Förderung der Riester-Rente kritisiert.

Der demografische Wandel stellt alle Schichten der Altersvorsorge vor große Herausforderungen, vor allem in Zusammenhang mit den Folgen der letzten Wirtschafts- und Finanzkrise, mit niedrigen Zinsen und einem geringen Vertrauen potenzieller Anleger gegenüber den Finanzdienstleistern (vgl. Beckert, 2010). Vor diesem Hintergrund und anhand unserer dargestellten Ergebnisse empfehlen wir eine

Stärkung der Altersvorsorge innerhalb der GRV und sprechen uns gegen eine politisch intendierte zunehmende Bedeutung der BAV aus, um auch in Zukunft einen „verlässlichen Generationenvertrag“ realisieren zu können. Eine flächendeckende Durchsetzung einer betrieblichen Form der Altersversorgung insbesondere im Niedriglohnbereich erscheint derzeit weder machbar noch finanzierbar. Auf Probleme bei der Alterssicherung für Niedriglohnbeziehende in Deutschland hat die OECD (2009) bereits vor vielen Jahren hingewiesen (vgl. auch Klammer, 2017).

Abschließend möchten wir noch dahingehend appellieren, die Verfügbarkeit der ASID-Daten zu beschleunigen, damit wissenschaftliche Forschungsvorhaben – im Sinne der Betroffenen – zeitnah realisiert werden können, um entsprechende sozialpolitische Konsequenzen abzuleiten.

Literatur

- Allmendinger, J. (1994). *Lebensverlauf und Sozialpolitik*. Frankfurt a. M., New York: Campus.
- Beckert, J. (2010). *Die Finanzkrise ist auch eine Vertrauenskrise*. *Gesellschaftsforschung*, 1, S. 9–13.
- Bieber, U./Stegmann, M. (2016). *Alterssicherung und Altersvorsorge in Deutschland: Überblick über die Datenlage*. DRV, 71 (1), S. 1–26.
- Blank, F. (2011). *Die Riester-Rente – Überblick zum Stand der Forschung und sozialpolitischen Bewertung nach zehn Jahren*. *Sozialer Fortschritt*, 6, S. 109–115.
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018). *Rentenkommission „Verlässlicher Generationenvertrag“ vorgestellt*. <http://www.bmas.de/DE/Presse/Meldungen/2018/rentenkommission-verlaesslicher-generationenvertrag-eingesetzt.html> (30.06.2018).
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales/TNS Infratest Sozialforschung (2017). *Old-Age Insurance in Germany 2011 (ASID '11)*. GESIS Datenarchiv, Köln. ZA6795 Datenfile Version 1.0.0, doi:10.4232/1.12767.
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales/TNS Infratest Sozialforschung (2013). *Alterssicherung in Deutschland 2007 (ASID '07)*. GESIS Datenarchiv, Köln. ZA5799 Datenfile Version 1.0.0, doi:10.4232/1.11749.
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales/TNS Infratest Sozialforschung (2009). *Alterssicherung in Deutschland 2003 (ASID '03)*. GESIS Datenarchiv, Köln. ZA4874 Datenfile Version 1.0.0, doi:10.4232/1.4874.
- Börsch-Supan, A. (2015). *Armut im Alter*. MEA Discussion Paper 11/2015.
- Bode, I./Wilke, F. (2014). *Private Vorsorge als Illusion: Rationalitätsprobleme des neuen deutschen Rentenmodells*. Frankfurt a. M., New York: Campus.
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2018). *Grundsicherungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit*.
- Corneo, G./Keese, M./Schröder, C. (2009). *The Riester scheme and private savings: An empirical analysis based on the German SOEP*. *Schmollers Jahrbuch*, 129 (2), S. 321–332.
- Deutscher Bundestag (2017). *Ergänzender Bericht der Bundesregierung zum Rentenversicherungsbericht 2016 (Alterssicherungsbericht 2016)*. Drucksache 18/13119, Berlin.

- Deutscher Bundestag (2016). *Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung*. Bundestagsdrucksache 18/10210 vom 02.11.2016.
- DRV Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund (2017). *Rentenversicherung in Zahlen 2017*.
- Ehler, J./Frommert, D. (2009). *Für eine Pflichtversicherung bei Selbständigkeit ohne obligatorische Alterssicherung*. DRV, 64 (1), S. 36–57.
- Frick, J. R./Grabka, M. M. (2010). *Die personelle Vermögensverteilung in Ost- und Westdeutschland nach dem Mauerfall*. In: Krause, P./Ostner I. (Hrsg.): *Leben in Ost- und Westdeutschland. Eine sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990–2010*. Frankfurt a. M., New York: Campus, S. 493–511.
- Frommert, D./Himmelreicher, R. K. (2018). *Alterseinkünfte im Wandel*. DRV, 73 (1), S. 22–38.
- Frommert, D./Himmelreicher, R. K. (2013). *Entwicklung und Zusammensetzung von Alterseinkünften in Deutschland*. In: Vogel, C./Motel-Klingebiel, A. (Hrsg.): *Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden: Springer VS, S. 141–159*.
- Frommert, D./Himmelreicher, R. K. (2010). *Angleichung oder zunehmende Ungleichheit? Alterseinkünfte in den alten und neuen Bundesländern*. In: Krause, P./Ostner, I. (Hrsg.): *Leben in Ost- und Westdeutschland. Eine sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990–2010*. Frankfurt a. M., New York: Campus, S. 347–368.
- Frommert, D./Strauß, S. (2013). *Biografische Einflussfaktoren auf den Gender Pension Gap. Ein Kohortenvergleich für Westdeutschland*. *Journal of Labour Market Research*, 46 (2), S. 145–166.
- Ganßmann, H./Himmelreicher, R. K. (2009). *Die Krise und die sozialen Sicherungssysteme*. WSI-Mitteilungen 12/2009, S. 651–658.
- Geyer, J. (2018). *Stabile Rentenverunsicherung*. DIW-Wochenbericht 18/2018, S. 402.
- Geyer, J. (2015). *Grundsicherungsbezug und Armutsrisikoquote als Indikator von Altersarmut*. DIW Roundup 62. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW).
- Geyer, J. (2014). *Zukünftige Altersarmut*. DIW-Roundup 25. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW).
- Haak, C. (2011). *Das angesparte Altersvorsorgekapital aus Riester-Verträgen: Eine empirische Auswertung auf Basis der Befragung „Individuelle Altersvorsorge 2009“*. DRV 66 (1), S. 105–116.
- Haan, P./Stichnoth, H./Blömer, M./Buslei, H. et al. (2017). *Entwicklung der Altersarmut bis 2036: Trends, Risikogruppen und Politiksznarien*. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Himmelreicher, R. K. (2016). *Zur Entwicklung und Verteilung der Altersrenten in Ost- und Westdeutschland*. In: Statistisches Bundesamt/WZB – Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.): *Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 334–339.
- Himmelreicher, R. K./Sewöster, D./Scholz, R./Schulz, A. (2008). *Die fernere Lebenserwartung von Rentnern und Pensionären im Vergleich*. WSI-Mitteilungen, 5/08, S. 274–280.
- Himmelreicher, R. K./Stegmann, M. (2008). *New possibilities for socio-economic research through longitudinal data from the Research Data Centre of the German Federal Pension Insurance (FDZ-RV)*. *Schmollers Jahrbuch*, 128 (4), S. 647–660.
- Heien, T./Heckmann, J. (2017). *Verbreitung der Altersvorsorge 2015 (AV 2015)*. Forschungsbericht 476. Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Klammer, U. (2017). *Die Rente ist sicher ... aber für wen?* WSI Mitteilungen, 2, S. 88.

- Kortmann, K. (2010). *Alterssicherung im 21. Jahrhundert und deren Erforschung mit Mikrodaten – Der Beitrag der Untersuchungen zur Alterssicherung in Deutschland (ASID)*. DRV 65, 2, S. 286–300.
- Kröger, K./Fachinger, U./Himmelreicher, R. K. (2011). *Empirische Forschungsvorhaben zur Alterssicherung: Einige kritische Anmerkungen zur aktuellen Datenlage*. RatSWD Working Paper Nr. 170.
- Künemund, H./Fachinger, U./Kröger, K./Schmähl, W. (2010). *Die Dynamisierung von Altersrenten. Forschungsfragen und Analyseperspektiven*. DRV, 65 (2), S. 327–339.
- Lampert, T./Kroll, L. E./Kuntz, B./Hoebel, J. (2018). *Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends*. Journal of Health Monitoring, 3. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lusardi, A./Mitchell, S. (2008). *Planning and Financial Literacy: How Do Women Fare?* American Economic Review: Papers and Proceedings, 98 (2), S. 413–417.
- OECD – Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2009). *Pension at a Glance. Retirement-Income Systems in OECD Countries*. Paris.
- Rasner, A. (2007). *Das Konzept der geschlechtsspezifischen Rentenlücke*. DRV-Schriften, 55/2006, S. 270–284.
- Rentenüberleitungs-Abschlussgesetz (2017). *Gesetz über den Abschluss der Rentenüberleitung*. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49. Bonn.
- Rentenversicherungsbericht (2017). *Bericht der Bundesregierung*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2. aktual. Auflage, Wiesbaden: VS.
- Rieckhoff, C. (2011). *Wohin steuert die Riester-Rente? Stand der Forschung, Kritik der Ergebnisse und zukünftiger Forschungsbedarf*. DRV, 66 (1), S. 87–104.
- Ruland, F. (2018). *Die Rentenpolitik vor schwierigen Entscheidungen – der Koalitionsvertrag und die rentenpolitischen Notwendigkeiten*. DRV, 73 (1), S. 1–21.
- Sachverständigenkommission Gleichstellungsbericht (2011). *Neue Wege – gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf*. Gutachten der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für den ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung.
- Sackreuther, I./Mergenthaler, A./Cihlar, V./Micheel, F. et al (2017). *(Un-)Ruhestände in Deutschland. Übergänge, Potenziale und Lebenspläne älterer Menschen im Wandel*. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- Schmähl, W. (2011) *Die Riester-Reform von 2001 – Entscheidungen, Begründungen, Folgen*. Soziale Sicherheit, 2/2011, S. 405–414.
- Schmähl, W. (2000). *Perspektiven der Alterssicherungspolitik in Deutschland – Über Konzeptionen, Vorschläge und einen angestrebten Paradigmenwechsel*. Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 1 (4), S. 407–430.
- Schröder, C. (2011). *Riester-Rente: Verbreitung, Mobilisierungseffekte und Renditen*. In: WISO Diskurs, Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik (Hrsg.): Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Siegrist, J./Marmot, M. G. (2006). *Social inequalities in health: new evidence and policy implications*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Statistisches Bundesamt (2017). Genesis online.

- Steffen, J. (2018). *Ein stabiles Rentenniveau? – „Unbezahlbar!“*. Kommissionsmitglied polemisiert gegen Umlagesystem. Infografik vom 09.10.2018. www.portal-sozialpolitik.de (30.06.2018).
- Steffen, J. (2017). *Rente und Grundsicherung. Prozess systemischer Verschmelzung*. Infografik vom 26.01.2017: www.portal-sozialpolitik.de (30.06.2018).
- Viebrok, H./Himmelreicher, R./Schmähl, W. (2004). *Private Altersvorsorge statt Rente: Wer gewinnt, wer verliert?* Beiträge zur Sozial- und Verteilungspolitik, 3, Münster: LIT Verlag.
- Vogel, C./Motel-Klingebiel, A. (Hrsg.) (2013). *Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut?* Wiesbaden: VS.
- Wolff, J. K./Nowossadek, S./Spuling, S. M. (2017). *Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich*. In: Mahne, K./Wolff, J. K./Simonson, J./Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Wiesbaden: Springer, S. 125–138.

2

Gesundheit, gesundheitliche Ungleichheiten und die Rolle der Gesundheitskompetenz: Der Blick auf das Kindes- und Jugendalter

ORKAN OKAN; PAULO PINHEIRO; ULLRICH BAUER

Ziel dieses Beitrags ist es, das Konzept der Gesundheitskompetenz bezogen auf das Kindes- und Jugendalter vorzustellen und dessen Relevanz für die Gesundheit in Kindheit und Jugend im Spannungsfeld gesundheitlicher Ungleichheiten zu diskutieren. Hierfür wird zunächst ein kurzer Überblick zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen gegeben sowie zu sozial bedingten Ungleichheiten in der Kinder- und Jugendgesundheit. Daran schließt sich der Blick auf die Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter an mit einem Fokus auf vorliegende Daten, Modelle, Erhebungsinstrumente und Fördermaßnahmen. Es folgt eine Einführung in verhältnispräventive Strukturmaßnahmen und Systemansätze, die im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz diskutiert werden. Daran anknüpfend werden neue Präventionskonzepte aus der ungleichheitsorientierten Gesundheitsforschung vorgestellt und mögliche Anschlussstellen für Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter in Betracht gezogen.

Im Laufe des 20. Jahrhunderts hat sich die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter kontinuierlich verbessert. Dies hängt einerseits mit Entwicklungen in der Medizin und einer besseren Versorgung zusammen, andererseits mit einer Verbesserung der Lebensbedingungen. Laut den Ergebnissen der 2. Erhebungswelle der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI) bewerten 95,7 % der Eltern die Gesundheit ihrer Kinder mit gut bis sehr gut (vgl. Poethko-Müller et al., 2018) und bestätigen den Trend der früheren KiGGS-Erhebungen. KiGGS ist eines von mittlerweile zahlreichen Belegen für ein ansteigendes Interesse an der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Sowohl Wissenschaft als auch Politik richten den Blick auf die Zielgruppen, denn Kindheit und Jugend sind wichtige Lebensphasen für die Bevölkerungsgesundheit der Zukunft. Im Kindes- und Jugendalter werden wesentliche Weichen für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Lebensstile im Erwachsenenalter gelegt (vgl. Inchley et al.,

2016). Körperliche und psychische Erkrankungen, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Entwicklungsstörungen im frühen Lebensverlauf gelten dabei als besondere Risikofaktoren für Erkrankungen im späteren Leben. Umgekehrt stellt ein gesundes Aufwachsen eine wichtige Ressource für die Gesundheit im Lebensverlauf dar, einen erfolgreichen Sozialisationsprozess, die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und die Erreichung von Bildungszielen (vgl. Hurrelmann/Bauer, 2015). Daher gelten Kinder und Jugendliche als wichtige Zielgruppen von Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen. Gesundheitliche Fragen im Kindes- und Jugendalter sind demnach nicht mehr ausschließlich medizinisch geprägt. Vielmehr hat sich Gesundheit zu einem interdisziplinären Thema entwickelt, das neben Medizin und Public Health auch zunehmend soziologische, erziehungswissenschaftliche, psychologische und politische Erkenntnisinteressen auf sich zieht (vgl. Bauer et al., 2008). Vor allem die Konsequenzen von Armut und prekären Lebenslagen auf die Kinder- und Jugendgesundheit gehören schon seit Längerem zu den Kernfragestellungen in der Sozialisationsforschung (vgl. Hurrelmann/Bauer, 2015). Dabei sind die Entstehung von und der Umgang mit Gesundheit eingebettet in Bildungs-, Erziehungs- und Sozialisationsprozesse. Gleichzeitig sind die Chancen für eine gute Gesundheit ungleich verteilt und Herkunftseffekte, Milieu und Kapital fungieren maßgeblich als gesundheitliche Bedingungsfaktoren (vgl. Bauer, 2013). Studien verweisen insbesondere auf sozial bedingte Ungleichheiten in der Kinder- und Jugendgesundheit (vgl. Moor et al., 2015; Lampert, 2010). Demnach liegt ein sozialer Gradient in der Gesundheit vor: In der sozialen Struktur einer Gesellschaft schwächer gestellte Menschen weisen häufiger einen schlechteren Gesundheitszustand auf, eine höhere Morbidität und Mortalität und empfinden eine geringere Lebensqualität (vgl. Marmot et al., 2012).

Im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Ungleichheiten wird in den letzten Jahren in der gesundheitswissenschaftlichen und -politischen Diskussion das Konzept der Gesundheitskompetenz immer öfter berücksichtigt. Mit Gesundheitskompetenz werden in einer verkürzten Lesart die persönlichen Fähigkeiten und Wissensvorräte im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen verstanden, die als erforderlich erachtet werden, um gesundheitszuträgliche Entscheidungen zu treffen (vgl. Sørensen et al., 2012). Das Thema Gesundheitskompetenz nimmt mittlerweile einen prominenten Stellenwert in der Gesundheitsforschung bei Erwachsenen ein und dringt zunehmend auch in das Kindes- und

Jugendalter vor (vgl. Okan et al., 2018a). Denn in der gegenwärtigen Informations- und Wissensgesellschaft, die sich zunehmend auch digitalisiert, werden immer häufiger und früher im Lebensverlauf Informationskompetenzen im Umgang mit den ambivalenten gesundheitsbezogenen Medienangeboten benötigt. Eine informierte Entscheidungsfindung erfordert eine vorgelagerte kritische Auseinandersetzung mit den transportierten Inhalten. Der Aufbau von Gesundheitskompetenz ist damit Teil eines komplexen Sozialisationsprozesses von Kindern und Jugendlichen.

Allerdings ist die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen bisher nur wenig erforscht. Vorliegende Konzepte, Messmethoden und Präventionsansätze sind nicht auf die jungen Zielgruppen ausgerichtet. Dabei wird sowohl von wissenschaftlicher als auch politischer Seite auf den Untersuchungsbedarf für die Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter hingewiesen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt gar in ihrer neuen Shanghai Charta zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert, die Stärkung der Gesundheitskompetenz im frühen Lebensverlauf zu verorten, und nennt das Bildungssystem als wichtigstes Handlungsfeld für frühe Maßnahmen (vgl. WHO, 2017). Im kürzlich veröffentlichten Nationalen Aktionsplan zur Gesundheitskompetenz in Deutschland werden Kinder und Jugendliche ebenfalls als zentrale Zielgruppen definiert und die Rolle des Bildungssystems für die Stärkung der Gesundheitskompetenz wird hervorgehoben (vgl. Schaeffer et al., 2018). Daher lohnt sich im Folgenden ein näherer Blick auf die Gesundheitskompetenz in Kindheit und Jugend.

2.1 Der gesundheitliche Blick auf das Kindes- und Jugendalter

In der Diskussion zur Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter ist der vorgelagerte Blick auf die lebensphasenspezifische Gesundheit von zentraler Bedeutung. Aus Gesundheitsstörungen in jungen Jahren können sich erhebliche gesundheitliche Risikofaktoren für die Entwicklung von Erkrankungen im späteren Lebensverlauf entwickeln. Umgekehrt kann eine gesunde Entwicklung gesundheitliche Ressourcen stärken und Schutzfaktoren für die Gesundheit im späteren Leben zur Verfügung stellen. Um vorliegende Gesundheits- und Krankheitsprofile von Kindern und Jugendlichen besser zu verstehen und daraus wichtige Schlussfolgerungen für Inhalte und Handlungsfelder für die Förderung der Gesundheitskompetenz von

Kindern und Jugendlichen ableiten zu können, werden zunächst zentrale Daten und Erkenntnisse zum Gesundheits- und Krankheitszustand von Kindern und Jugendlichen beschrieben.

2.1.1 Gesundheit und Wohlbefinden im Kindes- und Jugendalter

Epidemiologisch belastbare Daten für den Gesundheits- und Krankheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland werden vor allem durch die KiGGS-Studie veröffentlicht (vgl. RKI, 2008). Die systematische Verfügbarkeit von Daten zur infantilen und juvenilen Gesundheit vor 2006 war von einem sozialepidemiologischen Desiderat geprägt. Mit der Veröffentlichung der Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung hat eine richtungsweisende Systematisierung der Gesundheitsberichterstattung für das Krankheits- und Gesundheitsspektrum im Kindes- und Jugendalter Einzug gehalten. Die Ergebnisse haben zwei Trends hervorgehoben:

- 1) Einerseits wird Kindern und Jugendlichen ein generell guter Gesundheitszustand attestiert; Eltern geben diesen mit gut bis sehr gut an: 94 % in der Basiserhebung (vgl. RKI, 2008) sowie eine Steigerung auf 95,7 % in den Ergebnissen der 2. Welle (vgl. Poethko-Müller et al., 2018).
- 2) Andererseits scheint sich ein Wandel im vorliegenden Krankheitsspektrum vollzogen zu haben. Dieser deutet auf eine Verlagerung von vormals dominierenden Akuterkrankungen (z. B. Infekte, akute Bronchitis, Entzündungen) zu einer Erhöhung der Prävalenz für chronische Krankheiten (z. B. Allergien, Asthma, Heuschnupfen) hin (vgl. Kamtsirius et al., 2007). Zudem zeigt sich eine Verschiebung von somatischen hin zu psychosomatischen Störungen, das Merkmal einer „neuen Morbidität“ („new morbidity“) im Kindes- und Jugendalter (vgl. Reinhardt/Petermann, 2010).

Diese Veränderung im Krankheitsspektrum lässt sich auch international feststellen (vgl. Perrin et al., 2007) und gilt als typisches Merkmal moderner Industriegesellschaften (vgl. Wilkinson, 1996), wobei die veränderte Morbidität hin zu mehr chronischen Erkrankungen mit psychosozialen Faktoren assoziiert wird (vgl. Schlack et al., 2008). Hinzukommen unterschiedliche Formen von Verhaltens- und Entwicklungsstörungen: z. B. psychische Auffälligkeiten (Depressionen, Aggressionen), etwa ein Fünftel aller Kinder und Jugendlichen wird dieser Risikogruppe zugeordnet (vgl. Hölling et al., 2007); Essstörungen, etwa 22 % der Jugendlichen im Alter zwischen

11 und 17 Jahren sind betroffen, Mädchen (29 %) dabei doppelt so häufig wie Jungen (15 %) (vgl. Hölling/Schlack, 2009); und auch Sprachentwicklungsstörungen, motorische Schwächen und Hyperaktivität sind zunehmend beobachtbar (vgl. Schlack, 2004).

Schmerzen im Kindes- und Jugendalter, so zeigen sowohl Daten der KiGGS-Studie (vgl. Ellert et al., 2007) als auch weitere nationale (vgl. Zernikow/Hermann, 2015) und internationale (vgl. King et al., 2011) Studien, haben sich zu einem ernstzunehmenden Belastungsproblem entwickelt. Etwa 5 % aller Kinder und Jugendlichen zwischen 8 und 16 Jahren leiden dabei an starken chronischen Schmerzen (vgl. Zernikow/Hermann, 2015), wobei Zahlen für Deutschland etwa einem Drittel aller Schulkinder chronischen Schmerz attestieren (vgl. Albers et al., 2015; Ahmad/Grimes, 2011) und Jugendliche häufiger betroffen sind als Kinder (vgl. Zernikow/Hermann, 2015). In der Lebensverlaufsperspektive kumulieren in der Kindheit erlebte Schmerzen und erhöhen das Schmerzzisiko im Erwachsenenalter (vgl. Hoekman et al., 2015; Hill/Keating, 2015). In der KiGGS-Studie gaben mehr als drei Viertel der Befragten an, in den letzten drei Monaten Schmerzen empfunden zu haben (vgl. Ellert et al., 2007). Dies führte in der Folge zu einem erhöhten Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Versorgungsangebote und erhöhter Medikamenteneinnahme.

Betrachtet man das Gesundheitsverhalten der 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen, heben sich bestimmte riskante Verhaltensweisen besonders hervor: Obwohl insgesamt rückläufig, ist in den Prävalenzen für Alkohol- und Tabakkonsum ein Anstieg mit zunehmendem Alter zu beobachten. Mehr als die Hälfte der Jugendlichen gibt an, bereits Alkohol konsumiert zu haben, wobei sowohl riskanter Konsum (16 %) als auch Rauschtrinken (12 %) beachtlich häufig vorkommen (vgl. Lampert et al., 2014). Während in der 1. Welle von KiGGS (2009–2012) noch 12 % der Jugendlichen angaben, regelmäßig zu rauchen, ist dieser Wert in der 2. Welle (2014–2017) zwar auf 7,2 % gesunken, liegt für die 14- bis 17-Jährigen jedoch immer noch bei 11 % (vgl. Zeiher et al., 2018). Ähnliche Ergebnisse für Alkohol- und Tabakkonsum im Jugendalter gehen z. B. auch aus der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie der WHO hervor (vgl. Inchley et al., 2016). Die Prävalenzen für Adipositas (5,9 %) und Übergewicht (15,4 %) für die 11- bis 17-Jährigen haben sich über die KiGGS-Erhebungswellen hinweg zudem auf relativ hohem Niveau stabilisiert (vgl. Schienkiewitz et al., 2018), trotz einer hohen Anzahl Jugendlicher (77,5 %), die regelmäßig Sport treibt (vgl. Manz et al., 2014).

Insgesamt sind Kindheit und Jugend dennoch gesunde Lebensabschnitte. Die hier beschriebenen gesundheitlichen Belastungsfaktoren im Kindes- und Jugendalter sind jedoch nicht gleich verteilt. Es zeigen sich demnach Unterschiede in der Gesundheit, wenn eine Stratifizierung der Daten entlang von Faktoren vorgenommen wird, die den sozialen Status der Familie abbilden.

2.1.2 **Gesundheitliche Ungleichheiten im Kindes- und Jugendalter**

Soziale Ungleichheiten in der Gesundheit sind ein Kernproblem heutiger Gesellschaften und durchziehen die gesamte Sozialstruktur einer Gesellschaft (vgl. Marmot et al., 2012, 2008). Sozioökonomische Merkmale wie Einkommen, Bildung und Berufsstatus definieren die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialen Schichten. Angehörige unterschiedlicher sozialer Schichten weisen unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitschancen auf: Je niedriger der soziale Status einer Person, umso höher sind Morbidität und Mortalität. Es liegt demnach ein linearer Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und der Realisierung von Gesundheitschancen vor. Dieser Umstand wird durch den sozialen Gradienten ausgedrückt (vgl. Marmot et al., 2012). Der soziale Gradient in der Kinder- und Jugendgesundheit wird mittlerweile konsistent durch nationale und internationale Studien belegt und expliziert diesen Zusammenhang zwischen der Lebenslage und der Gesundheit somit auch für Kinder und Jugendliche (vgl. Inchley et al., 2016; Moor et al., 2015; Lampert, 2010). Lebensverhältnisse und assoziierte sozial bedingte Ungleichheiten führen zu körperlichen, psychischen und weiteren Beeinträchtigungen in der Gesundheit. Die Schichtzugehörigkeit entscheidet über gesundheitliche Belastungssituationen und Verhaltensweisen; je niedriger der soziale Status ist, desto höher sind die Belastungen und desto gesundheitsunverträglicher ist die Ausprägung von Verhaltensweisen. Diese Ungleichverteilung lässt sich demnach für nahezu sämtliche Gesundheitsstörungen und Risikofaktoren identifizieren (vgl. Lange et al., 2007). Bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien treten psychische Auffälligkeiten (Depressionen, Angststörungen) deutlich häufiger auf als bei Kindern aus nicht benachteiligten Familien (vgl. Hölling et al., 2007, Ravens-Sieberer et al., 2007). Zudem lassen sich Störungen in der kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung belegen (vgl. Ihle/Esser, 2007) und bei gesundheitsriskanten Verhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum (vgl. Zeiher et al., 2018; Kuntz et al., 2018; Lampert et al., 2014). Essstörungen können sich über

den niedrigen Sozialstatus hinaus zusätzlich durch einen Migrationshintergrund, familiäre Problemlagen und geringes Sozialkapital (soziale Unterstützung, Netzwerke, Peers) verstärken (vgl. Hölling/Schlack, 2009). Ebenso besteht ein gesteigertes Risiko für Adipositas und Übergewicht (vgl. Schienkiewitz et al., 2018). Dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus über geringere personale, familiäre und soziale Ressourcen verfügen (vgl. Schlack et al., 2008), verdeutlicht in diesem Zusammenhang die Negativspirale. Der soziale Gradient spiegelt sich ebenso im subjektiven Gesundheitsstatus wider – sowohl in der HBSC-Studie (vgl. Inchley et al., 2016) und der KiGGS-Studie (vgl. Lampert, 2010) als auch in den Ergebnissen des Nationalen Bildungspanels (NEPS), wo der Blick insbesondere auf Bildungsgleichheiten im Kindes- und Jugendalter gerichtet wird (vgl. Heilmann et al., 2017).

2.2 Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter

Die Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen belegen einerseits, dass Kindheit und Jugend für die Mehrheit gesunde Lebensphasen sind. Andererseits verweisen eine veränderte Morbidität, gesundheitsriskante Verhaltensweisen und die daraus resultierenden Konsequenzen für den Umgang mit der Gesundheit auf Bedarfe für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und primäre Prävention. Solche Maßnahmen müssen vor allem auch die Effekte gesundheitlicher Ungleichheiten auf die Kinder- und Jugendgesundheit auffangen. In diesem Zusammenhang empfiehlt z. B. das RKI (2008), neben einer verhältnispräventiven Gesamtstrategie, u. a. die Lebens- und Medienkompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Für letztere Empfehlung stellt das Konzept der Gesundheitskompetenz einen vielversprechenden Ansatz dar, der es ermöglicht, jene Lebens- bzw. Medien- und Informationskompetenzen zu berücksichtigen, die für vielfältige gesundheitliche Belange von Relevanz sind.

2.2.1 Einführung in die Thematik der Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz definiert, wie eingangs erwähnt, die Kenntnisse und Fähigkeiten für einen informierten Umgang mit der Gesundheit (vgl. Sørensen et al., 2012) und wird bereits seit den 1990er-Jahren vor allem in der medizinischen Versorgungsforschung in den USA diskutiert. Die primären Zielgruppen der Untersuchungen waren dabei fast ausschließlich Erwachsene. Dieser Fokus hat zwei zentrale Gründe:

- 1) Der vorliegende Schwerpunkt ist aus der US-amerikanischen Alphabetisierungs- und Grundbildungsdebatte entstanden: Erhebungen in den 1980er- und 90er-Jahren stellten für große Teile der Bevölkerung mangelnde Lese- und Rechtschreibfertigkeiten fest (vgl. z. B. Kirsch et al., 2002). Daraus erwuchs die Frage danach, wie sich Literacy zu Gesundheit verhält und „Health Literacy“ (Gesundheitskompetenz) hielt Einzug in die Forschung.
- 2) Weiterhin ist die ursprüngliche Erwachsenenorientierung damit zu erklären, dass nicht etwa Kinder und Jugendliche die primären Nutzer des Versorgungssystems sind, sondern Erwachsene und somit das Erkenntnisinteresse begründet wurde (vgl. Manganello, 2008).

Für das Verständnis von Gesundheitskompetenz ist in der Vergangenheit ein Ansatz, der aus der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (vgl. WHO, 1986) hervorgegangen ist, maßgeblich gewesen. Das Modell nach Don Nutbeam teilt Gesundheitskompetenz in drei Ebenen ein: (1) funktionale, (2) interaktive und (3) kritische Gesundheitskompetenz (vgl. Nutbeam, 2000). Während die funktionale Gesundheitskompetenz hauptsächlich kognitive Fähigkeiten (z. B. Lese- und Rechtschreibfähigkeiten, Textverständnis und Rechnen) und Wissen erfasst, zielt die interaktive Gesundheitskompetenz auf gesundheitskommunikative und weitere soziale Fähigkeiten. Kritische Gesundheitskompetenz baut der Logik des Modells folgend auf den beiden vorherigen Ebenen auf und beschreibt fortgeschrittene kognitive und soziale Kompetenzen, die kritische Analysen und einen kritischen Umgang mit Informationen ermöglichen. Zudem sollen die kritischen Kompetenzen Menschen ermächtigen, die sozialen und politischen Determinanten der eigenen und die der Bevölkerungsgesundheit zu adressieren (vgl. Nutbeam, 2000). In diesem Zusammenhang wird Gesundheitskompetenz auch als gesundheitsbezogene Lebenskompetenz definiert (vgl. Nutbeam, 1998). Gesundheitskompetenz wird dabei keinesfalls ausschließlich als individuelles Phänomen betrachtet, sondern stets in der Interaktion mit anderen Personen ausgehandelt und ist eingebettet in soziale und kulturelle Kontexte (vgl. Freedman et al., 2009; Nutbeam, 2008).

Vorliegende Studien belegen hierbei konsistente negative Assoziationen zwischen niedriger Gesundheitskompetenz und gesundheitlichen Outcomes (vgl. z. B. Sørensen et al., 2015; Berkman et al., 2011): Personen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz verfügen über geringeres Wissen, zeigen Probleme in der Inanspruchnahme

von medizinischen Dienstleistungen und Präventionsangeboten, schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein, zeigen öfter gesundheitsriskante und seltener gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und haben öfter Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen als Personen, bei denen eine höhere Gesundheitskompetenz gemessen wurde. Bevölkerungsbezogene Erhebungen aus den USA, Kanada, Europa und Asien verdeutlichen zudem, dass Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen schwerer fällt (vgl. Schaeffer et al., 2017; Sørensen et al., 2015; Duong et al., 2015; Bo et al., 2014; Rudd et al., 2007). Aus gesundheitsökonomischer Perspektive wird geringere Gesundheitskompetenz zudem mit höheren Kosten für das Gesundheitswesen assoziiert (vgl. Eichler et al., 2009).

Die Frage nach sozial bedingten Ungleichheiten in der Verteilung der Gesundheitskompetenz begleitet die Forschung zur Gesundheitskompetenz bereits seit den frühesten Studien (vgl. Berkman et al., 2011) und wird mittlerweile mit zahlreichen Befunden beantwortet, die auf einen sozialen Gradienten in der Gesundheitskompetenz von Erwachsenen hinweisen (vgl. Protheroe et al., 2017; Levin-Zamir et al., 2016; Sørensen et al., 2015; Bo et al., 2014). Eine Übersichtsarbeit zum Thema Gesundheitskompetenz und gesundheitliche Ungleichheit findet zwar zahlreiche Hinweise auf Assoziationen zwischen Merkmalen sozial bedingter Ungleichheit und Indikatoren zur Gesundheitskompetenz, resümiert jedoch kritisch, dass Studien ihre untersuchten Ungleichheitsmerkmale oft ungenügend darlegen und Kausalitätspfade oft nur unzureichend dargelegt werden (vgl. Mantwill et al., 2015). Auch könnten Erkenntnisse, die in einem bestimmten geografischen Kontext generiert wurden, nicht gleichermaßen auf einen anderen Kontext übertragen werden. Kausale Mechanismen (Stärkung der Gesundheitskompetenz führt zu besserer Gesundheit und mehr Chancengleichheit) können demnach derzeit nicht belegt werden und wahrscheinlicher scheint das Vorliegen komplexer Zusammenhänge (Einkommen, Bildung, Herkunft, Dispositionen, soziales Kapital, Geschlecht, Vorerfahrungen etc.), die sich wechselseitig beeinflussen. Diese und die Rolle der Gesundheitskompetenz darin müssen weiter ergründet werden. Präventionsmaßnahmen zur Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz, z. B. die Erhöhung von Gesundheitswissen, die Stärkung spezifischer Lese-, Schreib- und Rechenfähigkeiten sowie Patientenedukation, werden trotz der mangelnden Evidenz als vielversprechende Ansätze erachtet, um die Effekte des sozialen Gradienten in der Gesundheit zu verringern (vgl. Freedman et

al., 2009). Die Vereinseitigung auf eine verhaltensorientierte Denkweise wird in der Gesundheitskompetenz ähnlich wie in der Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung als ungeeignet erachtet, um den sozialen Gradienten zu adressieren und es wird stattdessen auf verhältnispräventive Ansätze verwiesen (vgl. Watt et al., 2012).

Eingebunden in verhältnispräventive Strategien hebt die WHO (2017) beispielsweise Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz hervor, um zur Reduktion sozial bedingter Ungleichheiten in der Gesundheit und in der Herstellung gesundheitlicher Gerechtigkeit beizutragen. Eine effektive Förderung der Gesundheitskompetenz, die zudem die Effekte gesundheitlicher Chancengleichheit auffangen könnte, müsste laut WHO schon in der frühen Kindheit beginnen. In einem weiteren, kürzlich veröffentlichten Bericht der WHO zum Nutzen der Gesundheitskompetenz in den Erziehungs- und Bildungssystemen europäischer Staaten wird empfohlen, das Thema Gesundheitskompetenz in den Bildungsbetrieb aufzunehmen und dabei Kinder, Jugendliche sowie pädagogische und weitere Fachkräfte und Strukturen zu adressieren (vgl. McDaid, 2016).

2.2.2 Der Stand der Forschung zur Gesundheitskompetenz in der Kindheit und Jugend

Im Vergleich zu den Erkenntnissen über die Gesundheitskompetenz von Erwachsenen fällt die vorliegende Informationsbasis für Kinder und Jugendliche deutlich geringer aus. Zwischen 1990 und 2010 standen als primäre Datenquellen für die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen vornehmlich Literacy-, gesundheitswissen- und gesundheitsverhaltensbezogene Studien sowie Untersuchungen zur elterlichen Gesundheitskompetenz zur Verfügung (vgl. Okan et al., 2015). Seit 2006 wird mit steigender Tendenz der wissenschaftlichen Erforschung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen mehr Platz eingeräumt (vgl. Okan et al., 2018b). Eine Einordnung der Studienergebnisse kann jedoch nur mit Einschränkungen vorgenommen werden, da in vielen Studien nicht validierte Messinstrumente verwendet werden (vgl. Okan et al., 2018b; Perry, 2014), die Einhaltung der Testgütekriterien sich oft als unzureichend herausstellt (vgl. Guo et al., 2018) und Befragungsinstrumente in ersten Pilotstudien getestet werden (vgl. Okan et al., 2018b; Ormshaw et al., 2013).

Verschiedene Studien und Übersichtsarbeiten belegen zunächst, dass Kinder und Jugendliche sich auch eigenständig Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen über verschiedene Medienkanäle verschaffen, wie TV, Internet, soziale Medien, Bücher und Zeitschriften (vgl. Kim/Syn, 2014; Ghaddar et al., 2012; Gray et al., 2005). Somit rücken Fragen nach dem Umgang mit diesen Informationen in den Vordergrund. Für die letzten Jahre sind vor allem fünf Studien zu nennen, die größere und/oder repräsentative Erhebungen zur Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen durchgeführt haben: zwei Folgerhebungen im Rahmen der Europäischen Health-Literacy-Studie (HLS) (vgl. Sørensen et al., 2015), die in (1) Österreich (vgl. Röthlin et al., 2013) und (2) Deutschland (vgl. Quenzel et al., 2015) durchgeführt wurden; (3) eine erste Piloterhebung zur Gesundheitskompetenz im Rahmen der HBSC-Studie (vgl. Paakkari et al., 2018) sowie (4) eine Erhebung bei ca. 160.000 Sechstklässlern (elf und zwölf Jahre alt) in Schulen in Taiwan (vgl. Shih et al., 2016). In einer weiteren Studie (5) wurde eine Erhebung mit einer adaptierten Version des Fragebogens aus der HLS-Studie bei neun- und zehnjährigen Kindern in Nordrhein-Westfalen durchgeführt (vgl. Okan/Bollweg, 2018, i. Dr.), deren Ergebnisse gegen Ende des Jahres zur Verfügung stehen werden.

Die Erhebung in Österreich bei 15-jährigen Jugendlichen fand z. B. heraus, dass 69 % der Befragten (N = 1.000) von Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen berichteten (vgl. Röthlin et al., 2013). Die Erhebung in Deutschland (vgl. Schaeffer et al., 2017; Messer et al., 2015) zeigt für Jugendliche ähnliche Ergebnisse auf, während dieser Trend insbesondere für bildungsferne Jugendliche (N = 1.000) unterstrichen wird (vgl. Quenzel et al., 2015). Die ersten Ergebnisse aus der HBSC-Studie für Finnland zeigen für Siebt- und Neuntklässler (N = 3.833) zunächst, dass ein Drittel dieser Jugendlichen ihre Gesundheitskompetenz als hoch einschätzt; hingegen geben 60 % diese als moderat oder mittelmäßig an (vgl. Paakkari et al., 2018). Dabei schätzen ca. 90 % der Befragten, dass sie über ausreichend Gesundheitswissen verfügen und ihnen das Finden und Verstehen von Informationen leichtfallen. Unterschiede zeigen sich in dieser Studie zwischen Jungen und Mädchen sowie zwischen den Altersstufen: Mädchen und ältere Jugendliche erreichten eine höhere Gesundheitskompetenz. Die Ergebnisse der Schulstudie in Taiwan ergaben, dass ca. 44 % der befragten Kinder über eine hohe (27,7 %) oder sehr hohe (16,3 %) Gesundheitskompetenz verfügten und somit bei insgesamt 56 % der Befragten eine niedrige (29,5 %) oder sehr niedrige (26,6 %) Gesundheitskompetenz vorlag (vgl.

Shih et al., 2016). Während die Studie aus Taiwan Testverfahren einsetzte, um die Gesundheitskompetenz zu erheben, kamen in den anderen oben aufgeführten Untersuchungen Fragebögen zur Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz zum Einsatz.

Darüber hinaus müssen Erkenntnisse zur Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter jedoch aus einer starken Fragmentierung heraus extrapoliert werden. Diese drückt sich in einer Vielzahl kleinerer Studien aus, die sich methodisch, konzeptionell und thematisch sehr heterogen zueinander verhalten sowie geografisch und zeitlich voneinander getrennt liegen (vgl. Okan et al., 2018b; Ormshaw et al., 2013). Einige Studien beschreiben beispielsweise einen Zusammenhang zwischen niedriger Gesundheitskompetenz und gesundheitsriskanten Verhaltensweisen (z. B. Alkohol und Tabakkonsum, Ernährung) (vgl. Fleary et al., 2018; Sansom-Daly et al., 2016; Sanders et al., 2009; DeWalt/Hink, 2009) oder mit Übergewicht und Adipositas (vgl. Shih et al., 2016; Lam/Yang, 2014; Chari et al., 2014; Sharif/Blank, 2010). Andere Studien sehen in der Gesundheitskompetenz eine Determinante des Gesundheitsverhaltens (vgl. Levin-Zamir et al., 2011). Weitere Studien belegen, dass ein nicht unerheblicher Anteil der befragten Kinder und Jugendlichen Schwierigkeiten im Umgang mit Informationen hat (vgl. Chisolm et al., 2014; Brown et al., 2007), und beschreiben einen Zusammenhang zwischen niedriger Gesundheitskompetenz und einer schlechteren Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands (vgl. Chang, 2011; Brown et al., 2007). Als primäre Bezugsquellen für gesundheitsbezogene Informationen werden von Kindern und Jugendlichen häufig Eltern, Familienmitglieder und Gesundheitsprofessionen genannt (vgl. Bhagat et al., 2016; Chang, 2011; Brown et al., 2007; Burns/Rapee, 2006). Eine qualitative Studie zur Gesundheitskompetenz von 9- und 10-jährigen Kindern zeigt, dass Handlungen von Kindern mit Gesundheitsinformationen in einen sozialen Kontext eingebettet sind, Kinder sich kritisch mit Informationen auseinandersetzen können und dabei versuchen, die Informationen in ihre Orientierung und Weltbilder zu integrieren (vgl. Fairbrother et al., 2016). Weitere Studien bringen Gesundheitskompetenz mit Selbstwirksamkeit und Einstellungen in Verbindung (vgl. Parisod et al., 2016; Schmidt et al., 2010) und verweisen auf eine soziokulturelle Dimension in der Gesundheitskompetenz (vgl. Parisod et al., 2016; Fairbrother et al., 2016). Bei den hier dargestellten Ergebnissen müssen natürlich auch soziale und kulturelle Unterschiede berücksichtigt werden. Viele Studien sind

demnach eingebettet in ihre geografischen Kontexte, weshalb sich Erkenntnisse nicht gleichermaßen auf einen anderen Kontext übertragen lassen.

In der Forschungsliteratur finden sich zunehmend auch Hinweise dafür, dass sich Ungleichheitsmerkmale in der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen ausdrücken können. Ergebnisse verweisen darauf, dass eine niedrige Gesundheitskompetenz mit dem sozialen Status der Familie assoziiert ist (vgl. Quenzel et al., 2015), dabei insbesondere mit dem sozioökonomischen Status (vgl. Levin-Zamir et al., 2011), dem familiären Bildungsniveau (vgl. Chisolm et al., 2015, 2014) und dem Bildungsniveau bei Jugendlichen (vgl. Paakkari et al., 2018; Levin-Zamir et al., 2011). Ferner können sich Ungleichheiten auch schulformbedingt ausdrücken, wobei Gymnasiasten/-innen über mehr Gesundheitswissen verfügen als Haupt- und Realschüler/-innen (vgl. Wallmann et al., 2012). Migrationshintergrund und Ethnie werden in einigen Studien ebenfalls mit Gesundheitskompetenz assoziiert (vgl. Quenzel et al., 2015; Trout et al., 2014; Wu et al., 2010).

Für die Interpretation der vorgestellten Studienergebnisse ist zusätzlich darauf hinzuweisen, dass in der Mehrzahl der Studien die Analyse funktionaler Gesundheitskompetenz im Vordergrund stand und interaktive oder kritische Elemente gemäß dem Modell nach Nutbeam bislang nur sporadisch berücksichtigt worden sind. Somit legen viele Studien den Fokus auf die Ermittlung des gesundheitsbezogenen Wissens und der kognitiven Fähigkeiten (Lesen, Rechnen, Textverständnis), während soziale Kompetenzen und Kontexte sowie kritisches Denken vernachlässigt werden. Gerade im Hinblick auf die Einbettung vieler Studien in den determinantenbasierten Ansatz der Gesundheitsförderung kommt diese Erkenntnis unerwartet. Vor allem der kritischen Gesundheitskompetenz wird viel Bedeutung beigemessen, die gesundheitlichen Determinanten adressieren zu können. Jedoch besteht relativ betrachtet noch viel Forschungsbedarf in diesem Bereich.

Modelle und Definitionen von Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter

Eine kürzlich veröffentlichte Übersichtsarbeit zu Modellen und Definitionen von Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter verdeutlicht, dass vorliegende Konzepte Gesundheitskompetenz behavioristisch und individuumszentriert erfassen (vgl. Bröder et al., 2017), und bestätigt den Trend von zwei vorherigen Übersichtsarbeiten (vgl. Okan et al., 2015; Perry, 2014). Konstruktionen von

Gesundheitskompetenz fokussieren zumeist kognitive Fähigkeiten im Umgang mit Informationen. Gegenwärtige Modelle denken kaum vom Kinde aus und nehmen ihren Ausgang zumeist in erwachsenenzentrierten Konzepten. Entwicklungspsychologische Aspekte, Erkenntnisse aus der Sozialisationsforschung und Soziologie der Kindheit zur Persönlichkeitsentwicklung, Identitätsbildung und Autonomie, aber auch heterogene soziale und kulturelle Lebenslagen finden kaum Berücksichtigung. Neben dem Konzept der generellen Gesundheitskompetenz liegen Konzepte zur psychischen Gesundheitskompetenz, Diabeteskompetenz, Medienkompetenz bzw. medienbezogenen Gesundheitskompetenz, E-Gesundheitskompetenz und digitalen Gesundheitskompetenz vor (vgl. Okan et al., 2018a; 2016). Während diese Konzepte im Allgemeinen auf unterschiedliche Gesundheitsdimensionen zielen und verschiedene Handlungsbereiche erfassen, muss insgesamt festgehalten werden: Eine Trennschärfe von Gesundheitskompetenz zu Konzepten wie Informationskompetenz, gesundheitsbezogener Informationskompetenz und Medienkompetenz – d. h. zu Konzepten, die sich ebenfalls den Fähigkeiten, Kenntnissen und Dispositionen in der kritischen Auseinandersetzung mit Informationen und Medien widmen – ist nicht gegeben.

Befragungsinstrumente und Messmethoden

Die große Heterogenität der Modelle und Definitionen drückt sich auch in den vorliegenden Befragungsinstrumenten aus (vgl. Okan et al., 2018b). Es liegen mittlerweile vier Übersichtsarbeiten vor, die Instrumente zur Messung der Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen untersuchen (vgl. Guo et al., 2018; Okan et al., 2018b; Perry, 2014; Ormshaw et al., 2013). Sie zeigen insgesamt mehr als 40 Instrumente, die (1) unterschiedliche Konstruktionen von Gesundheitskompetenz messen und daher untereinander kaum vergleichbar sind, (2) zumeist eher funktionale statt interaktive und kritische Fähigkeiten im Umgang mit Informationen messen, (3) eher Gesundheitsförderung und -erziehung als Themen fokussieren, (4) zumeist Adaptationen von Instrumenten für Erwachsene sind, (5) die Testgütekriterien nicht erfüllen, (6) einen Schwerpunkt auf individuelle Kompetenzen setzen, (7) die Weltbilder von Kindern und Jugendlichen nicht berücksichtigen und (8) Expertenkonzepte messen und die Zielgruppen in die Konstruktion und Instrumentenentwicklung selten einschließen (vgl. Okan et al., 2018b). Verwendet werden sowohl objektive Testverfahren als auch subjektive Fragebögen zur Selbsteinschätzung der

Gesundheitskompetenz. Die meisten Studien werden in Schulen durchgeführt. Der Großteil der Instrumente misst die Gesundheitskompetenz von Jugendlichen und nur sehr wenige die von Kindern jünger als 13 Jahren. Zudem liegen Instrumente für unterschiedliche Dimensionen von Gesundheitskompetenz vor, z. B. generelle, psychische, medienbezogene und E-Gesundheitskompetenz. Im Bereich der Messverfahren liegen demnach noch immer Unklarheiten und viele Desiderata vor, deren Bearbeitung für die Weiterentwicklung von Erhebungsinstrumenten notwendig ist. Während bisher viele Instrumente ausschließlich in Pilotstudien eingesetzt wurden, braucht es vielmehr valide Instrumente, die im Rahmen von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz verwendet werden können.

Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter

Die eingangs erwähnten Leerstellen im Bereich der Forschung zur Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen drücken sich auch im Bereich der Interventionsforschung aus. Trotzdem kann von einigen vielversprechenden Maßnahmen berichtet werden, die es näher zu betrachten lohnt.

Es liegen drei Maßnahmen aus dem Bereich bildungspolitischer Interventionen vor, die Gesundheitskompetenz in Schullehrplänen didaktisch verankern. In den USA wurde 1995 ein Curriculum vorgestellt, das Gesundheitskompetenz in den Schulbetrieb überführt (vgl. Joint Committee on National Health Education Standards, 1995). Dieses Curriculum ist allerdings nicht bindend und nur wenige Schulen setzen es um (vgl. Nielsen-Bohlmann et al., 2004). Im Jahr 2012 wurde ein Curriculum für Australien vorgestellt, das Gesundheitskompetenz in die Gesundheitserziehung und den Sportunterricht integriert (vgl. Australian Curriculum, Assessment and Reporting Authority, 2012). Für Finnland wurde im Jahr 2014 ein Curriculum vorgestellt (vgl. Finnish national board of education, 2014), das einerseits entlang eines Modells zur Gesundheitskompetenz entwickelt wurde und andererseits sowohl die Gesundheitskompetenz der Schüler/-innen als auch die Fähigkeiten der Lehrkräfte, Gesundheitskompetenzen im Unterricht zu vermitteln, adressiert (vgl. Paakkari, 2015). Für Australien und Finnland kann in den nächsten Jahren mit ersten Evaluationen gerechnet werden; wie die weitere Umsetzung in den USA verläuft, ist derzeit ungewiss.

Über den bildungspolitischen Bereich hinaus liegen auch einzelne Pilotinterventionen vor, z. B. für die Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz von Schülern und Lehrkräften (vgl. Kutcher et al., 2016). Das Programm wurde mittlerweile in vielen Ländern adaptiert und fokussiert das Wissen im Umgang mit psychischen Erkrankungen, Hilfesuchverhalten und Stigma. Andere Maßnahmen fördern kritische Medienkompetenzen (vgl. Begoray et al., 2009), vermitteln Gesundheitswissen und digitale Kompetenzen (vgl. Hagell et al., 2015), Gesundheitsthemen im Rahmen der Gesundheitserziehung (vgl. Hrivnová, 2016) und stärken Wissen, den Umgang mit chronischen Erkrankungen und die Vermeidung von gesundheitsriskanten Verhaltensweisen (vgl. Diamond et al., 2011). Solche Maßnahmen sind allerdings eher breit auf Gesundheitsthemen ausgerichtet als auf den Umgang mit Informationen. Zudem liegen Evaluationsdaten zu Interventionsmaßnahmen nur unzureichend vor. Es ist daher ungewiss, wie sich solche Maßnahmen auf die Förderung der Gesundheitskompetenz auswirken. Erschwerend kommt hinzu, dass in diesen Programmen kaum Instrumente zur Messung der Gesundheitskompetenz verwendet werden.

Eventuell könnte der Blick auf benachbarte Disziplinen für die Gestaltung von Präventionsmaßnahmen in der Gesundheitskompetenz aufschlussreich sein. So liegen z. B. zahlreiche Interventionen zum kritischen Umgang mit Medieninformationen und zur Förderung der Informationskompetenz im Kindes- und Jugendalter vor (vgl. z. B. Banerjee et al., 2015; Gapski/Tekster, 2012), aus denen Rückschlüsse für die Entwicklung von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz gezogen werden können. Die Ergebnisse einer relativ neuen Studie zum Thema „Decision-Making“ schlussfolgern, dass über die Förderung von kritischen Kompetenzen auch die informierte Entscheidungsfindung bei Kindern im Alter von zehn bis zwölf Jahren verbessert werden konnte (vgl. Nsangi et al., 2017). Das Forschungsfeld der Gesundheitskompetenz könnte demnach von der Analyse solcher Maßnahmen profitieren und effektive Interventionen adaptieren.

Zukünftige Forschung zur Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter

Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter sollte aus den Perspektiven der Zielgruppen heraus gedacht werden (vgl. Okan et al., 2018a; Bröder et al., 2016). Hierfür haben die Autoren dieses Beitrags in der Vergangenheit bereits ein heuristisches Modell vorgeschlagen, das hier kurz vorgestellt und erweitert werden soll und im Detail in früheren Veröffentlichungen bei den Autoren nachgelesen werden

kann (vgl. Okan et al., 2018a, 2016; Bröder et al., 2016). Diesem Modell liegt zugrunde, besondere Kennzeichen von Kindern und Jugendlichen, die für Überlegungen zur Gesundheitskompetenz relevant sind und eine Trennschärfe zu Erwachsenen aufweisen, zu benennen und in den Vordergrund zu rücken. Dabei berücksichtigt das Modell sechs Dimensionen, die eine Charakterisierung für das Kindes- und Jugendalter und eine Abgrenzung zum Erwachsenenalter ermöglichen: (1) altersspezifische Verteilungsmuster für Krankheiten und Risikofaktoren, (2) Lebenslagen, (3) die Entwicklungstatsache, (4) Dependenz- und Interdependenzverhältnisse mit erwachsenen Personen, (5) Partizipation und Teilhabe sowie (6) Digitalisierung und digitale Welten (vgl. Abb. 2.1).

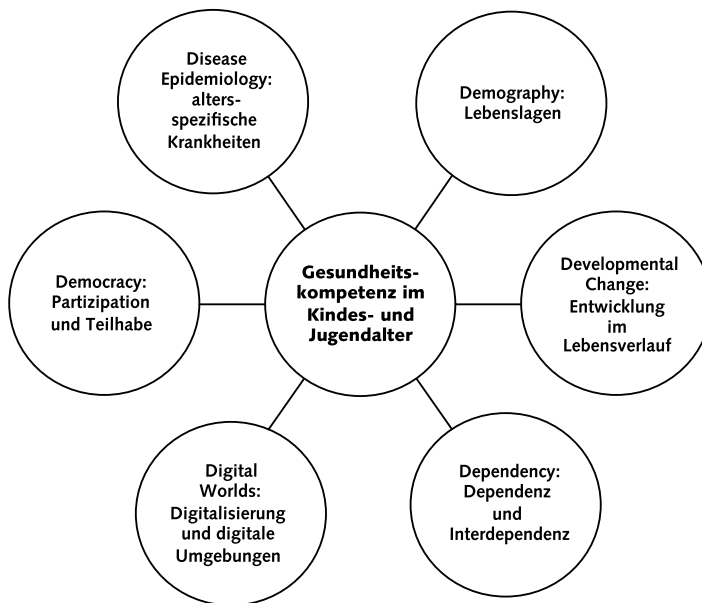


Abb. 2.1: Gesundheitskompetenz 6D-Modell (vgl. Okan et al., 2016)

Die sechs Dimensionen lassen sich dabei wie folgt beschreiben:

- *Disease Epidemiology (altersspezifische Krankheiten)*: Differential Epidemiology repräsentiert die epidemiologische Perspektive auf altersspezifische Kinder- und Jugendkrankheiten. Hierbei müssen vor allem die zuvor erwähnte neue Morbidität sowie altersspezifische Ressourcen und Risikofaktoren berücksichtigt werden.

- *Demography (Lebenslagen)*: Demography steht dafür, dass unterschiedliche Lebenslagen Berücksichtigung finden müssen. Kinder und Jugendliche sind eine soziokulturell heterogene Bevölkerungsgruppe mit unterschiedlichen Merkmalen und weisen eine differenzielle Vulnerabilität gegenüber Erwachsenen auf. Ungleiche Lebensbedingungen führen zu ungleichen Gesundheitschancen und psychosozialen Belastungsfaktoren, die in Handlungsansätzen bedacht werden müssen.
- *Developmental Change (Entwicklung im Lebensverlauf)*: Developmental Change greift die Entwicklungsstatsache von Kindern und Jugendlichen auf und begründet sich in entwicklungspsychologischen Unterschieden. Gesundheitskompetenz wird in einem Lern- und Sozialisationsprozess erworben, wobei sich Fähigkeiten und Wissen einer Entwicklungslogik folgend und in der Interaktion mit der Umwelt angeeignet werden.
- *Dependency (Dependenz und Interdependenz)*: Dependency verdeutlicht das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von Erwachsenen, wobei auch eine wechselseitige Abhängigkeit vorliegen kann. Eltern sind wichtige Bezugspersonen und Sozialisationsinstanzen sowie Vermittler von gesundheitlichem Wissen und Fähigkeiten, während ihre Kinder aufwachsen und beginnen, Autonomie zu entwickeln und die eigene Persönlichkeit und Identität auszubilden.
- *Democracy (Partizipation und Teilhabe)*: Democracy hebt hervor, dass Kinder und Jugendliche mit Rechten zur gesellschaftlichen Teilhabe ausgestattet sind und dabei eine aktive Rolle in der Gestaltung ihrer Lebenswelten einnehmen. Über die Partizipation an Sozialisations-, Bildungs- und Gesundheitsprozessen können sie lernen, auch unterstützt durch Erwachsene, eine selbstbestimmte Lebensführung anzunehmen (Empowerment).
- *Digital Worlds (Digitalisierung und digitale Umgebungen)*: Digital Worlds verdeutlicht, dass der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen und Dienstleistungen zunehmend in digitalen Umgebungen stattfindet. Kinder und Jugendliche sind Teil einer neuen Generation, die digital- und medienbezogen sozialisiert wird. Diese Digitalisierung gilt es, in die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen mit aufzunehmen.

Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und die Forschung in diesem Bereich stehen erst noch am Anfang. Das 6D-Modell kann hierbei von besonderem Nutzen sein als analytisches Rahmenkonzept, um in der Forschung zur Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen deren Besonderheiten, die sie von Erwachsenenbevölkerungsgruppen unterscheiden, adäquat zu berücksichtigen. Zukünftige Studien müssten diese Dimensionen sowohl in den Bereichen Konzeptentwicklung und Befragungsinstrumente als auch in der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Fördermaßnahmen berücksichtigen. Im Bereich der Förderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz zeigt sich darüber hinaus, dass Schulen und Bildungssettings als wichtige Orte früher gesundheitsbezogener Bildungsmaßnahmen vorgeschlagen werden. Diese Settings arbeiten ohnehin mit alters- und entwicklungsstufenangepassten Konzepten und Methoden, womit das 6D-Modell höchst anschlussfähig wäre. Vorliegende Erkenntnisse aus dem Bereich der Präventionsforschung zeigen jedoch auch auf, dass reine verhaltensorientierte Maßnahmen eher ungeeignet sind. Daher gilt es, den Blick vor allem auch auf verhältnispräventive Maßnahmen zu lenken.

2.3 Verhältnisprävention und Systemansätze in der Gesundheitskompetenz

Entgegen den bisherigen Ausführungen wird Gesundheitskompetenz keinesfalls ausschließlich individuumszentriert diskutiert; vielmehr liegen für das Konzept auch verhältnisorientierte Perspektiven vor, die alternative Zugänge über eine traditionelle Verhaltensorientierung hinaus ermöglichen. Im Folgenden sollen drei Ansätze beschrieben werden, die dies unterstreichen: (1) das Dualitätsprinzip nach Parker und Ratzan, (2) das Konzept der gesundheitskompetenten Organisationsstrukturen und (3) ein Ansatz zur Gesundheitskompetenz von Fachkräften. Der Darstellung schließt sich eine Diskussion an, die zusätzlich die Bedeutung des politischen Settings für verhältnisorientierte Maßnahmen im Bereich der Gesundheitskompetenz hervorhebt.

2.3.1 Die Dualität nach Parker und Ratzan – Gesundheitskompetenz als relationales Konzept

In den 2000er-Jahren vollzog sich ein Paradigmenwechsel in der Forschung zum Thema Gesundheitskompetenz. Während vormals verhaltensorientiert überwiegend die Fähigkeiten von Individuen im Fokus von Untersuchungen standen, wurde seitdem vermehrt die Frage nach dem Einfluss von Verhältnissen gestellt (vgl. Nielsen-Bohlman et al., 2004). So hat sich ein Verständnis entwickelt, das Gesundheitskompetenz als Produkt aus Fähigkeiten und systemischer Anforderung begreift und somit über individuelle Merkmale hinausgeht (vgl. Baker, 2006). Basierend auf dieser Annahme schlagen Parker und Ratzan (2010) das „Health Communication Framework“ vor (vgl. Abb. 2.2), das die duale und relationale Natur von Gesundheitskompetenz ausdrückt.



Abb. 2.2: Das Health Communication Framework (vgl. Parker/Ratzan, 2009)

Für das Gelingen einer guten Gesundheit bzw. den Umgang mit Informationen ist eine Passung zwischen den individuellen Kompetenzen und den Strukturbedingungen notwendig. Das Modell verdeutlicht dabei: Individuen sind stets eingebettet in soziale Kontexte mit ihren kompositorischen Faktoren und stehen demnach in wechselseitiger Abhängigkeit mit den sie umgebenden Strukturen. In der Interaktion, Informationsaufarbeitung und in der Bereitstellung gesundheitlicher Strukturen und Angebote müssen die sozialen und kulturellen Bedarfe und Bedürfnisse von Individuen daher adäquat berücksichtigt werden. Maßnahmen, die an der Optimierung der Strukturen (z. B. Erhöhung der Nutzerfreundlichkeit) ansetzen und somit die Verhältnisse adressieren, sind daher vielversprechender als solche, die rein auf die Stärkung der individuellen Fähigkeiten zielen. Dieses Dualitätsprinzip ist anschlussfähig an den Ansatz der Mensch-Umwelt-Interaktion, das in der Sozialisationsforschung als relevanter Einflussfaktor für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen erachtet wird (vgl. Hurrelmann/Bauer, 2015; Bauer, 2013). Ebenso ist

eine Anpassung an die Prinzipien der Ottawa-Charta gegeben, insbesondere zur vorgeschlagenen gesundheitspolitischen Gesamtstrategie und der Neuorientierung der Gesundheitsdienste (vgl. WHO, 1986). Durch die WHO wird zudem vorgeschlagen, dass das Modell von Parker und Ratzan auf alle gesellschaftlichen Strukturen und Settings übertragen werden könne (vgl. Kickbusch et al., 2013), z. B. Bildung- und Erziehung, soziale Arbeit und Politik.

2.3.2 Das Konzept der gesundheitskompetenten Organisation

Mit der Einführung des Prinzips der gesundheitskompetenten Organisation wird der Perspektivwechsel weiter präzisiert und Strukturen und Aufgaben von Institutionen zur Erleichterung der Patientenkommunikation und Informationsbereitstellung im Gesundheitswesen werden definiert (vgl. Brach et al., 2012). Mit diesem Ansatz wird die Responsivität von Organisationsstrukturen in den Mittelpunkt gestellt, was impliziert, dass Organisationsentwicklung und -kultur zu relevanten Zielgrößen für Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz werden. In die Interaktion mit dem Gesundheitswesen bringen Menschen kognitive, soziale, emotionale und kulturelle Eigenheiten bzw. sozial-räumliche Eigenschaften, unterschiedliche Lebenslagen und Wertorientierungen in vielfältigen Kombinationen mit ein. Schwierigkeiten im Verständnis von Informationen könnten den Therapieerfolg gefährden, kulturelle Differenzen könnten die Kommunikation einschränken und Scham und frühere Stigmaerfahrungen den Präventionserfolg eventuell gänzlich unterbinden. Die im Folgenden beschriebenen Merkmale fördern eine gesundheitsförderliche und gesundheitskompetente Umgebung und sollen es Menschen ermöglichen, die angebotenen Informationen und Dienstleistungen optimal zu nutzen (vgl. Tab. 2.1).

Tab. 2.1: Die zehn Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation (vgl. Brach et al., 2012)

Die gesundheitskompetente Organisation ...	
1	... hat eine Führung, die Gesundheitskompetenz zum integralen Bestandteil ihrer Mission bzw. ihres Leitbilds, ihrer Strukturen und Prozesse macht.
2	... integriert Gesundheitskompetenz in die strategische Planung, in Evaluationsmaßnahmen, in Patientensicherheit und Qualitätsentwicklung.
3	... fördert die Gesundheitskompetenz ihrer Mitarbeiter/-innen und monitiert Verbesserungen.
4	... entwickelt, implementiert und evaluiert ihre Gesundheitsinformationsangebote unter Einbeziehung der Zielgruppen, für die diese Angebote gedacht sind.
5	... bietet, ohne zu stigmatisieren, eine Reihe von bedürfnisorientierten Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz jener Bevölkerungsgruppen an, die die Leistungen der Einrichtung in Anspruch nehmen.
6	... setzt Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz in interpersonellen Kommunikationssituationen ein und legt bei allen Kontakten Wert auf die Rückbestätigung des korrekten Verständnisses.
7	... ermöglicht einfachen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen und bietet Unterstützung für die Navigation durch die Organisation bzw. das System an.
8	... entwickelt und verwendet gedruckte, audiovisuelle und soziale Medien, deren Botschaften einfach zu verstehen und zu befolgen sind.
9	... fördert Gesundheitskompetenz auch in Hochrisiko-Situationen, einschließlich Naht- und Schnittstellen der Versorgung und der Vermittlung von Informationen über Medikamente.
10	... vermittelt klar, welche Leistungen durch Leistungskataloge von Versicherungen abgedeckt sind und für welche Leistungen selbst bezahlt werden muss.

Eine detaillierte Darlegung dieser Merkmale kann bei Brach et al., 2012, übersetzt von Dietscher, nachgelesen werden. Die WHO hat dieses Prinzip in ihrer Veröffentlichung „Gesundheitskompetenz: Die Fakten“ als eine Kernstrategie zur Erschaffung gesundheitskompetenter Settings definiert (vgl. Kickbusch et al., 2013). Zu erwähnen ist noch, dass dieses Modell zunächst für das medizinische Versorgungssetting entwickelt, mittlerweile jedoch auch für weitere Settings, z. B. die Soziale Arbeit (vgl. Thomacos/Zazryn, 2013) und das Bildungswesen (vgl. Nash et al., 2018), erweitert wurde. Dies erlaubt vor allem im Hinblick auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche eine verhältnisorientierte Stärkung der Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz von Organisationen zu adressieren, impliziert auch, die Gesundheitskompetenz von Fachkräften zu adressieren.

2.3.3 Gesundheitskompetenz von Fachkräften

Die beiden vorangegangenen Ansätze implizieren, dass Fachkräfte entsprechend den vorgestellten Dimensionen geschult werden, somit Professionsentwicklung im Hinblick auf Gesundheitskompetenz in den Fokus rückt. Das heißt, Gesundheitskompetenz muss Teil der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Professionellen werden, denn ihre professionellen Fähigkeiten sind es, die in erster Linie an der Schnittstelle zu den Nutzern der Systeme gefragt sind: Professionelle setzen die Strategie der gesundheitskompetenten Umgebungen in die Praxis um. Für die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen spielen pädagogische und psychologische Fachkräfte in der schulischen Sozialisation eine weitaus größere Rolle als medizinische Fachkräfte. Die Forschung zur Gesundheitskompetenz von Lehrkräften etwa ist noch relativ jung. Die Vermittlung von Gesundheitsthemen und die Stärkung von Gesundheitskompetenz bedürfen neuer Ausbildungsmodelle und didaktischer Methoden, um den Anforderungen schulischer Gesundheitsförderung zu entsprechen (vgl. Peterson et al., 2001). Vor allem wird hervorgehoben, dass Lehrkräfte in der Lage sein sollten, entsprechend der oben erwähnten Merkmale, auf die besonderen Situationen und Hintergründe ihrer Schülerschaft eingehen zu können. Dies bedeutet, dass sie neben gesundheitsbezogenen Fachkonzepten auch als Vermittler von gesundheitsbezogener Informations- und Medienkompetenz auftreten müssen. So erfordert dies überfachliche Kompetenzen und eine Sensibilität für die besonderen Eigenschaften aktuell schulrelevanter Themen wie Inklusion, Migration und Gesundheit. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen, als solche eingebettet in den ganzheitlichen Ansatz der Gesundheitsförderung an Schulen (vgl. St Leger, 2001), geht demnach einher mit der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Lehrkräfte (vgl. Peterson et al., 2001). Was die gesundheitskompetenzbezogene Ausbildung von Lehrkräften betrifft, geben z. B. Finnland und Großbritannien (vgl. Paakkari, 2015, Paakkari/Välimaa, 2013; Kilgour et al., 2013), Australien (vgl. Peterson et al., 2001; St Leger, 2001), Kanada (vgl. Kutcher et al., 2016) und die USA (vgl. Benham-Deal/Hodges, 2009) erste Hinweise, die für den Bildungsstandort Deutschland näher untersucht werden sollten.

Eine kürzlich in Deutschland durchgeführte Studie zeigt z. B. im Zusammenhang mit psychischer Gesundheitskompetenz bei Lehrkräften, dass die Anforderungen des Schulbetriebs es kaum erlauben, aktiv in die Gesundheitsförderung von Kindern

und Jugendlichen einzugreifen. Lehrkräfte berichten von Zeit- und Ressourcenmangel, Erfahrungsdefiziten sowie durch die universitäre Ausbildung nicht adäquat vorbereitet zu sein (vgl. Bruland et al., 2017). Schwierigkeiten werden vor allem in Bezug auf den Umgang und Hilfestellung bei vulnerablen Kindern und Jugendlichen berichtet, wie Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil und Kinder aus Familien mit kritischen Lebensereignissen. Hieraus können erste Hinweise für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Lehrkräften abgeleitet werden.

2.3.4 Gesundheitspolitik und Gesundheitskompetenz

Die bis hierhin geschilderten Herausforderungen geben einen Handlungsanlass, Gesundheitskompetenz in eine gesamtgesellschaftliche Strategie zu überführen und in politische Gestaltungsprozesse einzubeziehen. Für die Berücksichtigung von Strukturen und Verhältnissen im Rahmen der Stärkung der Gesundheitskompetenz braucht es in erster Linie eine gesundheitsfördernde und -ermöglichende Gesamtpolitik (vgl. WHO, 1986). Maßgeblich ist daher auch insbesondere die Mitwirkung gesundheitspolitischer Akteure (vgl. Kickbusch et al., 2013). Daher stehen besonders Regierungen in der Verantwortung, ein gesundheitspolitisches Klima zu erzeugen, das die Umsetzung von gesundheitskompetenzbezogenen Fördermaßnahmen begünstigt und diese über Legislaturperioden hinaus erhält. Global betrachtet, zeigt sich für die letzten zehn Jahre ein deutliches Aufkommen an Gesetzen, politischen Strategien und Handlungsplänen, um die Gesundheitskompetenz zu stärken, etwa für die USA, Australien, Schottland, Wales (vgl. Heijmans et al., 2015; Pleasant, 2013). Mittlerweile liegt auch ein Nationaler Aktionsplan für Deutschland vor (vgl. Schaefer et al., 2018) sowie die vom Bundesministerium für Gesundheit initiierte Allianz Gesundheitskompetenz (vgl. BMG, 2017). Ein kürzlich von der WHO Europa Region veröffentlichter Evidenzbericht zu Politikmaßnahmen in Europa und deren Evaluation konnte 46 bereits verabschiedete oder in Entwicklung befindliche Maßnahmen auf lokaler oder nationaler Ebene identifizieren (vgl. Rowlands et al., 2018). Einerseits bestätigt das den bereits aufgezeigten Trend früherer Übersichten (vgl. z. B. Heijmans et al., 2015), andererseits liegen gegenwärtig kaum Evaluationsdaten dieser Maßnahmen vor (vgl. Rowlands et al., 2018). Zudem sind viele Maßnahmen zeitlich begrenzt und nicht allen angeschlossenen Maßnahmen liegen auch tatsächlich bevölkerungsbezogene Evidenzdaten zur Gesundheitskompetenz zugrunde; die Programme sind

oft auf die Stärkung individueller Fähigkeiten beschränkt, Erkenntnisse über settingbezogene Handlungsansätze fehlen mehrheitlich und allgemein lässt sich die Effektivität der Maßnahmen noch nicht beurteilen (vgl. Rowlands et al., 2018). Nichtsdestotrotz spiegelt sich hier eine positive Entwicklung wider, denn über die politische Makroebene könnten sich dringend benötigte finanzielle Ressourcen und rechtliche Rahmenbedingungen bereitstellen lassen für Maßnahmen auf der Meso- und Mikroebene, um eine verhältnisorientierte Strategie zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Organisationsentwicklung sowie die Ausbildung von Fachkräften zu unterstützen. Während viele Aktionspläne und Handlungsempfehlungen jedoch gleichsam verpuffen, weil ihnen der politische Rückhalt fehlt, liegen für Deutschland mittlerweile einige politische Instrumente vor, durch deren Unterstützung sich eine nachhaltige Strategie in der Praxis realisieren lassen könnte – auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene. Das 2015 vom Deutschen Bundestag beschlossene „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)“ (vgl. Bundesregierung, 2015) enthält gleich mehrfach den Bezug zur Stärkung der Gesundheitskompetenz: mit Verweis auf das Konzept selbst (S. 1375) oder in Form von Synonymen, wie etwa „die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz“ (S. 1368), „gesund aufwachsen: Lebenskompetenz“ (S. 1369) und „gesundheitliche Kompetenz erhöhen“ (S. 1369). Im PräVG werden zudem gänzlich neue inhaltliche, organisatorische und finanzielle Schwerpunkte für eine Präventionsstrategie festgelegt, um auch die Gesundheitskompetenz, wie hier beschrieben, strukturell zu stärken. Das PräVG adressiert z. B. (1) verhaltensbezogene Prävention (z. B. Edukation und personenzentrierte Ansätze), (2) Verhältnisprävention in Lebenswelten (z. B. Settingansatz, Strukturen und Lebensbedingungen) und (3) betriebliche Gesundheitsförderung (z. B. Organisationsstrukturen und -entwicklung). Zudem fokussiert das Gesetz lebensstilbezogene Handlungsfelder, die vermeidbaren Ursachen von chronischen Krankheiten, wie Ernährung, körperliche Aktivität, Stress, riskante Verhaltensweisen (Alkohol, Tabak etc.), und bietet somit Schnittstellen zu allen in der Gesundheitskompetenz diskutierten und hier vorgestellten Ansätzen. Mit einem Blick auf Nordrhein-Westfalen (NRW), wo im Präventionskonzept des Landesentrums für Gesundheit in NRW (LZG NRW) z. B. die Stärkung der Gesundheitskompetenz als Aufgabe und Handlungsfeld von Prävention und Gesundheitsförderung definiert wird (vgl. LZG NRW, 2017), ist ein nahtloser Übergang von der nationalen auf die Landesebene feststellbar. Und auch im Landesprogramm

Bildung und Gesundheit (vgl. NRW BuG) wird Gesundheitskompetenz als wichtiges Gesundheitsziel im Rahmen der schulischen Gesundheitsförderung definiert (vgl. BuG, 2017). Auf lokaler Ebene in NRW wird Gesundheitskompetenz beispielsweise in der Stadt Bielefeld im Rahmen der städtischen Gesundheitsziele berücksichtigt und dabei vor allem die Implementierung der Gesundheitskompetenz im Bildungsbetrieb und im Zusammenhang mit Alkohol- und Tabakkonsum hervorgehoben (vgl. Stadt Bielefeld, 2016). Hier rückt eine Gelegenheit in greifbare Nähe, diese gesundheitspolitischen Maßnahmen mit dem Aktionsplan Gesundheitskompetenz und der Allianz Gesundheitskompetenz zu verschränken und somit eine tatsächliche und nachhaltige Stärkung der Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter sicherzustellen. Gerade der explizite Bezug zum Bildungssystem in allen hier erwähnten Ansätzen ist richtungweisend und verdeutlicht, wie sehr Gesundheit und Bildung zusammen gedacht werden müssen. Es besteht jedoch noch dringender Bedarf an Grundlagenforschung, um wichtige Erkenntnisse für die hier vorgeschlagenen Ansätze zu generieren. Zudem ist eine qualitätsgestützte Begleitevaluation erforderlich, die gegenwärtig vor allem in der Implementationsforschung zur Gesundheitskompetenz fehlt. Allerdings brauchen verhältnis- und ungleichheitsorientierte Präventionsmaßnahmen auch erfolgversprechende Konzepte – vor allem, um dem Präventionsdilemma entgegenzuwirken (vgl. Bauer, 2005). Das „Präventionsdilemma“ steht stellvertretend dafür, dass Maßnahmen vulnerable und Hochrisikogruppen oft nicht erreichen (vgl. Bauer, 2005). Diejenigen, die von Maßnahmen profitieren könnten und bei denen ein Bedarf vorläge, werden demnach nicht erreicht.

2.4 Progressive und Proportionate Universalism – ein neues Präventionskonzept

In den vorangegangenen Ausführungen wurde deutlich, dass effektive Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz verhältnisorientierte Perspektiven berücksichtigen sollten, um vor allem die Effekte des sozialen Gradienten und ungleiche Lebenslagen zu adressieren. In der ungleichheitsorientierten Gesundheitsforschung wird vorgeschlagen, Gesundheit und die Reduktion sozial bedingter Ungleichheiten in der Gesundheit innerhalb eines ganzheitlichen und gesundheitspolitisch gestützten Ansatzes zu adressieren (vgl. Marmot et al., 2008). Während in der Vergangenheit unterschiedliche Ansätze, z. B. ausschließlich universelle, bevölkerungsbezogene

oder selektive Interventionen, mit nur geringem Erfolg ausprobiert worden sind (vgl. Carey et al., 2015; Marmot et al., 2010), wird vor allem der zielgruppenorientierte Ansatz als besonders vielversprechend hervorgehoben (vgl. Bauer/Bittlingmayer, 2006). Allerdings sind zielgruppenorientierte Präventionskonzepte auch mit Schwierigkeiten verknüpft (vgl. Bauer, 2005). Zudem gehen ausschließlich an Benachteiligte gerichtete Maßnahmen mit dem Risiko einher, Personengruppen zu stigmatisieren, indem diese als benachteiligte, vulnerable oder ausgeschlossene Menschen klassifiziert werden (vgl. Marmot et al., 2012, 2008; Bauer, 2005). Vorliegende Fördermaßnahmen und Präventionskonzepte gelten daher oft als ungeeignet, um Zielgruppen am unteren Ende des sozialen Gradienten zu erreichen, sodass differenzierte Ansätze nötig sind. Daher erfreut sich im Bereich der Health-Equity-Forschung in den letzten Jahren ein Konzept immer größerer Beliebtheit, das auf das angesprochene Präventionsdilemma reagiert und dabei zielgruppenorientierte Maßnahmen mit den Prinzipien universeller Maßnahmen verschränkt: der „Progressive“ (vgl. Gwatkin/Ergo, 2011) bzw. „Proportionate Universalism“ (vgl. Marmot et al., 2012):

„To reduce the steepness of the social gradient in health, actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage. We call this proportionate universalism. Greater intensity of action is likely to be needed for those with greater social and economic disadvantage, but focusing solely on the most disadvantaged will not reduce the health gradient, and will only tackle a small part of the problem.“ (Marmot et al., 2010, S. 10)

Der Ansatz hebt demnach hervor, dass Präventionskonzepte nicht nur bestimmte Zielgruppen – in diesem Fall besonders benachteiligte und vulnerable – erreichen sollten, sondern eher universell auf die Gesamtbevölkerung zielen, sich dabei jedoch proportional am Grad der Benachteiligungen innerhalb einer Gesellschaft bzw. an den Bedarfen von besonders Benachteiligten orientieren sollten:

„universal because we aim to help everyone; (...) and progressive because we aim to do more for those who need it most.“ (Cummins et al., 2011, S. 14)

„this can be defined as ‚support for all‘, with greater intensity of action for those with greater social and economic disadvantage (...) while directing the more intensive and expensive interventions to those most likely to benefit.“ (Oberklaid et al., 2013, S. 3)

Von Maßnahmen nach dem Prinzip des Progressive und Proportionate Universalism profitieren alle Menschen entlang des Gradienten, besonders jedoch jene am unteren Rand der Gesellschaft. Beispiele für Präventionskonzepte dieser Art lassen sich z. B. im sozialen Wohnungsbau für Menschen aus niedrigen Einkommensverhältnissen

in deprivierten Stadtvierteln (vgl. Egan et al., 2016) aufzeigen und bei universellen Versorgungsleistungen, die der Gesamtbevölkerung zustehen, von denen jedoch im Besonderen Menschen ohne ausreichende Krankenversicherung profitieren (vgl. Carey et al., 2015; Gwatkin/Ergo, 2011). Der Proportionate Universalism kann auch im Bildungssystem implementiert werden. Als Beispiel hierfür beschreiben Bronstein und Mason (2016) in den USA das Modell der Ganztagschule. Innerhalb einer Kommune könnten alle Schulen Ganztagsangebote anbieten, an denen alle Schüler partizipieren können und einen Nutzen hätten, jedoch besonders diejenigen Schüler aus deprivierten Verhältnissen, die außerhalb der Schule Barrieren im Zugang zu bestimmten Ressourcen erfahren, und deren Lebenslagen ihnen die Akkumulation von Humankapital erschwert. In diesen Angeboten könnten sie an Nachmittagskursen, Lernaktivitäten, Freizeit- und Sportangeboten teilnehmen, die ihnen in ihrem Lebensalltag eventuell nicht zur Verfügung stünden. Dieser verhältnispräventive Ansatz könnte durchaus auch praktikabel in der Gesundheitskompetenz sein, wäre wohl allerdings kostenintensiv. Vorteile lägen in Angeboten, die über den herkömmlichen Schulunterricht hinaus gingen und Schülern dabei in gemeinsamer Arbeit mit pädagogischen und weiteren Fachkräften den Erwerb von Gesundheitskompetenz erleichtern könnten. Ein solcher Ansatz müsste bei der Bereitstellung von Mitteln für die Verbesserung der Schulinfrastruktur, der Erschaffung vielfältiger Lern- und Praxisarrangements beginnen und sich bis hin zu adäquat ausgebildeten Fachkräften für die Vermittlung von Gesundheitskompetenz erstrecken. Zudem könnten Schulen durch die Bereitstellung von durchgängigen Verpflegungsangeboten (Schulfrühstück, Mittagessen etc.) und Schulmaterialien (Computer, Bücher etc.) weitere Ungleichheitseffekte auffangen, die Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung und dem Erwerb von Bildung, Wissen und Kompetenzen hindern. Idealerweise müsste der Proportionate-Universalism-Ansatz in die Prinzipien des schulischen Settingansatzes integriert werden. Dass Interventionen dieser Art im Bereich der Gesundheitskompetenz nötig sind, hob Dean Schillinger (2011) bereits hervor, indem er viele vorliegende Konzepte als unzureichend und unrealistisch beschrieb, um sozial bedingte Ungleichheiten in der Gesundheitskompetenz und unterschiedliche Lebenslagen aufzufangen. Das Prinzip des Proportionate Universalism könnte ein solches realistisches Präventionskonzept darstellen, müsste allerdings zweifelsohne erst noch erforscht und dabei mit den Systemansätzen in der Gesundheitskompetenz verschränkt werden.

2.5 Fazit

Obwohl die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen als gut gilt, werden in der digitalen Informationsgesellschaft Kompetenzen im Umgang mit den vielfältigen gesundheitsbezogenen Medienangeboten immer wichtiger, um die Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter hat daher in der jüngeren Vergangenheit sichtbar an Bedeutung gewonnen. Dies wird durch die steigende Anzahl wissenschaftlicher Studien, schulischer Fördermaßnahmen und bildungs- und gesundheitspolitischer Ansätze sowie die Aufnahme des Themas in die gesundheitsorientierten Ungleichheitsdiskussionen deutlich. Jedoch liegt gegenwärtig in allen vorgestellten Bereichen ein erheblicher Forschungs- und Handlungsbedarf vor. Dieser umspannt sowohl die theoretische Konzipierung der Gesundheitskompetenz – insbesondere angepasst an unterschiedliche Entwicklungsstufen und die im 6D-Modell vorgestellten Dimensionen –, betrifft die empirische Datenlage und Kausalitätspfade als auch die Nachhaltigkeit und Wirksamkeit von Fördermaßnahmen, einschließlich deren Evaluation. Während in der Forschung der Fokus zunächst auf den funktionalen Kompetenzen zu liegen scheint, müsste der Vermittlung einer kritischen Haltung ebenfalls Bedeutung beigemessen werden sowie auch der Berücksichtigung von soziokulturellen Lebenslagen und den Lebensbedingungen, in denen Kinder und Jugendliche aufwachsen. Es reicht jedoch nicht, nur eine generell kritische Haltung und dabei Gesundheitskompetenz entlang der Determinanten von Gesundheit zu vermitteln, vielmehr bedarf es einer Erweiterung der Perspektive der kritischen Gesundheitskompetenz. Kinder und Jugendliche müssen in die Lage versetzt werden, ihre gesundheitlichen Chancen in Relation zu ihrer sozialen Position eingebettet in den Strukturen des sozialen Raums zu erkennen, einschließlich damit assoziierter Handlungsoptionen. Denn erst über das Erkennen von ursächlichen Bedingungen können konkrete Handlungsansätze abgeleitet werden, wie sie auf der Ebene der kritischen Gesundheitskompetenz vorgeschlagen werden. Auch die sozialen Dimensionen von Gesundheitskompetenz mit den kontextuellen und kompositorischen Faktoren sowie die Einbettung von Gesundheitskompetenz in soziale Gesundheitspraktiken und Interaktionen müssen für das Kindes- und Jugendalter einer detaillierten Analyse unterzogen werden.

Der Querverweis zur sozialen Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit im Kindes- und Jugendalter und auch zu sozial bedingten Ungleichheiten in der Ge-

sundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen verdeutlicht jedoch auch, dass zunächst die ursächlichen Bedingungen und Mechanismen dahinter adressiert werden müssen. So ist die wesentliche Erkenntnis diejenige, dass der Einfluss individueller Kompetenzen auf die Gesundheit verglichen mit den Einflüssen der Lebensbedingungen eher gering ausfällt. Daher sollten die Stärkung der Gesundheitskompetenz und die Verbesserung der Gesundheit über die Verhältnisorientierung erfolgen. Maßnahmen sollten dabei universell gestaltet sein, sich jedoch proportional an den Bedarfen und Bedürfnissen benachteiligter Bevölkerungsgruppen orientieren. Idealerweise sollten diese Maßnahmen auch dazu führen, die soziale Mobilität zu erhöhen und klassenbezogene Effekte auf Gesundheit möglichst gering zu halten. Da solche Maßnahmen jedoch mit hohen Kosten verbunden sind, ist eine gesundheits- und sozialpolitische Unterstützung essenziell, wenn eine nachhaltige Stärkung der Gesundheitskompetenz erreicht werden soll. Kindheit und Jugend sollten Bastionen sein, die Schutz und Sicherheit bieten. Daher ist es ebenso notwendig, Kinder und Jugendliche nicht zu überfrachten und ihnen vollumfänglich ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

Literatur

- Ahmad, E./Grimes, D. E. (2011). *The effects of self-management education for school-age children on asthma morbidity: a systematic review*. *The Journal of School Nursing*, 27 (4), S. 282–292.
- Albers, L./Heinen, F./Landgraf, M./Straube, A. et al. (2015). *Headache cessation by an educational intervention in grammar schools: a cluster randomized trial*. *European journal of neurology*, 22 (2), S. 270.
- Australian Curriculum, Assessment and Reporting Authority (2012). *Shape of the Australian Curriculum: Health and Physical Education (Draft)*. Sydney: ACARA.
- Baker, D. (2006). *The meaning and the measure of health literacy*. *Journal of General Internal Medicine*, (21), S. 878–883.
- Banerjee, S. C./Greene, K./Magsamen-Conrad, K./Elek, E. et al. (2015). *Interpersonal communication outcomes of a media literacy alcohol prevention curriculum*. *Translational behavioral medicine*, 5 (4), S. 425–432.
- Bauer, U. (2013). *Sozialisation und Ungleichheit. Eine Hinführung*. 2. Auflage, Wiesbaden: VS.
- Bauer, U. (2005). *Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Heidelberg: Springer.
- Bauer, U./Bittlingmayer, U. H. (2006). *Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung*. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, München: Juventa, S. 781–818.

- Bauer, U./Bittlingmayer, U. H./Richter, M. (Hrsg.) (2008). *Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS.
- Begoray, D. L./Wharf-Higgins, J./MacDonald, M. (2009). *High school health curriculum and health literacy: Canadian student voices*. *Global Health Promotion*, (16), S. 35–42.
- Benham-Deal, T./Hodges, B. (2009). *Role of 21st century schools in promoting health literacy*. Washington, D. C.: National Education Association Health Information Network.
- Berkman, N. D./Sheridan, S. L./Donahue, K. E./Halpern, D. J. et al. (2011). *Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review*. *Ann Intern Med*, (155), S. 97–107.
- Bhagat, K./Howard, D. E./Aldoory, L. (2016). *The Relationship Between Health Literacy and Health Conceptualizations: An Exploratory Study of Elementary School-Aged Children*. *J Health Commun*, (1–8).
- Bo, A./Friis, K./Osborne, R. H./Mairdal, H. T. (2014). *National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers – a population-based survey among Danish adults*. *BMC public health*, 14 (1), S. 1095.
- Brach, C./Keller, D./Hernandez, L. M./Baur, C. et al. (2012). *Zehn Merkmale Gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen*. Diskussionspapier, IOM-Roundtable.
www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/ONGKG_Publikationen/HLO.pdf (13.08.2018).
- Brown, S. L./Teufel, J. A./Birch, D. A. (2007). *Early adolescents perceptions of health and health literacy*. *J Sch Health*, (77), S. 7–15.
- Bröder, J./Okan, O./Bauer, U./Bruland, D. et al. (2017). *Health Literacy in Children and Adolescents – results from a systematic literature review of definitions, concepts, and models*. *BMC Public Health*, 17 (1), S. 361.
- Bröder, J./Okan, O./Pinheiro, P./Bauer, U. (2016). *Health Literacy im Jugendalter – relevant für die Soziale Arbeit?* *Zeitschrift für klinische Sozialarbeit*, 12 (4): 2, S. 4–6.
- Bronstein, L. R./Mason, S. E. (2016). *School-linked services: Promoting equity for children, families, and communities*. Columbia University Press.
- Bruland, D./Kornblum, K./Harsch, S./Bröder, J. et al. (2017). *Schüler mit einem psychisch erkrankten Elternteil und die Mental Health Literacy von Lehrkräften*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie: Band 66, Psychosoziale Problematiken an Schulen*, S. 774–790.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017). Gröhe: „Startschuss zur Stärkung des Gesundheitswissens in Deutschland.“ Gründung der „Allianz für Gesundheitskompetenz.“ Pressemitteilung.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/2-quartal/allianz-fuer-gesundheitskompetenz> (29.11.2017).
- BuG – Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW (2017). *Programm zur Förderung der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung in Schulen: Ziele bis 2022*.
<https://www.bug-nrw.de/landesprogramm/konzept/ziele-bis-2022/> (14.08.2018).
- Bundesregierung (2015). *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015*. *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31*, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2015.
- Burns, J. R./Rapee, R. M. (2006). *Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking*. *Journal of adolescence*, 29 (2), S. 225–239.
- Carey, G./Crammond, B./De Leeuw, E. (2015). *Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism*. *International journal for equity in health*, 14 (1), S. 81.

- Chang, L. C. (2011). *Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan*. Journal of Clinical Nursing, 20 (1-2), S. 190-196.
- Chari, R./Warsh, J./Ketterer, T./Hossain, J. et al. (2014). *Association between health literacy and child and adolescent obesity*. Patient education and counseling, 94 (1), S. 61-66.
- Chisolm, D. J./Manganello, J. A./Kelleher, K. J./Marshal, M. P. (2014). *Health literacy, alcohol expectancies, and alcohol use behaviors in teens*. Patient education and counseling, 97 (2), S. 291-296.
- Chisolm, D. J./Sarkar, M./Kelleher, K. J./Sanders, L. M. (2015). *Predictors of health literacy and numeracy concordance among adolescents with special health care needs and their parents*. Journal of health communication, 20 (sup2), S. 43-49.
- Cummings, C./Todd, L./Dyson, A. (2011). *Beyond the school gates: Can full service and extended schools overcome disadvantage?* London: Routledge.
- DeWalt, D. A./Hink, A. (2009). *Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature*. Pediatrics, 124 (sup3), S. 265-274.
- Diamond, C./Saintonge, S./August, P./Azrack, A. (2011). *The development of building wellness™, a youth health literacy program*. Journal of health communication, 16 (sup3), S. 103-118.
- Duong, V. T./Lin, I. F./Sorensen, K./Pelikan, J. M. et al. (2015). *Health literacy in Taiwan: a population-based study*. Asia Pacific Journal of Public Health, 27 (8), S. 871-880.
- Egan, M./Kearns, A./Katikireddi, S. V./Curl, A. et al. (2016). *Proportionate universalism in practice? A quasi-experimental study (GoWell) of a UK neighbourhood renewal programme's impact on health inequalities*. Social Science & Medicine, (152), S. 41-49.
- Eichler, K./Wieser, S./Brügger, U. (2009). *The costs of limited health literacy: a systematic review*. Int J Public Health, (54), S. 313-324.
- Ellert, U./Neuhauser, H./Roth-Isigkeit, A. (2007). *Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, (50), S. 711-717.
- Fairbrother, H./Curtis, P./Goyder, E. (2016). *Making health information meaningful: Children's health literacy practices*. SSM Popul Health, (2), S. 476-484.
- Finnish national board of education (2014). *National core curriculum for basic education 2014*. Helsinki: Next Print.
- Fleary, S. A./Joseph, P./Pappagianopoulos, J. E. (2018). *Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review*. Journal of adolescence, (62), S. 116-127.
- Freedman, D. A./Bess, K. D./Tucker, H. A./Boyd, D. L. et al. (2009). *Public health literacy defined*. American journal of preventive medicine, 36 (5), S. 446-451.
- Gapski, H./Tekster, T. (2012). *Schriftenreihe Medienkompetenz des Landes Nordrhein-Westfalen: Bd. 14. Informationskompetenz im Kindes- und Jugendalter: Beiträge aus Forschung und Praxis*. Düsseldorf: KoPäd.
- Ghaddar, S. F./Valerio, M. A./Garcia, C. M./Hansen, L. (2012). *Adolescent health literacy: the importance of credible sources for online health information*. J Sch Health, 82 (1), S. 28-36.
- Gray, N. J./Klein, J. D./Noyce, P. R./Sesselberg, T. S. et al. (2005). *Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet*. Soc. Sci. Med, 60 (7), S. 1467-1478.
- Guo, S./Armstrong, R./Waters, E./Sathish, T. et al. (2018). *Quality of health literacy instruments used in children and adolescents: a systematic review*. BMJ open, 8 (6), e020080.
- Gwatkin, D. R./Ergo, A. (2011). *Universal health coverage: friend or foe of health equity?* The Lancet, 377 (9784), S. 2160-2161.

- Hagell, A./Rigby, E./Perrow, F. (2015). *Promoting health literacy in secondary schools: A review*. British Journal of School Nursing, 10 (2).
- Heijmans, M./Uiters, E./Rose, T./Hofstede, J. et al. (2015). *Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union*. Brussels: European Commission.
- Heilmann, K./Bräsen, J./Herke, M./Richter, M. et al. (2017). *Soziale Determinanten der subjektiven Gesundheit, Lebenszufriedenheit und krankheitsbedingten Schulfehltage von Heranwachsenden in Deutschland: Erste Ergebnisse des Nationalen Bildungspanels (NEPS)*. Das Gesundheitswesen.
- Hill, J. J.; Keating, J. L. (2015). *Daily exercises and education for preventing low back pain in children: cluster randomized controlled trial*. Phys Ther, (95), S. 507–516.
- Hoekman, D. R./Rutten, J. M./Vlieger, A. M./Benninga, M. A. et al. (2015). *Annual costs of care for pediatric irritable bowel syndrome, functional abdominal pain, and functional abdominal pain syndrome*. The Journal of pediatrics, 167 (5), S. 1103–1108.
- Hölling, H./Erhart, M./Ravens-Sieberer, U. et al. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, (50), S. 784–793.
- Hölling, H./Schlack, R. (2009). *Die Verbreitung von Essstörungen bei Jugendlichen in Deutschland*. Kinderernährung Aktuell: Neuer Umschau Buchverlag, S. 152–158.
- Hřivnová, M. (2016). *Health Literacy in Pupils in the Context of Research of Resulting Curriculum of Health Education*. The Anthropologist, 24 (1), S. 277–283.
- Hurrelmann, K./Bauer, U. (2015). *Einführung in die Sozialisationstheorie. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung*. 11., vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim, Basel: Beltz.
- Ihle, W./Esser, G. (2007). *Darstellung der aktuellen gesundheitlichen Belastung bei Kindern und Jugendlichen in ausgesuchten Themenbereichen. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter: Gesundheitliche Lage, gesundheitliche Versorgung und Empfehlungen*. In: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (Hrsg.): Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland, Berlin, S. 11–14.
- Inchley, J./Currie, D./Young, T./Samdal, O. et al. (Hrsg.) (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey*. WHO.
- Joint Committee on National Health Education Standards (1995). *National Health Education Standards: Achieving Health Literacy*. Atlanta, GA: American Cancer Society.
- Kamtsiuris, P./Atzpodien, K./Ellert, U./Schlack, R. et al. (2007). *Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (5–6), S. 686–700.
- Kickbusch, I./Pelikan, J. M./Apfel, F./Tsouros, A. D. (Hrsg.) (2013). *Health literacy: The solid facts. Regional Office for Europe of the World Health Organization*. Kopenhagen: WHO.
- Kilgour, L./Matthews, N./Christian, P./Shire, J. (2015). *Health literacy in schools: prioritising health and well-being issues through the curriculum*. Sport, Education and Society, 20 (4), S. 485–500.
- Kim, S. U./Syn, S. Y. (2014). *Research trends in teens' health information behaviour: a review of the literature*. Health Info Libr J, 31 (1), S. 4–19.
- King, S./Chambers, C. T./Huguet, A./MacNevin, R. C. et al. (2011). *The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review*. Pain, 152 (12), S. 2729–2738.
- Kirsch, I./Jungeblut, A./Jenkins, L./Koistad, A. (2002). *Adult Literacy in America: A First Look at the Results of the National Adult Literacy Survey*. Third Edition. Washington DC.

- Kuntz, B./Waldhauer, J./Zeiger, J./Finger, J. D./Lampert, T. (2018). *Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2*. Journal of Health Monitoring, 3 (2).
- Kutcher, S./Wei, Y./Gilberds, H./Ubuguyu, O. et al. (2016). *A school mental health literacy curriculum resource training approach: effects on Tanzanian teachers' mental health knowledge, stigma and help-seeking efficacy*. International journal of mental health systems, 10 (1), S. 50.
- Lam, L./Yang, L. (2014). *Is low health literacy associated with overweight and obesity in adolescents: an epidemiology study in a 12–16 years old population, Nanning, China, 2012*. Archives of Public Health, 72 (11).
- Lampert, T. (2010). *Gesundheitliche Ungleichheit: Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status für die Gesundheit von Jugendlichen zu?* In: Hackauf, H./Ohlbrecht, H. (Hrsg.): *Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick*. Weinheim: Juventa, S. 44–65.
- Lampert, T./Kuntz, B./KiGGS Study Group (2014). *Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57 (7), S. 830–839.
- Lange, M./Kamtsiuris, P./Lange, C./Schaffrath Rosario, A. et al. (2007). *Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (5–6), S. 578–589.
- Levin-Zamir, D./Baron-Epel, O. B./Cohen, V./Elhayany, A. (2016). *The association of health literacy with health behavior, socioeconomic indicators, and self-assessed health from a national adult survey in Israel*. Journal of health communication, 21(sup2), S. 61–68.
- Levin-Zamir, D./Lemish, D./Gofin, R. (2011). *Media Health Literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents*. Health education research, 26 (2), S. 323–335.
- LZG NRW – Landeszentrum für Gesundheit NRW (2017). *Prävention und Gesundheitsförderung*. https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/index.html (14.08.2018).
- Manganello, J. (2008). *Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research*. Health Ed Res, 23 (5), S. 840–847.
- Mantwill, S./Monestel-Umaña, S./Schulz, P. J. (2015). *The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review*. PloS one, 10(12), e0145455.
- Manz, K./Schlack, R./Poethko-Müller, C. et al. (2014). *Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57 (7), S. 840–848.
- Marmot, M./Allen, J./Bell, R./Bloomer, E. et al. (2012). *WHO European review of social determinants of health and the health divide*. The Lancet, 380 (9846), S. 1011–1029.
- Marmot, M. G./Allen, J./Goldblatt, P./Boyce, T. et al. (2010). *Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Gov UK, Department for International Development.
- Marmot, M./Friel, S./Bell, R./Houweling, T. A. J. et al. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. The Lancet, (372), S. 1661–1669.
- McDaid, D. (2016). *Investing in health literacy. Policy briefs and summaries*. World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Messer, M./Vogt, D./Quenzel, G./Hurrelmann, K. et al. (2015). *Wie bewerten Bürger in Deutschland ihre eigene Health Literacy?* Das Gesundheitswesen, 16 (4), S. 284–285.
- Moor, I./Richter, M./Ravens-Sieberer, U./Ottova-Jordan, V. et al. (2015). *Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study.* The European Journal of Public Health, 25, S. 57–60.
- Nash, R./Elmer, S./Thomas, K./Osborne, R. et al. (2018). *HealthLit4Kids study protocol; crossing boundaries for positive health literacy outcomes.* BMC public health, 18 (1), S. 690.
- Nielsen-Bohman, L./Panzer, A. M./Kindig, D. A. (Hrsg.) (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion.* Washington, D. C.: The National Academies Press.
- Nsangi, A./Semakula, D./Oxman, A. D./Austvoll-Dahlgren, A. et al. (2017). *Effects of the Informed Health Choices primary school intervention on the ability of children in Uganda to assess the reliability of claims about treatment effects: a cluster-randomised controlled trial.* The Lancet, 390 (10092), S. 374–388.
- Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of Health Literacy.* Social Science and Medicine, 67 (12), S. 2072–2078.
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century.* Health Promot Int, 15 (3), S. 259–267.
- Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary.* Health Promot Int, (13), S. 349–364.
- Oberklaid, F./Baird, G./Blair, M./Melhuish, E. et al. (2013). *Children's health and development: approaches to early identification and intervention.* Archives of disease in childhood, 98 (12), S. 1008–1011.
- Okan, O./Bollweg, T. M. (2018). *Development process of a health literacy measurement instrument for fourth grade schoolchildren: a mixed-method study.* In: Krampen, G./Mayer, A. (Hrsg.): Health Literacy across the Life Span. Pabst Science Publishers.
- Okan, O./Bröder, J./Bauer, U./Pinheiro, P. (2016). *Theorien, Konzepte und Modelle von Health Literacy in Kindheit und Jugend.* In: Schaeffer D./Pelikan J. (Hrsg.): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Hofgrefe: Bern, S. 33–52.
- Okan, O./Bröder, J./Bauer, U./Pinheiro, P. (2018a). *Gesundheitsförderung und Health Literacy. Ein Blick auf das Kindes- und Jugendalter.* In: Lange, A./Steiner, C./Schutter, S./Reiter, H. (Hrsg.): Handbuch Kindheits- und Jugendsoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Okan, O./Lopes, E./Bollweg, T. M./Bröder, J. et al. (2018b). *Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: a systematic review of the literature.* BMC Public Health, 18 (1), S. 166.
- Okan, O./Pinheiro, P./Zamora, P./Bauer U (2015). *Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen – Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand.* Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, (1–12).
- Ormslow, M. J./Paakkari, L. T./Kannas, L. K. (2013). *Measuring child and adolescent health literacy: a systematic review of literature.* Health Education, 113 (5), S. 433–455.
- Paakkari, L. (2015). *Three Approaches to School Health Education as a Means to Higher Levels of Health Literacy.* In: Simovska, V./McNamara, P. M. (Hrsg.): Schools for Health and Sustainability – Theory, Research and Practice. Dordrecht: Springer Science+Business Media, S. 275–290.
- Paakkari, L./Välilä, R. (2013). *Ethical issues in the teaching and learning of health topics in schools: The conceptions of teacher trainees.* Teaching and Teacher Education, (34), S. 66–76.

- Paakkari, O./Torppa, M./Villberg, J./Kannas, L. et al. (2018). *Subjective health literacy among school-aged children*. Health Education, 118 (2), S. 182–195.
- Parisod, H./Axelin, A./Smed, J./Salanterä, S. (2016). *Determinants of tobacco-related health literacy: A qualitative study with early adolescents*. Int J Nurs Stud, (62), S. 71–80.
- Parker, R./Ratzan, S. C. (2010). *Health literacy: a second decade of distinction for Americans*. Journal of health communication, 15 (S2), S. 20–33.
- Perrin, J. M./Bloom, S. R./Gortmaker, S. L. (2007). *The increase of childhood chronic conditions in the United States*. Jama, 297 (24), S. 2755–2759.
- Perry, E. L. (2014). *Health literacy in adolescents: an integrative review*. Journal for specialists in pediatric nursing, 19 (3), S. 210–218.
- Peterson, F. L./Cooper, R. J./Laird, J. A. (2001). *Enhancing Teacher Health Literacy in School Health Promotion: A Vision for the New Millennium*. Journal of school health, 71 (4), S. 138–144.
- Pleasant, A. (2013). *Health Literacy Around the World: Part 2. Health Literacy Efforts Within the United States and a Global Overview 1*. Washington: Roundtable on Health Literacy. Board on Population Health and Public Health Practice. Institute of Medicine.
- Poethko-Müller, C./Kuntz, B./Lampert, T./Neuhauser, H. (2018). *Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGs Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring, 3 (1).
- Protheroe, J./Whittle, R./Bartlam, B./Estacio, E. V. et al. (2017). *Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey*. Health Expectations, 20 (1), S. 112–119.
- Quenzel, G./Schaeffer, D./Messer, M./Vogt, D. (2015). *Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58 (9), S. 951–957.
- Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettke, S./Erhart, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, (5–6), S. 871–878.
- Reinhardt, D./Petermann, F. (2010). *Neue Morbiditäten in der Pädiatrie*. Monatsschrift Kinderheilkunde, 158 (14), S. 14.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: RKI.
- Röthlin, F./Pelikan, J. M./Ganahl, K. (2013). *Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich*. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).
- Rowlands, G./Russell, S./O'Donnell, A./Kaner, E. et al. (2018). *What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European Region?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network (HEN) synthesis report 57.
- Rudd, R. E. (2007). *Health literacy skills of U.S. adults*. Am J Health Behav, 31 (sup1), S. 8–18.
- Sanders, L. M./Federico, S./Klass, P./Abrams, M. A. et al. (2009). *Literacy and child health: a systematic review*. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 163 (2), S. 131–140.
- Sansom-Daly, U. M./Lin, M./Robertson, E. G./Wakefield, C. E. et al. (2016). *Health literacy in adolescents and young adults: an updated review*. J Adolesc Young Adult Oncol, 5 (2), S. 106–118.
- Schaeffer, D./Berens, E. M./Vogt, D. (2017). *Health literacy in the German population: results of a representative survey*. Deutsches Ärzteblatt International, 114 (4), S. 53.

- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart.
- Schienkiewitz, A./Brettschneider, A.-K./Damerow, S./Schaffrath Rosario, A. (2018). *Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. *Journal of Health Monitoring*, 3 (1).
- Schillinger, D. (2011). *Will Improving Health Literacy Reduce Health Disparities for Vulnerable Populations?* In: Institute of Medicine (Hrsg.): *Innovations in Health Literacy Research: Workshop Summary*. Roundtable on Health Literacy. Washington, D. C.: The National Academies Press.
- Schlack, H. G. (2004). *Die neuen Kinderkrankheiten. Einflüsse der Lebenswelten auf Gesundheit und Entwicklung*. *Frühe Kindheit*, (6), S. 18–21.
- Schlack, R./Kurth, B. M./Hölling, H. (2008). *Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS)*. *Umweltmed Forsch Prax*, 13 (4), S. 245–260.
- Schmidt, C. O./Fahland, R. A./Franze, M./Splieth, C. et al. (2010). *Health-related behaviour, knowledge, attitudes, communication and social status in school children in Eastern Germany*. *Health education research*, 25 (4), S. 542–551.
- Sharif, I./Blank, A. E. (2010). *Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children*. *Patient Education and Counseling*, 79 (1), S. 43–48.
- Shih, S. F./Liu, C. H./Liao, L. L./Osborne, R. H. (2016). *Health literacy and the determinants of obesity: a population-based survey of sixth grade school children in Taiwan*. *BMC public health*, 16 (1), S. 1.
- Sørensen, K./Broucke, S. van den/Fullam, J./Doyle, G. et al. (2012). *Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and model*. *BMC Public Health*, (12), S. 80.
- Sørensen, K./Pelikan, J. M./Röthlin, F./Ganahl, K. et al. (2015). *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*. *Eur J Public Health*, 25 (6), S. 1053–1058.
- St Leger, L. (2001). *Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges*. *Health promotion international*, 16 (2), S. 197–205.
- Stadt Bielefeld. (2016). *Gesundheitsziele für Bielefeld 2017–2022*.
<https://www.bielefeld.de/ftp/dokumente/Gesundheitsziele102017.pdf> (14.08.2018).
- Thomacos, N./Zazryn, T. (2013). *Enliven Organisational Health Literacy Self-assessment Resource*. Melbourne: Enliven & School of Primary Health Care, Monash University.
- Trout, A. L./Hoffman, S./Epstein, M. H./Nelson, T. D. et al. (2014). *Health literacy in high-risk youth: A descriptive study of children in residential care*. *Child & Youth Services*, 35 (1), S. 35–45.
- Wallmann, B./Gierschner, S./Froböse, I. (2012). *Gesundheitskompetenz: Was wissen unsere Schüler über Gesundheit? Prävention und Gesundheitsförderung*, 7 (1), S. 5–10.
- Watt, R. G./Sheiham, A. (2012). *Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework*. *Community dentistry and oral epidemiology*, 40 (4), S. 289–296.
- WHO – World Health Organization (2017). *Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. *Health Promot Int*, 32 (1), S. 7–8.
- WHO – World Health Organization (1986). *Ottawa Charta for Health Promotion*. *Health Promotion*, Vol. 1, Genf.

- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London, New York: Routledge.
- Wu, A. D./Begoray, D. L./MacDonald, M./Higgins, J. W. et al. (2010). *Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students*. Health Promotion International, 25 (4), S. 444–452.
- Zeiger, J./Lange, C./Lampert, T./Starker, A./Kuntz, B. (2018). *Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring, 3 (2).
- Zernikow, B./Hermann, C. (2015). *Chronische primäre Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen*. Der Schmerz, 29 (5), S. 516–521.

3

Vom Präventionsdilemma zur Zielgruppendifferenzierung – Ansätze der Gesundheitsförderung zur bedarfsgerechten Zielgruppenansprache

HOLGER KILIAN; STEFAN BRÄUNLING; SVENJA ROSTOSKY;
ANNETT SCHMOK; TANJA-MARIA KESSEL¹

Dieser Beitrag widmet sich Herausforderungen in Bezug auf die Ansprache- und Beteiligungsstrategien, die sich bei der Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit ergeben. Wie können bestimmte sozial benachteiligte Personengruppen erreicht werden, ohne sie „in eine Schublade zu stecken“ und damit ungewollt zu diskriminieren? Diese Frage wird anhand unterschiedlicher Herangehensweisen in der Praxis diskutiert.

Gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern schließt ein, sich mit Angeboten und Maßnahmen verstärkt an Gruppen zu richten, von denen wir annehmen oder wissen, dass die bestehende Ungleichheit zu ihren Lasten geht. Welches sind aber die Bedarfe dieser Gruppen? Wer kann bestimmen, welche Gruppen (Zielgruppen, vulnerable Gruppen) bevorzugt angesprochen werden sollten? Wollen die Angehörigen dieser Gruppen das überhaupt?

Der folgende Beitrag zeigt auf, dass die Auswirkungen der sozialen Lage auf die Gesundheitschancen verschiedener Bevölkerungsgruppen unterschiedlich sein können, und er diskutiert die Umgangsweisen damit in der Gesundheitsförderung. In der Betrachtung zweier exemplarischer Vorgehensweisen stellt sich heraus, dass Zielgruppenorientierung auf der einen Seite ein unerlässliches Kriterium für erfolgversprechende Gesundheitsförderung ist, auf der anderen Seite aber immer auch sensibel an die Situation und die Adressatinnen und Adressaten angepasst sein muss.

¹ Die Autorinnen und Autoren danken Dr. Ursula von Rüden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) für wertvolle fachliche Hinweise zu diesem Beitrag.

3.1 Einflussfaktoren auf Gesundheit: Was kann Gesundheitsförderung tun?

Die Chancen auf ein Leben in guter Gesundheit werden durch zahlreiche Einflussfaktoren (Determinanten) geprägt. Vergegenwärtigen wir uns nur einmal, welchen Unterschied auf das Stressempfinden es macht, ob man in der „Mietskaserne“ an einer lauten, von Abgasen belasteten Straße im Vorderhaus wohnt oder in einem Einfamilienhaus in ruhiger Lage mit schönem Garten. Ähnliche Vergleiche lassen sich ziehen im Hinblick auf Situationen im Arbeitsleben, einen hohen oder niedrigen Bildungs- und Ausbildungsstand, unterschiedlichen Zugang zu gesunden Lebensmitteln und sauberem Wasser und vieles mehr.

„Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien haben häufiger kein eigenes Zimmer, fahren seltener in den Urlaub, sind zu einem geringeren Anteil in einem Sportverein aktiv, erhalten weniger Taschengeld und können sich viele Dinge nicht leisten, die für Gleichaltrige selbstverständlich sind. Außerdem sind sie häufiger psychosozialen Belastungen ausgesetzt, zum Beispiel durch Konflikte in der Familie und der Nachbarschaft oder auch durch schulischen Stress.“ (Lampert, 2018, S. 4)

Dahlgren und Whitehead (1993) haben die „Determinanten der Gesundheit“ systematisiert zusammengefasst (vgl. Abb. 3.1).

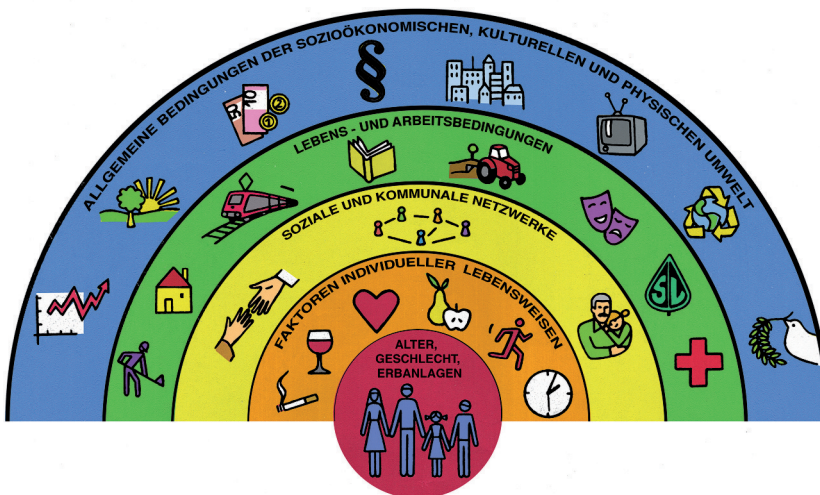


Abb. 3.1: Determinanten der Gesundheit (vgl. Dahlgren/Whitehead, 1993, S. 11)

Die Einflussfaktoren auf die Gesundheit sind dabei von innen nach außen in fünf Schichten angeordnet:

- Alter, Geschlecht und Erbanlagen (Faktoren, die durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -politik nicht beeinflussbar sind)
- Faktoren individueller Lebensweise: gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Lebensstil
- Soziale und kommunale Netzwerke (Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft etc.): soziale Integration
- Lebens- und Arbeitsbedingungen (Bildung, Wohnen, Gesundheitsversorgung etc.)
- allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt wie gesellschaftlicher Wohlstand, Krieg und Frieden, Umwelt(-verschmutzung) etc.

In dem Modell wird aufgezeigt, dass Gesundheit durch zahlreiche Faktoren beeinflusst wird, die zudem noch in komplexen Wechselwirkungen zueinander stehen. Die Einflussfaktoren wirken direkt auf die Gesundheit des Individuums ein. Zudem kann ein Faktor den anderen aber auch verstärken oder in seiner Wirkung abschwächen. Das Modell lässt sich aber auch noch weiter interpretieren: Die im engeren Sinne gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen wie Ernährung und Bewegung erklären nur begrenzt, warum Menschen gesünder oder kränker sind. Auch Faktoren, die außerhalb der Reichweite des Gesundheitswesens – sowohl der medizinischen Versorgung als auch der Gesundheitsförderung und Prävention – liegen, haben einen wesentlichen Einfluss, wie etwa das verfügbare Einkommen, die Wohnbedingungen und das Wohnumfeld. Nicht zuletzt beeinflussen sie ganz wesentlich das Gesundheitsverhalten und den gesundheitsbezogenen Lebensstil.

Wie diese Faktoren jeweils ausgeprägt sind und ob sie in ihrer Gesamtheit eher gesundheitsbelastend oder -fördernd wirken, hängt entscheidend von der sozialen Lage der betroffenen Menschen ab. Selbst „Allgemeine Bedingungen der Umwelt“ (vgl. äußerste Schicht in Abb. 3.1) wirken sich keineswegs gleichförmig auf alle Menschen in einer Stadt, einer Region oder einem Land aus (vgl. Mielck, 2000). Angehörige sozial benachteiligter Gruppen, die über weniger Wissen, Geld, Macht und Prestige verfügen,

- sind höheren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt als privilegiere Personen.
- verfügen über geringere Bewältigungsmöglichkeiten als privilegiere Personen.
- haben einen schlechteren Zugang zu Angeboten gesundheitlicher Versorgung als privilegiere Personen.
- pflegen i. d. R. ungesündere bzw. riskantere Lebensstile als privilegiere Personen.

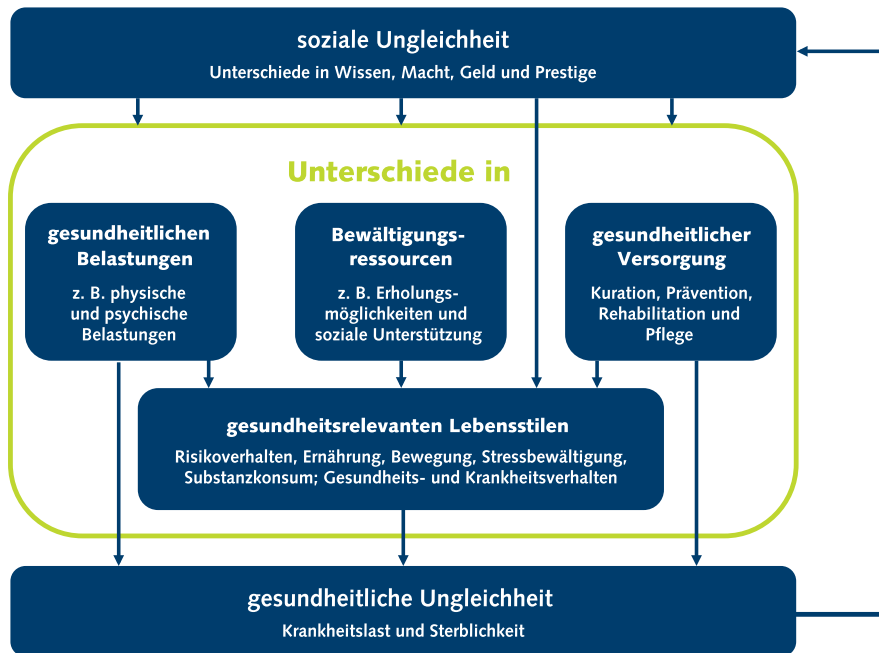


Abb. 3.2: Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (vgl. Mielck, 2000)

In dem Erklärungsmodell von Mielck (vgl. Abb. 3.2) ist eine zentrale Herausforderung für alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention als Teil des Präventionsdilemmas angesprochen: Gerade Adressatinnen und Adressaten mit höherem Unterstützungsbedarf nehmen Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention weniger in Anspruch als sozial- und bildungsbezogen Bessergestellte mit

eher niedrigerem Unterstützungsbedarf. (Genau betrachtet, ist dies kein Dilemma, sondern ein einfaches Paradoxon. Der Begriff Präventionsdilemma hierfür hat sich aber in der Fachöffentlichkeit etabliert.)

Die Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention sind sich dieser Herausforderung i. d. R., zumindest von der Theorie her, bewusst. Dem Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzuwirken, ist auch der Auftrag in Abs. 1 § 20 SGB V, der die Finanzierung von Primärprävention und Gesundheitsförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen regelt: „Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.“

Um für diese spezifischen sozialen Gruppen den bestmöglichen gesundheitlichen Nutzen zu generieren, sollte jede Maßnahme der Gesundheitsförderung und Prävention soziallagensensibel konzipiert werden. Das Präventionsdilemma führt uns Folgendes vor Augen: Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die nicht gezielt beeinflussen, *welche* sozialen Gruppen einen gesundheitlichen Nutzen aus den Angeboten ziehen, laufen Gefahr, die gesundheitliche Ungleichheit zu erhöhen.

Es stellt sich deshalb die Frage, was Maßnahmen der Gesundheitsförderung überhaupt bewirken können und was nicht. Gesundheitsförderungsmaßnahmen können nicht an der Quelle ansetzen. Sie sind *nicht* zuständig für die direkte Bekämpfung von Armut und sozialer Ungleichheit, sie können Menschen *nicht* auf direktem Wege zu einer besseren Ausbildung oder zu einem adäquaten Arbeitsplatz verhelfen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung können aber kompensatorisch wirken: Sie können einen Beitrag leisten, indem sie die Folgen von Armut und sozialer Benachteiligung abmildern. Sie beziehen sich auf die Schichten des Determinanten-Modells (vgl. Abb. 3.1), die im unmittelbaren Alltag von den Menschen erfahren werden, also die konkreten Wohn-, Arbeits- und Lebensbedingungen und die dadurch beeinflussten individuellen Lebensweisen.

Ziel der Gesundheitsförderung als präventiver Strategie ist es, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (vgl. WHO, 1986). Um die Gesundheitschancen von Personen(-gruppen) in schwieriger sozialer Lage zu stärken, ist Gesundheitsförderung grundsätzlich zweigleisig darauf ausgerichtet, gesundheitliche Belastungen zu verringern sowie individuelle und gemeinschaftliche Bewältigungsressourcen zu stärken.

3.2 Settingansatz, Partizipation und Empowerment

Eine zentrale Herangehensweise der Gesundheitsförderung ist es, Lebenswelten gesundheitsgerechter zu gestalten und die Entfaltung der jeweiligen individuellen und persönlichen Potenziale zu unterstützen. Der Setting- oder Lebenswelten-Ansatz ist ein Basiskonzept der Gesundheitsförderung, das sich an dem Leitbild der Ottawa-Charta orientiert. Der Ansatz verbindet die beiden oben dargestellten Handlungsansätze der Ressourcenstärkung und Belastungsminderung, indem sowohl das individuelle Handeln als auch die Gestaltung der Verhältnisse, in die dieses Handeln eingebunden ist, Bestandteile der Interventionen sind. Auf der Verhaltensebene geht es darum, (gesundheitsbezogene) Kompetenzen und Ressourcen zu stärken. Auf der Verhältnisebene werden Strukturen und Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Lebensbedingungen möglichst gesundheitsgerecht gestaltet sind bzw. gemeinschaftlich gestaltet werden können. Damit die Aktivitäten optimal auf die Bedarfslagen abgestimmt werden können, sollten sie immer durch Beteiligungsprozesse mit den Adressatinnen und Adressaten begleitet und kontinuierlich koordiniert werden. Die folgende Abb. 3.3 fasst dieses Konzept zusammen:

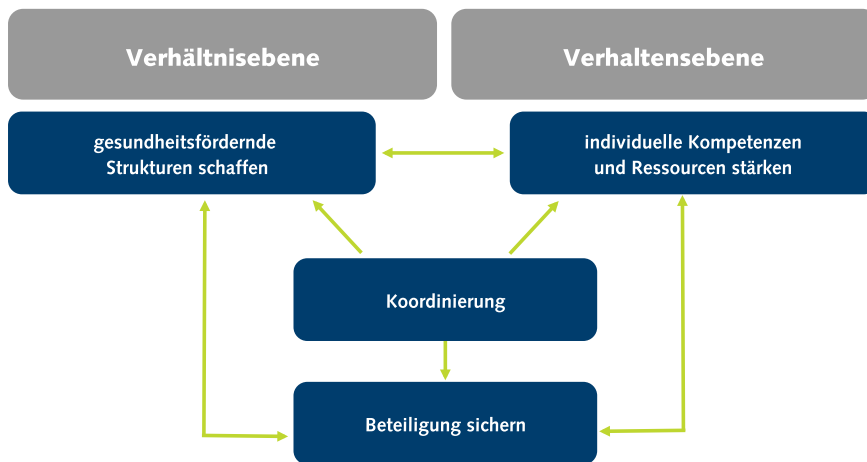


Abb. 3.3: Der Settingansatz (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2017, S. 15)

Für das Verständnis von Settingansätzen ist es wichtig, dass diese zumeist komplexer Interventionen bedürfen, in denen sich die oben beschriebenen Faktoren und weitere Einflussgrößen (z. B. Erfahrungen der Akteure mit vorangegangenen Veränderungsprozessen) gegenseitig beeinflussen. Ein zentrales Element des Settingansatzes sind die Beteiligungs- oder Teilhabemöglichkeiten derjenigen, deren Gesundheit durch die Gestaltung der Lebenswelten positiv beeinflusst werden soll. Da gerade diese sozial benachteiligten Menschen oft wenig Erfahrungen damit haben, ihre Perspektiven zu formulieren und sich aktiv in partizipative Prozesse einzubringen, spielt die Stärkung und Entwicklung der individuellen Kompetenzen im Sinne von Empowerment eine zentrale Rolle. Hierzu sollten systematisch niedrigschwellige Möglichkeiten angeboten werden, um Kompetenzentwicklung zu stärken und Beteiligungsprozesse zu erproben.

Der Settingansatz hat immer eine sozialräumliche Dimension, indem er zum einen eine räumlich klar umgrenzte Lebenswelt umfasst (z. B. Schule, Kita, Betrieb oder Wohnquartier) und zum anderen neben der Gestaltung, beispielsweise der baulichen Bedingungen, auch die sozialen Prozesse in dieser Lebenswelt in den Blick nimmt.

Durch die Auswahl bestimmter Settings, beispielsweise von Schulen oder Kitas in sozial besonders belasteten Stadtquartieren, kann sich eine gewisse Selektivität des Ansatzes ausdrücken. Tendenziell werden im Rahmen des Settingansatzes jedoch alle Menschen in der jeweiligen Lebenswelt erreicht und dabei keine besonders benachteiligten Personengruppen herausgestellt, womit er dem Anspruch nach diskriminierungsfrei wirkt.

3.3 Universelle Prävention vs. Zielgruppenorientierung

In Bezug auf die angesprochenen Personengruppen lassen sich in der Gesundheitsförderung und Prävention² drei zentrale Perspektiven unterscheiden: *Universelle* Prävention richtet sich unterschiedslos an die gesamte Bevölkerung, unabhängig von deren gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen. *Selektive* Prävention unterscheidet die angesprochenen Zielgruppen nach ihren unterschiedlichen Bedarfslagen und Gesundheitsrisiken. *Indizierte* Prävention benennt Personen(-gruppen), die nachweislich hohen Gesundheitsbelastungen oft gepaart mit geringen Bewälti-

2 Auf die ebenfalls gängige Unterscheidung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention wird in diesem Beitrag nicht näher eingegangen. Bei sekundär- und tertiärpräventiven Ansätzen ist eine Selektivität bzw. Indikation durch die konkrete Erkrankung/Erkrankungsgefahr per se gegeben.

gungsressourcen ausgesetzt sind und für deren Gesunderhaltung möglichst bedarfsgerechte Maßnahmen ergriffen werden sollten (vgl. Franzkowiak, 2018).

Nach welchen Kriterien unterscheidet nun universelle, selektive und indizierte Prävention ihre jeweiligen Zielgruppen? Ein Maßstab ist die jeweilige Vulnerabilität, also die Verletzlichkeit der Gesundheit dieser Personen(-gruppen) durch äußere Einflussfaktoren und durch fehlende eigene Ressourcen zur Bewältigung dieser Belastungen. Grundsätzlich sind alle Menschen vulnerabel. Für Personen mit beispielsweise geringer Bildung, einer besonders belastenden Familiensituation (z. B. Alleinerziehende) oder auch für Menschen mit einer kognitiven oder körperlichen Einschränkung trifft dies allerdings in besonderem Maße zu.

Im Unterschied zur universellen Prävention tragen selektive und indizierte Ansätze immer das Potenzial in sich, ungewollt ihre jeweiligen Zielgruppen als besonders ressourcenschwach und bedürftig darzustellen. Zusätzlich zu deren alltäglicher Belastung werden diese Gruppen durch die Zuschreibung als „sozial benachteiligt“ kategorisiert und über Defizite definiert. Medien, aber auch Fachverbände oder Maßnahmenträger greifen dies oft – meistens in bester Absicht – vereinfacht auf, indem z. B. von sozial Schwachen oder Hartz-IV-Familien die Rede ist. Dies reduziert die gemeinten Personengruppen vollständig auf ihre jeweilige belastende Lebenslage und die zugeschriebenen Defizite und verkennt dabei gleichzeitig vorhandene Ressourcen und Potenziale, die diese Personengruppen ebenso kennzeichnen und an die die Gesundheitsförderung anknüpfen kann.

Schon der Begriff *Zielgruppe* ist problematisch. Zwar ist der Zielgruppenbezug eines der zwölf Kriterien guter Praxis (Good Practice) der Gesundheitsförderung im Rahmen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, das Kriterium wird allerdings auch kritisch hinterfragt (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2017, S. 11): Indem das Bild des Ziels genutzt wird, macht der Begriff die als Zielgruppe bezeichnete Personengruppe mit ihren jeweiligen spezifischen Eigenschaften zur Zielscheibe bzw. zum (passiven) Objekt der gesundheitsfördernden Aktivitäten. Dies steht im Widerspruch zum Selbstverständnis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung. Denn Beteiligungs- und Befähigungsprozesse (Partizipation und Empowerment) sowie niedrigschwellig konzipierte Maßnahmen sollen die angesprochenen Menschen und Gruppen ja gerade in die Lage versetzen, selbstbestimmt und aktiv Einfluss auf ihre Lebenslage und die Aktivitäten in ihren Lebenswelten zu nehmen. Alternative Bezeichnungen wie

Adressat/-innen, Betroffene oder Dialoggruppen haben allerdings auch ihre begrifflichen Schwierigkeiten, sodass es im erläuternden Text zum Good-Practice-Kriterium „Zielgruppenbezug“ heißt: „Da offenbar noch kein besserer Begriff als ‚Zielgruppe‘ gefunden wurde, wird er in diesem und den anderen Steckbriefen verwendet.“ (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2017, S. 11).

Aus der Perspektive professioneller Gesundheitsförderung ist eine Diskriminierung (hier im fachsprachlichen Sinn von Unterscheidung!) der Zielgruppen allerdings sinnvoll, um Problemlagen, Ressourcen und Zugangsstrategien benennen und die Angebote z. B. möglichst niedrigschwellig gestalten zu können. Ebenfalls stellt nur die Benennung der relevanten Anspruchsgruppen sicher, dass im Rahmen von Beteiligungsprozessen keine Gruppe vergessen wird. Um die Angebote gegenüber Zuwendungsgebern oder im Rahmen von Förderprogrammen positionieren zu können, wird ebenfalls oft eine defizit- und problemorientierte Beschreibung der zu erreichenden Personengruppen gefordert. Nicht zuletzt sollte auch bei knappen Mitteln sichergestellt sein, dass diejenigen mit dem höheren Bedarf auch einen stärkeren Nutzen haben, dass der Ungleichheit der Gesundheitschancen also entgegengewirkt wird.

Die soziallagenorientierte Gesundheitsförderung steht nun tatsächlich vor einem Dilemma: Einerseits ist es im Sinne einer möglichst effektiven (wirkungsorientierten) und effizienten (kostenwirksamen) Arbeit sinnvoll, die zu erreichenden Gruppen ausdrücklich zu adressieren. Von den entsprechenden Zielgruppen wird diese Ansprache allerdings andererseits oft als diskriminierend wahrgenommen, was zur Ablehnung der Unterstützungsangebote führen kann. Häufig stellen die Formulierungen vor allem Defizite und Probleme der jeweiligen „Ziel“-Gruppen heraus. Auch wenn diese Formulierungen oft nur in einem technischen Sinne differenzierend verwendet werden, können sie ungewollt dazu beitragen, Vorurteile weiter zu verfestigen.

Franzkowiak (2018) weist deutlich auf Gründe und die unerwünschten Auswirkungen einer nicht sensiblen Herangehensweise an die Zielgruppen hin:

„Durch Vernachlässigung der Alltags- und Handlungslogiken der Lebenslagen und Lebensweisen sozial randständiger Gruppen wird deren grundlegende Distanz zu Bildungsangeboten und Vorsorge-Verhaltensimperativen bekräftigt, damit gesundheitliche Ungleichheit strukturell (re)produziert [und] soziale (und nicht zuletzt auch: kulturelle) Polarisierung vertieft.“

3.4 Fallbeispiele

Die folgenden beiden Beispiele illustrieren Versuche, mit dem Dilemma der Zielgruppenbenennung praktisch umzugehen. Das landesweite Netzwerk „Gesunde Kinder im Land Brandenburg“ bietet als ein Beispiel für universelle Prävention die Begleitung durch Familienpaten und -patinnen unterschiedslos allen jungen Familien im Land an. Das Projekt „Gesundheit leben“ im Berliner Stadtbezirk Marzahn-Hellersdorf richtete sich dagegen als ein Ansatz der selektiven Prävention ausdrücklich an Menschen, die bereits seit längerer Zeit erwerbslos sind.

3.4.1 Das Netzwerk „Gesunde Kinder im Land Brandenburg“

Die Lebensbedingungen von Kindern haben sich innerhalb der letzten Jahrzehnte stark verändert. Familienstrukturen sind vielfältiger geworden, die Technisierung und Digitalisierung bestimmen zunehmend auch den Alltag von Kindern. Dazu kommt eine schwächere Infrastruktur in vielen ländlichen Regionen – um nur ein paar Stichworte zu nennen. Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit sowie zur Prävention von Krankheiten bei Kindern sind von großer Bedeutung, denn in jungen Jahren werden die Grundlagen für weitere Gesundheits- oder Krankheitskarrieren gelegt (vgl. Lampert/Schenk, 2004).

Es ist daher ein erklärtes Ziel des Landes Brandenburg, die Daseinsvorsorge für Familien und Kinder sicherzustellen, ihre Lebensbedingungen zu verbessern und entsprechende Rahmenbedingungen für mehr Familien- und Kinderfreundlichkeit zu schaffen. Im Jahr 2005 hat Brandenburg das Familienprogramm „Die Brandenburger Entscheidung – Familien und Kinder haben Vorrang!“ mit einem entsprechenden Maßnahmenpaket verabschiedet. Das Netzwerk Gesunde Kinder ist seit 2006 Bestandteil dieses Programms und wird seitdem stetig ausgebaut und weiterentwickelt.

Das Netzwerk Gesunde Kinder ist thematisch in der Gesundheitsförderung und Primärprävention verortet und hält kostenfreie Angebote für Schwangere und Familien mit Kindern von bis zu drei Jahren überall im Land Brandenburg vor. Ziel des Netzwerks ist es, Eltern in ihrer Bindungs- und Erziehungskompetenz zu stärken und die gesundheitlich-soziale Entwicklung der Kinder positiv zu beeinflussen. Das Netzwerk bietet u. a. die Begleitung aller werdenden Eltern und Familien durch ehrenamtliche Familienpatinnen und -paten an. Die Familienpatinnen und -paten sind geschult und zeichnen sich durch einen wertschätzenden, diskreten und beziehungs-

stiftenden Umgang mit den Familien aus. Sie hören zu, bringen Entspannung in die Familie und haben einen ermutigenden Charakter. Über diese Beziehungsebene können Themen leicht angesprochen und niedrigschwellige Informationen zur gesunden Entwicklung des Kindes und zu passgenauen Angeboten vor Ort weitergereicht werden.

Um Familien zur Teilnahme am Netzwerk Gesunde Kinder zu gewinnen, kommt es auf einen geeigneten Zugangsweg an, über den die Familien erreicht werden können. Vor Ort ist eine Vielzahl von Kooperationspartnern und -partnerinnen vernetzt, um den Zugang zu den Familien herzustellen, Angebote zu bündeln und bei Bedarf (weiter) zu entwickeln. In der sensiblen Phase rund um die Geburt sind es insbesondere die Akteure des professionellen Gesundheitssystems, die den Zugang erleichtern, indem sie den Familien die Mitgliedschaft im Netzwerk empfehlen. So haben sich vor allem die Zugänge über die Geburtskliniken, Schwangerenberatungen, Hebammen, Begrüßungssysteme und Kinderärzte des Landes Brandenburg bewährt. Hierbei gibt es nicht den einen erfolgreichen Zugang. Je nach Rahmenbedingungen sollten vielmehr möglichst viele Wege der Ansprache genutzt werden. Dies setzt voraus, dass die Akteure vor Ort eng zusammenarbeiten.

Die Ansprache ist universell, um jegliche Art der Stigmatisierung zu vermeiden. In der direkten Ansprache der Zielgruppe, beispielsweise im Rahmen von Imagematerialien, wird besonders darauf geachtet, alles, was in irgendeiner Form auf die direkte Hilfebedürftigkeit der Familien hindeuten könnte, zu vermeiden. Dies betrifft insbesondere folgende Wörter in ihren jeweiligen Kontexten: Probleme, Hilfe, helfen, betreuen, unterstützen, beraten, kümmern, Hausbesuche. Das Netzwerk nutzt zudem eine einfache, reduzierte und kontextbezogene Ansprache. Hierbei wird darauf geachtet, dass Inhalte ansprechend gestaltet sind und sich alle Familien gleichermaßen angesprochen fühlen.

Das Netzwerk Gesunde Kinder wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Über die gesetzlich geregelte Schuleingangsuntersuchung (SEU) werden alle Brandenburger Kinder vor Schulbeginn nach einem einheitlichen Standard ärztlich untersucht. Seit 2013 wird in der Elternbefragung zur Gesundheit und Entwicklung des Kindes eine Schlüsselfrage gestellt, die sich auf die Mitgliedschaft der Familien im Netzwerk Gesunde Kinder bezieht. Im Rahmen dieser Befragung werden zudem soziodemografische Parameter erfasst, um Aussagen zur sozialen Lage der Familien treffen zu können. In der Evaluation werden Netzwerkkinder und Nichtnetzwerk-

kinder miteinander verglichen. Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass Netzwerk-kinder häufiger vollständig geimpft sind, bei Bedarf früher gefördert und nach einem Unfall häufiger im Krankenhaus professionell behandelt werden (vgl. Ellsäßer et al., 2015). Die Daten der Evaluation zeigen zudem, dass das Netzwerk signifikant häufiger Familien mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus erreicht. Dieser Trend ist erfreulich und belegt den niedrigschwelligen Charakter des Netzwerks.

Dennoch ist die Etablierung des Netzwerks in einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten auch schwierig, denn oftmals erfolgt der Zugang zu den Familien über das professionelle System nur im Bedarfsfall. Es brauchte daher viel Aufklärungsarbeit, um den offenen Charakter des Netzwerks und den Nutzen für alle Familien hervorzuheben.

3.4.2 Das Projekt „Gesundheit leben in Marzahn-Hellersdorf“

Das Projekt „Gesundheit leben – Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen in Marzahn-Hellersdorf“ mit einer Laufzeit von 2015 bis 2017 richtete sich explizit an langzeitarbeitslose Menschen aus dem Berliner Bezirk Marzahn-Hellersdorf. Diese Zielgruppenauswahl wurde getroffen, da Erwerbslose³ zahlreichen Belastungen ausgesetzt sind. Erwerbslosigkeit beeinflusst nicht nur materielle Aspekte, auch nichtmaterielle Dimensionen wie das soziale Leben und der Lebensstil können eingeschränkt sein. Nicht zuletzt stellt sie auch ein starkes Gesundheitsrisiko dar (vgl. Kieselbach, 2006, S. 2). Bei Erwerbslosen ist sowohl das Morbiditätsrisiko (vgl. Paul/Moser, 2009) als auch das Risiko vorzeitiger Mortalität (vgl. Milner et al., 2014) signifikant erhöht. Gleichzeitig verfügen erwerbslose Menschen über deutlich weniger gesundheitliche Ressourcen (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2016). Die zentralen Ziele von „Gesundheit leben“ waren deshalb die Stabilisierung der gesundheitlichen Lage, die soziale Integration sowie die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit Erwerbsloser. Zudem wurde der Aufbau nachhaltiger Netzwerkstrukturen in dem Stadtbezirk angestrebt. Zur Umsetzung dieser Ziele wurden unterschiedliche Kurs- und Gruppenangebote in wohnortnahen Nachbarschaftseinrichtungen der Gemeinwesenarbeit integriert. Weiterhin wurden

3 In diesem Beitrag wird der Begriff *erwerbslos* anstelle von *arbeitslos* verwendet. Erwerbslose Menschen sind zwar ohne Erwerbsarbeit, können aber dennoch verschiedenen Formen der Arbeit wie der Eigenarbeit, Familienarbeit oder einer ehrenamtlichen Tätigkeit nachgehen. Der Begriff *arbeitslos* impliziert dagegen auch das Fehlen dieser alltäglichen Arbeiten.

verschiedene Kooperationspartner wie das Jobcenter, die gesetzlichen Krankenversicherungen sowie die Träger der beteiligten Nachbarschaftseinrichtungen in die Projektsteuerung einbezogen (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., 2017, S. 6 ff.).

Trotz eines hohen Bedarfs an gesundheitsfördernden Angeboten zeigt sich in der Praxis, dass Erwerbslose nur schwer durch diese erreicht werden. Da die Maßnahmen der Krankenkassen vor allem in den Settings Betriebe, Kindergärten, Schulen und Einrichtungen der Altenhilfe umgesetzt werden, kommen Erwerbslose oft von vornherein nicht als Zielgruppe in Betracht (vgl. GKV-Spitzenverband, 2014). Zum Erreichen der Zielgruppe Erwerbslose gewinnen so bisher eher wenig genutzte Settings wie Quartiere und Einrichtungen der Gemeinwesenarbeit an Bedeutung (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., 2017, S. 9 ff.).

Angesichts der geringen Nutzung von Präventionsangeboten stellt sich die Frage, welche Ansprachestrategien für Erwerbslose im Rahmen der Gesundheitsförderung und -prävention entwickelt und welche Zugangswege niedrigschwelliger und innovativer Art erfolgreich sind. Auch eine im Vergleich zu Beschäftigten geringere Aufgeschlossenheit für gesundheitsfördernde Angebote wird bei Erwerbslosen als Herausforderung gesehen. Erwerbslose sollten direkt in ihrer Lebenswelt angesprochen werden. Gesundheitsförderung sollte z. B. dort angeboten werden, wo Angehörige der Zielgruppe in einem Qualifizierungsverhältnis stehen (vgl. Sachverständigenrat, 2007). Um die selektive Zielgruppenansprache zu realisieren, wurden in „Gesundheit leben“ vielfältige Zugangswege genutzt, unterschiedliche Akteure in die Ansprache miteinbezogen und zahlreiche Materialien über verschiedene Wege verbreitet (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., 2017, S. 16 ff.):

- persönliche Ansprache auf Wochenmärkten oder spezifischen Veranstaltungen in Nachbarschaftseinrichtungen
- Schaltung von Anzeigen in kostenlosen, lokalen Wochenzeitungen
- Verteilung von Flyern und Plakaten in Hausaufgängen, Nachbarschaftseinrichtungen oder im Jobcenter
- Verbreitung aktueller Informationen über digitale soziale Netzwerke, z. B. Facebook

Erwerbslose Menschen sind oft durch eine Häufung negativer Erfahrungen aus dem Privatleben, dem früheren Arbeitsleben oder im Zusammenhang mit der Er-

werbslosigkeit geprägt. Dadurch entwickeln sich Ausgrenzungs- und Stigmatisierungsgefühle, Ängste oder das Gefühl, sich in einer Opferrolle zu befinden (vgl. Bednarek-Gilland, 2015). Die Teilnehmenden an sozialen oder gesundheitsbezogenen Angeboten kommen oft bereits mit einer eher negativen Erwartungshaltung in die Kurse oder Gruppen. Um mögliche falsche Erwartungen oder vorhandene Hemmnisse schon vorab abzubauen, ist deshalb insbesondere eine persönliche Ansprache hilfreich. Konkrete Inhalte können vermittelt und dementsprechend realistische Erwartungen aufgebaut werden. Bei der Ansprache über das Jobcenter sollte darauf geachtet werden, dass den potenziell Teilnehmenden mit Wertschätzung begegnet wird. Durch die vorhandene Abhängigkeit von dieser Behörde können leicht Gefühle der Stigmatisierung, der Demütigung oder des Zwangs entstehen. In „Gesundheit leben“ wurde aus diesem Grund selbst das Verteilen von Flyern *vor* dem Jobcenter als kritisch erlebt (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., 2017, S. 16 ff.).

Bei der Gestaltung von Flyern und Plakaten zeigten die Erfahrungen, dass es von Vorteil ist, auch diese spezifisch auf die jeweiligen Personengruppen hin zu konzipieren. Die Materialien sollten kostengünstig und eher unaufwendig gestaltet sein, damit die Adressatinnen und Adressaten sich damit identifizieren können. Aus diesem Grund hat es sich besonders bewährt, wenn die Materialien von Teilnehmenden selbst gestaltet und verbreitet werden (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., 2017, S. 16 ff.). Besonders wichtig ist dabei auch die Wortwahl, die entscheidend zur Akzeptanz und Motivation der Zielgruppe beiträgt. Zum Beispiel sollten eher Wörter wie „arbeitssuchend“ anstelle von „arbeitslos“ gewählt werden. Auch der Begriff „Projekt“ sollte vermieden werden, da dadurch vermittelt wird, dass es sich um ein nur befristetes Angebot handelt. Es zeigte sich zudem, dass der Begriff „Gesundheit“ nicht immer positiv aufgegriffen wird. Heutzutage wird „Gesundheit“ häufig normativ verwendet, weshalb es wiederum als durchaus belastende Verpflichtung wahrgenommen werden kann, sich pausenlos gesund zu verhalten. Gefühle des Zwangs aufzubauen, sollte strikt vermieden werden. Vielmehr muss bereits bei der Wortwahl darauf geachtet werden, dass Menschen sich nicht stigmatisiert fühlen und dass den Teilnehmenden auf Augenhöhe begegnet wird (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., 2017, S. 24 ff.).

In „Gesundheit leben“ wurden deshalb Angebote mit Titeln wie „Treffpunkt MOSAIK“, „Gesundheit (k)leben“ oder „Gesunde Ernährung mit wenig Geld“ konzipiert. Nicht alle Kurse vermieden die Deklaration der Angebote als „Arbeitslo-

senprojekte“. Es gab beispielsweise auch den „Treff für Arbeitslose“. Die Leiterin eines regelmäßigen Treffens zu Ernährungsthemen, bei dem der Einbezug der Teilnehmenden und die Mitgestaltung durch diese im Vordergrund steht, betonte allerdings, dass ihr Projekt besser angenommen wurde, nachdem es den Titel „Von uns – für uns“ erhalten hatte.

Es ist zu untersuchen, ob und wann es sinnvoll ist, Angebote ausschließlich für erwerbslose Menschen zu konzipieren. Manche der Angebote in „Gesundheit leben“ wurden während der Umsetzungsphase auch für weitere Teilnehmende geöffnet. Durch die Öffnung auch für andere Menschen aus der Nachbarschaft wurden mögliche Stigmatisierungseffekte vermieden und die Akzeptanz und Motivation erhöht. Durch das breite Spektrum an Teilnehmenden und deren Ressourcen kann außerdem ein vielfältigerer Austausch entstehen. Eine Öffnung der Angebote kann jedoch auch zur Konsequenz haben, dass sich erwerbslose Menschen nicht trauen, an den Kursen teilzunehmen, da sie mit ihrer Lebenssituation häufig auch eine gewisse Scham verbinden.

Insgesamt kann auf Basis der Erfahrungen aus dem Projekt festgehalten werden, dass es bei der Ansprache erwerbsloser Menschen wichtig ist, diese direkt in ihren Lebenswelten anzusprechen sowie mit viel Ausdauer, einem hohen Maß an Engagement, Einsatzbereitschaft und vor allem viel Sensibilität vorzugehen. Es hat sich bewährt, die Arbeits- und Gesundheitsförderung mit der Gemeinwesenarbeit zu verbinden. Die Arbeitsweise von Nachbarschaftseinrichtungen schließt ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis ein, das sich besonders durch interkulturelle und Genderkompetenz, Niedrigschwelligkeit, Vernetzung und langjährige Erfahrungen bei der Integration in das Leben in der Gemeinschaft auszeichnet. Der Zugang zu den Angeboten muss dabei so niedrigschwellig wie möglich gestaltet werden. Zudem müssen die Kooperationspartner eng zusammenarbeiten und sich in ihren Aktivitäten gut abstimmen (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit/BzgA, 2012).

3.5 Diskussion und Schlussbetrachtungen

Der Beitrag verdeutlicht die komplexen Herausforderungen, wirkungsvolle Prävention und Gesundheitsförderung zur Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit umzusetzen: Mit dem Settingansatz ist ein Handlungsansatz verfügbar, der sowohl

die gesundheitsgerechte Gestaltung der lebensweltlichen Strukturen als auch die Befähigung der Menschen in diesen Lebenswelten in den Blick nimmt.

Es zeigt sich allerdings auch, dass gerade diejenigen Gruppen, die von Maßnahmen der Gesundheitsförderung besonders profitieren würden, am schwersten erreicht werden. Versucht man, das Problem der Mittelschichtorientierung bei primär verhaltensbezogenen universellen Angeboten durch den Einsatz selektiver Angebote mit zielgruppenspezifischer Ansprache zu lösen, führt dies unweigerlich zu einem weiteren Problem: einer Diskriminierung und Stigmatisierung der Zielgruppe. Die aus einer rein funktionalen Projektlogik heraus getroffene Differenzierung läuft Gefahr, das Kind mit dem Bade auszuschütten und die angesprochenen Gruppen zu verlieren, indem sie sich – ungewollt – diskriminiert und auf ihre soziale Lage reduziert erleben. Man muss sich wirklich fragen: „Wer will schon gerne ‚Zielgruppe‘ sein?“ Bislang ist eine einfache Lösung weder begrifflich (Wie sollen die angesprochenen Personengruppen genannt werden?) noch in der gesundheitsfördernden Praxis verfügbar.

Die Darstellung der beiden Praxisbeispiele hat gezeigt, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt, pragmatisch mit diesem Dilemma umzugehen. Das Netzwerk Gesunde Kinder verzichtet als Angebot der universellen Prävention vollständig darauf, die angesprochenen jungen Familien nach Kriterien der sozialen Lage einzugrenzen. Im Verständnis des Good-Practice-Kriteriums „Zielgruppenbezug“ kann nicht von einer „Zielgruppenorientierung“ gesprochen werden, denn unabhängig von den Attributen ihrer sozialen Lage werden unterschiedslos alle Menschen in der Lebensphase der Familiengründung angesprochen. Die Evaluationsergebnisse zeigen allerdings, dass Familien in schwieriger sozialer Lage offenbar in einer relevanten Größenordnung von dem Angebot profitieren.

Anders das Projekt „Gesundheit leben“: Es wendet sich im Rahmen seines selektiven Ansatzes primär an Menschen im Erwerbsalter, die bereits länger ohne Erwerbsarbeit sind. Im Rahmen des Angebots werden diese aber nicht als Langzeitarbeitslose adressiert. Hier gibt es eine begriffliche Trennung in der Kommunikation: Während auf der konzeptionellen Ebene die Zielgruppe klar benannt wird – nicht zuletzt, um die Fördermittelgeber von der Sinnhaftigkeit des Angebots zu überzeugen –, werden die Menschen in ihrer Lebenswelt direkt angesprochen und gestalten die Angebote anhand ihrer Interessen und Bedarfe mit.

Zur Überwindung des sogenannten Präventionsdilemmas sind somit Ansätze zielführend, die in der sozialräumlichen Lebenswelt der Bevölkerungsgruppen verankert sind und auf eine primär problem- und defizitorientierte Ansprache ihrer Adressatinnen und Adressaten verzichten. Im Mittelpunkt sollten vielmehr Potenziale und Entwicklungsmöglichkeiten der angesprochenen Personen und Gruppen stehen. Idealerweise leisten sie selbst einen aktiven Beitrag zur Gestaltung des Angebots, wie z. B. im oben beschriebenen Projekt „Gesundheit leben“ durch die Beteiligung an der Entwicklung von Flyern und Plakaten. Dort, wo weniger über als vielmehr *mit* den betroffenen Menschen gesprochen wird, kann das Potenzial gesundheitsförderlicher Maßnahmen am ehesten ausgeschöpft werden.

Literatur

- Bednarek-Gilland, A. (2015). *Fragiler Alltag. Studie zu den Fähigkeiten langzeitarbeitsloser Menschen*. Hannover: creo-media (SI aktuell). www.si-ekd.de/download/Fragiler_Alltag_29_09_2015.pdf (17.08.2018).
- Dahlgren, G./Whitehead, M. (1993). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm.
- Ellsäßer, G. et al. (2015). *Ergebnisse der Brandenburger Schuleingangsuntersuchung. Wie wirksam ist das Netzwerk Gesunde Kinder?* www.laekb.de/files/1508A1FD14F/BAEB_2015_11.pdf (15.08.2018).
- Franzkowiak, P. (2018). *Prävention und Krankheitsprävention. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/allgemeine-grundbegriffe/praevention-und-krankheitspraevention (16.08.2018).
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2017). *Wie gewinnt man Erwerbslose für die Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten im Stadtteil?* Berlin. www.gesundheitbb.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/GesBB/Materialien/Publikationen/Berlin/Handreichung_Zugangswege_Gesundheit_Leben.pdf (17.08.2018).
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014). *Leitfaden Prävention*. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Berlin.
- Hurrelmann, K./Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie, eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kieselbach, T. (2006). *Arbeitslosigkeit, soziale Exklusion und Gesundheit: Zur Notwendigkeit eines sozialen Geleitschutzes in beruflichen Transitionen. Präventionen für gesunde Lebenswelten – „Soziales Kapital“ als Investition in Gesundheit*. 12. bundesweiter Kongress Arbeit und Gesundheit, Berlin, 01.12.2006. <https://docplayer.org/55274064-Arbeitslosigkeit-soziale-exklusion-und-gesundheit-zur-notwendigkeit-eines-sozialen-geleitschutzes-in-beruflichen-transitionen.html> (17.08.2018).

- Kilian, H./Lehmann, F./Richter-Kornweitz, A./Kaba-Schönstein, L. et al. (2016). *Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken*. Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Bundesgesundheitsblatt, (59), S. 266–273.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit/BzGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2012). *Gemeinsam handeln: Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Eckpunkte zum Vorgehen im kommunalen Rahmen*. Berlin. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-arbeitslosen/hintergruende-daten-und-materialien/materialien (17.08.2018).
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017). *Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung*. BZgA und Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Köln und Berlin. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice (17.08.2018).
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2016). *Fachinformation: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Fachinformation: Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (17.08.2018).
- Lampert, T. (2018). *Gesundheitliche Chancengleichheit: Zur Bedeutung von personalen, familiären und sozialen Ressourcen*. Impulse für Gesundheitsförderung, (99). <http://gesundheit-nds.de/index.php/medien/impulse> (16.08.2018).
- Paul, K. I./Moser, K. (2009). *Unemployment impairs mental health: meta-analyses*. Journal of Vocational Behavior, 74 (3), S. 264–282.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- Milner, A./Page, A./LaMontagne, A. D. (2014). *Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review*. Psychological Medicine, 44 (5), S. 909–917.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Gutachten 2007. Drucksache 16/6339. Berlin: Deutscher Bundestag. Sozialgesetzbuch (SGB) V. www.gesetze-im-internet.de/sgb_5 (16.08.2018).
- WHO – World Health Organisation (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 (17.08.2018).

4 Migration und gesundheitliche Ungleichheit

HAJO ZEEB; WIEBKE HÜBNER; JACOB SPALLEK

Migration ist ein wichtiges Diversitätsmerkmal, und viele Befunde der Gesundheitsforschung weisen auf erhöhte, z. T. aber auch niedrigere Gesundheitsrisiken für Migrantengruppen hin. Dabei spielt der im Durchschnitt geringere sozioökonomische Status im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung eine wichtige Rolle. Die jüngere Migration nach Europa und insbesondere nach Deutschland wird von Asylsuchenden, Flüchtlingen und Zuwanderern aus Ländern Asiens und Afrikas geprägt. Zur gesundheitlichen Lage und Versorgung dieser Gruppen liegen noch wenig Daten vor; ein Fokus auf psychische Gesundheit als eines der vordringlichen Probleme wird aber zunehmend sichtbar. Migrationshistorie, sozioökonomischer Status und Gesundheit weisen komplexe, über die Zeit variierende Bezüge auf, die in diesem Beitrag diskutiert werden. Dazu werden Rahmenmodelle zu Gesundheit, sozialen Einflussfaktoren, Migration und Lebenslauf vorgestellt und insbesondere die Teilhabe an sowie der Zuschnitt von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in den Blick genommen.

4.1 Einleitung

Die U-Bahn in London ist ein geeignetes Verkehrsmittel, um sich zügig durch und unter dieser Megacity hin und her zu bewegen. Aber dies ist oft nicht nur eine Reise von Ort zu Ort, sondern auch zwischen sehr unterschiedlichen Lebenswelten der Bewohnerinnen und Bewohner Londons. Eine Karte der U-Bahn-Linien, versehen mit Angaben zur Lebenserwartung bei Geburt für die um die jeweiligen Stationen lebende Bevölkerung, verdeutlicht drastische Unterschiede, etwa eine mehr als zehn Jahre niedrigere Lebenserwartung rund um die Station Bethnal Green im Vergleich zu Knightsbridge (vgl. Cheshire, 2012). Diese Stationen liegen nur ca. acht Kilometer voneinander entfernt. Eine vergleichende Analyse der Bevölkerungszusammensetzung zeigt, dass der Bezirk Bethnal Green eine hochdiverse Population aufweist, die von großen Migrantengruppen, hier insbesondere von Menschen aus Bangladesch, geprägt wird. Auch rund um die Station Knightsbridge, eine der reichsten Gegenden Londons, lebt eine sehr gemischte Bewohnerschaft, der Anteil von Personen mit Mi-

grationshintergrund ist jedoch deutlich geringer (39,2 % vs. 53,6 % in Bethnal Green). Sowohl mittleres Einkommen als auch ethnische Diversität der Bevölkerung unterscheiden sich also stark zwischen diesen nahe gelegenen urbanen U-Bahn-Stationen, so wie auch die Lebenserwartung Auffälligkeiten zeigt.

Unterschiede in der Lebenserwartung sind ein Ausdruck ungleich verteilter Gesundheitschancen und gesundheitlicher Belastungen. Die komplexen Beziehungen zwischen Migration, sozioökonomischem Status und Gesundheit werden im vorliegenden Übersichtsbeitrag beleuchtet. Dabei liegt der Fokus auf der Situation in Deutschland; Informationen aus anderen Ländern werden – wie in diesem Einleitungskapitel – je nach Kontext einbezogen. Im Folgenden werden nach der Beschreibung der aktuellen Lage der Migration in Deutschland und Europa drei Rahmenmodelle vorgestellt, welche die sozialen Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit von Menschen mit Migrationshintergrund – auch in einer Lebenslaufperspektive – beleuchten. Daraufhin werden die gesundheitliche Lage und die Versorgung und Nutzung von Präventionsangeboten dieser Personengruppe näher beleuchtet.

4.2 Migranten in Deutschland und Europa – aktuelle Daten

Zum Ende der zweiten Dekade dieses Jahrtausends wird die Diskussion um Migration insbesondere von der Flüchtlingsthematik geprägt. Deutschland ist weltweit eines der wichtigsten Zielländer für Asylsuchende, die aus ihren Heimatländern vor Krieg und politischer Verfolgung fliehen oder die ihre eigene ökonomische Situation verbessern wollen. Während die Anzahl registrierter Asylanträge im Jahr 2008 bei 28.018 lag, kennzeichnen 745.545 Erst- und Folgeanträge im Jahr 2016 ein deutliches Wachstum an Migrationsbewegungen nach Deutschland (vgl. BAMF, 2018). Anzumerken ist hierbei, dass der weitaus größte Anteil aller Flüchtlinge weltweit nicht nach Europa kommt, sondern zumeist innerhalb des eigenen Landes oder in anliegende Nachbarländer flieht und dort oft unter ärmlichsten Bedingungen lebt – nur etwa jeder siebte Flüchtling sucht Schutz in den reichen Ländern des Nordens (vgl. UNHCR, 2017). Die Flüchtlingspolitik vieler EU-Länder wird seit 2015 deutlich abweisender, und selbst die zahlreichen Opfer auf den unsicheren Fluchtrouten (Sahara, Mittelmeer etc.) scheinen kaum mehr ein Umdenken auf politischer Ebene bewirken zu können.

Viele Länder Europas, darunter Deutschland, sind allerdings schon seit Jahrzehnten Einwanderungsländer und weisen eine von ethnischer Diversität geprägte Bevölkerung auf. In Deutschland hat mehr als jeder fünfte Bürger einen Migrationshintergrund, ist also entweder selber migriert oder hat mindestens einen Elternteil, der nach der Geburt nach Deutschland gekommen ist (zur genauen Definition vgl. Statistisches Bundesamt, 2018). Aktuell sind dies ca. 18,6 Mio. Menschen (22,5 % der Gesamtbevölkerung), von denen ca. 9 Mio. eine ausländische Staatsbürgerschaft haben. Europäische Statistiken zum Anteil der Personen mit ausländischem Geburtsort an der Gesamtbevölkerung zeigen Deutschland unter den bevölkerungsreichen EU-Staaten an erster Stelle gemeinsam mit Großbritannien – vor Spanien, Frankreich und Italien (vgl. Eurostat, 2017).

Die Migrantenpopulation in Deutschland ist überaus heterogen. Ein Großteil der Menschen mit Migrationshintergrund stammt aus Europa (66,8 %). Die Türkei, Polen und die Russische Föderation sind die wichtigsten Einzelherkunftsländer. Einige weitere Aspekte aus den Daten der Bundesstatistik sind zudem bedeutsam in Hinsicht auf das Thema Gesundheit und Diversität: Soziale Determinanten wie Einkommen und Bildung spielen eine große Rolle für Krankheit und Gesundheit, und auch hier gibt es Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Bei der Bildungsbeteiligung weisen neue Daten des Mikrozensus 2016 darauf hin, dass ein allgemeiner Schulabschluss von 13,5 % der Migranten und Migrantinnen nicht erreicht wurde, gegenüber 1,8 % der Menschen ohne Migrationshintergrund. Keinen berufsqualifizierenden Abschluss haben knapp 39 % der Menschen mit Migrationshintergrund (vs. 14 % in der Vergleichsgruppe). Und bei der Erwerbstätigkeit dominiert eine Tätigkeit als Arbeiterinnen und Arbeiter (30 % gegenüber 15,7 %) bei den Migrantinnen und Migranten, die im Schnitt etwa elf Jahre jünger sind als die Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017). Allein diese Befunde lassen erhebliche gesundheitliche Unterschiede erwarten. Zur theoretischen Einordnung dieser verschiedenen gesundheitsrelevanten Faktoren vor dem Hintergrund der besonderen Dynamik im Lebenslauf von Migrantinnen und Migranten liegen unterschiedliche Rahmenmodelle vor, die im Folgenden skizziert werden.

4.3 Gesundheitliche Risiken und gesundheitliche Versorgung – Rahmenmodelle mit Fokus auf soziale Determinanten und Lebenslauf

Die sozialen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit sind seit Jahrhunderten bekannt. Schon Virchow, und davor Engels und Marx (um nur einige zu nennen), haben auf die problematische soziale und gesundheitliche Lage armer Menschen – oft beschäftigt unter katastrophalen Arbeitsbedingungen – hingewiesen und die Veränderung der sozialen Umstände gefordert, u. a. um die Gesundheit und Lebenslage dieser Menschen zu verbessern.

In der ersten Dekade dieses Jahrtausends hat insbesondere die Arbeit der WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten der Gesundheit diese Thematik erneut in den Mittelpunkt der Diskussion um Public Health und Gesundheitsförderung gestellt. Das Rahmenmodell der Kommission enthält den Bezug zur Ethnizität und spezifisch zu Rassismus bei den strukturellen Determinanten der gesundheitlichen Gerechtigkeit (vgl. Abb. 4.1).

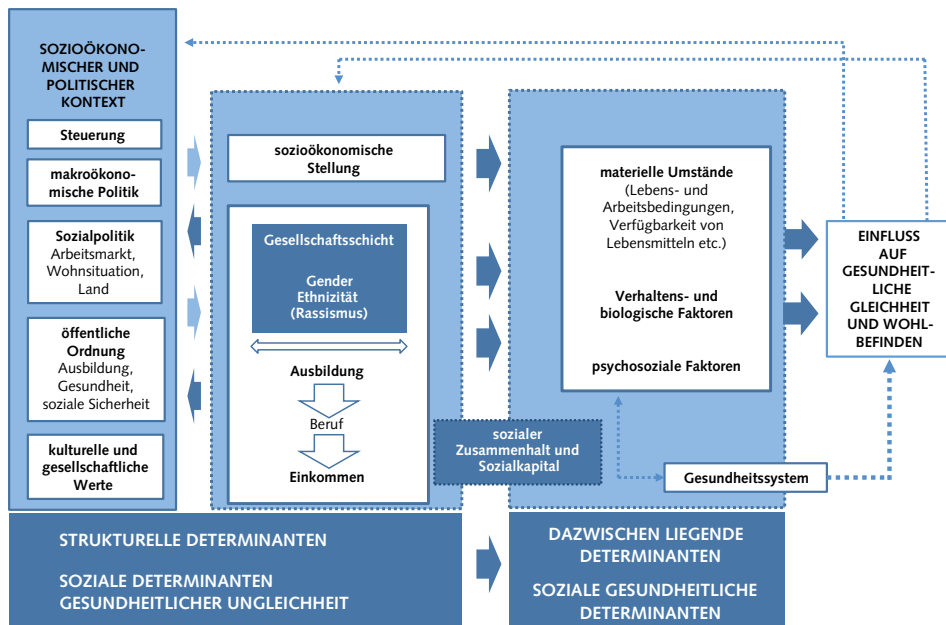


Abb. 4.1: WHO-Rahmenmodell zu sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit (vgl. Solar/Irwin, 2010)

Auch in anderen Bereichen des Modells ist eine Beziehung zur Thematik Ethnizität und Migration naheliegend, wie etwa beim Zugang zu den Gesundheitssystemen, der für Migrantinnen und Migranten unterschiedlich gestaltet sein kann, z. B. aufgrund sprachlicher Barrieren.

Klar wird anhand dieses Rahmenmodells, dass es vielfältige Zusammenhänge über mehrere Ebenen hinweg geben kann, die den Endpunkt der gesundheitlichen Gerechtigkeit beeinflussen, der wiederum selbst gesellschaftliche Kontexte prägt: Das Ausmaß gelingender Integration und Migrantensensibilität im Gesundheitswesen kann als Gradmesser und treibende Kraft umfassender sozial-integrativer Prozesse, Werte etc. verstanden werden. Das Modell deklariert auch das Gesundheitssystem selber als Teil der sozialen Determinanten von Gesundheit.

Das Zusammenspiel zwischen Migration, Gesundheit und sozialer Lage ist durch verschiedene Wirkmechanismen gekennzeichnet (vgl. Abb. 4.2). Der soziale Status beeinflusst – wie bei allen Menschen – auch die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten, z. B. indem mit zunehmender aufenthaltsbedingter Adaptation schichtspezifische gesundheitliche Belastungen durch ungünstige Arbeits- und Lebensbedingungen (z. B. Wohnverhältnisse und -größe) entstehen oder sich Risiken lebensstilbedingter Erkrankungen ausprägen. Darüber hinaus beeinflusst der soziale Status die Migration selbst: zum einen darin, wer migriert, denn Armut kann ein Migrationsgrund, aber auch ein Migrationshindernis sein; zum anderen darin, welche Risiken und Chancen mit dem Migrationsprozess einhergehen und auch zusätzlich darin, welche gesundheitlichen Auswirkungen mit der Migration verbunden sind. Letztendlich werden zudem die im Zusammenhang von Migration und Gesundheit entstehenden gesundheitlichen Chancen und Risiken durch die soziale Lage verstärkt oder abgeschwächt, je nachdem, welche Ressourcen Migrantinnen und Migranten für die Migration zur Verfügung stehen.

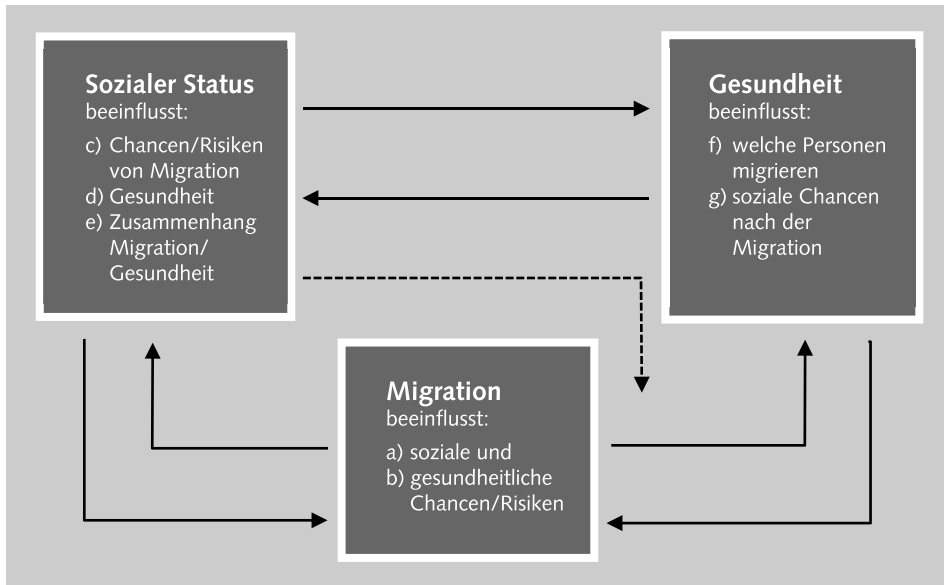


Abb. 4.2: Wirkmechanismen zwischen Migration, Gesundheit und sozialem Status (vgl. Spallek/Razum, 2016)

Migrantinnen und Migranten sind potenziell vielen gesundheitlichen Einflussfaktoren und -umständen ausgesetzt, die durch den Prozess der Migration bedingt oder beeinflusst werden. Diese Faktoren lassen sich in drei temporäre und räumliche Sphären aufteilen:

- 1) Die Präigrationsphase, die sich auf die Lebensumstände im Herkunftsland bezieht und Faktoren wie die Ernährungsweise, die Qualität der Gesundheitsversorgung sowie (in einigen Fällen) Entbehrung, Krieg und Gewalt umfasst;
- 2) die Migrationsphase, die von potenziellen Traumata, Gewalt und Hunger geprägt sein kann, und
- 3) die Postmigrationsphase, die sich auf die Umstände im Zielland bezieht und sowohl den Zeitraum direkt nach der Ankunft umfasst als auch den weiteren Lebensverlauf der Migranten und ihrer Familien berücksichtigt. Faktoren, die diese Zeiträume nachteilig prägen können, sind insbesondere das Erleben von Rassismus und Diskriminierung, die Trennung von der Familie, Sprachbarrieren und sozioökonomische Probleme (vgl. Spallek et al., 2010).

Die Besonderheit der Migration als ein Prozess, der den Lebenslauf für Einzelne und für ganze Migrantenbevölkerungen nachhaltig prägt, nimmt daher das Lebenslaufmodell von Migration und Gesundheit auf, wie Abb. 4.3 aufzeigt.

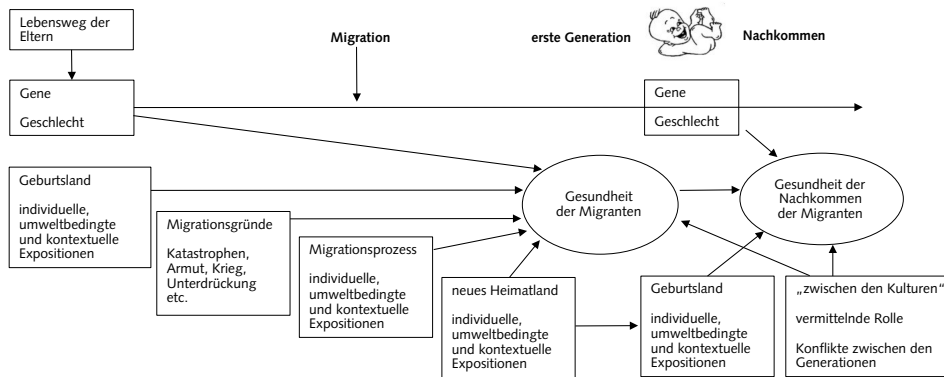


Abb. 4.3: Lebenslaufmodell von Migration und Gesundheit (vgl. Spallek et al., 2011)

Im Vergleich zum WHO-Modell der Abb. 4.1 liegt im Lebenslaufmodell der Fokus nicht auf der Unterteilung in strukturelle und intermediäre Faktoren der gesundheitlichen Ungleichheit, sondern auf der zeitlichen und räumlich-sozialen Zuordnung von Einflussfaktoren rund um das Lebenslaufelement Migration. Das Modell lässt zudem eine Mehrgenerationenbetrachtung zu, wie sie für die Transitionsprozesse in Migrantenbevölkerungen auch in Bezug auf Gesundheit und Krankheit kennzeichnend ist.

Die hier vorgestellten Rahmenmodelle dienen als Erklärungshilfe für viele gesundheitliche Merkmale, die Menschen mit Migrationshintergrund von der autochthonen Bevölkerung unterscheiden. Auf diese Unterschiede wird in den folgenden Kapiteln näher eingegangen.

4.4 Gesundheitliche Unterschiede zwischen Migrationsbevölkerung und Mehrheitsgesellschaft

Die genannten Migrationsphasen prägen die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten nachhaltig. Das deutsche Gesundheitssystem, das hier stellvertretend für andere Staaten mit einer großen Anzahl von Migranten steht, hat nur allmählich und mit eingeschränktem Fokus auf die erhöhte Diversität der Bevölkerung, die u. a. durch

Menschen mit Migrationshintergrund geprägt wird, reagiert. So lag das Augenmerk zunächst hauptsächlich auf „exotischen“ Infektionskrankheiten (wie z. B. Malaria, das Ebola- und das Zikavirus), welche jedoch lediglich einen geringen Anteil der Infektionskrankheiten ausmachen und zudem auch aufgrund des expandierenden internationalen Tourismus verbreitet werden (vgl. Findlater/Bogoch, 2018). In den folgenden Abschnitten werden wichtige gesundheitliche Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung und der Mehrheitsgesellschaft beschrieben.

4.4.1 Sterblichkeit und der „Healthy-Migrant“-Effekt

Erste Studien zu gesundheitsbezogenen Maßzahlen von Migrantinnen und Migranten im Vergleich mit der deutschen Allgemeinbevölkerung zeigten deutliche Unterschiede in Bezug auf die Mortalität. Spezifische Auswertungen der Todesursachenstatistik ergaben, dass Menschen mit einer nicht deutschen Staatsbürgerschaft, Menschen mit einem türkischen Migrationshintergrund und Spätaussiedler und -aussiedlerinnen eine niedrigere Mortalität aufweisen (vgl. Altenhofen/Weber, 1993; Razum et al., 1998; Ronellenfitsch et al., 2006). Dieser Unterschied nivelliert sich im Zeitverlauf jedoch zunehmend. Die niedrigere Mortalität unter den Migranten wurde auf den sogenannten „Healthy-Migrant“-Effekt zurückgeführt, der die oft gute gesundheitliche Verfassung von Arbeitsmigranten umschreibt und in gewissem Ausmaß auch auf Flüchtlinge zutrifft, denn die Strapazen einer Flucht über viele tausend Kilometer nehmen eher Gesunde als Erkrankte auf sich. Allerdings weisen weitere Studien darauf hin, dass die geringere Mortalität auch mit dem durchschnittlich niedrigen Alter der Menschen mit Migrationshintergrund zusammenhängen kann und dies zu einem U-förmigen Muster im Altersverlauf der Sterblichkeit im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund führt (vgl. Guillot et al., 2018; Kohls, 2015). Dies bedeutet, dass in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund die Mortalität im sehr jungen und im weit fortgeschrittenen Alter deutlich höher ist als für den Rest dieser Gruppe. Treffender als von einem Einzeleffekt ist jedoch zumindest in Bezug auf die Sterblichkeit von einem Prozess des gesundheitlichen Übergangs durch Migration zu sprechen, wie ihn Razum und Twardella (2002) erläutert haben. Demnach bringen Menschen infolge ihrer Migration nicht nur herkunftslandspezifische Gesundheitsrisiken mit und lassen einige Risiken – z. B. in Bezug auf Mütter-

sterblichkeit – zurück, sondern adaptieren im Zeitverlauf auch aufnahmelandsspezifische Risiken, was zu besonderen Gesundheitsprofilen in dieser Gruppe führen kann.

4.4.2 Erkrankungen und Verursachungsfaktoren

Insgesamt ist in Bezug auf Krankheitsprofile festzustellen, dass sich Migranten- und autochthone Bevölkerungen oftmals wenig unterscheiden (vgl. Razum et al., 2008). Nicht übertragbare Erkrankungen prägen allgemein die Krankheitslast; für einzelne Erkrankungsgruppen gilt aber, dass Unterschiede der Migrantenbevölkerung in Bezug auf ihre Migrationsmotive und -erfahrungen und die Gegebenheiten in ihren jeweiligen Herkunftsländern sich auch in Risikounterschieden für ausgewählte Erkrankungen niederschlagen. Einerseits sind laut Befunden aus Deutschland bzw. europäischen Ländern z. B. die Häufigkeit von Allergien und Asthma bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ebenso wie die Häufigkeit von nicht mit Infektionen assoziierten Krebserkrankungen bei erwachsenen Migrantinnen und Migranten niedriger (vgl. Arnold et al., 2010; Kaucher et al., 2017; Schlaud et al., 2007). Andererseits ist die Prävalenz des HI-Virus unter Menschen aus Subsahara-Afrika (vgl. Marcus/Starker, 2006), der chronischen Hepatitis unter afrikanischen Migranten (vgl. Marschall et al., 2005) und der Tuberkulose unter Spätaussiedlern und -aussiedlerinnen (vgl. Kuehne et al., 2015) besonders hoch. Ferner haben Kinder mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko für ungünstige Mundgesundheit (vgl. Razum et al., 2008) und Zahnkaries (vgl. Brunner-Strepp, 2001; Pieper, 1998). Verschiedene Untersuchungen weisen auch auf vermehrtes Übergewicht bei Kindern mit Migrationshintergrund hin, wobei enge Zusammenhänge mit anderen sozioökonomischen Faktoren bestehen (vgl. Delekat, 2003; Kurth/Schaffrath Rosario, 2007; Will et al., 2005). Außerdem sind andere Risikofaktoren des Lebensstils, etwa das Rauchen, seltener bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund – neuere Daten weisen erfreulicherweise insgesamt auf zurückgehende Prävalenzen des Rauchens bei jungen Menschen in Deutschland hin (vgl. Zeiher et al., 2018). Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere solche mit Fluchterfahrung, sind besonders stark von psychischen Erkrankungen betroffen. Dieser Aspekt wird im folgenden Teilkapitel detaillierter aufgegriffen.

Tradition und Kultur beeinflussen das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, und dies kann sich auch auf das gesundheitsbezogene Verhalten bei Migran-

tinnen und Migranten auswirken. Auf der einen Seite weisen manche Migranten schlechtere Ernährungsgewohnheiten, Lebens- und Arbeitsbedingungen auf, was u. a. mit einem höheren Tabakkonsum und Übergewicht in spezifischen Subgruppen assoziiert sein kann (vgl. Kurth/Schaffrath Rosario, 2007; Labree et al., 2011; Misra/Ganda, 2007; Reeske et al., 2009; Reiss et al., 2014). Auf der anderen Seite haben Migranten, die aus dem Mittelmeerraum kommen, teilweise gesündere Ernährungsgewohnheiten und damit einhergehend ein geringeres Risiko für Erkrankungen, die mit der Ernährung in Verbindung stehen. Gesundheitsförderlich kann sich zudem auswirken, dass manche Migrantinnen und Migranten in engeren Familienverbänden und starken sozialen Netzwerken leben.

4.5 Asylsuchende und Flüchtlinge in Deutschland: Hinweise auf gesundheitliche Ungleichheit

Deutschland hat in den vergangenen Jahren eine große Zahl von Flüchtlingen aufgenommen, deren Gesundheit und gesundheitliche Versorgung das deutsche Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen stellen. Noch liegen allerdings nur wenige empirische Erkenntnisse zur gesundheitlichen Lage dieser heterogenen, überwiegend jungen Gruppe von Menschen vor. In Bezug auf Infektionen bzw. impfpräventable Erkrankungen hat sich ein oftmals unvollständiger Impfschutz bei Kleinkindern gezeigt, gepaart mit einem in den Herkunftsländern z. T. deutlich höheren Risiko für Krankheiten wie Tuberkulose (Tbc) sowie Hepatitis B und C. Im Rahmen der Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften traten dann z. T. erhebliche Probleme mit übertragbaren Erkrankungen wie Masern, Skabies, Gastroenteritis und Atemwegsinfektionen auf.

Auch die psychische Gesundheit von Geflüchteten ist eine besondere Herausforderung. Unbegleitete Minderjährige erleiden doppelt so häufig wie begleitete Minderjährige traumatische Erlebnisse im Rahmen ihrer Flucht (vgl. Bean et al., 2007). Die Prävalenzangaben für posttraumatische Belastungsstörungen variieren allerdings stark. Sie liegen bei minderjährigen Geflüchteten zwischen 14 % und 60 % und ähnlich schwankende Angaben gibt es auch in Bezug auf Depressionen (6,2 % bis 33,5 %; deutsche Kinder und Jugendliche: 5,4 %; vgl. Frank et al., 2017). Die psychotherapeutische Behandlung dieser Zielgruppen kann derzeit nicht als gesichert gelten, da oft Sprachmittlung (Dolmetschen) fehlt und Anträge auf Psychotherapien

über das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) im Vergleich zu Ablehnungen durch Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen überproportional häufig abgelehnt werden (35 % gegenüber 1–3 %; vgl. BAfF, 2018).

In Bezug auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen sind besondere Ungleichheiten festzustellen: Die Vergabe der Gesundheitskarte für neu angekommene Flüchtlinge ist bisher nicht einheitlich geregelt, sondern unterliegt dem Ermessen der Bundesländer bzw. Kommunen. So brauchen Flüchtlinge, die kürzer als 15 Monate in Deutschland sind, in einigen Bundesländern nach vorheriger Beantragung einen Krankenschein der zuständigen Sozialbehörde, um Leistungen nach dem AsylbLG in Anspruch nehmen zu können. Hierzu zählen die Behandlung akuter Krankheiten und Schmerzen sowie die Versorgung mit den entsprechenden Medikamenten und Verbandsmaterial. Viele Bundesländer sind mittlerweile dazu übergegangen, dass auch neu angekommene Flüchtlinge eine Gesundheitskarte bekommen. Daten zeigen, dass die Pro-Kopf-Ausgaben für Asylsuchende mit Gesundheitskarte geringer sind als für diejenigen ohne Karte (vgl. Bozorgmehr et al., 2017; Razum/Bozorgmehr, 2016). Auch die Versorgung mit gesundheitsbezogenen Informationen in der jeweiligen Muttersprache (z. B. über Hygiene, Impfung, Verhütung/Schwangerschaft) ist noch unzureichend. Die Kostenübernahme für Dolmetscherdienste ist kurioserweise nur für Asylsuchende möglich, deren Antrag noch nicht beschieden wurde: Für anerkannte Flüchtlinge und Asylsuchende gilt nach 15 Monaten Deutsch als Amtssprache, und nur in Einzelfällen werden Dolmetscherkosten vom Sozialamt getragen. Ein detaillierter Überblick über die rechtliche und gesundheitliche Lage von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland findet sich bei Frank et al. (2017).

4.6 Teilnahme an Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten sollten zum Ziel haben, bisher bestehende geringere Erkrankungswahrscheinlichkeiten aufrechtzuerhalten und die Risiken bei den wenigen Erkrankungen mit tendenziell erhöhten Häufigkeiten bei diesen Personengruppen zu vermindern. Wie in der Gesamtbevölkerung stehen hierbei die nicht übertragbaren Erkrankungen wie Diabetes, Krebs und Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems mit ihren Risikofaktoren im Fokus. Ungünstige Wohn- und Arbeitsverhältnisse vieler Migrantinnen und Migranten legen nahe, dass Verhältnisprävention eine besondere Rolle hierbei spielt.

Sprachbarrieren und ein im Durchschnitt niedrigerer sozioökonomischer Status beeinflussen den Zugang von Migrantinnen und Migranten zu Präventionsangeboten mitunter stark. Bei der Versorgung von werdenden Müttern und damit verbunden bei der Säuglingsmortalität sind schon vor längerer Zeit Unterschiede festgestellt worden (vgl. Razum et al., 1999; Razum/Zeeb, 2004; Razum et al., 2008). Neue Untersuchungen (vgl. Brenne et al., 2015) zeigen für die Schwangerenvorsorge in Berlin, dass Frauen mit und ohne Migrationshintergrund ähnlich gut erreicht werden und auch die Ergebnisse der geburtshilflichen Versorgung gleich gut sind (vgl. David et al., 2017). Allein Frauen und ihre Kinder, die erst seit kurzer Zeit in Deutschland leben, nehmen deutlich seltener an der Schwangerenvorsorge teil – vermutlich, weil fehlendes Wissen über das deutsche Gesundheitssystem und über den Zugang zu Präventionsmaßnahmen sowie Sprachschwierigkeiten besonders schwer wiegen. Kinder von Migranten nehmen Angebote für Routineuntersuchungen weniger wahr als deutsche Kinder, wobei die Teilnahme an Interventionsprogrammen wesentlich höher ist, wenn die Programme in der jeweiligen Muttersprache angeboten werden (vgl. Elsner/Meidert, 2011). Bei der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche zeigen sich auch Unterschiede in den jeweiligen Zuwanderergenerationen. Die Teilnehmerate nimmt demnach in den Folgegenerationen zu. Unter Erwachsenen zeigte eine registerbasierte Studie, dass türkische Frauen – mit Ausnahme der Altersgruppe 65–69 Jahre – häufiger als deutsche Frauen am Mammografie-Früherkennungsprogramm teilnehmen (vgl. Berens et al., 2014), das sich an Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren richtet.

Subjektive Angaben zur Teilnahme an Präventionsangeboten zeichnen das Bild einer starken Ungleichheit in der Nutzung von Präventionsangeboten. Hier nehmen durchschnittlich 10 % weniger Migranten als Deutsche an Gesundheits-Check-ups, Zahnvorsorgeuntersuchungen, Krebsfrüherkennungen und Gripeschutzimpfungen teil (vgl. Brand et al., 2015). Diese Unterschiede bestehen gleichermaßen für Frauen und Männer und auch größtenteils über alle Altersgruppen hinweg. Da Migranten in Bezug auf ihren sozioökonomischen Status im Durchschnitt vergleichsweise unterprivilegiert sind, lässt sich vermuten, dass diese Ergebnisse der sozialen Lage geschuldet sind. Wenn jedoch nach sozialer Schichtzugehörigkeit unterschieden wird, bestehen die berichteten Ungleichheiten weiterhin, wobei die Teilnahme an Prävention in der untersten Schicht tatsächlich am geringsten ist. Hier zeigt sich vor allem ein Zusammenspiel von Migrationshintergrund, Geschlecht und sozialer

Schicht als starke Determinanten. Danach kommen Männer mit Migrationshintergrund aus der unteren sozialen Schicht Präventionsangeboten am wenigsten nach; die berichtete Teilnahmequote liegt bei ca. 53 %. Dagegen findet sich für Frauen ohne Migrationshintergrund aus der obersten sozialen Schicht eine Quote von 88 %. Bei Ernährungs-, Bewegungs- und Entspannungsangeboten der gesetzlichen Krankenkassen zeigt sich, dass Migranten auch diese Angebote weniger in Anspruch nehmen als die Gesamtbevölkerung (vgl. Brand et al., 2015).

Insgesamt ist die Aussagekraft vieler Studien in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund jedoch oft noch gering. Bestehende Studien stützen sich beispielsweise auf Daten aus telefonischen Surveys, die u. a. aufgrund unterschiedlicher Verteilungen von Festnetzanschlüssen die Gefahr einer Auswahlverzerrung beinhalten. Zudem sind viele der Befragungsstudien noch nicht ausreichend migrationssensibel gestaltet, u. a. durch fehlende sprachliche Pluralität und eine wenig diverse Untersucherpopulation. Entsprechend gering ist oft die Teilnahme von Migrantinnen und Migranten.

4.7 Zugangshindernisse zu gesundheitlichen Angeboten und Diensten: Fokus Prävention

Insgesamt deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass Migranten auch über die erste Generation hinaus seltener als die autochthone Bevölkerung an Gesundheitsförderungsmaßnahmen teilnehmen. Zugangsschwierigkeiten basieren u. a. auf kulturellen, religiösen, sprachlichen und bildungsbezogenen Aspekten. So haben auch Migrantenkinder der zweiten Generation nach wie vor geringere Deutschkenntnisse und verfügen über eine geringere Bildung als Kinder ohne Migrationshintergrund (vgl. Bildungsberichterstattung, 2016). Bildungsunterschiede ziehen sich oft durch den gesamten Lebenslauf und können bedingen, dass nicht nur Unterschiede des deutschen Gesundheitssystems zum Gesundheitssystem des Herkunftslandes für Migrantinnen und Migranten problematisch sind, sondern auch Informationen über die Funktionsweise und relevante Angebote des „neuen“ Systems schwierig beschafft werden können. Dass die Integration im Bereich Gesundheit in Deutschland nicht so gut vorangekommen ist wie in einigen anderen Bereichen (etwa bei der Mobilität des Arbeitsmarkts), zeigt sich auch an den Ergebnissen des Migrant Integration Policy Index (MIPEX): Im Bereich Gesundheit liegt Deutschland für das Jahr 2014 nur auf

Rang 22 von 38 europäischen Ländern (vgl. MIPEx, 2015). Auf individueller Ebene ist auch ein Ergebnis aus dem Survey zur Gesundheitskompetenz bedenkenswert, das erhebliche Unterschiede in der Gesundheitskompetenz zuungunsten der Personen mit Migrationshintergrund aufzeigt (vgl. Quenzel et al., 2016).

Wenn Migrantinnen und Migranten gesundheitsbezogene Angebote aufsuchen, kann sich die Kommunikation mit dem medizinischen Fachpersonal als problematisch erweisen. Kontakte zu schon lange im Land lebenden Menschen, welche den Zugang zum deutschen Bildungssystem erleichtern und zwischen Migranten und dem Fachpersonal vermitteln könnten, sind unter neu Eingewanderten selten. Auch unter Frauen, die im Zuge des Familiennachzugs schon vor Jahrzehnten nach Deutschland kamen, ist ein solcher Austausch selten.

Kulturelle und religiöse Unterschiede beeinflussen das Verständnis von Gesundheit und Krankheit und prägen das Verhalten von Individuen und Gruppen, was mitunter auch eine Chance sein kann, gesundheitliche Verbesserungen für benachteiligte Gruppen zu erzielen. So weisen Religionen z. B. unterschiedliche Konzepte der Krankheitsverursachung und -beeinflussung auf, und manche Kulturen betonen die Assoziation von Krankheit und Gesundheit mit Spiritualität – z. B. mit Fokus auf die psychische Gesundheit (vgl. Klein/Albani, 2007) oder auf die Lebensqualität (vgl. O’Connell/Skevington, 2005). In Westeuropa und vielen anderen Staaten herrscht die Tendenz vor, Gesundheit und Krankheit sowie Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderung stark verwissenschaftlicht und mitunter ausschließlich von einem rein medizinisch-biologischen Standpunkt wahrzunehmen und zu verstehen. Diese Herangehensweise kann in Gruppen, die eher anderen Gesundheitskonzepten zuneigen, zu Verständnisschwierigkeiten oder gar zur Ablehnung führen und somit eine geringere Nutzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen wie auch von therapeutischen Angeboten bedingen. Der kulturelle Hintergrund spielt zudem eine Rolle, wenn es um die Äußerung von Beschwerden geht. So stellen manche Menschen eher ihre Schmerzen als andere mögliche Symptome gegenüber medizinischem Fachpersonal in den Vordergrund, was schnell zu Fehldiagnosen führen kann (vgl. Ilkic, 2002; Koch, 1996). Auch andere Barrieren sollten berücksichtigt werden: Versteckte Nutzungsgebühren oder sonstige Kosten des Gesundheitssystems bzw. von Gesundheitsförderungsangeboten sind besonders bedeutsam für Menschen mit niedrigem Sozialstatus, darunter überdurchschnittlich häufig Migrantinnen und Migranten.

4.8 Diskussion und Fazit

Das Gesundheitssystem samt den Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung muss auf sozial, kulturell, religiös und bildungsbedingte Zugangshindernisse eingehen, um bestehende Ungleichheiten zu verringern und insbesondere Ungerechtigkeiten zu minimieren. Wo vorhanden, sind gesundheitliche Vorteile von Migrantinnen und Migranten zu erhalten und zu stärken. Entsprechend zugeschnittene Angebote für Migrantinnen und Migranten können hierbei eine Rolle spielen, allerdings erscheint es nicht ratsam, vornehmlich auf getrennte Angebote zu setzen, die das Potenzial haben, Migrantinnen und Migranten von der Mehrheitsgesellschaft zu exkludieren. Migrationssensibel konzipierte Programme und Versorgungsstrukturen, die Menschen mit und ohne Migrationshintergrund gleichermaßen ansprechen, sind i. d. R. zu bevorzugen.

Migrantinnen und Migranten sind im Großen und Ganzen von ähnlichen Gesundheitsproblemen wie die autochthone Bevölkerung betroffen, und u. a. wird der demografische Wandel bedingen, dass die Bedeutung von chronischen Krankheiten für alle Gruppen weiter zunimmt (vgl. Schimany/Baykara-Krumme, 2010).

In einigen Versorgungsbereichen sind Menschen mit Migrationshintergrund als alleinige Adressatengruppe jedoch sinnvoll, um gezielt auf ihre spezifischen Probleme und Hintergründe eingehen zu können (Migrationsspezifität) (vgl. Brand et al., 2015). So können z. B. gut durchdachte geschlechtersensible Interventionen für muslimische Frauen durchgeführt werden (vgl. Spallek et al., 2010). Diese Art von Interventionen hat den Vorteil, dass sie gezielt und schneller implementiert werden kann als Angebote für eine breitere Bevölkerungsgruppe. Realistisch gesehen sind migrationsspezifische Programme für jedes einzelne Bedürfnis jeder einzelnen Untergruppe jedoch nahezu unmöglich praktisch umzusetzen.

Gesundheitsangebote, die für Menschen mit oder ohne Migrationshintergrund gleichermaßen zugänglich sein sollen, können aber auch einen Assimilationsdruck erzeugen, der die Erwartung fördert, dass sich Migrantinnen und Migranten an das deutsche Gesundheitssystem anpassen. Hier soll die interkulturelle Öffnung allen Menschen mit Migrationshintergrund gleiche Chancen der Beschaffung von Informationen, Wissen über und Zugang zum Gesundheitssystem sowie Prävention und Gesundheitsförderung ermöglichen. Für eine entsprechende migrationssensible Strategie steht im Fokus, dass beispielsweise Präventionsprogramme „bewusst und

systematisch die sozioökonomische und kulturelle Vielfalt von Lebensweisen und Wertsystemen in der Bevölkerung berücksichtigen“ (Brand et al., 2015, S. 587; vgl. auch Netto et al., 2010). Strategien der migrationssensiblen Prävention beziehen sich z. B. auf Aspekte der Darstellung, der Wahrnehmung und der Sprache. So setzt eine Strategie, die Inklusion im Fokus hat, darauf, dass individuelle Erfahrungen der Adressatengruppe eines Präventions- oder Gesundheitsförderprogramms in dessen Entwicklung einfließen. Dieser partizipative Ansatz zeichnet moderne Gesundheitsförderung generell aus. Soziokulturelle Strategien haben die Werte der relevanten Bevölkerungsgruppe im Fokus. Wichtig ist es demnach, gruppenspezifische Überzeugungen zu verstehen und für die Entwicklung der Prävention zu nutzen. Die kulturelle Öffnung von Präventionsangeboten gibt den Adressaten die Möglichkeit zur Selbstbefähigung (engl. empowerment) und kann wichtige Integrationsimpulse setzen. Auch wenn sprachliche Hürden abgemildert oder sogar komplett übersprungen werden können, ist die Gesundheitskompetenz (engl. health literacy) von Migrantinnen und Migranten noch verbesserungswürdig. Gesundheitliche Chancengleichheit wird am ehesten durch parallele und ineinandergreifende Ansätze auf institutioneller und persönlicher Ebene verbessert. Bisher bestehende Programme zur migrationssensiblen Prävention arbeiten beispielsweise mit strukturell und sozial gut in Migrantengemeinden eingebetteten Personen, die eine Brücke zwischen den sozialen bzw. Gesundheitsdiensten und der Lebenswelt der Migrantinnen und Migranten herstellen.

Um auf das eingangs genutzte Bild der U-Bahn in London zurückzukommen: Erhebliche Unterschiede bei den gesundheitlichen Chancen, bei der Lebensqualität und in Bezug auf die Lebenserwartung der Bevölkerung sind in modernen Gemeinwesen mit hoher Bevölkerungsdiversität wie Deutschland oder Großbritannien immer noch Realität. Die anschauliche Dokumentation – etwa kartografisch mit einer Nutzung lebensnaher Strukturmerkmale wie im U-Bahn-Beispiel – macht dann Sinn, wenn sie mit evidenzbasierten Handlungsoptionen zur Verringerung ungleicher Gesundheitschancen verbunden wird. Es bleibt zu hoffen, dass die lebensweltorientierten Ansätze im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes in diesem Sinne wirksam werden.

Das Präventionsgesetz nimmt dabei auch explizit auf die Gesundheitsziele Bezug (www.gesundheitsziele.de). Die Berücksichtigung der Querschnittsanforderung „gesundheitliche Chancengleichheit“ bei der Ausarbeitung und Weiterentwicklung

sowie bei der Evaluation der Gesundheitsziele ist mit gezielten Leitfragen auf Diversität hinsichtlich des Geschlechts, des sozioökonomischen Status und des Migrationshintergrunds ausgerichtet. Dies ist nur ein Beispiel der mittlerweile vielfältigen existierenden Instrumente und Orientierungsrahmen, die helfen können, nicht nur das Bewusstsein für gesundheitliche Ungleichheit im Kontext der Diversität zu schärfen, sondern auch konkretes Handeln zur Verringerung ungerechter Unterschiede präziser zu leiten.

Literatur

- Altenhofen, L./Weber, I. (1993). *Mortalität der ausländischen und der einheimischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland*. *Soz Präventivmed*, 38, S. 222–230.
- Arnold, M./Razum, O./Coebergh, J. (2010). *Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: An overview of the literature*. *European Journal of Cancer*, 46 (14), S. 2647–2659.
- BaFF e.V. – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2018). *Versorgungsbericht – Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*. 4. Auflage. http://www.baFF-zentren.org/wp-content/uploads/2018/08/Versorgungsbericht_4.Auflage.pdf (27.09.2018).
- Bean, T./Derluyn, I./Eurelings-Bontekoe, E./Broekaert, E. et al. (2007). *Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents*. *J Nerv Ment Dis*, 195 (4), S. 288–297.
- Berens, E./Stahl, L./Yilmaz-Aslan, Y./Sauzet, O. et al. (2014). *Participation in breast cancer screening among women of Turkish origin in Germany – a register-based study*. *BMC Womens Health*, 14, S. 24.
- Bildungsberichterstattung (2016). *Bildung und Migration*. In: Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hrsg.): *Bildung in Deutschland 2016. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration*. Bielefeld: Bertelsmann, S. 161–206.
- Bozorgmehr, K./Razum, O./Szecsenyi, J./Maier, W. et al. (2017). *Regional deprivation is associated with the distribution of vulnerable asylum seekers: a nationwide small areas analysis in Germany*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71 (9), S. 857–862.
- Brand, T./Kleer, D./Samkange-Zeeb, F./Zeeb, H. (2015). *Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund*. *Bundesgesundheitsblatt*, 58, S. 584–592.
- Brenne, S./David, M./Borde, T./Breckenkamp, J. et al. (2015). *Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht?* *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58 (6), S. 569–576.
- Brunner-Strepp, K. (2001). *Statistische Daten zur Zahngesundheit bei Migranten am Beispiel der Aussiedler im Landkreis Osnabrück*. In: Schneller, T./ Salman, R./Goepel, C. (Hrsg.): *Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven*. Bonn: DAJ, S. 108–113.

- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018). *Das Bundesamt in Zahlen 2017*. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2017-asyl.pdf?__blob=publicationFile (28.06.2018).
- Statistisches Bundesamt (2018). *Migration & Integration*. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/MigrationIntegration.html> (09.08.2018).
- Statistisches Bundesamt (2017). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2016*. Fachserie 1. Reihe 2.2.
- Cheshire, J. (2012). *Lives on the line: mapping life expectancy along the London Tube network*. *Environment and Planning*, 44, S. 1525–1528.
- David, M./Borde, T./Brenne, S./Ramsauer, B. et al. (2017). *Obstetric and perinatal outcomes among immigrant and non-immigrant women in Berlin, Germany*. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 296 (4), S. 745–762.
- Delekat, D (2003). *Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003-2*. Berlin: Senatverwaltung für Gesundheit.
- Elsner, M./Meidert, U. (2011). *Stages of parental engagement in a universal parent training program*. *J Prim Prev*, 32, S. 83–93.
- Eurostat (2017). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Foreign-born_population_by_country_of_birth,_1_January_2016_YB17-de.png#file (08.08.2018).
- Findlater, A./Bogoch, I. I. (2018). *Human Mobility and the Global Spread of Infectious Diseases: A Focus on Air Travel*. *Trends in Parasitology*, 34 (9), S. 772–783.
- Frank, L./Yesil-Jürgens, R./Razum, O./Bozorgmehr, K. et al. (2017). *Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland*. *Journal of Health Monitoring*, 2 (1), S. 24–47.
- Guillot, M./Khlat, M./Elo, I./Sogniac, M. et al. (2018). *Understanding age variations in the migrant mortality advantage: An international comparative study*. *PLOS One*, 13 (6), e0199669.
- Ilkic, I. (2002). *Bioethical conflicts between Muslim patients and German physicians and the principles of biomedical ethics*. *Medicine and Law*, 21, S. 243–256.
- Kaucher, S./Leier, V./Deckert, A./B, H. et al. (2017). *Time trends of cause-specific mortality among resettlers in Germany, 1990 through 2009*. *European Journal of Epidemiology*, 32 (4), S. 289–298.
- Klein, C./Albani, C. (2007). *Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis*. *Psychiatrische Praxis*, 34 (2), S. e02–e12.
- Koch, E. (1996). *Der Kranke in der türkischen Familie*. *MMW*, 138, S. 61–64.
- Kohls, M. (2015). *Sterberisiken von Migranten. Analysen zum Healthy-Migrant-Effekt nach dem Zensus 2011*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58 (6), S. 519–526.
- Kuehne, A./Fiebig, L./Jansen, K./Koschollek, C. et al. (2015). *Migrationshintergrund in der infektionsepidemiologischen Surveillance in Deutschland*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58 (6), S. 560–568.
- Kurth, B./Schaffrath Rosario, A. (2007). *Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5–6), S. 736–743.

- Labree, L./Mheen, H. van de/Trutten, F./Foets, M. (2011). *Differences in overweight and obesity among children from migrant and native origin: a systematic review of the European literature*. *Obes Rev*, S. e535–e547.
- Marcus, U./Starker, A. (2006). *HIV und AIDS. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Heft 31. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Marschall, T./Krämer, A./Prüfer-Krämer, L./Mikolajczik, R. et al. (2005). *Erhöhen Migrationen aus hohen und mittleren Endemiegebieten die Hepatitis B-Prävalenz in Deutschland?* *Dtsch Med Wochenschr*, 130 (48), S. 2753–2758.
- MIPEX – Migrant Integration Policy Index (2015). mipex.eu/Germany (08.08.2018).
- Misra, A./Ganda, O. (2007). *Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes*. *Nutrition*, 23, S. 696–708.
- Netto, G./Bhopal, R./Lederle, N./Khatoun, J. et al. (2010). *Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches*. *Health Educ Behav*, 30, S. 133–146.
- O’Connell, K./Skevington, S. (2005). *The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: themes from focus groups in Britain*. *British Journal of Health Psychology*, 10 (3), S. 379–398.
- Pieper, K. (1998). *Kinder von Spätaussiedlern haben häufiger Karies*. *Die Zahnarzt Woche*, 36, S. 10.
- Quenzel, G./Vogt, D./Schaeffer, D. (2016). *Differences in Health Literacy of Adolescents with Lower Educational Attainment, Older People and Migrants*. *Gesundheitswesen*, S. 708–710.
- Razum, O./Bozorgmehr, K. (2016). *Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: The example of Germany*. *Global Social Policy*, 16 (3), S. 321–324.
- Razum, O./Jahn, A./Blettner, M./Teitmaier, P. (1999). *Trends in maternal mortality ratio among women of German and non-German nationality in Germany, 1980 to 1996*. *Int J Epidemiol*, 28, S. 919–925.
- Razum, O./Twardella, D. (2002). *Time travel with Oliver Twist – towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants*. *Tropical Medicine and International Health*, 7 (4), S. 4–10.
- Razum, O./Zeeb, H. (2004). *Inequity, acculturation and the ‘Mediterranean paradox’*. *Int J Epidemiol*, 33, S. 1411–1412.
- Razum, O./Zeeb, H./Akgun, H./Yilmaz, S. (1998). *Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect?* *Trop Med Int Health*, 3, S. 297–303.
- Razum, O./Zeeb, H./Meesmann, U./Schenk, L. et al. (2008): *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Reeske, A./Spallek, J./Razum, O. (2009). *Changes in smoking prevalence among first- and second-generation Turkish migrants in Germany – an analysis of the 2005 Microcensus*. *Int J Equity Health*, 8, 26.
- Reiss, K./Sauzet, O./Breckenkamp, J./Spallek, J. et al. (2014). *How immigrants adapt their smoking behaviour: comparative analysis among Turkish immigrants in Germany and the Netherlands*. *BMC Public Health*, 14, S. 844.
- Ronellenfitsch, U./Kyobutungi, C./Becher, H./Razum, O. (2006). *All-cause and cardiovascular mortality among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union: a cohort study*. *BMC Public Health*, 6, S. 16.

- Schimany, P./Baykara-Krumme, H. (2010). *Zur Geschichte und demografischen Bedeutung älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland*. In: Baykara-Krumme, H./Motel-Klingebiel, A./Schimany, P. (Hrsg.): *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 43–76.
- Schlaud, M./Atzpodien, K./Thierfelder, W. (2007). *Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, S. 701–710.
- Solar, O/Irwin, A (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. WHO. Social Determinants of Health Discussion Paper (Policy and Practice).
- Spallek, J./Razum, O. (2016). *Migration und Gesundheit*. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer VS, S. 153–166.
- Spallek, J./Zeeb, H./Razum, O. (2010). *Prevention among immigrants: the example of Germany*. BMC Public Health, 10, S. 92.
- Spallek, J./Zeeb, H./Razum, O. (2011). *What do we have to know from migrant's past exposures to understand their health status? a life course approach*. Emerging Themes in Epidemiology, 8 (6).
- UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees (2017). *UNHCR Statistical Yearbook 2016*. <http://www.unhcr.org/statistics/country/5a8ee0387/unhcr-statistical-yearbook-2016-16th-edition.html> (26.09.2018).
- Will, B./Zeeb, H./Braune, B. (2005). *Overweight and obesity at school entry among migrant and German children: a cross-sectional study*. BMC Public Health, 5 (45), S. 1–7.
- Zeiger, J./Starker, A./Kuntz, B. (2018). *Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring, 3 (1), S. 40–45.

5

Frauengesundheit und Ungleichheiten

BIRGIT BABITSCH

Trotz der Annäherung zwischen den Genusgruppen bedingt durch umfangreiche gesellschaftliche Transformationen lassen sich bis dato Ungleichheiten in der Gesundheit von Frauen und Männern feststellen. Diese werden offensichtlich, wenn die bestehenden und empirisch beschreibbaren Geschlechterunterschiede im Kontext ihrer tiefen Verwurzelung in die alltäglichen Herstellungsprozesse von Geschlecht und Geschlechterverhältnisse analysiert werden. Unter Bezugnahme auf Konzepte und Theorien der Frauen- und Geschlechterforschung konnten mit der Frauengesundheitsbewegung und -forschung inzwischen umfangreiche Erkenntnisse zum Zusammenspiel zwischen den Lebensrealitäten von Frauen und Männern und ihrer Gesundheit erarbeitet werden, die mit der Etablierung der Gendermedizin eine Erweiterung um biomedizinische Ergebnisse finden. Darüber hinaus wurde insbesondere durch die Bezugnahme auf feministische Grundpositionen ein grundlegender Wandel in der medizinischen Versorgung initiiert, der u. a. zu einer Berücksichtigung sozialer Lebenswelten und einer Personenzentrierung beitrug. Allerdings ist es bis heute noch nicht geglückt, die Geschlechterperspektive systematisch in der Gesundheitsforschung und Versorgungspraxis zu implementieren. An den Vorstellungen zum „Wie“ mangelt es dabei nicht: Auf Mikro-, Meso- und Makroebene liegen unterschiedliche Ansätze vor, die sich, erweitert um die Perspektive der Intersektionalität, gewinnbringend nutzen ließen und nicht nur zu einer für beide Geschlechter verbesserten Versorgung, sondern auch zum Abbau bestehender Ungleichheiten beitragen würden.

Zunächst könnte man sich die Frage stellen: Warum bedarf es überhaupt noch eines Kapitels „Frauengesundheit und Ungleichheiten“, wo sich in Zeiten gesellschaftlicher und digitaler Transformation erhebliche Veränderungen und Angleichungen im Lebensalltag von Frauen und Männern ergeben haben. Sprechen wir heute noch von Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern oder sind es lediglich Unterschiede zwischen den beiden Genusgruppen, die es zu betrachten gilt?

Im Folgenden wird argumentiert, dass im Geschlechterverhältnis und im Zusammenspiel zwischen Geschlecht und Gesundheit Unterschiede wie auch Ungleichheiten im Sinne ungleicher Verwirklichungschancen existieren. Allerdings ist eine solche Differenzierung zwar analytisch gut herzustellen, jedoch gelingt – aufgrund

von fehlenden bzw. aktuellen Studien – die empirische Betrachtung nicht im gleichen Maße.

Im Rahmen des Beitrags wird konsequent diese doppelte Perspektive eingenommen und herausgearbeitet, wie und warum auch heute noch von Ungleichheiten in der Gesundheit von Frauen und Männern gesprochen werden muss, auch dann, wenn wir zunächst nur Unterschiede zwischen den Geschlechtern beschreiben können. Die Abgrenzung wird dabei in Anlehnung an die sozialwissenschaftliche Ungleichheits- und Geschlechterforschung vorgenommen, die Unterschiede als Vielfalt der Ausprägungen individueller Eigenschaften und Möglichkeiten fasst und Ungleichheiten als eine Besser- bzw. Schlechterstellung im Hinblick auf bewährte Güter und Verwirklichungschancen in der Gesellschaft versteht (vgl. z. B. Hradil, 2016).

5.1 Sichtbare und verdeckte Formen der Ungleichheit

Kaum eine Debatte hat in der jüngsten Zeit auf bestehende Formen der Ungleichheit und eine systematische Diskriminierung bis hin zu Übergriffen auf Frauen so aufmerksam gemacht wie die #MeToo-Debatte in der Filmbranche. Offensichtlich wurde, dass für solche Geschehnisse kollektive Prozesse verantwortlich sind, die über die Taten Einzelner hinausgehen, einem männlich dominierten Machtssystem entspringen und auf dessen Etablierung und Wiederherstellung abzielen.

Auch in anderen Lebensbereichen lassen sich nach wie vor erhebliche Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern finden (vgl. World Economic Forum, 2017), die aus Strukturen mit patriarchaler und androzentrischer Prägung resultieren. Die mit dem Begriff des Geschlechterverhältnisses dargestellten Praktiken wurden intensiv beforscht und auf Basis dessen konnten zentrale Mechanismen, Prozesse und Strukturen herausgearbeitet werden (vgl. z. B. Althoff et al., 2017; Lenz et al., 2017). Zunehmend geriet jedoch auch die Annahme der Zweigeschlechtlichkeit – als binäres, am biologischen Geschlecht orientiertes Ordnungssystem – in die Kritik der Frauen- und der sich neu etablierenden Geschlechterforschung (vgl. Richthammer, 2017; Lenz et al., 2017). Hierbei wurde einerseits die Existenz der Geschlechterkategorie hinterfragt. Andererseits wurden mit dem Ansatz des Doing Gender die alltäglichen Herstellungsprozesse von Geschlecht bzw. die Zuschreibungspraxis im Sinne eines geschlechtlichen Codierens, d. h. der Zuordnung eines Geschlechtes zu geschlechtsneutralen Medien bzw. Bereichen, wie Berufe (vgl. Richthammer, 2017), herausgear-

beitet. Als Kritik an der Frauenbewegung wurde mit dem Ansatz der Intersektionalität auf die Verschiedenheit innerhalb der Genusgruppen und damit die Bedeutung weiterer sozialer Differenzierungsmerkmale hingewiesen.

Degele (2008, zit. n. König, 2018) klassifiziert die geschlechtertheoretischen Strömungen in drei zentrale Ansätze: die strukturorientierte Gesellschaftskritik, der interaktionistische Konstruktivismus und der diskurstheoretische Dekonstruktivismus. Beim Erstgenannten wird Geschlecht als Strukturkategorie gefasst und auf das bestehende Geschlechterverhältnis rekurriert. Dem zweiten Strang lässt sich der Ansatz des Doing Gender zuordnen, da hier die Interaktionen und Prozesse der (Re-)Produktion von Geschlecht im Fokus stehen. Der dritte Ansatz dekonstruiert zentrale Kategorien wie Geschlecht oder Heteronormativität.

In einer aktuellen Übersichtsarbeit sind Hammarström und Hensing (2018) der Frage nachgegangen, ob, welche und wie Gendertheorien in den Gesundheitswissenschaften Anwendung finden. Dabei wählten sie sechs Schwerpunktheft zum Thema Geschlechterforschung in Public Health aus. Sie konnten aufzeigen, dass sich alle der oben genannten Theoriestränge in den Publikationen finden. Die Geschlechtertheorien wurden jedoch unterschiedlich genutzt, z. B. zur Entwicklung eines Untersuchungsmodells oder zur Entwicklung von Hypothesen herangezogen; jedoch bestanden bzgl. der gesundheitlichen Outcomes die geringsten geschlechtertheoretischen Bezüge. Dies traf auch für die (wenigen) quantitativen Arbeiten des Samples zu. Von den 33 Studien hatten zudem nur vier Autor*innen einen Public-Health-Hintergrund.

Eine wichtige Zielgröße ist aus Sicht der Frauen- und Geschlechterforschung die Geschlechtergerechtigkeit, die sich „als Freiheit zu unterschiedlichen, nicht durch das Geschlecht vorgezeichneten Seins- und Lebensweisen, die auf Gleichheit in der Verteilung von Ressourcen und Wertschätzung beruht“ (Pimminger, 2017, S. 42), definieren lässt. Dabei lassen sich strukturelle und symbolische Dimensionen der Geschlechtergerechtigkeit unterscheiden. Bei Erstgenanntem wird auf ungleiche Positionen von Frauen und Männern in relevanten gesellschaftlichen Bereichen rekurriert; beim Zweitgenannten werden die unbewussten und bewussten Vorstellungen zu Geschlecht, Weiblichkeit und Männlichkeit sowie dem Geschlechterverhältnis, die eingeschrieben sind in die „Denk- und Wertordnungen einer Gesellschaft“ (Pimminger, 2017, S. 46) und damit zur (Re-)Produktion von Geschlechterungleichheiten konstitutiv beitragen, adressiert.

5.2 Die Bestimmung von Ungleichheiten bei Frauen und Männern

In den meisten industrialisierten Ländern, so auch in Deutschland, haben umfassende gesellschaftliche Umbrüche stattgefunden, die zu weitreichenden Veränderungen in den Lebensverhältnissen von Männern und insbesondere von Frauen beitrugen. Ausgangspunkt waren oftmals soziale Bewegungen. Zu nennen seien hier die erste und die zweite Frauenbewegung, die sich gegen patriarchale Strukturen wandten und elementare Bürgerrechte (wie das Wahlrecht, das Recht auf Bildung und die Freiheit, über die eigene Lebensgestaltung autonom zu entscheiden) auch Frauen zusprachen sowie explizit gegen die Benachteiligungen von Frauen antraten (vgl. Ehlert, 2016; Richthammer, 2017). Darüber hinaus zielten beide Frauenbewegungen auf das Recht von Frauen, selbstbestimmt über die Gestaltung ihres Lebens und ihres Körpers entscheiden zu können (vgl. Babitsch et al., 2012; Maschewsky-Schneider, 2016). Der Slogan der zweiten Frauenbewegung „Mein Körper gehört mir“ ging mit seinem Postulat weit über das von Frauen geforderte Recht auf Abtreibung hinaus und schloss eine Kritik des Frauenbildes und des Umgangs mit Frauen in der Medizin ein. Die sich in dieser Phase gründende Frauengesundheitsbewegung forderte dementsprechend eine Entmedikalisierung von lebensphasenbedingten Veränderungen des Körpers von Frauen, die Berücksichtigung von psychosozialen Aspekten und der Lebenslagen von Frauen sowie eine an den Interessen und Bedürfnissen von Frauen orientierte medizinische Versorgung (vgl. Schneider, 1981). Inzwischen haben viele der Forderungen der Frauengesundheitsbewegung Eingang in die Debatte um eine qualitative hochwertige und personenzentrierte Versorgung gefunden (vgl. Babitsch et al., 2012; Maschewsky-Schneider, 2016); wenngleich deren Implementierung noch lange nicht abgeschlossen ist.

Nutzt man die klassischen Merkmale sozialer Ungleichheit für Frauen und Männer in Deutschland, so fällt auf, dass trotz Angleichungen im Bereich der schulischen Bildung nach wie vor Unterschiede bei der Berufswahl bestehen und eine Schlechterstellung bei Indikatoren, wie berufliche Stellung und Einkommen, vorliegt. Die Ausgangslage lässt sich aktuell wie folgt kennzeichnen: Bis dato präferieren Frauen frauendominierte und Männer männerdominierte Berufe; nur jeweils etwa 10 % entscheiden sich für einen vom anderen Geschlecht dominierten Beruf (vgl. BMFSFJ, 2017). Der Anteil der Frauen, die erwerbstätig sind, ist kontinuierlich gestiegen, liegt

aber mit 73,4 % immer noch unter dem Anteil der Männer mit 81,7 % bezogen auf die Gesamtbevölkerung in der Altersgruppe 15 bis 65 Jahre (vgl. Statistisches Bundesamt, 2016). Allerdings ist dabei der unterschiedliche Erwerbsstatus zwischen Frauen und Männern zu berücksichtigen, bei dem sich nach wie vor ein deutlich höherer prozentualer Anteil von in Teilzeit Beschäftigten bei den Frauen im Vergleich zu den Männern zeigt. Dies traf 2011 fast für die Hälfte der Frauen zu; der Anteil bei den Männern betrug lediglich 10 % (vgl. Statistisches Bundesamt, 2012).

Betrachtet man die Erwerbsquoten in Europa, liegt Deutschland im oberen Bereich; nicht jedoch bei dem prozentualen Anteil der Hochqualifizierten: Während bei den Männern mit 29 % die Quote über dem EU-Durchschnitt (26 %) liegt, wird dieser bei den Frauen mit 26 % (EU-Durchschnitt 32 %) unterschritten (vgl. Statistisches Bundesamt, 2012). Ein Drittel der Frauen ist in Führungspositionen tätig und liegt damit ebenfalls unter dem EU-Durchschnitt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2012; Dhatt et al., 2017). Auch besteht in Deutschland ein Gender Pay Gap, der 2010 in Deutschland bei rund 23 % lag (vgl. Statistisches Bundesamt, 2012; Dhatt et al., 2017).

Eine ausschließlich quantitative Betrachtungsweise greift jedoch zu kurz, da erst qualitative Untersuchungen Ungleichheiten identifizieren, die dem bestehenden Geschlechterverhältnis entspringen und dieses dauerhaft perpetuieren. Dies geschieht über ein komplexes Wirkungsgeflecht, das sich aus Differenzen und Ungleichheiten in der Erwerbsbiografie, den Rollenbildern und Stereotypen, den persönlichen Präferenzen und Verhaltensmustern konstituiert (vgl. BMFSFJ, 2017). Dies lässt sich u. a. am Beispiel der Wahl des Ausbildungsberufes festmachen, wo – wie gezeigt – eine hohe Konstanz der von Frauen und Männern gewählten Ausbildungsberufe besteht. Die Wahl des Ausbildungsberufes ist sicherlich individuell durch die jeweils spezifischen Interessen und Talente geprägt; gleichwohl haben gesellschaftliche Vorstellungen und Normen einen Einfluss auf das, was als passend für die jeweilige Genusgruppe betrachtet wird. Zugleich trägt die Wahl des Ausbildungsberufes zur Aufrechterhaltung der Geschlechterungleichheit bei, da viele der von Frauen gewählten Ausbildungsberufe in vollzeitschulischen Systemen verortet sind und damit in der Ausbildung keine Vergütung vorsehen, oftmals hierfür sogar ein Schulgeld zu entrichten ist, und somit auch keine Anerkennung in der Sozialversicherung finden (vgl. BMFSFJ, 2017). Des Weiteren lassen sich vereinende Merkmale bei den frauendominierten Berufen erkennen, wie die Dominanz sozialer Tätigkeiten, eingeschränkte autonome Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten sowie geringe Verdienst- und

Aufstiegsmöglichkeiten. Damit erfahren Frauen im Bereich der Erwerbsarbeit eine strukturelle Benachteiligung, die tief in die Prozesse und auch in die Kultur der einzelnen Branchen eingeschrieben ist, und sogar, wie Gildemeister und Wetterer (1992) herausgearbeitet haben, die Berufe selbst charakterisiert.

Die Folgen für Frauen bleiben jedoch nicht auf die Phase der Erwerbstätigkeit begrenzt, sondern finden eine Fortsetzung bis in das Rentenalter hinein, wo sich durch die niedrigeren Arbeitsentgelte auch niedrigere Rentenbezüge generieren. Ein weiterer Punkt, der sich für Frauen negativ auf die Versorgung im Rentenalter auswirken kann, sind die Phasen der Nichterwerbstätigkeit und der Teilzeitbeschäftigung und damit die Übernahme von unbezahlter, reproduktiver Arbeit in der Gesellschaft (vgl. BMFSFJ, 2017; Pimminger, 2017).

Trotz geringfügiger Verschiebungen ist die reproduktive Arbeit nach wie vor die Domäne der Frauen. Die Argumentation ist dabei an das biologische Geschlecht und davon abgeleitete Vorstellungen der Rollenzuständigkeiten geknüpft, die sich nach wie vor sehr gut an der Frage der Kinderbetreuung, insbesondere der Kleinkinder, festmachen lassen. Der Anteil der Frauen, die aufgrund der Kinderbetreuung ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen, ist bis dato deutlich höher als der Anteil bei den Männern, obgleich durch staatliche Förderinstrumente eine Zunahme bei der Elternzeit – wenngleich mit einer i. d. R. kurzen Dauer der Erwerbsunterbrechung – von Männern zu beobachten ist (vgl. BMFSFJ, 2017, 2018). Für eine tiefergehende Erklärung sind weitere Differenzen zwischen den Genusgruppen zu berücksichtigen, die ihren Ursprung ebenfalls im Geschlechterverhältnis haben und ein Resultat der mit dem sozialen Geschlecht verbundenen Prozesse und Strukturen sind. Auch wenn die Rolle des männlichen Hauptverdieners – ursprünglich im Sinne des Alleinverdieners – brüchig geworden ist, übersteigt der Verdienst der Männer oftmals den Verdienst der Frauen, sodass hierdurch die individuelle Wahl eingeschränkt ist (vgl. BMFSFJ, 2018). Damit wirken die durch das Geschlechterverhältnis produzierten Ungleichheiten auch bei Fragen der familialen Organisation der Kinderbetreuung, insbesondere im Kleinkindalter, stark strukturierend.

5.3 Unterschiede und Ungleichheiten in der Gesundheit von Frauen und Männern

Frauen sind anders krank als Männer, so lautet der Buchtitel von Ulrike Maschewsky-Schneiders grundlegender Arbeit (vgl. Maschewsky-Schneider, 1997), die in einer überzeugenden Systematik die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Deutschland aufgearbeitet hat. Kurz zusammengefasst zeigten sich eine geringere frühzeitige Sterblichkeit und eine höhere Lebenserwartung bei den Frauen im Vergleich zu den Männern. Auch hinsichtlich des Krankheitsspektrums ließen sich deutliche Unterschiede zwischen den beiden Genusgruppen feststellen, bei denen Frauen häufiger chronische und nicht tödlich verlaufende Erkrankungen aufwiesen (z. B. Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises), während bei den Männern Erkrankungen mit einem höheren Sterblichkeitsrisiko (z. B. Myokardinfarkt) überwogen. Dieser Sachverhalt, der geringeren Sterblichkeit bei den Frauen bei gleichzeitig höherer Morbidität, wurde auch als Genderparadox (vgl. Verbrugge, 1985, 1990) beschrieben. Verbrugge (1985, 1990) lieferte mit ihrer Systematik hierfür einen Erklärungsrahmen, der fünf wesentliche Einflussfaktoren differenziert: 1) die biologisch-genetischen Unterschiede, 2) die erworbenen Risiken, 3) psychosoziale Faktoren, 4) die Bereitschaft, über Krankheiten zu sprechen und 5) die Erfahrungen im Gesundheitssystem.

Seitdem lassen sich auf Basis epidemiologischer Daten Veränderungen in der Gesundheit von Frauen und Männern erkennen, die zwar nicht grundlegend den Befund aus den 1990er-Jahren aufheben, aber dennoch auf interessante Angleichungen und neue Differenzen zwischen den Geschlechtern hinweisen. Im Folgenden werden einzelne Befunde für Deutschland exemplarisch dargestellt. Für eine ausführliche Darstellung wird auf die inzwischen breit verankerte Gesundheitsberichterstattung in Deutschland sowie auf internationale Gesundheitsberichte verwiesen (vgl. RKI, 2015, 2018).

Die Lebenserwartung hat sich in Deutschland, wie auch in Europa, kontinuierlich erhöht (vgl. Tab. 5.1). Die mittlere Lebenserwartung betrug 2015 83,2 Jahre bei den Frauen und 78,3 Jahre bei den Männern; die gesunde Lebenserwartung liegt niedriger mit 67,5 Jahren bei den Frauen und 65,3 Jahren bei den Männern.

Tab. 5.1: Durchschnittliche und gesunde Lebenserwartung in Deutschland im Zeitverlauf
(¹ Statistisches Bundesamt, 2018; ² Eurostat, 2018)

	Durchschnittliche Lebenserwartung ¹			Gesunde Lebenserwartung ²		
	Frauen	Männer	Differenz	Frauen	Männer	Differenz
1995	79,72	73,29	6,43			
2000	81,07	75,11	5,96			
2005	82,08	76,64	5,44	54,8	54,5	0,3
2010	82,73	77,72	5,01	58,7	57,9	0,8
2015	83,20	78,31	4,89	67,5	65,3	2,2

Im zeitlichen Trend nimmt der Gender Gap in der Lebenserwartung zwischen Frauen und Männern ab. Lag dieser Unterschied in den 1990er-Jahren noch bei 6,4 Jahren, so weist er 2015 nur noch eine Differenz von 4,9 Jahren zugunsten der Frauen auf. Gründe für die Angleichung der Geschlechter in der Lebenserwartung sind mannigfaltig und umfassen sowohl biologische als auch gesellschaftliche, soziale und verhaltensbezogene Einflussfaktoren (vgl. z. B. Kolip/Lange, 2018). In einer aktuellen Analyse sind Sundberg et al. (2018) dieser Frage nachgegangen und konnten drei Erklärungsmuster erkennen: erstens, die stärkere Reduktion in den Mortalitätsraten bei den Männern im Vergleich zu den Frauen (insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen); zweitens, ein Rückgang bei den krankheitsspezifischen Todesursachen bei den Männern, während sich ein Anstieg bei den Frauen zeigt (z. B. tabakassoziierte Krebserkrankungen) und drittens, eine stärkere Zunahme der Todesfälle bei den Frauen im Vergleich zu den Männern bei insgesamt steigenden Todesfällen (z. B. Morbus Alzheimer). Insgesamt betrachtet trägt die erstgenannte Veränderung zur stärksten Reduktion des Gender Gap in der Lebenserwartung bei. Auch Kolip und Lange (2018) haben den Einfluss der Geschlechterungleichheit auf die Lebenserwartung für die Europäische Union untersucht. Im Ländervergleich zeigt sich zunächst eine große Diskrepanz in der Lebenserwartung von Frauen und Männern und folglich in dem darin bestehenden Gender Gap. Der niedrigste Gender Gap zeigt sich für die Niederlande mit 3,3 Jahren und der höchste mit 10,5 Jahren für Litauen (vgl. Kolip/Lange, 2018). Auch wenn die Assoziation schwach ausgeprägt war, zeigte sich in den Ländern mit größerer Geschlechterungleichheit ein stärker ausgeprägter Gender Gap. Stärker fällt die Assoziation bei einer separaten Betrachtung

tung der Lebenserwartung von Frauen und Männern aus, sodass eine höhere Geschlechtergerechtigkeit mit einer positiven Wirkung auf die Lebenserwartung von Frauen und Männern einhergeht. Einen ähnlichen Befund stellten Kavanagh et al. (2018) für die subjektive Gesundheit bei Männern dar.

Auch in der Morbidität lassen sich deutliche Geschlechterunterschiede erkennen. Als ein valider und übergreifender Indikator zur Beschreibung der Gesundheit hat sich die subjektive Einschätzung der Gesundheit erwiesen. Zwei Drittel der Erwachsenen beurteilen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Allerdings differieren die in den aktuellen bevölkerungsrepräsentativen Studien (DEGS1, GEDA 2012, GEDA 2014/2015-EHIS) ermittelten prozentualen Anteile und liegen zwischen 68,5 % und 74,7 % (vgl. RKI, 2014a, 2015; Lampert et al., 2018). Gering ist der prozentuale Anteil bei den Erwachsenen, die ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht bewerten, mit Werten zwischen 2,7 % bis 5,5 %. Frauen schätzen im Unterschied zu Männern ihren allgemeinen Gesundheitszustand geringfügig, aber – mit Ausnahme der GEDA 2014/2015-EHIS – signifikant schlechter ein (vgl. RKI, 2014a, 2015; Lampert et al., 2018). Im zeitlichen Trend hat sich damit eine Annäherung zwischen den Genusgruppen ergeben, da in den 1990er-Jahren die Beurteilung der subjektiven Gesundheit bei den Frauen deutlich negativer als bei den Männern ausfiel (vgl. RKI, 2015).

Frauen sind nach Ergebnissen der GEDA-Studie häufiger von chronischen Krankheiten als Männer betroffen (vgl. RKI, 2014b). Der prozentuale Anteil lag 2012 bei den Frauen bei 43 % und bei den Männern bei 38,4 %. Allerdings fühlen sich beide Genusgruppen durch ihre Gesundheit bei der Ausübung ihrer Alltagsaktivitäten annähernd gleich eingeschränkt (vgl. RKI, 2014c). Dies traf für ein Drittel der Frauen und Männer zu; davon fühlten sich jeweils 11 % erheblich eingeschränkt. Bei Betrachtung einzelner Erkrankungen zeigen sich hinsichtlich der Inzidenz, Prävalenz und Letalität jeweils spezifische Ausprägungen im Geschlechtervergleich. So sind z. B. Männer häufiger in jüngeren Jahren von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems betroffen; bei Frauen erhöhen sich die Prävalenzen mit einer zeitlichen Verzögerung von 10 bis 15 Jahren (vgl. Oertelt-Prigione/Regitz-Zagrosek, 2012). Nach Ergebnissen der GEDA-Studie 2012 lag bei 7 % der Frauen und bei fast 10 % der Männer eine diagnostizierte koronare Herzerkrankung vor (vgl. RKI, 2014d). Der Anteil ist bei den Männern in allen Altersgruppen höher; wobei die Geschlechterdifferenz in den höheren Altersgruppen stärker ausgeprägt ist. Frauen weisen hingegen höhere

Prävalenzen bei muskuloskelettalen und psychischen Erkrankungen auf als Männer (vgl. RKI, 2015). Die GEDA-Studie 2012 deutet auf eine höhere Prävalenz bei der diagnostizierten Depression oder depressiven Verstimmung bei Frauen mit 10 % als bei Männern mit 6 % hin (vgl. RKI, 2014e).

Die beschriebenen Unterschiede können Ausdruck geschlechterspezifischer Ungleichheit sein, die sich sowohl bei der Entstehung von Erkrankungen als auch in der Bewältigung der Krankheit finden können. Dies ist eng verknüpft mit den unterschiedlichen Lebenslagen von Frauen und Männern sowie mit den Prozessen des Doing Gender. Zudem können die Geschlechterdifferenzen in der Inzidenz- und Prävalenzbeschreibung auch Artefakte sein, die mit der Erfassung von Beschwerden bzw. Erkrankungen zusammenhängen können. Einfluss darauf haben u. a. Geschlechterunterschiede im Hilfesuchverhalten sowie bei der Wahrnehmung von gesundheitlichen Problemen in der medizinischen Versorgung. Hinweise liegen dazu vor, dass in der Durchführung ärztlicher Konsultationen Elemente des Geschlechterverhältnisses immanent sind und damit zur (Re-)Produktion von Geschlecht und Geschlechterstereotypen beitragen (vgl. Hornberg et al., 2016; Samulowitz et al., 2018). Dies führt dazu, dass z. B. Krankheiten „vergeschlechtlicht“ und in der Folge dem zugeordneten Geschlecht eher zugeschrieben werden, was zu einer Überdiagnostik und unter Umständen auch zu einer Unterdiagnostik bei den zu behandelnden Personen führen kann. Beispiele hierfür sind der Myokardinfarkt mit einer männlichen Konnotation und Depressionen mit einer weiblichen Konnotation. Entlarvend sind Feststellungen von Normalität und Abweichung von der Normalität z. B. bei den Symptomen, die auf eine einseitige normativ geprägte Ausrichtung des Wirklichkeitsraumes hinweisen. Als Beispiel sind die als anormal titulierten Herzinfarktsymptome bei Frauen zu nennen. Aufgrund der in weiten Teilen an männlichen Standards orientierten Gesundheitsforschung besteht hier noch ein erheblicher Forschungsbedarf, zu dem die Gendermedizin auf der Ebene der Krankheitsentstehung und -progression wichtige Erkenntnisse beisteuern kann ebenso wie die sozial- und gesundheitswissenschaftliche Frauen- und Geschlechterforschung auf der Ebene des Einflusses der Lebenswelten auf das Entstehen von Krankheiten, den Umgang mit Erkrankungen und das Erleben gesundheitlicher Versorgungen.

5.4 Ungleiche Gesundheit, ungleiche Gesundheitsversorgung

Die Frage nach einer angemessenen Gesundheitsversorgung war ein zentraler Gegenstand der zweiten Frauenbewegung und der sich daraus entwickelnden Frauengesundheitsbewegung (vgl. Babitsch et al., 2005; Maschewsky-Schneider, 2016). Im Zentrum stand dabei, die Bedürfnisse von Frauen wahrzunehmen und anzuerkennen, ohne dabei natürliche biologische Körperprozesse von Frauen zu medicalisieren oder altersbedingte Veränderungen, wie in der Menopause, negativ zu attribuieren. Die Frau – als eigenständige und nicht vom männlichen Ideal abgeleitete Person – musste zunächst einmal Eingang in die Medizin finden. Dies erfolgte zum einen mittels eigener Strukturen, die durch die Frauengesundheitsbewegung aufgebaut wurden und damit Frauen Möglichkeiten boten, eine frauengerechte Versorgung zu realisieren. Zum anderen trugen diese Praxiserfahrungen gepaart mit der entstehenden Frauengesundheitsforschung dazu bei, dass die Erwartungen an eine gute gesundheitliche Versorgung dezidiert und in umfassenden Forderungen an das Medizinsystem gebündelt wurden und zu einer sukzessiven, bis dato noch nicht abgeschlossenen Veränderung der medizinischen Versorgungsstrukturen führten. Vor allem die Geburtshilfe kann wie kaum ein anderer Bereich diesen Kulturwandel bei der Berücksichtigung der Versorgungswünsche und adäquater Versorgungsangebote von Frauen gut abbilden. Darüber hinaus hat die Frauengesundheitsbewegung und -forschung zu einem weitreichenden Paradigmenwechsel in der Medizin beigetragen, der sich insbesondere in der Verbreitung und zunehmenden Verankerung des biopsychosozialen Gesundheitsmodells, der Stärkung der Selbstbestimmung des Einzelnen bei Entscheidungen zu Gesundheit und Krankheit, der Berücksichtigung von Lebenslagen bei der Diagnose und Therapie von Krankheiten und der Etablierung der Gesundheitsförderung niederschlug (vgl. Babitsch et al., 2012).

In zahlreichen Forschungs- und Praxisprojekten wurde der Frage nach einer frauen- und geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung nachgegangen (vgl. Maschewsky-Schneider, 2016). Die Erkenntnisse dieser Forschungsprojekte lieferten konkrete Hinweise auf Versorgungsdefizite und auf notwendige Anpassungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Zentrale Forschungsbereiche waren zunächst die reproduktive Gesundheit, die medizinische Versorgung von Frauen mit Krebserkrankungen und psychischen Erkrankungen, gesundheitliche Folgen (häus-

licher) Gewalt und die Menopause von Frauen. Inzwischen liegen umfangreiche gesundheitswissenschaftliche Forschungsarbeiten zu einer Vielzahl von Erkrankungen vor. Ein wesentliches Merkmal dieser Arbeiten ist, dass Fragen der medizinischen Versorgung vor dem Hintergrund der sozialen und biografischen Lebenssituation von Frauen und ihren Lebensbezügen bearbeitet und damit die Komplexität der jeweiligen Behandlungs- und Lebenskontexte aufgegriffen wurden. Neben quantitativen Studien finden sich konsequenterweise viele qualitative Studien in diesem Forschungsfeld.

In jüngster Zeit hat sich parallel dazu die Gendermedizin etabliert, die aus biowissenschaftlicher und medizinischer Perspektive Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei der Entstehung und der Progression von Krankheiten sowie deren Diagnostik und Therapie untersucht (vgl. Rieder/Lohff, 2014; Oertelt-Prigione/Regitz-Zagrosek, 2012). Der Schwerpunkt liegt damit im pathophysiologischen und medizinisch-klinischen Bereich (vgl. Maschewsky-Schneider, 2016). Die Gendermedizin trägt insbesondere durch die Grundlagenforschung und die klinische Forschung wesentlich dazu bei, die zugrunde liegenden Mechanismen geschlechterspezifischer Unterschiede zu verstehen. Im Vordergrund stehen damit Forschungsarbeiten, die das biologische Geschlecht adressieren. In einem weiteren Strang der Gendermedizin wird die medizinische Versorgung auf immanente Geschlechterunterschiede und auf das Vorliegen eines Gender Bias, d. h. einer nicht legitimierten Bevorzugung eines Geschlechtes, untersucht. Im Mittelpunkt standen dabei zunächst die Analysen in der kardiovaskulären Versorgung, die sowohl auf relevante, oftmals nicht ausreichend berücksichtigte Unterschiede in der Diagnostik und Therapie als auch auf eine schlechtere Versorgung von Frauen im Sinne des Gender Bias z. B. bzgl. der Medikation hinwiesen (vgl. Rieder/Lohff, 2004; Oertelt-Prigione/Regitz-Zagrosek, 2012). Inzwischen liegen für zahlreiche weitere Erkrankungen, z. B. Depressionen und Osteoporose, Erkenntnisse zu geschlechterspezifischen Unterschieden vor.

5.5 Gender in Public Health

Mit der Etablierung von Public Health in Deutschland hat die Frauengesundheitsforschung eine Verankerung gefunden und von Beginn an dafür gesorgt, dass frauen- und geschlechterspezifische Fragen Eingang darin finden (vgl. Maschewsky-Schneider, 2016). Mit der Gründung von Arbeitsgruppen in den relevanten Fach-

gesellschaften wurde dieser Bereich thematisch integriert, ohne jedoch systematisch im Aufbau der gesundheitswissenschaftlichen Forschung verankert zu werden. Das Bewusstsein für frauen- und geschlechterspezifische Fragestellungen in der sich neu etablierenden Public-Health-Community war individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt und führte in der Folge dazu, dass in zahlreichen gesundheitswissenschaftlichen Forschungsprojekten diese Perspektive unzureichend beleuchtet wurde. Im Sog gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, die u. a. aus den Strategien des Gender Mainstreamings und der Forderung von forschungsfördernden Institutionen nach expliziter Berücksichtigung von Gender in Anträgen resultierten, erfolgte eine ausgedehntere Berücksichtigung der Geschlechterperspektive, deren Breite und Tiefe jedoch in den Forschungsarbeiten stark variieren (vgl. z. B. Fuchs/Maschewsky-Schneider, 2002, 2003; Babitsch, 2005).

Erforderte die Berücksichtigung der Geschlechterperspektive in der Aufbau- und ersten Konsolidierungsphase der gesundheitswissenschaftlichen Forschung z. T. heftige Argumentationen, kann für die letzten zehn Jahre eine höhere Akzeptanz und Selbstverständlichkeit wahrgenommen werden. Dazu haben, neben den benannten kontextuellen Veränderungen, sicherlich auch die unterschiedlichen Aktivitäten der gesundheitswissenschaftlichen Geschlechterforschung beigetragen. Zudem dürfte dem Frauengesundheitsbericht (vgl. BMFSFJ, 2010) eine gewisse Bedeutung zukommen, da er durch seine methodische Vorgehensweise für nachhaltige Impulse für eine frauen- und geschlechtergerechte Berücksichtigung in der sich damals etablierenden Gesundheitsberichterstattung sorgte und wesentliche Erkenntnisse zur Gesundheit von Frauen präsentierte. Inzwischen wird in der Gesundheitsberichterstattung nahezu standardmäßig nach Geschlecht und weiteren sozialen Differenzierungsmerkmalen, wie sozialer Status und Alter, stratifiziert; allerdings geht die Adressierung geschlechterspezifischer Unterschiede oftmals nicht über eine Beschreibung der Verteilung bei Frauen und Männern (Sex Counting) hinaus; ein Umstand, der sich ebenso in vielen gesundheitswissenschaftlichen Forschungsarbeiten findet.

5.6 Die Krux mit dem Gender Bias

Sehr intensiv wurde in der Frauenforschung die Frage nach angemessenen Forschungsmethoden diskutiert, die zugleich auch die bis dato herrschenden methodisch-konzeptuellen Vorstellungen zu wissenschaftlicher Forschung infrage stellten

(vgl. Althoff et al., 2017). Im Mittelpunkt stand dabei das Wissenschaftsverständnis, das sich z. B. in der Auseinandersetzung mit der Objektivität des/r Forscher*in und der Forschungsmethodik sowie mit der Rolle und Einbindung der Forschungsteilnehmenden ausdrückte. Auch wurden die quantitative Ausrichtung der Forschung und die damit zu erzielenden Forschungserkenntnisse hinterfragt. Diesem Forschungsparadigma wurden Ansätze einer feministischen Forschung entgegengestellt, bei der die Subjektivität der Forschung, die Beteiligung der Beforschten und eine qualitativ orientierte Forschungsmethodologie wesentliche methodisch-konzeptuelle Ansatzpunkte darstellen (vgl. Althoff et al., 2017).

In den Anfängen der Frauenforschung galt es zunächst, vorhandene Theorien und Forschungsergebnisse auf ihre Aussagekraft für Frauen zu überprüfen und damit einer männlich geprägten Forschung die Existenz weiblicher Lebensentwürfe entgegenzustellen. Dies schloss auch das Infragestellen zentraler Begrifflichkeiten und Konstrukte, z. B. das Modell des Hauptverdieners, ein, sodass deren implizite Verankerung in patriarchalen und androzentrisch geprägten Denkmodellen sichtbar wurde.

Eichler (1991) hat mit der Identifikation unterschiedlicher Formen des Sexismus in der Forschung einen wichtigen Beitrag zur nicht sexistischen Forschung geleistet. Sie unterscheidet drei Hauptformen und insgesamt acht dazugehörige Spezialformen. Als Hauptformen lassen sich der Androzentrismus, die Geschlechtersensibilität und der doppelte Bewertungsmaßstab differenzieren. Der Androzentrismus impliziert, dass die Analyse- bzw. Forschungsperspektive von einem männlich geprägten Weltbild ausgeht. In der Folge gelten männliche Lebensentwürfe als Norm; weibliche Lebensentwürfe als Abweichung. Im Umkehrschluss hat Eichler (1991) den Gynozentrismus definiert. Eine Geschlechterinsensibilität besteht, wenn die Kategorie Geschlecht als irrelevant betrachtet, also schlichtweg übersehen wird. Ein doppelter Bewertungsmaßstab liegt vor, wenn Gleiches unterschiedlich oder Unterschiedliches gleich bewertet wird. Mit diesem Analyseinstrument, das sich am Forschungsprozess orientiert und sich aus spezifischen Fragen zusammensetzt, gelingt nicht nur die Identifikation, sondern auch die Behebung möglicher Probleme. In weiteren Forschungsarbeiten haben Burke und Eichler (2006) diesen Ansatz zum Bias Free Framework erweitert, sodass nun unterschiedliche Formen sozial bedingter Ungleichheit erfasst werden können.

Die nicht sexistischen Forschungsmethoden (vgl. Eichler, 1991) wurden stark in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung rezipiert und unter dem Begriff des Gender Bias bzw. der Geschlechterverzerrung adressiert. Eichler (1998) konnte in ihren Analysen aufzeigen, dass in den Gesundheitswissenschaften und der Medizin alle Formen des Sexismus in der Forschung auftreten. Ihre Analyse zeigte, dass eine Vielzahl von Studien geschlechterinsensibel und damit keine weitergehende Analyse zu anderen Formen des Sexismus möglich ist. Zudem bestand mit dem Androzentrismus ein weiteres, dominantes Problem. Auch der doppelte Bewertungsmaßstab ließ sich auffinden, allerdings war hierfür die Darstellung bzw. die Geschlechterdifferenzierung oftmals nicht ausreichend, sodass eine Beurteilung in vielen Fällen nicht möglich war. Weitere Analysen zu spezifischen Themenbereichen oder Public-Health-Forschung kamen zu einem übereinstimmenden Ergebnis (vgl. Fuchs/Maschewsky-Schneider, 2002, 2003; Babitsch, 2005; Bolte, 2016).

5.7 Gebündeltes und theoriegeleitetes Wissen als Grundvoraussetzung für geschlechterangemessenes Handeln

Antworten auf die Frage, ob es sich bei den Differenzen zwischen Frauen und Männern in der Gesundheit um Unterschiede oder Ungleichheiten handelt, können nur theoriegeleitete und damit an den Lebenskontexten der beiden Genusgruppen orientierte Analysen liefern. Dies setzt voraus, dass bereits bei der Erfassung der Geschlechterunterschiede bis hin zur Diskussion der Forschungsergebnisse geprüft wird, ob und in welcher Weise die (Re-)Produktion von Geschlecht (Doing Gender) und das Geschlechterverhältnis auf die jeweils zu erfassenden Konstrukte wirken. Dies bedingt, dass die Kategorie Geschlecht nicht nur als eine „einfache“ Stratifizierungsvariable mit nominaler Ausprägung betrachtet wird, sondern die mit dem biologischen und sozialen Geschlecht assoziierten Merkmale theoretisch fundiert reflektiert werden. Vorhandene Analysen (vgl. Peters et al., 2016; Peters/Norton, 2018; Petkovic, 2018; Zeitler/Babitsch, 2018) weisen jedoch diesbezüglich auf ein erhebliches Manko hin. Bis dato dominiert in der Gesundheitsforschung eine merkmalsorientierte Differenzierung (Sex Counting), ohne dass die geschlechterrelevanten Implikationen ausreichend adressiert werden. So findet sich oftmals eine Unterscheidung zwischen Geschlechtern mehrheitlich bei der Darstellung der Ergebnisse, eher

geringfügig in der Diskussion und nur marginal in dem Forschungshintergrund und den Methoden (vgl. Babitsch, 2005; Zeitler/Babitsch, 2018).

Zu erklären ist dies sicherlich einerseits aus dem bestehenden epidemiologisch orientierten Anspruch, Daten nach Alter und Geschlecht zu stratifizieren; andererseits aus dem Mangel an theoretischer Fundierung, was nicht nur für die Einbeziehung der Geschlechtertheorien, sondern auch für die Forschungsarbeiten in den Gesundheitswissenschaften und der Epidemiologie als solche gilt. Auch ist es in der Public-Health-Forschung bis dato nur selten gelungen, eigene Theoriebeiträge zu entwickeln. Ein Grund kann in der Ausrichtung der Forschungsorientierung gesehen werden, die auf die Produktion von empirischen Befunden abzielt und damit u. a. der Forderung nach wissenschaftlicher Evidenz Rechnung trägt. Diese Befunde bilden im Sinne der evidenzbasierten Praxis die wesentliche Ausgangsbasis, um Entscheidungen im Versorgungskontext zu treffen. Dies ist sicherlich nicht grundlegend zu kritisieren, jedoch birgt diese Ausrichtung u. U. eine implizite Einschränkung auf methodische Standardvorgehensweisen, die weder eine umfassende Einbindung von Theorien noch explorative Ansätze zur Theorieentwicklung ermöglichen und zugleich relevante Forschungserkenntnisse, die dem festgelegten Standard nicht entsprechen, marginalisieren und damit bei Entscheidungsprozessen ausschließen.

In den wenigen Analysen zur Berücksichtigung von Geschlecht in systematischen Reviews (vgl. Petkovic et al., 2018) und Leitlinien (vgl. Weinbrenner et al., 2012; Zeitler/Babitsch, 2018) konnte aufgezeigt werden, dass Geschlechteraspekte unzureichend adressiert werden. Dies ist neben methodischen Hürden auch durch die Prozesse der Leitlinienerstellung sowie die Haltungen der Leitlinienersteller*innen begründet (vgl. Zeitler/Babitsch, 2018). Leitlinien als Instrumente, die wissenschaftliche Erkenntnisse in aggregierter und geprüfter Form in den Versorgungsprozess einbringen, sind somit eine wichtige Stellschraube, um über relevante Geschlechterunterschiede für die Versorgungspraxis zu informieren. Konkrete Vorschläge zu einer systematischen Integration der Geschlechterperspektive liegen vor (vgl. Petrokovic et al., 2018; Zeitler/Babitsch, 2018). Dennoch wird diese Chance bis dato national wie international noch unzureichend genutzt.

5.8 Ausblick

Unterschiede oder Ungleichheiten – im Sinne von ungleichen Verwirklichungschancen – in der Gesundheit von Frauen und Männern lassen sich nur sicher unterscheiden, wenn hinter den Vorhang quantitativer und auch qualitativer Beschreibungen geschaut wird und geschlechtsspezifische Gemeinsamkeiten und Differenzen theoriebasiert herausgearbeitet werden. Dies ist, wie dargelegt, bislang in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung eher selten der Fall. Damit geht einher, dass die Ergebnisse unzureichend bewertet und nicht ausreichend adäquate Maßnahmen für Frauen und Männer abgeleitet werden. Schlimmer noch, dies trägt dazu bei, dass das Geschlechterverhältnis und die immanenten Geschlechterstereotypen perpetuiert und die Chance, mit der gesundheitswissenschaftlichen Forschung zur Gleichheit zwischen den Geschlechtern beizutragen, unzureichend genutzt werden.

Am Beispiel des weithin rezipierten Public Health Action Cycle (PHAC) (vgl. Rosenbrock, 1995) wird im Folgenden eine Agenda und Vorgehensweise entwickelt, mit dem Ziel, eine Systematik zur theoriebasierten Implementierung der Frauen- und Geschlechterperspektive vorzulegen.

Der PHAC differenziert folgende Phasen: Problemdefinition – Strategieformulierung – Implementation/Umsetzung – Bewertung/Evaluation. In der Problemdefinition – als Ausgangspunkt – sollte eine umfassende Auseinandersetzung mit den in der Literatur benannten Geschlechterunterschieden erfolgen. Um die Bedeutung dieser Unterschiede bzw. Ungleichheiten für die jeweilige Frage- bzw. Zielstellung einordnen zu können, ist eine Auseinandersetzung mit den theoretischen Annahmen der Frauen- und Geschlechterforschung erforderlich. Erst auf dieser Grundlage wird eine theoretisch begründete Einordnung der Geschlechterperspektive in den jeweiligen Forschungsstand möglich und die Voraussetzung, Gender Bias in der Forschungs- bzw. Interventionskonzeption zu erkennen, geschaffen. Im nächsten Schritt – der Strategieformulierung – ist die Geschlechterperspektive als Querschnittsziel zu verankern. Hierdurch kann sichergestellt werden, dass nicht nur eine dem Forschungsstand und -interesse angemessene Berücksichtigung erfolgt, sondern auch, dass die Analysen über die in den Gesundheitswissenschaften bzw. der Medizin übliche Stratifizierung hinausgehen. Hierbei sollte auch die Vermeidung von Gender Bias ein wesentlicher Ausgangspunkt und elementarer Bestandteil der Strategie sein. Bei der Implementation und Umsetzung wird durch eine systematische Berücksichti-

gung der Geschlechterperspektive der Blick auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Frauen und Männern geschärft, sodass geschlechtergerechte Vorgehensweisen etabliert und die Reproduktion von Geschlechterunterschieden vermieden werden können. In dieser Phase ist entsprechend eine geschlechtersensible Reflexionsfähigkeit der unterschiedlichen Akteur*innen zu etablieren. Schließlich sollten die in der Strategie formulierten geschlechterbezogenen Ziele bei der Bewertung/Evaluation in angemessene Indikatoren überführt werden. Zugleich sollte in einem weiteren Analyseschritt auf mögliche geschlechtsspezifische Verzerrungen (Gender Bias) und den Beitrag zur Geschlechtergerechtigkeit eingegangen werden.

Forscher*innen sowie Praktiker*innen benötigen somit ein grundlegendes, theoriebasiertes Verständnis zu Geschlechterunterschieden, um diese in den jeweiligen Forschungsarbeiten bzw. in der Praxis entsprechend adressieren zu können. Der Aus-, Fort- und Weiterbildung kommt damit eine zentrale Rolle zu. Dabei kommt es nicht nur darauf an, theoretisch-konzeptuelle und methodische Fähigkeiten auszubilden, sondern auch ein Verständnis dafür zu erlangen, warum es bedeutsam ist, sich in den Forschungsarbeiten sowie in der Praxis mit Fragen der Geschlechtergerechtigkeit auseinanderzusetzen.

Ein wesentliches Ziel der Public-Health-Forschung ist es, zur gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen. Der Abbau geschlechterbedingter Ungleichheit ist ein wichtiger Baustein zur Erreichung dieses Metaziels. Dabei sollte jedoch nicht die Komplexität der Kategorie Geschlecht und ihre Verwobenheit mit anderen Dimensionen sozialer Ungleichheit übersehen, sondern zur kritischen Reflexion genutzt werden. Entsprechend sind in modernen Gesellschaften die Mechanismen und Muster ungleicher Lebensbedingungen spezifisch zu betrachten, die auf veränderte Verteilungen und Wirkungen von gesellschaftlicher Ungleichheit aufmerksam machen (vgl. Babitsch, 2005; Sperlich et al., 2012; Gómez-Baya et al., 2018). Dies wird besonders sichtbar, wenn ein Bezug auf Lebensphasen vorgenommen wird.

Folglich ist eine geschlechtertheoretische Auseinandersetzung, die Fragen gesellschaftlicher Konstruktion und Gestaltung sowie grundlegende Mechanismen und resultierende Normen, Strukturen und Entscheidungsräume analysiert, nach wie vor von großer Bedeutung und stellt eine wesentliche Grundlage für eine fundierte Auseinandersetzung mit den Lebenswirklichkeiten von Frauen und Männern und deren Einfluss auf die Gesundheit dar.

Literatur

- Althoff, M./Apel, M./Bereswill, M./Grulich, J. et al. (2017). *Feministische Methodologien und Methoden. Lehrbuch zur sozialwissenschaftlichen Frauen- und Geschlechterforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Babitsch, B. (2005). *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- Babitsch, B./Ducki, A./Maschewsky-Schneider, U. (2012). *Geschlecht und Gesundheit*. In: Razum, O./Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 636–660.
- Babitsch, B./Bormann, C./Gohl, D./Ciupitu-Plath, C. (2014). *Gender and utilization of health care*. In: Janssen, C./Swart, E./Lengerke, Th. v. (Hrsg.): *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results*. Heidelberg, New York u. a.: Springer, S. 101–116.
- Babitsch, B./Götz, N./Zeitler, J. (2016). *Gender und Gesundheit*. In: Jungbauer-Gans, M./Kriwy, P. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Springer Reference Sozialwissenschaften. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 1–19.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018). *Väterreport. Vater sein in Deutschland heute*. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/vaeterreport/112722> (28.08.2018).
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017). *Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung*. Berlin. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/gleichstellung-und-teilhabe/die-gleichstellungsberichte-der-bundesregierung/118040> (28.08.2018).
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010). *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*. Schriftenreihe Band 209. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bolte, G. (2016). *Gender in der Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen Biomedizin und Geschlechterforschung. Konzeptionelle Ansätze und methodische Diskussionen*. In: Hornberg, C./Pauli, A./Wrede, B. (Hrsg.): *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 103–124.
- Bormann, B. (2016). *Frauen- und Männergesundheit im Fokus der Gesundheitsberichterstattung*. In: Hornberg, C./Pauli, A./Wrede, B. (Hrsg.): *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 125–133.
- Burke, M./Eichler, M. (2006). *The BIAS FREE Framework: A Practical Tool for Identifying and Eliminating Social Biases in Health Research*. Geneva. https://www.biasfree.org/full_BF.pdf (29.08.2018).
- Dhatt, R./Thompson, K./Lichtenstein, D./Ronsin, K./Wilkins, K. (2017). *The time is now – a call to action for gender equality in global health leadership*. *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 2:e7. <https://doi.org/10.1017/gheg.2017.1>.
- Ehlert, G. (2016). *Kritik, Reflexion und Dekonstruktion. Der Einfluss der Frauen- und Geschlechterbewegungen auf die Soziale Arbeit*. *Soz Passagen*, (8), S. 217–233. <https://doi.org/10.1007/s12592-016-0245-y>.
- Eichler, M. (1991). *Nonsexist research methods. A practical guide*. New York, London: Routledge.

- Eichler, M. (1998). *Offener und verdeckter Sexismus. Methodisch-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung*. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.): *Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik*. Bern u. a.: Hans Huber, S. 34–49.
- eurostat (2018). *Healthy life years and life expectancy at birth, by sex*. <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00150&plugin=1> (27.08.2018).
- Fuchs, J./Maschewsky-Schneider, U. (2002). *Geschlechtsangemessene Publikationspraxis in den Gesundheitswissenschaften im deutschsprachigen Raum? Ergebnisse einer Literaturreview*. *Das Gesundheitswesen*, 64 (5), S. 284–291.
- Fuchs, J./Maschewsky-Schneider, U. (2003). *Berücksichtigung des Gender-Aspekts in der deutschsprachigen Public-Health-Forschung: Ergebnisse einer Projektbefragung*. *International Journal of Public Health*, 48 (4), S. 227–233.
- Gildemeister, R./Wetterer, A. (1992). *Wie Geschlechter gemacht werden. Die soziale Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit und ihre Reifizierung in der Frauenforschung*. In: Knapp, G./Wetterer, A. (Hrsg.): *TraditionBrüche. Entwicklungen feministischer Theorie*. Freiburg: Kore, S. 201–254.
- Gómez-Baya, D./Lucia-Casademunt, A./Salinas-Pérez, J. (2018). *Gender Differences in Psychological Well-Being and Health Problems among European Health Professionals: Analysis of Psychological Basic Needs and Job Satisfaction*. *International Journal Environmental Research and Public Health*, (15), S. 1474. <https://doi:10.3390/ijerph15071474>.
- Hammarström, A./Hensing, G. (2018). *How gender theories are used in contemporary public health research*. *International Journal for Equity in Health*, (17), S. 34. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0712-x>.
- Holleder, A./Mohr, G. (2016). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit in der Gender-Perspektive*. In: Hornberg, C./Pauli, A./Wrede, B. (Hrsg.): *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 335–357.
- Hornberg, C./Pauli, A./Wrede, B. (2016). *Gendersensibilität und Geschlechterwissen als Kernkompetenz in der Medizin. Voraussetzung und Chance für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung*. In: Hornberg, C./Pauli, A./Wrede, B. (Hrsg.): *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 343–363.
- Hradil, S. (2016). *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kavanagh, S./Shelley, J./Stevenson, C. (2018). *Is gender inequity a risk factor for men reporting poorer self-rated health in the United States?* *PLoS One*, 13 (7):e0200332. <https://doi:10.1371/journal.pone.0200332>.
- König, L. (2018). *Gender-Reflexion mit Literatur im Englischunterricht, Literatur-, Kultur- und Sprachvermittlung: LiKuS*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kolip, P./Lange, C. (2018). *Gender inequality and the gender gap in life expectancy in the European Union*. *European Journal of Public Health*. <https://doi:10.1093/eurpub/cky076>.
- Lampert, T./Schmidtke, C./Borgmann, L./Poethko-Müller, C. et al. (2018). *Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland*. *Journal of Health Monitoring*, 3 (2), S. 64–71. <https://doi:10.17886/RKI-GBE-2018-068>.
- Lenz, I./Evertz, S./Ressel, S. (Hrsg.) (2017). *Geschlecht im flexibilisierten Kapitalismus? Neue Ungleichheiten*. Wiesbaden: Springer VS.

- Maschewsky-Schneider, U. (2016). *Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health ist nicht Gendermedizin. Ein historischer Rückblick und eine disziplinäre Standortbestimmung.* In: Hornberg, C./Pauli, A./Wrede, B. (Hrsg.): *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive.* Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 25–50.
- Maschewsky-Schneider, U. (1997). *Frauen sind anders krank – Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland.* Weinheim, München: Juventa.
- Oertelt-Prigione, S./Regitz-Zagrosek, V. (Hrsg.) (2012). *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine.* London u. a.: Springer.
- Peters, S./Woodward, M./Jha, V./Kennedy, S./Norton, R. (2016). *Women's health: a new global agenda.* *BMJ Global Health*, 1 (3):e000080. [https://doi: 10.1136/bmjgh-2016-000080](https://doi:10.1136/bmjgh-2016-000080).
- Peters, S./Norton R. (2018). *Sex and gender reporting in global health: new editorial policies.* *BMJ Global Health*, 3 (4), e001038. [https://doi: 10.1136/bmjgh-2018-001038](https://doi:10.1136/bmjgh-2018-001038).
- Petkovic, J./Trawin, J./Dewidar, O./Yoganathan, M. et al. (2018). *Sex/gender reporting and analysis in Campbell and Cochrane systematic reviews: a cross-sectional methods study.* *Systematic Review*, 7 (1):113. [https://doi: 10.1186/s13643-018-0778-6](https://doi:10.1186/s13643-018-0778-6).
- Pimminger, I. (2017). *Theoretische Grundlagen zur Operationalisierung von Gleichstellung.* In: Wroblewski, A./Kelle, U./Reith, F. (Hrsg.): *Gleichstellung messbar machen. Grundlagen und Anwendungen von Gender- und Gleichstellungsindikatoren.* Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 39–59.
- Rásky, E. (2016). *Gender Mainstreaming rund um die Gesundheit.* In: Hornberg, C./Pauli, A./Wrede, B. (Hrsg.): *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive.* Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 71–100.
- Richthammer, E. (2017). *Spielräume für Geschlechterfragen. Re- und Dekonstruktion der Kategorie „Geschlecht“ in kunstpädagogischen Kontexten.* Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Rieder, A./Lohff, B. (Hrsg.) (2004). *Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis.* Wien, New York: Springer.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2018). *Gesundheitsmonitoring.* https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/gesundheitsmonitoring_node.html (27.08.2018).
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDfId/GesInDfId_node.html (27.08.2018).
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014a). *Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«.* Stand: 25.10.2014. Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Faktenblaetter/GEDA12/geda12_fb_inhalt.html (27.08.2018).
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014b). *Chronisches Kranksein. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«.* Stand: 25.10.2014. Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Faktenblaetter/GEDA12/geda12_fb_inhalt.html (27.08.2018).
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014c). *Gesundheitliche Einschränkungen. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«.* Stand: 25.10.2014. Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Faktenblaetter/GEDA12/geda12_fb_inhalt.html (27.08.2018).

- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014d). *Koronare Herzkrankheiten. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«*. Stand: 25.10.2014. Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Faktenblaetter/GEDA12/geda12_fb_inhalt.html (27.08.2018).
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014e). *Depression. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«*. Stand: 25.10.2014. Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Faktenblaetter/GEDA12/geda12_fb_inhalt.html (27.08.2018).
- Rosenbrock, R. (1995). *Public Health als Soziale Innovation*. *Das Gesundheitswesen*, 57 (3), S. 140–144.
- Samulowitz, A./Gremyr, I./Eriksson, E./Hensing, G. (2018). “Brave Men” and “Emotional Women”: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research and Management*. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>.
- Schneider, U. (Hrsg.) (1981). *Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung*. Frankfurt, New York: Campus.
- Sperlich, S./Babitsch, B./Hofreuter-Gätgens, K. (2012). Weiterführende Sozialstrukturmodelle für die gesundheitliche Ungleichheitsforschung – Welche Perspektiven eröffnet der Lebenslagen-Ansatz? *Gesundheitswesen*, 74 (3), e10-8. [https://doi: 10.1055/s-0031-1275712](https://doi:10.1055/s-0031-1275712).
- Sundberg, L./Agahi, N./Fritzell, J./Fors, S. (2018). Why is the gender gap in life expectancy decreasing? The impact of age- and cause-specific mortality in Sweden 1997–2014. *International Journal of Public Health*, 63 (6), S. 673–681. [https://doi: 10.1007/s00038-018-1097-3](https://doi:10.1007/s00038-018-1097-3).
- Statistisches Bundesamt (2018). *Durchschnittliche Lebenserwartung (Periodensterbetafel): Deutschland, Jahre, Geschlecht, Vollendetes Alter*. Wiesbaden. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/sid=07A5301F1D457DB84BE26C9DAF845142.GO_2_2?operation=previous&levelindex=3&levelid=1535281833417&step=3 (27.08.2018).
- Statistisches Bundesamt (2016). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus zum Arbeitsmarkt*. Fachserie 1, Reihe 4.1. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/ErwerbsbeteiligungBevoelkung.html> (27.08.2018).
- Verbrugge, L. M. (1985). *Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence*. *Journal of Health and Social Behavior*, (26), S. 156–182.
- Verbrugge, L. M. (1990). *Pathways of Health and Death*. In: Apple, Rima D. (Hrsg.): *Women, Health and Medicine in America. A Historical Handbook*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, S. 41–79.
- Weinbrenner, S./Lonnfors, S./Babitsch, B. (2010). *Gender: Neue methodische Herausforderungen bei der Leitlinienentwicklung*. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, (104), S. 547–553.
- World Economic Forum (2017). *The Global Gender Gap Report 2017*. <https://www.weforum.org/reports/the-global-gender-gap-report-2017> (30.08.2018).
- Zeitler, J./Babitsch, B. (2018). *Barrieren und Förderfaktoren für die Entwicklung von geschlechtersensiblen medizinischen Leitlinien – Eine qualitative Befragung*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. pii: S1865-9217(18)30083-7. [https://doi: 10.1016/j.zefq.2018.05.002](https://doi:10.1016/j.zefq.2018.05.002).

6

Kinder und Jugendliche: Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen

CLAUDIA SCHMIDTKE; BENJAMIN KUNTZ; THOMAS LAMPERT

Eine gesunde frühkindliche Entwicklung bestimmt maßgeblich die spätere Gesundheit. Die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) sind ein wichtiges Instrument, um Kinder in ihren Entwicklungsschritten zu begleiten und zu unterstützen. Der vorliegende Beitrag beschreibt, wie sich die Teilnahme an den U-Untersuchungen in den letzten Jahren entwickelt hat und diskutiert die Frage, welche Rolle dabei die eingeführten Erinnerungs- und Meldeverfahren gespielt haben könnten.

6.1 Einleitung

Die gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter entscheidet maßgeblich über die Gesundheit im späteren Leben. Dies gilt sowohl für die körperliche als auch für die psychische und psychosoziale Gesundheit (vgl. Lampert, 2010). Die Erkenntnisse der epidemiologischen Lebensverlaufsfor schung legen nahe, dass die Weichen für die Gesundheit sehr früh gestellt werden und bereits der Phase rund um die Geburt und den ersten Lebensjahren ein hoher Stellenwert zukommt (vgl. Ben-Shlomo/Kuh, 2002; Kuh et al., 2003). So konnten z. B. Zusammenhänge zwischen mütterlichem Stress und Rauchen während der Schwangerschaft und Beeinträchtigungen der weiteren gesundheitlichen Entwicklung des Kindes aufgezeigt werden. Zu nennen sind dabei zum einen Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen im Kindes- und Jugendalter, die in ein längerfristiges Krankheitsgeschehen münden können. Zum anderen kann es infolge von vorgeburtlichen Belastungen beim Fötus zu organischen Schädigungen kommen, die z. B. das Risiko für Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen im mittleren und fortgeschrittenen Alter erhöhen (vgl. Dragano, 2007). Vor diesem Hintergrund kommt den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen, den sogenannten U-Untersuchungen, große Bedeutung zu. Die U-Untersuchungen, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Kranken-

versicherung (GKV) gehören, zielen darauf ab, frühe Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen zu erkennen und ggf. eine Behandlung bzw. Versorgung einzuleiten. Die zehn Untersuchungstermine, die unterschiedliche entwicklungsphasenspezifische Schwerpunkte setzen, erstrecken sich von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr und decken damit ein für die gesundheitliche Entwicklung entscheidendes Zeitfenster ab. Die Teilnahme an der gesamten Untersuchungsreihe wird empfohlen und als Unterstützung für ein gesundes Aufwachsen gesehen (vgl. G-BA, 2018).

Die Bedeutung der U-Untersuchungen wird aktuell auch unter dem Gesichtspunkt der Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit diskutiert. Angesichts der zum Teil erheblichen sozialen Unterschiede in der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen wird danach gefragt, ob und inwieweit die U-Untersuchungen zu einem Ausgleich der Gesundheitschancen in der heranwachsenden Generation beitragen können. Dies erscheint möglich, wenn man einen Blick auf die Forschungsergebnisse wirft: So verweisen z. B. die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI) oder der Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD) darauf, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien in vielen Entwicklungsbereichen, die durch die U-Untersuchungen adressiert werden, häufiger Beeinträchtigungen aufweisen (vgl. Lampert et al., 2010; Lampert et al., 2015; Lampert et al., 2017). Dies gilt z. B. für die Motorik, das Sprachvermögen, das Seh- und Hörvermögen sowie die soziale, psychische und kognitive Entwicklung (vgl. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, 2015; Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, 2018). Zugleich weisen die genannten Studien darauf hin, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien seltener an den U-Untersuchungen teilnehmen (vgl. Rattay et al., 2014; Lampert et al., 2017).

Der vorliegende Beitrag setzt hier an und befasst sich mit der Frage, ob eine Verringerung der sozialen Unterschiede hinsichtlich der Teilnahme an den U-Untersuchungen zu einem Ausgleich der Gesundheitschancen im Kindes- und Jugendalter beitragen könnte. Dazu wird zunächst kurz beschrieben, wie stark die sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen ausgeprägt sind. Im Anschluss werden das Programm und die gesetzliche Verankerung der U-Untersuchungen dargestellt. Anhand von Daten der KiGGS-Studie und der Einschulungsuntersuchungen ausgewählter Bundeslän-

der wird dann, unter Berücksichtigung von sozialen Unterschieden und der Entwicklung in den letzten 10 bis 15 Jahren, die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen betrachtet. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei der Frage, ob die seit 2007 in den Bundesländern nach und nach eingeführten Erinnerungs- und Meldeverfahren zu einer erhöhten Teilnahme und darüber hinaus zu einer Verringerung der sozialen Unterschiede in der Inanspruchnahme der U-Untersuchungen geführt haben.

6.2 **Gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter**

Bei der KiGGS-Studie handelt es sich um eine bundesweite Querschnitts- und Kohortenstudie des RKI, die erstmals in den Jahren 2003 bis 2006 durchgeführt (KiGGS-Basis) und in den Jahren 2009 bis 2012 durch eine Wiederholungsbefragung (KiGGS Welle 1) fortgesetzt wurde (vgl. Lange et al., 2014). In den Jahren 2014 bis 2017 fand eine weitere Erhebung (KiGGS Welle 2) statt, deren Daten aber noch nicht vollständig vorliegen bzw. ausgewertet sind (vgl. Mauz et al., 2017). Nach den Daten von KiGGS Welle 1 zeigen 94 % der Kinder einen sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand (vgl. Lampert et al., 2015). Lediglich 6 % bewerten ihn als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht. Gleichzeitig zeigen sich aber erhebliche Unterschiede nach dem sozialen Status der Familie, der in der KiGGS-Studie anhand von Angaben der Eltern zu ihrer Bildung und beruflichen Stellung sowie zum bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen erhoben wird (vgl. Lampert et al., 2014). So beträgt der Anteil der Eltern, die den Gesundheitszustand ihrer Kinder als nur mittelmäßig oder schlechter beurteilen, in der niedrigen Statusgruppe rund 11 %, während es in der mittleren und hohen Statusgruppe lediglich 6 % bzw. sogar nur 3 % sind (vgl. Lampert et al., 2015). Die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 und auch der vorausgegangenen Basiserhebung (KiGGS-Basis) aus den Jahren 2003 bis 2006 weisen dabei darauf hin, dass sich diese Unterschiede nicht in erster Linie auf ein verstärktes Vorkommen von körperlichen Erkrankungen zurückführen lassen. Sowohl für die meisten akuten Erkrankungen als auch für typische Kinderkrankheiten gilt, dass sich keine bedeutsamen sozialen Unterschiede zeigen. Eine der wenigen Ausnahmen stellen Masern dar, die vermehrt bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Status vorkommen (vgl. Lampert et al., 2015). Auch hinsichtlich chronischer Erkrankungen lassen sich nur geringe soziale Unterschiede feststellen, die dann zu-

meist, wie im Fall von Neurodermitis und Heuschnupfen, eher Kinder und Jugendliche aus den höheren Statusgruppen betreffen. Die großen sozialen Unterschiede, die sich in der Elterneinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands widerspiegeln, sind vielmehr hinsichtlich der Unterschiede in Bezug auf die psychische und psychosoziale Gesundheit sowie auf das Gesundheitsverhalten zu finden. Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen z. B. bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ein fast fünffach erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten wie emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen (vgl. Lampert et al., 2015). Zudem weisen sie ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko für ADHS und Essstörungen auf (vgl. Lampert, 2011; Lampert et al., 2015). Ähnlich große Unterschiede sind im Gesundheitsverhalten festzustellen, was u. a. darin zum Ausdruck kommt, dass Kinder aus der niedrigen Statusgruppe deutlich seltener frisches Obst und Gemüse essen, dafür aber häufiger Süßigkeiten und zuckerhaltige Getränke konsumieren. Zudem treiben sie weniger Sport (vgl. Manz et al., 2014), lernen später schwimmen (vgl. Kuntz et al., 2016) und fangen früher mit dem Rauchen an (vgl. Kuntz/Lampert, 2016). Das ungünstigere Ernährungs- und Bewegungsverhalten schlägt sich bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen in einem mehr als dreimal höheren Risiko für Adipositas nieder und hat erhebliche Konsequenzen für die weitere gesundheitliche Entwicklung (vgl. Kurth/Schaffrath Rosario, 2007; Schienkiewitz et al., 2018).

Neben den KiGGS-Daten zeigen auch die Daten der Einschulungsuntersuchungen des ÖGD, die sich auf die gesundheitliche Situation von Kindern kurz vor der Einschulung, also etwa im Alter von fünf bis sechs Jahren, beziehen, erhebliche statusspezifische Unterschiede auf. Besonders deutlich zeichnen sich diese bei Sehstörungen, Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, Wahrnehmungs- und psychomotorischen Störungen, intellektuellen Entwicklungsverzögerungen, emotionalen und sozialen Störungen sowie psychiatrischen Auffälligkeiten ab. Infolgedessen wird bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weitaus häufiger als bei den Gleichaltrigen aus Familien mit höherem Sozialstatus ein für die Frühförderung relevanter Befund gestellt und eine ärztliche Empfehlung für eine weitere Diagnostik bzw. Behandlung ausgesprochen (vgl. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, 2015; Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, 2017; Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, 2018).

6.3 U-Untersuchungen

Die U-Untersuchungen dienen als Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (vgl. G-BA, 2018). In § 26 Art. 1 SGB V heißt es über die pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen:

„Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahnsenkung. Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.“

Kinder mit einer privaten Krankenversicherung (PKV) haben ebenfalls Anspruch auf „ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen“ (PKV, 2013). Die Früherkennungsuntersuchungen gehören auch zu den Leistungen der Sozialhilfe; gem. § 47 SGB XII müssen die zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten erforderlichen medizinischen Vorsorgeleistungen und Untersuchungen erbracht werden. Am 01.09.2016 trat zudem die neue Richtlinie zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres (Kinder-Richtlinie) in Kraft. Diese bildet den untergesetzlichen Rahmen für die U-Untersuchungen (vgl. G-BA, 2018). Zugleich wurde die Dokumentation im „Gelben Heft“ umstrukturiert und mit einer Teilnahmekarte versehen. Das Programm der U-Untersuchungen umfasst zehn Untersuchungstermine, die von der GKV finanziert werden, sofern die vorgeschriebenen Toleranzzeiträume eingehalten werden (vgl. Tab. 6.1). Im Rahmen der Einführung der U7a wurden die Inhalte der U-Untersuchungen bezüglich des Verdachts auf Kindesmisshandlung erweitert. In § 1 Abs. 4 der Kinder-Richtlinie heißt es: „Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt (...) die notwendigen Schritte einzuleiten.“ (G-BA, 2018)

Tab. 6.1: Übersicht über die U-Untersuchungen U1-U9 (vgl. BMG, 2016; G-BA, 2016)

U1	direkt nach der Geburt	
	Erkennen von lebensbedrohlichen Komplikationen und sofort behandlungsbedürftigen Erkrankungen und Fehlbildungen, Schwangerschafts-, Geburts- und Familienanamnese, Kontrolle von Atmung, Herzschlag, Hautfarbe, Reifezeichen	
U2	3.–10. Lebenstag	(Toleranzgrenze: 3.–14. Lebenstag)
	Erkennen von angeborenen Erkrankungen und wesentlichen Gesundheitsrisiken, Vermeidung von Komplikationen: Anamnese und eingehende Untersuchung von Organen, Sinnesorganen und Reflexen	
U3	4.–5. Lebenswoche	(Toleranzgrenze: 3.–8. Lebenswoche)
	Prüfung der altersgemäßen Entwicklung der Reflexe, der Motorik, des Gewichts und der Reaktionen, Untersuchung der Organe, Abfrage des Trink-, Verdauungs- und Schlafverhaltens, Untersuchung der Hüftgelenke	
U4	3.–4. Lebensmonat	(Toleranzgrenze: 2.–4 ½ Lebensmonat)
	Untersuchung der altersgerechten Entwicklung und Beweglichkeit des Säuglings, der Organe, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane und der Haut, Untersuchung von Wachstum, Motorik und Nervensystem	
U5	6.–7. Lebensmonat	(Toleranzgrenze: 5.–8. Lebensmonat)
	Untersuchung der altersgerechten Entwicklung und Beweglichkeit, der Organe, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane und der Haut, Untersuchung von Wachstum, Motorik und Nervensystem	
U6	10.–12. Lebensmonat (1. Lebensjahr)	(Toleranzgrenze: 9.–14. Lebensmonat)
	Untersuchung der altersgemäßen Entwicklung, der Organe, Sinnesorgane (insbesondere der Augen), Kontrolle des Bewegungsapparats, der Motorik, der Sprache und der Interaktion	
U7	21.–24. Lebensmonat (2. Lebensjahr)	(Toleranzgrenze: 20.–27. Lebensmonat)
	Untersuchung der altersgemäßen Entwicklung, Erkennen von Sehstörungen, Test der sprachlichen Entwicklung, Feinmotorik und Körperbeherrschung	
U7a	34.–36. Lebensmonat (3. Lebensjahr)	(Toleranzgrenze: 33.–38. Lebensmonat)
	Schwerpunkt auf altersgerechter Sprachentwicklung, frühzeitige Erkennung von Sehstörungen	
U8	46.–48. Lebensmonat (4. Lebensjahr)	(Toleranzgrenze: 43.–50. Lebensmonat)
	Intensive Prüfung der Entwicklung von Sprache, Aussprache und Verhalten, Untersuchung von Beweglichkeit und Koordinationsfähigkeit, Reflexen, Muskelkraft und Zahnstatus	
U9	60.–64. Monat (5. Lebensjahr)	(Toleranzgrenze: 58.–66. Lebensmonat)
	Prüfung der Motorik, des Hör- und Sehvermögens und der Sprachentwicklung, um eventuelle Krankheiten und Fehlentwicklungen vor dem Schuleintritt zu erkennen und entgegenzuwirken	

Ende der 1990er-Jahre wurden zusätzlich zu den U-Untersuchungen zwei weitere Vorsorgeuntersuchungen eingeführt, die sich an Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren richten (J1 und J2). Mit diesen Untersuchungen sollen der allgemeine Gesundheitszustand, der Impfstatus und die Entwicklung im Jugendalter überprüft werden. Im Rahmen der Jugenduntersuchung können außerdem sensible Themen, wie z. B. Sexualität, Alkohol und Drogen, psychische Probleme oder Probleme im Freundeskreis, angesprochen werden (vgl. BZgA, 2016a; G-BA, 2017).

Darüber hinaus gibt es mit der U10 (7.–8. Lebensjahr) und U11 (9.–10. Lebensjahr) mittlerweile weitere Früherkennungsuntersuchungen, die das Grundschulalter betreffen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die U10, U11 und J2 nicht gesetzlich vorgeschrieben sind und die Kosten deshalb nicht von allen Krankenkassen übernommen werden.

6.4 Inanspruchnahme der U-Untersuchungen

Um die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen zu beschreiben, kann z. B. auf Daten der KiGGS-Studie oder Daten der Einschulungsuntersuchungen des ÖGD zurückgegriffen werden. Zur Erfassung der Teilnahme an den U-Untersuchungen wurden die Eltern in KiGGS gefragt: „Welche der Früherkennungsuntersuchungen haben Sie für Ihr Kind in Anspruch genommen?“ Zur Beantwortung dieser Frage konnte das gelbe Heft, das ins Studienzentrum mitgebracht werden sollte, zur Hilfe genommen werden (vgl. Kamtsiuris et al., 2007; Rattay et al., 2014).

Die ersten beiden Untersuchungen (U1 und U2) finden normalerweise direkt in der Geburtsklinik statt, erfolgen also in fast allen Fällen und werden daher im Folgenden nicht gesondert ausgewiesen. Die weiteren U-Untersuchungen werden i. d. R. ambulant von Kinder- oder Hausärzten durchgeführt. Für die einzelnen U-Untersuchungen lässt sich insgesamt eine hohe Inanspruchnahme feststellen. Den Daten aus KiGGS Welle 1 zufolge, die sich auf Kinder beziehen, die zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 7 und 13 Jahre alt waren, lag die Teilnahmequote für alle einzelnen U-Untersuchungen bei über 90 % (vgl. Rattay et al., 2014). Allerdings ist mit Fortschreiten der Untersuchungsreihe ein Absinken der Teilnahmequoten zu beobachten. Zudem fällt auf, dass für alle Untersuchungen – insbesondere bei den späteren Untersuchungen – in KiGGS Welle 1 höhere Teilnahmequoten erreicht wurden als in KiGGS-Basis (vgl. Abb. 6.1).

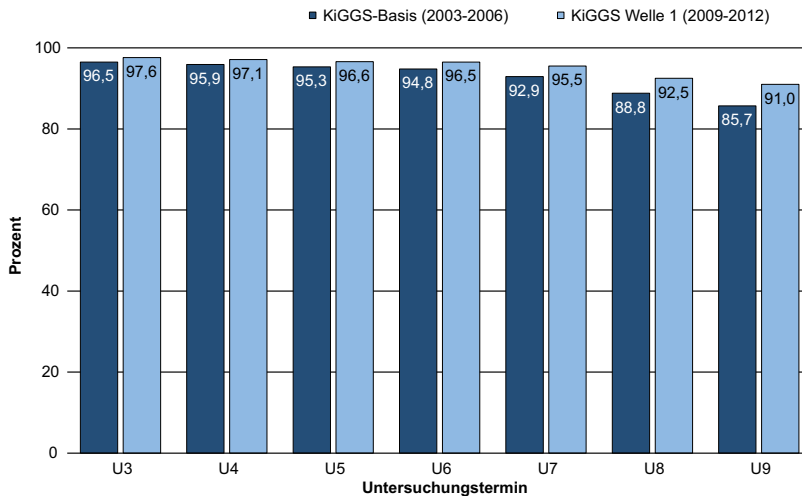


Abb. 6.1: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 (vgl. Rattay et al., 2014)

Die Untersuchungen U3 bis U9 haben in KiGGS Welle 1 82,2 % der Kinder vollständig in Anspruch genommen (vgl. Rattay et al., 2014). In KiGGS-Basis lag der Wert mit 81,6 % nur geringfügig niedriger. Dabei zeigen sich allerdings deutliche Unterschiede nach dem sozialen Status. Diese sind insbesondere zuungunsten von Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Status zu beobachten. Auch die Teilnahme von Kindern aus Familien mit mittlerem fällt im Vergleich zu denen mit hohem sozialen Status geringer aus (vgl. Abb. 6.2). Dabei werden die Unterschiede zwischen den Statusgruppen möglicherweise noch unterschätzt, da bei der Analyse der Vollständigkeit der Inanspruchnahme der U-Untersuchungen nur Kinder einbezogen wurden, die in Deutschland geboren sind. Bekannt ist jedoch, dass Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund seltener an den U-Untersuchungen teilnehmen und häufiger einen niedrigen Sozialstatus haben (vgl. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, 2008).

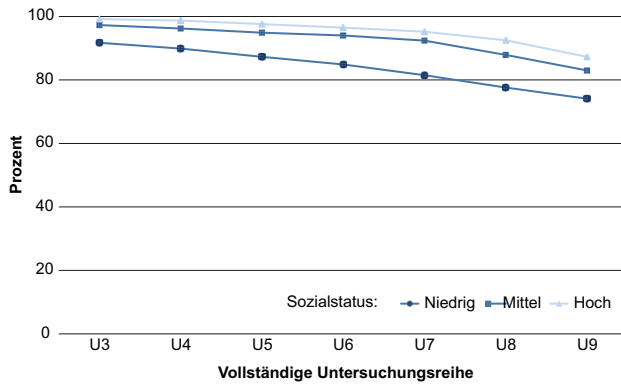


Abb. 6.2: Vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 (ohne U7a) nach Sozialstatus in KiGGS Welle 1 (vgl. Lampert et al., 2015)

Vergleicht man die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 mit denen der KiGGS-Basiserhebung, so lässt sich hinsichtlich der Vollständigkeit der Untersuchungsreihe zwar insgesamt keine höhere Teilnahmebereitschaft erkennen, aber die Unterschiede nach sozialem Status haben sich etwas verringert. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in der niedrigen Sozialstatusgruppe eine Zunahme der vollständigen Inanspruchnahme der Untersuchungsreihe von 67,7 % auf 74,2 % beobachtet werden konnte, während die Teilnahmequote in der hohen und auch mittleren Statusgruppe weitgehend unverändert blieb (vgl. Abb. 6.3).

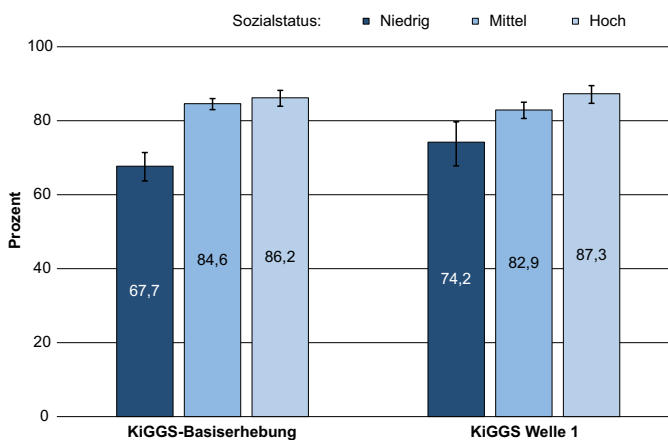


Abb. 6.3: Vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 (ohne U7a) nach Sozialstatus (vgl. Rattay et al., 2014)

Zusätzlich zu den Daten der KiGGS-Studie ermöglichen die Schuleingangsuntersuchungen Aussagen über die Teilnahme an den U-Untersuchungen. Diese Schuleingangsuntersuchungen (SEU) werden in jedem Jahr an allen schulpflichtigen Kindern vor der Einschulung durchgeführt. In diesem Rahmen werden die Kinderuntersuchungshefte vorgelegt und unter anderem hinsichtlich der Vollständigkeit der Inanspruchnahme der U-Untersuchungen begutachtet (vgl. BZgA, 2016b). Die Gesetzeslage ist auf Bundeslandebene geregelt, da die SEU im Aufgabenbereich der jeweiligen Gesundheitsämter liegen. Im Folgenden werden exemplarisch Daten aus den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Brandenburg näher betrachtet. Diese beiden Bundesländer bieten sich insofern an, als sie aufgrund ihrer Größe und Repräsentanz für die neuen und alten Bundesländer eine gute Vergleichsgrundlage bilden. Außerdem liegen für beide Länder lange Zeitreihen vor und die Daten werden differenziert nach sozialen Merkmalen ausgewiesen. In Nordrhein-Westfalen wird dazu die Bildung der Eltern berücksichtigt, in Brandenburg der soziale Status, der über Angaben zu Erwerbsstatus und Bildung der Eltern erhoben wird.

In Abb. 6.4 wird die Inanspruchnahme der U9 nach Bildungsstatus der Eltern in Nordrhein-Westfalen dargestellt (vgl. MGEPA NRW, 2016). Im Jahr 2007 lag die Teilnahme an der U9 bei Kindern aus Familien mit hoher Bildung bei 91,8 %, bei Kindern aus Familien mit niedriger Bildung bei 80 %. Dieses ungleiche Teilnahmeverhalten bleibt etwa bis zum Jahr 2010 bestehen. Ab dann zeigt sich in allen Gruppen ein deutlicher Anstieg in der Inanspruchnahme der U9-Untersuchung. Die größte Veränderung lässt sich in der Gruppe mit niedrigem Bildungsstand erkennen. Hier steigt die Teilnahme bis zum Jahr 2014 auf 91,3 %. Zudem nimmt die Differenz im Teilnahmeverhalten zwischen den Statusgruppen ab, und zwar von 11,8 Prozenpunkten im Jahr 2007 auf 4,1 im Jahr 2014.

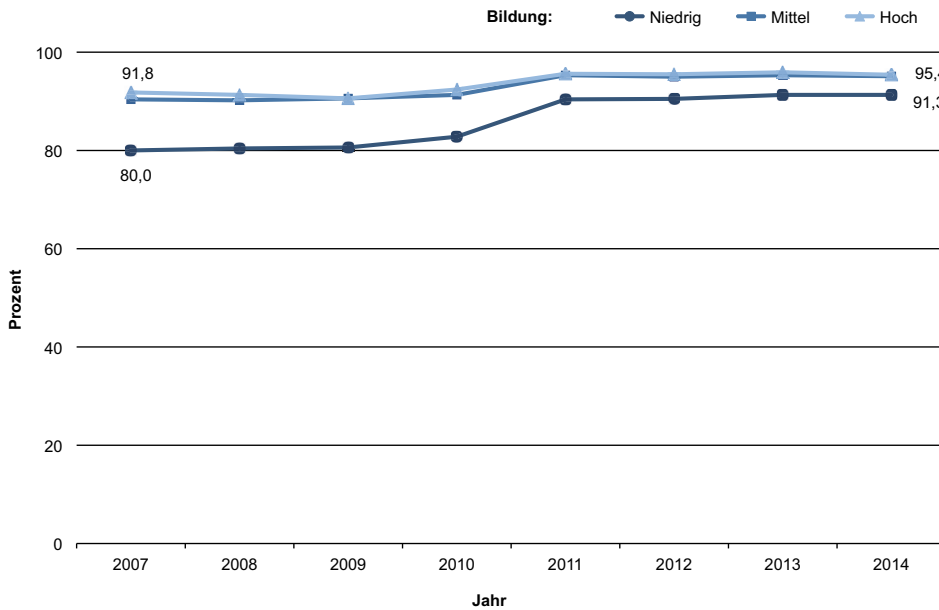


Abb. 6.4: Inanspruchnahme der U9-Untersuchung nach Bildung der Eltern von 2007 bis 2014 (vgl. MGEPA NRW, 2016)

Für Brandenburg lässt sich auf Basis der vorhandenen Daten der SEU zeigen, dass der Anteil der Kinder, die zum Zeitpunkt der Einschulung die U1 bis U8 vollständig in Anspruch genommen hatten, im Zeitraum von 2006 bis 2015 von 79,9 % auf 90,2 % gestiegen ist. Diese zunehmende Teilnahme lässt sich in allen drei Sozialstatusgruppen erkennen (vgl. Abb. 6.5). Ungefähr seit 2010 fiel die Zunahme in der niedrigen Statusgruppe höher aus als in der mittleren und hohen Statusgruppe. Infolgedessen hat sich die Differenz zwischen der Teilnahme bei Kindern aus Familien mit niedrigem und hohem Sozialstatus von 18,3 Prozentpunkten im Jahr 2006 auf 10,9 Prozentpunkte im Jahr 2015 verringert (vgl. Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, 2018).

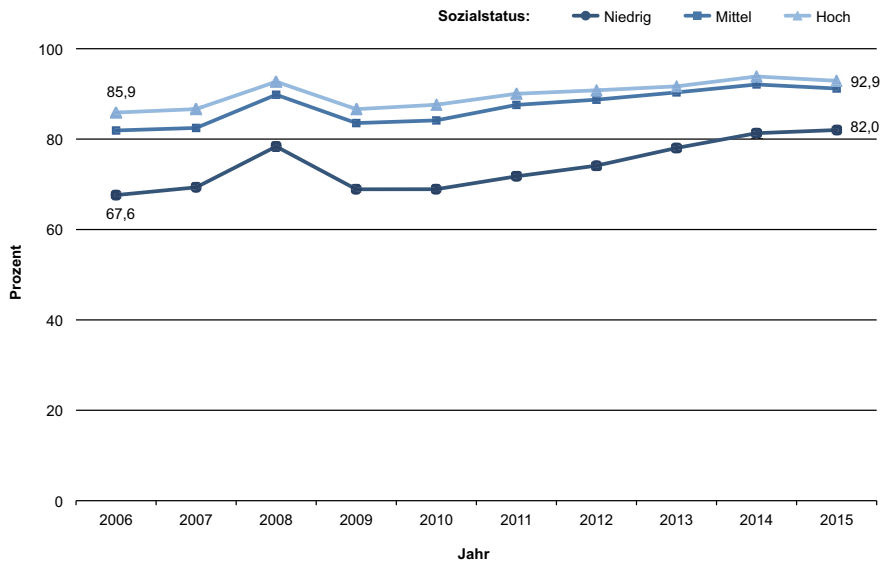


Abb. 6.5: Inanspruchnahme der vollständigen Untersuchungsreihe der U1- bis U8-Untersuchungen nach Sozialstatus 2006–2015 (vgl. Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, 2018)

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die gezeigten Daten auf den Angaben im gelben Heft basieren, welche im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen erhoben wurden, und die Güte der Daten somit von dem Anteil der Schulanfänger abhängt, die das Heft vorgelegt haben. Im Jahr 2010 konnten beispielsweise Kinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status zu 90,1 % das Heft vorlegen, während es von den Kindern aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus 95,1 % bzw. 95,4 % waren (vgl. Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, 2018).

6.5 Erinnerungs- und Meldeverfahren

Seit 2007 wurden in den Bundesländern nach und nach Erinnerungs- und Meldeverfahren eingeführt, um in erster Linie die Teilnahme an den U-Untersuchungen zu erhöhen. Informationen und Regelungen bezüglich der Früherkennungsuntersuchungen sind einheitlich in den Kinder-Richtlinien festgehalten. Sie werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt und gelten für ganz Deutschland

(vgl. Kap. 6.3). Die Erinnerungs- und Meldeverfahren hingegen sind nicht auf Bundesebene geregelt. So unterscheidet sich je nach Bundesland ob, und wenn ja, wie die Meldepflicht umgesetzt wird, welches die zuständige durchführende Stelle ist und auf welche der zehn U-Untersuchungen sich die Meldepflicht bezieht. In Hessen erfolgt z. B. eine Überprüfung der Teilnahme von U5 bis U9; im Saarland, in Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern wird die Teilnahme hingegen bereits ab der U3 erfasst. In Mecklenburg-Vorpommern wird zunächst das zuständige Gesundheitsamt benachrichtigt, bevor eine eventuelle Kindeswohlgefährdung dem Jugendamt gemeldet wird. In einigen Bundesländern, darunter Bayern und Thüringen, ist die Teilnahme an den U-Untersuchungen Voraussetzung für den Erhalt des Erziehungsgeldes (vgl. BayLerzGG; ThürErzGG).

Tab. 6.2: Aktueller Stand der Kindervorsorgeprogramme in Deutschland (vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2016; Gesetzestexte der Bundesländer)

Bundesland	Jahr der Einführung	Welche Untersuchungen sind eingeschlossen?
Baden-Württemberg	2009	Teilnahmepflicht U1–U9
Bayern	2012	Teilnahmepflicht U1–U9
Berlin	2009	Meldepflicht U4–U9
Brandenburg	2008	Meldepflicht U6–U9
Bremen	2007	Meldepflicht U4–U9
Hamburg	2009/2014	Meldepflicht U6–U7
Hessen	2008	Teilnahmepflicht U1–U9
Mecklenburg-Vorpommern	2008	Meldepflicht U3–U9
Niedersachsen	2009	Meldepflicht U5–U8
Nordrhein-Westfalen	2008	Meldepflicht U5–U9
Rheinland-Pfalz	2008/2015	Meldepflicht U4–U9
Saarland	2007/2015	Meldepflicht U1–U9
Sachsen	2010	Meldepflicht U4–U8
Sachsen-Anhalt		<i>nicht eindeutig</i>
Schleswig-Holstein	2008	Meldepflicht U4–U9
Thüringen	2008/2013	Meldepflicht U4–U9

In Nordrhein-Westfalen wurde im Rahmen der „Aktion Gesunde Kindheit“ im Jahr 2008 ein Erinnerungs- und Meldeverfahren für die Untersuchungen U5 bis U9 implementiert. Dieses Verfahren wurde im Jahr 2007 vom Bundesland Nordrhein-Westfalen beschlossen und wird seit Anfang 2010 in vollem Umfang umgesetzt. Es handelt sich hierbei um eine Maßnahme zur Steigerung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und zur Verbesserung des Kinderschutzes allgemein (vgl. Köhler et al., 2011).

Das Ziel des Erinnerungs- und Meldeverfahrens soll sein, möglichst alle Eltern dazu zu bewegen, die Früherkennungsuntersuchungen zu nutzen, um für alle Kinder gleiche Chancen auf eine gesunde Entwicklung zu gewährleisten. Durchführende Stelle ist in Nordrhein-Westfalen das Landeszentrum Gesundheit (LZG.NRW), welches als zentrale Stelle die Früherkennungsuntersuchungen U5–U9 erfasst. Das LZG.NRW erhält für jedes Kind eine Bestätigung seitens der Ärztinnen und Ärzte über die Teilnahme an der jeweiligen U-Untersuchung U5–U9 (vgl. LZG.NRW, 2014). Laut § 32a des Heilberufsgesetzes (HeilBerG) sind alle Ärztinnen und Ärzte dazu verpflichtet, diese Bestätigungen auszustellen. Über einen Datenabgleich des Einwohnermeldeamts mit den Meldungen der Ärztinnen und Ärzte können so die Kinder ermittelt werden, für die noch keine Teilnahmebestätigung vorliegt. In diesem Fall schreibt die zentrale Stelle die Eltern bzw. die Sorgeberechtigten des Kindes an. Diese Einladung wird spätestens zehn Tage nach Ende, bei der U5 zwei Wochen vor Ende, des festgelegten Toleranzzeitraums versandt. Wenn auch trotz Erinnerungsschreiben für die jeweilige Früherkennungsuntersuchung nach drei Wochen (bei der U5 sechs Wochen nach Erinnerung) keine Bestätigung über die Teilnahme vorliegt, werden die Kommunen seitens der zentralen Stelle informiert. Die jeweilige Kommune prüft und entscheidet dann in eigener Zuständigkeit, ob Kontakt mit den Eltern bzw. den Sorgeberechtigten aufgenommen wird (vgl. LZG.NRW, 2014).

Die gesetzliche Grundlage zu diesem Verfahren bildet die Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen/U-Untersuchungen (U-Untersuchung-TeilnahmedatenVO). Diese Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen regelt alle wesentlichen Aspekte, unter anderem über die Datenübermittlung durch die Meldebehörden und Ärztinnen und Ärzte, die zentrale Stelle oder Übergangsregelungen.

Ähnlich wie die „Aktion Gesunde Kindheit“ in Nordrhein-Westfalen gibt es in Brandenburg das „Bündnis Gesund Aufwachsen“ (BGA) (vgl. Arbeitsgemeinschaft

für Gesundheitsförderung, 2015). Auf Initiative und unter Vorsitz des Gesundheitsministeriums haben sich über 200 staatliche und nicht staatliche Akteure zusammengeschlossen. In Arbeitsgruppen soll auf Basis der Gesundheitsberichterstattung die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg analysiert werden. Durch diese Arbeit sollen Defizite in der Prävention, der Früherkennung, Frühförderung sowie der ambulanten und stationären pädiatrischen Versorgung aufgedeckt und Ziele und Maßnahmen zur Verbesserung der Angebote vereinbart werden (vgl. Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, 2015).

Im Zuge der Novellierung des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes (BbgGDG) wurde im Frühjahr 2008 nach § 7 BbgGDG das Zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen eingeführt. Durchführende Stelle ist in diesem Verfahren die zentrale Stelle, die im Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) hierfür eingerichtet wurde.

In Brandenburg informieren die Einladungsschreiben der zentralen Stelle über den Inhalt und Zweck der anstehenden U-Untersuchungen und klären zusätzlich über die rechtlichen Grundlagen auf. Dadurch soll zum einen die Elternkompetenz gestärkt und zum anderen die Akzeptanz und Motivation der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen erhöht werden (vgl. Land Brandenburg 2016; LAVG, 2016).

Das zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen hat das ausdrückliche Ziel, den Gesundheitsschutz von Kindern durch die Erhöhung der Teilnahmequoten an Früherkennungsuntersuchungen zu verbessern. Um dieses Ziel zu erreichen, werden alle in Brandenburg lebenden Kinder ab der U6 zu den U-Untersuchungen eingeladen. Wie in Nordrhein-Westfalen sind auch in Brandenburg die Ärztinnen und Ärzte dazu verpflichtet, die stattgefundenen Untersuchungen (U6, U7 und U8) der zentralen Stelle unverzüglich zu bestätigen. Um diese Arbeit zu erleichtern, können die Einladungsschreiben als Rückmeldeformular benutzt, mit Arztstempel und Datum versehen und direkt versandt werden. Auf dem Rückmeldeformular werden keine sensiblen Daten der Kinder eingetragen, es wird lediglich die Teilnahme des Kindes an der Untersuchung bestätigt. Zwar werden die Kinder zu den Untersuchungen U7a, U9 und J1 ebenfalls von der zentralen Stelle eingeladen, jedoch ist eine Rückmeldung über die Teilnahme an diesen Untersuchungen nicht vorgesehen (vgl. Land Brandenburg, 2016, S. 6; LAVG, 2016).

Wenn nach Ende des jeweiligen Untersuchungszeitraums und genau zwei Monate vor Ablauf der Grenze des Toleranzzeitraums keine Rückmeldung bei der zentralen Stelle eingegangen ist, wird ein zweites Schreiben, das sogenannte Erinnerungsschreiben, an die betreffenden Familien versandt. Die Daten des Kindes werden an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben, wenn genau einen Monat vor Ablauf der Toleranzgrenzen zur U6, U7 und U8 bei der zentralen Stelle keine Rückmeldung eingegangen und somit die Teilnahme an den Untersuchungen nicht eindeutig erfassbar ist. Es ist letztlich Aufgabe der Landkreise und der kreisfreien Städte zu entscheiden, mit welchen Mitteln die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen nachhaltig gesteigert werden soll. Eine telefonische Hotline für Fragen und Informationen zum zentralen Einladungs- und Rückmeldewesen wird vom Land Brandenburg angeboten (vgl. LAVG, 2016).

6.6 Diskussion

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie sowie der SEU in Nordrhein-Westfalen und Brandenburg belegen, dass die Teilnahmequoten an den U-Untersuchungen für Kinder in den letzten Jahren gestiegen sind. Zwar gilt nach wie vor, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien seltener an den Untersuchungen teilnehmen als Kinder aus sozial besser gestellten Familien, allerdings haben sich die sozialen Unterschiede in der Inanspruchnahme im Zeitverlauf verringert.

Seit dem Zeitpunkt der Einführung der Erinnerungs- und Meldewesen ist die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in allen sozialen Statusgruppen gestiegen. Gleichzeitig haben sich die statusspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme der U-Untersuchungen verringert. Die KiGGS-Studie zeigt, dass die Differenz in Bezug auf die vollständige Teilnahme an der U3–U9 zwischen der hohen und der niedrigen Sozialstatusgruppe von 19 Prozentpunkten auf 13 Prozentpunkte in KiGGS Welle 1 sank. In Nordrhein-Westfalen, wo im Jahr 2009 das Erinnerungs- und Meldeverfahren implementiert wurde, sank die Differenz in der Teilnahme an der U9 hinsichtlich des sozialen Status von 12 Prozentpunkten im Jahr 2007 auf nur noch 4 Prozentpunkte im Jahr 2014. In Brandenburg wurde 2008 ein Erinnerungs- und Meldeverfahren eingeführt. Die Differenz in der Teilnahme an der U1–U8 sank von 18 Prozentpunkten im Jahr 2006 auf 11 Prozentpunkte im Jahr 2015.

Inwieweit die Einführung der Erinnerungs- und Meldeverfahren für die gestiegene Inanspruchnahme der U-Untersuchungen verantwortlich ist, lässt sich nicht eindeutig klären, da zeitgleich auch andere Maßnahmen getroffen wurden. Hinzuweisen ist z. B. auf eine mit der Zeit deutlich gestiegene Themenpräsenz in den Medien. Mit Aktionen und Kampagnen der Bundesregierung wie beispielsweise „Ich geh’ zur U! Und Du?“ erreichte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bundesweite Aufmerksamkeit für die U-Untersuchungen, insbesondere in Kindertagesstätten (vgl. BZgA, 2018). Zudem wurden in einigen Bundesländern spezifische Maßnahmen umgesetzt, wie z. B. in Bayern, wo die Nichtteilnahme an bestimmten U-Untersuchungen (U6 und U7) mit dem Streichen des Erziehungsgeldes sanktioniert werden kann (vgl. Art. 1 BayLErzGG). Der Vergleich zwischen den einzelnen Bundesländern wird zudem dadurch erschwert, dass es keine einheitlichen Regelungen dazu gibt, zu welchen Untersuchungen ein Einladungsschreiben verschickt wird, an welche U-Untersuchungen schriftlich erinnert wird, ob der untersuchende Arzt bzw. die untersuchende Ärztin die Teilnahme melden muss und worauf sich diese Meldepflicht bezieht. Die durchführenden Stellen und betreffenden politischen Ebenen unterscheiden sich ebenfalls von Bundesland zu Bundesland.

Um zu klären, inwieweit die erhöhte Teilnahme an den U-Untersuchungen tatsächlich auf die Einführung der Erinnerungs- und Meldeverfahren zurückgeht, sind weitere Informationen erforderlich. Diese könnten auf verschiedene Weise erfasst werden. Einen ersten Anhaltspunkt bietet der Zeitpunkt der U-Untersuchung. Eine Erfassung darüber, ob die Eltern bzw. sorgeberechtigten Personen eher zu Beginn oder gegen Ende des Toleranzzeitraums die jeweilige U-Untersuchung wahrnehmen, kann Aufschluss geben, ob die Untersuchung vor oder nach Eingang eines Erinnerungsschreibens erfolgte. Eine weitere Möglichkeit wäre die stichprobenhafte Erfassung der Beweggründe zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen. Abschließend lässt sich sagen, dass die U-Untersuchungen ein wichtiges Instrument zur Früherkennung von Entwicklungsstörungen und Gesundheitsproblemen bei Kindern sind. Die vorliegenden Daten zeigen, dass sich die Teilnahme an den U-Untersuchungen in den letzten Jahren erhöht hat. Dies ist auch und zum Teil insbesondere in den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu beobachten. Infolgedessen haben sich die Unterschiede in den Teilnahmequoten nach sozialem Status verringert. Maßnahmen und Strategien, die auf eine Erhöhung der Teilnahme an den U-Untersuchungen zielen und dabei auch die sozial benachteiligten Bevöl-

kerungsgruppen erreichen, könnten somit einen Beitrag zur Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten. Vor diesem Hintergrund sollten die umgesetzten Maßnahmen, wie z. B. die Erinnerungs- und Meldewesen oder bevölkerungsweite Informationskampagnen, regelmäßig evaluiert werden, um zu überprüfen, wie erfolgreich diese sind und welche Gruppen erreicht werden.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. (2015). *Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg*. <http://www.buendnis-gesund-aufwachsen.de/> (04.06.2018).
- Ben-Shlomo, Y./Kuh, D. (2002). *A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives*. *Int J Epidemiol* 31 (2), S. 285–293.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2016). *Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche*. <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/kindergesundheit/frueherkennungsuntersuchung-bei-kindern.html> (04.06.2018).
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018). „Ich geh’ zur U! Und Du?“ – U-Aktion in der Kita. <https://www.kindergesundheit-info.de/fuer-fachkraefte/kita/u-untersuchungen/bzga-u-aktion/> (07.08.2018).
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016a). *Die J1-Untersuchung – Gesundheitscheck im Jugendalter*. <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/frueherkennung-u1-u9-und-j1/j1-untersuchung/> (04.06.2018).
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016b). *Untersuchung zur Einschulung*. <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/entwicklungsschritte/einschulung/> (04.06.2018).
- Dragano, N. (2007). *Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf*. *Politik und Zeitgeschichte* (42), S. 18–24.
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2018). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Juni 2015, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 18.08.2016 B1, zuletzt geändert am 19. Oktober 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 15.03.2018 B2, in Kraft getreten am 16. März 2018*. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1537/RL_Kinder_2017-10-19_iK-2018-03-16.pdf (06.07.2018).
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2017). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung in der Fassung vom 26. Juni 1998, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 159 vom 27. August 1998, in Kraft getreten am 28. August 1998, zuletzt geändert am 21. Juli 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 12.10.2016 B4, in Kraft getreten am 1. Januar 2017*. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1270/RL-JUG_2016-07-21_iK-2017-01-01.pdf (06.07.2018).
- Kamtsiuris, P./Bergmann, E./Rattay, P./Schlaud, M. (2007). *Inanspruchnahme medizinischer Leistungen*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) 50 (5/6), S. 836–850.

- Köhler, L./Dittmann, J./Sthamer, E./Wabnitz, R. et al. (2011). *Evaluation der Aktion Gesunde Kindheit. Abschlussbericht*. https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/ges_foerd/kindergesundheit/Institut_fuer_Sozialarbeit_und_Sozialpaedagogik_eV_Evaluation_Aktion-Gesunde-Kindheit_Abschlussbericht.pdf (10.07.2018).
- Kuh, D./Ben-Shlomo, Y./Lynch, J./Hallqvist, J./Power, C. (2003). *Life course epidemiology*. *J Epidemiol Community Health* 57 (10), S. 778–783.
- Kuntz, B./Frank, L./Manz, K./Rommel, A./Lampert, T. (2016). *Soziale Determinanten der Schwimmfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus KiGGS Welle 1*. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 67 (6), S. 137–143.
- Kuntz, B./Lampert, T. (2016). *Smoking and passive smoke exposure among adolescents in Germany. Prevalence, trends over time, and differences between social groups*. *Deutsches Ärzteblatt International* 113 (3), S. 23–30.
- Kurth, B. M./Schaffrath Rosario, A. (2007). *Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5–6), S. 736–743.
- Lampert, T. (2011). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter*. *Paediatric up2date*, 6 (2), S. 119–142.
- Lampert, T. (2010). *Frühe Weichenstellung. Zur Bedeutung der Kindheit und Jugend für die Gesundheit im späteren Leben*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 53 (5), S. 486–497.
- Lampert, T./Hagen, C./Heizmann, B. (2010). *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.
- Lampert, T./Hoebel, J./Kuntz, B./Mütters, S./Kroll, L. E. (2017). *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin: RKI.
- Lampert, T./Kuntz, B./KiGGS Study Group (2015). *Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu?* *GBE kompakt* 6 (1).
- Lampert, T./Mütters, S./Stolzenberg, H./Kroll, L. E./KiGGS Study Group (2014). *Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 57 (7), S. 762–770.
- Land Brandenburg (2016). *Evaluation des Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesens (ZER)*. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg.
- LAVG – Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (2016). *Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen (ZER)*. <http://lavg.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.430396.de> (04.06.2018).
- Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (2018). *Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zum Zusammenhang von Sozialstatus und Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in Brandenburg*. http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/sixcms/list.php?page=gesi_startseite_neu_p (16.05.2018).

- Lange, M./Butschalowsky, H. G./Jentsch, F./Kuhnert, R. et al. (2014). *Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 57 (7), S. 747–761.
- LZG.NRW (2014). *Zentrale Stelle Gesunde Kindheit*. https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kindergesundheit/zentrale-stelle/index.html (04.06.2018).
- Manz, K./Schlack, R./Poethko-Müller, C./Mensink, G. et al. (2014). *Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57 (7), S. 840–848.
- Mauz, E./Gößwald, A./Kamtsiuris, P./Hoffmann, R. et al. (2017). *Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet*. Journal of Health Monitoring 2 (S3), S. 2–28.
- MGEPA NRW – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2016). *Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen*. https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/ges_bericht/landesgesundheitsberichte/landesgesundheitsbericht_2015.pdf (10.07.2018).
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2016). *Bundesinitiative Frühe Hilfen*. <http://www.fruehehilfen.de/> (04.06.2018).
- Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2015). *Kindergesundheit im Einschulungsalter. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2014*. http://cms2.niedersachsen.de/download/98265/Kindergesundheit_im_Einschulungsalter_-_Ergebnisse_der_Schuleingangsuntersuchung_2014.pdf (06.07.2018).
- Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2008). *Entwicklung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Eine Auswertung des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes*. https://www.nlga.niedersachsen.de/download/12634/Entwicklung_der_Teilnahme_an_den_Fruherkennungsuntersuchungen_fuer_Kinder.pdf (06.07.2018).
- PKV – Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2013). *Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung*. Köln, Berlin.
- Rattay, P./Starker, A./Domanska, O./Butschalowsky, H. et al. (2014). *Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1)*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57 (7), S. 878–891.
- Schienkiewitz, A./Brettschneider, A.-K./Kuntz, B./Kurth, B. M. (2018). *Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Aktuelle Verbreitung, Trends und soziale Unterschiede*. In: Dadaczynski, K./Quilling, E./Walter, U. (Hrsg.): *Übergewichtsprävention im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte in Lebenswelten*. Göttingen: Hogrefe.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2017). *Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2016*. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin.

II

Versorgungspolitische Dimensionen und Maßnahmen

7

Ungleichheit in der fachärztlichen Versorgung von älteren Menschen

MAIKE SCHULZ; JONAS CZWIKLA; ANNIKA SCHMIDT;
CHRYSANTHI TSIASIOTI

Ältere Menschen haben aufgrund von Multimorbidität einen höheren Versorgungsbedarf als jüngere Bevölkerungsgruppen. Gleichzeitig können die körperlichen und kognitiven Einschränkungen älterer Menschen den Zugang zur medizinischen Versorgung erschweren. Anhand von bundesweiten AOK-Routinedaten wird mittels einer zero-inflated poisson Regression untersucht, inwieweit das Alter, die Pflegebedürftigkeit und der Wohnort die fachärztliche Versorgung bei älteren Menschen beeinflussen, wenn Unterschiede in der Morbidität kontrolliert werden. Für nahezu alle untersuchten medizinischen Fachgebiete zeigt sich: Je älter und pflegebedürftiger eine Person ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit einer fachärztlichen Versorgung. Auch ein ländlicher Wohnsitz kann die Wahrscheinlichkeit der Versorgung negativ beeinflussen. Es gibt hingegen kaum Unterschiede in der Intensität der Versorgung. Die identifizierten Versorgungsunterschiede deuten darauf hin, dass für ältere Menschen Zugangshürden zur fachärztlichen Versorgung bestehen. In der Konsequenz kann eine unangemessene fachärztliche Versorgung die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen und im Gesundheitssystem zu unnötigen Behandlungskosten führen.

7.1 Versorgungsbedarf und Zugangsbarrieren älterer Menschen

Die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen wird in den kommenden Jahren stetig zunehmen: Zum einen erreichen die geburtenreichsten Jahrgänge von 1955 bis 1969 (sogenannte Babyboomer) das Rentenalter, zum anderen steigt allgemein die Lebenserwartung. Im Jahr 2015 war über ein Fünftel (21 %) der deutschen Bevölkerung über 65 Jahre alt. Prognostisch steigt der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre im Jahr 2030 auf 26,3 %, selbst unter der Annahme einer tendenziell stärkeren Zuwanderung. Im Jahr 2050 werden voraussichtlich rund 30 % der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017).

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für chronische Erkrankungen, insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und Diabetes mellitus. Unter den psychischen Erkrankungen treten Demenz und Depressionen relativ häufiger auf (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015). Oftmals liegen mehrere Erkrankungen gleichzeitig vor (sogenannte Multimorbidität) (vgl. Bussche et al., 2011; Marengoni et al., 2011; Saß et al., 2009): Je nach Datengrundlage weisen 62 % (vgl. Motel-Klingebiel et al., 2010) bzw. 73 % (vgl. Kleina et al., 2017) der über 65-Jährigen mindestens zwei chronische Erkrankungen gleichzeitig auf. Bei Multimorbidität treten am häufigsten Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Kombination mit Krebserkrankungen und/oder endokrinen Störungen (z. B. Schilddrüsenerkrankungen) oder es treten zerebrovaskuläre Erkrankungen in Kombination mit endokrinen Störungen auf (vgl. Collerton et al., 2016).

Somit weisen ältere Menschen, insbesondere multimorbide und/oder pflegebedürftige, einen hohen Versorgungsbedarf auf (vgl. Bussche et al., 2013; 2011). Chronische Erkrankungen bedürfen regelmäßiger Untersuchungen und im Fall von Multimorbidität sollte die häufig auftretende sogenannte Polymedikation, d. h. die parallele Einnahme von mehreren Medikamenten, ärztlich überwacht werden (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015).

Gleichzeitig steigt mit der Multimorbidität allerdings auch das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Pflegebedürftigkeit geht häufig einher mit anderen Erkrankungen wie einer Demenz, einer Herzerkrankung oder einem Schlaganfall (vgl. Schwinger/Tsiasioti, 2018). Im Jahr 2017 waren 2,8 % der 60- bis 64-Jährigen pflegebedürftig, bei den 70- bis 74-Jährigen waren es gut 5 %. Ab dem achten Lebensjahrzehnt steigen die Werte allerdings deutlich an: 21 % (80–84 Jahre) bzw. 40 % (85–89 Jahre) der Menschen ab 80 Jahren weisen eine Pflegebedürftigkeit auf; ab 90 Jahren sind 62 % pflegebedürftig (vgl. Schwinger/Tsiasioti, 2018).

Dem hohen Versorgungsbedarf älterer Menschen stehen somit körperliche und kognitive Einschränkungen gegenüber, die mit einem höheren Lebensalter einhergehen und die medizinische Versorgung erschweren können. Pflegebedürftige leiden häufig unter Gebrechlichkeit, Immobilität und sind in den Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt; zudem sind sie häufig von kognitiven Einschränkungen betroffen und benötigen Unterstützung, wenn sie Aktivitäten des täglichen Lebens verrichten (vgl. Björk et al., 2016; Heinen et al., 2015; Hoffmann et al., 2014; Kojima, 2015). Selbst wenn keine Pflegebedürftigkeit oder Erkrankungen vorliegen, nimmt

die Belastbarkeit (Muskelabbau, Knochenschwund, Unsicherheit im Gang) mit zunehmendem Alter ab und schränkt die Mobilität deutlich ein. In dieser Situation stellt die Distanz zwischen Wohnsitz und ärztlichen Praxen oder Krankenhäusern einen von vielen Einflussfaktoren auf den Zugang zur Versorgung dar.

Potenzielle Zugangsbarrieren und der Einfluss soziodemografischer Einflussfaktoren auf den Zugang lassen sich anhand der gängigen Zugangsdimensionen nach Penchansky und Thomas (1981) darstellen. Die fünf Dimensionen *availability*, *affordability*, *accessibility*, *accommodation* und *acceptability* beschreiben jeweils die Passung zwischen den objektiven Gegebenheiten und den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der PatientInnen (vgl. Tab. 7.1). Im Hinblick auf die Versorgung greifen alle Dimensionen ineinander und zeigen die Vielschichtigkeit von Zugangsbarrieren und zugangsförderlichen Faktoren auf.

Tab. 7.1: Zugangsdimensionen nach Penchansky/Thomas (1981)

availability	affordability	accessibility	accommodation	acceptability
Ressourcen und technologische Aspekte der Versorgung	finanzielle Aspekte der Versorgung	geografische Aspekte der Versorgung	Organisation der Versorgung, Terminvereinbarung und Behandlung	Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen und wahrgenommener Versorgungsbedarf

Überträgt man die fünf Dimensionen auf die Situation älterer Menschen, bedeutet dies Folgendes: Unter dem Aspekt der *availability* werden diejenigen Ressourcen zusammengefasst, die für eine rechtzeitige und angemessene medizinische Versorgung älterer Menschen vorhanden sein müssen. Hierunter fällt die Möglichkeit, ärztliche Hausbesuche in Anspruch nehmen zu können, denn gerade bei älteren Menschen mit eingeschränkter Mobilität ist der Gang in die Praxis nicht möglich. Hausbesuche werden bislang allerdings überwiegend von AllgemeinärztInnen angeboten; die fachärztliche Versorgung findet hingegen überwiegend in der fachärztlichen Praxis statt. *Availability* beinhaltet außerdem die Kompetenz des Arztes/der Ärztin, mit den Einschränkungen geriatrischer Menschen im Verlauf des Behandlungsprozesses umzugehen und insbesondere multimorbide Menschen angemessen therapeutisch zu behandeln, beispielsweise im Hinblick auf die medikamentöse Behandlung (vgl. Sinnott et al., 2013; Tinetti et al., 2004). Bestehende Studien zur medizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen belegen, dass die Arzneimittelversorgung und das

Schmerzmanagement bei älteren, multimorbiden Menschen oft nicht angemessen sind (vgl. Dörks et al., 2017; Drebenstedt/Schuler, 2017; Johnell, 2015; Lukas et al., 2015; Morin et al., 2016).

Die Dimension *affordability* bezieht sich auf die finanziellen Kosten der medizinischen Versorgung. Obwohl im deutschen Gesundheitssystem die meisten evidenzbasierten Versorgungsleistungen von der Krankenversicherung gezahlt werden, müssen für Krankenhausaufenthalte, verschreibungspflichtige Arzneimittel, Heilmittel und häusliche Krankenpflege Zuzahlungen gem. § 61 SGB V geleistet werden. Die Gesamtausgaben für diese Zuzahlungen sind für gesetzlich Krankenversicherte zwar bis zu einem bestimmten Anteil des Einkommens gedeckelt (auf 2 % des Bruttoeinkommens bzw. auf 1 % bei chronisch Erkrankten, vgl. § 62 SGB V) und die Ausgaben älterer Menschen liegen laut Selbstauskunft im Mittel bei lediglich 136 Euro für ein Quartal im Jahr 2013 (vgl. Hajek et al., 2017). Dennoch gaben im Rahmen einer Befragung gut 5,5 % der Befragten über 50 Jahre an, aufgrund von Kosten auf Versorgungsleistungen verzichtet zu haben; diejenigen Befragten, die im unteren Einkommensquintil verortet waren, stimmten der Aussage rund doppelt so häufig zu wie diejenigen im höchsten Einkommensquintil (vgl. Mielck et al., 2009). Für die Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgungsleistungen konnte dies allerdings nicht bestätigt werden; in einer entsprechenden Studie zeigten sich keine Unterschiede zwischen Personen mit geringerem und höherem Einkommen (vgl. Listl, 2011). Ein weiterer Aspekt der *affordability*, der zunehmend an Brisanz gewinnt, sind die steigenden Beitragsprämien für ältere Versicherte der privaten Krankenversicherung. Im Zweifelsfall droht der Rückfall in den Standardtarif gem. § 257 Abs. 2a SGB V oder sogar in einen Notlagentarif gem. § 153 VAG, der möglicherweise nicht einmal mehr präventive Leistungen beinhaltet (vgl. Becker, 2017).

Die geografische Entfernung zur medizinischen Versorgung wird unter dem Begriff *accessibility* behandelt. In der Regel ist in ländlichen Gegenden die Arztdichte von HausärztInnen und FachärztInnen geringer (vgl. Bauer et al., 2017), was zu langen Anfahrtswegen in die Praxis führt. Wenn die Wege mit dem PKW zurückgelegt werden, beträgt die Wegstrecke in ärztliche Praxen in Deutschland jedoch auch in ländlichen Regionen i. d. R. unter 30 Minuten (vgl. Schang et al., 2017). Auch wenn in bisherigen Studien für die Bevölkerung insgesamt kein Zusammenhang zwischen der Distanz zur Praxis und der Inanspruchnahme gezeigt werden konnte (vgl. Kopetsch/Schmitz, 2014; Stentzel et al., 2018), nehmen ältere Menschen die Entfernung als Barri-

ere wahr (vgl. Fitzpatrick et al., 2004; Goins et al., 2005): Denn im höheren Alter oder wegen eines eingeschränkten Gesundheitszustands fahren die meisten älteren Menschen nicht mehr mit dem eigenen PKW. Wenn dieselben Wegstrecken stattdessen mit dem öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) zurückgelegt werden, steigt der zeitliche Aufwand insbesondere in ländlichen Regionen stark an (vgl. Augustin et al., 2016). Alternativ müssten ältere Menschen eine Taxifahrt zahlen, um in die Praxis zu kommen.

Accommodation bezieht sich auf die Art und Weise, wie die medizinische Versorgung organisiert ist und inwieweit ältere Menschen beispielsweise bei Überweisungen zu anderen ÄrztInnen, bei der Vereinbarung von Folgeterminen und beim Medikamentenmanagement unterstützt werden. In den letzten Jahrzehnten wurden einige Maßnahmen und Anreize für neue, integrierte Versorgungskonzepte geschaffen (§ 95, 137f–g, 140a SGB V). Maßnahmen wie z. B. die „Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal“ (vgl. Hildebrandt et al., 2015) wirken sich positiv auf die Morbidität in der älteren Bevölkerung und auf die Kosteneffektivität der Versorgung aus, werden allerdings nur regional begrenzt angeboten und stehen nicht der gesamten Bevölkerung zur Verfügung. Schnittstellenprobleme bestehen in Deutschland und anderen Ländern somit weiterhin (vgl. Mehrmann/Ollenschläger, 2014). Im Fokus der integrierten Versorgung steht meist das Arzneimittelmanagement (d. h. die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Arzneimittelversorgung). Das Problemfeld ist allerdings wesentlich breiter zu fassen (vgl. SVR, 2009): Im Hinblick auf die ärztliche Versorgung ist davon auszugehen, dass ältere pflegebedürftige Menschen bei der ärztlichen Versorgung Hürden wahrnehmen und somit womöglich nicht angemessen versorgt werden (vgl. Balzer et al., 2013; Kleina et al., 2017; Rothgang et al., 2014; Schmiemann et al., 2015).

Die Dimension *acceptability* lenkt den Fokus hin zur PatientInnen-Perspektive. Sie beinhaltet den subjektiv wahrgenommenen Versorgungsbedarf, die individuellen Präferenzen der PatientInnen im Hinblick auf die Versorgung und die Zufriedenheit mit der Versorgung. Generell ist insbesondere Menschen mit chronischen Erkrankungen die Kontinuität in der Versorgung, d. h. eine gelungene ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung, wichtig (vgl. Guthrie/Wyke, 2006; Saultz/Albedaiwi, 2004; Waibel et al., 2011). Die fachärztliche Versorgung erfolgt im Vergleich zur allgemein-/hausärztlichen Versorgung allerdings eher episodisch, wohingegen i. d. R.

dem Hausarzt/der Hausärztin die langfristige Koordination und Überwachung der Versorgung zukommt.

Ältere Menschen präferieren außerdem, dass der Arzt/die Ärztin über ihre Behandlungen entscheidet, weil sie eher weniger in die Behandlung involviert werden möchten, wenn es z. B. um die Nutzung neuer Technologien geht (z. B. E-Health) (vgl. Fischer et al., 2014). Diese Präferenzen variieren allerdings deutlich in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung und von soziodemografischen Faktoren (vgl. Center 2014; Ernst et al., 2014; Luck-Sikorski et al., 2017; Raue et al., 2011; Ware et al., 2017). Die Präferenzen und Kompetenzen der PatientInnen werden von ÄrztInnen teilweise auch falsch eingeschätzt. Oftmals haben ÄrztInnen Bedenken im Hinblick auf die Fähigkeiten der PatientInnen, Risiken korrekt einzuschätzen und Therapievorgaben einzuhalten (vgl. Fried et al., 2011; Légaré et al., 2008; Rockenbauch et al., 2010). Ein derartiges Misstrauen oder Missverständnis kann die Beziehung zwischen ÄrztIn und PatientIn stören.

Bestehende Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen (vgl. Kowalski et al., 2014; Seidel-Schulze, 2008) sind ebenfalls einer unterschiedlichen *acceptability* zuzuordnen. Auch Unterschiede nach Bildungshintergrund in der Inanspruchnahme von Heilmitteln und bei der Inanspruchnahme von FachärztInnen sind möglicherweise auf unterschiedliche Präferenzen zurückzuführen (vgl. Hoebel et al., 2016; Rommel/Prütz, 2017; Schulz, 2016).

Diese Herausforderungen für die ältere (pflegebedürftige) Bevölkerung sind erst in den letzten Jahren stärker in das Bewusstsein der Forschung gerückt (vgl. Burns/Nair, 2014). Es gibt bisher nur wenige Daten zur älteren Bevölkerung, insbesondere zu Pflegebedürftigen und der Subgruppe der PflegeheimbewohnerInnen. Die hier referierte Forschungsliteratur schließt nur selten PflegeheimbewohnerInnen ein und enthält i. d. R. auch keine Daten zu stark kognitiv eingeschränkten älteren Menschen. Das liegt u. a. daran, dass viele gesundheitsbezogene Bevölkerungssurveys Befragte teilweise nur bis zu einem bestimmten Alter einschließen und institutionalisierte Personen (wie Personen, die im Krankenhaus liegen und Pflegebedürftige in Pflegeheimen und Servicewohnungen) teilweise ganz ausschließen. Beispiele für solche gesundheitsbezogenen Bevölkerungssurveys sind das Deutsche Alterssurvey (DEAS), der Mikrozensus, das Sozio-oekonomische Panel (SOEP), das Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), die Studie Gesundheit in Deutschland

aktuell (GEDA), die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) und die NAKO Gesundheitsstudie. Somit ist diese Bevölkerungsgruppe in bestehenden (Review-)Studien auch kaum repräsentiert (vgl. Klein/Knesebeck, 2016).

Daher wird im Folgenden eine Routinedaten-Stichprobe der gesamten älteren Bevölkerung genutzt, um die fachärztliche Versorgung älterer Menschen zu untersuchen. Für diese Bevölkerungsgruppe sind regelmäßige fachärztliche Kontakte die Grundlage für eine angemessene Versorgung und für die Überwachung therapeutischer Maßnahmen (z. B. Rehabilitation, Medikamentenmanagement, Tertiärprävention). Es wird geprüft, ob potenzielle Einflussfaktoren ein hohes Lebensalter, Pflegebedürftigkeit und ein ländlicher Wohnort den Zugang zur Versorgung erschweren können.

7.2 Daten und Analysen

Die Studie basiert auf bundesweiten Routinedaten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) mit über 24 Millionen Versicherten. Berücksichtigt wurden Daten zur fachärztlichen Versorgung aus dem Jahr 2015 von Versicherten, die im Untersuchungsjahr mindestens 60 Jahre alt sind. Es wurde eine Zufallsstichprobe gezogen, die mit einem Verhältnis von 85.000 Nichtpflegebedürftigen und 15.000 Pflegebedürftigen die Pflegebedürftigkeitsprävalenz in der untersuchten Altersgruppe repräsentiert.

Die Daten werden einer zero-inflated poisson Regression mit Schätzung robuster Standardfehler unterzogen. Die zentrale abhängige Variable ist hierbei die Anzahl der Abrechnungsfälle (mindestens ein Kontakt je Quartal und Arzt) in zwölf medizinischen Fachgebieten. Die Anzahl der Abrechnungsfälle kann in einer medizinischen Fachrichtung maximal vier pro Jahr betragen, wenn der/die Versicherte stets denselben Arzt/dieselbe Ärztin kontaktiert. Werden mehrere ÄrztInnen kontaktiert, kann die Anzahl der Abrechnungsfälle höher als vier liegen. Die Anzahl der Abrechnungsfälle entspricht somit nicht der Anzahl der ärztlichen Kontakte. Es resultieren also zwölf Regressionsmodelle, die jeweils aus zwei Komponenten bestehen: Im ersten Teil des Modells wird die Wahrscheinlichkeit geschätzt, dass *kein* fachärztlicher Abrechnungsfall vorliegt, im zweiten Teil des Modells wird die Anzahl der fachärztlichen Abrechnungsfälle geschätzt. Die relevanten unabhängigen Variablen sind Alter (in Gruppen), Geschlecht, Urbanitätsgrad der Wohnregion auf Kreisebene (städtische

Regionen, Regionen mit Verstädterungstendenzen, ländliche Regionen (vgl. Bundesbauministerium und das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 2015), Pflegesetting und Pflegestufe (wurde 2017 abgelöst durch die Einstufung nach Pflegegraden). Versicherte mit Pflegestufe 0 (eingeschränkte Alltagskompetenz) wurden den Nichtpflegebedürftigen zugerechnet. Härtefälle wurden Pflegestufe 3 zugerechnet. Weitere Kontrollvariablen waren die Mortalität, die Anzahl der allgemeinärztlichen Kontakte und die Morbidität. Der Morbiditätsstatus der Versicherten wurde anhand von 31 Erkrankungskategorien definiert (vgl. Tab. 7.2).

In die Analyse einbezogen wurden jeweils nur diejenigen Versicherten, die im Untersuchungszeitraum eine diagnostizierte Erkrankung aufwiesen, die der jeweiligen Facharztgruppe zuordenbar war; konkret bedeutet das beispielsweise, dass für die Analyse der augenärztlichen Inanspruchnahme nur diejenigen Versicherten eingeschlossen wurden, die eine Augenerkrankung aufwiesen. Versicherte wurden in der jeweiligen Kategorie als erkrankt definiert, wenn sie zwei gesicherte ambulante Diagnosen und/oder eine stationäre Diagnose im zugrunde liegenden Quartal oder in den drei vorangegangenen Quartalen aufwiesen.

7.3 Ergebnisse

Tabelle 7.2 zeigt die Ausprägungen aller Merkmale, die in die Analysen eingehen. Es zeigt sich, dass im untersuchten Datensatz Frauen insgesamt und insbesondere in den höheren Altersgruppen häufiger vertreten sind. Pflegebedürftige werden häufiger im häuslichen Pflegesetting versorgt als in einer stationären Pflegeeinrichtung. Bei der Einstufung des Pflegebedarfs überwiegt allgemein die Pflegestufe 1. Betrachtet man hingegen das stationäre Pflegesetting, überwiegt die Pflegestufe 2.

Die Tabelle zur Erkrankungsprävalenz zeigt, dass nur 8,7 % der untersuchten Versicherten keine der untersuchten Erkrankung aufweisen. Die häufigste Erkrankung ist Bluthochdruck, welche bei zwei von drei Versicherten vorkommt. Stoffwechselstörungen (wie z. B. Schilddrüsenstörungen oder Laktoseintoleranz) und Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens weist fast jeder/jede zweite Versicherte auf.

Tab. 7.2: Übersicht zu soziodemografischen Variablen und Erkrankungsprävalenzen

soziodemografische Variablen			Erkrankungsgruppen (ICD-10-GM Code)	
		Anteil		Anteil
Männer	gesamt	42,6 %	Bluthochdruck (I10-15)	69,4 %
	60–64 Jahre	10,1 %	Stoffwechselstörungen (E70-90)	48,9 %
	65–69 Jahre	8,2 %	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-54)	46,1 %
	70–74 Jahre	7,3 %	Arthropathien (M00-25)	43,9 %
	75–79 Jahre	8,5 %	Herzerkrankungen (I20-52)	40,6 %
	80–84 Jahre	5,1 %	Augenerkrankungen (H00-59)	33,3 %
	85–89 Jahre	2,5 %	Krankheiten des Verdauungssystems (K20-31; K40-46; K55-64)	32,6 %
	90+ Jahre	0,9 %	Atherosklerose (I70-89)	32,4 %
Frauen	gesamt	57,4 %	Diabetes mellitus (E10-14)	30,7 %
	60–64 Jahre	10,2 %	Schilddrüsenerkrankungen (E00-07)	23,6 %
	65–69 Jahre	8,8 %	Harnwegserkrankungen (R30-39; N30-39)	19,4 %
	70–74 Jahre	8,6 %	Depression (F30-39)	18,5 %
	75–79 Jahre	11,4 %	Atemwegserkrankungen (J40-47)	18,3 %
	80–84 Jahre	8,8 %	Erkrankungen des Ohrs (H60-95)	18,3 %
	85–89 Jahre	6,0 %	Ernährungs-/Stoffwechselkrankheiten (E40-46; E65-68)	17,0 %
	90+ Jahre	3,6 %	psychische Erkrankungen (F40-48)	16,9 %
häusliches Pflegesetting	gesamt	9,7 %	Knochenerkrankungen (M80-94)	14,8 %
	Pflegestufe 1	5,9 %	zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-69)	14,4 %
	Pflegestufe 2	2,9 %	Erkrankungen des Nervensystems (G56-64)	13,4 %
Pflegeheim-Setting	gesamt	5,1 %	Verletzungen und Frakturen (S00-99; T08-14)	13,3 %
	Pflegestufe 1	1,7 %	Hauterkrankungen (L20-30; C43-44)	12,8 %
	Pflegestufe 2	2,1 %	Niereninsuffizienz (N17-19)	12,3 %
Pflegestufe	gesamt	1,3 %	Krankheiten der männlichen Genitalorgane (N40-51)	11,7 %
	Pflegestufe 1	7,6 %	Demenz und Alzheimer (F00-09; G30-32)	10,8 %
	Pflegestufe 2	5,0 %	Krankheiten des weiblichen Genitaltrakts (N80-98)	9,0 %
Urbanitätsgrad des Wohnorts	Großstadt	39,2 %	Suchterkrankungen (F10-19)	7,2 %
	Kleinstadt	32,6 %	Dekubitus (L80-99)	6,6 %
	Land	28,1 %	Parkinson/Bewegungsstörungen (G20-26)	4,9 %
Mortalität	2015	4,1 %	Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F20-29; 60-69)	2,9 %
	verstorben		Lähmungen (G80-83)	2,7 %
			Funktionseinschränkungen (U50-52)	2,5 %
			keine Erkrankung	8,7 %

Die Inanspruchnahme der FachärztInnen nach Fachgebieten ist in Tab. 7.3 dargestellt. Die Inanspruchnahme variiert zwischen 0 und 31 fachärztlichen Abrechnungsfällen pro Jahr, bei Mittelwerten von 0,27 bis 2,06 je nach Fachgebiet. Dies zeigt, dass die Mehrheit der Versicherten in der Stichprobe nur wenige oder gar keine fachärztlichen Abrechnungsfälle pro Jahr aufweisen. Ergänzend ist noch der Umfang der allgemeinärztlichen Versorgung zu nennen (vgl. Tab. 7.3). Im Mittel weisen die untersuchten Versicherten pro Jahr 4,3 Abrechnungsfälle in einer allgemeinärztlichen Praxis auf. Die Anzahl der Abrechnungsfälle reicht von 0 bis zu 96 Fällen pro Jahr, wobei die Standardabweichung darauf hindeutet, dass die meisten untersuchten Versicherten zwischen zwei und sieben Abrechnungsfälle pro Jahr aufweisen. Anhand der Standardabweichung lässt sich erkennen, dass Personen mit mehr als vier fachärztlichen Abrechnungsfällen eher die Ausnahme darstellen.

Tab. 7.3: Abrechnungsfälle nach medizinischen Fachgebieten bei Versicherten, die eine dem jeweiligen Fachgebiet zugeordnete Erkrankung aufwiesen

medizinische Fachgebiete und zugeordnete Erkrankungen	Augenheilkunde bei Augenerkrankung	Dermatologie bei Dekubitus	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) bei Erkrankungen des Ohrs	Urologie bei Harnwegserkrankungen	Gynäkologie bei Harnwegserkrankungen	Kardiologie bei Herzerkrankungen	Innere Medizin bei Krankheiten des Verdauungstrakts	Orthopädie bei Arthropathien	Psychiatrie/Neurologie bei Depression	Chirurgie bei Verletzungen und Frakturen	Nephrologie bei Niereninsuffizienz	Pneumologie bei Atemwegserkrankungen	Allgemeinmedizin (erkrankungsunabhängig)
arithmetisches Mittel	2,06	0,99	1,27	1,11	0,52	0,50	0,27	0,87	0,99	0,36	0,53	0,57	4,33
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	12	9	10	11	13	12	16	12	11	10	31	9	96
Standardabweichung	1,57	1,42	1,33	1,63	1,22	0,97	0,90	1,37	1,60	0,86	1,58	1,17	2,45

7.3.1 Die Wahrscheinlichkeit, fachärztlich versorgt zu sein

Die erste Komponente des Regressionsmodells schätzt die Wahrscheinlichkeit eines fachärztlichen Abrechnungsfalls unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs, gemessen an vorliegenden Erkrankungsdiagnosen. Es zeigen sich deutliche Unterschiede in der Kontaktwahrscheinlichkeit (vgl. Tab. 7.4). Tabelle 7.4 gibt die prozentualen Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit an, *keinen* fachärztlichen Abrechnungsfall zu haben.

Tab. 7.4: Prozentuale Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit, bei Vorliegen einer entsprechenden Erkrankung keinen fachärztlichen Abrechnungsfall aufzuweisen

		Augenheilkunde bei Augenerkrankung	Dermatologie bei Dekubitus	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) bei Erkrankungen des Ohrs	Urologie bei Harnwegserkrankungen	Gynäkologie bei Harnwegserkrankungen	Kardiologie bei Herzerkrankungen	Innere Medizin bei Krankheiten des Verdauungssystems	Orthopädie bei Arthropathien	Psychiatrie/Neurologie bei Depression	Chirurgie bei Verletzungen und Frakturen	Nephrologie bei Niereninsuffizienz	Pneumologie bei Atemwegserkrankungen
Männer (Ref.: Frauen, 60–64 Jahre)	60–64 Jahre	64	54	-17	-*	-**	-41	2	22	4	27	-12	-7
	65–69 Jahre	-3	20	-4	-3	-**	-30	-5	48	74	22	11	-17
	70–74 Jahre	-51	-5	-16	-13	-**	-30	-1	63	83	68	36	-20
	75–79 Jahre	-34	20	-20	-1	-**	-27	18	83	90	72	54	4
	80–84 Jahre	-15	27	-10	30	-**	-20	37	117	123	84	60	22
	85–89 Jahre	3	46	-4	83	-**	-12	89	194	264	138	133	53
	90+ Jahre	79	114	-4	96	-**	53	208	341	434	123	320	249
Frauen (Ref.: Frauen, 60–64 Jahre)	65–69 Jahre	-46	-6	-12	-**	-9	-10	1	20	40	2	12	-7
	70–74 Jahre	-42	3	-21	-**	46	-15	13	22	49	13	47	-10
	75–79 Jahre	-37	12	-17	-**	165	-2	27	62	68	59	49	19
	80–84 Jahre	-20	79	1	-**	314	13	59	97	109	58	109	32
	85–89 Jahre	3	100	-4	-**	548	40	125	179	227	127	218	108
	90+ Jahre	57	145	24	-**	981	104	257	280	264	89	442	336
Häusliches Setting (Ref.: nicht pflegebedürftig)	Pflegestufe 1	136	55	39	120	64	47	40	39	1	19	-19	16
	Pflegestufe 2	330	103	76	165	164	84	90	111	1	10	4	43
	Pflegestufe 3	913	655	232	160	98	394	184	99	9	49	40	57

		Augenheilkunde bei Augenerkrankung	Dermatologie bei Dekubitus	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) bei Erkrankungen des Ohrs	Urologie bei Harnwegserkrankungen	Gynäkologie bei Harnwegserkrankungen	Kardiologie bei Herzkrankungen	Innere Medizin bei Krankheiten des Verdauungssystems	Orthopädie bei Arthropathien	Psychiatrie/Neurologie bei Depression	Chirurgie bei Verletzungen und Frakturen	Nephrologie bei Niereninsuffizienz	Pneumologie bei Atemwegserkrankungen
Pfleheim-Setting (Ref.: nicht pflegebedürftig)	Pflegestufe 1	243	58	7	156	179	116	174	96	-63	-1	47	181
	Pflegestufe 2	444	63	-4	136	148	182	209	192	-69	4	78	157
	Pflegestufe 3	575	79	33	91	240	268	384	162	-71	98	138	698
Wohnort (Ref.: Großstadt)	Kleinstadt	12	6	43	20	1	5	-3	24	39	-13	-6	5
	Land	43	35	69	21	-7	52	1	47	46	1	-4	-10

Anmerkungen: Dargestellt sind die prozentualen Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit, im Untersuchungsjahr keinen fachärztlichen Abrechnungsfall aufzuweisen, verglichen mit der jeweiligen Referenzgruppe. Signifikante Effekte ($p \leq 0,001$) sind fett gedruckt. Weitere Kontrollvariablen: Morbidität (30 weitere Erkrankungsgruppen), Anzahl der hausärztlichen Abrechnungsfälle, Mortalität (verstorben im Untersuchungsjahr).

* Für das Fachgebiet Urologie ist die Kategorie „männlich, 60-64 Jahre“ die Referenzgruppe.

** Für dieses Geschlecht trifft diese Facharztgruppe i. d. R. nicht zu.

Der Pflegebedarf hat bei fast allen untersuchten medizinischen Fachgebieten einen Einfluss. Die Wohnregion hat bei sechs der zwölf Fachgebiete einen Einfluss. Alter und Geschlecht haben bei einigen wenigen medizinischen Fachgebieten einen Einfluss.

Die Ergebnisse zeigen im Detail, dass in den Fachgebieten Psychiatrie/Neurologie und Orthopädie die Wahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter steigt, keinen Abrechnungsfall zu haben (vgl. Abb. 7.1), obwohl eine entsprechende Erkrankungsdiagnose vorliegt. Die Werte steigen graduell an, d. h. in der jüngsten Altersgruppe (60-64 Jahre) sind die Unterschiede am geringsten, in der höchsten Altersgruppe (90+) sind die Unterschiede am größten. Konkret bedeutet dies: Männer im Alter von 65-69 Jahren haben eine um 48 % bzw. 74 % höhere Wahrscheinlichkeit, keinen Abrechnungsfall bei OrthopädInnen bzw. NeurologInnen/PsychiaterInnen zu haben als die Referenzgruppe, nämlich Frauen im Alter von 60 bis 64 Jahren, die vergleichbare Erkrankungen aufweisen. Die Wahrscheinlichkeit ist im Alter von 80-84 Jahren bereits 117 % bzw. 123 % höher als bei der Referenzgruppe, keinen entsprechenden fachärztlichen Abrechnungsfall zu haben. Bei 90-Jährigen ist die Wahrscheinlichkeit

341 % bzw. 434 % höher. Bei Frauen zeigt sich ein vergleichbarer Altersgradient, die Unterschiede sind allerdings etwas geringer.

Bei Frauen zeigen sich auch für die Gynäkologie, die Innere Medizin und die Nephrologie in den höheren Altersgruppen signifikante Unterschiede im Vergleich zur Referenzgruppe im Alter von 60 bis 64 Jahren. Bei Männern zeigt sich auch für die Innere Medizin und die Nephrologie eine geringere Wahrscheinlichkeit, allerdings sind die Unterschiede nur in den Altersgruppen ab 80 bzw. 85 Jahren signifikant. Eine Ausnahme stellt bei den Männern die Kardiologie bei Herzerkrankungen dar: Hier haben sie eine geringere Wahrscheinlichkeit als die Referenzgruppe, keinen Abrechnungsfall zu haben.

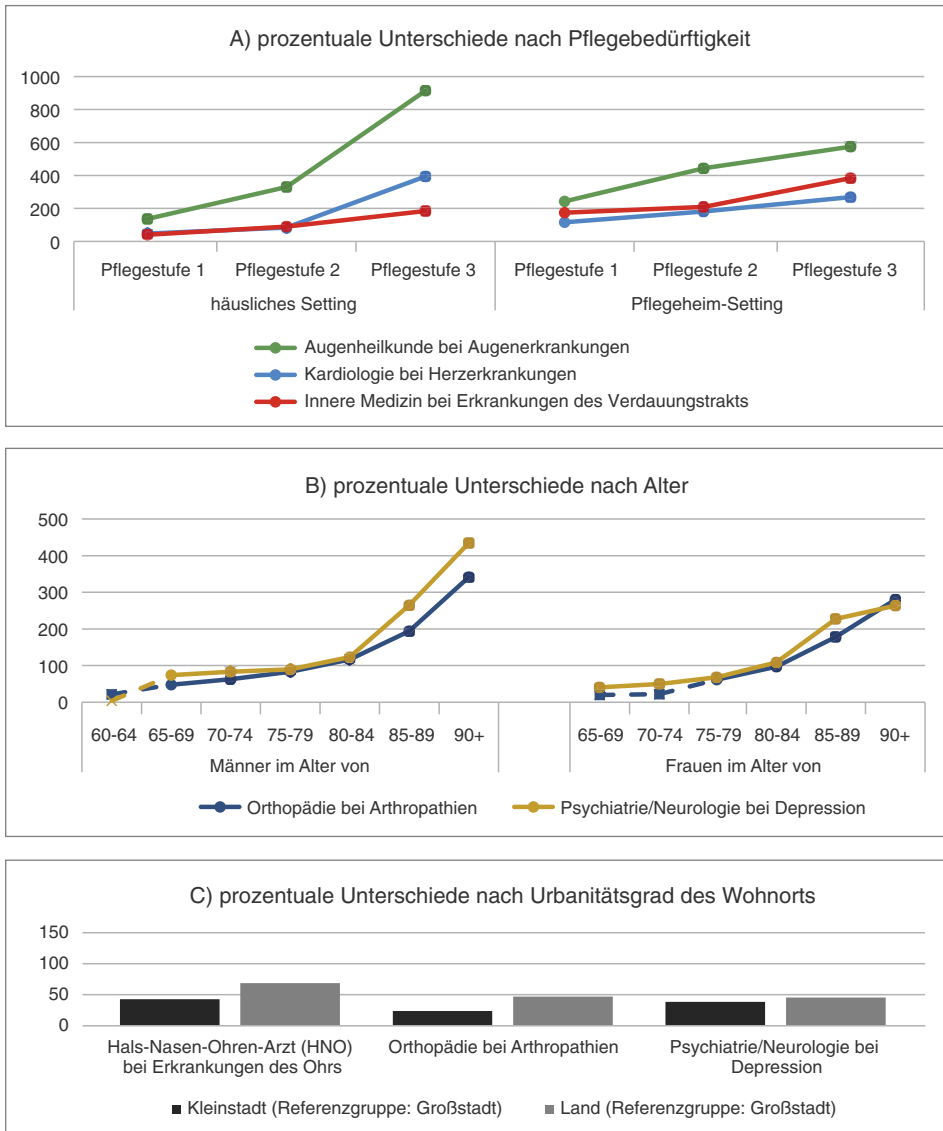


Abb. 7.1: Prozentuale Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit, keinen Facharzt/keine Fachärztin zu sehen, nach Pflegebedarf und Pflegesetting (Referenzgruppe: Nichtpflegebedürftige) (Grafik A) bzw. Alter und Geschlecht (Referenzgruppe: Frauen, 60–64 Jahre) (Grafik B) und Urbanitätsgrad des Wohnorts (Referenzgruppe: ländlicher Wohnort) (Grafik C) Anmerkungen: Gestrichelte Abschnitte zeigen nicht signifikante Zusammenhänge.

Pflegebedürftigkeit hat in zahlreichen Fachgebieten einen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit eines Arztkontakts. Für die Fachgebiete Augenheilkunde, Urologie, Gynäkologie, Kardiologie, Innere Medizin und Orthopädie zeigen sich auch deutliche Gradienteneffekte, d. h. je höher die Pflegebedürftigkeit (gemessen an der Pflegestufe) ist, desto stärker sind die Unterschiede in der Versorgungswahrscheinlichkeit. Am Beispiel der Augenheilkunde bei Augenerkrankungen bedeutet das konkret für Pflegebedürftige, die im eigenen Haushalt leben und ambulante Pflegeleistungen erhalten, Folgendes (vgl. Abb. 7.1): Pflegebedürftige mit Pflegestufe 1 haben eine um 136 % höhere Wahrscheinlichkeit als Nichtpflegebedürftige, keinen augenärztlichen Abrechnungsfall zu haben. Bei Pflegestufe 2 liegt die Wahrscheinlichkeit bei 330 % und bei Pflegestufe 3 haben sie eine um 913 % höhere Wahrscheinlichkeit, keinen Abrechnungsfall zu haben. Für Pflegebedürftige, die im Pflegeheim leben, liegt die Wahrscheinlichkeit, keinen Abrechnungsfall zu haben, bei Pflegestufe 1 um 243 % höher und bei Pflegestufe 3 um 575 % höher im Vergleich zu Nichtpflegebedürftigen (vgl. Abb. 7.1).

Für drei Fachgebiete gibt es Setting-spezifische Effekte: Pflegebedürftige in Pflegeheimen weisen in Bezug auf die psychiatrische/neurologische Versorgung eine höhere Wahrscheinlichkeit eines Abrechnungsfalls und bei der Versorgung durch Pneumologen eine geringere Wahrscheinlichkeit eines Abrechnungsfalls auf, wobei es keine Effekte für das häusliche Setting gibt. Für die Dermatologie und HNO-Heilkunde besteht eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit nur für das häusliche Pflegesetting. Keine signifikanten Unterschiede gibt es in den Fachgebieten Nephrologie und Chirurgie (bei Verletzungen und Frakturen).

Im Hinblick auf die Wohnregion zeigt sich für drei Fachgebiete (HNO-Heilkunde, Orthopädie und Neurologie/Psychiatrie) (vgl. Abb. 7.1), dass ältere Menschen in kleinstädtischen und ländlichen Gegenden ein höheres Risiko haben, keinen Abrechnungsfall zu haben. Bei Augenheilkunde, Dermatologie und Kardiologie bestehen signifikante Unterschiede nur im Vergleich Großstadt versus ländliche Region.

7.3.2 Die Intensität der fachärztlichen Versorgung

Die Versorgungsintensität wird in Tab. 7.5 dargestellt. Die Werte zeigen die prozentualen Unterschiede in der erwarteten Anzahl von fachärztlichen Abrechnungsfällen im Vergleich zur jeweiligen Referenzgruppe. Im Hinblick auf die Versorgungs-

intensität hat das Alter nur in zwei Fachgebieten einen signifikanten Einfluss (vgl. Tab. 7.5): Im Fall von Augenerkrankungen weisen Männer ab 70 Jahren und Frauen ab 65 Jahren bis ins hohe Alter durchweg eine signifikant höhere Anzahl augenärztlicher Abrechnungsfälle auf als die Referenzgruppe (Frauen, 60–64 Jahre). Die inter-nistische Versorgung bei Magen-Darm-Erkrankungen ist bei Männern ab 85 Jahren und Frauen ab 80 Jahren signifikant geringer ausgeprägt als bei der Referenzgruppe. Dieser Effekt steigt mit zunehmendem Alter graduell an, d. h. mit höherem Alter vergrößern sich die Unterschiede zur Referenzgruppe. Bei allen anderen Fachgebieten bestehen keine signifikanten Unterschiede in der Versorgungsintensität zwischen den jüngeren Altersgruppen und den Hochbetagteren.

Pflegebedürftige weisen überwiegend eine vergleichbare Versorgungsintensität auf wie Nichtpflegebedürftige. Eine Ausnahme zeigt sich bei der psychiatrischen/neurologischen Versorgung bei dem Krankheitsbild Depression: Hier weisen PflegeheimbewohnerInnen eine signifikant höhere Versorgungsintensität auf als Nichtpflegebedürftige. Diese Unterschiede nehmen, gemessen an der Pflegestufe, mit zunehmender Pflegebedürftigkeit zu. Wenn Pflegebedürftige ambulante Pflegeleistungen erhalten, weisen sie im Rahmen der nephrologischen Versorgung bei Niereninsuffizienz eine höhere Versorgungsintensität auf als die Referenzgruppe.

Leben die älteren Menschen in kleinstädtischen oder ländlichen Gebieten, weisen sie in einigen Fällen (Orthopädie, Augenheilkunde und Urologie) eine geringere Versorgungsintensität auf. Die psychiatrische Versorgung ist in ländlichen Gebieten signifikant niedriger als in Großstädten.

Tab. 7.5: Prozentuale Unterschiede in der erwarteten Anzahl der fachärztlichen Abrechnungsfälle bei Vorliegen einer entsprechenden Erkrankung

		Augenheilkunde bei Augenerkrankung	Dermatologie bei Dekubitus	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) bei Erkrankungen des Ohrs	Urologie bei Harnwegserkrankungen	Gynäkologie bei Harnwegserkrankungen	Kardiologie bei Herzerkrankungen	Innere Medizin bei Krankheiten des Verdauungssystems	Orthopädie bei Arthropathien	Psychiatrie/Neurologie bei Depression	Chirurgie bei Verletzungen und Frakturen	Nephrologie bei Niereninsuffizienz	Pneumologie bei Atemwegserkrankungen
Männer (Ref.: Frauen, 60-64 Jahre)	60-64 Jahre	7	6	-3	-*	-**	7	3	0	-1	6	26	4
	65-69 Jahre	9	-2	10	8	-**	18	4	-8	0	-7	23	4
	70-74 Jahre	16	6	9	5	-**	13	-3	-6	-5	11	11	5
	75-79 Jahre	23	9	11	10	-**	13	-2	-4	-2	12	21	6
	80-84 Jahre	23	9	7	11	-**	4	-8	-12	-5	-3	28	2
	85-89 Jahre	16	-8	12	13	-**	-6	-19	-17	-10	-15	8	-15
	90+ Jahre	27	-29	-5	11	-**	7	-38	0	-11	-31	42	24
Frauen (Ref.: Frauen, 60-64 Jahre)	65-69 Jahre	9	-3	4	-**	-6	2	-3	0	-2	-4	15	4
	70-74 Jahre	20	-9	1	-**	-8	-3	-1	0	-2	6	1	-2
	75-79 Jahre	23	0	0	-**	-5	3	-8	1	-6	-8	17	2
	80-84 Jahre	23	0	5	-**	-1	-5	-18	-4	-9	-21	-6	-4
	85-89 Jahre	24	-15	5	-**	4	-8	-25	-9	-7	-22	9	-3
	90+ Jahre	20	-8	0	-**	3	6	-40	-15	-2	-24	-33	15
Häusliches Setting (Ref.: nicht pflegebedürftig)	Pflegestufe 1	-3	-7	-5	0	-3	-5	10	-5	4	8	30	9
	Pflegestufe 2	-4	-18	-10	6	3	-9	10	-8	8	-21	42	5
	Pflegestufe 3	-19	-13	-21	23	-30	9	4	-33	0	-20	55	16
Pflegeheim-Setting (Ref.: nicht pflegebedürftig)	Pflegestufe 1	-6	3	2	5	-6	-23	-1	-21	15	-22	30	-17
	Pflegestufe 2	0	4	13	7	-18	-25	-17	-8	20	-26	22	-32
	Pflegestufe 3	-7	6	15	-8	-33	-37	-3	-2	23	18	38	-27
Wohnort (Ref.: Großstadt)	Kleinstadt	-1	-6	-1	-4	-6	0	-5	-6	-3	-11	9	-13
	Land	-5	-7	2	-6	-16	1	-6	-5	-7	-1	-3	-4

Anmerkungen: Dargestellt sind die prozentualen Unterschiede in der erwarteten Anzahl fachärztlicher Abrechnungsfälle verglichen mit der jeweiligen Referenzgruppe. Signifikante Effekte (Signifikanzniveau $p \leq 0,001$) sind fett gedruckt. Weitere Kontrollvariablen: Morbidität (30 weitere Erkrankungsgruppen), Anzahl der hausärztlichen Abrechnungsfälle, Mortalität (verstorben im Untersuchungsjahr).

* Für das Fachgebiet Urologie ist die Kategorie „männlich, 60-64 Jahre“ die Referenzgruppe.

** Für dieses Geschlecht trifft diese Facharztgruppe i. d. R. nicht zu.

7.4 Fazit

Die Analysen legen drei Erkenntnisse nahe: Erstens gibt es zwischen älteren Menschen mit und ohne Pflegebedarf deutliche Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit, bei einer vorhandenen Erkrankung mindestens einmal jährlich einen entsprechenden Facharzt zu besuchen. Für die meisten untersuchten medizinischen Fachgebiete gilt, dass Pflegebedürftige eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, fachärztlich versorgt zu werden. Diese Befunde deuten an, dass – unabhängig von der bestehenden Morbidität – der Grad des Pflegebedarfs darüber entscheidet, ob jemand grundsätzlich einen Arzt/eine Ärztin aufsucht oder nicht. Hingegen gibt es kaum signifikante Unterschiede in der Intensität der Versorgung zwischen älteren Menschen mit und ohne Pflegebedarf.

Als zweiter zentraler Befund zeigen sich deutliche Gradienteneffekte im Hinblick auf das Alter und das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit: Je älter eine Person und je höher die Pflegestufe, desto höher ist das Risiko, keinen Facharztkontakt zu haben. Dies legt die Interpretation nahe, dass Gebrechlichkeit und kognitive Beeinträchtigung die Organisation und Inanspruchnahme der Versorgung erschweren. Interessanterweise deuten bisherige Studien eher an, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme und dem Alter gibt (vgl. Hajek et al., 2018) bzw. die Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter zunimmt (vgl. Thode et al., 2005). Diese Befunde lassen sich allerdings damit erklären, dass in der Studie von Hajek et al. zwar die hochaltrige Bevölkerung untersucht wurde, hierbei allerdings gerade demenziell Erkrankte, PflegeheimbewohnerInnen und Personen, die ausschließlich Hausbesuche erhalten, von der Studie ausgeschlossen wurden. In der Studie von Thode et al. wurden hingegen nur Personen bis zum Alter von 79 Jahren eingeschlossen und der mögliche Einfluss von Pflegebedürftigkeit wurde nicht berücksichtigt.

Drittens zeigt sich, dass der Urbanitätsgrad des Wohnorts nur teilweise Einfluss auf die fachärztliche Versorgung hat, beispielsweise bei HNO-ÄrztInnen, NeurologInnen/PsychiaterInnen und OrthopädInnen. Hier liegt die Annahme nahe, dass die Anzahl der niedergelassenen FachärztInnen in einer Region je nach Fachgebiet deutlich variiert. Somit bestünden für die genannten Fachgebiete zwischen Stadt und Land größere Unterschiede in der Anzahl der niedergelassenen FachärztInnen, als dies in anderen Fachgebieten der Fall ist. Dies wird von bestehenden Studien bekräftigt (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2017; Jacobi et al., 2016). Es konnte bislang al-

lerdings kein Zusammenhang zwischen der Distanz zur ärztlichen Praxis und der Wahrscheinlichkeit eines Kontaktes gezeigt werden (vgl. Stentzel et al., 2018). Im Hinblick auf die Untersuchung von Stentzel et al. ist jedoch anzumerken, dass Pflegebedürftigkeit als Einflussfaktor auf die Versorgung in den Analysen nicht ausreichend berücksichtigt wurde, obwohl zu erwarten ist, dass lange Wegstrecken gerade für körperlich eingeschränkte Menschen eine Zugangsbarriere darstellen.

Die vorliegende Analyse bietet einen Überblick über die fachärztliche Versorgung von älteren Menschen und ihre ungleiche Versorgung. Die Ergebnisse lassen jedoch keine Aussagen darüber zu, ob Über- oder Unterversorgung vorliegt. Zwar bietet die umfassende Kontrolle der Morbidität einen Anhaltspunkt, dass Ungleichheiten in der Versorgung vorliegen, allerdings lässt sich aus diesen Unterschieden nicht ableiten, ob Pflegebedürftige zu selten einen Arzt/eine Ärztin aufsuchen, oder ob Nichtpflegebedürftige zu häufig einen Arzt aufsuchen. Hierzu müssten detailliertere Daten zum individuellen Versorgungsbedarf erhoben werden. Außerdem bleibt unklar, welche Prozesse bei der Versorgung ablaufen und weshalb es genau zu Versorgungsunterschieden kommt. Um die zugrunde liegenden Mechanismen aufzudecken, ist es deshalb wichtig, die Perspektive der älteren Menschen auf den wahrgenommenen Versorgungsbedarf und auf die wahrgenommenen Zugangshürden einzuschließen.

Im Hinblick auf die Intensität der Versorgung bleibt allerdings anzumerken, dass die Anzahl der Abrechnungsfälle nicht der Anzahl der Arztkontakte entspricht und somit für den absoluten Umfang der Versorgung nur begrenzt aussagefähig ist. Wenn ein Patient/eine Patientin mehrmals im Quartal denselben Arzt/dieselbe Ärztin kontaktiert, werden diese ärztlichen Kontakte nicht einzeln berechnet, sondern als ein Abrechnungsfall zusammengefasst.

Eine weitere Einschränkung der Analysen besteht darin, dass die Erklärungskraft der Modelle (Pseudo R^2) sehr gering ist und unter 0,1 liegt (Pseudo R^2 reicht von 0 und 1). Das bedeutet, dass wichtige Einflussfaktoren, die die (Nicht-)Inanspruchnahme erklären können, im Modell nicht berücksichtigt wurden. Auch in anderen Modellen zur Erklärung der Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung war die Erklärungskraft eher schwach (vgl. Bussche et al., 2011; Lentz et al., 2018). Als Haupterklärungsfaktor wird der Gesundheitszustand angesehen (vgl. Andersen et al., 2014). Zwar wird bereits für die Morbidität im Sinne von diagnostizierten Erkrankungen kontrolliert, aber die Diagnosen geben keine Hinweise auf die Schwere der Erkrankung. Eine weitere Limitation der Analyse besteht darin, dass diejenigen Ver-

sicherten, die keinerlei Diagnose aufweisen, selbst wenn eine Erkrankung besteht, von der Regression ausgeschlossen wurden. Dadurch werden Unterschiede in der fachärztlichen Versorgung voraussichtlich noch unterschätzt.

Die dargestellten Unterschiede in der Versorgung können Zugangsbarrieren andeuten, die in Unterversorgung resultieren können. Unterversorgung kann direkte Folgen für die Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen haben, beispielsweise durch ein unzureichendes Schmerzmanagement. Erkrankungen können sich verschlimmern oder evtl. die Lebenszeit verkürzen. Langfristig entstehen für das Gesundheitssystem Kosten aufgrund von unangemessen behandelten Erkrankungen und vermeidbaren Krankenhauseinweisungen (vgl. Berg et al., 2015; Gruneir et al., 2011). Zugangsbarrieren und Unterversorgung lassen sich beispielsweise durch zugehende Versorgungsangebote für ältere Menschen reduzieren, die allerdings heutzutage – insbesondere bei der fachärztlichen Versorgung – noch nicht die Regel sind (vgl. Meinck et al., 2004; Strößenreuther et al., 2008; Renteln-Kruse et al., 2003).

Literatur

- Andersen, R. M./Davidson, P. L./Baumeister, S. E. (2014). *Improving access to care. Changing the US health care system: key issues in health services policy and management*. San Francisco: Jossey-Bass: 33–69.
- Augustin, J./Austermann, J./Erasm, S. (2016). *Netzwerkanalysen in der regionalen Versorgungsforschung: Das Beispiel der dermatologischen Versorgung in der Metropolregion Hamburg*. Das Gesundheitswesen.
- Balzer, K./Butz, S./Bentzel, J./Boulkhemair, D./Lühmann, D. (2013). *Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland*. Schriftenreihe Health Technology Assessment Bd 125.
- Bauer, J./Müller, P./Maier, W./Groneberg, D. A. (2017). *Orthopedic workforce planning in Germany – an analysis of orthopedic accessibility*. PLoS One, 12 (2).
- Becker, T. (2017). *Historie, Produkte, Gesetze*. In: *Mathematik der privaten Krankenversicherung*. Springer: 1–21.
- Berg, M. J. v. d./Loenen, T. v./Westert, G. P. (2015). *Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries*. Family Practice, 33 (1): 42–50.
- Bertelsmann Stiftung (2017). *Faktencheck Ärztedichte 2015*. Gütersloh.
- Björk, S./Juthberg, C./Lindkvist, M./Wimo, A./Sandman, P.-O./Winblad, B./Edvardsson, D. (2016). *Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; a cross-sectional study*. BMC Geriatrics, 16 (1).

- Bundesbauministerium und das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2015). *Laufende Raumb Beobachtung – Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Regionstypen*. www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/Regionstypen/regionstypen.html?nn=443270 (20.11.2018).
- Burns, E./Nair, S. (2014). *New horizons in care home medicine*. Age and ageing, 43 (1): 2–7.
- Bussche, H. v. d./Kaduszkiewicz, H./Niemann, D./Schäfer, I./Koller, D./Hansen, H./Scherer, M./Wegscheider, K./Glaeske, G./Schön, G. (2013). *Umfang und Typologie der Häufignutzung in der vertragsärztlichen Versorgung der älteren Bevölkerung – Eine Analyse auf der Basis von GKV-Abrechnungsdaten*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 107(7): 435–441.
- Bussche, H. v. d./Koller, D./Kolonko, T./Hansen, H./Wegscheider, K./Glaeske, G./Leitner, E.-C. von/Schäfer, I./Schön, G. (2011). *Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany*. BMC Public Health, 11 (1).
- Bussche, H. v. d./Schön, G./Kolonko, T./Hansen, H./Wegscheider, K./Glaeske, G./Koller, D. (2011). *Patterns of ambulatory medical care utilization in elderly patients with special reference to chronic diseases and multimorbidity-results from a claims data based observational study in Germany*. BMC Geriatrics, 11 (1).
- Center, P. R. (2014). *Older adults and technology use*. http://www.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/9/2014/04/PIP_Seniors-and-Tech-Use_040314.pdf (20.11.2018).
- Collerton, J./Jagger, C./Yadegarfar, M. E./Davies, K. et al. (2016). *Deconstructing Complex Multimorbidity in the Very Old: Findings from the Newcastle 85+ Study*. BioMed Research International.
- Dörks, M./Allers, K./Schmiemann, G./Herget-Rosenthal, S./Hoffmann, F. (2017). *Inappropriate Medication in Non-Hospitalized Patients With Renal Insufficiency: A Systematic Review*. Journal of the American Geriatrics Society, 65 (4): 853–862.
- Drebenstedt, C./Schuler, M. (2017). *Stand und Perspektiven zu Schmerzen und Schmerztherapie im Alter*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 50 (8): 680–684.
- Ernst, J./Brähler, E./Weißflog, G. (2014). *Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen – ein Überblick zu Patientenpräferenzen und Einflussfaktoren*. Das Gesundheitswesen, 76 (04): 187–192.
- Fischer, S. H./David, D./Crotty, B. H./Dierks, M./Safran, C. (2014). *Acceptance and use of health information technology by community-dwelling elders*. International Journal of Medical Informatics, 83 (9): 624–635.
- Fitzpatrick, A. L./Powe, N. R./Cooper, L. S./Ives, D. G./Robbins, J. A. (2004). *Barriers to Health Care Access Among the Elderly and Who Perceives Them*. American Journal of Public Health, 94 (10): 1788–1794.
- Fried, T. R./Tinetti, M. E./Iannone, L. (2011). *Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions*. Archives of Internal Medicine, 171 (1): 75–80.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015). *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut (RKI) und Statistisches Bundesamt (DESTATIS).
- Goins, R. T./Williams, K. A./Carter, M. W./Spencer, S. M./Solovieva, T. (2005). *Perceived barriers to health care access among rural older adults: a qualitative study*. The Journal of Rural Health, 21 (3): 206–213.

- Gruneir, A./Silver, M. J./Rochon, P. A. (2011). *Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs*. *Medical Care Research and Review*, 68 (2): 131–155.
- Guthrie, B./Wyke, S. (2006). *Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter*. *BMC Family Practice*, 7 (1).
- Hajek, A./Bock, J.-O./Brenner, H./Saum, K.-U. et al. (2017). *Welche Faktoren beeinflussen die privaten Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen im Alter? Ergebnisse einer Längsschnittstudie*. *Das Gesundheitswesen*, 79 (02): e18–e25.
- Hajek, A./Brettschneider, C./Bussche, H. van den/Kaduszkiewicz, H. et al. (2018). *Longitudinal Analysis of Outpatient Physician Visits in the Oldest Old: Results of the AgeQualiDe Prospective Cohort Study*. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22 (6): 689–694.
- Heinen, I./Bussche, H. van den/Koller, D./Wiese, B. et al. (2015). *Morbiditätsunterschiede bei Pflegebedürftigen in Abhängigkeit von Pflegesektor und Pflegestufe*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48 (3): 237–245.
- Hildebrandt, H./Pimperl, A./Schulte, T./Hermann, C. et al. (2015). *Triple Aim – Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58 (4): 383–392.
- Hoebel, J./Rattay, P./Prütz, F./Rommel, A./Lampert, T. (2016). *Socioeconomic status and use of outpatient medical care: the case of Germany*. *PLoS One*, 11 (5).
- Hoffmann, F./Kaduszkiewicz, H./Glaeske, G./Bussche, H. van den/Koller, D. (2014). *Prevalence of dementia in nursing home and community-dwelling older adults in Germany*. *Aging Clinical and Experimental Research*, 26 (5): 555–559.
- Jacobi, F./Becker, M./Brettschneider, J./Müllender, S./Thom, J./Hapke, U./Maier, W. (2016). *Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen*. *Der Nervenarzt*, 87 (11): 1211–1221.
- Johnell, K. (2015). *Inappropriate Drug Use in People with Cognitive Impairment and Dementia: A Systematic Review*. *Current Clinical Pharmacology*, 10 (3), 178–184.
- Klein, J./Knesebeck, O. von dem (2016). *Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59 (2): 238–244.
- Kleina, T./Horn, A./Suhr, R./Schaeffer, D. (2017). *Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. *Das Gesundheitswesen*, 79 (05): 382–387.
- Kojima, G. (2015). *Prevalence of frailty in nursing homes: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16 (11): 940–945.
- Kopetsch, T./Schmitz, H. (2014). *Regional variation in the utilisation of ambulatory services in Germany*. *Health Economics*, 23 (12): 1481–1492.
- Kowalski, C./Loss, J./Kölsch, F./Janssen, C. (2014). *Utilization of prevention services by gender, age, socioeconomic status, and migration status in Germany: an overview and a systematic review*. In: Janssen, C./Swart, E./Lengerke, Thomas von (Hrsg.): *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results*. New York, NY: Springer: 293–320.
- Légaré, F./Ratté, S./Gravel, K./Graham, I. D. (2008). *Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions*. *Patient education and counseling*, 73 (3): 526–535.

- Lentz, T. A./Beneciuk, J. M./George, S. Z. (2018). *Prediction of healthcare utilization following an episode of physical therapy for musculoskeletal pain*. BMC Health Services Research, 18 (1).
- Listl, S. (2011). *Income-related inequalities in dental service utilization by Europeans aged 50+*. Journal of dental research, 90 (6): 717–723.
- Luck-Sikorski, C./Stein, J./Heilmann, K./Maier, W. et al. (2017). *Treatment preferences for depression in the elderly*. International Psychogeriatrics, 29 (3): 389–398.
- Lukas, A./Mayer, B./Onder, G./Bernabei, R./Denkinger, M. D. (2015). *Schmerztherapie in deutschen Pflegeeinrichtungen im europäischen Vergleich. Ergebnisse der SHELTER-Studie*. Schmerz, 29 (4): 411–421.
- Marengoni, A./Angleman, S./Melis, R./Mangialasche, F. et al. (2011). *Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature*. Ageing Research Reviews, 10 (4): 430–439.
- Mehrmann, L./Ollenschläger, G. (2014). *Problemfelder und Best-Practice-Ansätze in der Arzneimittelversorgung an intersektoralen Schnittstellen – Eine Literaturanalyse*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 108 (1): 66–77.
- Meinck, M./Lübke, N./Lauterberg, J./Robra, B.-P. (2004). *Präventive Hausbesuche im Alter: eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz*. Das Gesundheitswesen, 66 (11): 732–738.
- Mielck, A./Kiess, R./Knesebeck, O. von dem/Stirbu, I./Kunst, A. E. (2009). *Association between forgone care and household income among the elderly in five Western European countries – analyses based on survey data from the SHARE-study*. BMC Health Services Research, 9 (1).
- Morin, L./Laroche, M.-L./Texier, G./Johneil, K. (2016). *Prevalence of potentially inappropriate medication use in older adults living in nursing homes: a systematic review*. Journal of the American Medical Directors Association, 17 (9).
- Motel-Klingebiel, A./Wurm, S./Tesch-Römer, C. (2010). *Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Penchansky, R./Thomas, J. W. (1981). *The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction*. Medical Care: 127–140.
- Raue, P. J./Weinberger, M. I./Sirey, J. A./Meyers, B. S./Bruce, M. L. (2011). *Preferences for depression treatment among elderly home health care patients*. Psychiatric Services, 62 (5): 532–537.
- Rockenbauch, K./Geister, C./Appel, C. (2010). *PatientInnenbeteiligung aus ÄrztInnensicht – eine qualitative Studie*. PpMp – Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, 60 (05): 156–163.
- Rommel, A./Prütz, F. (2017). *Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen in Deutschland*. Journal of Health Monitoring, Robert Koch-Institut (RKI), 2 (4).
- Rothgang, H./Müller, R./Mundhenk, R./Unger, R. (2014). *BARMER GEK Pflegereport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 29. Siegburg: Asgard.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Sondergutachten: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Baden-Baden: Nomos.
- Saß, A.-C./Wurm, S./Ziese, T. (2009). *Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter: 31–112.
- Saultz, J. W./Albedaiwi, W. (2004). *Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review*. The Annals of Family Medicine, 2 (5): 445–451.

- Schang, L./Kopetsch, T./Sundmacher, L. (2017). *Zurückgelegte Wegzeiten in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 60 (12): 1383–1392.
- Schmiemann, G./Hergert-Rosenthal, S./Hoffmann, F. (2015). *Ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie: 1–7.
- Schulz, M. (2016). *Do Gatekeeping Schemes Influence Health Care Utilization Behavior Among Patients With Different Educational Background? An Analysis of 13 European Countries*. International Journal of Health Services, 46 (3): 448–464.
- Schwinger, A./Tsiasioti, C. (2018). *Pflegebedürftigkeit in Deutschland*. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Grefß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2018*. Berlin, Heidelberg: Springer: 173–204.
- Seidel-Schulze, A. (2008). *Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme*. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Sinnott, C./McHugh, S./Browne, J./Bradley, C. (2013). *GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research*. BMJ Open, 3 (9).
- Statistisches Bundesamt (2017). *Bevölkerungsentwicklung bis 2060 – Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung – Aktualisierte Rechnung auf Basis 2015*. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungBundeslaender2060_Aktualisiert.html (20.11.2018).
- Stentzel, U./Bahr, J./Fredrich, D./Piegsa, J./Hoffmann, W./Berg, N. van den (2018). *Is there an association between spatial accessibility of outpatient care and utilization? Analysis of gynecological and general care*. BMC Health Services Research, 18 (1).
- Strößenreuther, N./Lehfeld, H./Schuh, S./Niklewski, G. (2008). *Zugehende Versorgung von Alten- und Pflegeheimen durch eine Gedächtnissprechstunde*. Nervenheilkunde, 27(S 01): 14–15.
- Thode, N./Bergmann, E./Kamtsiuris, P./Kurth, B.-M. (2005). *Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 48 (3): 296–306.
- Tinetti, M. E./Bogardus Jr, S. T./Agostini, J. V. (2004). *Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions*. The New England Journal of Medicine, 351 (27): 2870–2874.
- Renteln-Kruse, W. von/Anders, J./Dapp, U./Meier-Baumgartner, H. P. (2003). *Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36 (5), 378–391.
- Waibel, S./Henao, D./Aller, M.-B./Vargas, I./Vázquez, M.-L. (2011). *What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies*. International Journal for Quality in Health Care, 24 (1): 39–48.
- Ware, P./Bartlett, S. J./Paré, G./Symeonidis, I. et al. (2017). *Using eHealth technologies: Interests, preferences, and concerns of older adults*. Interactive Journal of Medical Research, 6 (1).

8

Die stationäre Versorgung von Migranten und Flüchtlingen in Deutschland

Ein systematisches Literaturreview

KERSTIN HERRLER; ALFONS HOLLEDERER

Fast 25 % aller Bewohner Deutschlands haben mittlerweile einen Migrationshintergrund. Trotzdem gibt es große Forschungslücken im Bereich der stationären Versorgung dieser Personengruppen. Dieser Beitrag soll auf Basis eines Literaturreviews einen Überblick über die bisherige Daten- und Studienlage geben und einen möglichen Handlungsbedarf für die Zukunft eruieren. Einer der ermittelten Schwerpunkte ist die unzureichende Versorgung von Patienten mit psychischen Problemen. Ein weiteres wichtiges Thema ist der Umgang mit Infektionskrankheiten bei Geflüchteten. Die immer noch erhöhte Säuglingssterblichkeit bei Familien mit Migrationshintergrund lässt darauf schließen, dass auch die Gesundheit von werdenden Müttern vor und nach der Geburt von großer Bedeutung ist. Außerdem hat sich eine vermehrte Inanspruchnahme von stationären Leistungen durch Patienten mit Migrationshintergrund gezeigt.

Der Forschungsstand ist lückenhaft und es gibt nur wenige Studien zur stationären Versorgung von Migranten und Geflüchteten. Limitationen bestehen darüber hinaus beim Studiendesign. Viele der Studien sind regional begrenzt oder haben wenige Studienteilnehmer. Genaue Zielgruppendefinitionen fehlen. Über Infektionskrankheiten hinaus müssen psychische Krankheiten und die Gesundheit von werdenden Müttern in den Fokus der Forschung rücken. Neben höherer Krankheitslast könnten fehlende Systemkenntnis und Verständigungsprobleme Ursachen für die vermehrte Inanspruchnahme stationärer Leistungen sein. Handlungsbedarf besteht vor allem im Bereich der Gesundheitskompetenzförderung von Migranten sowie in der psychologischen Betreuung, insbesondere von Flüchtlingen.

8.1 Problemstellung und Migrationsbegriff

Die Erfahrung von Migration und Flucht ist ein einschneidendes Lebensereignis, das in engem Zusammenhang zum Gesundheitszustand und zu gesundheitlichen Risiken steht. Erfahrungen (vgl. KBV, 2017) zeigen, dass Menschen mit Migrations- und/oder Fluchterfahrung z. T. erst lernen müssen, sich in einem neuen Gesundheitssys-

tem zurechtzufinden. In einer fremden Sprache fällt es häufig schwerer, Bedürfnisse zu formulieren als in der Muttersprache. Auch kulturelle Unterschiede können zu Verständigungsproblemen führen. Die Betroffenen leiden unter Umständen an herkunftsspezifischen oder auf der Flucht erworbenen Krankheiten (vgl. KBV, 2017). Razum et al. (2008) identifizierten vier migrationspezifische Gesundheitsbelastungen – je nach Migrationsphase und Migrationshintergrund. Hierzu zählen die Zeit vor und während der Flucht, die Anfangsphase und die Folgejahre. Als vierte Phase bzw. Auslöser für Belastungen wird die Illegalität genannt. Die Angst vor einer Abschiebung ist gerade bei Krankheit oder Schwangerschaft groß. Der Migrationsstatus kann somit das Gesundheitsverhalten beeinflussen und zu einer schlechteren Versorgung führen. Alle Phasen sind von Unsicherheiten bestimmt, die physische, psychische und psychosomatische Störungen auslösen können (vgl. Razum et al., 2008).

Bisher werden Flüchtlinge und Asylsuchende in der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland wenig berücksichtigt (vgl. Razum et al., 2016). Wenn Asylsuchende in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden, besteht keine Möglichkeit mehr, Routinedaten dieser Gruppe zuzuordnen, da der Aufenthaltsstatus bisher nicht in den Krankenkassendaten erfasst wird. Die vorhandenen Daten durch Erstaufnahmeuntersuchungen werden je nach Bundesland unterschiedlich aufgenommen und nicht zusammengeführt (vgl. Razum et al., 2016; Frank et al., 2017). Bozorgmehr et al. haben 2017 ein *Health Information Assessment Tool on Asylum Seekers (HIATUS)* entwickelt, um europäischen Ländern eine Handhabe zu geben, ihr *Health Information System (HIS)* in Bezug auf den Gesundheitszustand von Flüchtlingen zu bewerten und zu vergleichen (vgl. Bozorgmehr et al., 2017). Im Bereich Datenverfügbarkeit wurde für Deutschland eine Lücke von 92 % festgestellt. In der Studie wurden populations-, gesundheits- und subgruppenbezogene Daten sowie Ressourcenverfügbarkeit und Mikrodaten berücksichtigt. Diese werden u. a. als Grundlage für wissenschaftliche Auswertungen benötigt. Im Vergleichsstaat Niederlande lag das Datendefizit bei 28 %. Dort ist auch der Forschungsstand dementsprechend höher (vgl. Bozorgmehr et al., 2017). In vielen aktuellen Veröffentlichungen wird das Fehlen von Daten auch in Bezug auf alle Migranten bemängelt (vgl. Schouler-Ocak, 2015; Schouler-Ocak/Aichberger, 2015; Schouler-Ocak et al., 2015; Razum et al., 2016; Frank et al., 2017; Gouzoulis-Mayfrank et al., 2017). Einen guten Überblick gibt es in Deutschland nur über meldungspflichtige Krankheiten, bei denen auch die Staatsangehörigkeit angegeben werden muss (vgl. Razum et al., 2016).

Die Bundesrepublik Deutschland ist bereits seit der ersten Zuwanderungswelle, durch die sogenannten Gastarbeiter in den 1960er-Jahren, ein Einwanderungsland. Mittlerweile hat etwa ein Viertel der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Die Bezeichnung „Personen mit Migrationshintergrund“ umfasst dabei alle Menschen, die selbst nicht in Deutschland geboren wurden (Ausländer, Eingebürgerte oder Aussiedler) sowie deren in Deutschland geborenen Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit (Migranten in 2. Generation) (vgl. Statistisches Bundesamt, 2016). 42 % der Personen mit Migrationshintergrund besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017a).

Als Flüchtlinge werden alle Personen bezeichnet, „die aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung“ (BMZ, 2017) ihr Land verlassen mussten und nun in einem anderen Land Schutz suchen. Asylsuchende haben nur eingeschränkten Anspruch auf medizinische Versorgung bei akuten Problemen. Nur besonders bedürftigen Personengruppen, z. B. Kindern und Schwangeren, wird der volle Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährt (vgl. BAMF, 2016). Allein im Jahr 2016 wurden hierzulande insgesamt 745.545 Anträge auf Asyl gestellt. Die Mehrheit der Flüchtlinge stammt aus Syrien, der Arabischen Republik, dem Irak oder Afghanistan (vgl. BAMF, 2017). Obwohl der Anteil von Immigranten aus dem Nahen und Mittleren Osten seit 2001 um 51 % und aus Afrika um 46 % gestiegen ist, haben die meisten Migranten in Deutschland immer noch türkische oder polnische Wurzeln (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017b).

In der aktuellen SOEP-Befragung (sozio-ökonomisches Panel) unter Mitwirkung des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) wurde von Brücker et al. (2016) untersucht, ob sich das subjektive Wohlbefinden von Geflüchteten im Vergleich zu in Deutschland lebenden Personen mit oder ohne Migrationshintergrund unterscheidet. Es zeigt sich, dass Geflüchtete im Vergleich zu den beiden anderen genannten Gruppen mit ihrem derzeitigen Gesundheitszustand zufriedener sind. Die Geflüchteten machen sich über ihre Gesundheit weniger Sorgen und schätzen ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen als besser ein als die Vergleichsgruppen. Am unzufriedensten mit der eigenen Gesundheit waren die Befragten ohne Migrationshintergrund. Beachtet man allerdings die Altersverteilung, relativieren sich die Ergebnisse (vgl. Brücker et al., 2016).

Im Folgenden werden die wichtigen Teilaspekte psychische und physische Gesundheit sowie die Mortalität von Migranten untersucht. Ein mögliches Informationsdefizit aufgrund einer mangelhaften Datengrundlage erschwert die Bedarfsplanungen vor allem für die Krankenhäuser. Um den zukünftigen medizinischen Versorgungsbedarf besser abschätzen zu können, bezieht sich der zweite Teil der Arbeit (vgl. Kap. 8.3) besonders auf die stationäre Versorgung der Migranten und Geflüchteten.

8.2 Gesundheitszustand von Migranten und Flüchtlingen

Im nächsten Abschnitt werden der Gesundheitszustand und die Mortalität von Flüchtlingen dargestellt, um den künftigen Bedarf besser ableiten zu können. Unterschieden wird dabei zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen. Dabei wird auch auf die Datenverfügbarkeit in den einzelnen Teilbereichen eingegangen.

8.2.1 Psychische Erkrankungen

Großer Versorgungsbedarf wird vor allem bei der psychischen Gesundheit gesehen (vgl. Schouler-Ocak, 2015; Schouler-Ocak/Aichberger, 2015; Schouler-Ocak et al., 2015; Beutel et al., 2016; Bozorgmehr et al., 2016; Statistisches Bundesamt, 2016; Wenner et al., 2016; Frank et al., 2017; Gouzoulis-Mayfrank et al., 2017; Lindert et al., 2017; Schneider/Bozorgmehr, 2017). Eine Bestandsaufnahme zeigt, dass die häufigsten Diagnosen bei Flüchtlingen mit 25,5 % affektive Störungen sind, gefolgt von Anpassungsstörungen (18,2 %) und Abhängigkeitserkrankungen (16,4 %) (vgl. Gouzoulis-Mayfrank et al., 2017). Weitere psychiatrische Krankheitsbilder von Asylbewerbern und Flüchtlingen sowie Migranten im Allgemeinen sind Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen und Angststörungen sowie ein gesteigertes Suizidrisiko (vgl. Schouler-Ocak, 2015; Schouler-Ocak/Aichberger, 2015; Schouler-Ocak et al., 2015; Beutel et al., 2016; Bozorgmehr et al., 2016; Wenner et al., 2016; Frank et al., 2017; Gouzoulis-Mayfrank et al., 2017; Lindert et al., 2017; Schneider/Bozorgmehr, 2017). Auch die Ergebnisse der Gutenberg Health Study (vgl. Beutel et al., 2016) mit 19.943 Teilnehmern aus der Rhein-Main-Region bestätigen ein erhöhtes Krankheitsaufkommen. Besonders türkische Migranten der 1. Generation leiden häufiger unter Depressionen und ähnlichen Erkrankungen als Menschen mit deutscher Abstammung (OR = 3,02). Keine Unterschiede zeigen dagegen Migranten der 2. Generation gegenüber der Wohnbevölkerung ohne Migrationshintergrund (vgl. Beutel et al.,

2016). Bereits Kinder ohne sicheren Aufenthaltsstatus zeigen im Vergleich zu anderen Kindern vermehrt psychische Auffälligkeiten (OR = 1,83) und empfinden ihren Gesundheitszustand als schlechter (OR = 3,12), wie die Auswertung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) ergeben hat (vgl. Wenner et al., 2016).

Nur z. T. werden diese Ergebnisse durch oben genannte aktuelle Befragung des BAMF bestätigt (vgl. Brücker et al., 2016). Die Teilnehmer mit und ohne Migrationshintergrund haben gleich häufig angegeben, unter Depressivität zu leiden. Geflüchtete sind dagegen viel häufiger depressiv und fühlen sich deutlich öfter einsam als die Bevölkerung mit oder ohne Migrationshintergrund. Die Untersuchungsergebnisse lassen auf einen großen Forschungs- und Versorgungsbedarf im psychologischen Bereich schließen (vgl. Brücker et al., 2016).

8.2.2 Körperliche Erkrankungen

Im somatischen Bereich ist die Studienlage bisher noch unzureichender als bei der psychischen Gesundheit (vgl. Frank et al., 2017). Die Krankheitsbilder von Geflüchteten und der Wohnbevölkerung unterscheiden sich in aktuellen Untersuchungen jedoch kaum (vgl. Bozorgmehr et al., 2016; Schneider/Bozorgmehr, 2017).

Migration und das Herkunftsland haben aber Einfluss auf das subjektive Gesundheits- und Schmerzempfinden. Dies zeigen die Ergebnisse des Mikrozensus 2013 (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017b). Türkische Männer gaben häufiger an, unter Schmerzen zu leiden als andere Migranten oder die autochthone Bevölkerung.

Bei Migranten treten häufiger Infektionskrankheiten als in der übrigen Bevölkerung auf (vgl. Bozorgmehr et al., 2016; Frank et al., 2017; Schneider/Bozorgmehr, 2017). Die häufigste meldepflichtige Infektionskrankheit bei Flüchtlingen ist Tuberkulose (901 von 3.431 Fällen, Stand: September 2017) (vgl. RKI, 2017). Das erhöhte Risiko, an Tuberkulose zu erkranken, besteht nach Marx et al. (2015) auch noch für Migranten in der 2. Generation. Die Tuberkuloseraten lagen bei 28,3 bzw. 10,2 je 100.000 Menschen mit Migrationshintergrund. Bei der deutschen Vergleichsgruppe ergab sich ein Wert von 4,6 je 100.000 (vgl. Marx et al., 2015).

Neben Tuberkulose wurden dem Robert Koch-Institut (RKI) am häufigsten Fälle von Hepatitis B, Hepatitis C und Windpocken gemeldet. Für die gesamte Bundesrepublik entfielen die meisten Meldungen auf Influenza und Norovirus-Gastroenteritis (vgl. RKI, 2017, Stand: September 2017).

8.2.3 Mortalität

Trotz des erhöhten Krankheitsaufkommens haben männliche Migranten bei Geburt eine um 2,6 Jahre höhere Lebenserwartung und weibliche Migrantinnen eine um 1,7 Jahre höhere Lebenserwartung als die jeweils deutsche Vergleichsgruppe. Dies kann verschiedene Gründe haben. Da vor allem junge und gesunde Männer die Strapazen der Flucht auf sich nehmen, wird allgemein von einem „Healthy-Migrant-Effekt“ gesprochen. Hinzukommen methodische Probleme, wodurch Sterbefälle und Bevölkerungsanzahl bei ausländischen Bürgern schwerer erfasst werden (vgl. Statistisches Bundesamt, 2016).

Die Säuglingssterblichkeitsrate ist seit 1970 bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund zurückgegangen. Trotzdem lag im Jahr 2008 die relative Übersterblichkeit von ausländischen Säuglingen bei etwa 1,7. Erst ab dem Alter von 5 Jahren haben Migranten eine geringere altersspezifische Sterblichkeitsrate als Nichtmigranten (vgl. Kohls, 2011). Die Anzahl von Totgeburten war bei Ausländern im Jahr 2014 mit 7,2 je 1.000 Geburten mehr als doppelt so hoch wie bei Deutschen mit 3,3. Auch die perinatale Sterblichkeit lag unter den Migranten mit 9,7 je 100.000 Geburten über dem bundesweiten Durchschnitt von 5,1 (vgl. BMG, 2016).

Um besser einschätzen zu können, ob dem medizinischen Bedarf durch die Krankenversorgung entsprochen werden konnte und um die Forschungslage im stationären Bereich besser beurteilen zu können, wurde ein systematisches Literaturreview durchgeführt.

8.3 Literaturreview zur stationären Versorgung von Migranten, Flüchtlingen und Asylbewerbern

Im folgenden Kapitel werden zunächst die Methodik, die Suchbegriffe sowie alle Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben. Es erfolgt eine Ergebnisübersicht nach psychischen und körperlichen Erkrankungen sowie zu Zugängen zum Gesundheitswesen.

8.3.1 Methodik

Für die Literaturrecherche wurden Suchbegriffe aus drei Bereichen gewählt. Gesucht wurde nach Migranten und Geflüchteten im Zusammenhang mit Morbidität und stationärer Versorgung. Da sich die Ergebnisse auf die Bundesrepublik beziehen sollten, wurde auch Deutschland als Suchwort aufgenommen. Es erfolgte zunächst eine Re-

cherche über Google Scholar und die Datenbanken PubMed, Livivo und Sowiport. Die Suche erfolgte in deutscher und englischer Sprache. Tabelle 8.1 zeigt alle verwendeten Suchbegriffe unterteilt nach Suchgegenstand und Suchanfrage in den Themenblöcken Geflüchtete und Migranten, Morbidität und stationäre Versorgung sowie Deutschland. Alle Suchkriterien wurden mit den Booleschen Operatoren „AND“ oder „OR“ verbunden und mit einer Trunkierung versehen.

Tab. 8.1: Übersicht Suchkriterien

Geflüchtete und Migranten		Morbidität und stationäre Versorgung		Deutschland	
Suchgegenstand	Suchanfrage	Suchgegenstand	Suchanfrage	Suchgegenstand	Suchanfrage
Flüchtling	Flüchtling*	Gesundheit	Gesundheit*	Germany	german*
Refugee	refugee*	Health	health*	Deutschland	deutsch*
Asyl	asyl*	inpatient hospital	inpatient* hospital*		
Migrant	migrant*	stationär Krankenhaus	stationär* Krankenhaus		
		use utilization access	use* utilisation* access*		

Alle Ein- und Ausschlusskriterien mit den Unterkategorien Zeitraum, Sprache, Untersuchungsgegenstand und Publikationsformen sind Tab. 8.2 zu entnehmen. Eingeschlossen wurden, ausgehend von September 2017, nur Veröffentlichungen der letzten zehn Jahre, um Aktualität zu gewährleisten. Alle aufgenommenen Ergebnisse sollten einen tatsächlichen Bezug zur stationären Versorgung haben. Es wurden ausschließlich Studien auf Deutsch oder Englisch berücksichtigt.

Tab. 8.2: Ein- und Ausschlusskriterien der Veröffentlichungen

Dimension	Einschluss	Ausschluss
Zeitraum	alle Veröffentlichungen ab dem Jahr 2007	alle Veröffentlichungen vor oder im Jahr 2006
Sprache	Deutsch und Englisch	Sprachen außer Deutsch und Englisch
Untersuchungsgegenstand	stationäre Versorgung von Flüchtlingen und Migranten in Deutschland, Sekundärdatenanalysen von Krankenkassendaten	Publikationen, die nur den allgemeinen Gesundheitszustand von Migranten und Flüchtlingen in Deutschland behandeln und nicht auf Behandlungen und Versorgung in Krankenhäusern oder stationären Ambulanzen eingehen
Publikationsformen	Monografien, Sammelbände, Artikel in Fachzeitschriften	

Es folgte ein Screening-Prozess in drei Runden. Von 440 anfänglichen Studien wurden zunächst 321 Veröffentlichungen aufgrund des Titels, Inhalts oder der Publikationsform ausgeschlossen. Nach Sichtung der Abstracts und Bereinigung von Dubletten wurden 26 Volltexte analysiert. Neun entsprachen nicht den inhaltlichen Kriterien. Es konnten schließlich 17 relevante Studien identifiziert werden. Eine Übersicht über den Screening-Prozess zeigt Abb. 8.1.

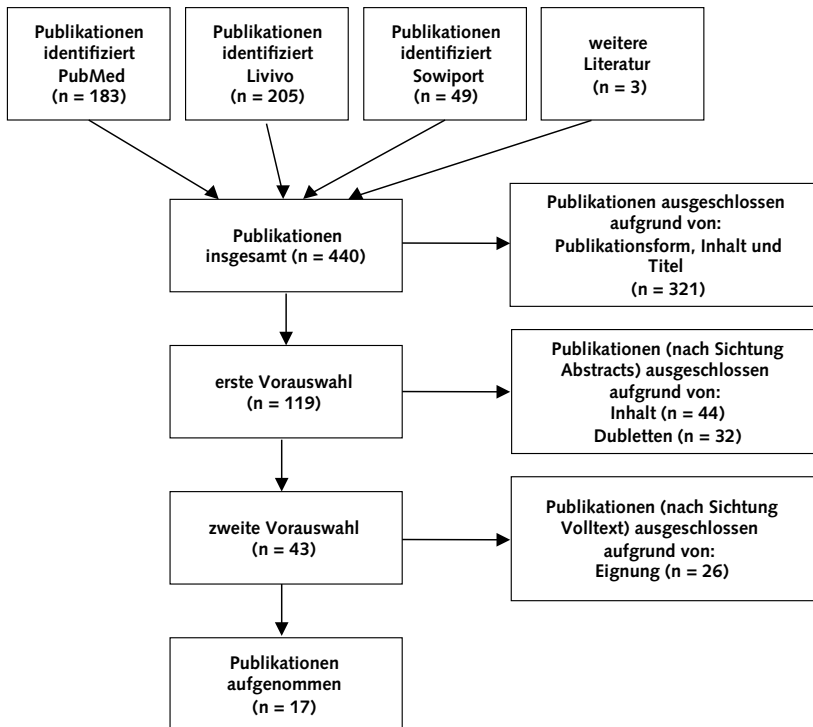


Abb. 8.1: Screening-Prozess zur Auswahl der Veröffentlichungen

8.3.2 Ergebnisübersicht

Die Ergebnisse werden nachfolgend nach den obigen Themenblöcken psychische und körperliche Gesundheit erläutert. Die Recherche hat als großen Themenblock jedoch den Zugang zum Gesundheitswesen und die Inanspruchnahme stationärer Leistungen als zusätzliches Thema aufgeworfen. Fünf Arbeiten behandeln diesen wichtigen Aspekt. Drei Studien beschäftigen sich mit der stationären Behandlung von psychischen Erkrankungen und werden zunächst vorgestellt. Es folgen zehn Veröffentlichungen mit somatischen Krankheitsbildern. Eine Studie (vgl. BKK Bundesverband, 2007) wurde beiden Kategorien zugeordnet. Als Letztes werden die Ergebnisse zur Leistungsanspruchnahme vorgestellt. Tabelle 8.3 bietet eine detaillierte Übersicht. Sie zeigt alle 17 Studien des Literaturreviews, unterteilt in die zuvor genannten Kategorien. Die Ziele der Arbeiten sowie die wichtigsten Ergebnisse werden in der Tabelle kurz zusammengefasst.

Tab. 8.3: Übersicht der eingeschlossenen Studien und ihrer Hauptergebnisse

Autoren	Ziel/Fragestellung	Design	Hauptergebnisse
<i>Körperliche Erkrankungen</i>			
Alberer et al. (2016)	Analyse des Krankheitsspektrums bei erkrankten Flüchtlingen und Asylbewerbern in drei verschiedenen Einrichtungen in München zwischen 2014 und 2016	retrospektive Studie	Die 175 Studienteilnehmer im stationären Bereich litten am häufigsten an Tuberkulose, Malaria, impetiginisierter Skabies, ambulant erworbener Pneumonie und unspezifischen fieberhaften Virusinfektionen.
BKK Bundesverband (Hrsg.) (2007)	BKK-Gesundheitsreport 2007: Krankenhausbehandlungen aller Versicherten nach Nationalität, Alter und Geschlecht	Krankenkassenreport	Türken und Afrikaner werden in jüngeren Jahren besonders häufig stationär behandelt, mit zunehmendem Alter auch Asiaten, Osteuropäer und Deutsche.
Borde et al. (2008)	Untersuchung eines möglichen Akkulturationsprozesses bei Migrantinnen in der Geburtshilfe	retrospektive Studie	Migrantinnen bekommen während der Geburt seltener Schmerzmittel als deutsche Frauen. Dies trifft auch auf deutsche Frauen mit niedrigem Bildungsniveau zu.
Gewaltig (2016)	Analyse von möglichen Unterschieden bei der stationären Versorgung eines Diabetischen Fußsyndroms von Migranten und Nichtmigranten	retrospektive Studie	Bei den stationär behandelten Patienten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bei Amputationsrate und Krankheitsausprägung, obwohl das mittlere Alter der Migranten signifikant höher war.
Heudorf et al. (2016)	Untersuchung der Bedeutung eines Screenings bei Flüchtlingen und eines zusätzlichen Hygienemanagements	Screening	Viele Flüchtlinge kommen aus einem Land mit hoher Prävalenz an multiresistenten Erregern. Ein Screening und Hygienemaßnahmen werden empfohlen.
Kunz et al. (2017)	Analyse der zunehmenden Anzahl der Fälle mit Sichelzellenanämie durch den gehäuften Zuzug von Migranten, insbesondere aus Westafrika und Syrien	Querschnittstudie	Die geschätzte Anzahl der Patienten mit Sichelzellenanämie ist zwischen 2007 und 2015 um etwa 60 % gestiegen. Die Sterblichkeit der unter 5-Jährigen ist dabei in Deutschland höher als in anderen westlichen Ländern. Es besteht Handlungsbedarf.
Razum et al. (2017)	Vergleich der Kaiserschnitt-rate und der Versorgung mit Lokalanästhesie während der Geburt von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund	Querschnittstudie	Die Wahrscheinlichkeit, eine Lokalanästhesie zu erhalten, war bei Migrantinnen der 1. Generation mit einer vaginalen Geburt geringer (OR = 0,79) Dies gilt nicht für Migrantinnen 2. Generation, aber für Frauen mit schlechten Deutschkenntnissen und geringerem Bildungsniveau. Keine Unterschiede ließen sich für Kaiserschnitte ermitteln.

Autoren	Ziel/Fragestellung	Design	Hauptergebnisse
Reeske et al. (2012)	Identifikation von Unterschieden in der Inzidenz von Schwangerschaftsdiabetes zwischen deutschen und türkischstämmigen Müttern	Krankenkassenanalyse	Etwa 183 von 1.000 Türkinnen leiden unter Schwangerschaftsdiabetes, bei Deutschen nur etwa 138. Besonders hoch ist das Risiko für übergewichtige Frauen mit türkischem Migrationshintergrund.
Ullrich et al. (2017)	Analyse von Einweisungsmodus, Krankendruck und Verweildauer in der pädiatrischen stationären Versorgung in Abhängigkeit zu einem möglichen Migrationshintergrund	Querschnittsstudie	Im Hinblick auf Diagnoseanzahl, -verteilung und Verweildauer konnten keine signifikanten Unterschiede erkannt werden. Jedoch werden Migranten häufiger durch die Rettungsstelle eingeliefert und empfinden einen höheren Krankheitsdruck.
Von Au et al. (2016)	Vergleich von Brustkrebspatienten mit und ohne Migrationshintergrund hinsichtlich Tumor, Patientencharakteristik, Diagnostik, Therapie und Ergebnis	retrospektive monozentrische Studie	Wesentliche Unterschiede bei der Brustkrebsbehandlung im stationären Bereich konnten nicht festgestellt werden.
<i>Psychische Erkrankungen</i>			
BKK Bundesverband (Hrsg.) (2007)	BKK-Gesundheitsreport 2007: Krankenhausbehandlungen aller Versicherten nach Nationalität, Alter und Geschlecht	Krankenkassenreport	Zwischen 25 und 34 Jahren leiden vor allem Männer aus der Türkei und Afrika sowie afrikanische Frauen unter psychischen Problemen, in den höheren Altersgruppen besonders auch osteuropäische Migranten.
Bulla et al. (2017)	Analyse des Risikos für Migranten, in eine forensische Psychiatrie eingeliefert zu werden im Vergleich zu Nichtmigranten	Querschnittsstudie	Das Risiko ist für Migranten 30 % höher und korreliert mit dem Human Development Index. Besonders hoch ist das Risiko für Migranten mit afrikanischer Abstammung.
Koch et al. (2008)	Analyse des Anteils der Patienten mit Migrationshintergrund im stationären Bereich sowie Rückschlüsse auf Diagnosen in Hinblick auf Nationalität und Migrationsstatus	Pilotstudie	Je nach stationärer Abteilung liegt der Anteil an Migranten zwischen 4,5 % in der Psychotherapie und 27,2 % in der Forensik (durchschnittlich 17,4 %). Der Anteil von Asylbewerbern ist überdurchschnittlich hoch.

Autoren	Ziel/Fragestellung	Design	Hauptergebnisse
<i>Zugänge zum Gesundheitssystem</i>			
Bozorgmehr et al. (2015)	Analyse der Unterschiede bei Zugang und der Leistungsanspruchnahme innerhalb von Asylbewerbern im Hinblick auf sozioökonomischen Status und Bedarf	Querschnittsstudie	Die Inanspruchnahme von psychotherapeutischer und stationärer Behandlung nimmt mit höherem Bedarf zu (vertikale Gerechtigkeit). Die Leistungsanspruchnahme steigt aber auch bei mittlerem und höherem Bildungsniveau sowie einem höher wahrgenommenen subjektiven sozialen Status.
Deloitte & Touch GmbH (Hrsg.) (2015)	Prognose des zusätzlichen Versorgungsbedarfes in Krankenhäusern aufgrund des Flüchtlingsstroms der letzten Jahre	Prognose	Es wird etwa 14.700 Krankenhausfälle je 100.000 Flüchtlingen geben. Dies entspricht einer Bettenkapazität von 280 Betten. Am häufigsten ist die Innere Medizin betroffen.
Giese et al. (2015)	Auswertung einer Umfrage unter Deutschen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund hinsichtlich Kultursensibilität in deutschen Krankenhäusern	Quantitative Ist-Analyse	Die meisten Patienten mit türkischem Migrationshintergrund waren Muslime. 50,8 % waren mit den Gebetsmöglichkeiten (Deutsche: 0,9 %) und 90 % mit dem islamischen Ernährungsangebot unzufrieden. Gleichgeschlechtliche Pflege ist ihnen wichtig. 69,7 % der türkischstämmigen Frauen wollten, dass zumindest eine weibliche Person bei der Behandlung anwesend ist.
et al. (2015)	Vergleich des Zugangs und der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zwischen Asylsuchenden und deutscher Wohnbevölkerung	Querschnittsstudie	Asylsuchende haben innerhalb des Untersuchungszeitraums von zwölf Monaten signifikant seltener irgendeinen Arzt aufgesucht. Signifikant öfter wurden hingegen Krankenhäuser oder psychotherapeutische Einrichtungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung aufgesucht.
Wächter-Raquet (2016)	Überblick über den Umsetzungsstand bei der Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge in allen Bundesländern durch die Bertelsmann Stiftung	Bestandsaufnahme	46 % der Leistungen für Asylsuchende werden von der AOK Bremen im stationären Sektor ausgegeben.

Psychische Erkrankungen

Der BKK Bundesverband (2007) hat in einem Gesundheitsreport 2007 Krankenkassenroutinedaten zu Migranten veröffentlicht. Die Krankenhausfälle wurden nach

Diagnose und Nationalität aufgeschlüsselt. So konnten nur Migranten ohne deutsche Staatsbürgerschaft ermittelt werden. Der Gesundheitsreport des BKK Bundesverbandes berichtet von vermehrten psychischen Störungen bei afrikanischen Männern und Frauen sowie bei Männern aus der Türkei im Alter zwischen 25 und 34 Jahren, die stationäre Behandlungen erforderten. In der Altersgruppe von 45 bis 54 Jahren wurden Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien 30 % öfter als der Versichertendurchschnitt aufgrund von Verhaltensstörungen stationär betreut. Osteuropäische Männer und Frauen zwischen 65 und 74 Jahren waren bis zu dreimal häufiger in psychologischer Krankenhausbehandlung (vgl. BKK Bundesverband, 2007).

Bei anderen Erhebungen in Krankenhäusern entsprach der Anteil von Migranten in etwa ihrem Anteil an der Bevölkerung. An einem Stichtag im Januar 2004 hatten 17,4 % der von Koch et al. betrachteten Patienten einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie einen Migrationshintergrund (vgl. Koch et al., 2008). Mit 12,9 % war jedoch der Anteil von Asylsuchenden und Flüchtlingen auffallend hoch. Psychische Krankheiten nahmen mit der Dauer des Asylverfahrens zu. In der Psychosomatik und Psychotherapie waren Migranten mit 4,5 % im Vergleich zu anderen Kliniken am wenigsten vertreten, in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen (21,8 %) und der Forensik (27,2 %) am häufigsten. Patienten mit Migrationshintergrund begaben sich seltener in Tageskliniken, befanden sich aber häufig in langfristigen Intensivbehandlungen (vgl. Koch et al., 2008).

Diese älteren Ergebnisse wurden von Bulla et al. (2017) bestätigt. Sie fanden durch die Auswertung der Daten der Forensischen Basisdokumentation Baden-Württemberg (FoDoBa) heraus, dass Migranten oder Flüchtlinge ein um 30 % erhöhtes Risiko haben, an Schizophrenie zu erkranken und in eine psychiatrische Abteilung eingewiesen zu werden. Eine Einweisung stand zusätzlich im Zusammenhang mit dem Human Development Index (HDI) des Herkunftslandes. Je niedriger der HDI war, desto wahrscheinlicher war eine Einweisung in die Forensik. Besonders betroffen waren Migranten aus afrikanischen Ländern (vgl. Bulla et al., 2017).

Körperliche Erkrankungen

Im somatischen Bereich hat sich die Bekämpfung von Infektionskrankheiten und multiresistenten Keimen als sehr wichtig erwiesen. Die Auswertung von Aufnahme-screensings in Krankenhäusern von Heudorf et al. (2016) zeigte, dass beispielsweise 9,8 % der in der Rhein-Main-Region stationär aufgenommenen Flüchtlinge einen

Methicillin-resistenten *Staphylococcus* in sich trugen. Alberer et al. (2016) untersuchten retrospektiv das Krankheitsaufkommen von 175 Flüchtlingen und Asylbewerbern in einer Münchner Klinik mit infektiologischem Schwerpunkt. Tuberkulose (43 Fälle) und Malaria Tertiana (34 Fälle) traten hier am häufigsten auf. Bei beiden Krankheiten stammten die meisten Patienten aus Eritrea gefolgt von Somalia (vgl. Alberer et al., 2016).

Weitere Ergebnisse liefert der BKK Gesundheitsreport 2007 auch im Bereich der somatischen Erkrankungen. In den Altersgruppen bis 24 Jahren traten vor allem Krankheiten des Atmungssystems auf. Hier waren besonders Migranten aus der Türkei und Afrika betroffen. In der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen waren bei den Afrikanern 30 % mehr Krankenhausfälle (117 je 1.000 Versicherte) zu verzeichnen als im Versichertendurchschnitt. In höherem Alter erfolgten vermehrt Behandlungen von türkischen und afrikanischen Migranten im Bereich des Verdauungs- oder Urogenitalsystems sowie besonders bei Afrikanerinnen im Bereich Neubildungen (42 % mehr Krankenhausfälle als der Durchschnitt). Die Morbidität von Asiaten und Osteuropäern stieg erst im Alter deutlich an. In der Altersklasse über 65 Jahre wurden dann Osteuropäer und deutsche Staatsangehörige am häufigsten stationär aufgenommen. Je 1.000 versicherten osteuropäischen Frauen wurden 114,8 Krankenhausfälle aufgrund von Kreislauferkrankungen gemeldet (Durchschnitt: 62,9). Bei den Männern aus Osteuropa waren es 132,7 (Durchschnitt: 99,79) (vgl. BKK Bundesverband, 2007).

In der bundesweiten Untersuchung von Kunz et al. (2017) wurden u. a. DRG-Daten (Diagnosis Related Groups) zur Sichelzellenanämie sowie das Zentralregister für die Jahre 2007–2015 ausgewertet. In diesen Jahren ist die geschätzte Anzahl von Menschen mit dieser Krankheit in Deutschland um etwa 60 % auf 1.340 Fälle gestiegen. Der größte Anstieg in den Jahren 2014 und 2015 ist dem Zuzug von Asylsuchenden aus Afrika und dem Nahen Osten zuzuschreiben. Die Mortalitätsrate der unter 5-Jährigen ist in Deutschland höher als in anderen westeuropäischen Ländern (vgl. Kunz et al., 2017). Bisher wird die Krankheit nicht im Rahmen des deutschen Neugeborenen-Screenings getestet (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neugeborenen-Screening e.V., 2016).

Die weiteren Studien beziehen sich ausschließlich auf einzelne stationäre Einrichtungen. Keine Versorgungsunterschiede konnte Gewaltig (2016) beim Diabetischen Fußsyndrom feststellen. Obwohl die Migranten signifikant älter waren, unterschieden sich weder Krankheitsschwere noch Amputationsraten (vgl. Gewaltig, 2016).

Von Au et al. (2016) konnten zwar Diskrepanzen bei der Brustkrebsbehandlung im Hinblick auf die Medikation für die Hormontherapie feststellen. Da Migrantinnen bei Diagnose aber durchschnittlich neun Jahre jünger waren, sind diese Diskrepanzen auf das Alter zurückzuführen (vgl. Au et al., 2016). Keine signifikanten Unterschiede konnten auch in Hinblick auf Diagnoseanzahl, -verteilung und Verweildauer in einer pädiatrischen Station von Ullrich et al. (2017) erkannt werden. Unterschiede zeigten sich hingegen beim Einweisungsmodus. Migranten wurden häufiger als Nichtmigranten durch die Rettungsstelle eingeliefert (vgl. Ullrich et al., 2017).

Disparitäten zeigten sich auch bei Untersuchungen von Borde et al. (2008) und Razum et al. (2017) zur Versorgung mit Lokalanästhesie während der Geburt. Die Wahrscheinlichkeit, Lokalanästhesie zu erhalten war bei Migrantinnen der 1. Generation bei einer vaginalen Geburt geringer (OR = 0,79). Dies galt nicht für Migrantinnen der 2. Generation, aber für Frauen mit schlechten Deutschkenntnissen und geringerem Bildungsniveau (vgl. Razum et al. 2017). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Borde et al. (2008) in ihren Auswertungen. Die türkischen Frauen erhielten nicht so oft Schmerzmittel und ließen signifikant seltener einen geplanten Kaiserschnitt als Deutsche durchführen. Hinsichtlich Alter, Schwangerschaftswoche, Gravidität, Parität und stationärer Verweildauer konnten hingegen keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Die Migrantinnen litten bei stationärer Aufnahme häufiger unter Hyperemesis (70 % vs. 30 %) (vgl. Borde et al., 2008).

Reeske et al. (2012) beschäftigten sich auch mit dem Thema Schwangerschaft, insbesondere mit der Inzidenz von Schwangerschaftsdiabetes bei türkischen Frauen. Türkinnen wurden innerhalb der Versichertenklientel der Berliner AOK mithilfe eines Namensalgorithmus ermittelt. Hochrechnungen auf Basis von Krankenkassenroutinedaten ergaben, dass etwa 183 von 1.000 Frauen mit türkischer Abstammung von der Krankheit betroffen waren, wohingegen es bei Deutschen nur 138 waren (OR = 1,40, $p < 0,01$). Die Wahrscheinlichkeit für die Krankheit nahm mit dem Alter und dem Übergewicht der Mütter zu (vgl. Reeske et al., 2012).

Zugänge zum Gesundheitssystem

Die weiteren Studien enthalten zusätzliche Aspekte zur Inanspruchnahme von stationären Leistungen und speziellen Bedürfnissen von Geflüchteten und Asylbewerbern in Krankenhäusern.

Mit der Flüchtlingswelle kamen Menschen aus unterschiedlichen Kulturen nach Deutschland. Giese et al. (2015) haben untersucht, inwieweit das Ziel der kultursensiblen Behandlung in deutschen Krankenhäusern erfüllt wird. Jeweils 121 Patienten mit türkischem bzw. ohne Migrationshintergrund wurden befragt. 97,5 % der Patienten mit türkischem Migrationshintergrund waren Muslime und etwa die Hälfte war mit den Gebetsmöglichkeiten unzufrieden (Deutsche: 0,9 %). Für 90 % war das islamische Ernährungsangebot unzureichend. Außerdem war für 79 % der Frauen und 40 % der Männer die gleichgeschlechtliche Pflege „ziemlich“ oder „äußerst“ wichtig (Deutschland weiblich: 36,3 %, männlich: 7,7 %). 69,7 % der türkischstämmigen Frauen wollten, dass zumindest eine weibliche Person bei der Behandlung anwesend ist (vgl. Giese et al., 2015).

Bozorgmehr et al. (2015) untersuchten die vertikale und horizontale Gerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen innerhalb aller Migranten. Vertikale Gerechtigkeit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Ungleiches (z. B. unterschiedlicher Bedarf) auch ungleich behandelt wird, wohingegen horizontale Gerechtigkeit ausagt, dass bei gleichem Bedarf auch gleiche Maßnahmen eingeleitet werden. Von 156 Umfrageteilnehmern gaben 119 (76,3 %) an, einen Arzt in den letzten zwölf Monaten kontaktiert zu haben und 39 waren in einem Krankenhaus. Bei stärkerem Bedarf wurden mehr Leistungen in Anspruch genommen (vertikale Gerechtigkeit erfüllt). Allerdings zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen Bildungsgrad oder dem subjektiven sozialen Status und der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen und stationären Leistungen (vgl. Bozorgmehr et al., 2015).

Auf denselben Daten von Bozorgmehr et al. beruht die Studie von Schneider et al. (2015). Sie liefert einen zusätzlichen Vergleich mit der deutschen Gesamtbevölkerung. 96,6 % der Referenzgesellschaft hatten in den letzten zwölf Monaten einen Arzt aufgesucht, unter den Migranten waren es 76,3 %. Geflüchtete waren mit 15,5 % signifikant häufiger bei einem Psychotherapeuten (deutsche Bevölkerung: 4,3 %) oder mit 25,3 % öfter in stationärer Behandlung (deutsche Bevölkerung: 12,9 %). Im Gegensatz zu den Gesundheitsbedürfnissen der Wohnbevölkerung in Deutschland wurden die der Asylsuchenden fast viermal so oft nicht gedeckt. Als Grund wurden in 66 % der Fälle finanzielle Barrieren angegeben und zu 16 % ein fehlender Behandlungsschein, der zuvor beim zuständigen Amt nicht beantragt oder nicht ausgestellt wurde (vgl. Schneider et al., 2015).

Inwieweit sich der voraussichtliche Versorgungsbedarf mit Krankenhausbetten aufgrund der neuen Anforderungen ändern wird, wurde 2015 mithilfe des „Deloitte Health Care Indicators“ (vgl. Deloitte & Touch GmbH, 2015) zu berechnen versucht. Die Verfasser rechneten bei 100.000 Flüchtlingen mit etwa 14.700 Krankenhausfällen. Bei geschätzten 800.000 Flüchtlingen im Jahr 2015 wurden etwa 120.000 Krankheitsfälle erwartet. Dies entspräche mit 2.250 benötigten Betten etwa 0,4 % der gesamten Krankenhausbetten in Deutschland vor allem in der Inneren Medizin, Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Zusätzliche Ressourcen werden nach dieser Abschätzung mit 1.120 Vollzeitstellen besonders im pflegerischen Bereich benötigt, aber auch 460 zusätzliche Vollzeitkräfte im ärztlichen und 540 im medizinisch-technischen Bereich (vgl. Deloitte & Touch GmbH, 2015).

Unklar ist, wie sich die erhöhte Inanspruchnahme im Vergleich zu anderen Versicherungsgruppen in den Ausgaben der Krankenkassen widerspiegelt. Die Ausgaben der AOK Bremen/Bremerhaven, wo bereits 2005 die Gesundheitskarte für Asylsuchende eingeführt wurde, lagen im stationären Bereich für Flüchtlinge über dem Durchschnitt (vgl. Wächter-Raquet, 2016). In den Jahren 2009, 2011 und 2012 wendete die AOK Bremen 46 % der Ausgaben für Geflüchtete im Krankenhausbereich auf. Der Anteil der Arzneimittelversorgung ist mit 6 % der Ausgaben für Geflüchtete relativ klein (vgl. Wächter-Raquet, 2016).

8.4 Diskussion

Der systematische Literaturreview lässt darauf schließen, dass repräsentative Daten und Studien im Bereich der stationären Versorgung von Migranten und Flüchtlingen fehlen. Insgesamt zeigen sich einige methodische Mängel und Defizite im Studiendesign. Drei der Studien haben weniger als 100 Studienteilnehmer mit Migrationshintergrund (vgl. Gewaltig, 2016; Au et al., 2016; Ullrich et al., 2017). Sechs Studien (vgl. Borde et al., 2008; Giese et al., 2015; Alberer et al., 2016; Gewaltig, 2016; Au et al., 2016; Ullrich et al., 2017) wurden in einer einzigen Einrichtung durchgeführt und nur vier (vgl. BKK Bundesverband, 2007; Koch et al., 2008; Deloitte & Touch GmbH, 2015; Kunz et al., 2017) beziehen sich tatsächlich auf die gesamte Bundesrepublik. Eine generelle Übertragung der Ergebnisse ist deshalb nicht möglich.

In anderen Veröffentlichungen erfolgt oft keine klare Definition des Migrations- oder Flüchtlingsstatus der Teilnehmer. Sieben Studien konzentrieren sich auf Flücht-

linge und Asylbewerber (vgl. Alberer et al., 2016; Kunz et al., 2017; Heudorf et al., 2016, Deloitte & Touch GmbH, 2015; Schneider et al., 2015; Bozorgmehr et al., 2015; Wächter-Raquet, 2016), neun auf Migranten im Allgemeinen (vgl. BKK Bundesverband, 2007; Borde et al., 2008; Gewaltig, 2016; Razum et al., 2017; Reeske et al., 2012; Ullrich et al., 2017; Au et al., 2016; Bulla et al., 2017; Giese et al., 2015) und eine (vgl. Koch et al., 2008) auf beide Zielgruppen. Fraglich ist, ob auch andere Verfasser Flüchtlinge mit einbezogen haben oder ob Migranten mit deutscher Staatsbürgerschaft ausgeschlossen wurden. Die Daten des BKK Dachverbandes schließen beispielsweise keine Migranten mit deutscher Staatsbürgerschaft ein (vgl. BKK Bundesverband, 2007). Die Versichertenklientel entspricht außerdem nicht mehr der aktuellen Situation. Zwei Studien beziehen sich auf türkische Einwanderer (vgl. Giese et al., 2015; Reeske et al., 2012), eine andere hauptsächlich auf Türken und Osteuropäer (vgl. Koch et al., 2008). Auf eine Unterteilung nach Migrationsstatus oder Herkunft wurde deshalb verzichtet.

Die wenigen Studien beschränken sich überwiegend auf ein einzelnes Krankheitsbild oder -feld. Die meisten Veröffentlichungen konzentrieren sich auf vier Themenschwerpunkte. Zum einen zeigt sich ein hoher Bedarf bei der Versorgung von Patienten mit psychischen Problemen. Im somatischen Bereich sind besonders der Umgang mit infektiösen Krankheiten und das Thema Schwangerschaft und Geburt von großer Bedeutung. Als vierter wichtiger Punkt hat sich die Leistungsinanspruchnahme von Patienten mit Migrationshintergrund erwiesen.

8.4.1 Psychische Erkrankungen

Die SOEP-Befragung von Geflüchteten von Brücker et al. (2016) hat gezeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund vergleichsweise stark von Einsamkeit und Depressionen betroffen sind. Geflüchtete schätzten aber ansonsten im Durchschnitt ihren eigenen allgemeinen Gesundheitszustand besser als andere ein. Die SOEP-Befragung basiert allerdings auf Selbstauskünften. Fragen könnten z. B. aus Angst vor Abschiebung positiver beantwortet worden sein. Die Autoren sahen einen besonderen Forschungsbedarf im Bereich der psychischen Erkrankungen. Dies galt ebenso für die Versorgungsforschung im stationären Bereich.

Die Studie von Koch et al. (2008) belegte, dass Menschen mit Migrationshintergrund in einigen psychiatrischen Abteilungen wie der Forensik überrepräsentiert

waren. Allerdings bestanden auch Zugangsbarrieren zu wichtigen Teilgebieten wie der Psychosomatik und der Psychiatrie. Der Stichtag der Erhebung war im Januar 2004 mit einem großen Anteil an Türken und Osteuropäern. Aktuelle Flüchtlingsländer waren kaum vertreten. Besonders bei Behandlungen im psychiatrischen Bereich traten kulturbedingte oder sprachliche Probleme auf. Mit der Dauer des Verfahrens nahm die Belastung stetig zu. Nichtbehandelte Symptome verschlechterten sich (vgl. Koch et al., 2008). Die Ergebnisse in Bezug auf forensische Abteilungen decken sich aber mit der aktuelleren Untersuchung von Bulla et al. (2017). Ein erhöhtes Schizophrenie-Risiko korrelierte nicht nur mit dem Migrationsstatus, sondern vor allem mit dem Human Development Index des Herkunftslandes und dem sozialen Status (vgl. Bulla et al., 2017). Eine möglichst zeitnahe Behandlung wäre also von größter Bedeutung, um eine Verschlechterung zu verhindern. Auch die soziale Lage der Patienten muss im Blick behalten werden. Für eine möglichst effektive Therapie sind bei fehlenden Kenntnissen von Sprache und Kultur zudem Dolmetscher wichtig.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) konstatierte eine zu geringe Behandlungsrate bei psychisch kranken Flüchtlingen (vgl. BPtK, 2015). In den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland wurden 2014 laut BPtK nur etwa 4 % der bedürftigen Geflüchteten behandelt. Die BPtK geht jedoch davon aus, dass die Hälfte aller Flüchtlinge psychologische Hilfe benötigt hätte. 2015 wäre der Anteil an behandelten Flüchtlingen im Verhältnis zur Masse an Geflüchteten noch geringer (vgl. BPtK, 2015). Nicht berücksichtigt wurden hier andere psychologische Betreuungsangebote für Asylbewerber.

8.4.2 Körperliche Erkrankungen

Im Bereich der körperlichen Erkrankungen haben sich vor allem die Infektionskrankheiten und die Gesundheit von Müttern und Kindern vor und nach der Geburt als relevante Themenschwerpunkte herauskristallisiert, auf die nachfolgend näher eingegangen wird.

Infektionskrankheiten

Die Auswertung von Alberer et al. (2016) belegt die erhöhte Prävalenz von ansteckenden Krankheiten unter den Geflüchteten. Die Analyse erfolgte jedoch exemplarisch und unsystematisch. Es fehlen der Bezug zur deutschen Wohngesellschaft sowie ein Vergleich zu anderen Einrichtungen. Die gehäuften Malaria-Erkrankungen

könnten u. a. dem Schwerpunkt der Einrichtung geschuldet sein. Bei Malaria oder einem möglichen Verdacht werden die Patienten von anderen Ärzten gezielt an diese Einrichtung verwiesen.

Wie wichtig Therapie und Aufklärung in diesem Bereich bzw. dieser Bevölkerungsgruppe sind, bestätigen auch die Ergebnisse von Marx et al. (2015). Sie zeigen, dass auch Migranten 2. Generation ein erhöhtes Risiko haben, an Tuberkulose zu erkranken. Die Infektionsgefahr ist in dieser Bevölkerungsgruppe besonders hoch und zielgruppenspezifische Maßnahmen sollten zur Eindämmung eingeleitet werden.

Außerdem kamen viele Flüchtlinge aus Ländern mit einer hohen Prävalenz multiresistenter Keime. Auch die Studie von Heudorf et al. (2016) belegte die Bedeutung eines Screenings auf multiresistente Erreger. Zusätzliche Kapazitäten im Hygienemanagement wurden empfohlen.

Gesundheit von Müttern und Kindern vor und nach der Geburt

Die Säuglingssterblichkeit bei Kindern von Migrantinnen ist immer noch zu hoch (vgl. BGM, 2016). Die Prävalenz von Schwangerschaftsdiabetes war bei Migrantinnen ebenfalls deutlich erhöht (vgl. Reeske et al., 2012). In dieser Studie wurden nur Türkinnen aufgenommen, die anhand eines Namensalgorithmus identifiziert wurden. Fraglich ist, ob sich die Erkenntnisse auch auf andere Migrantengruppen in ganz Deutschland übertragen lassen. Hier müssen weitere Untersuchungen erfolgen.

Sichelzellenanämie ist eine potenziell tödliche Krankheit (vgl. Kunz et al., 2017). Die Bedeutung der Krankheit wird durch den Zuzug in den nächsten Jahren wachsen. Trotzdem werden Neugeborene in Deutschland bisher nicht getestet. In anderen westeuropäischen Ländern wurde die Krankheit bereits in das Neugeborenen-Screening aufgenommen und die Sterblichkeit der unter 5-Jährigen ist dort geringer als in Deutschland (vgl. Kunz et al., 2017). Eine Aufnahme in das deutsche Screening-Programm sollte deshalb geprüft werden.

8.4.3 Zugänge zum Gesundheitssystem und zu Gesundheitsleistungen

Als mögliche Gründe für die vermehrte Inanspruchnahme stationärer Leistungen von Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung wurden am häufigsten Sprachprobleme sowie fehlende Kenntnisse des Gesundheitssystems genannt (vgl. Borde et al., 2008; Schneider et al., 2015; Razum et al., 2017; Ullrich et al., 2017). Außerdem stellten finanzielle Probleme eine größere Hürde zu

ambulanten Leistungen dar als die Anforderung eines Behandlungsscheins bei fehlender Gesundheitskarte (vgl. Schneider et al., 2015). Verständigungsprobleme und fehlendes Wissen über das Gesundheitssystem könnten eine Erklärung für den vermehrten Einsatz von Rettungsdiensten bei Kindern aus Migrantenfamilien sein (vgl. Wenner et al., 2016; Ullrich et al., 2017). Auch bei der Versorgung von Schwangeren könnten Wissenslücken und Verständigungsprobleme zu der geringeren Nachfrage an Schmerzmitteln führen oder sie werden ihnen deshalb nicht angeboten (vgl. Borde et al., 2008; Razum et al., 2017). Aber auch kulturelle und religiöse Gründe könnten bei Ablehnung eine Rolle spielen (vgl. Razum et al., 2017).

Die erhöhte Inanspruchnahme von stationären Leistungen lässt sich dabei aber nicht allein auf einen Migrationsstatus zurückführen. Auch hier spielt die soziale Lage eine wichtige Rolle. Deutsche Frauen mit einem niedrigeren Bildungsgrad erhalten ebenfalls seltener Lokalanästhesie während der Geburt als deutsche Frauen mit höherem Bildungsgrad (vgl. Razum et al., 2017). Darüber hinaus sind Sprachkenntnisse wichtig. Deutsch sprechende Teilnehmer nahmen ambulante Hilfe häufiger in Anspruch als Teilnehmer ohne Deutschkenntnisse (vgl. Bozorgmehr et al., 2015).

Rein auf Patienten mit türkischem Migrationshintergrund beziehen sich die Ergebnisse zur Kultursensibilität in deutschen Krankenhäusern von Giese et al. (2015). Die meisten Teilnehmer gehörten dem islamischen Glauben an und Religion war ihnen besonders wichtig. So kann ggf. darauf geschlossen werden, dass auch andere muslimische Patienten Wert auf einen Gebetsraum, ein angepasstes Nahrungsangebot und geschlechterspezifische Behandlung und Pflege legen. Hier besteht Entwicklungspotenzial für deutsche Krankenhäuser, um an Attraktivität für Patienten aus verschiedenen Kulturen zu gewinnen.

Die erhöhte Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen, die hohe Prävalenz von Erkrankungen im psychischen und infektiologischen Bereich sowie die Gesundheit von Müttern und Kindern werden sicherlich Auswirkungen auf die Krankenhäuser in Deutschland haben. Aber bisher können Aussagen zu einer zusätzlichen Krankheitslast durch Asylsuchende in den Folgejahren nur auf sehr unsicheren Schätzungen auf Basis der Studienlage getroffen werden. Bei den Angaben zu den Ausgaben für Geflüchtete im stationären Bereich von der AOK Bremen (vgl. Wächter-Raquet, 2016) fehlt z. B. der konkrete Vergleich zu den anderen gesetzlich Versicherten. Es wurden nur die durchschnittlichen Kosten je Asylsuchenden pro Jahr

angegeben. Prozentuale Angaben zu den Kosten sind nur bedingt zu vergleichen, da z. B. die Ausgaben für Krankengeld bei Asylbewerbern entfallen, weil sie darauf keinen Anspruch haben.

Bei den Auswertungen durch das Deloitte-Institut (vgl. Deloitte & Touch GmbH, 2015) wurden Flüchtlinge aufgrund der jüngeren Altersstruktur gesünder als die deutsche Wohnbevölkerung eingeschätzt. Sie gingen außerdem von einem uneingeschränkten Zugang zu allen Gesundheitsleistungen aus. Dies widerspricht allerdings den Erkenntnissen, dass Asylsuchende besonders häufig von der Flucht traumatisiert sind und unter psychischen Störungen leiden, die behandlungsbedürftig sind. Außerdem ist die Prävalenz von Infektionskrankheiten in dieser Bevölkerungsgruppe nachweislich erhöht.

8.5 Fazit

Migranten sind eine sehr heterogene und z. T. besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe. Deshalb ist es wichtig, dieser Gesellschaftsgruppe nicht nur einen Zugang zu medizinischen Leistungen zu gewährleisten, sondern diese auch auf ihre Bedürfnisse differenziert abzustimmen. Um eine genaue Bedarfsanalyse zu erstellen, ist aber eine fundierte Datengrundlage nötig, die derzeit wenig gegeben ist. Dies gilt insbesondere für die Versorgung im stationären Bereich. Geeignet wären hierzu prinzipiell die bereits vorhandenen Routinedaten der Krankenkassen, da diese Angaben zur Nationalität enthalten. Darüber könnten spezielle Gesundheitsbedürfnisse besser erkannt sowie zielgruppen- und regionalspezifische Maßnahmen eingeleitet werden. Bisher liegen aber nur sehr wenige Sekundärdatenanalysen vor. Hier besteht weiter hoher Forschungsbedarf in Deutschland.

Durch den Literaturreview haben sich große Unterschiede in der Leistungsanspruchnahme gezeigt. Migranten suchen vermehrt Krankenhäuser auch bei weniger schwerwiegenden Erkrankungen auf, was auf fehlende Systemkenntnis und Zugangsbarrieren zur ambulanten Versorgung schließen lässt. Dies kann zu großen Problemen bei bereits überlasteten Notaufnahmeeinrichtungen führen. Das Asylbewerberleistungsgesetz selbst setzt enge Grenzen in der Regelversorgung bei Geflüchteten ohne anerkannten Aufenthaltsstatus. Kommt es zu einer medizinischen Untersuchung oder Behandlung, stehen möglicherweise Verständnis- und Kultur-

probleme einer effizienten Behandlung entgegen. Gesundheitskompetenzen sind dabei nicht nur von der Herkunft, sondern auch vom sozialen Status abhängig.

Um die bedarfsgerechten Zugänge in die ambulanten und stationären Sektoren zu unterstützen und die Gesundheitskompetenzen von Migranten zu stärken, sind verständliche Informationen zum Gesundheitswesen im Allgemeinen sowie zu Krankheiten wie Diabetes und Beratungsangeboten im Besonderen hilfreich. Für eine qualitativ hochwertige und bedarfsorientierte Behandlung können Dolmetscher oder auch sogenannte Sprach- und Kulturmittler eingesetzt werden. Besondere Bedeutung könnten dabei auch andere Migranten haben, die in einer Einrichtung arbeiten oder sich in Gemeinschaften engagieren. Dabei darf das Übersetzen aber nicht zu einer zusätzlichen Belastung für das Gesundheitspersonal angesichts des Fachkräftemangels werden. Für qualifiziertes externes Personal fehlt jedoch bisher die Finanzierungsmöglichkeit.

Ein besonders großer Behandlungsbedarf hat sich im Literaturüberblick bei der psychotherapeutischen Behandlung vor allem von Flüchtlingen und Asylbewerbern gezeigt. Viele von ihnen sind schwer traumatisiert. Die Studien geben Hinweise auf einen erhöhten Bedarf bei der Therapie von Flüchtlingen mit psychischen Erkrankungen und kürzeren Wartezeiten, der derzeit nicht erfüllt wird.

Ein weiterer Schwerpunkt sollte in Zukunft auf der Gesundheit von Schwangeren und Kindern liegen. Bei Migranten ist die Säuglingssterblichkeit immer noch sehr hoch. Zielgruppenspezifische Informations- und Vorsorgeangebote sind notwendig. Die Testung von Sichelzellenanämie sollte in das Neugeborenencreening aufgenommen werden. Im Bereich der Prävention sollte ein Augenmerk auf den psychischen Problemen sowie auf Sucht- und Infektionserkrankungen liegen. Durch Impfprogramme könnten vermeidbare ansteckende Krankheiten eingedämmt werden. Durch passende Präventionsmaßnahmen und eine zeitnahe Behandlung könnte das Risiko einer Chronifizierung minimiert und somit Ressourcen gespart werden. Um zielgruppenspezifische Maßnahmen zu etablieren, wären fachdisziplinübergreifende Arbeitsgruppen in einzelnen Regionen sehr wichtig. Auch bestehende Verbände und Projektgruppen müssten weiter integriert und vernetzt werden.

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt besteht in der Ausdehnung der Public-Health-Forschung und Versorgungsforschung, da für die großen Herausforderungen im Gesundheitswesen nicht ausreichend Studien und Prognosemodelle vorhanden sind.

Literatur

- Alberer, M./Wendeborn, M. et al. (2016). *Spectrum of diseases occurring in refugees and asylum seekers: data from three different medical institutions in the Munich area from 2014 and 2015*. Dtsch Med Wochenschr, 141 (1), e8–15.
- Au, A. von/Weiler, U. et al. (2016). *Breast cancer presentation and therapy in migrant versus native German patients: contrasting and convergent data of a retrospective monocentric study*. Archives of gynecology and obstetrics, 294 (1), S. 145–152.
- Beutel, M. E./Jünger, C. et al. (2016). *Depression, anxiety and suicidal ideation among 1st and 2nd generation migrants – results from the Gutenberg health study*. BMC Psychiatry, (16): 288.
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2007). *Gesundheit in Zeiten der Globalisierung*. BKK Gesundheitsreport. BKK Bundesverband.
- Borde, T./Dudenhausen, J. W. et al. (2008). *Migrantinnen in der Geburtshilfe – psychosomatische Aspekte im Zusammenhang mit dem Akkulturationsprozess*. Psychother Psych Med, 58 (03/04), S. 183–188.
- Bozorgmehr, K./Goosen, S. et al. (2017). *How Do Countries' Health Information Systems Perform in Assessing Asylum Seekers' Health Situation? Developing a Health Information Assessment Tool on Asylum Seekers (HIATUS) and Piloting it in two European Countries*. Int J Environ Res Public Health, 14 (8), S. 894.
- Bozorgmehr, K./Schneider, C. et al. (2015). *Equity in access to health care among asylum seekers in Germany: evidence from an exploratory population-based cross-sectional study*. BMC Health Serv Res, (15), S. 502.
- Bozorgmehr, K./Mohsenpour, A. et al. (2016). *Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014)*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59 (5), S. 599–620.
- BPTK – Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.) (2015). *BPTK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen*. Berlin, Bundespsychotherapeutenkammer.
- Brücker, H./Rother, N. et al. (2016). *IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten: Überblick und erste Ergebnisse*. Forschungsbericht 29. Nürnberg, BAMF.
- Bulla, J./Hoffmann, K. et al. (2017). *Socioeconomic disadvantage and schizophrenia in migrants under mental health detention orders*. Int J Soc Psychiatry, 63 (6), S. 550–558.
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2016). *Ablauf des deutschen Asylverfahrens: Ein Überblick über die einzelnen Verfahrensschritte und rechtlichen Grundlagen (Stand: Oktober 2016)*. Nürnberg.
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2017). *Aktuelle Zahlen zu Asyl: Tabellen Diagramme Erläuterungen*. Nürnberg.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2016). *Daten des Gesundheitswesens 2016*. BGM, Referat Öffentlichkeitsarbeit. Berlin.
- BMZ – Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hrsg.) (2017). *Flüchtling, Asylsuchender, Binnenvertriebener, Klimamigrant, UNHCR. Begriffsbestimmungen und Erläuterungen*. https://www.bmz.de/de/themen/Sonderinitiative-Fluchtersachen-bekaempfen-Fluechtlinge-reintegrieren/hintergrund/definition_fluechtling/index.jsp#kommentare (07.09.2017).

- Deloitte & Touch GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hrsg.) (2015). *Deloitte Health Care Indicator – Bedeutung der Flüchtlingsbewegung für die Gesundheitsversorgung*. Deloitte & Touch GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.
- Deutsche Gesellschaft für Neugeborenencreening e.V. (Hrsg.) (2016). *Zielerkrankungen im Neugeborenencreening*. <http://www.screening-dgns.de/krankheiten.php> (25.06.2018).
- Frank, L./Yesil-Jürgens, R. et al. (2017). *Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland*. *Journal of Health Monitoring*, (1).
- Gewaltig, J. (2016). *Vergleich der stationären Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms von Migranten und Nichtmigranten*. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 11 (04), S. 288–293.
- Giese, A./Uyar, M. et al. (2015). *Türkische Migranten im deutschen Krankenhaus – Wie schätzen sie die Kultursensibilität ein?* *Dtsch Med Wochenschr*, 140 (2), e14–20.
- Gouzoulis-Mayfrank, E./Schmitz-Buhl, M. et al. (2017). *Die aktuelle Situation der Versorgung von Flüchtlingen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme der BDK*. *Psychiatr Prax*, 44 (01), S, 7–9.
- Heudorf, U./Albert-Braun, S. et al. (2016). *Multidrug-resistant organisms in refugees: prevalences and impact on infection control in hospitals*. *GMS Hyg Infect Control*, 11: Doc16.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2017). *Vielfalt in der Praxis – Patienten mit Migrationshintergrund: Infos zur Gesundheitskompetenz und Tipps für die Kommunikation*. *Praxis Wissen*. Berlin.
- Koch, E./Hartkamp, N. et al. (2008). *Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz*. *Nervenarzt*, 79 (3), S. 328–339.
- Kohls, M. (2011). *Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland*. Nürnberg: BAMF.
- Kunz, J. B./Cario, H. et al. (2017). *The epidemiology of sickle cell disease in Germany following recent large-scale immigration*. *Pediatr Blood Cancer*, 64 (7).
- Lindert, J., Ehrenstein, O. S. von et al. (2017). *Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme*. *Psychother Psych Med*, 68 (1), S. 22–29.
- Marx, F. M./Fiebig, L. et al. (2015). *Higher Rate of Tuberculosis in Second Generation Migrants Compared to Native Residents in a Metropolitan Setting in Western Europe*. *PLoS One* 10 (6): e0119693.
- Razum, O./Bunte, A. et al. (2016). *Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen*. *Dtsch Ärztebl International*, 113 (4), A-130/B-111/C-111.
- Razum, O./Reiss, K. et al. (2017). *Comparing provision and appropriateness of health care between immigrants and non-immigrants in Germany using the example of neuraxial anaesthesia during labour: cross-sectional study*. *BMJ Open*, 7 (8), e015913.
- Razum, O./Zeeb, H. et al. (2008). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit*. Federal focus report on health. Migration and health. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Reeske, A./Zeeb, H. et al. (2012). *Differences in the Incidence of Gestational Diabetes between Women of Turkish and German Origin: An Analysis of Health Insurance Data From a Statutory Health Insurance in Berlin, Germany (AOK), 2005–2007*. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 72 (04), S. 305–310.

- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2017). *Dem Robert Koch-Institut übermittelte meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland, Stand: 20. September 2017*. Retrieved 13.10.2017. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/meldepflichtige_Infektionskrankheiten_bei_Asylsuchenden.pdf?__blob=publicationFile (05.11.2018).
- Schneider, C./Bozorgmehr, K. (2017). *Prävalenz körperlicher und psychischer Erkrankungen bei Asylsuchenden und Geflüchteten. Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung: Eine praxisorientierte und interprofessionelle Perspektive auf die Hilfe für Flüchtlinge*. In: Borcsa M./Nikendei C. (Hrsg.): *Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, S. 32–44.
- Schneider, C./Joos, S. et al. (2015). *Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study*. *BMJ Open*, 5 (11), e008784.
- Schouler-Ocak, M. (2015). *Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland*. *Nervenarzt*, 86 (11), S. 1320–1325.
- Schouler-Ocak, M./Aichberger, M. C. (2015). *Versorgung von Migranten*. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 65 (12), S. 476–485.
- Schouler-Ocak, M./Aichberger, M. C. et al. (2015). *Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 58 (6), S. 527–532.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017a). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund um 8,5 % gestiegen*. Pressemitteilung 261/17 vom 01.08.2017. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017b). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2013*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt/Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.) (2016). *Datenreport – ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung, S. 274–339.
- Ullrich, S./Nesterko, Y. et al. (2017). *Die Bedeutung des Migrationshintergrundes für Einweisungsmodus, Krankheitsdruck und Verweildauer in der stationären pädiatrischen Versorgung*. *Gesundheitswesen*, DOI: 10.1055/s-0043-110853.
- Wächter-Raquet, M. (2016). *Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_2016.pdf (09.05.2016).
- Wenner, J./Razum, O. et al. (2016). *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus im Vergleich zu Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Auswertung der KiGGS-Daten 2003–06*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59 (5), S. 627–635.

9

Kommunale Maßnahmen zur Überwindung von gesundheitlichen Ungleichheiten

SUSANNE HARTUNG

Kommunen haben den Auftrag zur Daseinsvorsorge. Das schließt die Gesundheitsförderung insbesondere von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen ein. Die Bundesregierung bezeichnet Leistungen nach dem lebensweltbezogenen Ansatz (auch Settingansatz, vgl. Hartung/Rosenbrock, 2015) in der Begründung zum Präventionsgesetz als besonders geeignet, um das Ziel der Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen zu erreichen (vgl. Geene/Reese, 2016, S. 109 f.).

Das 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz) nimmt die Sozialversicherungsträger und insbesondere die Krankenkassen stärker in die Pflicht, die Kommunen bei ihren präventiven und gesundheitsförderlichen Aktivitäten zu unterstützen. Die Krankenkassen sollen mit den Kommunen als den „für die Lebenswelt Verantwortlichen (...) die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale“ erheben. Gemeinsam mit den Kommunen sollen Krankenkassen außerdem „Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen (§ 20a Absatz 1 Satz 1 SGB V). Der Ansatz, ressortübergreifend und zielorientiert integrierte kommunale Strategien zu entwickeln und Strukturen aufzubauen, wird für die Förderung sozial benachteiligter Gruppen besonders empfohlen (vgl. Richter-Kornweitz et al., 2017). Mit sogenannten Präventionsketten sollen lebensphasenübergreifend bedarfsgerechte Angebote miteinander verknüpft und dabei Doppelstrukturen und -lücken vermieden werden.

Im Folgenden wird zunächst vorgestellt, was unter kommunaler Gesundheitsförderung zu verstehen ist, warum kommunale Gesundheitsförderung besonders geeignet ist, zur gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen, und wie Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune einen Beitrag zu gesundheitlicher Chancengleichheit leisten können. Dazu werden Qualitätskriterien der Anwendung des Settingansatzes in der Kommune dargestellt, Beispiele kommunaler Gesundheitsförderung angeführt sowie Chancen und Herausforderungen angesprochen.

9.1 Kommune – Ort für Strategien zur gesundheitlichen Chancengleichheit

Der Settingansatz – im deutschsprachigen Raum auch Lebensweltansatz genannt – ist *die* Strategie der heutigen Gesundheitsförderung, um die Gesundheit aller Menschen zu fördern und zur gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen. Organisationale Zusammenhänge, wie Kita, Schule oder Betrieb (Einzelsettings), und insbesondere übergreifende Settings, wie Kommunen oder Stadtteile, haben das Potenzial, die Gesundheit derjenigen zu schützen und zu fördern, die besonders häufig von Gesundheitsrisiken und Krankheiten betroffen sind.

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ (WHO, 1986) Mit dieser Formulierung in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO wird die grundlegende Idee der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen auf den Punkt gebracht. Maßgeblich für die Gesundheit sind die vielen miteinander verzahnten Faktoren, die Gesundheit schützen oder belasten (vgl. Weyers/Richter, 2018). Viele dieser Faktoren betreffen die Lebensbedingungen, d. h. das Umfeld der Menschen.

Auf kommunaler Ebene lassen sich viele Einflussfaktoren in Form von Ressourcen und Belastungen für Gesundheit identifizieren, an denen angesetzt werden kann. Zu den Ressourcen für Gesundheit zählen beispielsweise Grünflächen, öffentliche Freizeitangebote, Angebote der Gesundheitsversorgung und soziale Unterstützung durch nachbarschaftliche Netzwerke. Belastend für Gesundheit wirken sich dagegen z. B. räumliche Faktoren wie Luftverschmutzung, Verkehrsdichte, Lärm, mangelnde nächtliche Straßenbeleuchtung und auch soziale Faktoren wie die Kriminalitätsrate aus (vgl. RKI, 2015).

Von der Verbesserung der Lebensbedingungen in der Wohnumgebung profitieren sowohl Gesunde als auch latent und chronisch Kranke sowie Personen, die besonders belastet sind und wenig persönliche Ressourcen haben. Personengruppen wie Alleinerziehende mit kleinen Kindern, Langzeitarbeitslose oder auch alleinlebende ältere Menschen, die schwer über Einzelsettings wie Betriebe, Kindertagesstätten, Schulen und Pflegeheime erreicht werden, können über den kommunalen Ansatz zur Verbesserung der Lebensbedingungen und mit gezielten Angeboten besser unterstützt werden. Kommune umfasst als sogenanntes „Dachsetting“ diese verschie-

denen Settings, geht aber auch über diesen Rahmen hinaus und verfügt zusätzlich über einen politischen Gestaltungsspielraum, den die einzelnen Settings nicht haben.

Sozial Benachteiligte leben häufig konzentriert in bestimmten Stadtteilen und Nachbarschaften. Dadurch verschärfen sich Problemlagen. Die Bewohnerschaft hat wenig eigene Ressourcen und die Orte sind in höherem Maße von Problemen wie schlechter Infrastruktur (öffentliche Verkehrsmittel, soziale Dienstleistungen, geringe Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung) oder Formen sozialer Ausgrenzung wie Vereinsamung, Vandalismus und Kriminalität betroffen. Hier sind Ansatzpunkte, die im politischen Gestaltungsraum der Kommune liegen. So kann Verwaltung z. B. Nachbarschaftszentren als Treffpunkte im Stadtteil und Beratungseinrichtungen fördern oder Grünflächen und Spielplätze bedarfsgerecht gestalten.

9.2 Merkmale kommunaler Gesundheitsförderung

In diesem Kapitel soll geklärt werden, was in der Gesundheitsförderung und Prävention unter „Kommune“ verstanden wird und was die Merkmale der kommunalen Gesundheitsförderung sind.

Zunächst sind Kommunen als Gebietskörperschaften die unterste Verwaltungsebene. In Deutschland gibt es über 11.000 Kommunen. Dazu zählen sowohl die Stadt Berlin mit über 3,6 Millionen Einwohnern als auch die Gemeinde Gröde in Schleswig-Holstein mit nur 9 Einwohnern (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017). Allein diese unterschiedlichen Einwohnerzahlen lassen bereits erahnen, dass kommunale Gesundheitsförderung vielschichtig ist und sich je nach Kommune unterschiedlichen Herausforderungen stellen muss. Kommunen unterscheiden sich z. B. je nach Größe hinsichtlich ihrer finanziellen Ressourcen, aber auch hinsichtlich ihrer Verwaltungskapazitäten. So gibt es z. B. auch kleine Kommunen mit einem ehrenamtlichen Bürgermeister.

„Kommune“ ist in der Gesundheitsförderung und Prävention ein Oberbegriff für unterschiedliche soziale Räume, der von den Akteuren im Vorfeld von Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung festgelegt (vgl. Süß/Trojan, 2018; Kuhn/Heyn, 2015) und nicht allein durch Verwaltungsgrenzen definiert wird. Waldemar Süß und Alf Trojan haben zusammengestellt, was in der Prävention und Gesundheitsförderung verstanden wird, wenn von „Kommune“ gesprochen wird (Süß/Trojan, 2018, S. 405; vgl. Luthe, 2015):

- „die Stadt, den Bezirk, den Stadtteil, ein Wohngebiet, eine Siedlung, das Quartier, eine ländliche Gemeinde, eine Region oder
- einen anderweitig von den Akteuren gegenstandsbezogenen selbst definierten sozialen Raum oder aber
- einen vordefinierten Raum, wie
 - Gebiete innerhalb von klar festgelegten Verwaltungsgrenzen,
 - statistische Gebiete und andere statistische Einheiten für Prävention und Gesundheitsförderung“.

Die Kommune hat die Aufgabe zur Daseinsvorsorge, für die Grundversorgung, d. h. zur „Bereitstellung notwendiger Güter und Leistungen für ein sinnvolles menschliches Dasein“ (Bundestag, 2014, S. 4) zu sorgen. Dieser Auftrag geht über die Sicherstellung des Existenzminimums hinaus. Öffentliche Einrichtungen und Infrastruktur für die Allgemeinheit wie Bildungs- und Kultureinrichtungen, öffentliche Verkehrsmittel, aber auch Wasser- und Elektrizitätsversorgung und Beförderungswesen sind in der Kommune bereitzustellen. Zu den Aufgaben der Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge gehört auch die Gesundheitsförderung.

Kommunen haben nach dem Grundgesetz das Recht, „alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln“ (Artikel 28 Abs. 2 GG). Zur Wahrnehmung der kommunalen Aufgaben sollen Kommunen alle verantwortlichen Akteurinnen einbinden. Für die Gesundheitsförderung sind die Krankenkassen, die Akteurinnen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, aber vor allem auch die kommunalen Verwaltungsbereiche relevant, für die die Verbesserung von Gesundheit keine Haupt-, sondern eine Querschnittsaufgabe darstellt (z. B. Verwaltung und Akteurinnen in den Bereichen Soziales, Bau, Verkehr).

Die Merkmale der kommunalen Gesundheitsförderung sind vor allem (vgl. RKI, 2015; Böhm, 2018):

- detaillierte Gesundheitsberichterstattung
- intersektorale Zusammenarbeit kommunaler Verwaltungsbereiche
- Vernetzung aller Akteurinnen für Gesundheit
- Koordination der Aktivitäten
- gemeinsames integriertes Handlungskonzept für Gesundheitsförderung

- Lebenslauforientierung
- Bürgerbeteiligung und Partizipation der Adressatinnen der Gesundheitsförderung in allen Phasen der Gesundheitsförderung (von der Problem- und Bedarfsbestimmung bis zur Bewertung von Maßnahmen)

9.3 Akteurinnen, Strukturen und Finanzierung kommunaler Gesundheitsförderung

Wer sind die **Akteurinnen der kommunalen Gesundheitsförderung**? Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖgD) hat eine besondere Rolle unter den Akteurinnen der kommunalen Gesundheitsförderung. Der ÖgD übernimmt viele präventive und gesundheitsförderliche Aufgaben, die der Kommune durch Bundes- und Landesgesetze übertragen werden. Zu den Kernaufgaben des ÖgD, d. h. der Gesundheitsämter, zählen vor allem die Gesundheitsberichterstattung, die Hygieneaufsicht (z. B. für Trinkwasser und Krankenhäuser), medizinische Bereiche der Prävention, wie Zahnprophylaxe bei Kindern, Infektionsschutz (z. B. Meldewesen bei Masern) und Impfungen sowie Aufklärungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote z. B. bei Suchterkrankungen. Der ÖgD übernimmt auch Aufgaben der Steuerung, Koordinierung und Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung, führt lokale Projekte durch und betreibt Netzwerkarbeit. Aufgrund begrenzter struktureller und finanzieller Ausstattung sind die Aktivitäten des ÖgD in diesem Bereich allerdings begrenzt (vgl. Szagun et al., 2016; Kuhn/Heyn, 2015).

Viele andere für kommunale Gesundheitsförderung relevante Akteurinnen haben nur implizit mit Gesundheit zu tun. Dazu gehören kommunale Verwaltungsbereiche für Soziales, Jugend, Verkehr, Bau, Bildung und Kultur. Ihre Aktivitäten sind nur z. T. explizit auf Gesundheit ausgerichtet, haben aber Auswirkungen auf Gesundheit. „Die besondere Herausforderung ist die Entdeckung und Nutzung relevanter Akteure in der Stadt und deren Organisation im Hinblick auf gesundheitsbezogene Ziele.“ (Trojan et al., 2016, S. 259) Um gesundheitliche Chancengleichheit möglichst früh im Leben zu schaffen oder zu verbessern, sind z. B. Kindertageseinrichtungen von hoher Qualität notwendig, die für Familien mit geringem Einkommen kostenfrei sind. Hierbei ist auch die Finanz- und Sozialverwaltung eine wichtige Partnerin.

Wie sehen die **Strukturen der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene** aus? Zentrale Strukturen der lokalen Gesundheitsförderung sind Koordinations- und

Kooperationsgremien wie „Kommunale Gesundheitskonferenzen“ oder „Runde Tische“. Die Arbeit dieser Gremien basiert meist auf Selbstverpflichtung. Trojan et al. (2016, S. 260; vgl. auch Trojan, 2015) betonen, dass „die Kooperationsstruktur durch eine arbeitsfähige Infrastruktur unterstützt werden muss, v. a. durch eine Geschäftsstelle“.

Neuere Strukturen der kommunalen Zusammenarbeit für Gesundheitsförderung stellen die sogenannten „Präventionsketten“ dar, deren Idee es ist, eine integrierte kommunale Infrastruktur zu schaffen, in der alle Angebote, Maßnahmen und Trägerinnen zusammengeführt werden und alle Akteurinnen vor Ort entlang einer gemeinsamen Strategie für die Gesundheit in allen Lebensphasen der Bewohnerinnen zusammenarbeiten.

Christa Böhme und Bettina Reimann haben hierzu folgende Definition formuliert: Als eine Präventionskette bzw. eine integrierte kommunale Strategie der Gesundheitsförderung wird

„ein gesamtstrategisches und koordiniertes Vorgehen sowie das Zusammenspiel verschiedener Verwaltungsressorts verstanden, mit dem Ziel, gesundheitsförderliche Lebenswelten und Angebote für alle Altersgruppen (Kinder und Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen) zu schaffen. Dabei liegt ein besonderes Augenmerk darauf, die gesundheitlichen Chancen für Menschen in sozioökonomischen Risikolagen zu erhöhen. Präventive Angebote und Maßnahmen werden hierfür über kommunale Ressortgrenzen hinweg und unter Einbeziehung verwaltungsexterner Akteure sowie der Zielgruppen aufeinander abgestimmt“ (Böhme/Reimann, 2018, S. 8; vgl. Richter-Kornweitz et al., 2016; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2013; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 39 f.)

Die Bedürfnisse der Menschen in den verschiedenen Lebensphasen und insbesondere von sozial benachteiligten Gruppen sollten – möglichst durch ein partizipatives Verfahren, also zusammen mit den Personen – erhoben und in der Planung und Durchführung beachtet werden. Darauf wird im Beitrag noch näher eingegangen.

Auf Bundesebene gibt es Netzwerke, wie den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, 12.12.2018), der in allen Bundesländern Koordinierungsstellen für Gesundheitsförderung hat, die die Kommunen in ihren Aktivitäten zur kommunalen Gesundheitsförderung beraten und begleiten. Eine zentrale Funktion dabei hat der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“, der Kommunen beim Auf- und Ausbau von Präventionsketten unterstützt. Beispielsweise haben kommunale Akteurinnen auf der Internetplattform inforo die Möglichkeit, sich insbesondere zum Aufbau von Präventionsketten aus-

zutauschen (Internetseite zum Partnerprozess: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/partnerprozess/inforo-das-portal-fuer-fachkraefte/, 12.12.2018).

Wie wird **kommunale Gesundheitsförderung finanziert**? Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung werden bislang überwiegend aus öffentlichen Haushalten bezahlt. Mit dem Präventionsgesetz haben sich die Voraussetzungen für die Finanzierung kommunaler Gesundheitsförderung etwas verbessert. Nach den Zahlen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018) beliefen sich die Gesundheitsausgaben in Deutschland für Prävention und Gesundheitsschutz im Jahr 2016 auf rund 11,7 Milliarden Euro, was 3,5 % aller Gesundheitsausgaben entspricht. Das meiste davon finanzierten die Krankenkassen. Für die Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten gaben die Krankenkassen im Jahr 2016 die vergleichsweise geringe Summe von 116 Millionen Euro aus (vgl. GKV-Spitzenverband, 2017). Die betriebliche Gesundheitsförderung finanzierten die Krankenkassen noch mal mit einer ähnlichen Summe. Für das Jahr 2017 zeigt der Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes (2018, S. 10), dass die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen entsprechend dem Präventionsgesetz gestiegen sind. Für die Prävention in nichtbetrieblichen Lebenswelten wurden 153 Millionen Euro ausgegeben, d. h., 2,12 Euro je Versichertem, und damit die gesetzliche Vorgabe von 2,05 Euro übertroffen. Für betriebliche Lebenswelten belaufen sich die Ausgaben auf 158 Millionen Euro (2,19 Euro je Versichertem; gesetzliche Vorgabe: 2,05 Euro).

Für kommunale Gesundheitsförderung stehen neben diesen Mitteln Gelder der kommunalen Haushalte, der Gesundheitsämter und beispielsweise auch der Schulverwaltungen zur Verfügung, auch wenn diese Mittel nicht üppig sind. Eine zunehmende Rolle spielt auch die Finanzierung durch nicht öffentliche, gemeinnützige Träger und aus dem privaten Sektor (vgl. Trojan et al., 2016; Altgeld, 2016). Die Finanzierung ist i. d. R. – egal, aus welchen Budgets sie kommt – nicht langfristig gesichert.

9.4 **Soziallagenbezogene kommunale Gesundheitsförderung in der Praxis**

Bevor im nächsten Kapitel Kriterien für die Qualität kommunaler Gesundheitsförderung betrachtet werden, soll vorab ein Blick auf die Praxis der kommunalen Gesundheitsförderung geworfen werden. Der Fokus liegt dabei zum einen auf gesundheits-

förderlichen Maßnahmen in der Lebenswelt Kommune allgemein und zum anderen auf Beispielen kommunaler Gesundheitsförderung, die in besonderem Maße zur gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen.

Der Präventionsbericht der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. GKV-Spitzenverband, 2018) gibt zunächst Anhaltspunkte, wie Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2017 von den Krankenkassen in Kommunen gefördert wurden. Der Bericht zeigt, dass insgesamt 39.551 Lebenswelten erreicht wurden, wovon 21.824 Grundschulen und Kitas waren. Die Kommune ist in der Aufzählung der erreichten Lebenswelten als Landkreis/Stadt/Stadtteil/Ort aufgenommen. 559 Landkreise, Städte, Stadtteile bzw. Orte wurden erreicht.

Ein vollständiger Überblick über präventive und gesundheitsförderliche Angebote und Maßnahmen für sozial benachteiligte Menschen liegt in Deutschland weder für Kommunen noch allgemein vor. Doch verweisen die letzten Ausschreibungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf Bemühungen, dies zu ändern. Für die Übersicht des GKV-Spitzenverbandes im GKV-Präventionsbericht ist ein Indikator für das Erreichen sozial Benachteiligter, ob z. B. die Kita oder die Schule, in der die Krankenkasse Maßnahmen durchgeführt hat, in einem „sozialen Brennpunkt“ liegt. Als „soziale Brennpunkte“ werden dabei „Wohngebiete bezeichnet, in denen Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und deren soziales Netzwerk eingeschränkt ist“ (GKV-Spitzenverband, 2017, S. 39). 27 % der erreichten Kitas und 32 % der von den Krankenkassen erreichten Grundschulen lagen in „sozialen Brennpunkten“ (vgl. GKV-Spitzenverband, 2018, S. 46). Weitere Hinweise auf zielgruppenspezifische Aktivitäten für sozial benachteiligte Gruppen in Lebenswelten finden sich im Präventionsbericht. Ausgewiesen werden z. B. Aktivitäten für folgende Gruppen, die zumeist höheren Belastungen im Leben ausgesetzt sind: Menschen mit Behinderung (3 %), Arbeitslose (6 %) und Menschen mit Migrationshintergrund (20 %).

Die bundesweit umfangreichste Übersicht zu präventiven und gesundheitsförderlichen Projekten für Gruppen sozial Benachteiligter bietet bislang die Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, 12.12.2018). In der Datenbank finden sich 935 Projekte, die sich in der Lebenswelt „Stadt/Stadtteil/Quartier/Kommune“ verorten. Von den 122 Projekten, die als „Good-Practice-Projekte“ in dieser Datenbank aufgeführt werden, arbeiten 61 Projekte in der Lebenswelt „Stadt/Stadtteil/

Quartier/Kommune“. Good-Practice-Projekte sind auf der Grundlage von zwölf Kriterien für gute Praxis ausgewählt, die insbesondere die Qualität der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung beschreiben. Projekte in der Datenbank wollen die Zugangshürden bestehender Strukturen für sozial Benachteiligte verringern und bedarfsgerechte Angebote unter Beteiligung der Bewohnerinnen der Stadtteile entwickeln (z. B. Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung (Koba) in Hamburg). Projekte beziehen sich auch auf konkrete Probleme, die bei sozial Benachteiligten häufiger auftreten, wie Bewegungsmangel und Übergewicht. Dazu werden beispielsweise Sport- und Bewegungsangebote außerhalb von Vereinen für Jugendliche aus sozial benachteiligten Quartieren entwickelt (Projekt in Berlin „Sozial-integrativer Triathlon Berlin-Hohenschönhausen“) oder es wird mit Kindern ein „Naschgarten“ geplant und gestaltet, bei dem sie mitentscheiden können, dadurch Selbstwirksamkeit erleben und dazu auch Obst- und Gemüseanbau sowie etwas über gesunde Ernährung lernen (Projekt in Holzminden „Kinder gestalten ihren Naschgarten“).

Das Projekt „Netzwerk für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg“ soll als ein Beispiel für ein gesundheitsförderliches kommunales Projekt an dieser Stelle näher beschrieben werden. Danach wird die Präventionskette „Gesund aufwachsen“ in Marzahn-Hellersdorf als umfangreicheres Programm bzw. als Beispiel einer integrierten kommunalen Strategie vorgestellt.

9.4.1 „Netzwerk für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg“

Ein kommunales Projekt aus der Datenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit ist das Berliner „Netzwerk für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg“, das 2013 vom Nachbarschaftshaus Urbanstraße e. V. gemeinsam mit dem Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg begonnen wurde (vgl. hier und folgend Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2017a). Ziel des Netzwerks ist es, „neue Wege der Teilhabeförderung älterer Menschen zu beschreiten und insbesondere soziale und kulturelle Teilhabe derjenigen zu fördern, welche von klassischen Maßnahmen und Einrichtungen bisher kaum erreicht werden“. Das sozialraumbezogene Netzwerk möchte ältere Menschen fördern, die sozial benachteiligt sind, d. h. bei denen „von spezifischen Problemlagen auszugehen ist, insbesondere von Altersarmut betroffene ältere Menschen, alleinstehende ältere Menschen sowie ältere Menschen mit Migrationshintergrund“. Im Netzwerk sind

Fachkräfte aus der bezirklichen Verwaltung, der Stadtteilarbeit (Familienzentrum, Mehrgenerationenhaus, Begegnungsstätte) und Beratungs- und Koordinierungsstellen (Kontaktstelle Pflegeengagement, Pflegestützpunkt, Freiwilligenagentur), ehrenamtliche Multiplikatorinnen aus der Nachbarschaft (Physiotherapie, Arztpraxis) und viele ehrenamtlich engagierte Bürgerinnen (Aktive aus Nachbarschaftsinitiativen sowie ältere Menschen) beteiligt. Eine größere aktive Kerngruppe plant das gemeinsame Vorgehen in regelmäßigen Treffen und Netzwerkrunden. Das Netzwerk arbeitet zunächst daran, die Zugangshürden für soziale Teilhabe von sozial benachteiligten älteren Menschen abzubauen. Dafür folgen sie vier Strategien, die dazu beitragen, mehr über mögliche Zugangshürden aus der Sicht der Betroffenen zu erfahren und diese Informationen zu nutzen, um neue Zugangswege zu öffnen.

- *Erstens* werden mit einer *Nachbarschaftskampagne* „Ziemlich beste Nachbarn – dank Dir“ Bürgerinnen des Stadtteils mit der Frage angesprochen, „ob es in ihrem Haus oder Nachbarschaft ältere Menschen gibt, die sich zurückziehen oder die Hilfe benötigen“. Die Kampagne will damit den Blick in die Nachbarschaft öffnen und auf die von Vereinsamung bedrohten Älteren richten. Zusätzlich können alle Kreuzbergerinnen auf einer Webseite Informationen erhalten, an welche Einrichtung sie sich bei Unterstützungsbedarf von Nachbarinnen wenden können.
- *Zweitens* wurden *Seniorenbriefe* zum Übergang zwischen Beruf und Nacherwerbsphase an Menschen im Alter von 63 und 64 Jahren versendet. Den Menschen dieser Altersgruppe, die sich in einem Umbruch ihrer Lebenssituation befinden, werden entsprechend ihrem Bedarf im Brief verschiedene Informationen gegeben und Angebote gemacht, z. B. Orte für lokales Engagement vorgeschlagen, auf Angebote für gemeinschaftliche Freizeit- und Begegnungskontakte hingewiesen und über Beratungs- und Unterstützungsdienste für konkrete Bedarfe informiert. Einmal jährlich können die Bürgerinnen sich auch auf einer Informationsveranstaltung über Angebote im Stadtteil informieren.
- *Drittens* gibt es *mobile Angebote und aufsuchende Beratung*. Engagierte Personen aus dem Netzwerk sprechen ältere Menschen auf Plätzen und Straßen an, die von diesen genutzt werden. Sie informieren die Älteren zum einen über bestehende Angebote und beraten sie, zum anderen fragen sie auch nach ih-

ren Anliegen, Belastungen und Wünschen. Dadurch entstand die Idee, einen intergenerativen nachbarschaftlichen Treffpunkt zu entwickeln.

- *Viertens* arbeitet das Netzwerk kontinuierlich daran, externe Multiplikatorinnen aus dem Quartier wie Ärztinnen oder die Apotheke zu gewinnen, die im direkten Kontakt zu den Älteren stehen und in die Netzwerkaktivitäten eingebunden werden sollen.

9.4.2 Präventionskette „Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf“

Der Berliner Bezirk Marzahn-Hellersdorf hat, schlussfolgernd aus der Bevölkerungsentwicklung, den Ergebnissen von Gesundheitskonferenzen zur Kindergesundheit und zu den Einschulungsuntersuchungen, im Jahr 2010 mit dem Modellprojekt begonnen, eine lokale Präventionskette aufzubauen. Das Projekt wurde begleitet von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. und finanziert von Bereichen der Berliner Senatsverwaltung (Stadtentwicklung und Umwelt; Gesundheit und Soziales) sowie von Krankenkassen und dem Bezirk selbst.

Ziel war vor allem, „Entwicklungs- und Gesundheitschancen sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher [zu] verbessern“. Im Gebiet wohnen viele Familien in schwieriger sozialer Situation, der Anteil von alleinerziehenden Eltern und jungen Müttern ist überdurchschnittlich hoch. Fast 25 % der unter 65-Jährigen sind im Bezirk von Transferleistungen nach dem SGB II (Hartz-IV-Bezug) abhängig. 41 % der Kinder unter 15 Jahren wachsen in Familien mit Hartz-IV-Bezug auf (vgl. Moncorps/Pohle, 2015; Augustin, 2014).

Bestehende Strukturen, Projekte und Angebote der Gesundheitsförderung wurden in einem partizipativen Prozess mit Partnerinnen vor Ort so weiterentwickelt und miteinander verzahnt, dass Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen besser erreicht und bedarfs- und bedürfnisgerecht unterstützt werden. Mit der Präventionskette „Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf“ wurden die Lebensphasen rund um die Geburt, Kita- und Grundschulalter sowie Jugend bearbeitet. Dazu wurden die Sichtweisen und Bedarfe der Familien mittels qualitativer Befragungen erhoben und aus den Ergebnissen Schwerpunkte der Arbeit abgeleitet (vgl. Moncorps/Pohle, 2015). Beispielhaft seien an dieser Stelle Aktivitäten zur Phase rund um die Geburt dargestellt. Die Befragung von Eltern in schwierigen sozialen Lebenslagen ergab, dass sich die Eltern „verlässliche Ansprechpartner, einheitliche und bedarfs-

gerechte Informationen, insbesondere frühzeitige Informationen zu rechtlichen Fragen sowie zur finanziellen und materiellen Unterstützung“ (Moncorps/Pohle, 2015, S. 79) wünschen. Darauf aufbauend wurde von den Akteurinnen aus der Region ein Schaubild mit den Qualitätserfordernissen und Angebotsstrukturen rund um die Geburt erstellt. Im Ergebnis wurde an der Bereitstellung bzw. Weiterentwicklung zentraler Anlaufstellen gearbeitet (z. B. Infopoints des Netzwerks „Alleinerziehende Marzahn-Hellersdorf“) und es wurde ein „Fahrplan: was ist wichtig in der Zeit rund um die Geburt?“ erstellt. Letzterer enthält eine Checkliste und ausführliche Informationen zu den Bereichen Gesundheit, Arbeit, Behörden und Finanzen vor und nach der Geburt. Der Fahrplan ist angedockt an den bezirklichen Bereich der „Frühen Hilfen“. Als digitale Version entstand auch die „Baby-Berlin-App“, die ein noch niedriger-schwelligeres Angebot für werdende Eltern darstellt.

9.5 Qualität kommunaler Gesundheitsförderung

Die Grundprinzipien der kommunalen Gesundheitsförderung leiten sich zunächst vom Settingansatz ab, den die Weltgesundheitsorganisation durch die Benennung der gesundheitlichen Relevanz von Lebenswelten in der Ottawa-Charta (1986) hervorhob.

Die Elemente des Settingansatzes, wie sie u. a. in den Kriterien guter Praxis des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit benannt werden (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2017b), sind:

- gesundheitsförderliche Strukturen schaffen (verhältnisbezogene Orientierung), d. h. die Lebensbedingungen der im Setting lebenden bzw. arbeitenden Personen ändern
- individuelle Kompetenzen und Ressourcen stärken (verhaltensbezogene Orientierung), z. B. Gesundheitskompetenz, Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung
- Beteiligung sichern, d. h. Partizipation der Zielgruppen bzw. Adressatinnen der Gesundheitsförderung in allen Phasen der Gesundheitsförderung von der Planung bis zur Bewertung gewährleisten
- kontinuierliche und professionelle Koordinierung aller Aktivitäten, z. B. durch eine Koordinierungsstelle kommunaler Gesundheitsförderung

Das Vorgehen der Gesundheitsförderung im Setting sollte sich – wie jede gesundheitsförderliche Intervention zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung – am Public Health Action Cycle (vgl. Rosenbrock/Hartung, 2015) orientieren. Grundlegend ist das Ziel kommunaler Gesundheitsförderung, zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit beizutragen, und eine Gesundheitsberichterstattung, die über die gesundheitliche Situation der sozial Benachteiligten in der Kommune und lokale Problemlagen Auskunft geben kann: Welche Personengruppen sozial Benachteiligter in der Kommune sind gesundheitlich besonders belastet und wo weisen die Daten bereits auf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung hin?

Das Vorgehen sollte sich an dem aktuellen Wissensstand in Wissenschaft und Praxis zum kommunalen Setting orientieren, d. h. u. a. an vorhandenem Wissen und Erklärungen zu Gesundheitsdeterminanten in der Kommune, die besonders für sozial Benachteiligte relevant sind. Weiterhin sollte es sich orientieren an Erfahrungen der Praxis vor Ort zu wirksamen Interventionen auf verschiedenen aber miteinander verbundenen kommunalen Ebenen sowohl auf Verhaltens- wie auf Verhältnisebene. Bereits in der Konzeption einer Intervention sollten diese Aspekte Berücksichtigung finden (siehe auch Kriterium „Konzeption“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit).

Gemeinsam mit Bürgerinnen sollen Daten ausgewertet, Ziele formuliert, gesundheitsförderliche Maßnahmen entwickelt, durchgeführt und evaluiert werden. Geeignet hierfür sind insbesondere partizipative Verfahren, wie sie die partizipative Qualitätsentwicklung (Internetseite zum Verfahren www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/, 12.12.2018) empfiehlt, da sie helfen, die gesundheitsförderlichen Maßnahmen bedürfnis- und zielgruppenangemessen zu entwickeln und umzusetzen (vgl. Jagosh et al., 2012). Dies ist insbesondere für das Erreichen, die Stärkung und Förderung sozial Benachteiligter bzw. von Personen in schwierigen sozialen Lebenslagen wichtig. Dieser Aspekt wird für die Praxis soziallagenbezogener Gesundheitsförderung im Kriterium „Partizipation“ betont. Es hebt die aktive Beteiligung sozial Benachteiligter bzw. der Adressatinnen der Gesundheitsförderung an den für sie relevanten Entscheidungen im Rahmen der Gestaltung kommunaler Gesundheitsförderung heraus und bietet mit der Stufenleiter der Partizipation ein Reflektionsinstrument an.

Vernetzung ist ein weiteres zentrales Prinzip der kommunalen Gesundheitsförderung, um bestehende Strukturen zu nutzen und z. B. Angebotsdopplungen oder

-lücken zu erkennen, begrenzte Ressourcen besser zu nutzen und von Erfahrungen zu lernen. In der kommunalen Gesundheitsförderung einigen sich die Akteurinnen z. B. in Gesundheitskonferenzen auf eine gemeinsame Strategie der kommunalen Gesundheitsförderung. Bestehende Angebote und Strukturen sollen für ein gemeinsam festgelegtes gesundheitliches Ziel geprüft, weiterentwickelt, an die Bedarfe und Bedürfnisse angepasst und miteinander so verzahnt werden, dass die Personen, die am meisten davon profitieren würden, bestmöglich erreicht und unterstützt werden können. Die Verschriftlichung von ressortübergreifenden Zielen und Maßnahmen in einem integrierten Handlungskonzept ist ein wichtiger Baustein für Steuerung und Koordinierung auf dem Weg zur Verbesserung der Gesundheit. Die Koordination dieser Prozesse kommunaler Gesundheitsförderung durch eine dafür bestimmte oder eigens dafür eingerichtete Struktur spielt eine große Rolle, sollen Aktivitäten und Angebote zielorientiert kontinuierlich und professionell begleitet, koordiniert und vor allem im komplexen kommunalen Setting verzahnt werden. Diese Aspekte sind als Kriterium „Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung“ in den Kriterienkatalog guter Praxis des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, d. h. als Qualitätskriterien, aufgenommen und zeigen entscheidende Merkmale einer integrierten kommunalen Strategie der kommunalen Gesundheitsförderung bzw. einer Präventionskette auf.

Mit dem Präventionsgesetz sind die Krankenkassen vom Gesetzgeber stärker in die Pflicht zur Unterstützung der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten genommen worden. Die Sozialversicherungen, d. h. die Beteiligten der Nationalen Präventionskonferenz, unterstützen dabei insbesondere den Ansatz der „Präventionsketten“ für „zielbezogene ressortübergreifende kommunale Strategien der Gesundheitsförderung“ (NPK, 2016, S. 15). Die Umsetzung von kommunaler Gesundheitsförderung in Form von Präventionsketten ist dabei eine recht junge Entwicklung und es gibt kaum Evaluationserfahrungen (vgl. Süß/Trojan, 2018). Da die Krankenkassen ein hohes Interesse an dem effektiven und wirksamen Einsatz der Versichertenbeiträge haben, sollte das Präventionsgesetz mittelbar auch die Evaluationspraxis komplexer Interventionen fördern.

9.6 Anstelle eines Fazits: Partizipation sozial Benachteiligter als Herausforderung und Chance

Aus dem von außen bzw. von professionellen Expertinnen festgestellten Bedarf lassen sich die Bedürfnisse und Wünsche der sozial benachteiligten Personen(-gruppen) nur unzureichend erkennen. Die Bedürfnisanalyse ist ein anerkannter Weg in der Gesundheitsförderung, damit Interventionen Adressatinnen der Interventionen erreichen und gesundheitlich wirksam sind. Zum Bedarf der sozial Benachteiligten, der aus einer externen Perspektive anhand von Studien und aus Expertensicht bestimmt wird, ist es für die Erreichbarkeit, die Zufriedenheit und eben nicht zuletzt für die Wirksamkeit notwendig, auch die interne Sicht zu erfassen, d. h., die Bedürfnisse der sozial Benachteiligten zu erfragen.

Partizipative Qualitätsentwicklung ist wie oben erwähnt ein Instrument, um Interventionen zielgruppenspezifisch und bedürfnisangemessen zu entwickeln, durchzuführen und zu bewerten. Wird kommunale Gesundheitsförderung als Aufbau von Präventionsketten bzw. als integrierte kommunale Strategie betrieben, wie im Beispiel von Marzahn-Hellersdorf, findet Beteiligung i. d. R. in dieser Form statt. Die Herausforderung besteht jedoch zunächst darin, Vertreterinnen der Gruppen sozial Benachteiligter für die Bedürfnisanalyse zu gewinnen und sie kontinuierlich in den weiteren Entwicklungsprozess des kommunalen Handlungskonzepts und seine Umsetzung einzubinden. Dabei stellen sich ähnliche Hürden wie zur Teilnahme an den Angeboten der Gesundheitsförderung selbst. Soll z. B. die Gesundheit isoliert lebender Älterer gefördert werden, stellt die Frage, wo und wie überhaupt Kontakt zu dieser Gruppe herzustellen ist, eine erste Hürde dar. Die Älteren haben z. T. selten in ihrer Biografie die Erfahrung von Partizipation gemacht. Ist die Hürde der Kontaktaufnahme genommen, muss die Teilnahme z. B. an der Bedürfnisanalyse und der Entwicklung von Angeboten außerdem attraktiv und von persönlichem Nutzen für die Älteren sein.

Aktuell werden die Hürden von Partizipation sozial Benachteiligter in der Entwicklung integrierter kommunaler Angebote der Gesundheitsförderung in PartKommPlus – Forschungsverbund gesunde Kommune (<http://partkommplus.de/>, 12.12.2018) erforscht. Kenntnisse über förderliche und hemmende Bedingungen von Partizipation sind wichtige Voraussetzungen für den Erfolg von kommunalen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, insbesondere für die Entwicklung und

Umsetzung von integrierten kommunalen Strategien, die gesundheitliche Chancengleichheit fördern sollen. Ihre Erforschung im Rahmen von partizipativen Forschungsvorhaben und Praxisprojekten ist dafür eine passende Grundlage.

Literatur

- Altgeld, T. (2016). *Finanzierung*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. <https://www.leitbegriffe.bzga.de> (18.11.2018).
- Augustin, M. (2014). *Sozialbericht 2012 Marzahn-Hellersdorf. Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin*. <http://www.berlin.de/ba-marzahn-hellersdorf/verwaltung/gesundheit/ges.soz.berichte.html> (18.11.2018).
- Böhm, K. (2017). *Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention*. Zeitschrift für Sozialreform, 63 (2), S. 275–299. DOI: 10.1515/zsr-2017-0014.
- Böhme, C./Reimann, B. (2018). *Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. Rahmenbedingungen, Steuerung und Kooperation – Ergebnisse einer Akteursbefragung*. Sonderveröffentlichung. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik.
- Bundestag (2014). *Was sind „Pflichtaufgaben der Kommunen im Auftrag des Bundes“ im Bereich der sozialen Daseinsvorsorge?* <https://www.bundestag.de/blob/416684/0e186f925ff3307cf56649c0ca0f37fd/wd-3-192-14-pdf-data.pdf> (11.11.2018).
- Dadaczynski, K./Baumgarten, K./Hartmann, T. (2016). *Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention. Kritische Würdigung und Herausforderungen an die Weiterentwicklung eines prominenten Ansatzes*. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11, S. 214–221.
- Geene, R./Reese, M. (2016). *Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=4841782> (18.11.2018).
- Gesundheit Berlin e. V. /WZB – Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2008). *Partizipative Qualitätsentwicklung*. <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/> (26.11.2018).
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018). *Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger*. <http://www.gbe-bund.de> (18.11.2018).
- GKV-Spitzenverband (2018). *Präventionsbericht. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2017*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung_praevention_praeventionsbericht/2018_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf (20.12.2018).
- GKV-Spitzenverband (2017). *Präventionsbericht. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2016*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung_praevention_praeventionsbericht/2017_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf (18.11.2018).

- Hartung, S./Rosenbrock, R. (2015). *Settingansatz/Lebensweltansatz*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. <https://www.leitbegriffe.bzga.de> (18.11.2018).
- Jagosh, J./Macaulay, A./Pluye, P./Salsberg, J. et al. (2012). *Uncovering the Benefits of Participatory Research: Implications of a Realist Review for Health Research and Practice*. *The Milbank Quarterly*, 90 (2), S. 311–346.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017a). *Netzwerk „Für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg“*. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/netzwerk-fuer-mehr-teilhabe-aelterer-menschen-in-kreuzberg/> (26.11.2018) und *Kinder gestalten ihren Naschgarten*. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/kinder-gestalten-ihren-naschgarten/> (12.12.2018).
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017b). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit*. 2. Auflage. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/> (18.11.2018).
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit*. Berlin.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2013). *Integrierte kommunale Strategien als Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche*. <https://www.gesundheitlichechancengleichheit.de/integriertekommunale-strategien/> (05.08.2018).
- Kuhn, J./Heyn, M. (Hrsg.) (2015). *Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst*. 1. Auflage, Bern: Hans Huber.
- Luthe, E. W. (2015). *Kommunale Gesundheitslandschaften – Bausteine und Perspektiven*. In: Kuhn, J./Heyn, M. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst*. 1. Auflage, Bern: Hans Huber, S. 19–28.
- Moncorps, K./Pohle D. (2015). *Soziale Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung im Bezirk Marzahn-Hellersdorf*. In: Kuhn, J./Heyn, M. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst*. 1. Auflage, Bern: Hans Huber, S. 75–82.
- NPK – Nationale Präventionskonferenz (Hrsg.) (2016). *Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V – verabschiedet am 19.02.2016*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf (05.08.2018).
- Richter-Kornweitz, A./Holz, G./Kilian, H. (2016). *Präventionskette/Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Ergänzungsband 2016. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, S. 227–233.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
- Rosenbrock, R./Hartung, S. (2015). *Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. <https://www.leitbegriffe.bzga.de> (18.11.2018).
- Statistisches Bundesamt (2017). *Gemeindeverzeichnis*. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Gemeindeverzeichnis.html> (18.11.2018).

- Süß, W./Trojan, A. (2018). *Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen*. In: Hurrelmann, K./Richter, M./Klotz, T./Stock, S. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe, S. 405–418.
- Szagan, B./Kuhn, J./Starke, D. (2016). *Kommunale Gesundheitsförderungspolitik und das Präventionsgesetz*. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11 (4), S. 265–270. DOI: 10.1007/s11553-016-0563-0.
- Trojan, A./Reisig, V./Kuhn, J. (2016). *Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden*. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11 (4), S. 259–264. DOI: 10.1007/s11553-016-0557-y.
- Trojan, A. (2015). *Gesundheitskonferenzen*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. www.bzga.de/leitbegriffe.de (18.11.2018).
- Weyers, S./Richter, M. (2018). *Prävention gesundheitlicher Ungleichheiten*. In: Hurrelmann, K./Richter, M./Klotz, T./Stock, S. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe, S. 477–487.
- WHO - Weltgesundheitsorganisation (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (18.11.2018).

10 Innovative regionale Versorgungskonzepte in Mecklenburg-Vorpommern

ANGELIKA BEYER; ULRIKE STENTZEL; WOLFGANG HOFFMANN;
NEELTJE VAN DEN BERG

Um eine adäquate gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten und regionale Ungleichheiten zu vermeiden, sollten in ländlichen Regionen die spezifischen Gegebenheiten einer Region die Grundlage für die Entwicklung von innovativen regionalen Versorgungsmodellen bilden. Regionale Versorgungsmodelle setzen sich flexibel aus verschiedenen innovativen Komponenten zusammen, die die Versorgung in der jeweiligen Region erhalten oder verbessern sollen. Im Folgenden werden einige innovative Konzepte aus Mecklenburg-Vorpommern vorgestellt und diskutiert, die in Forschungsprojekten entwickelt und implementiert wurden. Dabei werden unterschiedliche Probleme in der Versorgung adressiert. Die Konzepte zur Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen sollen Barrieren zwischen Berufsgruppen abbauen. Telemedizinische Versorgungskonzepte nehmen räumliche Barrieren ins Visier und überwinden Sektorengrenzen. Im Modell Gesundheitshaus werden Synergien genutzt, indem personelle und strukturelle Ressourcen gebündelt und von verschiedenen Leistungserbringern gemeinsam genutzt werden.

Mecklenburg-Vorpommern ist ein ländlich geprägtes Flächenland, das mit durchschnittlich 70 Einwohnern je km² (230 bundesweit) eine sehr geringe Einwohnerdichte hat (Stand 31.12.2015, vgl. Destatis, 2018a und 2018b). Aufgrund der aktuellen Bedarfsplanung für den ambulanten Bereich, die auf der Basis von Verhältniszahlen (Anzahl Einwohner pro Arzt) die Niederlassung von Ärzten steuert, ist die Ärztedichte im Regionenvergleich nicht so sehr unterschiedlich. So haben sehr dicht besiedelte Regionen wie Hamburg und Berlin eine Hausärztedichte (Ärzte je 100.000 Einwohner) von 74,7 bzw. 72,6. Dünn besiedelte Regionen wie Mecklenburg-Vorpommern oder Brandenburg verzeichnen eine Hausärztedichte von 64,2 bis 78,5 bzw. 60,3 bis 80,3 (vgl. KBV, 2018a). Jedoch können in dünn besiedelten Regionen die Bereiche, die durch einen Arzt versorgt werden müssen, sehr groß sein und dazu führen, dass Patienten große Entfernungen zum nächstgelegenen Arzt, insbesondere zum Facharzt, zurücklegen müssen. Ob die Planungsbereiche der Kassenärztlichen

Vereinigungen für die Niederlassung von Ärzten geöffnet oder gesperrt sind, hängt vom Versorgungsgrad in den Planungsbereichen ab. In Mecklenburg-Vorpommern wird die ambulante hausärztliche Versorgung in 27 Mittelbereichen geplant. 13 dieser Mittelbereiche haben einen Versorgungsgrad von < 100 % (vgl. KBV, 2018b). Für die Niederlassung als Hausarzt sind in Mecklenburg-Vorpommern lediglich drei städtische Mittelbereiche gesperrt. Alle anderen 24 Mittelbereiche sind für mindestens 0,5 Arztsitze geöffnet. Insgesamt sind 134 Sitze in der hausärztlichen ambulanten Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern vakant (vgl. KV M-V, 2018).

Die aktuellen und prognostizierten demografischen und versorgungsepidemiologischen Entwicklungen erfordern ein Umdenken in Bezug auf die medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Das deutsche Gesundheitswesen gilt weltweit als ein sehr gutes System. Trotzdem gibt es in verschiedenen Versorgungslagen Herausforderungen und Optimierungsbedarf.

Die aktuellen demografischen Entwicklungen in Deutschland und vielen weiteren Ländern sind durch einen Anstieg der Bevölkerungszahlen in den höheren Altersgruppen bei einer insgesamt abnehmenden Bevölkerung geprägt (vgl. Nowossadec, 2012, S. 152). Eine Folge dieses Anstiegs der Anzahl älterer Menschen ist eine Zunahme der Fallzahlen insbesondere bei Erkrankungen, die im höheren Alter häufiger auftreten, z. B. Krebs, Diabetes, Herzinfarkte, Schlaganfälle und Demenz (vgl. RKI, 2009, S. 11; Berg et al., 2014, S. 12). Die Änderungen in der Bevölkerungsstruktur und der Morbidität bedingen Änderungen in der Planung und Struktur der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Insbesondere in ländlichen Regionen ist eine wohnortnahe Versorgung, z. B. für geriatrische Leistungen, durch die geringe Bevölkerungsdichte nicht immer umsetzbar. Innovative sektorübergreifende Versorgungsmodelle, die regional geplant und organisiert werden, können den Zugang zur Versorgung verbessern.

Innovative Versorgungsmodelle müssen dort ansetzen, wo bestimmte Aufgaben, Leistungen und Funktionalitäten der medizinischen und pflegerischen Versorgung von den Akteuren vor Ort nicht oder nur unvollständig erbracht werden können. Regionale Versorgungsmodelle setzen sich je nach Bedarf und Möglichkeiten der Region aus verschiedenen Komponenten zusammen. Dazu gehören beispielsweise:

- Delegations-, Substitutions- und Kooperationsmodelle mit dem Ziel einer sinnvollen Neustrukturierung und Neuverteilung von Aufgaben, Leistungen und Kompetenzen zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen
- Kooperationen zwischen Leistungserbringern im ambulanten ärztlichen Bereich, z. B. zwischen haus- und fachärztlichen Arztpraxen zur Abdeckung spezieller Leistungen
- Kompensation von Aufgaben und Funktionalitäten im ambulanten Bereich durch Kliniken in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, z. B. durch die Übernahme bestimmter fachärztlicher Sprechstunden
- Konsultationsleistungen durch Krankenhäuser der Maximalversorgung bei kleineren Krankenhäusern für bestimmte Fachbereiche durch telemedizinische Verbindungen zwischen den Häusern
- Vernetzung von Leistungserbringern auf der Basis von regionalen Patienten- oder Fallakten. In ländlichen Regionen sind insbesondere spezialisierte Leistungen der Versorgung oft nur vereinzelt vorhanden. Regionale Akten, also Patienten- oder Fallakten, die von Leistungserbringern gemeinsam geführt werden, ermöglichen abgestimmte regionale Versorgungspfade und damit eine bessere Nutzung von Ressourcen in der Region.

In den folgenden Abschnitten werden ein Projekt zur Arbeitsgestaltung in den Gesundheitsberufen, ein telemedizinisches Versorgungskonzept und ein Gesundheitshaus beschrieben, um besondere versorgungsrelevante Beispiele herauszustellen, wie in unterversorgten Regionen passende Versorgungswege gefunden werden können.

10.1 Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen

Eine Neugestaltung der Arbeitsteilung bzw. der Kooperation zwischen Gesundheitsberufen wird aufgrund sich verändernder Krankheitsspektren, des fortschreitenden demografischen Wandels und der zunehmenden Komplexität der Behandlungen bei weiterhin begrenzten finanziellen Ressourcen der Sozialversicherungen notwendig (vgl. BÄK, 2010, S. 8). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits in seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen den Akteuren gefordert (vgl. SVR Gesundheit, 2007, S. 15). Dabei kann die stärkere Einbeziehung nicht ärztlicher Gesundheitsbe-

rufe in die medizinische Versorgung einen Beitrag zur verbesserten Kooperation zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen leisten, die Attraktivität der Berufe für engagierte Nachwuchskräfte steigern und eine effizientere sowie effektivere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung unterstützen (vgl. Hoffmann et al., 2013, S. 556). Im Grundsatz ist die Delegation in der ambulanten Versorgung außerhalb der Rufweite des Arztes in der Regelversorgung angekommen.

10.1.1 Das Delegationskonzept AGnES

Die hausärztliche Versorgung beinhaltet neben der Tätigkeit in der Praxis auch Hausbesuche. In einer Studie von Snijder et al. wurde ermittelt, dass Hausärzte durchschnittlich 25 Hausbesuche pro Woche durchführen. 80,7 % aller Hausbesuche entfielen dabei auf Patienten ab 65 Jahren (vgl. Snijder et al., 2007, S. 681). Die Delegation von hausärztlichen Tätigkeiten an nicht ärztliche Praxismitarbeiter kann die Arbeitsbelastung von Hausärzten reduzieren – auf diese Weise können mehr Patienten in einer größeren Region versorgt werden (vgl. Berg et al., 2012, S. 4). Praxismitarbeiter, die Hausbesuche durchführen, müssen speziell qualifiziert werden. In der Regel sind es berufserfahrene medizinische Fachangestellte, die diese Qualifikation über die Landesärztekammern erwerben. Für die Pflegekräfte und medizinischen Fachangestellten erweitert sich das Handlungsfeld durch Spezialisierung und zusätzliche Qualifizierung (vgl. Hoffmann et al., 2013, S. 559).

Zwischen 2005 und 2008 wurde durch das Institut für Community Medicine an der Universitätsmedizin Greifswald das Delegationskonzept AGnES (**A**rztentlastende **G**emeinde-nahe **E**-Health gestützte **S**ystemische **I**ntervention) entwickelt, implementiert und evaluiert (vgl. Berg et al., 2012, S. 5; SVR Gesundheit, 2012). Das Konzept wurde in sieben Studien mit insgesamt 53 Hausärzten und 40 geschulten AGnES-Kräften (Pflegefachpersonen n = 32, medizinische Fachangestellte n = 6) in vier Bundesländern untersucht (vgl. Berg et al., 2012, S. 2). In die AGnES-Studien wurden insgesamt 1.480 Patienten eingeschlossen und insgesamt 11.228 Hausbesuche dokumentiert. Die Patienten waren im Durchschnitt 78,6 Jahre alt. Der überwiegende Anteil der Patienten (94,2 %) war multimorbide (vgl. Berg et al., 2009, S. 5).

Die AGnES-Fachkräfte übernahmen bei den Hausbesuchen u. a. folgende Aufgaben:

- Erkennen und Beurteilen des Gesundheitszustands und der gesundheitlichen Bedarfe der Patienten
- Unterstützung bei der diagnostischen und therapeutischen Leistungserbringung für die Patienten
- Durchführung von Assessments zum Gesundheitszustand der Patienten (z. B. geriatrische Assessments)
- Gesundheitsförderung und Monitoring der Patienten
- Schulung und Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen
- Einsatz und Koordination von Telemedizin und Telecare
- Kommunikation mit weiteren am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen sowie dem sozialen Umfeld und Patienten (vgl. Berg et al., 2009, S. 6; Dreier et al., 2008, S.64 ; Rogalski et al., 2009, S. 16; Dreier et al., 2014, S. 407).

Für die qualitätsgesicherte Übernahme der ärztlichen Tätigkeiten in Delegation wurden die AGnES-Fachkräfte durch das im Projektrahmen entwickelte Curriculum (274 Stunden Theorie sowie 12 Wochen Praxisphase) qualifiziert (vgl. Dreier et al., 2014, S. 408; Rogalski, 2009, S. 18; Dreier et al., 2010, S. 638). Die erfolgreiche Umsetzung der Modellprojekte führte dazu, dass die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten im fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) mit den §§ 15 Abs. 1, 28 Abs. 1 und 87 Abs. 2b und c gesetzlich geregelt wurde (vgl. Hoffmann et al., 2013, S. 556). Seit dem 01.04.2009 können delegierte Hausbesuche durch eine Abrechnungspauschale über einen Gebührenkatalog für niedergelassene Ärzte, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), abgerechnet werden, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen (vgl. Berg et al., 2010, S. 288). Voraussetzung für den Einsatz von nicht ärztlichen Praxismitarbeitern mit spezifischer Qualifikation für hausärztliche Hausbesuche war zunächst, dass für das jeweilige Gebiet eine (drohende) Unterversorgung oder ein zusätzlicher Versorgungsbedarf mit Hausärzten festgestellt sein musste. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das am 01.01.2012 in Kraft trat, erweiterte und präzierte die gesetzlichen Regelungen zur Delegation mit dem Ziel, eine wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung in allen Regionen Deutschlands, insbesondere in den strukturschwachen ländlichen und dünn besiedelten Regionen, zu ermöglichen. Ausdrücklich wird im GKV-Versorgungsstrukturgesetz die flexible Gestaltung der Arbeitsteilung zwischen den medizinischen und nicht medizinischen

Berufen unterstützt. Unverändert bleibt, dass der Arzt die Diagnose stellt, die Indikation prüft und den Therapieplan erstellt. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015 kam es zu einer deutlichen Ausdehnung der Möglichkeiten der Delegation auf die gesamte ambulante und damit auch fachärztliche Regelversorgung.

10.1.2 Weiterentwicklung des Delegationskonzepts für die Versorgung von Patienten mit Demenz

Das Delegationskonzept AGnES wurde für einige spezielle Patientengruppen und deren spezifische Bedürfnisse weiterentwickelt. Ein inzwischen weit fortgeschrittenes Beispiel dafür ist ein Konzept für die Versorgung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit (DelpHi-MV: **D**emenz: **l**ebensweltorientierte und **p**ersonenzentrierte **H**ilfen in Mecklenburg-Vorpommern (vgl. Thyrian et al., 2012, S. 12; Thyrian et al., 2011, S. A 1956). Nach diesem Konzept screenen teilnehmende Hausärzte ihre Patienten auf Hinweise zum Vorliegen einer Demenzerkrankung. Speziell qualifizierte Pflegefachkräfte identifizieren als Dementia Care Manager (DCM) per Hausbesuch Versorgungsdefizite im medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich dieser Patienten. Dies geschieht anhand einer strukturierten Durchführung von Assessments (z. B. zum Gesundheitszustand, psychiatrische Auffälligkeiten, pflegerische Probleme, Angehörigenbelastung). Mit Unterstützung des computergestützten Interventionsmanagementsystems (IMS) können sinnvolle Interventionsmaßnahmen bestimmt werden, die entweder durch den Hausarzt oder in Delegation durch die DCM umgesetzt werden (vgl. Dreier et al., 2014, S. 409; Thyrian et al., 2012, S. 7; Thyrian et al., 2011, S. A 1956). Für die Übernahme der DCM-Tätigkeiten wurde eine Weiterbildung basierend auf den Primärqualifikationen Gesundheits- und Krankenpflege oder Altenpflege entwickelt. Das DCM-Curriculum ist modular aufgebaut und wurde erstmals im Zeitraum von Januar 2012 bis Juni 2013 erprobt (vgl. Dreier et al., 2014, S. 410; Dreier et al., 2013, S. 1404). In der begleitenden wissenschaftlichen Evaluation der DelpHi-MV-Studie konnte nachgewiesen werden, dass Patienten aus der Interventionsgruppe im Vergleich mit Patienten, die herkömmlich versorgt wurden, medikamentös besser eingestellt waren, weniger von Depressionen oder anderen neuropsychiatrischen Symptomen betroffen waren, ihre Angehörigen entlastet werden konnten und Patienten, die mit Angehörigen zusammenlebten, eine höhere Lebensqualität hatten (vgl. Thyrian et al., 2017, S. 1000).

10.1.3 Akademisierung und interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen

Die vorgestellten Beispiele zeigen, dass mit Innovationen immer auch neue Kompetenzen in den Gesundheitsberufen Eingang finden und zusätzliche Qualifizierungen erforderlich sind. Darum muss über Veränderungen in den Ausbildungsstrukturen der betroffenen Berufe nachgedacht werden. Der Wissenschaftsrat geht künftig von einem steigenden Bedarf der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Angehörigen der akademischen ärztlichen Berufe und Angehörigen der Pflege, Therapieberufe und des Hebammenwesens aus, welcher eine Akademisierung von einem Teil der Pflegekräfte erfordert, und empfahl 2012 eine akademische Ausbildung vor allem derjenigen Pflegekräfte, die komplexe Aufgaben ausführen. Dazu plädiert der Rat für ein integratives Ausbildungsmodell, welches kooperativ zwischen medizinischen Fakultäten und Hochschulen mit pflegewissenschaftlichem Schwerpunkt umzusetzen ist (vgl. Dreier et al., 2014, S. 416; WR, 2012, S. 8).

Im Projekt „Bildungscluster Greifswald – gemeinsames Lernen von Medizin und Pflege“ wurde ein Bildungskonzept entwickelt, in dem erstmalig in Mecklenburg-Vorpommern zukünftige Pflegefachpersonen und Mediziner gemeinsam Teile der Ausbildung absolvieren. Das Konzept basiert auf der Idee, dass im Versorgungsalltag eine verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation zwischen Pflege und Medizin erreicht werden können, wenn diese bereits während der Ausbildung geübt werden. Das Projekt erhielt im Jahr 2013 den Förderpreis des Stifterverbands für die Deutsche Wissenschaft (vgl. Meßerschmidt, 2013, S. 1). Im Rahmen des Projekts absolvierten Pflegestudierende der Hochschule Neubrandenburg und Medizinstudierende der Universitätsmedizin Greifswald vier Ausbildungsabschnitte gemeinsam (vgl. Dreier et al., 2015, S. 63). Auch nach Beendigung des Projekts werden gemeinsame Ausbildungsmöglichkeiten weiterentwickelt und implementiert.

10.2 Telemedizinische Versorgungsmodelle

Ein weiterer Konzeptbaustein, der die regionale Versorgung vielseitig und flexibel unterstützen kann, ist die Telemedizin. Die Telemedizin kann beispielsweise ein fester Bestandteil des Behandlungskonzepts sein, als ergänzende niedrigschwellige Maßnahme genutzt werden oder bei der Transition von stationärer zu ambulanter Behandlung dabei helfen, Brüche in der Kontinuität der Behandlung zu verhindern.

10.2.1 Einführung

Unter dem Begriff Telemedizin werden Versorgungsmodelle eingeordnet, in denen medizinische Leistungen (Diagnostik, Therapie, Monitoring, Rehabilitation) sowie Beratungen zwischen medizinischen Leistungserbringern durch Zuhilfenahme von Informations- und Kommunikationstechnologien über räumliche Entfernungen (oder zeitlichen Versatz) hinweg erbracht werden (vgl. BÄK, o. J.). Sie umfasst also eine Vielzahl unterschiedlicher Aktivitäten. Die Interaktion in der telemedizinischen Patientenversorgung kann dabei zwischen verschiedenen Leistungserbringern (z. B. Ärzten, Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten, medizinischen Fachangestellten, Logopäden, Rettungsassistenten) erfolgen und/oder zwischen Leistungserbringern und Patienten. Es kann sich dabei um Kommunikation handeln (z. B. Videokonferenz, Telefonat, SMS) oder auch um die Übertragung von Daten (z. B. Vitalparameter oder Bilddateien) oder aus einer Kombination dieser Funktionalitäten. Eine entscheidende Dimension der Telemedizin ist die Möglichkeit der zeitnahen Reaktion auf auffällige Werte oder Befunde des Patienten.

Die Rahmenbedingungen für telemedizinische Versorgungsmodelle werden seit einigen Jahren besser. So trat z. B. zum 01.01.2016 das E-Health-Gesetz in Kraft, in dem einige wichtige Bedingungen für die Weiterentwicklung von telemedizinischen Versorgungsmodellen gesetzlich geregelt wurden. Darunter fallen z. B. die Abrechnungsmöglichkeiten von Videosprechstunden (seit April 2017 können Videosprechstunden z. B. durch Haus-, Kinder- und Jugendärzte abgerechnet werden), die Entwicklung von elektronischen Patientenakten und die Etablierung eines Interoperabilitätsverzeichnisses für Systeme und Geräte im Bereich E-Health und Telemedizin. § 291e SGB V verpflichtet die Gesellschaft für Telematik, ein elektronisches Interoperabilitätsverzeichnis aufzubauen und zu führen, in dem technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden für informationstechnische Systeme verzeichnet werden, um eine möglichst reibungslose Zusammenarbeit der unterschiedlichen Systeme im Gesundheitswesen zu ermöglichen. Im Mai 2018 wurde auf dem 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt das bisher geltende berufsrechtliche Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung mit einer Änderung der ärztlichen Berufsordnung gelockert. Damit wurde eine rechtliche Grauzone beseitigt und es kommt zu mehr Handlungsspielräumen für Ärzte (vgl. Ärzteblatt, 2018).

10.2.2 Beispielprojekte im Integrierten Funktionsbereich Telemedizin (IFT)

Im Jahr 2008 wurde der Integrierte Funktionsbereich Telemedizin (IFT) am Institut für Community Medicine gegründet. Ziel des IFT ist die Entwicklung, Implementation und Evaluation neuer, subsidiärer regionaler Versorgungsmodelle mit telemedizinischen Komponenten für bestimmte Patientengruppen in Kooperation mit klinischen Partnern. Die Versorgungskonzepte bestehen i. d. R. aus mehreren Komponenten (z. B. Überwachung von Vitalparametern, telefonische Kontakte, Videokonferenzen, SMS-Nachrichten und ggf. auch aus Hausbesuchen). Die telemedizinische Betreuung wird in den meisten Fällen von speziell geschulten IFT-Pflegekräften durchgeführt (vgl. Berg/Hoffmann, 2011, S. 84). Im IFT wurden bereits Projekte für verschiedene Patientengruppen umgesetzt (vgl. Berg/Hoffmann, 2011, S. 84):

- Patienten mit Herzinsuffizienz (Überwachung des Gewichts und telefonisches Coaching)
- Palliativpatienten (telefonische Kontakte insbesondere zur Unterstützung bei der Bedarfsmedikation)
- Patienten mit Leberzirrhose (telefonische Unterstützung der Medikamentenadhärenz, Ergänzung durch Hausbesuche)
- Patienten mit Mangelernährung (Hausbesuche, telemedizinische Überwachung des Körpergewichts, Überwachung der Adhärenz in Bezug auf die Einnahme der hochkalorischen Trinknahrung (vgl. Kraft et al., 2012, S. 127))
- psychiatrische Patienten

Im Bereich Psychiatrie wurden im Rahmen des IFT bereits Versorgungsmodelle für mehrere Patientengruppen entwickelt. In Kooperation mit sechs psychiatrischen Hochschulambulanzen und Tageskliniken in der Region Vorpommern wurde ein Versorgungsmodell für Patienten mit Depressionen, Angststörungen und somatoformen Störungen implementiert. Basis dieses Versorgungsmodells sind telefonische Kontakte und Kommunikation über SMS-Nachrichten, die durch die IFT-Pflegekräfte durchgeführt werden. Mit diesem Projekt sollte die Telemedizin in das Entlassungsmanagement nach (teil)stationärer Behandlung integriert, Brüche in der Betreuung vermieden und die Versorgungskontinuität gewährleistet werden.

Im Rahmen einer prospektiven, randomisierten Studie (vgl. Berg et al., 2011, S. 3) wurden in der Telemedizinerguppe deutliche Verbesserungen für Angstsymptome und Depression im Vergleich zur Kontrollgruppe erreicht. Diese Verbesserungen waren insbesondere bei Patienten mit hohen psychischen Belastungswerten nach tagesklinischer Behandlung deutlich ausgeprägt und klinisch relevant (vgl. Berg et al., 2015, S. 86). Aufgrund der guten Ergebnisse dieser Studie ist die telemedizinische Betreuung für psychiatrische Patienten seit dem 01.01.2011 in der Versorgung in der Region Vorpommern implementiert. Die teilnehmenden Tageskliniken können nach der Entlassung der Patienten die telemedizinische Mitversorgung an den IFT im Rahmen einer weiteren ambulanten Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen delegieren. Auf diese Weise werden im Durchschnitt 60 bis 70 Patienten pro Quartal telemedizinisch betreut. Das Betreuungsmodell kann flexibel gestaltet werden; Dauer und Intensität der Betreuung werden in Absprache mit dem Behandler in der Klinik individuell festgelegt. Die Betreuung kann, abhängig von der individuellen Situation des Patienten und den ambulanten Versorgungsmöglichkeiten, sowohl einige Wochen andauern als auch langfristig angelegt sein (vgl. Berg et al., 2016, S. 4).

Dieses telemedizinische Versorgungskonzept wurde für Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen (Schizophrenie, bipolare Störungen) weiterentwickelt und in der weiterführenden Studie „Post stationary telemedical care of patients with severe psychiatric disorders“ (Tecla) untersucht. Ziel dieses Projekts war die Verbesserung der Medikamentenadhärenz nach der Entlassung in die häusliche Umgebung (vgl. Stentzel et al., 2015, S. 3). Auch hier wurden durch die telemedizinische Versorgung signifikant positive Effekte nachgewiesen.

10.3 Das Modell Gesundheitshaus

Die Bündelung von Ressourcen an einem Ort ist in sehr ländlichen und dünn besiedelten Regionen eine Möglichkeit, die ambulante Versorgung zu erhalten oder gar zu verbessern.

10.3.1 Einführung

In Gesundheitshäusern können verschiedene Leistungen im Bereich Gesundheit und medizinische Versorgung für die Region implementiert werden. Die verschiedenen Leistungserbringer können synergetisch Ressourcen teilen wie z. B. die Räumlich-

keiten oder auch das Personal. Fachärzte, deren Niederlassung aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte nicht adäquat wäre, können für einige Stunden pro Woche die Räumlichkeiten nutzen und eine Sprechstunde anbieten. Darüber hinaus können auch andere Angebote in einem Gesundheitshaus angesiedelt werden, z. B. eine Apotheke, eine zahnärztliche Sprechstunde, Physio-/Ergo- oder Logopädie, Pflegedienste, Beratungsangebote (z. B. Pflege- oder Demenzstützpunkte) und weitere gesundheitsfördernde Angebote, wie z. B. Ernährungsberatung, Kochkurse zu gesundem Essen und Sportangebote.

10.3.2 Zentrales Gesundheitshaus Woldegk

Die Region rund um den Ort Woldegk (Region Mecklenburgische Seenplatte) hat mit 25 Einwohnern je km² eine sehr geringe Bevölkerungsdichte mit gleichzeitig hohem Anteil an älteren Menschen. Durch die geringe Einwohnerdichte und die periphere Lage ist es eine große Herausforderung, in dieser Region eine ausreichende medizinische Versorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten. Die wenigen niedergelassenen Ärzte suchen häufig erfolglos nach Nachfolgern für ihre Praxen.

Zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung wurde für Woldegk bereits im Jahr 2005 über das Konzept eines zentralen Gesundheitshauses nachgedacht. Anhand der Ergebnisse einer versorgungsepidemiologischen Analyse wurde ein Konzept für das zentrale Gesundheitshaus in Woldegk entwickelt. Darin wurden sowohl etablierte Leistungen der medizinischen Versorgung als auch innovative, flexible und regionalbezogene Versorgungsmodelle wie z. B. Delegationsleistungen, Telemedizin und die Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) integriert. Das VÄndG erlaubt z. B.:

- Zweigpraxen zu betreiben
- gleichzeitig als Vertragsarzt und als Krankenhausarzt tätig zu sein, sofern die Wochenarbeitszeit im Krankenhaus 13 Stunden pro Woche nicht überschreitet
- Ermächtigungen zur Abrechnung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 116 SGB V durch Krankenhausärzte, wenn niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in einer Region die medizinische Versorgung oder bestimmte medizinische Leistungen nicht oder nicht ausreichend sicherstellen können
- Ärzten in unterversorgten Regionen über das 68. Lebensjahr hinaus tätig zu sein

Während die Ansiedlung von Hausärzten mit Hauptpraxis in Woldegk dringend notwendig und nach den aktuellen Regelungen der Bedarfsplanung auch möglich war, war eine vollständige Niederlassung weiterer Facharztgruppen aufgrund der geringen Patientenzahlen in der Region nicht umsetzbar. Eine Option, trotzdem eine patientenorientierte und wohnortnahe Versorgung in der Region zu gestalten, war die Gewährung von Teilniederlassungen oder das Angebot einzelner Sprechstunden für verschiedene Facharztgruppen. Im Jahr 2014 wurde das Gesundheitshaus eröffnet. Zwei Hausärztinnen und ein Augenarzt wurden für die Niederlassung im Gesundheitshaus gefunden. In der Facharztpraxis stehen Sprechzimmer für die Fachbereiche Urologie und Gynäkologie, HNO- und Augenheilkunde sowie für Innere Medizin und Orthopädie bereit. Diese sollen im Wechsel (Rotationsprinzip) von Fachärzten stunden- oder tageweise besetzt werden. Weiterhin befinden sich im Gesundheitshaus eine Physiotherapiepraxis und 14 barrierefreie, altersgerechte Wohneinheiten.

10.4 Schlussfolgerung

Die spezifischen Gegebenheiten einer Region und ihrer Bevölkerung sind die Grundlage, auf der die Konzeption einer regionalen Versorgung aufgebaut und zugeschnitten werden sollte. Wo bestimmte medizinische und pflegerische Aufgaben, Leistungen und Funktionalitäten nicht oder nur unvollständig erbracht werden können, müssen innovative Versorgungsmodelle ansetzen und flexibel verschiedene Komponenten wie z. B. die beschriebenen Konzepte der Delegation, Telemedizin und des Gesundheitshauses integrieren. Die Konzepte stehen dabei nicht in Konkurrenz, sondern als Versorgungsmodule in Ergänzung zueinander. Sie bauen Barrieren in den Versorgungspfaden wie Barrieren zwischen Berufsgruppen und/oder Sektoren oder räumliche Barrieren ab. Auch wenn die einzelnen Konzepte unterschiedliche Ziele im Blick haben, so ist doch der gemeinsame Rahmen der Erhalt oder die Verbesserung der regionalen Versorgung. Die Modularität bietet gute Optionen für eine wohnortnahe und patientenorientierte Versorgung, auch in ländlichen Regionen. Da die hier vorgestellten Modelle flexibel und an regionale Gegebenheiten anpassbar sind, können sie auch gut auf andere Regionen übertragen werden. Ferner können und sollen auch ganz neue Konzepte entwickelt werden. Das Konzept zur Delegation von hausärztlichen Hausbesuchen (AGnES) hat eine breite Debatte ausgelöst; 2008 wurden im SGB V die rechtlichen Grundlagen für die Delegation geschaffen. Die Kassenärztliche

Bundesvereinigung (KBV), der GKV-Spitzenverband und der Bewertungsausschuss haben daraufhin Regelungen geschaffen, die allerdings hinter den Vorgaben des AGnES-Konzepts zurückgeblieben sind (vgl. Ruppel et al., 2016, S. 622, 625). Nichtsdestotrotz ist in der hausärztlichen Versorgung mittlerweile die Delegation an nicht ärztliche Praxisassistentinnen etabliert. Das telemedizinische Versorgungsmodell für Patienten mit Depressionen, Angststörungen und somatoformen Störungen konnte erfolgreich in die Regelversorgung überführt werden. Der Integrierte Funktionsbereich Telemedizin verfügt aktuell über 1,16 Stellen (Vollzeitäquivalente) für diese Versorgung und betreut 60–70 Patienten pro Quartal. Die Translation von erfolgreich evaluierten Modellen in die regionale Routineversorgung ist i. d. R. eine große Herausforderung, die bereits in den Projekten mitgedacht werden sollte.

Literatur

- Ärzteblatt (2018). *Ärztetag beschließt Liberalisierung der Fernbehandlung*. Artikel vom 10.05.2018. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/95084/Aerztetag-beschliesst-Liberalisierung-der-Fernbehandlung> (28.09.2018).
- BÄK – Bundesärztekammer (2010). *Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen*.
- BÄK – Bundesärztekammer (o. J.). *Telemedizin*. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/telematiktelemedizin/telemedizin/> (28.09.2018).
- Berg, N. van den/Heymann, R./Meinke, C./Baumeister S. E. et al. (2012). *Effect of the delegation of GP-home visits on the development of the number of patients in an ambulatory healthcare centre in Germany*. *BMC Health Services Research*, 12, S. 355–362.
- Berg, N. van den/Hoffmann, W. (2011). *Telemedizin in der regionalen Versorgung der Zukunft*. *Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern*, 21 (3), S. 82–85.
- Berg, N. van den/Grabe, H. J./Baumeister, S. E./Freyberger, H. J. et al. (2015). *A Telephone- and Text Message-Based Telemedicine Concept for Patients with Mental Health Disorders: Results of a Randomized Controlled Trial*. *Psychother Psychosom*, 84 (2), S. 82–89.
- Berg, N. van den/Grabe, H.-J./Freyberger, H. J./Hoffmann, W. (2011). *A telephone- and text-message based telemedical care concept for patients with mental health disorders – study protocol for a randomized, controlled study design*. *BMC Psychiatry*, 11 (30), S. 1–6.
- Berg, N. van den/Kleinke, S./Heymann, R./Oppermann, R. F. et al. (2010). *Überführung des AGnES-Konzeptes in die Regelversorgung – Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung*. *Gesundheitswesen*, 72 (5), S. 285–292.
- Berg, N. van den/Meinke, C./Heymann, R. (2009). *AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter - Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz*. *Deutsches Ärzteblatt*, (106), S. 3–9.

- Berg, N. van den/Stentzel, U./Radicke, F./Hoffmann W. et al. (2014). *Grundlagenexpertise Alter und Gesundheit/Pflege. Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern und die Konsequenzen für Gesundheit, medizinische Versorgung und Pflege*. Greifswald, Neubrandenburg.
- Berg, N. van den/Stentzel, U./Hoffmann, W./Grabe, H. J. et al. (2016). *Entlassmanagement in der Psychiatrie unter Einsatz telemedizinischer Leistungen*.
<http://www2.medizin.uni-greifswald.de/icm/index.php?id=326> (28.09.2018).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2018a). *Feststellung des Gebietsstands*.
https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=27A982B4B36884A56E8FBDE6112A9FE1.GO_1_1?operation=abruftabelleAbrufen&selectionname=11111-0001&levelindex=1&levelid=1540205132839&index=1 (22.10.2018).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2018b). *Fortschreibung des Bevölkerungsstandes*.
https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=27A982B4B36884A56E8FBDE6112A9FE1.GO_1_1?operation=abruftabelleAbrufen&selectionname=12411-0010&levelindex=1&levelid=1540205333386&index=10 (22.10.2018).
- Dreier, A./Hoffmann, W. (2013). *Dementia Care Manager für Patienten mit Demenz. Ermittlung des Anforderungsprofils und der Qualifizierungsinhalte für Pflegefachpersonen in der DelpHi-MV Studie*. Bundesgesundheitsblatt, 56, S. 1398–1409.
- Dreier, A./Rogalski, H./Homeyer, S./Oppermann, R. F. et al. (2014). *Neue Versorgungs- und Qualifizierungsansätze im demographischen Wandel: Die künftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen*. In: Pundt, J./Kälble, K. (Hrsg.): *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte*. Bremen: APOLLON University Press, S. 405–428.
- Dreier, A./Rogalski, H./Oppermann, R. F./Hoffmann, W. (2008). „Community Medicine Nursing“. *Qualifikationsprojekt in Mecklenburg-Vorpommern*. PADUA, 4/08, S. 62–65.
- Dreier, A./Rogalski, H./Oppermann, R. F./Terschüren, C. et al. (2010). *A curriculum for nurses in Germany undertaking medically-delegated tasks in primary care*. Journal of Advanced Nursing, 66 (3), S. 635–644.
- Dreier, A./Oppermann, R./Kirschner, S./Homeyer, S. et al. (2015). *Gemeinsames Lernen von Medizin und Pflege in Mecklenburg-Vorpommern: Voraussetzung für eine verbesserte Zusammenarbeit und eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung im demographischen Wandel*. Greifswald.
- Hoffmann, W./Berg, N. van den/Dreier, A. (2013). *Qualifikationskonzept für eine abgestufte Delegation medizinischer Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen – Das „Greifswalder 3-Stufen-Modell“*. Bundesgesundheitsblatt, 56, S. 555–561.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018a). *Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung, 2014–2017*.
<http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php> (19.10.2018).
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018b). *Versorgungsgrad in % nach Planungsregion, 2017*. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php> (22.10.2018).
- KV M-V – Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2018). *Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung*. http://www.kvmv.info/aerzte/25/10/Bedarfsplanung_und_freien_Praxen/Beschluesse_des_Landesausschusses_der_Aerzte_und_Krankenkassen.html (19.10.2018).

- Kraft, M./Berg, N. van den/Kraft, K./Schmekel, S. et al. (2012). *Development of a telemedical monitoring concept for the care of malnourished geriatric home-dwelling patients: A pilot study*. *Maturitas*, 72, S. 126–131.
- Meßerschmidt, J. (2013). *Startsignal für Projekt gemeinsames Lernen von Medizin und Pflege in Greifswald gegeben*. <https://idw-online.de/de/news566691> (28.09.2018).
- Nowossadeck, E. (2012). *Demografische Alterung und stationäre Versorgung chronischer Krankheiten*. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (9), S. 151–157.
- Rogalski, H./Dreier, A./Oppermann, R. F./Hoffmann, W. (2008). *Community Medicine Nursing – ein Schritt im Professionalisierungsprozess der Pflege*. *DieSchwesterDerPfleger*, 01, S. 70–73.
- Oppermann, R. F./Rogalski, H./Hoffmann, W./Berg, N. van den et al. (2008). *Qualifikation „Community Medicine Nursing“ – Konzept Curriculum*. Schriftenreihe G der Hochschule Neubrandenburg, 6, S. 1–80.
- RKI – Robert Koch-Institut (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rogalski, H. (2010). *Systemische, multidimensionale Evaluation des Curriculum über die Praxisphase im „Community Medicine Nursing“ – Projekt zur Entwicklung eines praxisnahen, lernenden Curriculum*. Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Medizinische Fakultät (bis 2010). Dissertation.
- Ruppel, T./Berg, N. van den/Hoffmann, W. (2016). *Juristische Analyse der Umsetzungsregelungen der Delegation vertragsärztlicher Hausbesuche an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe – ist die Umsetzung in Einklang mit dem Willen des Gesetzgebers?* *Gesundheitswesen*, 78 (10), S. 622–627.
- Snijder, E. A./Kersting, M./Theile, G./Kruschinski, C. et al. (2007). *Hausbesuche: Versorgungsforschung mit hausärztlichen Routinedaten von 158.000 Patienten*. *Gesundheitswesen*, 69 (12), S. 679–685.
- Stentzel, U./Grabe, H. J./Strobel, L./Penndorf, P. et al. (2015). *Tecla: a telephone- and text-message based telemedical concept for patients with severe mental health disorders – study protocol for a controlled, randomized, study*. *BMC Psychiatry*, 15, S. 273.
- SVR Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). *Ergebnisse einer Befragung zur integrierten Versorgung nach § 140a–d SGB*. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=436> (26.10.2018).
- SVR Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Bonn.
- Thyrian, J. R./Dreier, A./Fendrich, K./Lueke, S. et al. (2011). *Demenzerkrankungen: Wirksame Konzepte gesucht*. *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (38), A1954–1956.
- Thyrian, J. R./Fiß, T./Dreier, A./Fendrich, K. et al. (2012). *Dementia: Life- and personcentered help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (DelpHi) – study protocol for a randomised controlled trial*. *Trials*, 13 (1), S. 1–11.
- Thyrian, J. R./Hertel, J./Wucherer, D./Eichler, T. et al. (2017). *Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial*. *JAMA psychiatry*, 74 (10), S. 996–1004.
- WR – Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (26.10.2018).

11

Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung – nationale Evidenz und regionale Handlungsoptionen

LISA GALLER; MARKUS LÜNGEN

In der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland bestehen Ungleichheiten. Es gilt, benachteiligte Gruppen zu identifizieren und Maßnahmen zu ergreifen, um Ungleichheiten zu beseitigen. Im vorliegenden Beitrag werden Ungleichheiten in Bezug auf den Zugang zur und die Qualität der Gesundheitsversorgung sowie Ungleichheiten in der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung anhand von Primär- und Sekundärdaten analysiert.

Hinsichtlich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung weisen die Primär- und Sekundärdaten keine konsistenten Ergebnisse zu benachteiligten Bevölkerungsgruppen auf. Bezogen auf die Qualität und Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung zeigt sich jedoch eine Benachteiligung von Frauen, Menschen mit geringem sozialen Status und gesetzlich Versicherten im deutschen Gesundheitswesen.

Auf regionaler Ebene können Ungleichheiten durch Vergleich mit nationalen Daten gut erhoben werden. Allerdings lässt die nationale Gesetzgebung oftmals wenig regionalen Handlungsspielraum zur Beseitigung der identifizierten Ungleichheiten. Zudem fehlt oftmals regionale Kompetenz für die Entwicklung und Umsetzung effektiver Programme. Dies ist auch der überregionalen Ausrichtung der deutschen Gesundheitsversorgung geschuldet, die jedoch auch Vorteile gegenüber einer stärkeren Regionalisierung aufweist, sodass nicht uneingeschränkt eine kleinräumigere Ausrichtung der Gesundheitsversorgung gefordert werden sollte.

Alle Patienten in Deutschland sollen eine bedarfsgerechte Versorgung erhalten – unabhängig von ihrer sozialen Schicht, dem Wohnort, dem Geschlecht, der Herkunft, dem Familienstand oder dem Beruf (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014, S. 15). In der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland bestehen jedoch Ungleichheiten. Diese Ungleichheiten sind genauer zu untersuchen, um benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu identifizieren und evidenzbasierte Maßnahmen einzuleiten, die dazu beitragen können, diese Ungleichheiten zu beseitigen.

Aus diesem Grund werden im vorliegenden Beitrag zunächst Ergebnisse aus der Literatur zu bestehenden Ungleichheiten beschrieben (vgl. Kap. 11.1) und anschließend für eine Region, Osnabrück-Emsland, anhand von detaillierten Daten vertiefend untersucht (vgl. Kap. 11.2). Diese Vertiefung ist notwendig, um mögliche Maßnahmen abstimmen zu können. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst (vgl. Kap. 11.3) sowie Ergebnisse und Maßnahmen diskutiert (vgl. Kap. 11.4).

11.1 Studienlage

Die Faktoren Zugang und Qualität der Gesundheitsversorgung werden im vorliegenden Beitrag auf Ungleichheiten untersucht. Dazu werden Angaben der Bevölkerung bzw. von Patienten aus verschiedensten Befragungen herangezogen. Weiterhin wird die generelle Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung als allumfassender Faktor aufgenommen. Als unabhängige Variablen, hinsichtlich derer Ungleichheiten deutlich werden können, werden soziodemografische Faktoren (Alter, Geschlecht, sozialer Status), der Versicherungsstatus, der Wohnort (Stadt vs. Land), das Vorliegen einer chronischen Erkrankung, der Gesundheitszustand sowie die Gesundheitskompetenz herangezogen.

11.1.1 Ungleichheiten: Zugang zur Gesundheitsversorgung

Dieses Kapitel behandelt die Schwierigkeiten unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen bezüglich des Zugangs zu Gesundheitsleistungen. Bevor auf einzelne Faktoren, die den Zugang beeinflussen, eingegangen wird (vgl. Tab. 11.1), soll zunächst der Begriff „Zugang“, bezogen auf das Gesundheitswesen in Deutschland, näher beleuchtet werden. Saurmann (2016) hat dazu die von Penchansky und Thomas im Jahr 1981 aufgestellten Dimensionen überarbeitet und sieht sechs mögliche Dimensionen, die den Zugang zum Gesundheitswesen und zu entsprechenden Leistungen beeinflussen:

- 1) **Erreichbarkeit** (Accessibility): Ein Service ist für den Patienten erreichbar, wenn er in angemessener Entfernung (sowohl zeitlich als auch örtlich) liegt.
- 2) **Verfügbarkeit** (Availability): Ein Service ist für den Patienten verfügbar, wenn die Angebotsressourcen der Leistungserbringer ausreichend groß sind, um die Nachfrage der zu versorgenden Gemeinschaft zu decken.

- 3) **Akzeptanz** (Acceptability): Ein Service ist für den Patienten akzeptabel, wenn Einstellungen des Leistungserbringers und des Patienten bezüglich der Charakteristika der Leistung sowie sozialer oder kultureller Normen übereinstimmen. Beispielsweise ist die Bereitschaft des Patienten, sich von einer ÄrztIn behandeln zu lassen, bestimmend dafür, ob ein Service akzeptabel ist oder nicht.
- 4) **Finanzierbarkeit** (Affordability): Ein Service ist für den Patienten finanzierbar, wenn dieser in der Lage ist, die Leistungen bezahlen zu können bzw. wenn eine Krankenversicherung diese abdeckt.
- 5) **Eignung/Unterbringung** (Adequacy/Accommodation): Ein Service ist für den Patienten geeignet, wenn die Art und Weise, wie die Leistungen angeboten werden, dem Patienten die Inanspruchnahme ermöglicht. Eignungskriterien sind beispielsweise die Öffnungszeiten oder die Strukturen der Einrichtung (z. B. Rollstuhlzugang).
- 6) **Bewusstsein** (Awareness): Ein Service ist dem Patienten bewusst, wenn es effektive Informations- und Kommunikationsstrategien zwischen den relevanten Nutzern (Kliniken, Patienten, Allgemeinbevölkerung) gibt und der Kontext sowie die Gesundheitskompetenz berücksichtigt werden.

Die Untersuchung des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2016 zeigte bezüglich der *Accessibility*, dass 4 % (in Bezug auf Orthopäden) bis 10 % (in Bezug auf Allgemeinmediziner) der Befragten innerhalb der letzten zwölf Monate einen medizinisch notwendigen Termin nicht in Anspruch genommen haben, da die Wege zu weit bzw. der Aufwand zu hoch war. Es wird nicht nach Subgruppen unterschieden (vgl. Schang et al., 2016, S. 75 f.).

Die Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus dem Jahr 2016 zeigen bezüglich der *Availability*, dass 23 % der Befragten innerhalb der letzten zwölf Monate einen eigentlich notwendigen Arztbesuch nicht getätigt haben. Hiervon sind vor allem jüngere Personengruppen betroffen. Der am dritthäufigsten genannte Grund, der eine Zugangsbarriere darstellt, war die Wartezeit auf den Arzttermin (vgl. FGW, 2016, S. 7). Im Rahmen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung ist die subjektive Unterversorgung der tatsächlichen Versorgungssituation anhand der Bedarfsplanung gegenübergestellt worden. Dabei zeigte sich, dass Personen im ländlichen Raum hinsichtlich aller Arztgruppen häufiger eine Unterversorgung empfanden als Personen in urba-

nen Räumen. Dies trifft auch zu, wenn die Arztdichte in den Regionen annähernd gleich ist. Möglicherweise kommt die unterschiedliche Wahrnehmung des Versorgungsgrades durch die weiträumigere Verteilung der Ärzte in ländlichen Gebieten zustande. Bei Augenärzten und Orthopäden führten lange Wartezeiten bei über 40 % der Befragten zum Verschieben des Arzttermins. Allerdings werden hier keine Angaben zu Unterschieden zwischen einzelnen Gruppen gemacht (vgl. Schang et al., 2016, S. 67 ff.).

Bezüglich der *Acceptability* werden in den Medien häufig die kulturellen Unterschiede von Migranten und Deutschen und der sich daraus ergebende schwierigere Zugang für Migranten zu Gesundheitsleistungen beschrieben (vgl. BpB, 2009; Wimmer-Puchinger et al., 2006). Viele Studien untersuchen jedoch nur Ungleichheiten im Gesundheitszustand bzw. der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zwischen Deutschen ohne Migrationshintergrund und Migranten, wobei der unterschiedliche Zugang zu den Gesundheitsleistungen dies z. T. begründen soll, aber nicht näher betrachtet wird (vgl. RKI, 2008, S. 107).

Ein Migrationshintergrund geht neben kulturellen Barrieren auch häufig mit Sprachbarrieren einher, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen bezüglich der Dimension *Awareness* erschweren (vgl. Horn et al., 2015, S. 581). Wenn davon ausgegangen wird, dass ein inadäquates Health-Literacy-Niveau (Gesundheitskompetenz) zu einem schlechteren Zugang zu Gesundheitsleistungen führt (vgl. Saurmann, 2016), sind bezüglich der Dimension *Awareness* neben Menschen mit Migrationshintergrund auch Personen mit niedriger Bildung, Menschen ab 65 Jahren und Menschen mit chronischer Krankheit von einem erschwerten Zugang betroffen, da diese Gruppen eine unterdurchschnittliche Health Literacy aufweisen (vgl. Schaeffer et al., 2017).

Die *Adequacy/Accommodation* ist abhängig vom Individuum und keiner bestimmten Bevölkerungsgruppe zuzuordnen. Lediglich die Gruppe der Berufstätigen könnte hier beispielsweise durch Öffnungszeiten oder Menschen mit Behinderung könnten durch die Strukturen einer Einrichtung eingeschränkt sein. Dazu liegen allerdings keine Daten vor. Ergebnisse der repräsentativen Befragung des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2016, die auch Daten von 1.000 Deutschen ab 18 Jahren beinhalten, zeigen, dass 47 % der Deutschen, die im vorangegangenen Jahr eine Behandlung benötigten, am gleichen oder am folgenden Tag keinen Behandlungstermin erhielten. Weiterhin gaben 64 % der Befragten an, dass es schwierig war, eine Behandlung

außerhalb der Öffnungszeiten zu erhalten. In der Studie wird keine Unterscheidung nach Subgruppen vorgenommen (vgl. The Commonwealth Fund, 2016, S. 8 f.).

Zugangsbarrieren aufgrund der Dimension *Affordability* sind in Deutschland eher von nachgeordneter Bedeutung. In Deutschland besteht eine grundsätzliche Versicherungspflicht, sodass jeder Bürger eine Krankenversicherung abschließen muss (§ 193 Abs. 3 VVG). Der Großteil der deutschen Bevölkerung (ca. 86 %) ist gesetzlich krankenversichert (vgl. Verband der Ersatzkassen e.V., 2018). Damit einher geht ein Anspruch auf die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegten Leistungen (SGB V). Eigene finanzielle Leistungen für notwendige Leistungen im Krankheitsfall müssen nur im Rahmen von Zuzahlungen erbracht werden (§ 61 SGB V), die jedoch einer Belastungsgrenze unterliegen, sodass keine Überforderung des Einzelnen eintritt (§ 62 SGB V). Die Leistungen im Krankheitsfall, die mindestens eine Kostenerstattung für stationäre und ambulante Heilbehandlungen umfassen müssen, sowie Zuzahlungen bzw. Selbstbeteiligungen der privat Krankenversicherten ergeben sich aus individuell abgeschlossenen Versicherungsverträgen. Ergebnisse des Commonwealth Fund International Health Policy Survey aus dem Jahr 2016 zeigten, dass 7 % der Deutschen im vorangegangenen Jahr eine Zugangsbarriere auf Basis von Behandlungskosten erfahren mussten. Bezogen auf die zahnärztliche Versorgung betraf diese Zugangsbarriere 14 % der Deutschen. Eine Unterscheidung nach Subgruppen wird hier nicht vorgenommen (vgl. The Commonwealth Fund, 2016, S. 6 f.).

Tab. 11.1: Einflussfaktoren auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung

Dimension	Kriterium	Studienergebnisse	Quelle
Availability	Alter	Gerade junge Personen haben notwendige Arztbesuche nicht getätigt, da sie nicht zeitnah einen Termin erhalten haben.	FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH, 2016
	Stadt vs. Land	Von Personen auf dem Land wird bei ähnlichem Versorgungsgrad häufiger eine Unterversorgung wahrgenommen.	Schang et al., 2016
Acceptability	Migrationshintergrund	Personen mit Migrationshintergrund nehmen seltener Leistungen in Anspruch.	BpB, 2009

Dimension	Kriterium	Studienergebnisse	Quelle
Awareness	Migrationshintergrund	Personen mit Migrationshintergrund haben eine geringere Health Literacy und somit einen erschwerten Zugang zum Gesundheitswesen.	Schaeffer et al., 2017
	Bildung	Personen mit niedriger Bildung haben eine geringere Health Literacy und somit einen erschwerten Zugang zum Gesundheitswesen.	Schaeffer et al., 2017
	Alter	Personen ab 65 Jahren haben eine geringere Health Literacy und somit einen erschwerten Zugang zum Gesundheitswesen.	Schaeffer et al., 2017
	Chronische Erkrankung	Personen mit einer chronischen Erkrankung haben eine geringere Health Literacy und somit einen erschwerten Zugang zum Gesundheitswesen.	Schaeffer et al., 2017

11.1.2 Ungleichheiten: Qualität der Gesundheitsversorgung

Der Begriff „Qualität der Gesundheitsversorgung“ wird nicht einheitlich verwendet. Im vorliegenden Beitrag werden die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Donabedian zugrunde gelegt, die auch im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes verwendet werden (vgl. RKI, 2015, S. 354; Donabedian, 2005, S. 713). Die Struktur- und Prozessqualität umfasst die Inputfaktoren, z. B. die technische und personelle Ausstattung, und die gemeinsame Wirkung dieser Faktoren. Die Struktur- und Prozessqualität ist eine Voraussetzung für ein gutes Behandlungsergebnis, jedoch kein Garant dafür. Die Ergebnisqualität betrachtet das Behandlungsergebnis, bei dem der Patient im Mittelpunkt steht (vgl. Donabedian, 2005, S. 692 ff.)

Die repräsentative Befragung im Rahmen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung hat die Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung untersucht. Die Befragten sollten verschiedene Bereiche der Gesundheitsversorgung anhand einer fünfstufigen Skala (von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“) bewerten. Konkret ging es hier um drei Strukturfaktoren (*Qualifikation der Ärzte, Ausstattung von Arztpraxen und Qualität der medizinischen Leistungen*) sowie um drei Prozessfaktoren (*Wartezeiten auf Praxistermine, Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs und Zusammenarbeit*

zwischen Haus- und Fachärzten). Insgesamt wurden die Prozessfaktoren deutlich schlechter bewertet als die Strukturfaktoren. Die Qualität der medizinischen Leistungen wurde von gesetzlich Versicherten sowie von Frauen signifikant schlechter beurteilt gegenüber privat Versicherten bzw. Männern. Sowohl die Angehörigen der Unterschicht als auch der Mittelschicht bewerteten die Qualität der medizinischen Leistungen signifikant schlechter als die Angehörigen der Oberschicht. Unterschiede in der Bewertung der Qualität der medizinischen Leistungen konnten hinsichtlich eines Stadt-Land-Vergleichs, des Alters sowie bzgl. des Vorhandenseins einer chronischen Erkrankung nicht festgestellt werden (vgl. Scherenberg, 2014, S. 161 ff.).

Die KBV-Befragung aus dem Jahr 2016 hat sich u. a. mit Wartezeiten auf Praxistermine befasst. Diese Untersuchung zeigt, dass junge Personen und insbesondere junge Frauen sowie gesetzlich Versicherte die Wartezeiten auf Praxistermine als zu lang empfinden. Vor Ort in der Praxis haben privat Versicherte und Ältere sowie Personen, die in Westdeutschland leben, laut eigener Angaben überproportional häufig geringere Wartezeiten als gesetzlich Versicherte, Jüngere und Personen aus Ostdeutschland. Die Fachkompetenz des zuletzt aufgesuchten Arztes wird von allen Subgruppen in etwa gleich gut beurteilt. Es ist jedoch erkennbar, dass eine höhere Nutzungsintensität auch mit einer besseren Bewertung der Fachkompetenz einhergeht. Die Möglichkeiten zur Mitentscheidung beim Arzt werden von Personen, die häufig zum Arzt gehen, sowie von privat Versicherten deutlich besser bewertet (vgl. FGW, 2016, S. 15 ff.).

Hinsichtlich der Wartezeiten auf Praxistermine wurde vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) bereits im Jahr 2007 ein Unterschied zwischen gesetzlich und privat Krankenversicherten festgestellt. Gesetzlich krankenversicherte Patienten mussten durchgängig länger auf einen Arzttermin warten als privat Versicherte (vgl. Zok, 2007, S. 4). Diese Ergebnisse werden von einer Bevölkerungsumfrage des BKK Bundesverbandes bestätigt. Die Wartezeiten auf Praxistermine sowie die Wartezeiten in der Praxis waren in den Jahren 2008 und 2011 für gesetzlich Versicherte länger als für privat Versicherte (BKK Dachverband e.V., 2011). Tabelle 11.2 fasst die genannten Einflussfaktoren noch einmal zusammen:

Tab. 11.2: Einflussfaktoren auf die Qualität der Gesundheitsversorgung

Dimension	Kriterium	Studienergebnisse	Quelle
Strukturqualität	Geschlecht	Frauen bewerten die Qualität der medizinischen Versorgung schlechter als Männer (OR ¹ 1,37; p ² ≤ 0,01).	Scherenberg, 2014
	Versicherungsstatus	Gesetzlich Versicherte bewerten die Qualität der medizinischen Versorgung schlechter als privat Versicherte (OR 2,06; p ≤ 0,001).	Scherenberg, 2014
	sozialer Status	Angehörige der Unterschicht (OR 2,22; p ≤ 0,001) sowie Angehörige der Mittelschicht (OR 1,46; p ≤ 0,05) bewerten die Qualität der medizinischen Versorgung schlechter als Angehörige der Oberschicht.	Scherenberg, 2014
	Nutzungsintensität	Je häufiger Patienten Ärzte konsultieren, desto besser wird die fachliche Kompetenz beurteilt.	FGW, 2016
Prozessqualität	Alter	Jüngere bewerten Wartezeiten auf Praxistermine kritischer als Ältere.	FGW, 2016
		Ältere Personen haben überproportional häufig geringere Wartezeiten in der Arztpraxis als jüngere Personen.	FGW, 2016
	Geschlecht	Frauen bewerten Wartezeiten kritischer als Männer.	FGW, 2016
	Versicherungsstatus	Privat Versicherte beurteilen die Optionen zur partizipativen Entscheidung besser als gesetzlich Versicherte.	FGW, 2016
		Privat Versicherte haben überproportional häufig geringere Wartezeiten in der Arztpraxis als gesetzlich Versicherte.	FGW, 2016
		Privat Versicherte müssen weniger lange warten, bis sie vom Arzt behandelt werden, als gesetzlich Versicherte.	BKK Dachverband e.V., 2011
Gesetzlich Versicherte bewerten Wartezeiten kritischer als privat Versicherte.		FGW, 2016	
	Privat Versicherte müssen weniger lange auf einen Arzttermin warten als gesetzlich Versicherte.	Zok, 2007	

- 1 OR = Odds Ratio bezeichnet ein Chancenverhältnis, das aus den „odds“ zweier Gruppen bezogen auf ein dichotomes Merkmal errechnet wird. Das OR gibt den Faktor an, um den sich die Chance für eine Merkmalsausprägung eines dichotomen Merkmals verändert, wenn eine best. Ausprägung eines dichotomen Prädiktors vorliegt. Der Wert von OR liegt zw. 0 und +∞. Ist die Chance in beiden Gruppen gleich groß, ergibt sich ein OR von 1.
- 2 p-Wert: Der p-Wert ist ein statistisches Maß zwischen 0 und 1, das zur Hypothesentestung verwendet wird. Er gibt einen Hinweis darauf, ob es sich bei dem in einer Studie beobachteten Ergebnis ggf. um ein Zufallsergebnis handelt. Ein Ergebnis gilt als statistisch signifikant (und ermöglicht die Zurückweisung der Nullhypothese), wenn es einen p-Wert gleich oder kleiner des Signifikanzniveaus aufweist, das zuvor festgelegt wurde (i. d. R. p ≤ 0,05).

Dimension	Kriterium	Studienergebnisse	Quelle
		Privat Versicherte müssen weniger lange auf einen Arzttermin warten als gesetzlich Versicherte.	BKK Dachverband e.V., 2011
	Wohnort	Personen, die in Westdeutschland leben, haben überproportional häufig geringere Wartezeiten in der Arztpraxis als Personen aus Ostdeutschland.	FGW, 2016
	Nutzungsintensität	Personen, die häufig zum Arzt gehen, beurteilen die Optionen zur partizipativen Entscheidung besser als Personen, die nicht so häufig zum Arzt gehen.	FGW, 2016

11.1.3 Ungleichheiten: Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung

Die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung kann gemäß Donabedian auch als Faktor der Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung betrachtet werden, die einen erwünschten Outcome darstellt (vgl. Donabedian, 1988, S. 1746). Zur generellen Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung bzw. dem Gesundheitssystem in Deutschland sind in den vergangenen Jahren zahlreiche Erhebungen durchgeführt worden – vor allem von wissenschaftsfremden Institutionen wie Versicherungsunternehmen oder Unternehmensberatungen, wie Tab. 11.3 zusammenfasst. All diese Studien haben im Ergebnis gemein, dass die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem bzw. der Gesundheitsversorgung recht hoch ist.

Wiederholte repräsentative Untersuchungen der Continentale Krankenversicherung haben ergeben, dass die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen bzgl. Preis und Leistung im Jahr 2017 einen neuen Höhepunkt seit der ersten Erhebung im Jahr 2001 erreicht hat (vgl. Continentale Krankenversicherung a. G., 2017, 2004, 2001). Die Zufriedenheit mit der Leistung lag im Jahr 2017 bei 76 % und somit noch etwas höher als die Zufriedenheit mit dem Preis (66 %). Insbesondere privat Versicherte sowie 25- bis 39-jährige gesetzlich Versicherte weisen eine überdurchschnittlich hohe Zufriedenheit auf (vgl. Continentale Krankenversicherung a.G., 2017, S. 24 f.).

Neben einem privaten Krankenversicherungsunternehmen hat auch die Techniker Krankenkasse als gesetzliche Krankenkasse eine bevölkerungsrepräsentative Untersuchung zur Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem durchgeführt. Es wurden 2.000 Personen ab 18 Jahren befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass 84 % der Befragten dem deutschen Gesundheitswesen auf Basis der Frage „Wie zu-

frieden sind Sie mit dem deutschen Gesundheitssystem?“ positiv gegenüberstehen („vollkommen zufrieden“, „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“). Es gibt jedoch auch Unterschiede nach Gruppen. Während jeder dritte Mann angab, „sehr zufrieden“ mit dem Gesundheitssystem zu sein, trifft dies nur auf jede vierte Frau zu. Weiterhin weisen, wie auch in der Studie der Continentale, insbesondere Jüngere (18 bis 25 Jahre) eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem System auf. Ein bisher noch nicht betrachtetes Merkmal stellt das Einkommen dar: Je höher das Einkommen, desto größer die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem (vgl. Wohlers, 2017, S. 6).

Die repräsentative Befragung im Rahmen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung bestätigt eine Steigerung der Zufriedenheit vom Jahr 2007 zum Jahr 2012 (43 % vs. 51 %), wobei es auch hier signifikante Unterschiede nach Gruppen gibt (vgl. Scherenberg, 2014, S. 163 f.). Frauen sind im Gegensatz zu Männern unterdurchschnittlich zufrieden mit dem deutschen Gesundheitssystem, während gesetzlich Versicherte unzufriedener sind als privat Versicherte. Im Gegensatz zur Untersuchung der Continentale zeigt die Erhebung der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2012 eine unterdurchschnittliche Zufriedenheit von jüngeren Personen (unter 60 Jahre vs. 60 plus). Im Rahmen des Gesundheitsmonitors wurde auch der Unterschied zwischen Stadt (Ortsgröße über 100.000 Einwohner) und Land (Ortsgröße weniger als 5.000 Einwohner) bzgl. der Zufriedenheit untersucht. Personen, die in Städten leben, sind zufriedener mit der Gesundheitsversorgung als Personen, die auf dem Land leben. Personen aus der unteren sozialen Schicht sind unzufriedener als Personen der oberen Schicht. Die soziale Schicht wurde als Index aus Angaben zur Ausbildung, zum Haushaltsnettoeinkommen und zum beruflichen Status gebildet (vgl. Marstedt/Reiners, 2016, S. 26 f.). Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung und der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem nachgewiesen werden (vgl. Marstedt/Reiners, 2016, S. 27; Scherenberg, 2014, S. 163 f.).

Tab. 11.3: Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung

Kriterium	Studienergebnisse	Quelle
Alter	25- bis 39-Jährige weisen die höchste Zufriedenheit auf.	Continentale Krankenversicherung a. G., 2017
	18- bis 25-Jährige weisen die höchste Zufriedenheit auf.	Wohlers, 2017
	Personen unter 60 Jahre sind unzufriedener als Personen über 60 Jahre (OR 2,1; $p \leq 0,001$).	Marstedt/Reiners, 2016
Versicherungsstatus	Privat Versicherte weisen höhere Zufriedenheit auf als gesetzlich Versicherte.	Continentale Krankenversicherung a. G., 2017
	Gesetzlich Versicherte sind signifikant unzufriedener als privat Versicherte (OR 0,6; $p \leq 0,001$).	Marstedt/Reiners, 2016
Geschlecht	Männer weisen höhere Zufriedenheit auf als Frauen.	Wohlers, 2017
	Frauen sind signifikant unzufriedener als Männer (OR 1,3; $p \leq 0,001$).	Marstedt/Reiners, 2016
Einkommen/soziale Schicht	Je höher das Einkommen, desto höher die Zufriedenheit mit dem System.	Wohlers, 2017
	Personen der Unterschicht sind unzufriedener mit dem Gesundheitssystem als Personen aus der Oberschicht (OR 1,5; $p \leq 0,001$).	Marstedt/Reiners, 2016
Gesundheitszustand	Personen mit einem besseren Gesundheitszustand bewerten auch das Gesundheitssystem besser.	Wohlers, 2017
	Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einstufen, sind unzufriedener mit der Gesundheitsversorgung (OR 2,5; $p \leq 0,001$).	Marstedt/Reiners, 2016
Stadt vs. Land	Personen, die in kleineren Ortschaften leben, sind unzufriedener als Personen, die in Städten leben (OR 1,3; $p \leq 0,01$).	Marstedt/Reiners, 2016

11.2 Forschungsprojekt ROSE: Erhebung Region Osnabrück-Emsland

Um Vorschläge zum Abbau von Ungleichheiten für die politisch Handelnden und beteiligte Institutionen des Gesundheitswesens zu entwickeln, sind vielfach detailliertere Daten notwendig, als sie nationale Studien liefern können. Daher wurde das Forschungsprojekt *ROSE – Das lernende Gesundheitssystem in der Region Osnabrück-Emsland* der Hochschule Osnabrück entwickelt, das sich u. a. der Entwicklung von

institutionalisierten Beziehungen zu den Gesundheitseinrichtungen in der Region widmet. Dabei soll das Prinzip des Lernens durch Forschung gelten, das als Motor der Kooperation der Hochschulen und der Gesundheitseinrichtungen dienen soll.

Das Teilprojekt 1 nimmt eine Bestandsaufnahme der regionalen Versorgungssituation vor. Aus diesem Grund erfolgte im Mai 2017 eine schriftliche Befragung der Allgemeinbevölkerung in der Region Osnabrück-Emsland zur Gesundheitsversorgung. Es wurden 5.005 Haushalte in ausgewählten Gemeinden der Region Osnabrück-Emsland mithilfe eines Random-Route-Walks³ mit einem papierbasierten Fragebogen kontaktiert, der 25 Fragen umfasste. 1.018 Personen nahmen an der Befragung teil (Rücklaufquote: 20,3 %). Die Daten der Rückläufer wurden zur statistischen Analyse in die Statistiksoftware SPSS (Version 24) übertragen. Die Stichprobe gilt als repräsentativ für die Bevölkerung in der Region Osnabrück-Emsland.

In dem Fragebogen, der der Bevölkerung zugestellt wurde, werden u. a. folgende soziodemografische Angaben erfasst: die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands, das Vorliegen einer chronischen Erkrankung, die Anzahl der Haus- und Facharztconsultationen in den letzten zwölf Monaten sowie in den letzten vier Wochen, das Vertrauensverhältnis zum Hausarzt, die Gesundheitskompetenz, die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in der Region und weitere gesundheitsbezogene Angaben.

Im Folgenden soll auf die sich aus den ROSE-Daten ergebenden Ungleichheiten bzgl. des Zugangs und der Qualität der Gesundheitsversorgung sowie auf Ungleichheiten bei der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in der Region eingegangen werden. Die Analyse erfolgt mittels inferenzstatistischer Methoden. Die unabhängigen Variablen sind wie folgt skaliert: Das Geschlecht (männlich vs. weiblich), der Wohnort (≤ 10.100 Einwohner vs. > 10.100 Einwohner⁴), das Vorliegen einer chronischen Erkrankung (ja vs. nein) sowie der Versicherungsstatus (GKV vs. PKV) stellen dichotome Variablen dar, während die übrigen Variablen ordinalskaliert sind.

3 Random-Route-Walk: Mit diesem Verfahren ist es möglich, Zufallsstichproben zu erhalten, indem die Fragebögen auf Grundlage von Verhaltensanweisungen händisch, von einem bestimmten Startpunkt ausgehend, verteilt werden. Die Auswahl des Startpunkts erfolgt nach dem Zufallsprinzip. Die Verteilung erfolgt nach einem Laufschemata, in dem die Laufrichtung und die Auswahl des jeweiligen Briefkastens festgelegt sind.

4 Da eine der Städte in der Stichprobe 10.100 Einwohner aufwies, wurde an dieser Stelle – und nicht wie zu erwarten bei 10.000 Einwohnern – die Grenze gesetzt.

11.2.1 Ungleichheiten: Zugang zur Gesundheitsversorgung

Die Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung werden anhand einzelner Leistungserbringer bzw. Leistungen abgefragt. Aus diesem Grund werden je nach Dimension des Zugangs zunächst die Leistungserbringer betrachtet, bei denen die größte Zugangsbarriere nachgewiesen werden konnte, und auf Unterschiede hinsichtlich des Zugangs einzelner Subgruppen analysiert. Dies geschieht mithilfe der logistischen Regression.

Damit eine Betrachtung über alle Leistungserbringer hinweg möglich ist, um z. B. zu ermitteln, welche Bevölkerungsgruppen einen signifikanten Zusammenhang mit der Zugangsbarriere einer bestimmten Dimension aufweisen, wurde ein Index aus den Antworten zu den einzelnen Leistungserbringern gebildet. Je höher dieser Index ist, desto größer sind die Zugangsbarrieren innerhalb einer Dimension. Die Zusammenhänge zwischen der Höhe des Index (und somit dem Vorhandensein einer Zugangsbarriere) sowie einzelnen Subgruppen werden bei ordinalskalierten Variablen (z. B. subjektiver Gesundheitszustand) mithilfe des Spearman-Rho-Korrelationskoeffizienten (r) bzw. bei dichotomen Variablen (z. B. Geschlecht) mithilfe der punktweisen Korrelation ermittelt.

Accessibility

Zur Messung von Zugangsbarrieren der Dimension Accessibility wurde im ROSE-Fragebogen folgende Frage gestellt, die aus dem Fragebogen der GEDA-Studie des RKI übernommen wurde: „Hat sich bei Ihnen in den letzten zwölf Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert, weil die Entfernung zu weit war oder es Probleme gab, dorthin zu kommen?“ Als mögliche Antwort konnte „ja“, „nein“ oder „kein Bedarf“ bezogen auf verschiedene Leistungen/Leistungserbringer angekreuzt werden (vgl. RKI, 2017).

Insgesamt stellen zu weite Entfernungen zu Leistungsanbietern nur eine geringe Zugangsbarriere zur Gesundheitsversorgung in der Region Osnabrück-Emsland dar. Bezogen auf die Personen, die mit „ja“ oder „nein“ geantwortet haben, haben für 7,2 % der Bevölkerung in der Region Osnabrück-Emsland bezogen auf das Krankenhaus bzw. 5,3 % der Bevölkerung bezogen auf Orthopäden zu weite Entfernungen zu einer Behandlungsverzögerung geführt. Alle anderen Leistungserbringer schienen gut erreichbar zu sein („ja“ < 5 %). Aus diesem Grund wird zunächst die Erreichbarkeit von Krankenhäusern und Orthopäden bzgl. einzelner Gruppen näher beleuchtet.

Unterschiede zwischen Subgruppen hinsichtlich einzelner Leistungserbringer: Mithilfe der logistischen Regression lässt sich nachweisen, dass es signifikante Unterschiede nach dem Wohnort ($p = 0,020$) sowie nach dem subjektiven Gesundheitszustand ($p = 0,005$) hinsichtlich der Accessibility des Orthopäden gibt. Mit der Verschlechterung des Gesundheitszustands erhöht sich die relative Wahrscheinlichkeit einer Behandlungsverzögerung aufgrund von Entfernungen bzw. Problemen, zum Orthopäden zu gelangen (OR 2,63). Wohnt eine Person in einem kleinen Ort (≤ 10.100 Einwohner), erhöht sich ebenfalls die relative Wahrscheinlichkeit, eine Zugangsbarriere der Dimension Accessibility zu erfahren, gegenüber Bewohnern einer Stadt (OR 3,13).

Hinsichtlich des Leistungserbringers Krankenhaus bestehen signifikante Unterschiede im Hinblick auf eine Barriere der Dimension Accessibility bezogen auf den subjektiven Gesundheitszustand ($p = 0,016$) und auf die Health Literacy ($p = 0,047$). Mit der Verschlechterung des subjektiven Gesundheitszustands erhöht sich die relative Wahrscheinlichkeit einer Behandlungsverzögerung aufgrund von Entfernungen bzw. Problemen, zum Krankenhaus zu gelangen (OR 2,21). Gleiches gilt für die Health Literacy: Deren Verschlechterung führt zu einer erhöhten relativen Wahrscheinlichkeit, eine solche Barriere wahrzunehmen (OR 1,97).

Zusammenhänge zwischen Subgruppen und der Zugangsbarriere hinsichtlich aller Leistungserbringer: Gemäß Spearman-Rho-Korrelationskoeffizient besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Zugangsbarriere Entfernung und dem subjektiven Gesundheitszustand ($r = 0,219$, $p = 0,002$), der Health Literacy ($r = -0,200$, $p = 0,006$) sowie dem subjektiven sozialen Status ($r = -0,247$, $p = 0,001$). Der Zusammenhang zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und der Zugangsbarriere der Dimension Accessibility ist positiv, sodass mit schlechterem subjektiven Gesundheitszustand eine solche Barriere eher vorliegt. Eine höhere Health Literacy sowie ein höherer subjektiver Sozialstatus stehen im Zusammenhang damit, dass eine Barriere der Dimension Accessibility eher nicht vorliegt. Die Zusammenhänge sind jedoch alle nur von geringer Ausprägung.

Availability

Zur Messung von Zugangsbarrieren der Dimension Availability wurde im ROSE-Fragebogen folgende Frage gestellt, die aus dem Fragebogen der GEDA-Studie des RKI übernommen wurde: „Hat sich bei Ihnen in den letzten zwölf Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert, weil Sie zu lange auf einen Termin warten

mussten?“ Als mögliche Antwort konnte „ja“, „nein“ oder „kein Bedarf“ bezogen auf verschiedene Leistungen/Leistungserbringer angekreuzt werden (vgl. RKI, 2017).

Insgesamt stellen zu lange Wartezeiten eine größere Zugangsbarriere zur Gesundheitsversorgung in der Region Osnabrück-Emsland dar als Entfernungen. Bezogen auf die Personen, die mit „ja“ oder „nein“ geantwortet haben, haben für 31,8 % der Bevölkerung in der Region Osnabrück-Emsland bezogen auf Orthopäden bzw. 23,4 % bezogen auf Augenärzte zu lange Wartezeiten zu einer Behandlungsverzögerung geführt. Bei anderen Leistungserbringern berichteten max. 17 % der Befragten eine Behandlungsverzögerung, sodass im Folgenden die Behandlungsverzögerung durch Wartezeiten bei Orthopäden und Augenärzten hinsichtlich einzelner Bevölkerungsgruppen näher untersucht wird.

Unterschiede zwischen Subgruppen hinsichtlich einzelner Leistungserbringer: Die Ergebnisse der logistischen Regression zeigen auf, dass es signifikante Unterschiede hinsichtlich des Erfahrens einer Zugangsbarriere durch Terminwartezeiten beim Orthopäden auf Basis des subjektiven Gesundheitszustands ($p = 0,026$), des Alters ($p = 0,016$) und des Wohnorts ($p = 0,002$) gibt. Mit sinkendem Alter steigt die relative Wahrscheinlichkeit, eine solche Barriere wahrzunehmen (OR 1,39). Ebenso wie hinsichtlich der Accessibility steigt auch die Wahrscheinlichkeit des Wahrnehmens einer Zugangsbarriere der Dimension Availability beim Orthopäden mit Verschlechterung des Gesundheitszustands (OR 1,47). Personen, die in einem kleinen Ort wohnen, haben eine um das Zweifache erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Behandlungsverzögerung durch Terminwartezeiten beim Orthopäden gegenüber Personen, die in der Stadt wohnen (OR 2,00).

Hinsichtlich des Leistungserbringers Augenarzt bestehen signifikante Unterschiede im Hinblick auf eine Barriere der Dimension Availability bezogen auf den subjektiven Gesundheitszustand ($p = 0,015$). Mit einer Verschlechterung des subjektiven Gesundheitszustands steigt die relative Wahrscheinlichkeit einer Behandlungsverzögerung durch Terminwartezeiten beim Augenarzt (OR 1,52).

Zusammenhänge zwischen Subgruppen und der Zugangsbarriere hinsichtlich aller Leistungserbringer: Werden alle Leistungserbringer bzw. Leistungen gleichzeitig betrachtet, so ergeben sich gemäß Spearman-Rho-Korrelationskoeffizient bzw. punkt-biserialer Korrelation keine signifikanten Zusammenhänge zwischen einzelnen Subgruppen und einer Zugangsbarriere hinsichtlich der Dimension Availability.

Affordability

Zur Messung von Zugangsbarrieren der Dimension Affordability wurde im ROSE-Fragebogen folgende Frage gestellt, die aus dem Fragebogen der GEDA-Studie des RKI übernommen wurde: „Kam es in den letzten zwölf Monaten vor, dass Sie eine Untersuchung oder Behandlung benötigt hätten, Sie sich diese aber nicht leisten konnten?“ Als mögliche Antwort konnte „ja“, „nein“ oder „kein Bedarf“ bezogen auf verschiedene Leistungen/Leistungserbringer angekreuzt werden (vgl. RKI, 2017).

Insgesamt stellen Kosten nur in Bezug auf zahnärztliche/kieferorthopädische Leistungen bei einem größeren Teil der Bevölkerung (11 %), der innerhalb der letzten zwölf Monate Bedarf an einer solchen Leistung hatte, eine Zugangsbarriere zur Gesundheitsversorgung dar. Bei anderen Leistungserbringern berichteten max. 6 % der Befragten eine Behandlungsverzögerung, sodass im Folgenden näher untersucht wird, welche Bevölkerungsgruppen sich eine zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Leistung innerhalb der letzten zwölf Monate nicht leisten konnten.

Unterschiede zwischen Subgruppen hinsichtlich einzelner Leistungserbringer: Hinsichtlich des Auftretens einer Kostenbarriere zu kieferorthopädischen bzw. zahnärztlichen Leistungen bestehen signifikante Unterschiede auf Basis des Alters ($p = 0,001$) und der Health Literacy ($p = 0,002$). Mit geringerem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit einer Kostenbarriere beim Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden (OR 1,70). Mit Verschlechterung der Health Literacy steigt ebenfalls die relative Wahrscheinlichkeit einer Kostenbarriere zu zahnärztlichen bzw. kieferorthopädischen Leistungen (OR 1,83).

Zusammenhänge zwischen Subgruppen und der Zugangsbarriere hinsichtlich aller Leistungserbringer: Bei gleichzeitiger Betrachtung aller Leistungserbringer ergibt sich nur ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Health Literacy gemäß Spearman-Rho-Korrelationskoeffizient ($r = -0,202$, $p = 0,002$) und der Zugangsbarriere der Dimension Affordability. Der negative Zusammenhang zeigt auf, dass Personen mit höherer Gesundheitskompetenz eine solche Zugangsbarriere eher nicht erfahren.

Die Dimensionen **Acceptability** und **Awareness** werden, wie zuvor beschrieben, häufig im Zusammenhang mit Personen mit Migrationshintergrund genannt. Da dieser im Forschungsprojekt ROSE nicht erfasst wurde, können zu diesen Dimensionen keine Aussagen getätigt werden. Die Dimension **Adequacy/Accommodation** wurde im Forschungsprojekt nicht erfasst.

Die signifikanten Unterschiede bezüglich des Zugangs hinsichtlich aller Leistungserbringer werden in Tab. 11.4 noch einmal zusammenfassend dargestellt.

Tab. 11.4: Forschungsprojekt ROSE: signifikante Zusammenhänge zwischen Zugangsbarrieren zu allen Leistungserbringern und unabhängigen Variablen

Dimension	Kriterium	Studienergebnisse
Accessibility	sozialer Status	Personen mit höherem sozialen Status erfahren eher keine Zugangsbarriere durch Terminwartezeiten.
	subjektiver Gesundheitszustand	Personen mit besserem subjektiven Gesundheitszustand erfahren eher keine Zugangsbarriere durch Terminwartezeiten.
	Health Literacy/ Gesundheitskompetenz	Personen mit höherer Gesundheitskompetenz erfahren eher keine Zugangsbarriere durch Terminwartezeiten.
Affordability	Health Literacy/ Gesundheitskompetenz	Personen mit höherer Gesundheitskompetenz erfahren eher keine Zugangsbarriere durch Kosten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich einerseits die Problemlagen in der hier betrachteten Region nicht grundsätzlich von nationalen Befragungen unterscheiden. Andererseits sind auch die Einflussmöglichkeiten in der Region durch Akteure begrenzt. So gelten alle betrachteten Regionen auf Basis des Bedarfsplans Niedersachsen als ausreichend versorgt mit Fachärzten (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, 2017). Ebenso können kaum abweichende Zuzahlungs- und Erstattungsregeln generiert werden.

11.2.2 Ungleichheiten: Qualität der Gesundheitsversorgung

Im Fragebogen des ROSE-Forschungsprojekts, den etwas über 20 % der Bevölkerung zurückgesendet haben, werden die Befragten gebeten, ihre Erfahrungen im Gesundheitssystem anhand einer fünfstufigen Skala („sehr gut“ bis „sehr schlecht“) bezogen auf acht Parameter zu bewerten. Drei der acht abgefragten Parameter messen die Strukturqualität, die übrigen Parameter die Prozessqualität. Die Ergebnisqualität wird nicht erhoben. Die Frage wurde modifiziert aus der Befragung des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung übernommen (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2016). Die Zusammenhänge zwischen einzelnen Gruppen und der jeweiligen Qualitätsdimension werden mithilfe des Korrelationskoeffizienten nach Spearman (be-

zogen auf ordinalskalierte Variablen) bzw. mithilfe der punktbiserialen Korrelation (bezogen auf dichotome Variablen) überprüft.

Strukturqualität

Die Strukturqualität wird anhand der Parameter *Qualität der medizinischen Leistungen, Qualifikation von Ärzten und Einrichtung und technische Ausstattung von Arztpraxen* gemessen. Der Mittelwert der Strukturqualität liegt bei 2,2, wobei 1 „sehr gut“ und 5 „sehr schlecht“ abbildet.

Der Korrelationskoeffizient nach Spearman weist signifikante Zusammenhänge zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand, der Gesundheitskompetenz, dem subjektiven sozialen Status, dem Alter und der Beurteilung der Strukturqualität nach. Der stärkste Zusammenhang besteht zwischen der Gesundheitskompetenz und der Strukturqualität ($r = -0,321$, $p = 0,000$). Je höher die Gesundheitskompetenz, desto besser wird die Strukturqualität bewertet. Analog gilt: Je höher der subjektive soziale Status ($r = -0,153$, $p = 0,000$) und je höher das Alter ($r = -0,134$, $p = 0,000$), desto besser wird die Strukturqualität bewertet. Je schlechter der eigene Gesundheitszustand bewertet wird, desto schlechter wird auch die Strukturqualität bewertet ($r = 0,132$, $p = 0,000$).

Es bestehen weiterhin signifikante Zusammenhänge zwischen der Bewertung der Strukturqualität und dem Geschlecht ($r = 0,095$, $p = 0,003$), der Größe des Wohnorts ($r = -0,169$, $p = 0,000$) sowie dem Krankenversicherungsstatus ($r = -0,078$, $p = 0,014$). Das bedeutet, dass Männer, Personen, die in einer Stadt leben, und privat Versicherte im Zusammenhang mit einer besseren Bewertung der Strukturqualität stehen. Die Korrelationen sind jedoch sehr gering.

Prozessqualität

Die Prozessqualität, die anhand der Parameter *Wartezeiten auf Praxistermine, Zeitdauer des Arzt-Patienten-Gesprächs, Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten, Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen und Gesundheitsversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten (Notfallversorgung)* gemessen wird, wird im Durchschnitt mit 2,8 deutlich schlechter bewertet als die Strukturqualität.

Die Berechnung des Spearman-Rho-Korrelationskoeffizienten weist für die Prozessqualität den gleichen Einfluss einzelner Merkmale auf wie für die Strukturqualität (vgl. Tab. 11.5), wobei sich die Stärke des Zusammenhangs jeweils leicht un-

terscheidet. Doch auch hier ist der stärkste Zusammenhang zwischen der Health Literacy und der Prozessqualität erkennbar ($r = -0,377$, $p = 0,000$).

Auch die punktbiseriale Korrelation zeigt für die Prozessqualität analoge Ergebnisse zur Strukturqualität, sodass Männer ($r = 0,163$, $p = 0,000$), Bewohner von Städten ($r = -0,118$, $p = 0,000$) und privat Krankenversicherte ($r = -0,106$, $p = 0,001$) im Zusammenhang mit einer besseren Bewertung der Prozessqualität stehen. Doch auch bezogen auf die Prozessqualität sind die Zusammenhänge sehr gering.

Tab. 11.5: Forschungsprojekt ROSE: signifikante Zusammenhänge zwischen Qualität und unabhängigen Variablen

Dimension	Kriterium	Studienergebnisse
Struktur- und Prozessqualität	Versicherungsstatus	Die Struktur- und Prozessqualität wird von privat Versicherten besser beurteilt als von gesetzlich Versicherten.
	Geschlecht	Männer beurteilen die Struktur- und Prozessqualität besser als Frauen.
	Stadt vs. Land	Die Struktur- und Prozessqualität wird in Städten besser bewertet als in Dörfern (≤ 10.100 Einwohner).
	sozialer Status	Je höher der subjektive soziale Status, desto besser wird die Struktur- und Prozessqualität bewertet.
	Alter	Je höher das Alter, desto besser wird die Struktur- und Prozessqualität bewertet.
	subjektiver Gesundheitszustand	Je besser der eigene Gesundheitszustand bewertet wird, desto besser wird auch die Struktur- und Prozessqualität bewertet.
	Health Literacy/ Gesundheitskompetenz	Je höher die Gesundheitskompetenz, desto besser wird die Struktur- und Prozessqualität bewertet.

Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, dass sich abweichend von der Dimension Zugang in Bezug auf empfundene Qualität durchaus regionaler Handlungsbedarf ergibt. Auffällig ist, dass die Befragten die Strukturen der Versorgung als qualitativ gut bewerten, weniger jedoch die Abläufe (Prozesse). Die Verdeutlichung und Informationstransparenz über Prozesse (Zuständigkeiten, Öffnungszeiten, Abläufe) könnten durchaus regional angemessener kommuniziert werden.

11.2.3 Ungleichheiten: Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung

Zur Erfassung der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in der Region Osnabrück-Emsland, die die Messung der Ergebnisqualität ermöglicht, wurde der Bevölkerung folgende Frage gestellt: „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Gesundheitsversorgung in Ihrer Region?“ Die Antwort erfolgte auf einer fünfstufigen Skala (von „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“). Die Frage wurde aus dem Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung modifiziert übernommen (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2016). Die Zusammenhänge zwischen einzelnen Subgruppen und der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung werden für die ordinalskalierten Merkmale mithilfe des Spearman-Rho-Korrelationskoeffizienten ermittelt. Die dichotomen Variablen werden mithilfe des Mann-Whitney-U-Tests auf Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit untersucht.

Knapp die Hälfte der Befragten gibt an, (sehr) zufrieden mit der Gesundheitsversorgung in der Region zu sein. Der Spearman-Rho-Korrelationskoeffizient weist einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem subjektiven sozialen Status und der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung nach, wobei Personen aus höheren sozialen Schichten signifikant zufriedener sind ($r = -0,165$, $p = 0,000$). Auch das Alter hat einen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung, dergestalt, dass mit steigendem Alter auch die Zufriedenheit zunimmt ($r = -0,110$, $p = 0,001$). Die Gesundheitskompetenz sowie der subjektive Gesundheitszustand weisen ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung auf, wobei eine höhere Gesundheitskompetenz ($r = -0,240$, $p = 0,000$) und ein besserer Gesundheitszustand ($r = 0,142$, $p = 0,000$) mit einer höheren Zufriedenheit einhergehen.

Der Mann-Whitney-U-Test zeigt, dass signifikante Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung nach dem Versicherungsstatus bestehen, wobei privat Krankenversicherte signifikant zufriedener sind. Weiterhin bestehen signifikante Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung zwischen Personen, bei denen eine chronische Erkrankung vorliegt, und Personen, bei denen dies nicht der Fall ist. Personen, die an einer chronischen Erkrankung leiden, sind signifikant unzufriedener. Das Geschlecht und der Wohnort weisen ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit auf, wobei Männer und Personen, die in der Stadt leben, zufriedener sind (vgl. Tab. 11.6).

Tab. 11.6: Forschungsprojekt ROSE: signifikante Zusammenhänge zwischen Zufriedenheit und unabhängigen Variablen

Kriterium	Studienergebnisse
Versicherungsstatus	Privat Versicherte sind zufriedener mit der Gesundheitsversorgung als gesetzlich Versicherte.
Geschlecht	Männer sind zufriedener mit der Gesundheitsversorgung als Frauen.
Stadt vs. Land	Personen, die in der Stadt leben, sind zufriedener mit der Gesundheitsversorgung als Personen, die in einem Dorf wohnen.
chronische Erkrankung	Personen, die unter einer chronischen Erkrankung leiden, sind unzufriedener als Personen, die nicht unter einer solchen Erkrankung leiden.
sozialer Status	Je höher der soziale Status, desto höher die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung.
Alter	Je höher das Alter, desto höher die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung.
Gesundheitszustand	Je besser der subjektive Gesundheitszustand, desto höher die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung.
Gesundheitskompetenz	Je besser die Gesundheitskompetenz, desto höher die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung.

11.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Folgenden wird auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Primär- und Sekundärdaten eingegangen.

Da die ROSE-Daten bezüglich des **Zugangs** zur Gesundheitsversorgung nur signifikante Ungleichheiten in den Dimensionen Accessibility und Affordability aufweisen, während bestehende Studien Gruppenunterschiede in den Dimensionen Availability, Acceptability und Awareness aufweisen, können hier keine abschließenden Aussagen dazu getätigt werden, welche Gruppen benachteiligt werden. Eine geringe Health Literacy scheint jedoch in Zusammenhang mit einem erschwerten Zugang zu stehen – unabhängig von der Dimension des Zugangs.

Hinsichtlich der **Qualität** weisen bestehende Studien und die ROSE-Daten z. T. gleich gerichtete Ergebnisse auf. So beurteilen Frauen die Strukturqualität signifikant schlechter als Männer, und mit steigendem sozialen Status (unabhängig davon, ob dieser objektiv anhand von Bildung, Einkommen und Beruf gemessen oder selbst angegeben wird) wird auch die Strukturqualität besser beurteilt.

Die Prozessqualität weist hinsichtlich der Variable Alter gleichgerichtete Ergebnisse in den unterschiedlichen Studien auf: Je höher das Alter, desto besser wird die Prozessqualität, z. B. hinsichtlich der Wartezeiten auf Praxistermine oder vor Ort, bewertet. Von privat Versicherten wird die Prozessqualität signifikant besser beurteilt als von gesetzlich Versicherten. Frauen bewerten neben der Strukturqualität auch die Prozessqualität signifikant schlechter als Männer. Somit lässt sich feststellen, dass insbesondere Frauen hinsichtlich der Qualität der Gesundheitsversorgung sorgfältig einbezogen werden sollten.

Die **Zufriedenheit** mit der Gesundheitsversorgung ist bei privat Krankenversicherten signifikant höher als bei gesetzlich Versicherten. Neben einer besseren Bewertung der Versorgungsqualität sind Männer auch insgesamt zufriedener mit der Gesundheitsversorgung als Frauen. Der soziale Status spielt insofern eine Rolle, als Personen mit einem hohen sozialen Status signifikant zufriedener mit der Gesundheitsversorgung sind als Personen mit einem geringeren sozialen Status. Weiterhin geht aus den untersuchten Studien sowie den ROSE-Daten hervor, dass eine bessere subjektive Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands mit einer höheren Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung einhergeht. Personen, die in städtischen Gebieten leben, sind mit der Gesundheitsversorgung insgesamt zufriedener als Personen, die in einem kleineren Ort wohnen.

Insgesamt hat sich aus den Befragungen ergeben, dass vor allem Frauen, Personen mit geringem sozialen Status und gesetzlich Versicherte benachteiligte Gruppen im deutschen Gesundheitswesen darstellen.

11.4 Diskussion

Aus dem Projekt lassen sich mehrere Rückschlüsse ziehen. Vergleichsweise gut umgesetzt waren die Datenerhebung in der Bevölkerung und der Abgleich mit nationalen Referenzdaten. Auch wenn in Deutschland erhebliche Hürden in Bezug auf Datenschutz und Anonymisierung von Befragungsdaten zu meistern sind, konnte insgesamt eine aus unserer Sicht zufriedenstellende Datenbasis geschaffen werden, um die Einstellungen und Zustände der Bevölkerung zu erheben.

Ebenfalls durchgeführte Gespräche und Interviews mit Experten vor Ort haben allerdings gezeigt, dass auf regionaler Ebene zwar meist viele beteiligte Institutionen wie Verbände, Gemeinden und Partner der Selbstverwaltung vorhanden sind,

deren Gestaltungsspielräume und Gestaltungswillen jedoch nicht immer ausgeprägt sind. Offenbar gibt das deutsche Gesundheitswesen auf nationaler oder auch Landesebene die Rahmenbedingungen vor, sodass für darunterliegende regionale Ebenen wie Gemeinden kaum Handlungsmöglichkeiten bestehen, oder selbst wenn sie bestehen, diese nicht wahrgenommen werden (können). Die Initiativen in diesem Bereich konzentrieren sich meist auf politisch sensible Bereiche wie Versorgung von Kindern, Prävention und Schutzmaßnahmen. Zudem werden diese Initiativen meist von einzelnen überdurchschnittlich interessierten Akteuren vorgenommen. Fehlen diese Akteure, kann auf systematisch vorgesehene Strukturen für regionale Gesundheitsversorgung kaum zurückgegriffen werden.

Für die Erhebung und den Umgang mit Ungleichheiten der Versorgung bedeutet dies, dass zwar die Erhebung des Ausmaßes der Ungleichheit gut festgestellt werden kann und darauf basierende evidenzbasierte Maßnahmen vorgeschlagen werden, diese jedoch nicht immer reibungslos umgesetzt werden können. So bietet die Wissenschaft zwar eine Vielzahl von evidenzbasierten Programmen an, die auch immer wieder den Bereich der Ungleichheit der Versorgung tangieren, jedoch fehlen häufig die Strukturen, Akteure, Ressourcen und häufig auch die politische Dringlichkeit, um sich diesem Thema auf regionaler Ebene zu widmen. Dies ist weniger den Akteuren vor Ort vorzuwerfen, sondern liegt wesentlich begründet in der überregionalen Ausrichtung der deutschen Gesundheitsversorgung. Da diese überregionale Ausrichtung durchaus auch Vorteile gegenüber einer kleinräumigen Ausrichtung hat, wäre es sicher verfehlt, eine stärkere Regionalisierung der Gesundheitsversorgung uneingeschränkt zu fordern.

Literatur

- Bertelsmann Stiftung (2016). *Unsere Daten – Fragebogen Versicherte*.
<http://gesundheitsmonitor.de/ueber-uns/unsere-daten/> (02.09.2016).
- BKK Dachverband e.V. (2011). *Bevölkerungsumfrage BKK 2011. Thema: Arztbesuche*. Berlin.
- BpB – Bundeszentrale für politische Bildung (2009). *Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung*. <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurz dossiers/57307/barrieren-praevention> (21.02.2018).
- Continentale Krankenversicherung a. G. (2017). *Continentale-Studie 2017: Selbst- und Zuzahlungen – das bezahlen GKV-Versicherte*. Dortmund.
- Continentale Krankenversicherung a. G. (2004). *Continentale-Studie 2004: Die Deutschen und ihr Gesundheitssystem: Unzufriedenheit und Ängste*. Dortmund.

- Continental Krankenversicherung a. G. (2001). *Continentale-Studie 2001: Die Deutschen und ihr Gesundheitssystem*. Dortmund.
- Donabedian, A. (2005). *Evaluating the Quality of Medical Care*. The Milbank Quarterly, 83 (4), S. 691–729. Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44 (3), Pt. 2, 1966, S. 166–203 (Style and usage are unchanged).
- Donabedian, A. (1988). *The Quality of Care. How Can It Be Assessed?* Journal of the American Medical Association, 260 (12), S. 1743–1748.
- FGW – Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH (2016). *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2016*. Mannheim.
- Horn, A./Vogt, D./Messer, M./Schaeffer, D. (2015). *Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken. Ergebnisse einer qualitativen Evaluation*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58 (6), S. 577–583. DOI 10.1007/s00103-015-2147-0.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018). *Terminservicestellen*. <http://www.kbv.de/html/terminservicestellen.php> (27.03.2018).
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (2017). *Bedarfsplan Niedersachsen*. <http://www.kvn.de/Praxis/Bedarfsplanung/Bedarfsplan-Niedersachsen/> (20.04.2018).
- Marstedt, G./Reiners, H. (2016). *Das deutsche Gesundheitswesen 2001 bis 2015 aus der Versichertenperspektive*. In: Böcken, J./Braun, B./Meierjürgen, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 15–39.
- Penchansky, R./Thomas, J. W. (1981). *The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction*. Medical Care 19 (2), S. 127–140.
- Razum, O./Geiger, I./Zeeb, H./Ronellenfitsch, U. (2004). *Gesundheitsversorgung von Migranten*. Dtsch Arztebl, 101 (43), A 2882–2887.
- RKI – Robert Koch-Institut (2017). *Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“*. GEDA 2014/2015-EHIS. Journal of Health Monitoring, (1). Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Robert Koch-Institut. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Robert Koch-Institut. Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (2008). *Schwerpunkthericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit*. Robert Koch-Institut. Berlin.
- Rosenbrock, R. (1999). *Versorgungsqualität – Solidarität – Wirtschaftlichkeit: Anforderungen an eine Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Gutachten 2014. Kurzfassung. Bonn, Berlin.
- Saurman, E. (2016). *Improving access: modifying Pechansky and Thomas's Theory of Access*. Journal of Health Services Research & Policy, 21 (1), S. 36–39, DOI: 10.1177/1355819615600001.
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Messer, M. et al. (2017). *Health Literacy in Deutschland*. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. M. (Hrsg.): *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, S. 129–144.

- Schang, L./Schüttig, W./Sundmacher, L. (2016). *Unterversorgung im ländlichen Raum – Wahrnehmung der Versicherten und ihre Präferenzen für innovative Versorgungsmodelle*. In: Böcken, J./Braun, B./Meierjürgen, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK*. Gütersloh, S. 58–85.
- Scherenberg, V. (2014). *Unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und das deutsche Gesundheitssystem: Erfahrungen, Zufriedenheit und Erwartungen*. In: Böcken, J./Braun, B./Meierjürgen, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK*. Gütersloh, S. 158–175.
- The Commonwealth Fund (2016). *Commonwealth Fund 2016 International Health Policy Survey of Adults in 11 Countries*. Washington.
- Verband der Ersatzkassen e.V. (2018). *Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte*. https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html (22.03.2018).
- Wimmer-Puchinger, B./Wolf, H./Engleder, A. (2006). *Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49 (9), S. 884–892. DOI 10.1007/s00103-006-0022-8.
- Wohlers, K. (2017). *TK-Meinungspuls Gesundheit 2017. So sieht Deutschland sein Gesundheitssystem*. Techniker Krankenkasse. Hamburg.
- Zok, K. (2007). *Warten auf den Arzttermin. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten*. WIdO-Monitor, 01/2007. S. 1–7.

12 Faktencheck Gesundheit

KARSTEN ZICH; HANS-DIETER NOLTING; UWE SCHWENK

Zwischen 2011 und 2017 hat die Bertelsmann Stiftung 18 Faktenchecks Gesundheit zu ganz unterschiedlichen Versorgungsthemen veröffentlicht. In diesen konnte mittels Untersuchungen von regionalen Variationen der Leistungsanspruchnahme und Versorgungsstrukturen sowie möglichen Einflussfaktoren regelmäßig die Ausgangshypothese belegt werden, dass Über-, Unter- oder Fehlversorgung in diskussionswürdigem Ausmaß besteht. Das IGES Institut, von dem über die Hälfte aller Faktenchecks erstellt wurde, und die Bertelsmann Stiftung bewerten die mit dem Projekt erreichten Effekte im Rückblick sehr positiv. Die Aktivitäten der Bertelsmann Stiftung im Themenfeld werden nunmehr mit den Projekten „Patient mit Wirkung“ und „Gesundes System“ sowie durch eine Unterstützung des Science Media Centers in Köln fortgesetzt. In den Faktenchecks wurden für sehr unterschiedliche Bereiche der gesundheitlichen Versorgung Problemlagen aufgezeigt und Handlungsoptionen formuliert. Für die Problemabstellung auf regionaler Ebene ist bislang auch die Frage nicht beantwortet, welcher Akteur hierbei die treibende Kraft sein sollte und wie er für die Übernahme dieser Funktion auszustatten ist. Unabhängig davon bleibt es notwendig, Variationen in der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems durch abgrenzbare Populationen oder Variationen in der Leistungserbringung durch abgrenzbare Versorgungsnetze darzustellen und zu vergleichen. Die Entwicklung tauglicher Indikatoren und deren Erprobung im Einsatz vor Ort sollten weiterhin intensiv verfolgt werden.

12.1 Leitidee des Faktenchecks Gesundheit, Genese und Transferansatz

Im Jahr 2011 stellte die Bertelsmann Stiftung die von ihr ins Leben gerufene „Initiative für gute Gesundheitsversorgung“ (INIG) vor. Zielstellung war es, einen Beitrag dazu zu leisten, dass

- Gesundheitsleistungen stärker am tatsächlichen Bedarf der Patienten ausgerichtet und die begrenzten Ressourcen sachgerecht eingesetzt werden.
- sich die Menschen aktiv damit auseinandersetzen, welche Leistungen ihrem Bedarf entsprechen und wie die Versorgung besser gestaltet werden kann.

- die Bürger sich stärker mit der Versorgung in ihrer Region auseinandersetzen, das Gesundheitssystem sowie notwendige Reformen besser verstehen und ihr Vertrauen in das System steigt (vgl. Nolting et al., 2011).

In der Außendarstellung firmierte das Projekt unter der Marke „Faktencheck Gesundheit“. In den letzten sieben Jahren wurde unter dieser Zielstellung in 18 Faktenchecks (vgl. Kap. 12.3.1) eine Vielzahl von Versorgungsthemen über Veröffentlichungen von themenspezifischen Analysen und Handlungsempfehlungen, Websites, Informationsmaterialien etc. behandelt sowie breite Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Der thematische Zugriff auf die ausgewählten Versorgungsthemen erfolgte stets unter der Hypothese, dass in den betrachteten Bereichen der Gesundheitsversorgung Über-, Unter- oder Fehlversorgung existiert bzw. existieren könnte. Die Analyse regionaler Unterschiede in der Leistungsanspruchnahme der Bevölkerung bzw. der Versorgungsstrukturen ist ein anerkannter Weg, um diese Hypothese zu prüfen. Festgestellte regionale Unterschiede bildeten in den einzelnen Faktenchecks den Ausgangspunkt für weitergehende Untersuchungen und Diskussionen aus fachlich-wissenschaftlicher Perspektive. Den regionalen Akteuren des Gesundheitswesens sowie den Patienten bzw. Bürgern in den von Ineffizienzen oder Fehlallokationen in besonderem Maße betroffenen Regionen sollten dadurch die Grundlagen für eigene Analysen, die weitere Eingrenzung der Probleme sowie Mittel zu deren Abstellung an die Hand gegeben werden. Für die Initiative der Bertelsmann Stiftung waren insbesondere zwei Impulse maßgeblich:

- Zum einen das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen¹ 2000/2001, dessen dritter Band unter dem Titel „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ seinerzeit zahlreiche Beispiele für Fehlallokationen im deutschen Gesundheitswesen aufgezeigt hatte. Aus der Perspektive des Jahres 2010, in dem mit den Vorbereitungen für die „Initiative für gute Gesundheitsversorgung“ begonnen wurde, war zu konstatieren, dass sich insbesondere an den dort beschriebenen Über- und Fehlversorgungstatbeständen nicht nur faktisch wenig geändert hatte, sondern auch die Aufmerksamkeit von Politik und Fachöffentlichkeit für diese Thematik weitgehend erlahmt schien.

1 Seinerzeit noch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

- Zum anderen hatte sich die Bertelsmann Stiftung intensiv mit internationalen Vorbildern für Versorgungsatlanten befasst.² Dabei war festgestellt worden, dass es in Deutschland kein vergleichbares Produkt gab, das kleinräumig-regionalisierte Darstellungen von Versorgungs- und Inanspruchnahmeunterschieden für eine größere Zahl von relevanten Indikationen bereitstellte. Maßgebliche internationale Referenz war der Dartmouth Atlas of Health Care. Dieser Atlas widmet sich auf Basis eines nationalen Datensatzes zur medizinischen Versorgung der US-amerikanischen Krankenversicherung der Rentner (Medicare) der Analyse von regionalen Unterschieden von Ressourcenverbräuchen und erzielten Gesundheitsergebnissen in den USA. Zentraler Befund der meisten Analysen sind auffällige Inkongruenzen zwischen Ressourceninputs und gesundheitlichen Outcomes sowie erhebliche Variationen der Leistungsqualität, die allesamt nicht durch morbiditätsassoziierte oder demografische Unterschiede der regionalen Bevölkerungen erklärbar sind. Stattdessen machen die Autoren des Dartmouth Atlas vielfach Fehlanreize und Insuffizienzen der regulatorischen Rahmenbedingungen, aber auch auffällige Versorgungspraktiken der regionalen Leistungserbringer für Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsunterschiede verantwortlich. Die Initiatoren beschränken sich also nicht „nur“ auf die Darstellung regionaler Unterschiede, sondern veröffentlichen auch Handlungsempfehlungen für die Verringerung unerwünschter Variation in Richtung der grundsätzlich zur Problemlösung befähigten Stakeholder, aber auch der Bevölkerung und Patienten. Diese auf eine Veränderung ausgerichtete Produktkomponente wurde als fester Bestandteil in die Faktenchecks Gesundheit übernommen. Vorbild war dabei insbesondere auch der britische Versorgungsatlas NHS Atlas of Healthcare, der einen obligatorischen Berichtsteil „Options for action“ umfasst.

Das Transferkonzept für die Befunde und Empfehlungen der einzelnen Faktenchecks zielte auf eine breite Öffentlichkeit. Mit dieser Entscheidung wurde der Beobachtung Rechnung getragen, dass eine Fokussierung auf eng begrenzte Zielgruppen aus Gesundheitspolitik und Fachöffentlichkeit hierzulande in der Vergangenheit üblicher-

2 Zum Beispiel Dartmouth Atlas of Health Care (Dartmouth College, Lebanon, NH, USA, www.dartmouthatlas.org), Dutch National Atlas of Public Health (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven, NL, www.rivm.nl/), VPM Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (Grupo Atlas VPM, www.atlasvpm.org).

weise nicht ausgereicht hatte, um Veränderungsprozesse für die Abstimmung von Über-, Unter- und Fehlversorgung im erforderlichen Maße und Tempo anzustoßen. Durch die Anregung einer verstärkten öffentlichen Diskussion über medizinisch nicht erklärbare regionale Unterschiede und deren Hintergründe sollte der Handlungsdruck auf gesundheitspolitische Entscheidungsträger und regionale Stakeholder erhöht werden.

12.2 Themenwahl und prägende Elemente der Faktenchecks

Im Folgenden werden das Auswahlverfahren für die Themen der Faktenchecks skizziert und die bei der Erstellung der Faktenchecks und dem Ergebnistransfer angewendeten Standards sowie die bei den Untersuchungen genutzten Datengrundlagen im Überblick dargestellt.

12.2.1 Kriterien für die Auswahl von Themen

Für die Auswahl der von Faktenchecks aufzugreifenden Themen formulierte das IGES Institut in der Planungs- und Vorbereitungsphase elf Metahypothesen. Jede Metahypothese trifft eine Aussage zu einem abgrenzbaren Bündel von Ursachen oder Treiberfaktoren, die für die Entstehung oder Unterhaltung von Fehlallokationen, Ineffizienzen oder unerwünschter Prozess- und Ergebnisvariation relevant sind/sein können. Für jede Metahypothese wurde überprüft, ob sich beispielhafte Einzelthemen der gesundheitlichen Versorgung finden lassen würden, für die die Hypothese nach aktuellem Wissenstand möglicherweise zutreffen könnte. Die letzten beiden der elf in Tab. 12.1 gelisteten Metahypothesen stehen in besonders enger Verbindung zu den im vorliegenden Themenband betrachteten Sachverhalten. Die Metahypothesen waren in allen Jahren wichtiger Bestandteil bei der Auswahl der Themen für die einzelnen Faktenchecks.

Tab. 12.1: Metahypothesen und beispielhafte Einzelthemen (IGES, Bertelsmann Stiftung, 2011; vgl. IGES, 2011)

Metahypothese	Beispielthemen
Koordinationsmängel und Fehlanreize unter den an der Versorgung eines Patienten beteiligten Leistungserbringern führen zu – teilweise gefährlicher – Über-, Unter- und Fehlversorgung.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Polypharmakotherapie ■ stationäre Behandlung von Depressionen
Einzelwirtschaftlich motivierte Angebotsausweitung führt zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten und primär wirtschaftlich motivierten Überversorgung (supply sensitive care).	<ul style="list-style-type: none"> ■ interventionelle Kardiologie ■ operative Interventionen (Karotisatherektomien, Aortenklappeneinsatz, Prostataktomien, Eingriffe an der Wirbelsäule, Wirbelkörperverblockung) ■ technische Diagnostik, insbes. bildgebende Verfahren z. B. bei Rückenschmerzen ■ stationäre Behandlung von Depressionen
Mangelhafte Einbindung der Patienten in die Entscheidungsfindung führt zu nicht präferenzgerechten, unangemessen aufwendigen oder risikobehafteten Versorgungsentscheidungen (preference sensitive care).	<ul style="list-style-type: none"> ■ terminale Versorgung (Sterben im Krankenhaus; Anwendung von medikamentösen Therapien mit erwartbar geringem Effekt auf Lebenserwartung und Lebensqualität) ■ Hüftgelenkersatz vs. Schmerztherapie ■ Arzneimittelverordnung allgemein: patientenzentrierte Abwägung des Nutzens und der Risiken/Nebenwirkungen ■ operative Interventionen (Karotisatherektomien, Aortenklappeneinsatz, Prostataktomien, Eingriffe an der Wirbelsäule, Wirbelkörperverblockung) ■ Pharmakotherapie bei ADHS
Mangelhafte Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien führt zu Qualitätsunterschieden sowie kostspieliger Fehl- und Überversorgung.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antibiotika bei Kindern ■ ambulante Psychotherapie ■ Behandlung des Diabetes (Folgeerkrankungen, stationäre Aufnahmen wg. entgleistem Diabetes) ■ Behandlung Asthma/COPD bei Erwachsenen (stationäre Aufnahmen)
Unzureichend ausgebaute ambulante Kriseninterventions- und Notfallstrukturen sowie fehlende komplementäre Versorgungsstrukturen führen zu unnötiger Inanspruchnahme stationärer Versorgungsstrukturen.	<ul style="list-style-type: none"> ■ stationäre Behandlung von Depressionen, Schizophrenien, Suchterkrankungen ■ stationäre Behandlungen von alleinstehenden, multimorbiden älteren Patienten

Metahypothese	Beispielthemen
Fehlende Zuordnung einer Gesamtverantwortung für die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Ergebnisse führt zu Unter-, Über- und Fehlversorgung (accountable care organizations).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schlaganfallversorgung ■ psychiatrische Versorgung (Koordination ambulant, stationär, komplementär)
Unzureichend entwickelte innerbetriebliche Arbeitsteilung und insuffiziente innerbetriebliche Organisationsstrukturen führen zu ineffizienten Leistungserstellungsprozessen.	<ul style="list-style-type: none"> ■ verschiedene Beispiele für Arztzentrierung im deutschen Gesundheitswesen; Beispiele aus anderen Ländern, in denen Krankenpflegekräfte und Arztassistenten eine größere Rolle spielen
Die Medikalisierung von gesellschaftlichen Problemen führt zu Fehlnutzungen und fragwürdigen Ressourcenverbräuchen.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arztbesuche für gelbe Scheine: Notwendigkeit, spätestens ab dem dritten Krankheitstag dem Arbeitgeber ein ärztliches Attest vorzulegen (obwohl gar keine ärztliche Behandlung der Erkrankung erforderlich ist) ■ generell extrem hohe Arztbesuchsfrequenzen
Die Pathologisierung von Normvarianten oder alterungsbedingten Veränderungen des Verhaltens, Befindens oder des körperlichen Erscheinungsbildes führt zu Fehlnutzungen und fragwürdigen Ressourcenverbräuchen.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pharmakotherapie bei ADHS ■ Hormonsubstitutionstherapie
Mängel der öffentlichen Angebotsplanung führen zu Ungleichheiten und Fehlsteuerungen der Versorgung.	<ul style="list-style-type: none"> ■ ambulante Bedarfsplanung: Gefälle/Variationen in der ambulanten Versorgung (Ost – West, Stadt – Land, arme – reiche Viertel) ■ Doppelstrukturen und Steigerung angebotsinduzierter Nachfrage wegen fehlender sektorübergreifender Bedarfsplanung ■ Planung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen ■ Entwicklung der Personalkapazitäten im Pflegebereich (Mangel an Kapazitäten und Qualifikationen bei Pflegekräften)
Bei Patientengruppen bzw. sozialen Gruppen ohne hinreichende gesellschaftliche Vertretung (Lobby) kommt es zu Unterversorgung, die vielfach zu hohen gesellschaftlichen Folgekosten sowohl im Gesundheitssystem als auch in anderen Sektoren führt.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Unterversorgung bzw. Fehlversorgung im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie/-psychotherapie ■ Unterversorgung bzw. Fehlversorgung im Bereich Gerontopsychiatrie/-psychotherapie ■ gesundheitliche Versorgung von Migranten

Zusätzlich musste jedes potenzielle Faktencheckthema vor einer Bearbeitung einen sogenannten Themenfilter passieren. Der Themenfilter beinhaltete ein umfangreiches Set von Kriterien, denen das Thema möglichst umfassend genügen musste. So sollte jedes Thema u. a. für die Bevölkerung hoch relevant (Prävalenz, Betroffenheit),

in breite Bevölkerungsgruppen vermittelbar und mittels hinreichend guter Daten bearbeitbar sein sowie kleinräumig-regionalisiert dargestellt werden können.

12.2.2 Prägende Elemente

Für die Erstellung der Faktenchecks und den Transfer der Ergebnisse wurden Standards und Instrumente entwickelt, die weitgehend einheitlich Anwendung gefunden haben. Diese prägenden Elemente der Faktenchecks Gesundheit waren:

- **Struktur:** Ein prägendes Element bildet die Berichtsstruktur, die eine gute Nutzerführung gewährleisten und zur Wiedererkennbarkeit beitragen sollte. Folgende Bestandteile finden sich in nahezu allen Faktenchecks wieder: kurze Zusammenfassung, Problemaufriss und thematische Einführung, wesentliche methodische Aspekte, Beschreibung und Darstellung der Ergebnisse, Zusammenführung, Einordnung und Interpretation der Ergebnisse, Handlungsempfehlungen.
- **Einbindung von Reviewern:** Ein weiteres prägendes Element war die auf den jeweiligen Faktencheck abgestimmte Einbindung von Reviewern. Das sogenannte Reviewboard konnte mit Fachexperten besetzt werden, die aus unterschiedlichen Gründen und in unterschiedlicher Funktion mit dem jeweiligen Faktencheckthema verbunden sind/waren. Häufig waren dies auch führende Vertreter von Fachgesellschaften. Von diesen wurden der thematische Entwicklungsprozess und die Befundinterpretation überwiegend mit hohem Interesse und einer aus unserer Sicht überraschenden Offenheit begleitet. Die Ressourcen der Reviewer wurden gleichwohl sparsam in Anspruch genommen, was einen Beitrag zur aktiven Mitwirkung geleistet haben dürfte. Üblicherweise wurden sie in einer frühen Phase in die Hypothesenbildung eines Faktenchecks, nach dem Vorliegen erster Ergebnisse und bei der „Abnahme“ des Faktenchecks in der ersten Entwurfsversion, eingebunden.
- **Formate der Ergebnisdarstellung:** Für die Darstellung der Variationen auf regionaler Ebene wurde für die ausführlichen Druckversionen des Faktenchecks eine Systematik ausgewählt, die die Nachvollziehbarkeit auch für wenig versierte Nutzer durch Kartenabbildungen ermöglichen sollte. Üblicherweise wurden für jeden untersuchten Indikator sieben Wertklassen gebildet, denen die Kreise je nach Ausprägung zugewiesen wurden. Diese erstrecken

sich, ausgehend von einer „unteren Extremwertgruppe der Variation“ (Unterschreitung der bundesdurchschnittlichen OP-Häufigkeit/Inanspruchnahme o. Ä. um mehr als 30 %), über fünf Klassen, die sich mit gleich großen relativen Spannen von 10 % dem bundesdurchschnittlichen Wert annähern, diese in einem Range von +/-10 % umfassen und dann mit gleich großen Spannen übersteigen. Das Ergebnis von Kreisen, die der oberen Extremwertgruppe zugeordnet sind, überschreitet die bundesdurchschnittliche OP-Häufigkeit/Inanspruchnahme o. Ä. um mehr als 30 % (vgl. Abb. 12.1).

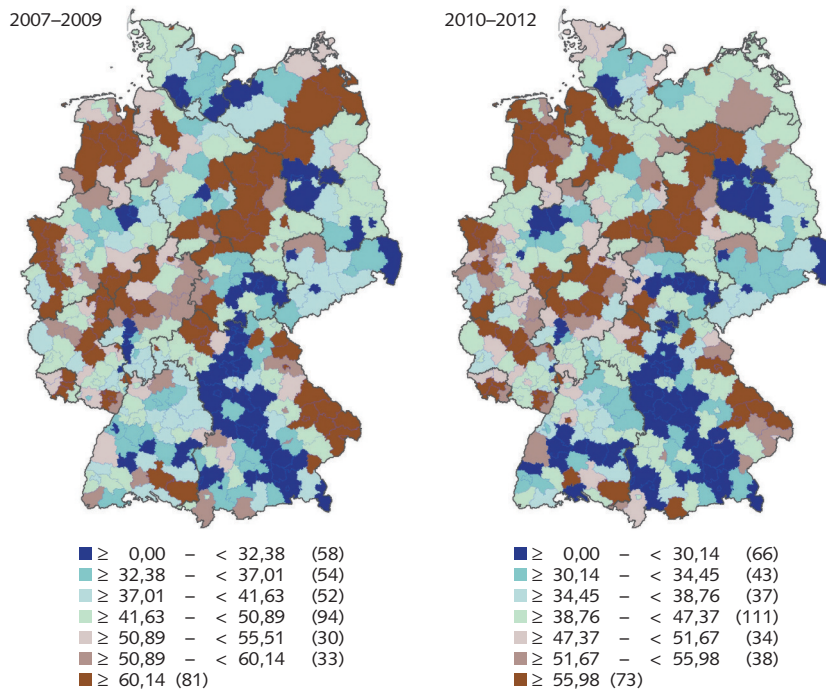


Abb. 12.1: Entfernung der Gaumenmandeln nach Kreisen je 10.000 Kinder und Jugendliche; Wohnortkreis der Patienten, Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre, direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2012 nach Alter und Geschlecht; Jahre 2007 bis 2009 (linke Karte) und Jahre 2010 bis 2012 (rechte Karte) (Grote-Westrick et al., 2015, S. 35)

Üblicherweise werden zudem die wichtigsten Kennziffern zur regionalen Variation (der gewichtete Mittelwert, der Median, die Spannweite zwischen Minimal- und Maximalwert, der Extremalquotient und der 95.-/5.-Perzentilquotient) in einem separa-

ten Tableau ausgewiesen (vgl. Tab. 12.2), um das Ausmaß der regionalen Variation in Deutschland übersichtlich erschließbar zu machen.

Tab. 12.2: Tableau der Kennziffern zur regionalen Variation am Beispiel der Entfernung der Gaumenmandeln nach Kreisen je 10.000 Kinder und Jugendliche; Wohnortkreis der Patienten, Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre, direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2012 nach Alter und Geschlecht; Jahre 2007 bis 2009 und Jahre 2010 bis 2012 (Grote-Westrick et al., 2015, S. 34)

	Jahre 2007 bis 2009	Jahre 2010 bis 2012
Mittelwert	46	43
Median	45	42
Spannweite	13–114	13–107
Extremalquotient	8,5	8,3
Perzentilquotient	2,9	3,0

Zusätzlich wurde auf einer Internet-Microsite zum jeweiligen Faktencheck ein interaktives Instrument zur Darstellung der regionalen Unterschiede auf Kreisebene angeboten (z. B. www.faktencheck-kaiserschnitt.de, 03.08.2018). Hierin sind die interessierenden Regionen frei wählbar. Die Ergebnisse für unterschiedliche Regionen können auch in einen Vergleich gestellt und somit als individuell konfektioniertes Ergebnispapier ausgedruckt werden. Insgesamt wurde ein hoher Aufwand betrieben, um auch wenig geübten Nutzern einen einfachen Zugriff auf die Regionalergebnisse zu ermöglichen.

- **Unterstützende Materialien:** In unterschiedlicher Ausprägung wurden auf den themenspezifischen Internet-Microsites der Faktenchecks ferner praktisch-lösungsorientierte Handreichungen für Patienten angeboten, die häufig speziell zu den durch die Faktenchecks aufgegriffenen Themen entwickelt wurden (Entscheidungshilfen, Checklisten, Erklär-Videos etc.) (vgl. Kap. 12.4).
- **Kommunikationsaktivitäten zur Verbreitung der Ergebnisse:** Jeder Faktencheck wurde durch eine Pressemitteilung der Bertelsmann Stiftung initial publik gemacht. Begleitet wurde die Veröffentlichung durch Social-Media-Aktivitäten und einen Newsletter. Ab dem zweiten Faktencheck wurden zentrale Aspekte jeweils auch in einem Themenblatt (später „Spotlight Gesundheit“)

als eigenständigem Transferprodukt zusammengefasst. Die Pressemitteilungen (vgl. Kap. 12.4) stießen nicht nur quantitativ auf große mediale Resonanz, sondern führten vielfach auch zu ausführlichen Berichterstattungen und Kommentierungen in überregionalen Medien. Teilweise trugen vertiefende Vor-Ort-Recherchen regionaler Medien zur Erklärung der regionalen Auffälligkeiten bei. Aus der Medienpräsenz ergaben sich vielfältige Gelegenheiten, die Ergebnisse der Faktenchecks durch Vorträge, Workshop-Teilnahmen o. Ä. weiter zu verbreiten.

12.2.3 Datenbasis

Eine der zentralen Herausforderungen im Projekt war die Erschließung des Zugangs zu Daten, mit denen das jeweilige Versorgungsthema in der erforderlichen Tiefe analysiert werden konnte. Die hierbei zu erwartenden Probleme wurden im Projektvorfeld diskutiert. Im Ergebnis wurde festgelegt, dass etwaige Allianzen mit Datenhaltern nur insoweit eingegangen werden sollten, als die Ergebnisoffenheit der Faktenchecks gewährleistet bleiben konnte. Zudem wurde entschieden, dass aus Problemen im Datenzugang resultierende Limitierungen der Analysen und/oder der Aussagekraft in der jeweiligen Konzeptionsphase der Faktenchecks intensiv eruiert werden und soweit vertretbar in Kauf genommen werden sollten. Derartige Konstellationen sollten gleichzeitig genutzt werden, um diese datenseitigen Limitierungen in den Faktenchecks gezielt zu thematisieren, was die Forderung nach einem breiteren Zugang zu existierenden Datenbeständen für Zwecke der Versorgungsforschung unterstreicht.

Rückblickend lässt sich feststellen, dass eine unerwartete Vielfalt von Datenzugängen erschlossen und für die Faktenchecks genutzt werden konnte, wenn auch nicht immer in der gewünschten Tiefe. Weitgehend standardmäßig wurden Datenbestände öffentlicher Datenhalter (insbesondere des Statistischen Bundesamts) genutzt, teilweise über detaillierende Sonderauswertungen. Intensiv wurden auch – aufgrund neuerer Veröffentlichungspflichten – von Leistungserbringern vorliegende Leistungs- und Strukturinformationen verwendet. An dieser Stelle ist herauszustellen, dass im Bereich der Krankenhausversorgung über die strukturierten Qualitätsberichte der zugelassenen Krankenhäuser (trotz aller vorhandener Limitationen) ein für andere Versorgungssektoren bislang noch unvorstellbares Maß an Transparenz

geschaffen worden ist. Routinedaten fast sämtlicher Kassenarten konnten für einzelne Faktenchecks (z. T. längsschnittlich) herangezogen werden, was auch darauf zurückzuführen sein dürfte, dass die Krankenkassen bei vielen der aufgegriffenen Versorgungsthemen durchaus ein plausibles Erkenntnisinteresse hatten/haben. Zudem konnten Datenbestände von Fachgesellschaften für Faktenchecks herangezogen werden (z. B. Datenbank „Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin im Faktencheck Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung). Für einzelne Faktenchecks (Kaiserschnitt, Gaumenmandelentfernung) wurden über Befragungen von Patienten/innen oder Bürgern/innen Datengrundlagen für die Untersuchung von Sachverhalten geschaffen, die anderweitig nicht vorlagen.

In der Gesamtschau bleibt festzustellen, dass sich das für die Faktenchecks gewählte offene Datendesign überraschend gut bewährt hat und trotz der gegebenen Beschränkungen eine Vielzahl neuer Erkenntnisse zu Versorgungssachverhalten generiert werden konnte. Die Projekterfahrung lehrt zugleich, dass für das Schmieden von immer neuen Datenallianzen erhebliche Ressourcen aufzuwenden sind. Insofern kann die das Projekt über die Jahre hinweg begleitende Forderung nach einem erweiterten Zugang zu Routinedaten für Zwecke der Versorgungsforschung klar unterstrichen werden.

12.3 Rückblick auf die Faktenchecks

Die folgenden Unterkapitel zeigen die Chronologie der Faktenchecks Gesundheit und stellen ausgewählte Ergebnisse vor.

12.3.1 Zwischen 2011 und 2017 veröffentlichte Faktenchecks

Zwischen 2011 und 2017 wurden zu zwölf Themengebieten Faktenchecks veröffentlicht. Einige Themengebiete wurden wiederholt betrachtet, stark binnendifferenziert untersucht und/oder in Modulen publiziert. Bei Einzelzählung ergibt sich eine Zahl von 18 Faktenchecks. Damit wurde die initial von der Bertelsmann Stiftung angestrebte Taktung von zwei bis drei Faktenchecks pro Jahr präzise realisiert. 11 der 18 Faktenchecks wurden in der Verantwortung des IGES Instituts – in einzelnen Fällen auch in Kooperation mit weiteren Beteiligten – erstellt.

In Tab. 12.3 ist die Faktencheck-Historie im Überblick dargestellt. Sie illustriert ein Stück weit auch, in welchem Pfad sich die Produktweiterentwicklung im Zeitverlauf vollzogen hat, um die von der Bertelsmann Stiftung verfolgten Zielstellungen (vgl. Kap. 12.1) zu erreichen. In der zweiten Projekthälfte wurden verstärkt auf versorgungsstrukturelle Ungleichgewichte zielende Faktenchecks (u. a. Ärztedichte und Bedarfsplanung, Krankenhausstruktur, Pflegepersonal im Krankenhaus) veröffentlicht. Die beiden in dieser späten Projektphase eher auf Indikationen bzw. Behandlungen ausgerichteten Faktenchecks (Palliativversorgung, Rücken) untersuchten relevante Versorgungsfragestellungen mit einem breiter ausgerichteten Ansatz. Diese Faktenchecks wurden in einzelnen abgrenzbaren Modulen erstellt und sukzessive veröffentlicht, um vergleichsweise stetig neue Befunde bereitzustellen und die Themen damit für einen längeren Zeitraum in der öffentlichen Wahrnehmung zu verankern.

Tab. 12.3: Die Faktenchecks Gesundheit der Jahre 2011 bis 2017 im Überblick (IGES, vgl. Bertelsmann Stiftung, 2015)

Faktencheck Gesundheit	Jahr
Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung – 16 ausgewählte Indikatoren*	2011
Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*	2012
Antibiotika-Verordnungen bei Kindern	2012
Knieoperationen (Endoprothetik) – Regionale Unterschiede und ihre Einflussfaktoren	2013
Entfernung der Gaumenmandeln bei Kindern und Jugendlichen*	2013
Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen	2014
Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich*	2015
Palliativversorgung	2015
Modul 1: Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren*	
Modul 2: Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung	
Modul 3: Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende	
Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte)*	
Haus-, Kinder-, Frauen- und Augenärzte	2014
HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen	2015
Faktencheck Krankenhausstruktur – Spezialisierung und Zentrenbildung*	2016

Faktencheck Gesundheit	Jahr
Bedarfsplanung Psychotherapeuten – Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze*	2016
Faktencheck Rücken	
Einstellungen, Erfahrungen, Informationsverhalten – Bevölkerungsumfrage zum Rückenschmerz	2016
Ausmaß und regionale Variationen von Behandlungsfällen und bildgebender Diagnostik	2017
Rückenschmerzbedingte Krankenhausaufenthalte und operative Eingriffe*	
Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus – Internationale Empirie und Status quo in Deutschland*	2017

* Faktenchecks Gesundheit, die durch das IGES Institut, teilweise in Kooperation mit weiteren Beteiligten, erstellt wurden

12.3.2 Ausgewählte Ergebnisse

Eine allumfassende Zusammenfassung oder auch nur ein Überblick der Ergebnisse aus den 18 Faktenchecks ist in diesem Buchbeitrag nicht möglich. Mit den in diesem Kapitel präsentierten Ergebnissen soll den Lesern vorrangig ein Eindruck von der analytischen Tiefe der Faktenchecks vermittelt werden, um bei ihnen eine erneute oder erstmalige Befassung mit den Faktenchecks anzuregen. Alle Faktenchecks stehen auf der Website der Bertelsmann Stiftung zum Download zur Verfügung (<https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/>, 07.08.2018). Das Gros der formulierten Handlungsempfehlungen zur Reduzierung unerwünschter Variation in der Gesundheitsversorgung hat nach wie vor Gültigkeit.

Der erste Faktencheck „Regionale Unterschiede in der Versorgung“ aus dem Jahr 2011 unternahm zunächst einen Problemaufriss (vgl. Kap. 12.1 und 12.2.1) und stellte 16 ausgewählte Indikatoren der Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt. Aufgrund der begrenzten Datenzugänge lag der Schwerpunkt der auf das Ausmaß der regionalen Variation hin untersuchten Indikatoren auf der Krankenhausinanspruchnahme der Bevölkerung bei ausgewählten Indikationen. Die Indikatoren – überwiegend die nach Alter und Geschlecht standardisierten Krankenhaus- oder Operationshäufigkeiten je 10.000 Einwohner auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte – konnten fast durchweg auf Grundlage von drei Jahresschnitten (2007 bis 2009) und mit Bezug auf die jeweilige Wohnbevölkerung berechnet werden. Die Methodik und die Ergebnisse wurden im Rahmen einer Veranstaltung der Bertelsmann Stiftung

präsentiert, stießen in ihrer Gesamtheit auf starkes Interesse und boten keinen Anlass für fachliche Kritik. Im Ergebnis zeigten sich nur selten überschaubare, überwiegend jedoch gravierende Unterschiede in der Krankenhausinanspruchnahme der Bevölkerung der zu diesem Zeitpunkt noch 412 Kreise und kreisfreien Städte. Besonders auffällig war die regionale Variation bei den Gaumenmandelentfernungen bei Kindern und Jugendlichen (Faktor der Variation: 8,3), den koronaren Bypass-Operationen (8,3), den Implantationen von Defibrillatoren (7,5) sowie den Entfernungen der Prostata (5,9) und des Blindarms bei Kindern und Jugendlichen (5,7) (vgl. Nolting et al., 2011).

Mit den vom IGES ausgewählten Indikatoren wurden überwiegend zentrale operative Leistungen sowohl großer (Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Orthopädie) als auch vergleichsweise kleiner Fachgebiete (Urologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) im Regionalvergleich analysiert. Auch bei den als Beispiele für eine vorrangig konservative stationäre Krankenhausversorgung in den initialen Faktencheck aufgenommenen Diagnosen (Diabetes, Depression) und einzelnen eher versorgungsstrukturellen Indikatoren (Stundenfälle im Krankenhaus, Anteil der im Krankenhaus Verstorbenen über 75 Jahren, Fachärzte für Kinder-/Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten) zeigten sich auffällige regionale Unterschiede.

Für die Indikatoren der Leistungsanspruchnahme wurde im Jahr 2015 vom IGES eine erneute Untersuchung der kleinräumigen Variation mit aktuelleren Daten (Jahre 2010 bis 2012) durchgeführt und diese mit den Ergebnissen des älteren Faktenchecks (siehe oben) verglichen. Die zentralen Ergebnisse dieser Aktualisierung belegten (vgl. Grote-Westrick et al., 2015)

- weiterhin erhebliche Unterschiede der regionalen Operationshäufigkeiten,
- zeitliche Konstanz vorgefundener Unterschiede,
- überwiegend stabile Muster der regionalen Operationshäufigkeiten,
- Identität vieler Extremwertkreise in beiden Zeiträumen.

In den deskriptiven Teilen dieses Faktenchecks zu regionalen Unterschieden im Zeitvergleich wurde herausgearbeitet, dass zwischenzeitlich auch nur wenige der im ersten Faktencheck formulierten Handlungsansätze zur Reduzierung unerwünschter Variation einer Realisierung substanziell nähergekommen waren.

Zwischen diesen beiden Übersichtsfaktenchecks wurden mehrere Faktenchecks erstellt, in denen auffällige regionale Unterschiede bzgl. der Inanspruchnahme ausgewählter Versorgungsleistungen im Detail untersucht wurden: Kaiserschnittgeburten (Kolip et al., 2012), Anwendung von Antibiotika bei Kindern (Glaeske et al., 2012), Gaumenmandelentfernungen bei Kindern und Jugendlichen (Nolting et al., 2013), Knie-Endoprothetik (Lüring et al., 2013), Diagnostik und Behandlung von Depressionen (Melchior et al., 2014). In den Folgejahren wurden verstärkt auch Faktenchecks erstellt, die sich mit Ungleichgewichten in der Versorgungsstruktur (Krankenhäuser und deren Ausstattung, Arztsitze) und mit den Optionen für deren Abstellung befassten.

Um die Anschlussfähigkeit dieses Buchbeitrags an den vorliegenden Themenband herzustellen, werden im Folgenden in aller Kürze ausgewählte Ergebnisse aus den Faktenchecks Knieoperationen (Endoprothetik) und Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte) vorgestellt.

Faktencheck Knieoperationen (Endoprothetik)

In diesem Faktencheck wurde u. a. festgestellt, dass sich die Rate der Kniegelenkersatz-Operationen auf der Ebene der Kreise um das Dreifache unterscheidet, und dass Patienten, die in Regionen mit guter sozioökonomischer Lage (geringe Deprivation) wohnen, im Verhältnis deutlich häufiger operiert werden als andere aus weniger wohlhabenden Regionen (hohe Deprivation). Diese Befunde und die ermittelten kleinräumigen Variationen der OP-Häufigkeit führten die Autoren des Faktenchecks zu folgenden Vermutungen:

„In sozio-ökonomisch schwächeren Regionen (z. B. Nordosten Deutschlands) gibt es eine Unterversorgung und eventuell auch eine geringere Nachfrage der Patienten, in wohlhabenden Regionen (z. B. Bayern) eine Überversorgung und möglicherweise stärkere Nachfrage.“ (Lüring et al., 2013, S. 5)

Angesichts dieser Unterschiede der Leistungsanspruchnahme und der Zusammenhänge mit den regionalen Ausprägungen des Deprivations-Index sei die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung kritisch zu hinterfragen und weitere Analysen erforderlich, um jeweilige regionale Einflussfaktoren und Verbesserungsmöglichkeiten zu ermitteln (vgl. Lühring, 2013).

Faktenchecks Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte)

Die beiden Faktenchecks zur regionalen Verteilung von Arztsitzen aus den Jahren 2014 und 2015 befassten sich mit den Folgen der im Jahr 2013 revidierten neuen Bedarfsplanung Ärzte (auf der Grundlage des GKV-VStG), mit der insbesondere der Ärztemangel in dünn besiedelten Regionen bekämpft werden sollte. Im Ergebnis der Faktenchecks wurde festgestellt, „(...) dass das Ziel des Gesetzgebers, für eine gerechtere Verteilung von Arztsitzen zu sorgen, weitgehend verfehlt wurde“ (Albrecht et al., 2015, S. 6). Die beiden Untersuchungen plädierten dafür, die in der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA je nach Regionstyp festgelegten Unterschiede der Verhältniszahlen (Arzt : Einwohnerzahl) aufzuheben (einheitliche Verhältniszahl) oder zumindest abzumildern, da das Festhalten der Planung an den je nach Regionstyp (Stadt – Land) unterschiedlichen Verhältniszahlen dazu führt, dass sich in der regionalen Verteilung der Arztsitze zulasten ländlicher Regionen nichts oder nur wenig ändert. Zur Kontrolle der Effekte der vorgeschlagenen Veränderung im Planungsansatz wurde durch die Autoren eine sinnvolle und pragmatische Methodik zur Bedarfsermittlung entwickelt (sogenannter Bedarfsindex), die neben der Altersstruktur weitere bedarfsbestimmende Faktoren berücksichtigt. Dies sind sozioökonomische Faktoren wie Arbeitslosigkeit und/oder die Einkommenssituation sowie Morbiditätsfaktoren wie Sterblichkeit und/oder Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung in den Planungsregionen. Bei der zusätzlichen Berücksichtigung dieser bedarfsrelevanten Kriterien zeigte sich (auch) für die Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen, HNO- und Nervenärzte ein deutliches Versorgungsgefälle zwischen dem Norden und Osten (Schleswig-Holstein, Niedersachsen, neue Bundesländer) und dem Südwesten (Baden-Württemberg, Bayern) Deutschlands (vgl. Albrecht et al., 2015).

In der Gesamtschau aller Faktenchecks kann resümiert werden, dass die in Kap. 12.2.1 vorgestellte Systematik der elf Metahypothesen – die jeweils eine Aussage zu einem abgrenzbaren Bündel von Ursachen oder Treiberfaktoren treffen, die für die Entstehung oder Unterhaltung von Fehlallokationen, Ineffizienzen oder unerwünschter Prozess- und Ergebnisvariation relevant sind bzw. sein können – sehr gut für den Aufgriff relevanter Versorgungsthemen und die Hypothesenbildung geeignet ist.

12.4 Resonanz und Wirkungsanalyse

Die Frage, wie Stiftungen den Erfolg ihrer Arbeit überprüfen, wird im gemeinnützigen Sektor zu Recht breit diskutiert. Anders als beispielsweise bei Unternehmen, die über klar definierte wirtschaftliche Erfolgsparameter verfügen und sich im Markt permanent behaupten müssen, ist es hier mitunter gar nicht so leicht zu bestimmen, inwieweit die selbst gesteckten Ziele auch tatsächlich erreicht werden. Was bei eng fokussierten Projekten noch relativ leicht fällt, wird umso schwieriger, je stärker in der Stiftungsarbeit auf grundlegende gesellschaftliche Wandlungsprozesse abgestellt wird. Zum einen vollziehen sich diese nur sehr langsam, zum anderen sind die eigenen Beiträge im Erfolgsfall kaum bestimmbar. Ungeachtet dieser Herausforderungen gehört es zum Anspruch zeitgemäßer Stiftungsarbeit, den gesellschaftlichen Nutzen des eigenen Tuns systematisch zu evaluieren.

Als operative Stiftung folgt die Bertelsmann Stiftung dem Leitbild wirkungsorientierter Stiftungsarbeit. Bei der Planung und Durchführung ihrer Projekte orientiert sie sich an einer siebenstufigen Wirkungstreppe (vgl. Abb. 12.2), die zwischen Outputs, Outcomes und Impact unterscheidet. Im Projekt Faktencheck Gesundheit war es das Ziel, eine breite Öffentlichkeit für auffällige Versorgungsmuster (regionale Unterschiede), insbesondere das Phänomen der Überversorgung zu sensibilisieren. Zum einen sollte der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient Vor-schub geleistet, zum anderen sollten Verbesserungen im Bereich der versorgungspolitischen Rahmenbedingungen angestoßen werden. In der Nomenklatur der Wirkungstreppe wurde ein Bewusstseinswandel im Sinne von „weniger ist manchmal mehr“ angestrebt, mittelbar aber auch ein verändertes Handeln, sei es bei Ärzten und Patienten oder versorgungspolitisch Verantwortlichen.

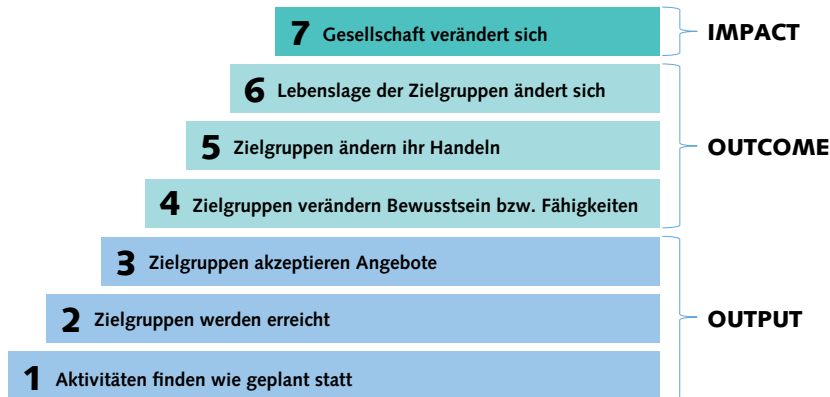


Abb. 12.2: Wirkungstreppe (vgl. Kurz/Kubek, 2017, S. 5)

Um die Ziele auf den verschiedenen Wirkungsebenen zu erreichen, setzte das Projekt anfangs auf einen relativ breiten Formatmix. Studien zu regionalen Variationen bildeten die Grundlage sowohl für die massenmediale Ansprache der breiten Öffentlichkeit als auch für die themenspezifische Fachkommunikation. Größere Veranstaltungen zu Beginn und in der Mitte des Projekts waren vor allem dazu gedacht, das politische Agenda-Setting zu unterstützen. Laienverständliche Erklärungen sowie praktische Hilfen für Patienten wurden auf themenbezogenen Infoseiten online zur Verfügung gestellt. Diese dienten nicht zuletzt als Landing Pages für die im Projekt und von anderen initiierte Medienberichterstattung. Zu den praktischen Hilfen zählten Faktenboxen, die über Nutzen und mögliche Gefahren von medizinischen Maßnahmen Auskunft geben, Erklär-Videos, aber beispielsweise auch ein Antibiotika-Pass, der über Kinder- und Jugendärzte an interessierte Eltern ausgegeben wurde. Die damit verbundenen nicht unerheblichen finanziellen und personellen Aufwände – nicht zuletzt für die notwendigen Aktualisierungen – führten dazu, dass die Themenseiten später eingestellt wurden. Auch hatte sich gezeigt, dass crossmediale Verbreitungsstrategien, z. B. über den Facebook-Account des Projektpartners Eckart von Hirschhausen, sehr viel effektiver sind.

Ob sich das praktische Geschehen in Arztpraxen oder Krankenhäusern durch das Projekt geändert hat, lässt sich aus methodischen Gründen nicht evaluieren. Ausgangspunkt für die Zielsetzungen auf der individuellen Ebene zwischen Arzt und Patient waren die Erkenntnisse des Dartmouth Atlas. Ein Großteil der regionalen Va-

riationen ist demnach in präferenzsensitiven Versorgungsbereichen zu beobachten. In diesen Bereichen kann eine Über- oder Fehlversorgung nur durch die Einbeziehung des Patienten in die Entscheidungsfindung verhindert werden. Aus den Befragungen des Gesundheitsmonitors war jedoch bekannt, dass zwei Drittel der deutschen Patienten von ihrem Arzt nicht in die Entscheidung einbezogen werden. Diese Werte sind über eine Dekade konstant; ein positiver Einfluss der Faktenchecks kann daher auf der individuellen Ebene empirisch kaum nachvollzogen werden. Wie gut die Zielgruppe „breite Öffentlichkeit“ (potenziell) erreicht wurde und inwieweit die vom Projekt ausgesendeten Botschaften auf Akzeptanz gestoßen sind, konnte hingegen mittels quantitativer und qualitativer Medienresonanzanalyse bestimmt werden. Speziell der Online-Kanal (Themenseiten) wurde über eine umfassende Webstatistik ausgewertet. Ferner wurden Einzelbelege gesammelt, die dokumentieren, welche konkreten Maßnahmen eingeleitet wurden, um die thematisierten Versorgungsdefizite zu beheben. Inwieweit sich der empirische Ausgangsbefund bzgl. unerwünschter regionaler Variationen im Zeitverlauf verändert hat, wurde durch eine Follow-up-Untersuchung (für neun Indikatoren) nach vier Jahren überprüft (vgl. Kap. 12.3.2).

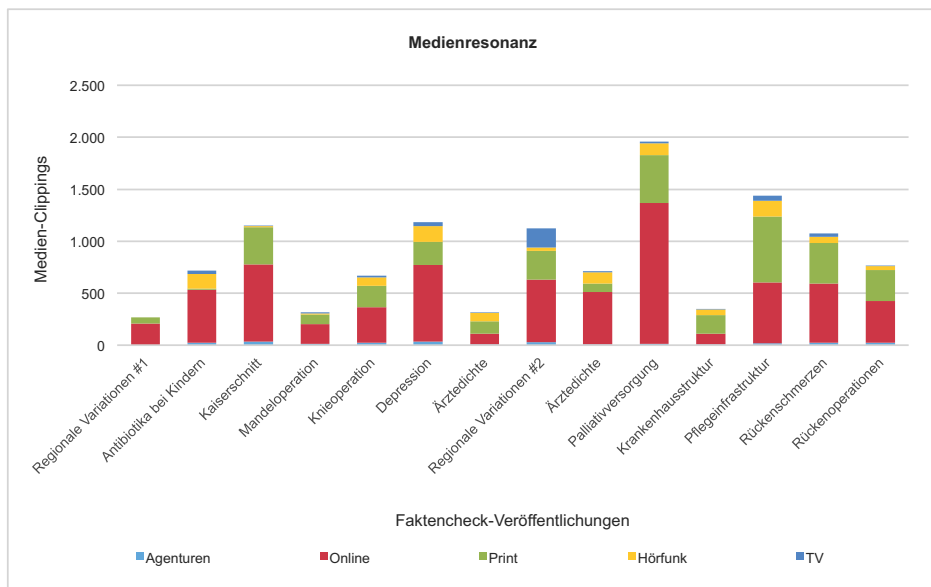


Abb. 12.3: Medienresonanz für ausgewählte Faktenchecks (vgl. Bertelsmann Stiftung, Auswertung)

Die Medienresonanzanalyse (vgl. Abb. 12.3) zeigt, dass das Thema regionale Unterschiede in der Versorgung generell auf ein hohes öffentliches Interesse stößt. Sechs von vierzehn Pressemeldungen zu einzelnen Faktencheck-Reports erzielten mehr als 1.000 Clippings – was nach den internen Maßstäben der Bertelsmann Stiftung ein starkes Medienecho darstellt. Auch wenn die Zahlen zur Berichterstattung aufgrund unterschiedlich langer Erfassungszeiträume im Nachgang zur Veröffentlichung nur eingeschränkt vergleichbar sind, lassen sich zum quantitativen Profil doch einige Ableitungen treffen: So finden auffällige Versorgungsmuster mehr Aufmerksamkeit, wenn sie sich auf Indikationen bzw. Behandlungen (z. B. Depression) beziehen. Ungleichgewichte in der Versorgungsstruktur (Arztsitze, Krankenhäuser) sind allein schon aufgrund ihrer stärker technischen Anmutung schwieriger zu vermitteln. Auch fällt hier der emotionale Faktor der individuellen Betroffenheit weniger ins Gewicht. Eine Ausnahme stellt der Faktencheck Pflegeinfrastruktur dar, was darauf zurückzuführen sein dürfte, dass das öffentliche Interesse an Pflege Themen insgesamt sehr ausgeprägt ist. Die beiden nicht-monothematischen Veröffentlichungen zu regionalen Variationen („Überblicksreports“) machen deutlich, dass die mediale Reichweite auch stark von Kontextbedingungen abhängig ist. Die deutlich höhere Berichterstattung beim zweiten Überblicksreport resultierte nicht zuletzt daraus, dass die Ergebnisse zusammen mit einer Ländervergleichsstudie in einer gemeinsamen Veranstaltung von Bertelsmann Stiftung und OECD der Öffentlichkeit vorgestellt wurden. Mit Blick auf die Wirkungsorientierung ist schließlich anzumerken, dass ein hoher Output im Sinne von Medienresonanz keinesfalls als Impact interpretiert werden darf. In vielen Fällen mag kommunikative Reichweite hilfreich sein, zur „Besserung der Dinge“ (Reinhard Mohn) beizutragen. Dass sich eine Gleichsetzung verbietet, zeigt die qualitative Auswertung der beobachtbaren Veränderungen. So korrespondiert beim Faktencheck Mandeloperation eine vergleichsweise niedrige Medienresonanz mit einer intensiven Diskussion in Fachkreisen und dem Faktum, dass im August 2015 eine neue S2-Leitlinie „Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln – Tonsillitis“ veröffentlicht wurde. Auch im Dokument „Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über Richtlinien zum Zweitmeinungsverfahren“ wird der Beschluss an mehreren Stellen unter Verweis auf die Ergebnisse des Faktenchecks Entfernung der Gaumenmandeln begründet. Das Ausmaß der regionalen Variation der Eingriffsraten ist dem Faktencheck entnommen, und selbst hinsichtlich des erwarteten Nutzens aus der Etablierung eines

Zweitmeinungsverfahrens bei Mandeloperationen wird auf die teilweise gelungene breitenwirksame Vermittlung der Thematik durch den Faktencheck verwiesen.³ Als Indikator für Projekterfolg gilt daher nicht zuletzt, wie die gesendeten Botschaften von Experten fachlich rezipiert und ob sie von verantwortlichen Akteuren praktisch aufgegriffen werden. Die vielen zustimmenden Reaktionen aus Fachkreisen und der Politik lassen den Schluss zu, dass inzwischen ein breites Problembewusstsein dafür besteht, dass es an vielen Stellen ein „Zuviel an Medizin“ gibt und auch die Versorgungsstrukturen längst nicht überall bedarfsgerecht sind. Als Belege nicht nur für positives Interesse, sondern auch für einen ausgeprägten Veränderungswillen seien hier – ergänzend zur oben genannten Leitlinie Tonsillitis und dem Zweitmeinungsverfahren Mandeloperationen – beispielhaft genannt:

- Befassungen im Sachverständigenrat Gesundheit 2011 (regionale Variationen bei medizinischen Leistungen) und 2015 (ambulante ärztliche Bedarfsplanung)
- landespolitische Initiativen zur Aufklärung und Unterstützung der natürlichen Geburt in Bremen, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen
- Befassung im Gemeinsamen Bundesausschuss 2014 (ambulante ärztliche Bedarfsplanung)
- Prüfauftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg 2014 (regionale Variationen bei medizinischen Leistungen)

Auch wenn sich empirisch während der Projektlaufzeit keine Verbesserungen hinsichtlich der diagnostizierten Ungleichgewichte in der Versorgung nachweisen lassen, ist das Projekt aus mehreren Gründen als erfolgreich zu bewerten. Erstens, weil es gelungen ist, im Rahmen der Studienreihe analytische Mehrwerte zu schaffen.

3 „Hinweise auf zu erwartenden Patientennutzen des Zweitmeinungsverfahrens: Der zu erwartende Patientennutzen beruht zunächst auf den Nutzenerwartungen des Eingriffes selbst unter Berücksichtigung von Schadensrisiken (Komplikation) die aufgrund der Erkenntnisse zu Nutzen und Schaden vorliegen. Dieser Nutzen kann nur realisiert werden, wenn eine sorgfältige Indikationsstellung erfolgt. Es ist basierend auf Ergebnissen zu den beobachteten regionalen Variationen und möglichen Anreizen zur Ausweitung der Indikationsstellung zweifelhaft, ob dies heute in der Versorgung hinreichend gelingt. Daher ist ein Patientennutzen eines Zweitmeinungsverfahrens möglich und es ergibt sich ein Hinweis auf einen solchen Nutzen. Die breitenwirksame Vermittlung der Problematik ist teilweise gelungen [Verweis auf den Faktencheck], sowohl in Bezug auf Ärzte und Ärztinnen als auch auf Patientinnen und Patienten, deren Eltern bzw. Sorgeberechtigten. Damit kann die Erwartung verbunden werden, dass das Angebot einer Zweitmeinung, welches auch die Betroffenen angemessen einbezieht, auch angenommen wird. Zugleich kann darauf verwiesen werden, dass anderweitig bisher nur wenig unternommen wurde, um der Problematik einer möglichen Indikationsausweitung zu begegnen [Verweis auf den Faktencheck].“ (G-BA, 2017, S. 52 f.)

Zweitens, weil über den bloßen Erkenntnisgewinn und hohe Akzeptanzwerte hinaus positive Effekte auch auf höheren Wirkungsebenen im Bereich der Outcomes zu beobachten waren – auf einem Niveau, das bei realistischer Betrachtung schwer zu steigern sein dürfte. Nicht zuletzt aber auch deshalb, weil drittens im Projekt jenseits der Studienformate innovative Projektansätze entwickelt und getestet wurden, die über das intern Bekannte hinausgingen und die bei vielen als Good Practice gelten. Hierzu zählt die Entwicklung von Faktenboxen mit dem Harding-Zentrum für Risikokompetenz am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin (Prof. Gigerenzer), die gemeinsam mit Dr. Eckart von Hirschhausen produzierten Erklär-Videos oder die Zusammenarbeit mit den Wissenschaftsjournalisten vom Science Media Center Germany (SMC) im Rahmen des Faktenchecks „Rückenoperationen“. Der Kooperation mit dem SMC ist es zu verdanken, dass die Botschaften aus dem Faktencheck durch die inzwischen mehrfach ausgezeichnete WDR-Reportage „Operieren und Kassieren – Ein Klinik-Daten-Krimi“ enorm verstärkt wurden.

12.5 Perspektive

Im Folgenden wird zunächst die strategische Neuausrichtung des Gesundheitsprogramms der Bertelsmann Stiftung nach dem Auslaufen des Faktencheck-Projekts beschrieben. Abschließend wird diskutiert, ob ein Qualitätsmonitor nötig ist, der mit einer regionalen und sektorenübergreifenden Ausrichtung an der Abstimmung problematischer Versorgungssachverhalten arbeitet. Wer käme für eine derartige Funktionsübernahme infrage und welche Entwicklungsnotwendigkeiten bestehen?

12.5.1 Time for change

Der Faktencheck Gesundheit hat über sieben Jahre aufgezeigt, dass die Gesundheitsversorgung in Deutschland an vielen Stellen am medizinischen Bedarf vorbeigeht. Ein Projektstrang thematisierte medizinisch nicht erklärbare Leistungsmengen, ein zweiter, der später eröffnet wurde, Defizite bei der Anbieterstruktur. Das Projekt war zum einen durch eine große thematische Breite gekennzeichnet, zum anderen sollten mit der Entwicklung von Entscheidungshilfen auch praktische Beiträge zur Lösung der aufgezeigten Probleme geleistet werden. Das führte zu der Entscheidung, die verschiedenen Handlungsstränge nach Auslaufen des zweiten dreijährigen Projektturnus im Kontext des Gesundheitsprogramms der Bertelsmann Stiftung anders zu

ordnen und strategisch neu auszurichten. Der Handlungsstrang, der auf eine mangelhafte Indikationsqualität und die Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient abgestellt hat, wird seit Mitte 2017 unter dem Projekttitel „Patient mit Wirkung“ weiterverfolgt. Ziel ist es hier, die partizipative Entscheidungsfindung im Versorgungsalltag zu verankern. Im Zentrum steht nicht mehr, Awareness für das Phänomen unnötiger medizinischer Leistungen zu schaffen, sondern einer existierenden Problemlösungsstrategie Vorschub zu leisten. Verfolgt wird ein Mehr-Ebenen-Ansatz, der von den Rahmenbedingungen (z. B. Vergütung) bis hin zum Empowerment von Ärzten und Patienten (z. B. Mediziner Ausbildung, Choosing Wisely) reicht. Den Erkenntnissen aus fast allen Faktenchecks folgend, wurde im Jahr 2018 mit dem Projekt „Gesundes System“ ein Baustein definiert, der den notwendigen Umbau der Krankenhauslandschaft unterstützen soll. Die Aktivitäten hier gründen auf dem gesundheitswissenschaftlichen Befund, dass der Abbau von Überkapazitäten und eine gezielte stationäre Zentrenbildung sowohl der empirisch nachgewiesenen Tendenz zur Überversorgung entgegenwirken als auch die angespannte Situation im Bereich der Personalressourcen (Pflegekräfte, Ärzte) entschärfen können. Geplant ist, ein konzeptionelles Zielbild zu entwickeln, an dem sich die qualitätsorientierte Krankenhausplanung orientieren kann. Teil des Wirkungsmodells des Faktencheck-Projekts war es von Anbeginn, die Akteure vor Ort zur kritischen Auseinandersetzung mit den identifizierten regionalen Auffälligkeiten zu bewegen. Dabei spielt der Regionaljournalismus eine bedeutsame Rolle. So ließ sich im Projekt immer wieder beobachten, dass durch gezieltes journalistisches Nachfassen eine öffentliche Diskussion darüber angestoßen wurde, wie die Versorgungssituation zu beurteilen und ggf. zu verbessern sei. Zur Verstetigung des Projektansatzes wird deshalb die beim Faktencheck Rückenoperationen erfolgreich erprobte Kooperation mit dem SMC in Köln nach Auslaufen des Faktencheck-Projekts (in modifizierter Form) fortgeführt. Diese von der Klaus Tschira Stiftung geförderte Initiative hilft Journalisten u. a. durch das Bereitstellen von Faktensammlungen und die Vermittlung von einschlägigen Expertenkontakten. Da seitens der Bertelsmann Stiftung in nächster Zeit keine eigenen Studien zur Analyse des medizinischen Leistungsgeschehens geplant sind, konzentriert sich die weitere Zusammenarbeit auf die fachliche und finanzielle Unterstützung der datenanalytischen Grundlagenarbeit und Service-Funktion des SMC. Inwieweit sich auf dieser Basis auch künftig noch Synergien bei der Kommunikation gemeinsamer Botschaften realisieren lassen, wird sich zeigen.

12.5.2 Lückenschluss offen

Die mit dem Faktencheck verfolgten Zielstellungen sind und bleiben aktuell. Eine kontinuierlich kleinräumige Befassung insbesondere mit Über- und/oder Fehlversorgungssachverhalten dürfte in Verbindung mit der Weiterentwicklung und Gestaltung der Angebots- und Vertragsstrukturen auch weiterhin angeraten sein. Die von der regionalen Variationsforschung verwendeten Kennzahlen stellen populationsbezogene Indikatoren dar, die sich auf die Gesundheit von regional abgegrenzten Wohnbevölkerungen beziehen (sogenannte Area-Indikatoren). Area-Indikatoren finden in Deutschland im Kontext der offiziellen Qualitätssicherung bislang kaum Berücksichtigung. Die Faktenchecks Gesundheit haben wichtige Impulse für einen diesbezüglichen Perspektivwechsel geleistet, ohne eine – auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen geforderte (vgl. SVR Gesundheit, 2010, 2012) – Entwicklung solcher Indikatoren erkennbar forcieren zu können. Area-Indikatoren besitzen im Hinblick auf die regionale Kooperation der Leistungserbringer und die Koordination der Versorgung besondere Relevanz, da sie die Frage der angemessenen Indikationsstellung forcieren und gleichzeitig die Leistungsfähigkeit ganzer Versorgungsketten und -strukturen abbilden können (vgl. Nolting, 2015). Damit dürften sie insbesondere bzgl. der in Deutschland nach wie vor in den Kinderschuhen steckenden sektorenübergreifenden Qualitätssicherung über erhebliches Potenzial verfügen. In vielen der indikationsorientierten Faktenchecks Gesundheit wurden solche Area-Indikatoren implizit in einer Vorform entwickelt. Elemente der Eruiierung von Verantwortlichkeit für deutlich überdurchschnittliche Operationshäufigkeiten in den indikationsspezifischen Versorgungsketten wurden und werden durch die Bertelsmann Stiftung weiter erprobt/gefördert (vgl. Kap. 12.5.1). Da die Bewertung der Leistungsfähigkeit von Versorgungsketten und -strukturen nicht systematisch erfolgt, wird besonderes Potenzial bei der „Qualifizierung“ der auf solche Auffälligkeiten ausgerichteten Recherchen bzw. Aktivitäten von Medienschaaffenden gesehen, wie sie im Artikel „Das Pech der Kinder von Delmenhorst“ (vgl. Wolschner, 2014) vorexerziert wird. Dieser zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Buchbeitrags noch immer abrufbare Artikel aus dem Jahr 2014 schildert eindrucksvoll die Problematik fehlender lokaler Zuständigkeiten für eine sehr wahrscheinliche Überversorgungskonstellation. Ausgangspunkt der Recherche war die im Faktencheck Gaumenmandeloperationen festgestellte deutlich überdurch-

schnittliche Tonsillektomie-Rate bei Kindern und Jugendlichen aus dem Kreis Delmenhorst. Die Vor-Ort-Recherche zeigte, dass Leistungserbringer, Kostenträger und Ärztekammer mit der Frage der Problemadressierung oder allein schon mit der Verantwortungsübernahme für die Initiierung eines Prozesses der Ursacheneruierung (zunächst) überfordert sind oder an diesem kein oder nur geringes Interesse haben. Die im Artikel gut herausgearbeitete Defensivkonstellation dürfte in Deutschland die Regelkonstellation darstellen, nicht zuletzt, weil eine stringente Befassung mit Über- oder Fehlversorgung von den oben genannten Stakeholdern kaum geübt ist und weder Handlungsanleitungen noch Vorgaben hierfür existieren. Zudem ist ein nachdrückliches Engagement in diesem Themenfeld für den die lokale Aufklärung vorantreibenden Akteur mit einem erheblichen Risiko behaftet. Dies nicht zuletzt, weil er – ggf. ohne zeitnah sichtbare Besserung – die Befassung mit einem nur für einen überschaubaren Teil der Bevölkerung relevanten Versorgungsthema vorantreiben muss, was bei relevanten lokalen Akteuren Unruhe und die Aktivierung von mannigfaltigen Abwehrmechanismen auslösen und mit hoher Wahrscheinlichkeit zu konfliktträchtigen Situationen führen wird, die nicht immer zweifelsfrei auflösbar sind. Allerdings braucht es genau solches Engagement sowie eine Position, die die erforderliche Hartnäckigkeit und Unabhängigkeit sichert, um die über Jahre oder Jahrzehnte hinweg gewachsene Praxis in regionalen Versorgungsbiotopen zu hinterfragen und Modelle einer ggf. vergleichsweise risikoarmen Erwirtschaftung von Gewinnen zulasten der Bevölkerung/des Patienten ins Wanken zu bringen. Die inzwischen in dem von den Faktenchecks vorrangig adressierten Krankenhaussektor erreichte Dramatik der Situation wird in der Entschließung des 121. Deutschen Ärztetages zur Drucksache Ic-45 eindrücklich deutlich. Hierin heißt es:

„Über- und Unterversorgung ebenso wie die unzureichende Personalausstattung in der Patientenversorgung zeigen, dass es zu einem vertauschten Zweck-Mittel-Verhältnis gekommen ist. Zweck des Gesundheitssystems sollte die bestmögliche medizinische Versorgung der Bevölkerung unter Wahrung der Ressourcenallokation sein. Ärzte und Pflege werden aber zunehmend als Produktionsmittel instrumentalisiert und können ihren eigentlichen Auftrag am Patienten nicht mehr angemessen erfüllen. (...) Die Ökonomie darf nicht in der Krankenhausversorgung als Selbstzweck im Vordergrund stehen. Die Behandlung kranker Menschen wird zunehmend zu einem Mittel, um Umsatzrendite zu erreichen. Krankenhäuser sind aber keine Profitcenter, sondern Teil der staatlichen Daseinsvorsorge. Deshalb sollte die Gewinnausschüttung von Krankenhäusern an Anteilseigner gesetzlich reguliert werden.“ (BÄK, 2018, S. 174)

Die eben skizzierte Funktion eines Qualitätsmonitors mit regionaler, aber sektorenübergreifender Perspektive ist in Deutschland bislang keinem Akteur zugewiesen und kann auch durch eine noch so engagierte Medienlandschaft nicht flächendeckend verlässlich übernommen werden. Es ist nicht sichtbar, dass die aktuellen und die perspektivisch angedachten Qualitätssicherungslogiken in absehbarer Zeit die Stärkung einer solchen Funktionsübernahme durch regional orientierte Akteure ermöglichen werden.

Bei dieser Ausgangslage stellt sich die Frage, welche der bislang eher defensiv aufgestellten Systemakteure in diese Funktion hineinwachsen könnten/sollten. Eine mögliche Perspektive ist die stärkere Einnahme einer Public-Health-Perspektive durch die Länder und die Ausrichtung verstärkt koordinierter Aktivitäten zur Abstellung von Über-, Unter- und Fehlversorgungssachverhalten in einem zu kodifizierenden Zusammenspiel mit Kostenträgern, Verbänden von Leistungserbringern und den Systemnutzern. Dass diese Perspektive als bundesweit einheitlicher Weg eher unrealistisch ist, ergibt sich allein schon aus den höchst heterogenen krankenhausplanerischen Aktivitäten und den geringen Steuerungsmöglichkeiten der Länder in den übrigen Sektoren. Die Aufgabenzuweisung und die Möglichkeiten der gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V sind bislang begrenzt. Eine andere mögliche Perspektive ist die stärkere Kommunalisierung der Einflussnahme auf Versorgung und Qualität, wie sie sich in ersten Regionen Deutschlands in einer Professionalisierung der Public-Health-Kompetenz auf kommunaler Ebene abzeichnet (z. B. Kommunale Gesundheitskonferenz des Landkreises Reutlingen, <http://www.kreis-reutlingen.de/gesundheitskonferenz>, 03.08.2018). Einer Überweisung der oben beschriebenen Verantwortung an die Kommunalverwaltung und deren Dienste (z. B. den öffentlichen Gesundheitsdienst – ÖGD) müssten mindestens folgende drei grundlegenden flächendeckenden Veränderungen vorausgehen:

- 1) angemessene personelle und sächliche Ausstattung des ÖGD
- 2) deutliche Erweiterung der derzeitigen inhaltlichen Ausrichtung und der Verantwortung des ÖGD
- 3) eindeutiges und abgesichertes Mandat zur Führungsübernahme bei der Aufklärung von Über-, Unter- und Fehlversorgungssachverhalten in Verbindung mit der Verpflichtung der Leistungserbringer, auf diesbezügliche Anfragen des ÖGD adäquat zu reagieren

In beiden Konstellationen müssen die Prozesstreiber über ein verlässliches Berichtswesen kontinuierlich über Auffälligkeiten in einem breit ausgerichteten Set von Area-Indikatoren informiert werden, um den Fokus neuer Aktivitäten und die Nachsteuerung bei bereits behandelten Versorgungsthemen gezielt ausrichten zu können.

Auch die Aufgabe, ein derartig verlässliches Berichtswesen zu entwickeln und zu betreiben, ist weder zugewiesen noch definiert. Die Indikatoren eines solchen Berichtswesens sind nicht festgelegt. An dieser Stelle haben sowohl die indikations-spezifischen als auch die auf Versorgungsstrukturen ausgerichteten Faktenchecks wichtige Entwicklungsarbeit geleistet und bei begrenzten Ressourcen erstaunliche Impulse setzen können. Es ist offen, ob und wer bereit ist, die mit Auslaufen der Faktenchecks Gesundheit bei den untersuchten Versorgungsthemen entstehende Lücke zu füllen. Soweit für die Autoren ersichtlich, ist der Lückenschluss weder durch das nationale Gesundheitsportal geplant, noch durch existierende Versorgungsatlanten (z. B. Versorgungsatlas des ZI), die Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene oder die hierzu in unterschiedlichen Qualitäten auf Länderebene auch mit kleinräumiger Ausrichtung bestehenden Informationsportale etc. zu erreichen. Eine andere Perspektive stellt die Entwicklung und Implementierung von Steuerungsansätzen dar, die zur Reduzierung von Versorgungsineffizienzen beitragen, indem sie die Versorgungernetzwerke fokussieren, die durch ihre medizinischen Entscheidungen zu einer mehr oder weniger effizienten Versorgung beitragen. Ansätze zu einem selektiven Kontrahieren mit Leistungserbringern, die Verantwortung sowohl für die medizinischen als auch ökonomischen Versorgungsergebnisse übernehmen (Accountable Care Organizations) – also eines Paradigmenwechsels von der Geografie hin zur Untersuchung von regional ausgerichteten (sektorübergreifenden) Versorgungernetzwerken –, sind zwar in der deutschen Forschung zu beobachten, bis auf wenige Ausnahmen aber in der Praxis nicht sichtbar (vgl. Nolting, 2018). Selbst wenn es in den kommenden Jahren überraschenderweise zu einer breiteren Etablierung solcher Steuerungsansätze in der Fläche kommen sollte, werden zumindest für die Bewertung des Ausgangsniveaus der Versorgungslage in den Netzwerken Orientierungswerte benötigt, wie sie mit den Faktenchecks Gesundheit in vielen der bearbeiteten Themenfeldern bereitgestellt worden sind.

Literatur

- Albrecht, M./Etgeton, S./Ochmann, R. (2015). *Faktencheck Gesundheit: Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte) – HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- BÄK – Bundesärztekammer (2018). *Beschlussprotokoll des 121. Deutschen Ärztetages*. Stand vom 15.05.2018. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf (21.05.2018).
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015). *Unsere Faktenchecks*. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/> (07.08.2018).
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2017). *Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über Richtlinien zum Zweitmeinungsverfahren vom 21. September 2017*. www.g-ba.de/downloads/40-268-4747/2017-09-21_Zm-RL_Erstfassung-Richtlinie_TrG.pdf (21.05.2018).
- Glaeske, G./Hoffmann, F./Koller, D./Tholen, K. et al. (2012). *Faktencheck Gesundheit: Antibiotika-Verordnungen bei Kindern*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Grote-Westrick, M./Zich, K./Klemperer, D./Schwenk, U. et al. (2015). *Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- IGES Institut (Hrsg.) (2011). *Machbarkeitsstudie zum Faktencheck Gesundheit*. Unveröffentlicht.
- Kolip, P./Nolting, H. D./Zich, K. (2012). *Faktencheck Gesundheit: Kaiserschmittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Kurz, B./Kubek, B. (2017). *Kursbuch Wirkung – Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen*. 4. Auflage, Berlin: PHINEO gAG.
- Lüring, C./Niethard, F.-U./Günther, K.-P./Schäfer, T. et al. (2013). *Faktencheck Gesundheit: Knieoperationen (Endoprothetik) – Regionale Unterschiede und ihre Einflussfaktoren*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Melchior, H./Schulz, H./Härter, M. (2014). *Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Nolting, H.-D./Zich, K./Deckenbach, B. (2013). *Faktencheck Gesundheit: Entfernung der Gaumenmandeln bei Kindern und Jugendlichen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Nolting, H.-D./Zich, K./Deckenbach, B./Gottberg, A. et al. (2011). *Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Nolting, H.-D. (2018). *Regionale Variationen von Leistungsausgaben und -inanspruchnahme. Deutschland*. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, 18 (1), S. 18–25.
- Nolting, H.-D. (2015). *Regionale Variationen: Stand und Nutzungsperspektive in Deutschland*. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, 15 (2), S. 16–22.
- SVR Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). *Sondergutachten 2012 – Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*. Göttingen: Hans Huber.
- SVR Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010). *Sondergutachten 2009 – Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Band I + II, Baden-Baden: Nomos.

Wolschner, K. (2014). *Das Pech der Kinder von Delmenhorst*. Welt am Sonntag, 21.09.2014.
<https://www.welt.de/print/wams/politik/article132450900/Das-Pech-der-Kinder-von-Delmenhorst.html> (03.08.2018).

Autoren und Autorinnen

Prof. Dr. Birgit Babitsch

Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin; Professorin für New Public Health an der Universität Osnabrück; derzeit auch Institutsdirektorin und Studiendekanin des Instituts für Gesundheitsforschung und Bildung sowie Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der BZgA und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen; Arbeitsschwerpunkte: Soziale Ungleichheit und Heterogenität, Kinder- und Jugendgesundheit, Gesunde Lebenswelten, Kompetenzentwicklung, Sicherheitskultur, Nachhaltigkeit und Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Dr. Ullrich Bauer

Professor für Sozialisationsforschung an der Fakultät für Erziehungswissenschaft und Leiter des Zentrums für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI) der Universität Bielefeld; Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte sind die Sozialisations-, Ungleichheits-, Bildungs- und Gesundheitskompetenzforschung.

PD Dr. Neeltje van den Berg

Versorgungsepidemiologin und Geografin; seit 2005 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald; seit 2011 hier Stellvertreterin der Abteilungsleitung; Leiterin des Forschungsbereichs Innovative Versorgungskonzepte und Regionale Versorgung und den Integrierten Funktionsbereich Telemedizin (IFT); Forschungsschwerpunkte: regionale Versorgung, bevölkerungsbezogene Interventionen, geografische Analysen, die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von innovativen Versorgungskonzepten sowie telemedizinische Projekte.

Angelika Beyer (M. Sc.)

Studium im Fach „Health Care Management“; seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universitätsmedizin Greifswald im Institut für Community Medicine (Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health); seit 2015 in verschiedenen Projekten zur Versorgungsforschung tätig: Erstellung einer bundesweiten Expertise zur medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Verbesserung der flächendeckenden medizinischen Versorgung durch innovative Versorgungskonzepte (wie bspw. die Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Gesundheitsberufe, Telemedizin, sektorenübergreifende Kooperationen).

Stefan Bräunling (MPH)

Dipl.-Psychologe; seit 2008 Mitarbeiter bei Gesundheit Berlin-Brandenburg; Leiter der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit; 2015–2017 Koordination des Projekts „Gesundheit leben“.

Prof. Dr. rer. pol. Mirella Cacace

Seit September 2018 Professorin für Gesundheitssystemgestaltung und Gesundheitspolitik an der Katholischen Fachhochschule in Freiburg. Zusätzlich leitet sie ein Projekt zu den Gesundheitssystemen Mittel- und Osteuropas im DFG-geförderten Sonderforschungsbereich 1342 „Globale Entwicklungen von Sozialpolitik“ der Universität Bremen. Zwischen 2016 und 2018 war Mirella Cacace Professorin für Gesundheitsökonomie, insbesondere internationale Gesundheitssysteme an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft. Auslandsaufenthalte führten Mirella Cacace zunächst an die Columbia University in New York. Als Stipendiatin des Commonwealth Fund erforschte sie hier international vergleichend, wie gerecht es bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Kanada, Deutschland und USA zugeht. In ihrer außerakademischen Laufbahn war sie u. a. als Analyst und Consultant bei der RAND Corporation in Cambridge (UK) und bei der Prognos AG in Berlin/Potsdam beschäftigt. Mirella Cacace studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität Freiburg und promovierte an der Universität Bremen mit einer Arbeit zum Wandel im US-amerikanischen Gesundheitssystem.

Jonas Czwikla

Studium der Gesundheitswissenschaften mit den Schwerpunkten „Versorgungsforschung und Gesundheitssystem“ sowie „Gesundheitsplanung und -management“ an der Universität Bremen; seit 2015 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik tätig; Arbeitsschwerpunkt: Möglichkeiten und Grenzen der Forschung anhand von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung; maßgeblich an der Antragsstellung des Projekts „Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen (MVP-STAT)“ beteiligt gewesen.

Dr. Dina Frommert

Studium der Soziologie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und der University of Cape Town; Promotion an der Universität Duisburg-Essen; zurzeit bei der Deutschen Rentenversicherung Bund im Geschäftsbereich Forschung und Entwicklung tätig und Betreuerin der Studie „Lebensverläufe und Altersvorsorge (LeA)“.

Lisa Galler (M. A.)

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt ROSE an der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Osnabrück.

Dr. Christine Hagen

Studium der Soziologie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt a. M.; Promotion im Sonderforschungsbereich 186 ‚Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf‘ an der Universität Bremen; berufliche Tätigkeit im Landesgesundheitsamt und Sozialministerium des Landes Brandenburg sowie im Robert Koch-Institut; aktuell wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle für die Altersberichte der Bundesregierung im Deutschen Zentrum für Altersfragen.

Prof. Dr. Susanne Hartung

Gesundheitswissenschaftlerin und Soziologin, Professorin für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten an der Hochschule Neubrandenburg. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten, Kommunale Gesundheitsförderung, Partizipative Sozial- und Gesundheitsforschung, Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung.

Kerstin Herrler (M. Sc.)

Studium im Fach Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth im Jahr 2017; seitdem wissenschaftliche Mitarbeiterin am Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in Nürnberg im Sachgebiet „Gesundheitssystemanalyse, Gesundheitsregionenplus, Versorgungsforschung (GE6)“.

Dr. Ralf Himmelreicher

Elektriker; Studium der Soziologie und Volkswirtschaftslehre an der FU Berlin; Promotion zum Dr. rer. pol. an der Universität Bremen; Habilitation am Fachbereich Politik- und Sozialwissenschaften an der FU Berlin; nach Stationen unter anderem am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen sowie beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, zuletzt für den Aufbau des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung bei der Deutschen Rentenversicherung Bund in Berlin verantwortlich; aktuell Senior Researcher in der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sowie Privatdozent am Institut für Soziologie der FU Berlin.

Wolfgang Hoffmann (MPH)

Leiter der Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health und Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine an der Universitätsmedizin Greifswald; 1995 Master of Public Health (MPH) an der University of North Carolina, USA; 2002 auf eine Stiftungsprofessur des BMBF und zwei Jahre später auf eine ordentliche Professur für Versorgungsepidemiologie und Community Health an der Universitätsmedizin Greifswald berufen; Forschungsschwerpunkte: bevölkerungsbezogene Intervention und Prävention, innovative Versorgungskonzepte, regionale Versorgung und zentrales Daten- und Qualitätsmanagement.

Prof. Dr. Alfons Holleederer

Seit 2011 leitender Medizinaldirektor für das Sachgebiet „Gesundheitssystemanalyse Gesundheitsregionen plus, Versorgungsforschung (GE6)“ am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) in Nürnberg; Promotion im Lehrgebiet „Public Health“ an der Universität Bielefeld; Habilitation an der Universität Bremen; seit Januar 2017 Professor an der medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Wiebke Hübner

Soziologin; wissenschaftliche Mitarbeiterin am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS); Arbeitsschwerpunkte: Integrationsforschung, Migration und Gesundheit.

Holger Kilian (MPH)

Dipl.-Soziologe; seit 2002 Mitarbeiter bei Gesundheit Berlin-Brandenburg, in der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit zuständig für das Thema Qualitätsentwicklung mit Schwerpunkt auf den Good-Practice-Kriterien des Verbunds; in der Potsdamer Geschäftsstelle Leiter der Fachstelle Gesundheitsziele im Land Brandenburg.

Dr. Benjamin Kuntz

Studium im Fach Public Health in Bielefeld; derzeit wissenschaftlicher Mitarbeiter am Robert Koch-Institut im Fachgebiet Soziale Determinanten der Gesundheit.

PD Dr. Thomas Lampert

Studium der Soziologie, Psychologie und Statistik an der Freien Universität Berlin; Promotion zum Dr. PH an der Technischen Universität Berlin; Habilitation zum Dr. habil. an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig; Fachgebietsleiter Soziale Determinanten der Gesundheit am Robert Koch-Institut in Berlin.

Prof. Dr. Markus Lungen

Professor für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Gesundheitsökonomie, an der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Osnabrück.

Hans-Dieter Nolting

Diplom-Psychologe; Studium der Psychologie und Philosophie in Berlin und Bordeaux; Geschäftsführer des IGES Instituts und seit 1991 dort tätig; von 1986 bis 1991 wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamts (Robert Koch-Institut).

Orkan Okan

Erziehungswissenschaftler mit dem Schwerpunkt Bildungs-, Sozialisations- und Gesundheitsforschung im Kindes- und Jugendalter; Doktorand an der Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld und dort seit dem Frühjahr 2015 Forscher am Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI); wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektmanager im BMBF-geförderten nationalen Forschungsverbund „Health Literacy in Childhood and Adolescence (HLCA)“; gegenwärtige Forschungsaktivitäten umschließen Health-Literacy-bezogene Politikfeldanalysen und Förderung der Health Literacy in der Kindheit und Jugend.

Dr. Paulo Pinheiro

Seit 2014 an der Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld tätig; Forschungsschwerpunkte umspannen u. a. schulische Gesundheitsförderung und Inklusion sowie Health Literacy; aktuell Koordinator für den Standort Bielefeld für die laufenden Projektaktivitäten im Rahmen der BMBF-Verbundvorhaben „Health Literacy in Childhood and Adolescence“ (HLCA) und „Schule tatsächlich inklusiv – Evidenzbasierte modulare Weiterbildung für praktizierende Lehr- und andere pädagogische Fachkräfte“ (StiEL).

Prof. Dr. Johanne Pundt (MPH)

Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin, nach wissenschaftlichen Tätigkeiten an der TU Berlin und der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, seit 2009 Dekanin an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen und seit 2017 Präsidentin der APOLLON Hochschule; Arbeitsschwerpunkte: Berufs-, Professions- und Bildungssoziologie bezogen auf das Gesundheitswesen, Human Resource Management und Themen zu Bedarfen im Bildungsbereich der Gesundheitswirtschaft sowie zu Qualifizierungspotenzialen und Arbeitsgestaltungen.

Svenja Rostosky (M. A.)

Studium im Fach „Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung“ an der Hochschule Magdeburg-Stendal; 2016–2017 Praktikantin bei Gesundheit Berlin-Brandenburg im Projekt „Gesundheit leben“; 2017–2018 studentische Mitarbeiterin bei Gesundheit Berlin-Brandenburg in der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit; seit Oktober 2018 Mitarbeiterin der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung.

Annika Schmidt (M. A.)

Nach ihrer Ausbildung zur Krankenschwester und Rettungsassistentin mehrere Jahre in der stationären Langzeitpflege sowie im Rettungsdienst tätig; nach dem Bachelorstudium „Gesundheits- und Pflege-management“ sowie dem Masterstudium „Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen“, seit 2014 in verschiedenen Forschungsprojekten der pflegewissenschaftlichen Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen tätig; seit 2017 ebenfalls im Projekt „Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen“ (MVP-STAT).

Claudia Schmidtke (B. A.)

Studium der Sozialwissenschaften in Hannover; derzeit im M. Sc. in Public Health an der Berlin School of Public Health; seit 2017 studentische Mitarbeiterin am Robert Koch-Institut im Fachgebiet Soziale Determinanten der Gesundheit.

Annett Schmok (M. A.)

Dipl. Sportwissenschaftlerin; Masterstudium im Fach Gesundheitsförderung und -management in Europa; seit 2009 Mitarbeiterin bei Gesundheit Berlin-Brandenburg; seit 2013 Leiterin der Landeskoordinierungsstelle Netzwerk Gesunde Kinder.

Uwe Schwenk

Diplom-Ökonom; nach beruflichen Stationen als volkswirtschaftlicher Referent, Interims-Manager und Berater; 2004 Wechsel zur Bertelsmann Stiftung; seit 2008 zum Führungskreis gehörend und verantwortlich für das Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“.

Dr. Maike Schulz

Im Rahmen ihrer Dissertation Beschäftigung mit der Gesundheitsversorgung älterer Menschen und Untersuchung des Einflusses des Bildungshintergrunds und des Gesundheitssystems auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen anhand von europäischen Daten; 2014–2017 Forschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen zum Zusammenhang der Wohnumgebung und der Gesundheit und Verfassung zwei systematischer Reviews; seit 2017 am SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen im Projekt „Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen“ (MVP-STAT) tätig.

Prof. Dr. Jacob Spallek

Gesundheitswissenschaftler und Epidemiologe; Professor für Gesundheitswissenschaften an der Brandenburgischen TU in Senftenberg; Arbeitsschwerpunkte: gesundheitliche Ungleichheit, Sozialepidemiologie, Migration und Gesundheit und Versorgungsforschung.

Dipl.-Geogr. Ulrike Stentzel

seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald; tätig in der Arbeitsgruppe „Innovative Versorgungskonzepte und Regionale Versorgung“; Arbeitsschwerpunkte: geografische Analysen in der Versorgungsforschung – hier vor allem Erreichbarkeitsstudien – und innovative Versorgungskonzepte (Schwerpunkt auf E-Health und Telemedizin, wie bspw. die Entwicklung und Evaluation von verschiedenen telemedizinischen Betreuungskonzepten für psychiatrische Patienten).

Chrysanthi Tsiasioti (M. A.)

Diplomstudium der Volkswirtschaftslehre an der Freien Universität Berlin; Masterstudium Statistik an der Humboldt-Universität Berlin; seit 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO); Arbeitsschwerpunkte: Datenanalysen, Versorgungsforschung mit Routinedaten im Bereich Pflege und mit Schwerpunkt auf Arzneimittelversorgung, ambulant-ärztliche und rehabilitative Versorgung; maßgeblich an den Analysen zur aktuellen Versorgungssituation mit AOK-Routinedaten des Projekts „Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen (MVP-STAT)“ beteiligt gewesen.

Prof. Dr. med. Hajo Zeeb

Epidemiologe und Mediziner; Professor für Epidemiologie an der Universität Bremen und Leiter der Abteilung Prävention und Evaluation am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS); Lehrender an der APOLLON Hochschule mit Schwerpunkt Empirische Sozialforschung; Arbeitsschwerpunkte: Sozialepidemiologie, Umweltepidemiologie und Evidenzbasierung von Public Health.

Karsten Zich

Diplom-Kaufmann; nach universitärer Tätigkeit und zweieinhalb Jahren im Controlling eines Berliner Krankenhauses seit 2000 im IGES Institut tätig; hier als Senior Projektleiter im Geschäftsbereich Qualität – Evaluation – Reporting u. a. verantwortlich für die Realisierungsstudie und die Erstellung mehrerer Faktenchecks Gesundheit der Bertelsmann Stiftung.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 0.1:	Zusammenhang sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit	14
Abb. 0.2:	Soziale Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit	18
Abb. 1.1:	Median-Anwartschaften von Frauen und Männern in West- und Ostdeutschland beim Rentenzugang in Entgeltpunkten und Gender Pension Gap (GPG) in Prozent	37
Abb. 1.2:	Hohe (P80) und niedrige (P20) Anwartschaften von Frauen und Männern in Westdeutschland beim Rentenzugang in Entgeltpunkten und Gender Pension Gaps (GPG) in Prozent	38
Abb. 1.3:	Hohe (P80) und niedrige (P20) Anwartschaften von Frauen und Männern in Ostdeutschland beim Rentenzugang in Entgeltpunkten und Gender Pension Gaps (GPG) in Prozent in Ostdeutschland	39
Abb. 1.4:	Reale Höhe der Alterseinkünfte nach GRV-Quintilen von Männern in Westdeutschland im Rentenzugang in Euro in Preisen von 2011	41
Abb. 1.5:	Reale Höhe der Alterseinkünfte nach GRV-Quintilen von Frauen in Westdeutschland im Rentenzugang in Euro in Preisen von 2011	42
Abb. 1.6:	Reale Höhe der Alterseinkünfte nach GRV-Quintilen von Männern in Ostdeutschland im Rentenzugang in Euro in Preisen von 2011	43
Abb. 1.7:	Reale Höhe der Alterseinkünfte nach GRV-Quintilen von Frauen in Ostdeutschland im Rentenzugang in Euro in Preisen von 2011	44
Abb. 1.8:	Verbreitung und Höhe der betrieblichen Altersversorgung von Frauen und Männern in Westdeutschland nach GRV-Quintilen	45
Abb. 1.9:	Verbreitung und Höhe der betrieblichen Altersversorgung nach GRV-Quintilen von Frauen und Männern in Ostdeutschland	47
Abb. 2.1:	Gesundheitskompetenz 6D-Modell	77
Abb. 2.2:	Das Health Communication Framework	80
Abb. 3.1:	Determinanten der Gesundheit	100
Abb. 3.2:	Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit	102
Abb. 3.3:	Der Settingansatz	104
Abb. 4.1:	WHO-Rahmenmodell zu sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit	120
Abb. 4.2:	Wirkmechanismen zwischen Migration, Gesundheit und sozialem Status	122

Abb. 4.3:	Lebenslaufmodell von Migration und Gesundheit	123
Abb. 6.1:	Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9	166
Abb. 6.2:	Vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 (ohne U7a) nach Sozialstatus in KiGGS Welle 1	167
Abb. 6.3:	Vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 (ohne U7a) nach Sozialstatus	167
Abb. 6.4:	Inanspruchnahme der U9-Untersuchung nach Bildung der Eltern von 2007 bis 2014	169
Abb. 6.5:	Inanspruchnahme der vollständigen Untersuchungsreihe der U1- bis U8-Untersuchungen nach Sozialstatus 2006–2015	170
Abb. 7.1:	Prozentuale Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit, keinen Facharzt/keine Fachärztin zu sehen, nach Pflegebedarf und Pflegesetting (Referenzgruppe: Nichtpflegebedürftige) (Grafik A) bzw. Alter und Geschlecht (Referenzgruppe: Frauen, 60–64 Jahre) (Grafik B) und Urbanitätsgrad des Wohnorts (Referenzgruppe: ländlicher Wohnort) (Grafik C)	194
Abb. 8.1:	Screening-Prozess zur Auswahl der Veröffentlichungen	213
Abb. 12.1:	Entfernung der Gaumenmandeln nach Kreisen je 10.000 Kinder und Jugendliche; Wohnortkreis der Patienten, Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre, direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2012 nach Alter und Geschlecht; Jahre 2007 bis 2009 (linke Karte) und Jahre 2010 bis 2012 (rechte Karte)	298
Abb. 12.2:	Wirkungstreppe	308
Abb. 12.3:	Medienresonanz für ausgewählte Faktenchecks	309

Tabellenverzeichnis

Tab. 1.1:	Die Chance, über eine betriebliche Altersversorgung zu verfügen (2011, logistische Regression)	49
Tab. 1.2:	Die Höhe der betrieblichen Altersversorgung (2011, lineare Regression)	51
Tab. 2.1:	Die zehn Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation	82
Tab. 5.1:	Durchschnittliche und gesunde Lebenserwartung in Deutschland im Zeitverlauf	144
Tab. 6.1:	Übersicht über die U-Untersuchungen U1–U9	164
Tab. 6.2:	Aktueller Stand der Kindervorsorgeprogramme in Deutschland	171
Tab. 7.1:	Zugangsdimensionen nach Penchansky/Thomas (1981)	183
Tab. 7.2:	Übersicht zu soziodemografischen Variablen und Erkrankungsprävalenzen	189
Tab. 7.3:	Abrechnungsfälle nach medizinischen Fachgebieten bei Versicherten, die eine dem jeweiligen Fachgebiet zugeordnete Erkrankung aufwiesen	190
Tab. 7.4:	Prozentuale Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit, bei Vorliegen einer entsprechenden Erkrankung keinen fachärztlichen Abrechnungsfall aufzuweisen	191
Tab. 7.5:	Prozentuale Unterschiede in der erwarteten Anzahl der fachärztlichen Abrechnungsfälle bei Vorliegen einer entsprechenden Erkrankung	197
Tab. 8.1:	Übersicht Suchkriterien	211
Tab. 8.2:	Ein- und Ausschlusskriterien der Veröffentlichungen	212
Tab. 8.3:	Übersicht der eingeschlossenen Studien und ihrer Hauptergebnisse	214
Tab. 11.1:	Einflussfaktoren auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung	269
Tab. 11.2:	Einflussfaktoren auf die Qualität der Gesundheitsversorgung	272
Tab. 11.3:	Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung	275
Tab. 11.4:	Forschungsprojekt ROSE: signifikante Zusammenhänge zwischen Zugangsbarrieren zu allen Leistungserbringern und unabhängigen Variablen	281
Tab. 11.5:	Forschungsprojekt ROSE: signifikante Zusammenhänge zwischen Qualität und unabhängigen Variablen	283
Tab. 11.6:	Forschungsprojekt ROSE: signifikante Zusammenhänge zwischen Zufriedenheit und unabhängigen Variablen	285
Tab. 12.1:	Metahypothesen und beispielhafte Einzelthemen	295

Tab. 12.2:	Tableau der Kennziffern zur regionalen Variation am Beispiel der Entfernung der Gaumenmandeln nach Kreisen je 10.000 Kinder und Jugendliche; Wohnortkreis der Patienten, Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre, direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2012 nach Alter und Geschlecht; Jahre 2007 bis 2009 und Jahre 2010 bis 2012	299
Tab. 12.3:	Die Faktenchecks Gesundheit der Jahre 2011 bis 2017 im Überblick	302

Sachwortverzeichnis

#			
6D-Modell		77, 89	
A			
Acceptability		267, 280	
Accessibility		266, 277	
Accommodation		267, 280	
Adequacy		267	
Affordability		267, 280	
Aktionsplan Gesundheitskompetenz		63, 86	
Alltagskompetenz			
– eingeschränkte		188	
Altersarmut		31	
Alterseinkünfte		30	
– Höhe		36	
– Verteilung		40	
Altersversorgung			
– betriebliche		44	
– Verbreitung		44	
Androzentrismus		150	
Area-Indikatoren		314, 317	
Arztdichte		268, 305, 306	
Arzt-Patient-Beziehung		185	
Arzt-Patienten-Kommunikation		313	
ASID		32	
Asylanträge		207	
Asylbewerberleistungsgesetz		226	
Asylsuchende		206	
Availability		266, 278	
Awareness		267, 280	
B			
BAMF		209	
Bedürfnisanalyse		245	
Bertelsmann Stiftung		307	
Bewertungsmaßstab			
– doppelter		150	
– einheitlicher		253	
Bias Free Framework		150	
Bildungsmaßnahmen			
– gesundheitsbezogene		79	
Bildungsniveau		73	
C			
Commonwealth Fund		268	
D			
Delegation		252	
Dementia Care Manager		254	
Depressionen		66, 208, 222, 305	
Deutsche Rentenversicherung		32	
Digitalisierung		78	
Diskriminierung		114	
Doing Gender		138, 146, 151	
Dualitätsprinzip		80	
E			
E-Health-Gesetz		256	
Empowerment		105, 106, 132	
Endoprothetik		302	
Entgeltpunkte		32	
Entwicklungsstörungen		64	
Ergebnisqualität		270, 281	
Erkrankungen			
– chronische		285	
– psychische		216	
Erkrankungsprävalenz		188	
Erwerbslose		111	
Erwerbsquote		141	
F			
Faktencheck Gesundheit		292	
– Themen		294, 302	
– Wirkung		307	
Familienpaten		108	
Financial Literacy		47	
Flüchtlinge		206	
Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung		32	
Forschungsprojekt ROSE		275, 283	
Frauengesundheitsbewegung		140, 147	
G			
Gemeinwesenarbeit		110	
Gender Bias		151, 153	
Gender Gap		144	

Gendermedizin	146, 148	Gesundheitsversorgung	
Genderparadox	143	– geschlechtergerechte	147
Gender Pension Gap	36	– Qualität	270, 281
Gendertheorien	139	– Ungleichheiten	266, 277
Generationenvertrag	56	– Zufriedenheit	273, 284
Geschlechtergerechtigkeit	139	– Zugangsdimensionen	266
Geschlechtersensibilität	150	Gesundheitszustand	222, 268, 283
Geschlechterverhältnis	142	– geschlechterbezogener	145
Gesundheit		– Migranten	207
– Determinanten-Modell	103	GKV-Präventionsbericht	238
– Einflussfaktoren	101	Good Practice	106
„Gesundheit leben“	110, 114	Good-Practice-Projekte	239
Gesundheitsbelastungen		Gradient	
– migrationspezifische	206	– sozialer	62, 69
Gesundheitsberufe		Grundsicherungsschwelle	36
– Akademisierung	255	GRV-Rente	35
– Arbeitsteilung	251	Gynozentrismus	150
– Delegation	252		
Gesundheitsdienst		H	
– öffentlicher	316	Health Communication Framework	80
Gesundheitsförderung	102	Health Literacy	68, 268, 278
– Akteure	235	Healthy-Migrant-Effekt	124, 210
– Finanzierung	103, 237	Human Development Index	223
– kommunale	231, 233	Hyperaktivität	65
– niedrigschwellige	106		
– Qualitätskriterien	242	I	
– Strukturen	235	IGES	304
– Zugangswege	109	Impfprogramme	227
Gesundheitshaus	258	Infektionskrankheiten	209, 217
Gesundheitskompetenz	62, 67, 132, 227, 268, 283	Initiative für gute	
– Dimensionen	77	Gesundheitsversorgung	291
– Förderung	70	Integrierte Versorgung	185
– Messung	74		
– Modelle	73	J	
Gesundheitspolitik	84	Jugenduntersuchung	165
Gesundheitssystem			
– Zugang	219	K	
– Zugangsbarrieren	223, 269	Kaiserschnittgeburten	302
		Keime	
		– multiresistente	224
		KiGGS-Studie	64, 165
		Kinder-Richtlinie	163

Kindes- und Jugendalter		Morbidität	145, 250
– Forschungsstand	70	Mortalität	144
– Gesundheitskompetenz	67	Multimorbidität	182
– gesundheitsliche Ungleichheiten	66	N	
– Gesundheitsverhalten	65	Nachbarschaftskampagne	240
– sozialer Gradient	66	Netzwerk	108, 114
Kommune	233, 238	Neugeborenen-Screening	218, 224
Krankenhausstruktur	302	O	
Krankheiten		Öffentlicher Gesundheitsdienst	235
– alterspezifische	77	Organisation	
Kultursensibilität	225	– gesundheitskompetente	81
L		Ottawa-Charta	68, 81, 104, 232
Lebenserwartung	143	P	
– geschlechterbezogene	144	Palliativversorgung	302
Lebenslaufmodell	123	Paradigmenwechsel	30
Lebensqualität	62	Partizipation	78, 106
Lebenslaufperspektive	65	PartKommPlus	245
Lebensweltansatz	232	Patient mit Wirkung	313
Leistungsanspruchnahme	222, 292, 304	Personen mit Migrationshintergrund	207
M		Pflegebedürftigkeit	182
Malaria	224	Pflegeeinrichtung	
Matthäus-Effekt	45	– stationäre	188
Menschen		Pflegegrad	188
– ältere	29	Pflegepersonal	303
Mensch-Umwelt-Interaktion	80	Pflegesetting	188
Migranten		– häusliches	188
– Gesundheitsförderung	127	Pflegestufe	188
– Gesundheitskompetenz	132, 227	Polymedikation	182
– Leistungsanspruchnahme	222	Prävention	105, 128
– Morbidität	218	Präventionsdilemma	102, 115
– Mortalität	210	Präventionsgesetz	132, 244
– Prävention	128	Präventionskette	241, 245
– psychische Erkrankungen	208, 216	Präventionskonzepte	87
– stationäre Versorgung	210	Proportionate Universalism	87
Migrant Integration Policy Index	129	Prozessqualität	270, 281
Migration	117	Psychotherapeuten	303
– Phasen	122	Public Health Action Cycle	20, 153, 243
Migrationsensibilität	131		
Migrationspezifität	131		
Migrationsstatus	223		

R

Random-Route-Walk	276
Regressionsmodell	187
– lineares	50
– logistisches	47
Rentenniveau	31
Rentenzugang	32
Riester-Rente	55
Routinedaten	187

S

Säuglingssterblichkeit	210, 224
Schuleingangsuntersuchungen	109, 168
Schutzfaktoren	63
Schwangerschaft	225
Schwangerschaftsdiabetes	219, 224
Selbstwirksamkeit	72
Settingansatz	104, 232, 242
Sex Counting	149, 151
Shanghai Charta zur Gesundheitsförderung	63
Sichelzellenanämie	224
Stigmatisierung	113
Strukturqualität	270, 281

T

Telemedizin	256
– Versorgungskonzepte	257
Tuberkulose	224

U

Übersversorgung	314
Umweltbedingungen	101
Ungleichheiten	52
– Genderparadox	143
– im Zeitvergleich	302
– nationale	266, 286
– regionale	275, 287, 294, 298, 303
– soziale	101
– strukturelle	302
Unterversorgung	267
U-Untersuchungen	159

V

Verhaltensebene	104
Verhaltensstörungen	64
Verhältnisebene	104
Verhältnisprävention	79
Versicherungsstatus	283
Versorgung	
– Bedarf	221
– fachärztliche	187
– stationäre	224
Versorgungsatlas	293, 317
Versorgungsintensität	195
Versorgungsmodelle	
– regionale	250
Vorsorgeuntersuchungen	
– pädiatrische	159

W

Wandel	
– demografischer	131
Wartezeiten	271, 282
Wohnumfeld	101

Z

Zentrenbildung	
– stationäre	313
Zielgruppenansprache	111
Zielgruppenbezug	106
Zugangsbarrieren	269
Zugangsdimensionen	183
Zuzahlungen	184