

Globale Gesundheit

Lehrbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Herausgegeben von Ute Teichert & Peter Tinnemann

Version 1.0, 2020

Autoren/innen

Özden Dogan

Sophie Gepp

Franziska Hommes

Stefan Kohler

Laura Jung

Amir Mohsenpour

Karine Moritz

Angela Schuster

Eva Maria Schwienhorst-Stich

Jan Stratil

Peter Tinnemann



Akademie für Öffentliches
Gesundheitswesen in Düsseldorf

Globale Gesundheit

Lehrbücher für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Herausgegeben von Ute Teichert &
Peter Tinnemann



Akademie für Öffentliches
Gesundheitswesen in Düsseldorf

Version 1.0

Version 1.0

Durch die COVID-19 Pandemie hat sich die Wahrnehmung des Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) innerhalb weniger Monaten deutlich verändert. Seine Tätigkeit an der Schnittstelle von Öffentlicher und Globaler Gesundheit sind plötzlich für Politik und Gesellschaft Alltagsbestandteil geworden. Zuvor wurde die Arbeit im ÖGD selten derart in Verbindung mit Globaler Gesundheit gebracht.

Das vorliegende Lehrbuch betrachtet Schnittstellen von Öffentlicher und Globaler Gesundheit am Beispiel des ÖGD. Neben einer Einführung in beide Themenfelder werden deren Verbindungen in der ÖGD Praxis dargestellt. Es werden Einstiegsmöglichkeiten und Karrierewege im ÖGD aufgezeigt sowie Menschen im ÖGD, die an Schnittstellen von Öffentlicher und Globaler Gesundheit arbeiten, vorgestellt.

Dieses Lehrbuch richtet sich insbesondere an Auszubildende und Fachkräfte in der Medizin und anderen Gesundheitswissenschaften mit Interesse an Öffentlicher und Globaler Gesundheit. Sie sollen in unterschiedlichen Phasen ihrer Karriere auf die Berufsfelder im ÖGD als Alternativen oder Ergänzung zu klassischen Klinik-Biographien aufmerksam gemacht werden. Durch das Lehrbuch können allerdings auch bereits im ÖGD tätige Menschen Bezüge und Querverbindungen zwischen Öffentlicher und Globaler Gesundheit kennenlernen.

Die in dem vorliegenden Lehrbuch zusammengefassten Inhalte beruhen auf theoretischer Auseinandersetzung und praktischer Erfahrung der Autoren/innen mit dem Thema Globale Gesundheit. Das Lehrbuch ist ein Gemeinschaftswerk aller beteiligten Autoren/innen und gibt nicht die Meinung einzelner Institutionen oder einzelner Autoren/innen.

Es wird zukünftig aktualisiert und erweitert werden. Wir freuen uns daher, wenn Sie uns Ihre Anregungen, Kommentare und Ergänzungen mitteilen. Schicken Sie diese bitte an **lehrbuch@akademie-oegw.de**

Wir nutzen **Hypothes.is** für Ihre Kommentare und Ergänzungen unseres Lehrbuches.

Impressum

Globale Gesundheit

Lehrbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

ISBN 978-3-9812871-8-9

DOI [10.20389/q2rj-f244](https://doi.org/10.20389/q2rj-f244)

Datum 2020

Ort Berlin

© 2020 die Autoren/innen. Creative Commons: Namensnennung -
Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International (CC BY-SA 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Druck Lightning Source, Ingram Content Group Inc.

Kontaktangaben

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Kanzlerstr. 4

40472 Düsseldorf

Telefon: +49 (0) 211 - 310 96 10

www.akademie-oegw.de

Steuernummer: 106/5773/0023

Die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf ist eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts. Gesetzlich vertreten durch die Direktorin Dr. med. Ute Teichert, MPH

Rechtsaufsicht:

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Abteilung IV/Gesundheit

Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf

Verantwortlich für die Inhalte gemäß § 55 Abs. 2 RStV:

Dr. med. Ute Teichert MPH

Telefon: +49 (0) 211 - 310 96 20

E-Mail: teichert@akademie-oegw.de

Haftung für Inhalte

Die Betreiber dieser Webseite übernehmen keine Gewähr für die Aktualität, Richtigkeit oder Vollständigkeit der von ihnen bereitgestellten Informationen. Alle Angebote sind freibleibend und unverbindlich. Haftungsansprüche gegen die Betreiber, welche sich auf direkte oder indirekte Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen oder verlinkten Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen. Durch die Nutzung werden auch keine Rechte oder Pflichten zwischen den Betreibern und der Nutzerin oder dem Nutzer der Onlineangebote oder Dritten begründet. Die Betreiber behalten sich ausdrücklich vor, Teile der Angebote oder die gesamten Angebote ohne vorherige Ankündigung zu verändern, zu ergänzen, zu löschen oder die Veröffentlichung zeitweise oder endgültig einzustellen. Die Inhalte geben die Meinung der Autoren/innen wieder.

Als Diensteanbieter sind wir gemäß § 7 Abs.1 TMG für eigene Inhalte auf diesen Seiten nach den allgemeinen Gesetzen verantwortlich. Nach §§ 8 bis 10 TMG sind wir als Diensteanbieter jedoch nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tätigkeit hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung von Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen werden wir diese Inhalte umgehend entfernen.

Haftung für Links

Unser Angebot enthält Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalte wir keinen Einfluss haben. Deshalb können wir für diese fremden Inhalte auch keine Gewähr übernehmen. Für die Inhalte der verlinkten Seiten ist stets der jeweilige Anbieter oder Betreiber der Seiten verantwortlich. Die verlinkten Seiten wurden zum Zeitpunkt der Verlinkung auf mögliche Rechtsverstöße überprüft. Rechtswidrige Inhalte waren zum Zeitpunkt der Verlinkung nicht erkennbar. Eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten ist jedoch ohne konkrete Anhaltspunkte einer Rechtsverletzung nicht zumutbar. Bei Bekanntwerden von Rechtsverletzungen werden wir derartige Links umgehend entfernen.

Über uns

Des Lehr- und Handbuch ist ein gemeinsames Projekt der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und des Open Science Lab der TIB (Technischen Informationsbibliothek) - Leibniz-Informationszentrum Technik und Naturwissenschaften.

Finanzierung

Das Projekt wurde mit Mitteln des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziell gefördert.

Open Access

Dieses online kostenfrei zugängliche Lehr- und Handbuch soll Ihnen als Arbeitshilfe im Praxisalltag dienen. Um Forschung und Lehre zur Verbesserung der Öffentlichen Gesundheit zu fördern, ist es wichtig, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ÖGD, die interessierte Fachöffentlichkeit und die Öffentlichkeit jederzeit Zugang zum bestverfügbaren Wissen zum Thema Öffentliche Gesundheit haben. Die aktuellste Version des Lehr- und Handbuchs ist on-demand gedruckt erhältlich.

Urheberrechtserklärung & Lizenz

Das Lehrbuch ist eine **Open Educational Resource (OER)**, daher verfügbar unter der Lizenz Creative Commons Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International (CC BY-SA 4.0) (mehr: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>). Sie dürfen das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten, es remixen, verändern und darauf aufbauen, und zwar für beliebige Zwecke, sogar kommerziell. Der Lizenzgeber kann diese Freiheiten nicht widerrufen, solange Sie sich an die

Lizenzbedingungen halten: Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders. Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technischen Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Es werden keine Garantien gegeben und auch keine Gewähr geleistet.

Die Lizenz verschafft Ihnen möglicherweise nicht alle Erlaubnisse, die Sie für die jeweilige Nutzung brauchen. Es können beispielsweise andere Rechte, wie Persönlichkeits- und Datenschutzrechte, zu beachten sein, die Ihre Nutzung des Materials entsprechend beschränken.

Helfen Sie uns, das Lehrbuch zu verbessern

Wir freuen uns über Kommentare und Feedback von allen, unabhängig von ihrem Fachwissen oder Hintergrund. Schreiben Sie eine E-mail an lehrbuch@akademie-oegw.de

Das Lehrbuch wird als GitHub-Repository zur Verfügung gestellt.

Nachhaltigkeit und Weiterentwicklung

Das Ergebnis des gemeinsamen Schreibprozesses wurde und wird kontinuierlich ergänzt und verbessert. Hierbei können auch Leserinnen und Leser selbst durch Feedback und Ergänzungen aktiv werden. Den Autorinnen und Autoren aller Texte ist bewusst, dass mit den bisher abgedeckten Themenbereichen nur Teile des gesamten Tätigkeitsspektrums des ÖGD dargestellt werden.

Da es sich um ein agiles Projekt handelt, das in Anbindung an die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen stetig weiterentwickelt werden soll, ist neben einer fortlaufenden Aktualisierung der bestehenden Kapitel auch eine Ergänzung durch weitere Themengebiete möglich.

Methode

Alle Texte wurden mit der sogenannten **Book Sprint** Methode erarbeitet und verfasst. Ein **Book Sprint** ist eine agile Methode, um in kurzer Zeit gemeinsam längere und komplexere Texte zu erstellen. Alle Book Sprints wurden gemeinsam von der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und dem Open Science Lab der Technischen Informationsbibliothek (TIB) organisiert und durchgeführt. Die Methode Book Sprint erlaubt eine zielorientierte Erstellung digitaler Inhalte.

Die Methode beruht auf den Prinzipien der Weitergabe (Sharing), der gemeinsamen Entwicklung (Co-Development), der Vernetzung der Teilnehmenden (Community Building) und einer geteilten Verantwortung für das gemeinsame Produkt (Collective Ownership). Diese offene, transparente Methode wurde an mehreren Institutionen, unter anderem der TIB, mehrfach erfolgreich angewendet. Dabei wird sich an zuvor definierten Ziel-Kompetenz-Profilen, in der bisherigen Lehre erprobten Lehrmodulen und an praktischen Anwendungsbeispielen (Use Cases) orientiert.

Autorinnen und Autoren verfassen ihre Texte unter Nutzung digitaler Technologien. Diese ermöglichen einen gemeinsamen, parallelen Schreibprozess an Texten, die in vollem Umfang und bis zum Endergebnis als gemeinsames Produkt konzipiert und verstanden werden. Auf diese Weise entstehen Buchkapitel oder ganze Bücher in intensiven dreitägigen Book Sprints mit bis zu zehn Fachleuten zu einem ausgewählten Thema. Dabei entwickeln die Teilnehmenden unter moderierter Anleitung eines/einer medienpädagogisch erfahrenen Book Sprint Moderators/-in gemeinsam Inhalte zu ausgewählten, für die Arbeit im ÖGD relevanten Themen.

Entstehungsprozess

Dieses Lehr- und Handbuch ist ein gemeinsames Projekt der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und des Open Science

Lab der Technischen Informationsbibliothek des Leibniz-
Informationszentrums Technik und Naturwissenschaften.

Fachleute aus unterschiedlichen Bereichen im ÖGD, gemeinsam mit Lehrenden der Akademie, haben ab 2019 in sogenannten Book Sprints in gemeinsamer Autorenschaft Texte für diese Lehrbuchreihe verfasst.

Auf die Phase des initialen kollaborativen Schreibprozesses folgte eine Lektoratsphase, wobei inhaltliche Ergänzungen und Überarbeitungen kontinuierlich eingefügt werden. Die Textbeiträge werden auf der Basis einschlägiger Literatur, praktischer Erfahrungen langjähriger ÖGD-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Erfahrungen und Anregungen von Nachwuchs-Fachkräften mit Interesse an dem Bereich Öffentliche Gesundheit erstellt.

In den Lehrbüchern finden Sie umfangreiche Beschreibungen, u.a. Kapitel zu Geschichte, Zielen, Aufgaben und Strukturen des jeweiligen Themas sowie Begriffsdefinitionen. Jedes Buch wurde als in sich geschlossene Abhandlung aufgebaut und kann sowohl in Ergänzung zu den anderen Büchern gelesen als auch isoliert als Nachschlagewerk behandelt werden.

Die gesamte Lehrbuchreihe ist als Open Educational Resource (OER) angelegt und unter einer offenen Lizenz veröffentlicht, die kostenlosen Zugang sowie die kostenlose Nutzung, Bearbeitung und Weiterverarbeitung durch Andere ohne oder mit geringfügigen Einschränkungen ermöglicht.

Das Lehrbuch ist in aktualisierter Form auch als gedrucktes Lehrbuch kostengünstig on-demand erhältlich.

Haftungsausschluss (Disclaimer)

Die in diesem einzigartigen Lehrbuch zusammengefassten Inhalte beruhen auf der theoretischen Auseinandersetzung und praktischen Erfahrung der Autoren/innen im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Sie sollen hilfreiche Informationen zu den besprochenen Themen liefern.

Das vorliegende Lehrbuch ist ein Gemeinschaftswerk aller beteiligten Autorinnen und Autoren und ist somit nicht die Meinung

einzelner Institutionen, für die die beteiligten Autoren/innen arbeiten.

Die Autoren/innen, Herausgeber/innen und die Akademie für Öffentlichs Gesundheitswesen bemühen sich nach bestem Wissen und Gewissen, dass die über dieses Buch zugänglichen Informationen korrekt, vollständig und aktuell sind, übernehmen hierfür jedoch keine Gewähr. Sie stellen dieses Lehrbuch und seinen Inhalt ohne Mängelgewähr zur Verfügung. Es werden keine Zusicherungen oder Garantien jeglicher Art in Bezug auf dieses Buch oder seinen Inhalt gegeben.

Weder die Autoren/innen, die Herausgeber/innen, die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen noch andere Mitwirkende haften für Schäden, die sich aus oder im Zusammenhang mit der Verwendung dieses Buches ergeben. Dies ist eine umfassende Haftungsbeschränkung, die für Schäden jeglicher Art gilt, einschließlich (ohne Einschränkung) entschädigend; direkte, indirekte oder Folgeschäden; Verlust von Daten, Einkommen, Gewinn oder Sachschäden und Ansprüche Dritter.

Verweise auf andere Seiten im Internet, Referenzen oder andere Quellen werden lediglich zu Informationszwecken bereitgestellt und stellen keine Billigung von Websites oder anderen Quellen dar. Die Leser sollten sich bewusst sein, dass sich die in diesem Lehrbuch aufgeführten Websites ändern können.

Autoren/innen

Özden Doğan

Gesundheitsamt, Frankfurt am Main

Sophie Gepp, MSc

Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Berlin

Dr. med. Franziska Hommes

Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit, Berlin

Dr. Stefan Kohler

Heidelberger Institut für Global Health, Universität Heidelberg, Heidelberg

Laura Jung, MSc

Medizinische Fakultät, Universität Leipzig, Leipzig

Amir Mohsenpour

Arbeitsgruppe Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Universität Bielefeld, Bielefeld

Dr. med. Karine Moritz, MScIH

Kinder und Jugendgesundheitsdienst, Gesundheitsamt Wandsbek, Hamburg

Dr. med. Angela Schuster, MSc

Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin

Dr. med. Eva Maria Schwienhorst-Stich, MScIH

Medizinische Fakultät, Universität Würzburg; Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe (DAHW) und Missionsärztliches Institut Würzburg, Würzburg

Jan Stratil, BSc

Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Dr. med. Peter Tinnemann, MPH

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen & Charité –
Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Berlin

Anerkennung & Danksagung

Anna Eckhardt und **Lambert Heller** für die Unterstützung bei der Entwicklung des Projektes und der Durchführung der Book Sprints.

Dr. med. Jakob Schumacher und **Simon Worthington** für die Unterstützung bei der Umsetzung des Projektes und die technische Umsetzung auf GitHub.

Johannes Wilm und das **FidusWriter.org Team** für die technische Unterstützung.

Dem **Bundesministerium für Gesundheit**, das die gemeinsame Erarbeitung unseres Lehrbuches gefördert hat. Ohne diese Unterstützung wäre das Projekt nicht möglich gewesen.

Dr. med. Ute Teichert für den Enthusiasmus und die tatkräftige Unterstützung des Projektes.

Inhalt

Einleitung	17
Grundbegriffe und Konzepte	19
Akteure in der Öffentlichen und Globalen Gesundheit	53
Arbeit im ÖGD im Kontext Globaler Gesundheit	71
Aus-, Fort- & Weiterbildung	99
Ausblick	123
Fallbeispiele	125
Kurzvorstellungen	139
Annex-Abkürzungen	155
Annex-weiterführende Informationen	161
Literaturverzeichnis	167

Einleitung

Unsere zunehmend vernetzte Welt, in der sich gesundheitliche Herausforderungen angleichen, überschneiden und beeinflussen, erfordert und ermöglicht es Gesundheit global (z.B. länderübergreifend und/oder interdisziplinär) zu betrachten. Während manche weltweit geteilten Herausforderungen Lösungsansätze auf nationaler und lokaler Ebene erfordern, gilt umgekehrt auch, dass Handeln im Bereich der Öffentlichen Gesundheit in Deutschland Folgen für die Globale Gesundheit haben kann.

So trägt beispielsweise im Bereich der Antibiotikaresistenzen jedes Land durch den nationalen Umgang mit Antibiotika und Hygienemaßnahmen zu der Verstärkung oder Lösung der Herausforderung einer globalen Antibiotikaresistenzzunahme bei. Die COVID-19 Pandemie verdeutlicht aktuell, wie Daten- und Informationsaustausch zwischen Ländern bei der Ausarbeitung möglichst gezielter Maßnahmen in einer globalen Gesundheitskrise helfen und der ÖGD eine Schlüsselrolle bei Schutz und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung einnimmt.

Neben einer Einführung in die Öffentliche und Globale Gesundheit stellt dieses Lehrbuch Verbindungen beider Themenfelder im Rahmen der Arbeit im ÖGD dar. Anhand von Kurzvorstellungen einzelner Personen werden Berufswege an der Schnittstelle von Öffentlicher und Globaler Gesundheit im ÖGD vorgestellt. Fallbeispiele aus dem ÖGD Alltag illustrieren, wie die praktische Arbeit im ÖGD im globalen Kontext stattfindet. Zudem werden Ressourcen und Materialien zum Weiterlesen angeboten.

Grundbegriffe und Konzepte

Nach Lesen dieses Kapitels können Sie:

- Grundbegriffe und Konzepte der Öffentlichen und Globalen Gesundheit benennen.
- Unterschiedliche Definitionen des Begriffs Globale Gesundheit und damit verbundene Unschärfen erklären.
- Die Begriffe Globale Gesundheit, Internationale Gesundheit, Öffentliche Gesundheit (*Public Health*), Eine Gesundheit (*One Health*), Planetare Gesundheit (*Planetary Health*) einordnen.
- Unterschiede von gesundheitlicher Chancengleichheit (*Health Equity*) und Gesundheitsgleichheit (*Health Equality*) und den damit verbundenen Konzepten erklären.
- Die wichtigsten Grundsätze der Konzepte Basisgesundheitsversorgung (*Primary Health Care*), Soziale Determinanten von Gesundheit (*Social Determinants of Health*), Allgemeine Gesundheitsversorgung (*Universal Health Coverage*), Gesundheit in allen Politikbereichen (*Health in all Policies*), Nachhaltige Entwicklungsziele (*Sustainable Development Goals*), Internationale Gesundheitsvorschriften (*International Health Regulations*), Zentrale Aufgaben im Bereich Öffentliche Gesundheit (*Essential Public Health Operations*), sowie einige der nationalen Rechtsgrundlagen wie das Präventionsgesetz, die Gesundheitsdienstgesetze und das Infektionsschutzgesetz erläutern.

Viele Studierende und Berufstätige beschäftigen sich im Zusammenhang mit einem Auslandsaufenthalt und mit Berichten über die Gesundheit der Bevölkerung ihres Gastlandes oder mit internationalen Gesundheitsvergleichen mit dem Thema Globale Gesundheit und finden dabei auch Interesse an Öffentlichen Gesundheitsfragen in Deutschland. Erst später wird dann oft erkannt, wie relevant weltweite Aspekte für Gesundheit auch für bevölkerungsmedizinische Aspekte in Deutschland zu verstehen sind.

Im Folgenden werden einige Grundbegriffe und Konzepte aus der Globalen und Öffentlichen Gesundheit vorgestellt die im Laufe der

letzten Jahrzehnte Maßstäbe gesetzt haben oder die regelmäßig in aktuellen Debatten zu globaler Gesundheit erwähnt werden und die sich kontinuierlich weiterentwickeln. Die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ist als Anreiz gedacht, sich weiter mit diesen Konzepten zu beschäftigen.

Auf einzelne Strategiepapiere, Aktionspläne, oder relevante Dokumente zu spezifischen Themenfeldern, wie z.B. Mutter/Kind Gesundheit, vernachlässigte Tropenkrankheiten, nicht übertragbare Erkrankungen, etc., kann im Folgenden nicht im Detail eingegangen werden.

Grundbegriffe

Globale Gesundheit

Der Begriff **Globale Gesundheit (Global Health)** wird in den letzten Jahrzehnten unterschiedlich ausgelegt. Dies bedingt Diskussionen über Eingrenzungen, Begriffsschärfe und Abgrenzungen zu anderen Konzepten. Bei der Einordnung des Begriffes ist zu berücksichtigen, dass bei unterschiedlichen Akteuren verschiedene Konzepte darunter verstanden werden, und diese Unterschiede oft nicht explizit werden. Daher ist anzunehmen, dass eine Kommunikation über Globale Gesundheit oft zu Missverständnissen führt. So wird Globale Gesundheit etwa als akademisches Fach, als Berufsfeld, als werteorientierte Haltung, als Frage nationaler Sicherheit, oder auch manchmal auch als neues Label für alles was bisher internationale Gesundheit hieß, verstanden.

Eine gängige Definition beschreibt Globale Gesundheit als interdisziplinäres und multidisziplinäres Gebiet, welches Themen umfasst, die sowohl die Gesundheit einzelner Menschen, d.h. auf individueller Ebene, als auch auf Bevölkerungsebene betreffen, einer globalen Zusammenarbeit bedürfen und bei denen gesundheitliche Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit eine große Rolle spielen. (Koplan et al. 2009)

Die Nationale Akademie der Wissenschaft Leopoldina beschreibt Global Health 2015 als:

“ „Global Health reicht über nationale Grenzen und Regierungen hinaus und muss sich in dieser Eigenschaft mit den vielfältigen Determinanten von Gesundheit befassen – mit den sozialen, wirtschaftlichen und umweltbedingten – sowie mit der globalen Krankheitslast. Sie hält viele multisektorale Herausforderungen bereit und braucht starke, globale Governance-Institutionen.“ (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften 2015)

Eine 2018 veröffentlichte Studie befragte Lehrende im Bereich Globale Gesundheit aus Deutschland zu ihrem Verständnis der Disziplin. Ein zentrales Ergebnis ist das Verständnis von Globale Gesundheit als sogenannter übergeordneter Begriff (*umbrella term*) (Havemann and Bösner 2018). Globale Gesundheit hat damit eigenständige Kernbereiche, vor allem im Sinne der supraterritorialen Determinanten von Gesundheit, kann aber auch eine ganze Reihe weiterer Aspekte aus klassischen Disziplinen wie Öffentliche Gesundheit, Internationale Gesundheit oder Tropenmedizin abdecken (Bozorgmehr 2010).

Themen und Herausforderungen Globaler Gesundheit sind auf globaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene relevant für die Gesundheit auf bevölkerungs- und individualmedizinischer Ebene. Dabei beschränkt sich Globale Gesundheit weder auf sozial- noch biomedizinische Aspekte, sondern integriert diese in einem interdisziplinären Ansatz. Interdisziplinär bedeutet hierbei, dass keiner Disziplin eine "Fachhoheit" zukommt, sondern dass alle die Disziplinen beteiligt werden sollen, die für Lösungsansätze sowie den Umgang mit einem Problem, z.B. Klimawandel, Antimikrobielle Resistenzen, benötigt werden.

Globale Gesundheit beinhaltet oftmals eine normative Komponente: Es geht um die Förderung und Aufrechterhaltung von

gesundheitlicher Chancengleichheit. Dies bedeutet, dass auf dem Weg zur Erreichung des Ziels **Gesundheit für Alle** (*health for all*) vor allem diejenigen Gruppen gefördert werden, die besonders vulnerabel und deren Lebensumstände besonders vernachlässigt sind. Neben der Frage der unterschiedlichen Definitionen spielt die Perspektive, aus der Globale Gesundheit gelehrt, beforscht und praktiziert wird, eine wichtige Rolle.

Zur Verdeutlichung dieses Spannungsfelds kann man sich an den Ansätzen von Cole et al. sowie von Labonté et al. orientieren. Während Cole et al. ein eigenes Modell im akademischen Kontext entwickeln, analysieren Labonté und Gagnon die Diskurse zu Globale Gesundheit aus einer "Policy" Perspektive, also entlang konkreter politischer Initiativen oder Ziele (Cole, Jackson, and Forman 2017; Labonte and Gagnon 2010). Eine dritte Perspektive berücksichtigt die räumliche Dimension von Globaler Gesundheit, welche sich in lokale, -nationale und globale Aktionsfelder gliedert.

Die Akteure dieser Aktionsfelder sind in Kapitel 3 genauer beschrieben. Die verschiedenen Ansätze sind in Tabelle 1 visualisiert.

Tabelle 1: Unterschiedliche Ansätze in Globaler Gesundheit

Technischer Ansatz		
Leitbild ist die Generierung von neuem Wissen durch Forschung	Lokaler, nationaler oder globaler Fokus	
Umsetzung von Surveillance, Prävention und Leitlinienentwicklung in enger Kooperation mit der WHO		
Lehre Fokus auf technische, wissenschaftliche und epidemiologische Kompetenzen zur Lösung von Problemen, um substantielle Probleme der öffentlichen Gesundheit in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zu verstehen und darauf zu reagieren.		
Sicherheitsansatz		
Leitbild ist der Gesundheitsschutz mit Fokus auf ökonomische und nationale Sicherheit		
Umsetzung durch Kooperation mit staatlichen Akteuren und dem Militär. Fokus auf Notfallbereitschaft innerhalb von Nationalstaaten oder Staatengemeinschaften und die Prävention von Ausbrüchen außerhalb der Bündnisgrenzen		
Lehre Fokus auf Gesundheitsschutz auf lokaler Ebene und Eindämmung von Epidemien weltweit		
Humanitärer Ansatz		
Leitbild ist das Lindern von Leid und das Retten von Leben auf der Grundlage von Nächstenliebe und Philanthropie	Lokaler, nationaler oder globaler Fokus	
Umsetzung in Notfällen, Katastrophen oder Krisen, in Zusammenarbeit mit dem internationalen dem Roten Kreuz/Roten Halbmond sowie humanitären NGOs		
Lehre Fokus auf Katastrophenmanagement und in der humanitären Hilfe		
Sozialer Gerechtigkeitsansatz		
Leitbild ist kritische globaler Gesundheitsethik, Solidarität und Menschenrechte		
Umsetzung in Analysen von Makroökonomie und Handelspolitik und deren Folgen für Gesundheit. Gezielte horizontale Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Akteuren und strukturschwächeren Ländern		
Lehre Fokus auf soziale Gerechtigkeit, Menschenrechte und globale Gesundheitsethik		
Unternehmerischer Ansatz		
Leitbild ist die Förderung von Innovation, einschließlich der Beschaffung der erforderlichen Ressourcen und der Übernahme der möglichen Risiken.	Lokaler, nationaler oder globaler Fokus	
Umsetzung durch Public-private-Partnerships. Förderung und Verteilung von Mitteln anhand marktbasierter Instrumente, häufiger Fokus auf neue Technologien.		
Lehre Fokus auf multidisziplinäre Kurse zu Innovation im Gesundheitssektor		

Die Entwirrung und Bewusstwerdung verschiedener Ansätze in Globaler Gesundheit kann dazu beitragen, sich des eigenen Verständnisses sowie eigener Handlungskontexte in Globaler Gesundheit klarer zu werden.

Internationale Gesundheit

Der Begriff **Internationale Gesundheit** (*International Health*) hat historische Bezüge zu den Bereichen von Tropenmedizin und Hygiene. Es bestehen große Schnittmengen zu Globaler Gesundheit, jedoch gibt es auch Ansätze der Abgrenzung. So werden unter Internationale Gesundheit eher bilaterale Aktivitäten, mit Fokus auf Gesundheitsprobleme in Ländern mit geringen und mittleren Einkommen, die aus Ländern mit hohem Einkommen unterstützt werden, verstanden. (Koplan et al. 2009)

Die Abgrenzung zu Globaler Gesundheit sind aus Sicht dieser Autoren transnationale Gesundheitsprobleme, die nur durch interdisziplinäre und transnationale Kollaboration gelöst werden können (bspw. Tabakkontrolle, Übergewicht, Pandemien, Klimazerstörung u.a.). Es ist zu beobachten, dass auf Grund der Popularität des Begriffes Globale Gesundheit viele Initiativen und z.T. auch Institute von Internationale zu Globaler Gesundheit umbenannt werden, bisweilen jedoch unter Beibehaltung der bisherigen Aktivitätsschwerpunkte.

Öffentliche Gesundheit

Der Begriff der Öffentlichen Gesundheit bezeichnet – analog dem englischen Begriff *Public Health* – die Wissenschaft und Praxis, durch organisierte gesellschaftliche Anstrengungen Krankheit zu vermeiden, Leben zu verlängern, und Gesundheit zu fördern (Nachwuchsnetzwerks Öffentliche Gesundheit 2019).

Bei der Abgrenzung der Begriffe Public Health, Öffentliche Gesundheit und Globale Gesundheit handelt es sich um eine viel diskutierte und andauernde Debatte. Dieses Buch soll zur einer Erweiterung des Verständnisses und zur Darlegung gemeinsamer

Schnittstellen und überlappender Bereiche in Theorie und Praxis beitragen.

Nach Koplan et al (2009) fokussiert sich Public Health auf den Gesundheitszustand innerhalb einer Nation und verlangt selten globale Kooperation (Koplan et al. 2009). Dieser Sichtweise wurde vielfach widersprochen und der Begriff "Global Public Health" zunehmend ins Spiel gebracht (Fried et al. 2010; Beaglehole and Bonita 2010).

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Abgrenzungen der Begriffe entlang unklarer Linien verlaufen, und es jeweils breite Überlappungsbereiche gibt. Havemann und Bösner haben 2018 auf der Basis von Interviews mit Lehrenden in Global Health in Deutschland folgende hilfreiche Grafiken entwickelt, die näherungsweise den Stand der aktuellen Diskussion abbilden (Havemann and Bösner 2018).

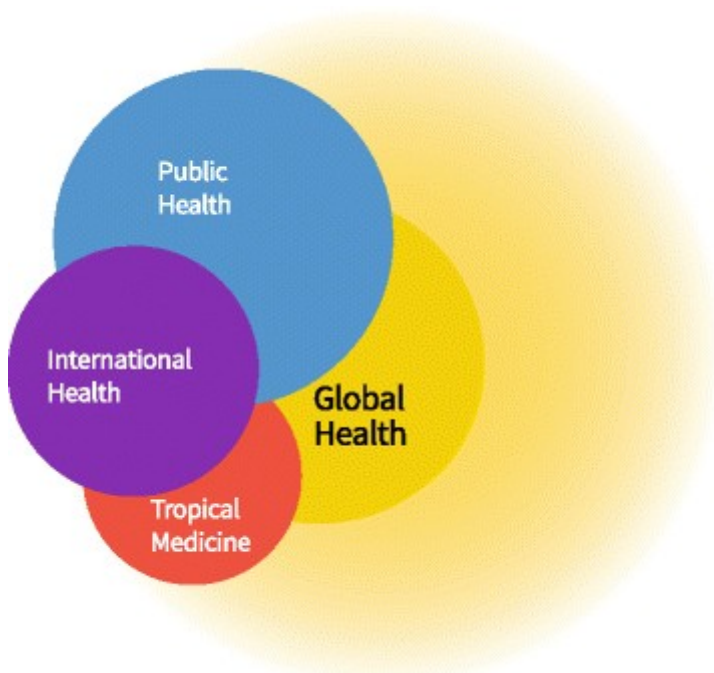


Abbildung 1: Der Begriff Globale Gesundheit als Überbegriff (aus Havemann & Bösner, 2018)

In ihren visuellen Darstellungen sind sie auf die zeitliche Entwicklung der Disziplin Globale Gesundheit, mit Ursprüngen und Vorläuferdisziplinen eingegangen und haben diese in Bezug gesetzt. Auch auf die neuere Disziplin der **Planetaren Gesundheit (Planetary Health)** sind sie eingegangen und haben sie in ihrem Konzept integriert.

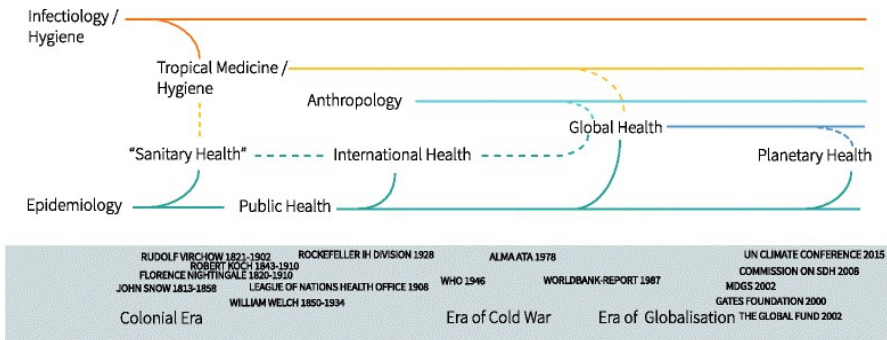


Abbildung 2: Die Entstehung und Entwicklung der Bezeichnung

Eine Gesundheit

Unter dem Begriff **Eine Gesundheit (One Health)** versteht man einen transdisziplinären Ansatz, um die systematischen Zusammenhänge und Wechselwirkungen der Gesundheit von Menschen, Tieren und Pflanzen sowie der Umwelt in den Blick zu nehmen.

Hintergrund ist u.a. der Klimawandel, die zunehmende globale Bedeutung von Zoonosen, die vermehrte grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheitserregern, die Intensivierung der Lebensmittelproduktion sowie die zunehmende Bedeutung von antimikrobiellen Resistenzen, um nur einige der Herausforderungen zu nennen.

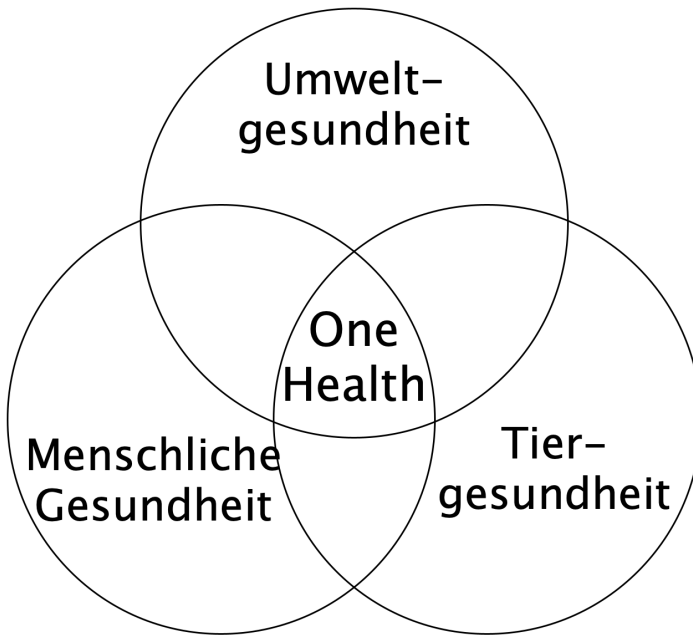


Abbildung 3: One Health - als Verbindung zwischen Umwelt, Tier und menschlicher Gesundheit

Planetare Gesundheit

Der Begriff von **Planetarer Gesundheit (Planetary Health)** stammt aus einem Kommentar im Lancet von 2014, auf welchen aufbauend 2015 die Rockefeller Foundation-Lancet Commission on Planetary Health begründet wurde (Horton et al. 2014).

Planetare Gesundheit wird komplementär zu den oben genannten Begriffen verwendet und teils als Erweiterung des Begriffes Global Health verstanden, teils als zu Globale Gesundheit zugehöriges Themenfeld beschrieben. Im Zentrum von Planetarer Gesundheit stehen die Wechselwirkungen der Gesundheit der Menschen und der Ressourcen des Planeten, von welchen die Gesundheit abhängt. Es ist daher ein Schnittpunkt zwischen Gesundheits- und Umwelt-/ bzw. Naturwissenschaften. Klimawandel, Reduktion der Biodiversität, Umweltverschmutzung und Fragen zu nachhaltigen Ernährungsformen sind zentrale Elemente von Planetarer

Gesundheit. Welche Herausforderungen sich daraus ergeben, zeigt das Konzept der Planetaren Grenzen. Planetare Grenzen sind Prozesse, welche die Stabilität und Resilienz auf der Erde bestimmen und im Rahmen derer sich die Menschheit weiterentwickeln kann. Das Überschreiten der Grenzen führt zu möglicherweise unumkehrlichen Veränderungen der Umwelt (Rockström et al. 2009). Aus dem umfassenden Charakter des Konzeptes Planetare Gesundheit lässt sich die Notwendigkeit interdisziplinärer Lösungsansätze und lokaler, nationaler und globaler Zusammenarbeit ableiten. Die Notwendigkeit zu umfassender Transformation in Bereichen von z.B. Mobilität, Ernährung und Energieversorgung mit dem Ziel der Reduktion von sowohl klimaschädlichen als auch gesundheitsschädlichen Emissionen wird als zunehmend dringlich wahrgenommen, um ein gutes und gesundes Überleben der menschlichen Zivilisation auf diesem Planeten zu ermöglichen. Es werden zahlreiche weitere Vorteile, sogenannte *Co-Benefits*, beschrieben, die sowohl dem Schutz des Klimas und der Umwelt als auch der menschlichen Gesundheit dienen. In diesem Kontext gewinnt das Konzept Planetare Gesundheit aktuell zunehmend an Bedeutung.



Abbildung 4: Veränderung der Kontrollvariablen von Planetaren Grenzen, grüne Flächen markieren Räume, die nachhaltige Entwicklung ermöglichen (P= Phosphorus, N= Nitrogen, BII= Functional diversity, E/MSY= Genetic diversity). Quelle: Stockholm Resilience Centre)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die **Gesundheitsberichterstattung** (GBE) des Bundes berichtet regelmäßig über die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland. Sie ist eine gemeinsame Aufgabe des Robert Koch-Instituts (RKI) und des Statistischen Bundesamtes. Themen reichen von Krankheiten und Beschwerden über das Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren bis hin zur medizinischen und pflegerischen Versorgung und der damit verbundenen Kosten. In die GBE fließen Daten des

Gesundheitsmonitorings, anderer epidemiologischer Studien, amtliche Statistiken, epidemiologischer Register und Routinedaten der Sozialversicherungsträger ein. (Robert Koch-Institut 2019)

Daten der GBE in Deutschland stehen Entscheidungsträgern für Ansätze, die Bevölkerungsgesundheit zu verbessern, zur Verfügung und fließen in internationale Abschätzungen des globalen Gesundheitszustandes mit ein. Die Menge und Qualität von Daten, welche über Gesundheit gesammelt werden, variiert im weltweiten Vergleich stark.

Die Studie zu Globaler Gesundheitslast

Was sind die größten gesundheitlichen Probleme der Welt? Wie erfolgreich geht die Menschheit diese Probleme an? Wie wird Gesundheitsversorgung finanziert und wie können wir Ressourcen bestmöglich einsetzen, um die Gesundheit der Weltbevölkerung zu verbessern?

Globale Gesundheitsdaten, die standardisiert erfasst und vergleichbar ausgewertet werden, können helfen, derartige Fragestellungen auf Basis empirischer Erkenntnisse zu beantworten. Die **Studie zu Globaler Gesundheitslast (Global Burden of Disease Study)** ist die wohl meistgenutzte Quelle für Informationen über die Gesundheit von Bevölkerungen weltweit (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) 2017). Aktuelle Ergebnisse bestätigen den Trend einer weltweit zunehmenden Lebenserwartung, weisen auf anhaltende Versorgungs- und Finanzierungslücken hin und zeigen, wie sich die Hauptursachen der Krankheitslast auf der ganzen Welt immer ähnlicher werden. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass die beschriebenen Veränderungen in der globalen Gesundheit oft nicht gemessen, sondern anhand begrenzt verfügbarer Daten geschätzt werden.

Zu den Gesundheitsindikatoren, welche die GBD Studie berechnet, zählen

- **Lebenserwartung (*Life Expectancy, LE*)** misst die Anzahl der Lebensjahre, die ein Mensch in einem bestimmten Alter voraussichtlich noch leben wird. Ohne Altersangabe, bezieht sich die Lebenserwartung auf den Zeitpunkt der Geburt.
- **Gesunde Lebenserwartung (*Healthy Life Expectancy, HALE*)** drückt die Lebenserwartung unter Berücksichtigung des voraussichtlichen Gesundheitszustands aus. Lebensjahre, für die eine gesundheitliche Beeinträchtigung erwartet wird, werden bei der gesunden Lebenserwartung mit einem Faktor für die voraussichtliche Beeinträchtigung des Gesundheitszustands multipliziert.
- **Mit Beeinträchtigung gelebte Lebensjahre (*Years Lived with Disability, YLDs*)** sind die Anzahl von Jahre, die mit gesundheitlichen Einschränkungen erlebt werden. Dazu zählen Erkrankungen, die nur wenige Tage bis Wochen andauern (z. B. eine Grippe), ebenso wie Erkrankungen, die ein Leben lang bestehen bleiben (z. B. Formen der Epilepsie). Mit Beeinträchtigung gelebte Lebensjahre werden abgeschätzt, indem die Häufigkeit einer Erkrankung mit einem Faktor für deren Auswirkung auf den Gesundheitszustand multipliziert wird. Diese Faktoren werden mit Hilfe von Befragungen der Allgemeinbevölkerung entwickelt.
- **Durch vorzeitigen Tod verlorene Lebensjahre (*Years of Life Lost, YLLs*)** sind Jahre, die durch vorzeitige Sterblichkeit verloren gehen. Diese werden berechnet, indem das Todesalter von der höchsten Lebenserwartung eines Menschen in diesem Alter abgezogen wird. Wenn zum Beispiel die höchste Lebenserwartung für Männer in einem bestimmten Land 75 Jahre beträgt, ein Mann aber mit 65 Jahren an einer Krebserkrankung stirbt, wären das 10 Jahre verlorenes Leben durch die Krebserkrankung.
- **Beeinträchtigungsbereinigte Lebensjahre (*Disability Adjusted Life Years, DALYs*)** sind ein Maß der Krankheitslast und entsprechen der Summe aus durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahren (YLLs) und mit Beeinträchtigung gelebter Lebensjahre (YLDs). Ein DALY entspricht einem verlorenen

gesunden Lebensjahr. Dieser Gesundheitsindikator kann genutzt werden, um krankheits-, länder- oder personenübergreifend die Gesamtzahl der Lebensjahre abzuschätzen, die aufgrund bestimmter Krankheiten und Todesursachen mit Beeinträchtigung bzw. nicht gelebt werden.

Die Studie zur globalen Krankheitslast (engl. Global Burden of Disease Study) versucht aufgrund verfügbarer Daten, ähnlich der Gesundheitsberichterstattung des Bundes in Deutschland, für die globale gesundheitliche Situation Daten zur Verfügung zu stellen. Die Menge, Qualität und Vergleichbarkeit von Daten, welche über die Gesundheit gesammelt werden, variiert im weltweiten Vergleich erheblich, sodass jährlich veröffentlichte Ergebnisse der Global Burden of Disease Studie in hohem Maße auf statistischer Modellierung beruhen. Im Kapitel "Arbeit im ÖGD im Kontext Globaler Gesundheit" dieses Buches werden die zentralen Daten aus dieser Studie vorgestellt.

(In den Abschnitten über die Global Burden of Disease Studie wurden Inhalte aus Kohler (2019) übernommen.)

Konzepte

Basisgesundheitsversorgung

Im Jahr 1978 konnte der damalige Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation Halfdan Mahler einen Konsens für eine Änderung der Gesundheitspolitik erreichen. Bis dahin herrschten vornehmlich vertikale (erkrankungsspezifische) und erkrankungsorientierte Herangehensweisen vor, oft mit dem Ziel der Infektionskontrolle (z.B. Malaria, Tuberkulose, Pocken). Obwohl erfolgreich in manchen Bereichen, z.B. bei der Pockeneradikation, gab es keine Erfolge in anderen Bereichen, z.B. Malaria-Bekämpfung. Eine sogenannte vertikale Herangehensweise berücksichtigt Verbindungen, die zwischen unterschiedlichen Erkrankungen oder zu sozioökonomischen und umweltbedingten Einflussfaktoren auf die Gesundheit bestehen, oftmals nicht umfassend. Dieser Ansatz führte

auch nicht zu einer Stärkung der Gesundheitssysteme. (Lindstrand et al. 2006)

Gegen Ende der 70er Jahre erfolgte ein Richtungswechsel. In der Alma-Ata Konferenz 1978 wurde die **Basisversorgung (Primary Health Care, PHC)** Strategie beschlossen mit dem Slogan: „Gesundheit für alle im Jahr 2020“. (World Health Organisation 1978)

Die Grundelemente für die zukünftige öffentliche Gesundheit wurden dort gelegt (World Health Organisation 1978; Lindstrand et al. 2006; World Health Organisation 2019a):

1. Fokus auf die Lebensweise und Bedürfnisse der Bevölkerung, Priorität für die vulnerablen Gruppen und Fokus auf gesundheitliche Chancengleichheit
2. Integration in das nationale Gesundheitssystem
3. Intersektorale Herangehensweise (Landwirtschaft, Bildung, Wasser, ...)
4. Teilhabe der Bevölkerung in der Suche nach Lösungen
5. Nutzung von lokalen Ressourcen unter Berücksichtigung derer eingeschränkten Verfügbarkeit
6. Integration und Koordination von gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen und rehabilitativen Maßnahmen und Berücksichtigung der breiten Determinanten von Gesundheit
7. dezentralisierte Dienste, so nah wie möglich an den Menschen.

Die Konferenz in Alma Ata läutete die Entwicklung hin zur gemeindebasierten Medizin ein, weg vom rein kurativen hin zu gemischten präventiv-kurativen Ansätzen, weg von einer sogenannte "von-oben-herab" (*top-down*) Herangehensweise hin zur Gemeindeorientierung und Beteiligung (*participation*), mit dem Ziel, dass alle Menschen den höchst erreichbaren Standard an Gesundheit erreichen können. Aus unterschiedlichen Gründen wurden die ehrgeizigen Ziele der Alma Ata Erklärung nicht erreicht. Unter anderem fehlten Pläne für deren Umsetzung, eine ausreichende Finanzierung wurde nicht geklärt, und auf die ökonomischen Krisen der 80er folgte die Verbreitung von neoliberalen Ansätzen mit der

Folge des Abbaus von öffentlichen Infrastrukturen. (Farmer et al. 2013)

Im Jahr 1986 wurde in Ottawa, Kanada, die sogenannte "Ottawa Charta for Health Promotion" unter Federführung der WHO verabschiedet. Darin wurde das Konzept der Gesundheitsförderung eingeführt. Es zielt unter anderem auf Gestaltung der gesundheitsrelevanten politischen, sozialen, ökonomischen, kulturellen, biologischen Faktoren und Umweltbedingungen. Es gilt als ein Folgedokument der Erklärung von Alma Ata und wurde in Folgekonferenzen weiterentwickelt und ausdifferenziert. (World Health Organisation 1986)

In den 2000er Jahren verschob sich der Fokus auf Reformen der Gesundheitssysteme mit dem Ziel, die Qualität und die Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen zu ermöglichen. Kritik an der Umsetzung der Basisversorgung und Rufe nach "Revitalisierung" des Konzepts auf der Basis der Erfahrungen der vorangegangenen drei Dekaden und der zunehmenden Evidenz wurden immer lauter (Lawn et al. 2008). Vierzig Jahre nach Alma Ata wurde 2018 die Astana Erklärung verabschiedet, in welcher die Prinzipien der primären Basisversorgung zur Verbesserung des Gesundheitsstatus durch umfassende und integrierte Versorgung und Adressierung der Gesundheitsdeterminanten unter Partizipation und Befähigung (*empowerment*) der Bevölkerung erneut bekräftigt wurden. (World Health Organisation 2018)

Gesundheits(un)gerechtigkeit und Gesundheits(un)gleichheit

Die Ähnlichkeit der englischen Begriffe, so wie die Schwierigkeit, sie ins Deutsche zu übersetzen, führen oftmals zu Unschärfen. **Health (In)equity** bezieht sich am ehesten auf

Gesundheits(un)gerechtigkeiten, während **Health (In)equality** am ehesten mit **Gesundheits(un)gleichheiten** übersetzt werden kann.

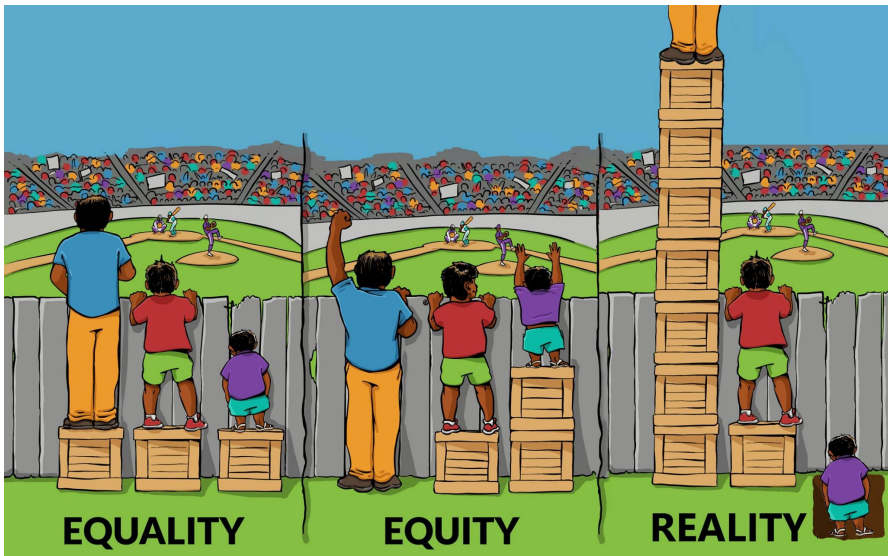


Abbildung 5: Illustration der Konzepte Equality & Equity (Illustration: Angus Maquire, <https://www.storybasedstrategy.org>)

Diese zwei Begriffe unterscheiden sich in einem wichtigen Aspekt voneinander: Von einer Gesundheitsungleichheit spricht man, wenn sich Morbiditäts- oder Mortalitätsziffern in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen auf Grund von unveränderlichen Merkmalen (wie Alter, biologisches Geschlecht, genetische Faktoren) unterscheiden. Einige Ungleichheiten lassen sich nicht vermeiden (so sind beispielsweise Männer auf Grund ihres biologischen Geschlechts nicht von Müttersterblichkeit betroffen).

Von Health Inequity (manchmal auch **Health Disparity** genannt) - also am ehesten mit Ungerechtigkeit zu übersetzen - spricht man, wenn sich Gesundheitsdaten verschiedener Bevölkerungsgruppen voneinander unterscheiden auf Grund von Einflüssen, die veränderbar wären. Dies sind beispielsweise der sozioökonomische Status, Zugang zu Gesundheitsversorgung, sexuelle Orientierung, Bildungsstatus oder Umweltfaktoren die durch die Wohnverhältnisse determiniert werden (z.B. Luftverschmutzung, Lärm, sanitäre Versorgung usw.). Daher sprechen viele von **gesundheitlicher Chancengleichheit** — ein Begriff, welcher das Konzept hinter **Health Equity** verdeutlicht. Somit sind die Verringerung von Health

Inequities ein originäres Handlungsfeld von Anstrengungen im Bereich Globale und Öffentliche Gesundheit.

Als **Vertikale Gerechtigkeit (Vertical Equity)** wird dabei der Ansatz bezeichnet, das ausgehend von unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen unterschiedliche Individuen je nach ihren Bedürfnissen Anrecht auf unterschiedliche Ressourcen haben sollten. Ein anschauliches Beispiel dafür sind beispielsweise Vergünstigungen in vielen Lebensbereichen für Menschen mit Behinderungen. Dieses Konzept ist eng verknüpft mit dem Begriff der Sozialen Determinanten von Gesundheit, der im Folgenden erläutert wird.

Soziale Determinanten von Gesundheit

Die Gesundheit von Menschen hängt nicht nur von der medizinischen Versorgung im Erkrankungsfall, sondern maßgeblich auch von den Umständen, unter den Menschen auf die Welt kommen, aufwachsen, leben, arbeiten und älter werden, ab. Diese Umstände wiederum sind maßgeblich geprägt von den sozialen, politischen, kulturellen und ökonomischen Systemen und Institutionen, die die Lebensrealitäten der Menschen bestimmen. In der Praxis heißt das: Armut macht krank und reiche Menschen leben länger. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat hierfür den Begriff der **Sozialen Determinanten für Gesundheit** geprägt, der 2008 von der Kommission für Soziale Determinanten für Gesundheit veröffentlichte Bericht "Closing the Gap in a generation - Health equity through action on the social determinants of health" dient dabei als maßgebliches und viel zitiertes Grundlagendokument. (World Health Organisation 2008)

In der medizinischen Ausbildung sind Lehrinhalte zu SDHs bislang an vielen Stellen unzureichend verankert (Hommes et al. 2020a; 2020b).

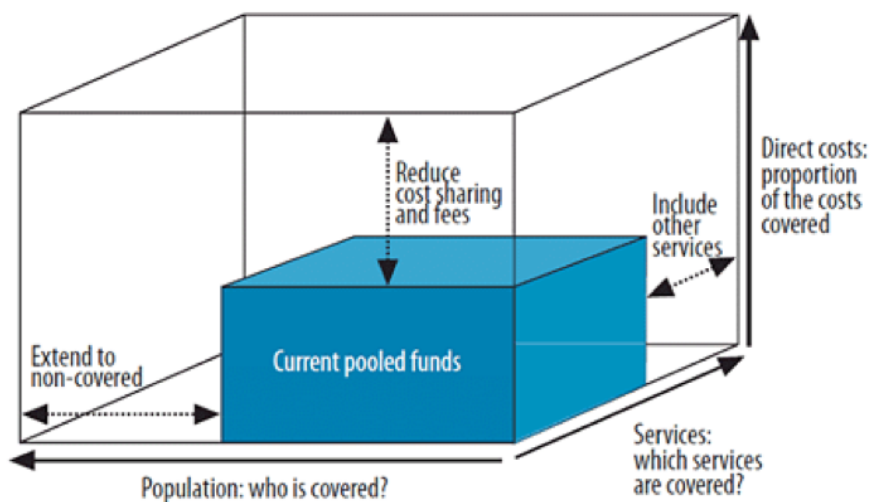
Aufgabe der Öffentlichen Gesundheit ist es, mit Blick auf diese Determinanten die Ursachen gesundheitlicher Defizite zu bekämpfen, bevor sie zu Problemen führen.

Allgemeine Gesundheitsversorgung/-sicherung

Mit dem Konzept der **allgemeinen Gesundheitsversorgung/-sicherung (Universal Health Coverage, UHC)** wird auf die Tatsache reagiert, dass die Hälfte der Weltbevölkerung keinen Zugang zu essentiellen Gesundheitsdienstleistungen hat und dass geschätzte 100 Millionen Menschen im Jahr als Folgen ihrer Gesundheitsausgaben von extremer Armut bedroht sind (World Health Organisation 2019b).

Das Konzept UHC beinhaltet dabei, dass Individuen und Bevölkerungsgruppen Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen haben sollten, die sie brauchen, ohne dabei zu verarmen. UHC beinhaltet das gesamte Spektrum an essentiellen qualitativen Gesundheitsdienstleistungen - von Gesundheitsförderung zu Prävention, Behandlung, Rehabilitation und palliativer Versorgung.

Dabei sollten die signifikantesten Ursachen für Morbidität und Mortalität berücksichtigt werden. UHC soll zudem sicherstellen, dass die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen ausreichend ist für eine Verbesserung des Gesundheitsstatus (übersetzt nach (World Health Organisation 2019b)).



Three dimensions to consider when moving towards universal coverage

Abbildung 6: Visuelle Darstellung unterschiedlicher UHC Dimensionen

UHC ist also ein Konzept, dass nicht nur die Gesundheitsfinanzierung und die Vermeidung von Armut verursachenden Gesundheitsausgaben umfasst, sondern auch Qualität, Zugänglichkeit und Verfügbarkeit der Gesundheitsdienstleistungen sicherstellen soll (World Health Organisation 2020). Dazu zählen also neben der Erbringung von Dienstleistungen, auch Arbeitskräfte, Infrastrukturen und Technologie, Informationssysteme, Qualitätssicherung, Governance und Gesetzgebung. Im UHC Konzept werden allerdings sozioökonomische oder umweltbezogene Determinanten von Gesundheit nicht adressiert. Verschiedene dazu nötige Dimensionen, wie beispielsweise welche Bevölkerungsgruppe (*population*) soll durch welche Dienstleistungen (*services*) erreicht werden, was sollen die Dienstleistungen umfassen (*coverage*) und wie sollen die Dienstleistungen bezahlbar gemacht werden (*cost affordability*), werden in der Abbildung: "Visuelle Darstellung unterschiedlicher UHC Dimensionen" gezeigt (World Health Organisation 2020).

Als Teil der UN Nachhaltigkeitsziele haben die UN-Mitgliedsländer vereinbart, UHC bis 2030 flächendeckend zu verwirklichen (SDG 3.8).

Gesundheit in allen Politikbereichen

Nach dem Konzept **Gesundheit in allen Politikbereichen (*Health in all Policies, HIAP*)** der WHO ist die Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung nicht allein eine Aufgabe des Gesundheitssystems, sondern auch aller übrigen Politikbereiche. Die zahlreichen Determinanten von Gesundheit berücksichtigend, sollte Gesundheit daher in allen Themenfeldern des öffentlichen und politischen Handelns verfolgt werden.

In der 2013 verabschiedeten Helsinki-Erklärung der 8. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung der WHO wird HIAP definiert als ein Konzept



„für die Politik in allen Sektoren, die Auswirkungen von Entscheidungen auf Gesundheit und Gesundheitssysteme berücksichtigt, Synergien sucht und schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit vermeidet, um die Gesundheit der Bevölkerung und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern“ (Pan American Health Organisation/World Health Organisation 2013)

Es gibt bereits international und national Beispiele für die Anwendung von HIAP, hierzu wird auf die Übersicht vom Zukunftsforum Public Health verwiesen.

Nachhaltige Entwicklungsziele

Die internationale Gesundheitspolitik wurde auf der Grundlage von PHC mit sich verändernden Akzenten weiterentwickelt. Im Jahr 2000 wurden die **Millennium- Entwicklungsziele (*Millennium Development Goals, MDGs*)** von den Mitgliedsländern der Vereinten Nationen (*United Nations, UN*) einstimmig beschlossen (United Nations 2015a). Es wurden im Jahr 2000 acht Ziele, die bis zum Jahr

2015 erreicht werden sollten (gemessen auf der Basis der Daten von 1990), von einer Arbeitsgruppe aus Vertretern der Vereinten Nationen, der Weltbank, des Internationalen Währungs Fonds und des Entwicklungsausschusses Development Assistance Committee der OECD formuliert.



Millenium Development Goals

Der MDG Bericht 2015 gibt einen Überblick über die Indikatoren (United Nations 2015b).

Im Jahr 2015 wurden die MDGs durch die **17 Nachhaltigkeitsziele (Sustainable development Goals, SDG)** und die **Agenda 2030** abgelöst. Deren Entwicklung ging ein breiter Beteiligungsprozess zahlreicher Akteure, inklusive der Zivilgesellschaft, voraus. Im Gegenteil zu den MDGs, deren Ziele sich vorwiegend auf Länder mit geringen Einkommen bezogen, betreffen die SDGs alle Länder. Die 17 Ziele umfassen einen Katalog von 169 Zielvorgaben unterteilt in 107 inhaltliche Ziele und 62 Umsetzungs-Maßnahmen.



Abbildung 7: Nachhaltige Entwicklungsziele (Sustainable Development Goals, SDGs)

Gesundheit in den SDGs findet sich im Ziel 3 wieder:

“Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern”

Die Zielvorgaben sind folgende:

1. Bis 2030 die weltweite Müttersterblichkeit auf unter 70 je 100.000 Lebendgeburten senken.
2. Bis 2030 den vermeidbaren Todesfällen bei Neugeborenen und Kindern unter 5 Jahren ein Ende setzen, mit dem von allen Ländern zu verfolgenden Ziel, die Sterblichkeit bei Neugeborenen mindestens auf 12 je 1.000 Lebendgeburten und bei Kindern unter 5 Jahren mindestens auf 25 je 1.000 Lebendgeburten zu senken.
3. Bis 2030 die Aids-, Tuberkulose- und Malariaepidemien und die vernachlässigten Tropenkrankheiten beseitigen und Hepatitis, durch Wasser übertragene Krankheiten und andere übertragbare Krankheiten bekämpfen.

4. Bis 2030 die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von nicht übertragbaren Krankheiten durch Prävention und Behandlung um ein Drittel senken und die psychische Gesundheit und das Wohlergehen fördern.
5. Die Prävention und Behandlung des Substanzmissbrauchs, namentlich des Suchtstoffmissbrauchs und des schädlichen Gebrauchs von Alkohol, verstärken.
6. Bis 2020 die Zahl der Todesfälle und Verletzungen infolge von Verkehrsunfällen weltweit halbieren.
7. Bis 2030 den allgemeinen Zugang zu sexual- und reproduktionsmedizinischer Versorgung, einschließlich Familienplanung, Information und Aufklärung, und die Einbeziehung der reproduktiven Gesundheit in nationale Strategien und Programme gewährleisten.
8. Die allgemeine Gesundheitsversorgung, einschließlich der Absicherung gegen finanzielle Risiken, den Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten und den Zugang zu sicheren, wirksamen, hochwertigen und bezahlbaren unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen für alle erreichen.
9. Bis 2030 die Zahl der Todesfälle und Erkrankungen aufgrund gefährlicher Chemikalien und der Verschmutzung und Verunreinigung von Luft, Wasser und Boden erheblich verringern.

In Deutschland sind die SDGs in die deutsche Nachhaltigkeitsstrategie eingeflossen (Die Bundesregierung 2018a).

Internationale Gesundheitsvorschriften

Die **Internationalen Gesundheitsvorschriften (International Health Regulations, IHR)** sind völkerrechtlich bindende Vorschriften der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation 2005). Sie wurden 1969 beschlossen, ersetzen die bis dahin geltenden International Sanitary Regulations und zielten auf Seuchenbekämpfung ab. Diese sahen die Meldung von

Krankheitsfällen (z.B. Cholera, Pest, Gelbfieber) an die WHO sowie gesundheitsbezogene Regeln für internationalen Handel, internationale Reisen und organisatorischen Vorgaben zum Gesundheitsschutz vor. Sie legten auch die Notwendigkeit von bestimmten Gesundheitsdokumenten fest (Impfpässe für Reisende aus Endemiegebieten, Seegesundheitserklärung, etc).

Mit der Zunahme des internationalen Verkehrs für Menschen und Waren sowie das Auftreten neuer Krankheitserreger (z.B. HIV, SARS, aviäre Influenza, Ebola) zeigte sich, dass Gesundheitsrisiken nicht mehr auf eine Region begrenzt bleiben und das Krankheitsausbrüche früh entdeckt werden müssen, um eine internationale Verbreitung verhindern zu können. Aufgrund dieses dringenden Bedarfes wurde das internationale Rahmenwerk 2005 novelliert. Die Internationalen Gesundheitsvorschriften enthalten verpflichtende Regelungen sowohl für staatliche Akteure, internationale Transporteure und die WHO selbst. Erstere sollen beispielsweise ein Surveillancesystem etablieren und Maßnahmen vorhalten, um die Verschleppung von Krankheiten in anderen Ländern zu verhindern. International tätige Transportunternehmen sollen der Verbreitung von Krankheiten durch eigene Kontrollen an Waren, Passagiere und Besatzung entgegenwirken. Die WHO steht in Dauerbereitschaft beratend an der Seite der Mitgliedsländer.

Zentrale Aufgaben im Bereich der Öffentlichen Gesundheit

Zur Stärkung und Vereinheitlichung der Aufgaben und Strukturen definierte die WHO Europa zehn so genannte **zentrale Aufgaben im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (Essential Public Health Operations, EPHO)**. Diese sollen aus Sicht der WHO eine effiziente Umsetzung von Zielen der Öffentlichen Gesundheit ermöglichen:



EPHO1: Surveillance of population health and wellbeing

EPHO2: Monitoring and response to health hazards and emergencies

EPHO3: Health protection including environmental occupational, food safety and others

EPHO4: Health promotion including action to address social determinants and health inequity

EPHO5: Disease prevention, including early detection of illness

EPHO6: Assuring governance for health and wellbeing

EPHO7: Assuring a sufficient and competent public health workforce

EPHO8: Assuring sustainable organisational structures and financing

EPHO9: Advocacy communication and social mobilisation for health

EPHO10: Advancing public health research to inform policy and practice

Die EPHOS sind eine wichtige Grundlage, um Aufgaben und Strukturen im Bereich der Öffentlichen Gesundheit national und lokal zielführend auszugestalten und so die Bewältigung von Herausforderungen der Globalen Gesundheit systemeffizient zu ermöglichen.

Präventionsgesetz

Das **Präventionsgesetz (PrävG)** des Bundes schreibt den gesetzlichen Krankenkassen vor, Leistungen für Präventionsangebote anzubieten. So sind in § 20 Abs. 3 PrävG Ziele im Rahmen dieser Leistungen definiert, die sich an globalen Gesundheitszielen orientieren (z. B. Tabakkonsum reduzieren, gesund aufwachsen). Hieraus können Akteur/innen vor Ort beispielsweise im Rahmen von Projektanträgen Gelder akquirieren, um Gesundheitsziele umzusetzen.

Gesundheitsdienstgesetze

Die **Gesundheitsdienstgesetze (GDG)** der Länder regeln den Aufbau, die Zuständigkeiten, Befugnisse und Aufgaben der Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Hier sind auch jene definiert, die sich mit Fragen von globaler Gesundheit beschäftigen. Auch wenn die meisten GDG sich in Aufbau und Inhalt ähneln, unterscheiden sie sich dennoch in einzelnen inhaltlichen Punkten.

Deutlich wird dies im Hinblick auf die gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben im Rahmen von globalen Gesundheitsthemen, wie beispielsweise Klimawandel und Gesundheit (umweltbezogener Gesundheitsschutz). Während z. B. das Hessische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) in § 8 den Gesundheitsämtern die konkreten Aufgaben Beobachtung, Bewertung, Beratung der Bevölkerung und Behörden sowie der Stellungnahme überträgt, sieht das Gesundheitsdienstgesetz (GDG) Berlins in § 10 die "Abwehr umweltbedingter Gesundheitsgefahren, die vorsorgende Umwelthygiene und die krankheitsorientierte Umweltmedizin" als Aufgaben des ÖGDs vor. Das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) geht in § 10 sogar noch weiter: hier wird den unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter) sogar eine Befugnis erteilt, entsprechende Maßnahmen in öffentlichen Gebäuden "zur Abwehr von gesundheitlichen Schäden oder Langzeitwirkungen" anordnen zu können.

Infektionsschutzgesetz

Weitere Aufgaben sind neben den Landesgesetzen auch im **Infektionsschutzgesetz (IfSG)** des Bundes geregelt. Insbesondere Meldewege und Zuständigkeiten auf kommunaler, Landes- und Bundesebene werden durch das IfSG festgelegt. Befugnisse erhält der ÖGD durch das IfSG, durch die er sogar mehrere bürgerliche Grundrechte Einzelner außer Kraft setzen kann, um die Gesundheit der Allgemeinheit zu schützen (z.B. die angeordnete Unterbringung

von Menschen mit offener Lungentuberkulose gegen ihren Willen, bis der Heilungsprozess so weit fortgeschritten ist, dass die Erkrankung nicht mehr als infektiös einzustufen ist).

Konzept und Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit

Im nationalen Kontext gab es bislang keine Regularien, die die Handlungsspielräume Deutschlands im Kontext Globale Gesundheit explizit regeln sondern verschiedene Rechtsnormen und fachliche Empfehlungen, die sich aus den internationalen und europäischen Abmachungen ableiten. Diese sind teilweise in unterschiedlichen Ressorts des Öffentlichen Dienstes (z. B. verschiedene Bundesministerien) angesiedelt.

Aufgaben und Befugnisse im Rahmen von globalen Gesundheitsthemen lassen sich im bundesdeutschen Raum eher von Rechtsgrundlagen ableiten, die sich mit der Förderung oder dem Schutz der Bevölkerungsgesundheit befassen. Da Gesundheit in Deutschland Länderkompetenz ist, unterscheiden sich die entsprechenden Landesgesetzgebungen hierbei zum Teil erheblich voneinander.

Im Koalitionsvertrag 2018 hat die Regierung der Bundesrepublik Deutschland dazu festgelegt, eine neue Strategie zu Globale Gesundheit zu erarbeiten (Die Bundesregierung 2018b):



„Deutschland wird eine Strategie zur globalen Gesundheitspolitik erarbeiten, um noch stärker seiner internationalen Verantwortung gerecht zu werden. Schwerpunkte werden die Gesundheitssicherheit und die Prävention von internationalen Pandemien sowie Stärkung von Gesundheitssystemen in Entwicklungsländern sein. Dafür werden wir internationale Kooperationen und strategische Partnerschaften weiter aufbauen und ausbauen. Außerdem gilt es, die WHO zu stärken, indem wir

*auch den Reformprozess in der WHO unterstützen.“
(Koalitionsvertrag 2018 zwischen CDU, CSU und SPD.)*

Die neue Strategie zu Globale Gesundheit der Bundesregierung wurde im Oktober 2020 vom Kabinett verabschiedet und baut auf dem 2013 verabschiedete Konzept zur globalen Gesundheitspolitik „Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen“ auf (Die Bundesregierung 2013; 2018c).

In der Strategie mit dem Untertitel "Verantwortung - Innovation - Partnerschaft: Globale Gesundheit gemeinsam gestalten" werden die folgenden drei großen Handlungsbereiche mit jeweiligen Unterpunkten ausgeführt:

I. Priorisierung von Bereichen, in denen Deutschland sein politisches Engagement, seine Expertise und Kompetenzen bestmöglich einsetzen kann

Die Prioritäten sollen dabei folgende Bereiche umfassen:

1. "Gesundheit fördern, Krankheiten verhindern und adäquat begegnen"

Dies soll z.B. durch Stärkung der Wissensbasis und des internationalen Austausches zu Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz sowie dem Einsatz für ein politikübergreifendes gesundheitsförderndes Engagement. Desweiteren will die Bundesregierung die

“ *„die normativleitende Rolle der WHO bei übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten stärken und für eine Bündelung der Kompetenzen zur Eindämmung von nichtübertragbaren Krankheiten bei der WHO eintreten“.*

Ebenso werden unter diesem Schwerpunkt die Stärkung des Arbeitsschutzes im Rahmen der ILO, die Reduktion antimikrobieller Resistenzen, die Förderung von Impfungen durch Forschung und Impfprogramme, die Unterstützung von globalen Fonds zur Reduzierung von Infektionskrankheiten, die Berücksichtigung von

vernachlässigten und armutsassoziierten Tropenkrankheiten in multilateralen Strategien und internationalen Foren sowie die endgültige Ausrottung von Polio genannt.

2. "Umwelt, Klimawandel und Gesundheit ganzheitlich angehen"

Hier möchte die Bundesregierung

“ *"sich international und gemeinsam mit Partnerländern dafür engagieren, Gesundheitsrisiken durch Umweltfaktoren, die Folgen des Klimawandels und des globalen Biodiversitätsverlustes zu erkennen und zu reduzieren und eine sektorübergreifende Zusammenarbeit für Gesundheit zu fördern."*

Desweiteren soll

“ *"insbesondere den gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels stärker international entgegengewirkt"*

werden und die Bundesregierung möchte

“ *"die Forschung zum Nexus Umwelt, Klimawandel, Biodiversität, Gesundheit und Gesundheitssystem gezielt fördern und ausweiten".*

3. "Gesundheitssysteme stärken und eine allgemeine Gesundheitsversorgung mit einem diskriminierungsfreien Zugang für alle ermöglichen"

Unter diesem Schwerpunkt will sich die Bundesregierung einsetzen für

“ *"diskriminierungsfreie Gesundheitsdienste und die Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte"*

sowie

“ *"Partnerländern Unterstützung beim Ausbau flächendeckender, sicherer, nichtkrankheitsspezifischer, qualitativ hochwertiger und akzeptabler Gesundheitsdienste für alle Menschen vor Ort anbieten"*

und weiter

“ *"sich für kontinuierlichen, gerechten Zugang zu sicheren Impfstoffen, Arzneimitteln, Medizinprodukten und Medizintechnik engagieren".*

Ein weiteres Aktionsfeld ist das Engagement für wissenbasierte Informationen für Patientinnen und Patienten sowie die Unterstützung von Partnerländern beim Aufbau nachhaltiger, solidarischer Gesundheitsfinanzierung.

4. "Gesundheitsschutz sicherstellen, einschliesslich des Schutzes vor Epidemien und Pandemien sowie des fortgesetzten Engagements in der humanitären Gesundheitshilfe"

Hierunter versteht die Bundesregierung, zum einen eine leistungsfähige WHO zu unterstützen mit dem Ziel, Gesundheitskrisen vorzubeugen und im Gesundheitsnotfall Ländern schnell zu helfen. Desweiteren will die Bundesregierung verstärkt seine Expertise den Partnerländern und internationalen Organisationen zur Verfügung stellen in Prävention von und Reaktion auf Epidemien und Pandemien, auch unter Nutzung des One Health-Ansatzes. In humanitären Einsätzen will die Bundesregierung schnelle und effektive Hilfe bereitstellen und sich für den Schutz von von medizinischem und humanitärem Personal einsetzen.

5. "Forschung und Innovation für globale Gesundheit vorantreiben"

Hierunter versteht die Bundesregierung, die interdisziplinäre sowie europäische und internationale Zusammenarbeit im Bereich Forschung zu Themen globaler Gesundheit zu fördern, Partnerländer bei der Stärkung Ihrer Forschung zu unterstützen, die Impfstoffentwicklung sowie den weltweiten gerechten Zugang zu

Impfstoffen zu fördern und die Initiativen zur Forschung und Entwicklung zur Bekämpfung von vernachlässigten (Tropen-)Erkrankungen fortzusetzen. Zudem möchte sich die Bundesregierung für einen



"umsichtigen digitalen Wandel im Gesundheitsbereich einsetzen, der das Einzel- und Gemeinwohl berücksichtigt und die Privatsphäre schützt".

II. "Partnerschaftliches Handeln und Stärken von Allianzen und Foren auf der nationalen, internationalen und multilateralen Ebene."

Um diese Herausforderungen anzugehen, möchte die Bundesregierung



"sich dafür einsetzen, das globale Gesundheit eine Priorität der wichtigsten Industrie- und Schwellenländer ist"

und sich für eine aktivere Rolle sowie eine kohärente Politik der EU für globale Gesundheit einsetzen. Der Multilateralismus und die internationale Koordination der globalen Gesundheitspolitik soll durch eine stärkere Rolle der WHO gestärkt werden. Desweiteren sollen die Partnerschaften mit afrikanischen Ländern intensiviert und ausgebaut werden und die östlichen Partnerländer in ihren Transformationsprozessen unterstützt sowie Dialog und Zusammenarbeit mit aufstrebenden Schwellen- und Entwicklungsländern intensiviert werden.

III. Sicherstellung eines kohärenten Handelns auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Foren.

Hierunter meint die Bundesregierung, dass die Strategie zur globalen Gesundheit in Ergänzung zur deutschen Nachhaltigkeitsstrategie als ein Regierungsansatz mit längerfristigen gemeinsamen Zielen zu verstehen ist. Daher hat die Bundesregierung ressortübergreifende regelmäßige Abstimmungsmechanismen initiiert und will den Dialog

“ *"mit nichtstaatlichen Akteuren fördern und Deutschland als Standort für globale Gesundheit weiter stärken".*

Und schliesslich will die Bundesregierung

“ *"gezielt deutsches Personal und Nachwuchs in internationalen Organisationen und Gremien der globalen Gesundheit fördern."*

Diese neue Strategie hat Gültigkeit von 2020 bis 2030 und soll nach der Halbzeit einer Prüfung unterzogen werden.

Akteure in der Öffentlichen und Globalen Gesundheit

Nach dem Lesen dieses Kapitel können Sie:

- Akteure in der Globalen und Öffentlichen Gesundheit benennen
- Übergeordnete Akteursgruppen in der Globalen und Öffentlichen Gesundheit benennen
- Einzelne Akteure den übergeordneten Gruppen zuordnen

Hintergrund Akteure

Gesundheitsherausforderungen bedürfen einer engen und abgestimmten Zusammenarbeit unterschiedlichster Akteure. Hiermit sind nicht nur medizinische Leistungserbringer oder Krankenversicherungsträger gemeint, sondern alle Akteure, die mit ihren Entscheidungen und Handlungen die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen. Im Folgenden stellen wir Akteure aus dem Gesundheitssektor vor. Akteure aus anderen Sektoren (z.B. Bildung, wirtschaftliche Entwicklung, Umweltschutz, Wasser, sanitäre Infrastruktur und Hygiene), die ebenso einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit haben, unterscheiden sich in ihrer Struktur und Arbeitsweise sowie ihren Zielen und ihrer Gestaltungsmacht. Wir gliedern im Folgenden Akteure nach ihrer Rechtsform (z.B. staatlich, zivilgesellschaftlich oder privatwirtschaftlich) und ihrer Arbeitsebene (z.B. lokal, national oder international).

Akteure unterschiedlicher Rechtsformen und Ebenen agieren kurz- oder langfristig miteinander, sodass ein dynamisches Bild entsteht. Oftmals werden Ziele und Regularien für Globale Gesundheit auf (über-)staatlichen Ebenen definiert, während die Umsetzung lokal erfolgt. Die Arbeit der kommunalen Gesundheitsämter trägt somit in grundlegender Art und Weise die Erreichung globaler Gesundheitsziele mit.

Abbildung 1 aus der Netzwerkabbildungsstudie von Hoffmann und Cole (2018) zeigt eindrücklich die Komplexität der Akteurslandschaft in Globaler Gesundheit. (Hoffman and Cole 2018)

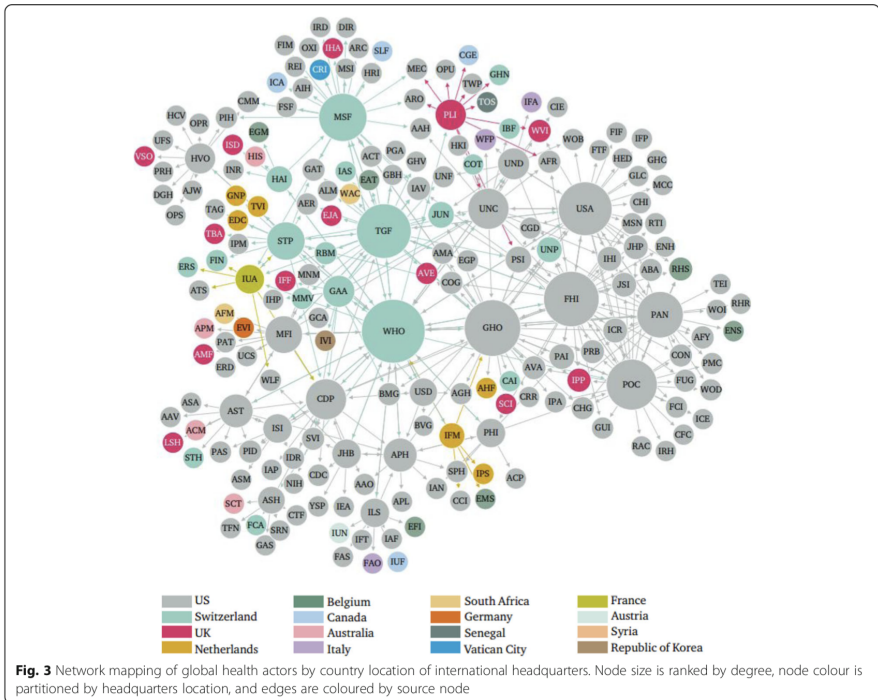


Abbildung 8: Netzwerkmapping der Akteure der Globalen Gesundheit (aus Hoffman & Cole, 2018)

Abbildung 2 zeigt Akteure auf der lokalen bis zur globalen Ebene und entsprechend ihrer Einstufung als öffentliche Einrichtung, zivilgesellschaftliche Organisation und privaten *non-profit* Akteuren bis hin zu privaten *for-profit* Unternehmen. Die Abbildung benennt für jede Ebene einige Akteure als Beispiel.

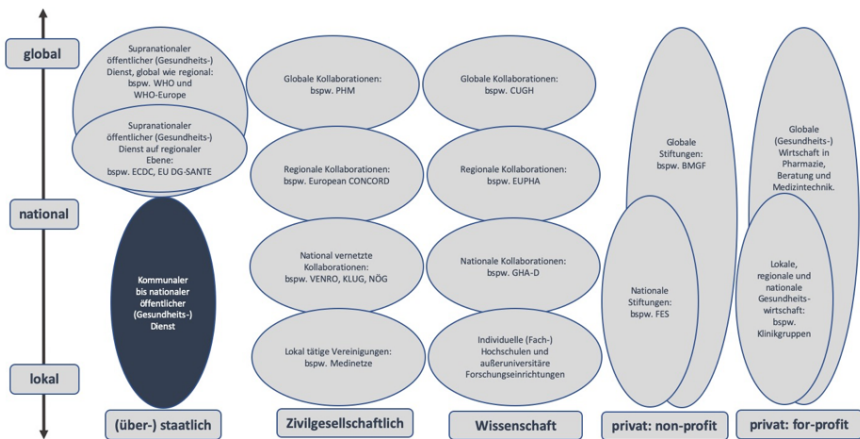


Abbildung 9: Schematische Darstellung der Akteurslandschaft in Globaler Gesundheit

(Über-) Staatliche Akteure der Globalen Gesundheit

Während wir in unserem Alltag zumeist in direkter Verbindung mit kommunalen bis nationalen Einrichtungen des öffentlichen (Gesundheits-) Dienstes stehen, existieren eine Vielzahl unterschiedlicher supranationaler Organisationen, die sich grenzübergreifend direkt oder indirekt mit Fragen der Globalen Gesundheit beschäftigen.

Entstanden sind diese im Laufe des letzten Jahrhunderts als Ergebnis unterschiedlicher diplomatischer Bemühungen mit dem Ziel, globale Konflikte und Herausforderungen in gemeinsamer Abstimmung und Kooperation zu lösen, oder im besten Fall vorzubeugen.

Globale Akteure

Auf der globalen überstaatlichen Ebene sind vor allem Sonderorganisationen/Nebenorgane der Vereinten Nationen zu erwähnen sowie die Weltbank.

- Die **Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO)** ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen für das

internationale öffentliche Gesundheitswesen. Ihre Hauptaufgabe ist die Bekämpfung der Erkrankungen sowie Förderung der allgemeinen Gesundheit der Menschen weltweit. Dabei erstellt sie Gesundheitsberichte, berät Länder in der Entwicklung und im Aufbau ihrer Gesundheitssysteme und koordiniert nationale und internationale Aktivitäten beim Kampf gegen übertragbare und nicht übertragbare Krankheiten und Gesundheitsrisiken.

- Das **Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (*United Nations Children's Fund, UNICEF*)** unterstützt in ca. 190 Staaten Kinder und Mütter in den Bereichen Gesundheit, Familienplanung, Hygiene, Ernährung und Bildung und leistet humanitäre Hilfe in Notsituationen.
- Schwerpunkte der **Programme des Bevölkerungsfonds (*United Nations Population Fund, UNFPA*)** umfassen neben anderen Bereichen die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Familienplanung.
- Das **Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids (*United Nations Programme on HIV and AIDS, UNAIDS*)** hat als Ziel, die verschiedenen Aktivitäten einzelner Ländern im Kampf gegen HIV/AIDS zu koordinieren.
- Die **Weltbank (*World Bank, WB*)** ist eine multinationale Entwicklungsbank. Dabei unterstützt sie Projekte im Bereich Universal Health Coverage, Ernährung, Impfungen, mütterliche Gesundheit etc.

Europäische Akteure

Die **Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (*Directorate-General for Health and Food Safety, DG SANTE*)** der Europäischen Kommission hat den Auftrag, die EU-Rechtsvorschriften zum Schutz von Gesundheit auf dem neuesten Stand zu halten und deren Umsetzung zu überprüfen.

Das **Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (*European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC*)** ist eine Agentur der Europäischen Union. Es ermittelt

durch Infektionen bedingte Gesundheitsrisiken, bewertet diese und unterstützt die Mitgliedstaaten der Europäischen Union bei ihren Abwehr- und Reaktionsmaßnahmen.

Nationale und kommunale Akteure

In Deutschland finden sich die staatlichen Akteure entsprechend der föderalen Struktur auf der nationalen, Länder- und kommunalen Ebene. Auf der nationalen Ebene gehören in des Geschäftsbereich des **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** folgende

Bundesbehörden:

- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
- Paul-Ehrlich-Institut (PEI)
- Robert-Koch-Institut (RKI) Darüber hinaus gibt es weitere für Gesundheit relevante Bundeseinrichtungen in den Geschäftsbereichen anderer Bundesministerien, z.B.:
- Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL)
- Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR). Hinzu kommen die **Landesbehörden** auf Länderebene sowie die **unteren Gesundheitsbehörden** (Gesundheitsämter) auf kommunaler Ebene, Körperschaften des Öffentlichen Rechts wie die (Zahn-) Ärztekammer. Eine umfangreiche Übersicht dieser und weiterer Akteure in Deutschland befindet sich im Lehrbuch "Der Öffentliche Gesundheitsdienst".

Zivilgesellschaftliche Akteure der Globalen Gesundheit

Im Kontext erweiterter Gesundheitsfragen denken wir zumeist an staatliche Akteure auf der einen und konventionelle privatwirtschaftliche Unternehmen auf der anderen Seite.

Häufig wird davon ausgegangen, dass eine Kombination aus diesen beiden Akteuren bereits alle Fragen klären und Antworten auf alle Herausforderungen der Versorgung geben kann. In der Realität entstehen jedoch zumeist Versorgungslücken, vergessene Bevölkerungsgruppen und Teufelskreise zwischen Armut und Krankheit, da privatwirtschaftliche Unternehmen einen Fokus auf monetarisierbare Themen legen, während staatliche Akteure teils längeren Entscheidungsprozessen unterliegen und teils kurzfristige an Wahlzyklen gebundene Ziele verfolgen. Solche Situationen bedürfen zumeist lokaler Initiativen und zivilgesellschaftlicher Vereinigungen.

Neben lokalen Anstrengungen finden sich zivilgesellschaftliche Vereinigungen auch auf der regionalen, nationalen und globalen Ebene zusammen, um als Nichtregierungsorganisationen (*non-governmental organizations*; NGOs) gemeinsam mit lauter(er) Stimme Politik und internationale Vereinbarungen mitzugestalten. In dieser Hinsicht sind NGOs, neben dem aktiven und passiven Wahlrecht, ein Schlüsselement partizipatorischer Demokratien.

Globale Akteure

Das **People's Health Movement (PHM)** bringt als globales Netzwerk unterschiedliche Graswurzel-Gesundheitsinitiativen sowie akademische Institutionen zusammen und bietet ein Forum für Austausch und Kommunikation sowie zur Entwicklung von gemeinsamen Positionen zu unterschiedlichen Fragen der Gesundheitsversorgung und -verwaltung.

Ähnlich arbeitet das globale Netzwerk **Medicus Mundi International (MMI)** mit dem Fokus auf internationaler Gesundheitszusammenarbeit. Zu unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten gibt es des weiteren zivilgesellschaftliche Netzwerke wie das **Neglected Tropical Disease NGO Network (NNN)**, die **Chagas Coalition**, die **International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP)** uvm. Dies sind wichtige zivilgesellschaftlichen Zusammenschlüsse zu vernachlässigten Gesundheitsthemen, die oft vulnerable Bevölkerungsgruppen betreffen, die unter gesundheitlicher Chancenungleichheit leiden. Diese Netzwerke ermöglichen auf lokaler, regionaler und globaler Ebene gemeinsame Forschung zu wichtigen offenen Fragen, Einflussnahme auf politische Entscheidungsträger sowie vor allem auch Inkludierung der Sichtweisen und Stimmen der von diesen Erkrankungen betroffenen und oftmals stigmatisierten Menschen.

Europäische und regionale Akteure

Als europäischer Dachverband entwicklungspolitischer NGOs setzt sich die **Confederation for Cooperation of Relief and Development NGOs (CONCORD)** für gerechte und nachhaltige Entwicklungszusammenarbeit abseits von wirtschaftlichen Interessen ein. In diesem findet sich auch als nationaler Akteur der **Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V. (VENRO)**.

Nationale und kommunale Akteure

Die **Deutsche Allianz für Klimawandel und Gesundheit (KLUG)** setzt sich für eine Anerkennung des Klimawandels als wichtige gesamtgesellschaftliche Herausforderung ein und betont den gesundheitlichen Nutzen einer klimafreundlichen Lebensführung.

Das **Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit (NÖG)** ist eine bundesweite Plattform für nachhaltigen Austausch und Vernetzung

zwischen Studierenden und Nachwuchskräften mit Interesse für Themen und Aspekte der Öffentlichen Gesundheit.

Lokal tätige **Medinetze** verstehen sich zumeist als Menschenrechtsinitiativen und kümmern sich um anonyme und kostenfreie Vermittlung von medizinischer Hilfe für Geflüchtete und Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus. Als ausgewähltes Beispiel verdeutlichen sie die (idealerweise vermeidbare) Notwendigkeit lokaler NGOs in der Versorgung von Menschen, die deutlich von gesundheitlicher Chancenungleichheit betroffen sind.

Wissenschaftliche Akteure der Globalen Gesundheit

Während sich viele Akteure der Globalen Gesundheit mit Fragen der praktischen Umsetzung beschäftigen, setzen sich Wissenschaftler/innen aus akademischer Sicht mit unterschiedlichen Fragen aus den Themengruppen Gesundheit/Krankheit, Gesellschaft/Lebenswelten und Politik/Gesundheitssystem auseinander und leisten einen wichtigen Beitrag zu einer Evidenz-informierten Tätigkeit in der Globalen Gesundheit. (Havemann and Bösner 2018)

Forschung zur Globalen Gesundheit ist jedoch nicht immer auch als solche gekennzeichnet, sondern findet sich dem Wesen Globaler Gesundheit entsprechend in vielen verschiedenen Forschungsdisziplinen und -feldern.

Globale Akteure

Consortium for Universities in Global Health (CUGH) sieht seine Funktion in der Unterstützung akademischer Einrichtungen und Partner in der Verbesserung der menschlichen und planetaren Gesundheit. Ihr Netzwerk umspannt über 145 Einrichtungen aus allen Kontinenten.

Die **World Federation of Public Health Associations (WFPHA)** stellt einen internationalen Dachverband unterschiedlichster “Public Health”-Vereinigungen dar, unabhängig ihrer Fachdisziplin. Laut eigener Darstellung sieht die WFPHA ihre Aufgaben u.a. darin, sich für gesundheitliche Chancengleichheit und die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit einzusetzen, die Public-Health-Praxis, Forschung und Ausbildung voranzubringen sowie Partnerschaften zwischen Mitgliedern zu unterstützen.

Europäische Akteure

Die **European Public Health Association (EUPHA)** versteht sich selbst als Dachorganisation europäischer Vereinigungen und Institute zu Öffentlicher Gesundheit.

Nationale und kommunale Akteure

Die **Global Health Alliance Deutschland (GHA-D)** ist ein deutschlandweites Netzwerk von Studierenden und Lehrenden mit Interesse an und Expertise in Globaler Gesundheit. Mit dem Ziel, Lehre und Forschung zu Globaler Gesundheit in Deutschland zu stärken, bietet sie ein Netzwerk für lokale Initiativen und unterstützt mit einem entsprechenden Handbuch und Publikationen verantwortungs- und sinnvolle Lehre und Forschung.

Die **Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH)** sieht sich als interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenschluss der Institutionen, Organisationen und Fachgesellschaften zu Öffentlicher Gesundheit in Deutschland und beschäftigt sich in Form eines gesonderten Fachbereiches mit Globaler Gesundheit.

Während die meisten hier genannten Akteure eher Netzwerke und Dachgesellschaften darstellen, sind ihre jeweiligen Herzstücke die **einzelnen Forschungseinrichtungen**. Hierbei geht es nicht nur um Forschungsabteilungen an Universitäten und Fachhochschulen wie in Heidelberg, Bielefeld, Berlin, München oder Fulda, sondern auch um außeruniversitäre Forschungszentren wie den Leibniz- und

Helmholtz-Instituten, dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und vielen weiteren wissenschaftlichen Instituten im deutschen Gesundheitswesen.

"For-profit"-Organisationen in der Globalen Gesundheit

Zahlreiche Unternehmen können entsprechend ihrer Größe sowohl lokal, national oder auch global die Gesundheitslandschaft beeinflussen: Gesundheitsdienstleister, Produktentwickler, Pharmaunternehmen etc.

Beispielsweise seien hier pharmazeutische Unternehmen genannt, die durch die Entwicklung von Medikamenten und Impfstoffen, ihre Preissetzung und deren Produktionskapazität eine relevante Gestaltungskraft besitzen. Auch mit der Auswahl darin, für welche Erkrankungen sie neue Arzneimittel entwickeln bzw. bekannte Wirkstoffe testen, haben sie einen direkten Einfluss auf die gesundheitliche Chancengleichheit. Gerade wenn es sich um Medikamente für Erkrankungen handelt, die primär in wirtschaftlich schwächeren Regionen prävalent sind und dementsprechend den Unternehmen nur wenig finanziellen Gewinn verheißten, führt das zu noch stärkerer Benachteiligung der ohnehin vulnerablen und gesundheitlich belasteten Bevölkerungsgruppen.

In den letzten Jahren kam es zu einigen Erfolgen bezüglich des Zugangs zu Medikamenten für benachteiligte Gruppen, durch die Arbeit unterschiedlicher Gesundheitsbewegungen und NGOs (bspw. BUKO Pharma-Kampagne, MSF Access Campaign), der Einführung von sogenannten *Public-Private-Partnerships* (bspw. für die Entwicklung von Tuberkulose-Medikamenten), neuen Finanzierungsmechanismen (garantierte Mindestabsätze von Impfstoffen oder Medikamenten) und anderweitige Zusammenarbeit zwischen NGOs, Regierungen, weiteren Geldgebern und Unternehmen (bspw. in Form der Londoner Deklaration zu Vernachlässigten Tropenkrankheiten). Dennoch besteht weiterhin

eine große Ungleichheit bezüglich der Verteilung der Forschungsmittel auf die verschiedenen Erkrankungen und dem Zugang zu existierenden und neuen Medikamenten.

Non-profit-Akteure der Globalen Gesundheit

Global Akteure

In den letzten Jahren haben sich zunehmend neue Akteure im Bereich zwischen Zivilgesellschaft und Wirtschaft etabliert: Philanthropische Stiftungen und von diesen gegründete oder maßgeblich finanzierte Partnerschaften. Aktuell gibt es weltweit mehr als 200.000 philanthropische Stiftungen, 86.000 davon sind in den USA, 85.000 in Westeuropa und weitere 35.000 in Osteuropa registriert (Martens and Seitz 2015). Diese Stiftungen variieren in Größe, Form, thematischen Schwerpunkten, Finanzierung und Reichweite. Viele widmen sich dem Gesundheits- und Bildungsbereich und sind zunehmend gewichtige Akteure im Feld der internationalen Entwicklungspolitik. Vielen Stiftungen gemein ist jedoch die Strategie, Herausforderungen mit marktorientierten, technischen Lösungen zu begegnen. Dies führt oftmals zur Vernachlässigung der komplexeren strukturellen Ursachen, deren Bewältigung lange Zeiträume bedarf und schwer zu messen ist. Große philanthropische Stiftungen beeinflussen direkt die entwicklungspolitische Agenda durch die Finanzierung von Projekten (zweckgebundene Finanzzusagen), durch die Koppelung einer Förderung an die Finanzierungszusagen von Regierungen, durch die Gründung globaler Gesundheitspartnerschaften und die Unterstützung gewählter Forschungsprogramme. (Martens and Seitz 2015)

Die **Bill und Melinda Gates Foundation** (BMGF) hat sich mit Ausgaben für Entwicklungsprogramme in Höhe von 4,7 Milliarden US-Dollar im Jahr 2017 zur größten philanthropischen Stiftung der letzten Jahre entwickelt. Sie verfügt über Einlagen in Höhe von 46,8 Milliarden US-Dollar (Bill & Melinda Gates Foundation 2020). Ihr

thematischer Schwerpunkt liegt im Gesundheits- und Bildungsbereich, der Bekämpfung von Armut und im Bereich Ernährung und Landwirtschaft. Sie war in den Jahren 2018/2019 der zweitgrößte Finanzierer der WHO: die BMGF ist für 10% des genehmigten Zweijahreshaushaltes in Höhe von 4,4 Milliarden US-Dollar aufgekommen (die USA für 15%). Sie hat mehrere internationale Partnerschaften wie z.B. GAVI gegründet bzw. trägt maßgeblich zu deren Finanzierung bei. Hierdurch hat die BMGF großen Einfluss auf der internationalen Entwicklungsagenda und bei supranationalen Einrichtungen wie der Weltgesundheitsorganisation gewonnen.

Der **Wellcome Trust** ist eine 1936 gegründete gemeinnützige Treuhand. Erklärtes Ziel ist, die „Forschung zu fördern, um die Gesundheit von Mensch und Tier zu verbessern“. Er ist nach der BMGF die weltweit zweitreichste Stiftung, die medizinische Forschung fördert, und hatte 2018 ein Vermögen von 26 Milliarden €. Laut Jahresbericht 2018 hat er jährlich 1,131 Millionen £ gespendet. Er investiert vornehmlich in biomedizinische Forschung.

Der **Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria** (*The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, GFATM*) ist ein Finanzierungsinstrument zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria. Er ist in mehr als 100 Ländern tätig und eines der wichtigsten Instrumente zur Bekämpfung dieser Krankheiten. Der GFTAM hat 2019 Projekte mit 3,5 Milliarden USD gefördert (Finanzbericht 2019). Er hat seit seiner Gründung 2002 insgesamt 49 Mrd. USD von Geberländern und ca. 3 Mrd. von Privatunternehmen und NGOs erhalten. (The Global Fund 2020)

Die **Impfallianz GAVI** (engl. *Global Alliance for Vaccines and Immunisation, The Gavi Alliance*) ist eine weltweit tätige öffentlich-private Partnerschaft und wurde 2000 auf dem Weltwirtschaftsforum in Davos gegründet. Zu ihren Mitgliedern zählt sie Regierungen, die Weltgesundheitsorganisation, UNICEF, die Weltbank, die Bill & Melinda Gates Foundation, NGOs, Impfstoffhersteller, Gesundheits- und Forschungseinrichtungen und private Geber. GAVI finanziert in

Ländern mit geringem Einkommen den Kauf von Impfstoffen, während Empfängerländer den Bedarf festlegen und die Kosten der Impfprogramme mittragen. GAVI bündelt die Nachfrage nach Impfstoffen und kann auf diese Weise große Mengen einkaufen und durch die garantierte Abnahme bessere Preise als einzelne Länder erzielen. Darüber hinaus fördert GAVI den Zugang zu neuen Impfstoffen (z.B. Pneumokokkenimpfung, Rotavirusimpfung). Kritisiert wird der Einfluss der Industrie auf die Preisgestaltung. Auch wird die Finanzierung wissenschaftlicher Studien, mit denen der Nutzen der Impfkampagnen untermauert wird, durch GAVI oder ihre Träger als Interessenkonflikt angesehen.

Regionale Akteure

Auf der regionalen Ebene sind ebenfalls *non-profit*-Akteure aus dem Privatsektor aktiv. Beispielhaft erwähnt sei hier die Europäische Gesundheitsstiftung. Deren Ziel ist die Verbreitung von Wissen, insbesondere zu den Zusammenhängen zwischen der Umwelt und der Gesundheit. Ihre zentralen Themen sind Mangelernährung, Drogen, Erste Hilfe, Kinder, Übergewicht, Gesundheit und der Demografische Wandel.

Nationale und kommunale Akteure

Zahlreiche Stifter wirken auf dem Feld Gesundheit, von der Bundesebene bis zur kommunalen Ebene. Eine Suche auf der Website Stiftungssuche vom Bundesverband deutscher Stiftungen ergab am 10.07.2020 insgesamt 2712 Treffer beim Stichwort "Gesundheit" (Bundesverband deutscher Stiftungen 2020b), wobei die Ergebnisse sehr heterogen waren und nicht immer tatsächlich gesundheitsbezogen. Dabei können Stiftungen, aufgrund deren Größe oder der Leistungen, die sie erbringen, wichtige (lokale) Akteure werden. Die Aktivitäten können sehr verschieden sein: direkte Versorgung (Gesundheit und Pflege); Bereitstellung von Informationen und Beratungsleistungen, Unterstützung von Betroffenen und deren Familien (z.B. im Rahmen von

Palliativsituationen, für psychiatrisch belastete Familien oder pflegebedürftige Personen); Mitigation von negativen sozialen und ökonomischen Gesundheitsdeterminanten; Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit; Fortbildungsangebote; Forschungsvorhaben, Forschungs- oder Ausbildungsstipendien; Gesundheitsförderung (z.B. Sport).

Im Grunde ist die deutsche Landschaft des Sozial- und Gesundheitswesens im weiteren Sinne ohne gemeinnützige private Akteure nicht denkbar.

Dabei kann die Stiftungsgröße ganz erheblich variieren. Einige Beispiele für größere deutsche Stiftungen werden nachfolgend angeführt. Die größte gemeinnützige deutsche Stiftung, die Else Kröner-Fresenius-Stiftung, mit einem Eigenkapital 6200 Millionen €, widmet sich der Förderung medizinischer Forschung und unterstützt medizinisch-humanitäre Projekte (Bundesverband deutscher Stiftungen 2020a).

Die Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftung hat ein Eigenkapital von 1100 Millionen €. Sie betreibt ein stiftungseigenes Krankenhaus in Essen. Die v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel (Eigenkapital 168 Millionen €) sind das größte Sozialunternehmen in Europa. Bethel ist eine diakonische Einrichtung, in der Menschen mit Behinderung, psychischer Beeinträchtigung, pflegebedürftige Menschen, kranke Menschen, Jugendliche mit sozialen Problemen und wohnungslose Menschen betreut werden.

Rolle des ÖGD in der Öffentlichen und Globalen Gesundheit

Zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit in Deutschland, aber auch regional und global, kann und sollte das Öffentliche Gesundheitswesen in Deutschland, insbesondere auch der ÖGD, einen wichtigen Beitrag leisten. Hierfür wird ein starker ÖGD benötigt, der für Nachwuchskräfte attraktiv ist, evidenzbasiert handelt und sich mit internationalen Themenfeldern gezielt auseinandersetzt. Aktuell

zeigen sich Reformbedarfe auf verschiedenen Ebenen, insbesondere im Bereich der medizinischen Aus- und Weiterbildung, Forschung, Finanzierung und Struktur. Basierend auf den gegenwärtigen Herausforderungen sind Maßnahmen zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der unten stehenden Tabelle zusammengefasst (von Philipsborn et al. 2018; Akçay et al. 2018).

Tabelle: Maßnahmen zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit in Deutschland

Stärkung der Evidenzbasis des ÖGDs	Verstärkte Kooperation von ÖGD und Wissenschaft
	Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien zu Fragen öffentlicher Gesundheit
	Einrichtung einer Abteilung für öffentliche Gesundheit beim IQWiG oder Gründung eines eigenen Instituts mit entsprechendem Mandat
Öffentliche Gesundheit in Politik und Gesellschaft	Aktiveres Einbringen der Fachgemeinschaft in politische und gesellschaftliche Debatten durch fachlich fundierte und politisch effektive Öffentlichkeits-, Lobby- und Kampagnenarbeit
	Aufbau einer geschlossenen, handlungsfähigen und sichtbaren Fachvertretung aller mit Öffentlicher Gesundheit befassten Fachkräfte aus Praxis, Politik und Wissenschaft
Struktur und Organisation des ÖGDs	Verstärkte Rekrutierung von Mitarbeitern/-innen mit interdisziplinären, sozialwissenschaftlichen und administrativen Qualifikationen

Flächendeckende Einführung
zeitgemäßer IT-Technik mit
vereinheitlichter Datenerhebung und -
auswertung

Angleichung der Entlohnung der
ärztlichen Tätigkeit in ÖGD und Klinik

Modernisierung der Nomenklatur des
ÖGDs

Stärkung der politischen Rolle des
ÖGDs

Weitere Maßnahmen zur Stärkung des ÖGDs im Bereich Aus- und Weiterbildung sind ausführlich im Kapitel Aus-, Fort- & Weiterbildung dargestellt.

Arbeit im ÖGD im Kontext Globaler Gesundheit

Nach dem Lesen dieses Kapitels können Sie:

- Globale Trends bei Lebenserwartung und Sterblichkeit sowie Ursachen von Krankheit und Tod erläutern.
- Zusammenhänge von Globaler Gesundheit zu Aufgabenbereichen des ÖGD mit konkreten Beispielen aufzeigen.
- Zusammenhängen zwischen lokalen Maßnahmen und Globaler Gesundheit erörtern.

Globale Trends bei Lebenserwartung und Sterblichkeit, 1990–2017

Im Jahr 2017 betrug die Lebenserwartung bei Geburt laut Global Burden of Disease (GBD) Studie 2017 (IHME, 2019c) zwischen 51,9 Jahren in der Zentralafrikanischen Republik und 84,8 Jahren in Singapur. Für Deutschland wurde die Lebenserwartung auf 80,6 Jahre geschätzt, was einem Anstieg um 5,1 Jahre seit 1990 entspricht. Im globalen Durchschnitt stieg die Lebenserwartung zwischen 1990 und 2017 um 7,4 Jahre von 65,6 auf 73,0 Jahre. Die Zunahme der Lebensjahre reichte von 5,1 Jahren in Ländern mit hohem soziodemografischen Index (SDI) bis hin zu 12,0 Jahren in Ländern mit niedrigem SDI.

In den meisten der 195 Länder und Gebiete, welche die GBD Studie 2017 untersuchte, war der Anstieg der gesunden Lebenserwartung geringer als der Anstieg der allgemeinen Lebenserwartung. Dies deutet darauf hin, dass durch den Zugewinn an Lebenszeit anteilig auch mehr Jahre in schlechtem Gesundheitszustand gelebt wurden. Von den zwischen 1990 und 2017 hinzugewonnen Lebensjahren wurden in Ländern mit hohem SDI 26,3 % in schlechtem Gesundheitszustand erlebt, verglichen mit 11,7 % in Ländern mit niedrigem SDI. Global betrachtet stieg die gesunde Lebenserwartung zwischen 1990 und 2017 um 6,3 Jahre: von 57,0 auf 63,3 Jahre – im Vergleich zu einem Anstieg der Lebenserwartung um 7,4 Jahre im gleichen Zeitraum.

Globale Trends bei Ursachen von Krankheit und Tod, 1990–2017

Die Ursachen der globalen Krankheitslast haben sich weg von Infektionskrankheiten hin zu nicht übertragbaren Krankheiten verschoben. Zwischen 1990 und 2017 sank die altersstandardisierte Rate an weltweit durch Krankheit oder vorzeitigem Tod verlorenen Lebensjahren (*disability-adjusted life years*, DALYs, pro 100 000 Menschen), welche für eine gleichbleibende Altersstruktur der Bevölkerung berechnet wird, in der Gruppe der übertragbaren, mütterlichen, frühkindlichen und ernährungsbedingten Krankheiten um 49,8 %. Bei nicht übertragbaren Krankheiten hingegen stieg die globale Krankheitslast um 40,1 %, während die altersstandardisierte DALY-Rate im gleichen Zeitraum um 18,1 % fiel. Letzterer Vergleich deutet darauf hin, dass der Anteil der globalen Krankheitslast, der nicht übertragbaren Krankheiten zugeschrieben wird, aufgrund der wachsenden alternden Weltbevölkerung zunimmt und weniger auf die Verbreitung eines „westlichen“ Lebensstils zurückzuführen sein könnte (Murray, 2018).

Die fünf Hauptursachen der DALYs waren im Jahr 2017 Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, mütterliche und frühkindliche Erkrankungen, Atemwegsinfektionen und Tuberkulose sowie muskuloskelettale Erkrankungen. Auf den Rängen 6 bis 10 folgen psychische Leiden, sonstige nicht übertragbare Krankheiten, chronische Atemwegserkrankungen, neurologische Erkrankungen und unbeabsichtigte Verletzungen und Folgen von Gewalt (siehe Abbildung: Ranking der Level 2 Krankheitsgruppen der Global Burden of Disease Studie 2017).

In der weltweiten Rangliste der Hauptursachen von Krankheitslast am meisten aufgestiegen sind seit 1990 Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Störungen, Diabetes und Nierenerkrankungen sowie neurologische Erkrankungen. Die Hauptursachen der weltweiten Krankheitslast unterscheiden sich somit zunehmend weniger von den Hauptursachen der Krankheitslast in Deutschland.

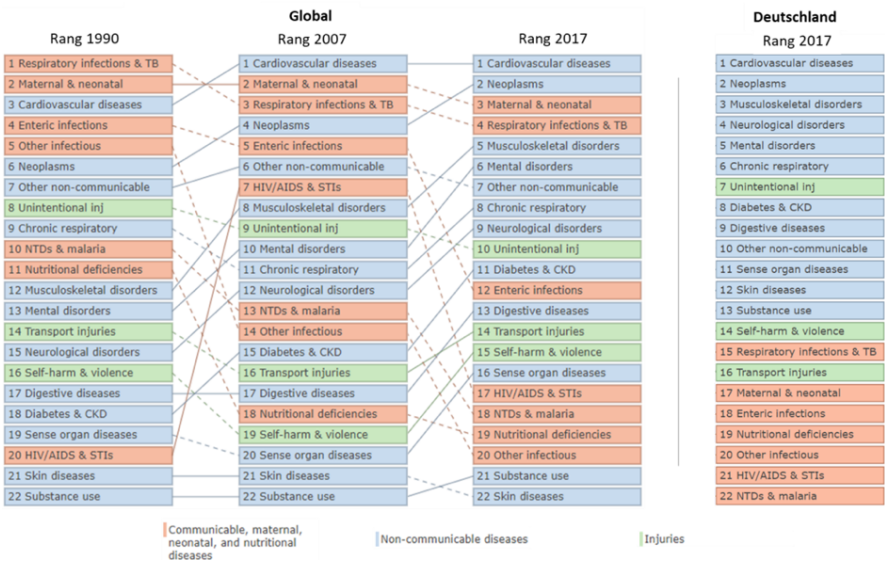


Abbildung 10: Ranking der Level 2 Krankheitsgruppen der Global Burden of Disease Studie 2017 nach deren geschätztem Beitrag zur gesamten Krankheitslast (gemessen in DALYs) weltweit bzw. in Deutschland. Quelle: In Anlehnung an GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators

Das mit der GBD beauftragte Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) bietet eine Vielzahl an Visualisierungsmöglichkeiten der seit 1990 erfassten Daten, die aktuell 359 Krankheiten und Unfälle sowie 84 Risikofaktoren umfassen. (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) 2017)

Gesundheitsausgaben im globalen Vergleich

Um eine allgemeine Gesundheitsabsicherung (Universal Health Coverage, UHC) zu erreichen, die eine finanzielle Absicherung im Krankheitsfall einschließt, ist es erforderlich, dass grundlegende Gesundheitsleistungen durch Vorauszahlungen bereitgestellt werden, ohne Haushalte übermäßig zu belasten. Globale Kenntnisse der gegenwärtigen und zukünftigen Entwicklung der Gesundheitsfinanzierung sind deswegen wichtig für das Erkennen

globaler Versorgungslücken und das weltweite Erreichen einer allgemeinen Gesundheitsabsicherung.

Eine GBD Studie über globale Gesundheitsfinanzierung ergänzt Untersuchungen zur globalen Krankheitslast, indem Daten zur Gesundheitsfinanzierung für 188 Länder von 1995 bis 2015 ausgewertet und Gesundheitsausgaben bis 2040 vorhergesagt wurden (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network 2018). Die weltweit geringsten Gesundheitsausgaben pro Kopf finden sich gegenwärtig und zukünftig in Subsahara-Afrika. Zugleich ist Subsahara-Afrika die am stärksten pro 100.000 Menschen durch Krankheitslast belastete Region der Welt (vorwiegend vorzeitige Todesfälle). Wie bereits heute wird, nach der derzeitigen Prognose, auch zukünftig der versicherte Teil der Gesundheitsausgaben mit fallendem Wohlstandsniveau sinken. In der GBD-Ländergruppe mit hohem Einkommen werden im Jahr 2040 schätzungsweise 87,1% durch staatliche oder private Ausgaben vorausbezahlt und damit vom Eintreten eines Krankheitsfalls entkoppelt. Im regionalen Vergleich wird der aus nationalen Mitteln vorausbezahlte Anteil der Gesundheitsausgaben in Südasien am geringsten sein (38,8%), gefolgt von Subsahara-Afrika (45,5%).

(In den Abschnitten über Ergebnisse der Global Burden of Disease Studie 2017 wurden Inhalte aus Kohler (2019) übernommen.)

Globale Gesundheit und in der praktischen Arbeit des ÖGD

Viele globale gesundheitliche Herausforderungen finden sich auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene in der Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Deutschland wieder. Während auf einer übergeordneten globalen Ebene Rahmenbedingungen geschaffen und Ziele gesetzt werden, müssen Maßnahmen auf den nachgeordneten Ebenen umgesetzt werden.

Von den Nachhaltigkeitszielen (SDGs) der Vereinten Nationen strebt beispielsweise das Ziel 3 Gesundheit und Wohlergehen für alle

Menschen bis zum Jahr 2030 an. Dafür notwendige gesundheitliche Maßnahmen müssen allerdings national umgesetzt werden. In der deutschen Nachhaltigkeitsstrategie ist zur Erreichung dieses Ziels die Senkung vorzeitiger Sterblichkeit durch eine Reduzierung der Raucherquote, der dauerhafte Stopp eines Anstiegs der Adipositasrate sowie eine Senkung der Emissionen von Luftschadstoffen vorgesehen. An dieser Stelle ist das Öffentliche Gesundheitswesen (ÖGW) beispielsweise durch die Arbeit der umweltmedizinischen Abteilungen an der Erreichung der globalen Ziele beteiligt (Die Bundesregierung 2018).

In der nachfolgenden Tabelle werden Bezüge zwischen globalen (bzw. planetaren) Gesundheitsthemen und ÖGD Aufgabenfeldern sowie den im ÖGD zuständigen Abteilungen dargestellt:

Tabelle: Globale Herausforderungen und deren Bezug zur Praxis im ÖGD

Globales Gesundheitsthema	ÖGD Aufgabenfelder	Abteilungen im ÖGD
Umweltgesundheit und Klimawandel	Umweltbezogener Gesundheitsschutz, Beobachtung und Bewertung von Umwelteinflüssen, Beratung, Hitzeaktionspläne, Förderung von Umweltgerechtigkeit	Umweltmedizin, Hygiene, Infektiologie, politische Gremien
<i>Global Burden of Disease (GBD) Messung</i>	Gesundheitsberichterstattung	Gesundheitsberichterstattung
<i>Universal Health Coverage (UHC)</i>	Sozialkompensatorische Gesundheitsversorgung	Amtsärztlicher Dienst, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Sozialpsychiatrischer Dienst, Infektiologie
<i>Health in All Policies (HiAP)</i>	Gesundheit in allen Politikfeldern der Kommune/des Landes	Leitungsebene (Amtsleitung), politische Gremien, Politikberatung
Internationale Gesundheitsvorschriften <i>International Health Regulations (IHR)</i>	Gesundheitsschutz, Infektionsschutz	Infektiologie, Hygiene, Hafen- und flughafenärztlicher Dienst

Globales Gesundheitsthema	ÖGD Aufgabenfelder	Abteilungen im ÖGD
Infektionserkrankungen	Tuberkulose- /HIV- Management, Maßnahmen gemäß IfSG, Ausbruchsmanagement, Impfungen, STD-Beratung	Infektiologie, Hygiene, Amtsärztlicher Dienst
Antibiotikaresistenzen	Netzwerke zu Multiresistenten Erregern (MRE), Hygiene in medizinischen Einrichtungen, Surveillance von Antibiotikaverbrauch und MRE	Hygiene, Infektionsschutz
Lebensmittelsicherheit	Lebensmittelkontrolle, Hygiene in Lebensmittelbetrieben	Lebensmittel-/ Veterinärbehörde
Gesundheitskompetenz <i>Health Literacy</i>	Informationsveranstaltungen, Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärungskampagnen, Gesundheitsberatung	GBE, Amtsärztlicher Dienst, Gesundheitsförderung, Sprechstunden, Projekte
Luftverschmutzung	Umweltbezogener Gesundheitsschutz, Beobachtung, Bewertung und Beratung, Förderung von Umweltgerechtigkeit	Umweltmedizin, Netzwerke
Gesunde Städte <i>(Healthy Cities Network)</i>	Stellungnahme bei Baumaßnahmen und stadtplanerischen Projekten, Förderung von Umweltgerechtigkeit	Umweltmedizin, Hygiene, politische Gremien, Gesunde- Städte-Netzwerk

Globales Gesundheitsthema	ÖGD Aufgabenfelder	Abteilungen im ÖGD
Nicht übertragbare Erkrankungen <i>Non-communicable Diseases (NCD)</i>	Gesundheitsförderung, Prävention, Hilfen für Suchterkrankte und psychisch Erkrankte	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Amtsärztlicher Dienst, sozialpsychiatrischer Dienst, Netzwerke, Hilfeplankonferenzen
Gesundheit im Alter	Gesundheitsförderung von alten Menschen, Unterstützungsangebote, Aufklärungskampagnen, Pflegeberatung	Amtsärztlicher Dienst, Sozialpsychiatrischer Dienst, Beratungsstellen für Menschen mit besonderen Bedürfnissen (Behinderungen), Senioren etc.
Ernährung <i>Public Health Nutrition</i>	Gesunde Ernährung in Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Kitas, Schulen)	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Netzwerkarbeit
Mentale Gesundheit	Anbindung zur Versorgung und Prävention von psychischen Erkrankungen, aufsuchende Beratung und Hilfen, Maßnahmen gemäß PsychK(H)G	Sozialpsychiatrischer Dienst, Beratungsstellen, Gesundheitsförderung
Tourismus	Reisemedizinische Beratung	Ärztliche (reisemedizinische) Sprechstunden, Amtsärztlicher Dienst

Globales Gesundheitsthema	ÖGD Aufgabenfelder	Abteilungen im ÖGD
Migration und medizinische Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung	Humanitäre Sprechstunden, gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne aufenthaltsrechtliche Papiere	Amtsärztlicher Dienst, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Menschenhandel, Zwangsprostitution	Aufsuchende Hilfen und Beratung für Sexarbeiter/innen, Maßnahmen und Beratung gemäß ProstSchG	Amtsärztlicher Dienst, Sprechstunden
Forschung, Politikberatung, evidenzbasierte Praxis	Forschung, Politikberatung, evidenzbasierte Praxis	Kooperationen, Projekte, Leitungsebene (Amtsleitung), Lehre

Im Folgenden werden zentrale Themenfelder globaler Gesundheit beschrieben und anhand von exemplarischen Handlungsfeldern dargestellt, wie Themenfelder Globaler Gesundheit in der praktischen Arbeit des ÖGD auf nationaler und lokaler Ebene umgesetzt werden, worin Schnittstellen, best-practices und Herausforderungen bestehen. Dabei werden die globalen theoretischen Hintergründe zum Teil durch konkrete Fallstudien illustriert und durch Anwendungsbeispiel auf lokaler und kommunaler Ebene des ÖGD in Deutschland konkretisiert.

Ernährung (*Public Health Nutrition*)

Ernährung hat einen großen Einfluss auf die individuelle Gesundheit und die Gesundheit der Bevölkerung. Damit Kinder gesund aufwachsen, brauchen sie unter anderem eine ausgewogene und gesunde Ernährung. Umgekehrt können ungesunde Ernährungsmuster in der Kindheit die Entwicklung eines Menschen nachhaltig negativ beeinflussen. Auf globaler Ebene machen nicht übertragbare Krankheiten (*noncommunicable diseases, NCDs*) mittlerweile den überwiegenden Teil der globalen Krankheitslast aus (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) 2017). Dazu zählen beispielsweise Adipositas und chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2. Dies führt gerade in Ländern mit niedrigem- und mittlerem Einkommen (*low- and middle income countries, LMICs*) zu einer sogenannten doppelten Krankheitslast, d.h. der gleichzeitigen Anwesenheit von Infektionskrankheiten wie Diarrhoe, HIV, Tuberkulose und nicht übertragbaren, chronischen Krankheiten wie Adipositas, Krebserkrankungen oder Störungen der mentalen Gesundheit.

Zudem gibt es die sogenannte dreifache Belastung durch Ernährung (*triple burden of malnutrition*) in vielen Ländern, d.h. das gleichzeitige Vorkommen von Überernährung (*obesity*), Unterernährung (*undernutrition*) und Mikronährstoffmangel (*micronutrient deficiencies*), welche jeweils und auch in ihrer Kombination zur Krankheitslast auf individueller und Bevölkerungsebene beitragen (UNICEF 2016).

Wie sich Menschen ernähren, hängt von einer komplexen Vielzahl an Einflussfaktoren ab. Neben individuellen Verhaltensweisen spielen unter anderem auch Verhältnisfaktoren, z.B. Werbung, Preisgestaltung, Verfügbarkeit und Angebot eine wichtige Rolle. Letztere haben stets auch eine politische Dimension und sind beeinflusst von den sogenannten kommerziellen Determinanten von Gesundheit. So sind beispielsweise auch in ländlichen Regionen von Niedriglohnländern, in denen es zum Teil keinen Zugang zu Gesundheitsversorgung oder weiterführender Bildung gibt,

kommerzielle Süßgetränke weithin verfügbar. Ein anderes Extrembeispiel aus Amerika sind sogenannte "*food deserts*", das heißt Gegenden, in denen die nächste Möglichkeit, frische Lebensmittel wie Obst und Gemüse zu erwerben, meilenweit entfernt liegt und sich die Nahrungsmittel in nächster Umgebung auf hochverarbeitete "*fast food*"-Speisen mit einem hohen Fett-, Salz- und Kohlenhydratanteil beschränkt (Tulane University 2018).

In Deutschland sind laut GBD-Studie ernährungsbedingte Risiken die wichtigsten Risikofaktoren, auf die 13,8 % der Gesamt-DALYS zurückgeführt werden, gefolgt von Bluthochdruck und hohem Body-Mass-Index mit je 10,9 %. (Plass et al. 2014).

Dabei weisen Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status durchschnittlich einen geringeren Konsum von Produkten wie Obst und Gemüse und damit eine geringere Vitaminzufuhr auf, dafür jedoch einen überdurchschnittlichen Konsum von fettreichen und stark verarbeiteten Nahrungsmitteln (Dubois et al. 2008). Diese Ernährungsmuster führen zu einem größeren Anteil an Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2 bei Menschen in niedrigeren sozioökonomischen Schichten, was große und langfristige Auswirkungen auf die individuelle Gesundheit, das soziale Umfeld und die Belastung des Gesundheitssystems hat (Maier et al., n.d.).

Die Ursachen solcher Unterschiede im Ernährungsverhalten sind vielschichtig und reichen von individuellen Faktoren wie mangelnden finanziellen Ressourcen, Ernährungswissen und Ernährungsbewusstsein bis hin zu Umgebungsfaktoren wie Werbung, Lebensmittelpreisen, Lebensmittelverfügbarkeit und Ernährungsangeboten in Gemeinschaftseinrichtungen.

Dem ÖGW im Allgemeinen und dem ÖGD im Speziellen kommt insbesondere auf Ebene der Verhältnisprävention im Bereich gesunder Ernährungsförderung eine zentrale Rolle zu. Konkrete Handlungsfelder des ÖGD betreffen hier die Förderung von gesunden Lebenswelten im Bereich Ernährung, d.h. der Einsatz für gesunde Ernährung in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kitas, Kindergärten,

Schulen und Einrichtungen des Öffentlichen Dienstes. Diese können ergänzt werden durch Maßnahmen zur Verhaltensprävention, z.B. durch Aufklärungskampagnen (z.B. auch von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) und Informationsveranstaltungen zur individuellen, gesunden Ernährung und Angebote, die Kinder und Erwachsene mit den Ursprüngen von Nahrungsmitteln, deren Verarbeitungsweise und Zubereitung auf spielerische und praktische Weise vertraut machen (z.B. Kochkurse; Besuch von Projekten solidarischer Landwirtschaft).

Antibiotikaresistenzen

Antimikrobielle Resistenzen (*antimicrobial resistance, AMR*) stellen eine wachsende globale Herausforderung dar und bedrohen die effektive Prävention und Behandlung einer zunehmenden Zahl von Infektionserkrankungen. Viele Infektionen, für die wirksame Behandlungen existieren, werden aufgrund von Resistenzen und des damit verbundenen Verlustes von Medikamentenwirksamkeit zunehmend erneut zu einer Gefahr für die menschliche Gesundheit. Zudem ist die Behandlung resistenter Infektionen oft langwierig und mit höheren Kosten verbunden (World Health Organisation 2020a). Resistenzen können dabei auf natürlichem Wege entstehen, diese Prozesse werden allerdings durch den übermäßigen Gebrauch von Medikamenten wie Antibiotika in Menschen und Tieren beschleunigt. Hat sich ein Resistenzfaktor einmal herausgebildet, kann er zwischen Bakterien weitergegeben werden und sich global ausbreiten. Daher ist ein koordiniertes, globales Vorgehen gegen AMR von besonderer Bedeutung. (ReAct 2019)

In Deutschland spielt das Öffentliche Gesundheitswesen für die Maßnahmen der Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie DART 2020 eine zentrale Rolle (Bundesministerium für Gesundheit 2015). So enthält die Strategie Aspekte zu One Health (Schnittstelle Mensch-Tier-Umwelt), welche die enge Kooperation von ÖGW, klinischer Medizin, Veterinärmedizin und weiteren Akteuren erfordert, um Resistenzbildung in der Umwelt vorzubeugen.

Zur frühen Erkennung von Resistenzausbreitungen sind Surveillancesysteme zu multiresistenten Erregern (MRE) und Antibiotikaverbrauch notwendig. Über Arzt- und Labormeldepflichten werden Informationen zu nosokomialen Infektionen und multiresistenten Erregern an die Gesundheitsämter übermittelt. Die Sammlung regionaler und nationaler Daten soll dann dabei helfen, gezielte Interventionsmaßnahmen zu etablieren und zu einem internationalen Surveillance-Netzwerk beitragen. Solche Netzwerke dienen dem internationalen Austausch sowie der Analyse von Trends und existieren sowohl auf europäischer (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network, EARS-Net) als auch globaler Ebene (Global Antimicrobial Resistance Surveillance System, GLASS). (European Centre for Disease Prevention and Control 2020; World Health Organisation 2015).

Auf der regionalen Ebene werden ebenfalls MRE-Netzwerke unter Beteiligung der Gesundheitsämter und lokaler Akteure (Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegedienste, Pflegeheime) gebildet. Ziel ist die Verbesserung der Zusammenarbeit in der Versorgung der Betroffenen, insbesondere beim Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie die Prävention von Kolonisation und Erkrankung durch MRE. Dabei spielen die lokalen Surveillancedaten eine große Rolle. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die Versorgung von Patienten mit Nachweis von multiresistenten Erregern nicht nur die Krankenhäuser, sondern alle Einrichtungen des Gesundheitswesens betrifft und fordert. Eine weitere wichtige Strategie zur Reduzierung der Resistenzbildung ist die Verringerung des Antibiotikaverbrauchs durch frühe Unterbrechung von Infektionsketten und Einhaltung von Hygienemaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen. Auch hierbei nimmt der ÖGD nach dem Infektionsschutzgesetz, z.B. §23ff, eine Schlüsselrolle ein.

Voraussetzung für einen nachhaltigen Antibiotikaeinsatz und angemessenes Hygieneverhalten sind dabei weiterhin Bewusstsein und Zugang zu Informationen für alle beteiligten Akteure. Mit der Kampagne "AKTION saubere Hände" soll beispielsweise die

Anwendung der Händedesinfektion in deutschen Gesundheitseinrichtungen verbessert werden. Letztlich fördert die Bundesregierung zudem Forschung und Entwicklung auf nationaler und internationaler Ebene, dadurch sollen globale Forschungsprioritäten entsprechend der Bedrohungslage bestimmt und Anreize für die Medikamentenentwicklung gesetzt werden.

Aufgrund der globalen Auswirkungen der Resistenzentwicklung bei lokalem Versagen von Infektions- und Hygienemanagement stellen Antibiotikaresistenzen ein Paradebeispiel für die Verschmelzung von öffentlicher und globaler Gesundheit dar. Durch den Einsatz des Öffentlichen Gesundheitswesens wird nicht nur lokal das Infektionsrisiko reduziert, sondern auch die globale Bedrohung der Resistenzbildung verringert. So hilft es zu verstehen, dass man mit lokalen Anstrengungen zur Verringerung von Antibiotikaresistenzen nicht isoliert agiert, sondern gemeinschaftlich mit vielen anderen Akteuren weltweit in der Erreichung eines gemeinsamen Zieles.

VERLINKUNG: Interview Dr. med. Andreas Zintel (siehe in Kapitel Kurzvorstellungen)

Migration und medizinische Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung

Migration prägt seit jeher unsere Gesellschaft. Sie wird als die Bewegung einer Person oder eine Gruppe von Personen innerhalb einer Staatsgrenze oder über Staatsgrenzen hinaus unabhängig von Dauer, Zusammensetzung und Gründen verstanden. Migration schließt Geflüchtete, Vertriebene, Wirtschaftsmigrant/innen sowie Personen ein, die zu anderen Zwecken, einschließlich der Familienzusammenführung, umziehen oder sich auf dem Weg zu einem neuen Lebensraum befinden (International Organisation for Migration 2020).

Gute Gesundheit ist zwar eine Voraussetzung für Flucht und Migration, was sich auch in Form des sogenannten "Gesunde Migranten Effekts" (*healthy migrant effects*) aus. Danach ist die

altersadjustierte Mortalität bei immigrierter Bevölkerung der ersten Generation im Vergleich niedriger. Trotzdem ist die Gesundheit von Personen mit Flucht- oder Migrationserfahrung in der Regel schlechter als in der nicht migrierten Bevölkerung (Metzing and Schacht 2019; Razum, Zeeb, and Rohrmann 2000).

Flucht kann mit verschiedenen gesundheitlichen Problemen wie z.B. Unterkühlungen, Unfallverletzungen, Infektionskrankheiten oder Unter- und Mangelernährung verbunden sein. Zudem erleben geflüchtete Frauen oftmals Einschränkungen in Ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und sind sexueller Gewalt ausgesetzt (World Health Organisation 2020b).

Daneben spielt bei Geflüchteten und Migrant/innen die psychosoziale Gesundheit eine große Rolle. Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die durch Flucht oder Migration ausgelöst werden kann, weist unter Geflüchteten eine erhöhte Prävalenz auf und kann sich auch anhand von Substanzmissbrauch oder depressiven Symptomen manifestieren. Darüber hinaus kann auch der Anpassungsdruck in der aufnehmenden Gesellschaft eine besondere Rolle für die psychosoziale Gesundheit spielen (Lindert et al. 2018). Dieser auch als *minority stress* beschriebene Anpassungsdruck beschreibt ein dauerhaftes Stresserleben, bedingt durch geringe soziale Unterstützung, niedrigen sozioökonomischen Status sowie dem Erleben von Vorurteilen und Diskriminierung. Dieses Stresserleben wirkt sich bspw. auf Blutdruck und Angstentwicklung aus und kann langfristig zu Einschränkungen der mentalen und körperlichen Gesundheit führen. (Clark et al. 1999; Richmann, Pascone, and Lattanner 2018; Meyer 2007)

Darüber hinaus führt die Unterbrechung oder das Ausbleiben der Versorgung bei übertragbaren oder nicht übertragbaren Erkrankungen, die eine kontinuierliche Behandlung benötigen, zu reduzierter Gesundheit (World Health Organisation 2020b).

Auch im nationalen Kontext stellt die angemessene gesundheitliche Versorgung von Migrant/innen und Geflüchteten das

Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Zum einen kann der Zugang zur Gesundheitsversorgung durch Kommunikationsprobleme und differierende Krankheitskonzepte eingeschränkt sein, zum anderen bestehen für Geflüchtete und Asylsuchende strukturelle Barrieren durch den eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem nach Asylbewerberleistungsgesetz (Vergleiche: Fallstudie "Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere").

Im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden und Geflüchteten durch den kommunalen ÖGD können Strukturen am Gesundheitsamt der Freien Hansestadt Bremen exemplarisch dargestellt werden. Seit dem Frühjahr 2015 widmet sich dieses Amt der gesundheitlichen Versorgung der nach Bremen kommenden Geflüchteten. Ärzt/innen übernehmen die medizinische Erstuntersuchung in zentralen Erstaufnahmeeinrichtungen, führen Sprechstunden durch, impfen, organisieren Röntgenaufnahmen und beraten zu Tuberkulose. Zudem beziehen sie Stellung zu Bauanträgen von Flüchtlingsunterkünften und führen die hygienische Überwachung dieser Einrichtungen durch. Durch Fortbildungsveranstaltungen zu Infektionskrankheiten und Hygiene an Schulen und bei Trägern von Flüchtlingsunterkünften fungiert das Gesundheitsamt hier als Multiplikator. Bei spezifischen Fragen berät das Gesundheitsamt auch die Politik und andere Behörden.

(siehe Fallstudie: Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere)

Tuberkulose

Mitarbeiter/innen im ÖGD begleiten und beraten von Tuberkulose oder anderen Lungenkrankheiten betroffene Patienten/innen und deren Angehörige in allen medizinischen, seuchenhygienischen und sozialen Belangen. Dazu gehören die Untersuchung bei Tuberkuloseverdacht, soziale Beratung im Umgang mit der Krankheit

Tuberkulose sowie alle Gesundheitskontrollen gemäß dem Infektionsschutzgesetz bei Kontaktpersonen von Erkrankten. Das Ziel der Bemühungen ist immer, eine weitere Ausbreitung der Tuberkulose zu verhindern.

VERLINKUNG: Interview Dr. Florian Neuhann (siehe in Kapitel Kurzvorstellungen)

(siehe Fallstudie: Tuberkulose in der Klink)

Infektionskrankheiten

Auf der Grundlage der Meldepflichten nach §6 und §7 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) bekommen die Gesundheitsämter Information zu Infektionskrankheiten in ihren Zuständigkeitsbereichen. Danach werden die wichtigsten Informationen zu jeder Erkrankung ermittelt und über die Landesstellen an das RKI gemeldet. Das RKI seinerseits trägt sie zusammen, analysiert sie und macht sie verfügbar. Viele Daten fließen in internationale Statistiken ein, z.B. die des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (*European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC*). So entsteht zum Beispiel die Grundlage für die Entwicklung von Strategien zur Eindämmung (z.B. Hepatitis B und C) oder Ausrottung (z.B. Masern) von bestimmten Infektionskrankheiten. Das Erkennen von Clustern erleichtert die Infektionskontrolle (z.B. Legionellen).

In der Kontrolle der COVID-Pandemie spielen auf der lokalen Ebene die Gesundheitsämter eine Schlüsselrolle. Indem vorwärts und rückwärts Ermittlungen durchgeführt werden, werden Infektionsketten erkannt und unterbrochen, Erkrankte und enge Kontaktpersonen in Quarantäne gesetzt und Cluster aufgedeckt. Durch die Tätigkeit selbst entstehen viele Daten, die zu einem besseren Verständnis dieser Pandemie und ihrer Dynamik führen und in der Folge auch zu gezielteren Kontrollmaßnahmen.

(siehe case study: Kontaktpersonennachverfolgung bei einem COVID-19 Fall)

Universal Health Coverage und Patentrechte

Universal Health Coverage (UHC), oder flächendeckende Gesundheitsversorgung, schließt auch den allgemeinen Zugang zu Medikamenten ein. Die WHO führt eine sogenannte *Essential Medicines List*, welche die für ein Gesundheitssystem unentbehrlichen Medikamente aufzählt, zu denen der Zugang für jeden gegeben sein sollte (World Health Organisation 2019). Letztendlich hängt der Zugang zu Medikamenten von mehreren Faktoren ab (Obrist et al. 2007):

- Verfügbarkeit (*Availability*),
- geographischer Zugang (*Accessibility*),
- Erschwinglichkeit (*Affordability*),
- Angemessenheit (*Adequacy*) und
- Akzeptanz (*Acceptability*).

Einschnitte in jeder dieser Dimensionen können den Zugang zu Medikamenten erschweren oder gar verhindern.

So wird beispielsweise in Gesundheitssystemen mit hoher Selbstbeteiligung die Erschwinglichkeit von Medikamenten durch finanzielle Hürden eingeschränkt, während fehlende Infrastruktur und medizinische Unterversorgung in ländlichen Gebieten den geografischen Zugang zu Medikamenten beeinträchtigt. Die Verfügbarkeit von Medikamenten kann minimiert sein, wenn für bestimmte Erkrankungen gar keine Medikamente zur Verfügung stehen. Dies ist teilweise für vernachlässigte Tropenerkrankungen der Fall, da der Vertrieb der notwendigen Medikamente nicht die gewünschten Profite erwirtschaftet und sie daher in der Forschung unterrepräsentiert sind (Wagner-Ahlfs et al. 2009).

Viele dieser globalen Zugangshürden können wir auch in Deutschland beobachten, sodass UHC auch hier ein Ziel ist, das es zu

erreichen gilt. Vor allem marginalisierte Bevölkerungsgruppen ohne Krankenversicherung stehen vor diesem Problem, andererseits werden auch nicht alle Medikamente von der Krankenversicherung übernommen.

Aufgrund hoher Medikamentenpreise geraten zunehmend auch Gesundheitssysteme des globalen Nordens unter Druck und sind nicht in der Lage, gewisse Medikamente für alle Patient/innen zur Verfügung stellen (Wagner-Ahlfs et al. 2009; Ärzte der Welt 2018).

VERLINKUNG: Interview Dr. med. Sascha Jatzkowski (siehe in Kapitel Kurzvorstellungen)

(siehe case study: Zugang zu Medikamenten)

Klimawandel

Der Klimawandel hat sich zu einer der größten Bedrohungen für die menschliche Gesundheit entwickelt, einige Expert/innen sprechen sogar von *der* größten Bedrohung für die menschliche Gesundheit im 21. Jahrhundert (Editorial 2009). Die Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit sind global, sie sind vielfältig und zum Teil bereits heute deutlich zu spüren. Man unterscheidet direkte Folgen wie Hitzetote und Verletzte durch Extremwetterereignisse von indirekten Folgen wie z.B. zunehmende und sich verändernde vektorübertragende Infektionskrankheiten oder Folgen für die mentale Gesundheit (Umweltbundesamt 2020a).

Das Konzept der Planetaren Gesundheit, das in seiner Umfassendheit über die Themenfelder globaler Gesundheit hinausgeht, befasst sich mit den Zusammenhängen zwischen der menschlichen Gesundheit und den umgebenden natürlichen Systemen unseres Planeten, von denen die Existenz der menschlichen Zivilisation abhängt (Whitmee et al. 2015).

Einfacher ausgedrückt bedeutet dies: Gesunde Menschen gibt es nur auf einem gesunden Planeten (Maibach-Nagel 2020).

Global gesehen sind vor allem viele einkommensschwache Länder des globalen Südens besonders hart und zum Teil bereits heute von den Folgen des Klimawandels betroffen und innerhalb dieser Länder sind insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen besonders gefährdet (United Nations 2019). Ernteaufschläge durch Extremwetterereignisse wie Dürren, Hitzewellen aber auch Überschwemmungen wirken sich hier besonders stark aus. Migrationsbewegungen, soziale Unruhen und ein sich veränderndes Spektrum an vektorübertragenden Infektionskrankheiten sind weitere bereits stattfindende und zu erwartende globale Phänomene.

Der Klimawandel ist eine globale Herausforderung, die sowohl auf Ebene der Staatengemeinschaft Handlungsanstrengungen erfordert, als auch eine fokussierte Umsetzung auf nationaler und lokaler Ebene. So bildet Klimaschutz ein wichtiges Ziel der Nachhaltigen Entwicklungsziele (SDG 13, Climate Action). Internationale Abkommen, wie etwa das Pariser Klimaabkommen können jedoch nur dann Wirkung entfalten, wenn die verabredeten Ziele national umgesetzt werden (Europäische Kommission 2015). Dabei kann die Aufgabe des Klimaschutzes nicht durch den Gesundheitssektor allein erfüllt werden, hierfür ist obligat ein Handeln in allen Politikbereichen notwendig (Health in all Policies Ansatz).

Auch in Deutschland kommt dem Gesundheitssektor jedoch auf verschiedenen Ebenen eine zentrale Rolle zu: Zum Einen trägt der Gesundheitssektor selbst zu einem beträchtlichen Teil der Treibhausgasemissionen bei; in Deutschland sind dies aktuell 5 % der nationalen Treibhausgasemissionen (Bundesärztekammer 2019). Zum anderen wird das Gesundheitssystem mit den Folgen des Klimawandels konfrontiert. Sowohl der ambulante als auch der stationäre Sektor muss sich auf ein sich veränderndes Krankheitsspektrum und klimaassoziierte zunehmende Morbidität und Mortalität einstellen. Auf der anderen Seite gehen Klimaschutzmaßnahmen oft mit erheblichen positiven Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit einher; etwa im Bereich Mobilität durch den Ausbau von öffentlichem Nahverkehr und Fahrradwegen

oder verbesserter Luftqualität durch Reduktion der Nutzung fossiler Brennstoffe und der Einführung von Tempolimits.

Außerdem hat Gesundheitspersonal in Deutschland eine anerkannte und einflussreiche Stellung, woraus die Möglichkeit und Verantwortung erwächst, diese für einen nachhaltigen und langfristig gedachten Einsatz für die menschliche Gesundheit zu nutzen (Maibach-Nagel 2020). Diese Haltung schließt nicht nur den Einsatz für aktuelle Patient/innen ein, sondern auch Klimaschutz als Gesundheitsschutz für die zukünftigen Generationen, da bereits die heutigen Kinder in einer Welt leben werden, die 4 °C wärmer sein wird als noch der vorindustrielle Durchschnitt (Bundesärztekammer 2019).

In den letzten Jahren haben sich auch unter Gesundheitspersonal zahlreiche Initiativen gebildet, die sich zum Ziel gesetzt haben, sich aktiv für Klima- und Gesundheitsschutz einzusetzen. Hierzu zählt etwa die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V. mit der Aktion Health for Future oder die Schüler/inneninitiative Fridays for Future.

Der Tatsache, dass auch Forschung und Lehre an der Schnittstelle von Klimawandel und Gesundheit essentieller Bestand der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen werden sollte, wurde durch die Benennung der ersten Professur für Klimawandel und Gesundheit Ausdruck verliehen, die 2019 gemeinsam von der Charité – Universitätsmedizin Berlin und dem Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung (PIK) eingerichtet wurde.

Gesundheitliche Auswirkungen von Hitze

Mit immer häufiger auftretenden Wetterextremen stoßen die gesundheitlichen Auswirkungen von Hitze vermehrt auf öffentliches Interesse. In Städten mit dem sogenannten Wärmeinseleffekt, in denen die bebauten Flächen im Vergleich zum Umland mehr Wärme speichern und diese verzögert wieder abgeben, ist die Hitzebelastung besonders ausgeprägt. Neben der Hitze an sich stellen

die damit einhergehenden Tropennächte (Temperaturen ab 20 °C) eine besondere Belastung dar. Vulnerable Bevölkerungsgruppen wie z. B. Ältere, chronische Erkrankte und Kinder leiden dabei besonders unter den Auswirkungen von Hitze. Diese stellt ebenso bei bestimmten chronischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Kenny et al. 2010), neurologischen Erkrankungen (Kovats and Hajat 2008), Atemwegserkrankungen (Schifano et al. 2009) oder Nierenerkrankungen (Flynn, McGreevy, and Mulkerrin 2005) einen zusätzlichen Risikofaktor dar. Ein Monitoring kann dabei helfen, die Belastung von Hitze auf die Bevölkerungsgesundheit abzuschätzen, um bei Bedarf weitere Maßnahmen einzuleiten. Hierzu sind die umweltmedizinischen Abteilungen des ÖGD in der Lage, entsprechende Daten epidemiologisch zu erfassen und auszuwerten.

Klimawandelanpassung durch Hitze-Monitoring in Frankfurt am Main

Das Gesundheitsamt Frankfurt am Main führt seit der Hitzewelle von 2003 ein systematisches Mortalitäts- und Morbiditätsmonitoring durch und konnte so die Übersterblichkeit während Hitzewellen im Frankfurter Stadtgebiet beschreiben. So war während einer Hitzewelle im Sommer 2015 eine Exzessmortalität von 38,1 % zu verzeichnen. Im selben Zeitfenster war eine Exzessmorbidität (gemessen an Krankenhauseinweisungen) von 22 % zu beobachten (Steul et al. 2018).

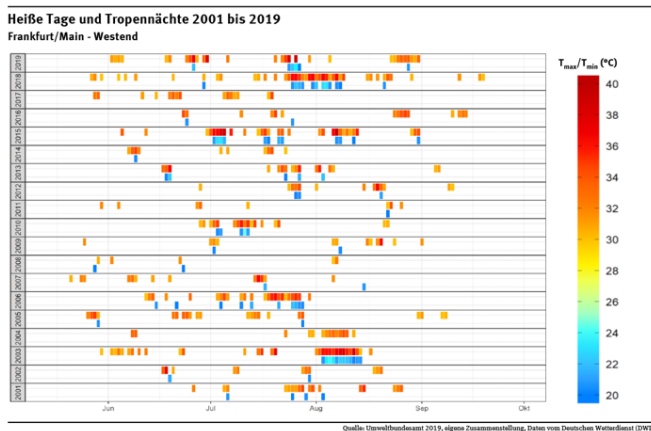


Abbildung 11: Heiße Tage und Tropennächte 2001 bis 2019 (Frankfurt am Main). Quelle: UBA / DWD

Aufgrund dieser Zahlen wurde zunächst ein Hitzewarnsystem etabliert, mit dem analog zu den Warnstufen des Deutschen Wetterdienstes vom Gesundheitsamt Warnungen an Einrichtungen mit vulnerablen Bevölkerungsgruppen ausgesprochen wurden (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Schulen und Kindergärten). Diese wurden durch Informationsmaterial, Empfehlungen und Fortbildungen begleitet. Dadurch sollte das Ziel verfolgt werden, die Exzessmortalität und -morbidity bzw. die Hitzebelastung auf vulnerable Gruppen in der Stadt zu senken.

Unabhängig hiervon wurde von der Koordinierungsgruppe Klimawandel (KGK) – ein ämterübergreifendes kommunales Gremium – die Klimawandelanpassungsstrategie der Stadt Frankfurt am Main erarbeitet und verabschiedet. Das Gesundheitsamt platzierte hier den Fokus auf die Gesundheit der Stadtbevölkerung mit möglichen kommunalen Strategien zur Bewältigung von Herausforderungen im Rahmen des Klimawandels (z.B. Hitze, neue Vektoren). Dabei wurde beispielsweise gefordert, einen gesamtstädtischen Hitzeaktionsplan zu etablieren. Dieser Auftrag wurde vom Gesundheitsamt in einem nächsten Schritt mit der Implementierung des Plans in der KGK aufgegriffen. Derzeit berät und erarbeitet das Gremium die Umsetzung, um die Bevölkerung

sowohl langfristig als auch in Akutsituationen vor den gesundheitsschädlichen Folgen von Hitze zu schützen. Anhand dieses Problems wird die Wichtigkeit der multiprofessionellen und interdisziplinären Arbeit in politischen Gremien oder Netzwerken deutlich.

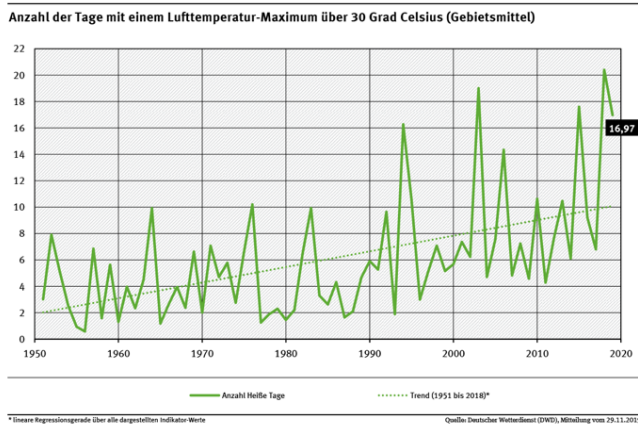


Abbildung 12: Anzahl der Tage mit einem Lufttemperatur-Maximum über 30 Grad Celsius.
Quelle: UBA / DWD

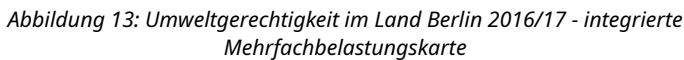
Dieses Monitoring kann Teil der Evaluation eines übergeordneten Hitzeaktionsplans sein. Dieser ist ein Maßnahmenkatalog, der den Umgang mit Hitze vor Ort regelt und Maßnahmen und Zuständigkeiten definiert. Neben Langzeitmaßnahmen zur allgemeinen Reduktion der Hitzebelastung in Städten (z. B. Begrünungsmaßnahmen, Anpassung des Städte- und Gebäudebaus) sind hier von den Akteur/innen Akutmaßnahmen festzulegen (z. B. Hitzewarnungen an besondere Einrichtungen, Maßnahmenempfehlungen), um bei Temperaturextremen die Zahl der hitzebedingten Todes- und Erkrankungsfälle vor Ort zu minimieren. Diese Maßnahmen leiten sich von den Handlungsempfehlungen der ehemaligen Bund/Länder-Ad-hoc Arbeitsgruppe "Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels (GAK)" zur Erstellung von Hitzeaktionsplänen ab (Mücke and Straff 2020). Mithilfe einer Informations- und Maßnahmenkaskade können die zuständigen Akteure und Stellen so

bei akuten Hitzeereignissen zielgerichtet und besonders effizient zum Schutze der Bevölkerung beitragen und die gesundheitsschädlichen Auswirkungen von Hitze auf ein mögliches Minimum reduzieren.

Der Berliner Umweltgerechtigkeitsplan

Umweltschutz, soziale Gerechtigkeit und Gesundheit können sich gegenseitig verstärken, z.B. wenn Bevölkerungsgruppen mit geringem Einkommen, aufgrund ihrer Wohnsituation höheren Umwelt- und Gesundheitsbelastungen ausgesetzt sind. So befindet sich günstiger Wohnraum häufig an stark befahrenen Straßen, wodurch Lärmbelastung und Luftverschmutzung höher ausfallen, sowie weiter entfernt von Grünflächen, was zur Hitzeentwicklung in den Wohnräumen beiträgt (Umweltbundesamt 2020b). Diese Umweltfaktoren stellen Risiken für die physische und psychische Gesundheit dar.

Die Mehrfachbelastungen durch Umwelt- und sozioökonomische Faktoren hat das Land Berlin in seinem Umweltgerechtigkeitsbericht abgebildet (s. Berliner Umweltgerechtigkeitskarte) (Klimeczek, Dittfurth, and Luxat 2019). Dazu wurde u.a. die Belastung von Lärmbelastung, Luftbelastung, thermischer Belastung, Grün- und Freiflächenversorgung gemeinsam mit sozialen Faktoren betrachtet.



"Umweltgerechtigkeit verfolgt auf diese Weise das Ziel, umweltbezogene gesundheitliche Beeinträchtigungen zu vermeiden und zu beseitigen sowie bestmögliche umweltbezogene Gesundheitschancen herzustellen."
(Senatsverwaltung für Umwelt, Verkehr und Klimaschutz 2020)

Kommentar mit hypothes.is DOI <https://doi.org/10.20389/q2rj-f244>

nicht nur Gesundheit schützen, sondern auch zur Verringerung eines planetaren Gesundheitsproblems beitragen.

Aus-, Fort- & Weiterbildung

Nach Lesen dieses Kapitels können Sie:

- Kategorien von benötigten personellen Ressourcen im ÖGD benennen.
- Herausforderungen für die Gewinnung von qualifiziertem Personal für den ÖGD beschreiben.
- Grundzüge der Weiterbildungsordnung für den Facharzt/die Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen schildern.
- Möglichkeiten für einen Quereinstieg in den ÖGD erkennen und wiedergeben.

Personelle Herausforderungen für den ÖGD

In Deutschland besteht ein hoher und steigender Bedarf an qualitativ gut ausgebildeten Fachkräften für Tätigkeiten in den Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD). Dabei existiert ein umfassendes System, um fachkundiges Personal zu qualifizieren. Diese werden nach Whitfield in folgende drei Kategorien eingeteilt (Whitfield 2004):

1. „Spezialisten/innen für Öffentliche Gesundheit“ (u.a. Gesundheitspolitiker/innen, Fachärzte/innen für Öffentliches Gesundheitswesen, Epidemiologen/innen, Hygienekontrolleur/innen)
2. „Personen, die indirekt durch ihre Arbeit an Aktivitäten im Bereich der Öffentlichen Gesundheit beteiligt sind“ (u.a. Pharmazeuten/innen, Psychologen/innen)
3. „Personen, die sich der Auswirkungen auf die Öffentliche Gesundheit in ihrem Berufsleben bewusst sein sollten“ (u.a. Lehrer/innen, Journalisten/innen).

Unterschiedliche Herausforderungen zeigen sich in Deutschland in der Aus- und Weiterbildung sowie der Nachwuchsrekrutierung: Zum Einen sind Masterstudiengänge mit Bezug zu Öffentlicher Gesundheit oftmals theorieorientiert und/oder bereiten nur eingeschränkt auf praktische Herausforderungen und relevante Kompetenzen im ÖGD Alltag vor. Die Lehrlandschaft an Universitäten und Hochschulen

bietet in diesem Bereich eine unübersichtliche Anzahl unterschiedlichster gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Studiengänge und Ausbildungsgänge an. Möglicherweise verstärkt diese Intransparenz der Ausbildungs-, Berufs- und Karrierewege, welche auf eine Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitswesen vorbereiten, den aktuellen Personal- und Nachwuchsmangel im ÖGD noch weiter (Hommes, Alpers, et al. 2020).

Zum Anderen steht insbesondere der ÖGD als Hauptarbeitgeber für Fachkräfte im Bereich Öffentliche Gesundheit vor einer Reihe von Herausforderungen: Arbeit am Limit bei oben genanntem Personalmangel, insbesondere Mangel bei Ärzten/innen, u.a. durch unattraktive Karrierewege und Verdienstmöglichkeiten, fehlende gemeinsame Identität aller qualifizierten Fachkräfte über Berufsgrenzen hinweg sowie nur eingeschränkte und unstrukturierte Möglichkeiten einer Forschungstätigkeit und eines akademischen Werdegangs im ÖGD.

Allerdings existieren auch Faktoren, welche Nachwuchs für den ÖGD und die Öffentliche Gesundheit begeistern: Dazu gehören sogenannte *pull factors*, etwa das Bedürfnis zu einer besseren Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben, flacheren Hierarchien, einer Arbeit im Bereich von Bevölkerungsmedizin, Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Möglichkeit politischen Engagements. Zu den *push factors* aus dem klassischen Klinikalltag gehören etwa der zunehmende ökonomische Druck und fehlende Möglichkeiten zur patientenzentrierten Versorgung, die zu einer Diskrepanz zwischen den eigenen Ansprüchen und der beruflichen Lebensrealität führen. Dies kann die Identifikation mit dem ärztlichen Beruf und dem ärztlichen Ethos in einer rein klinischen Tätigkeit reduzieren und die Arbeit im ÖGD attraktiver machen (Schmedt 2020). Auch der gesteigerte Fokus der Öffentlichkeit auf die Arbeit des ÖGDs während der COVID-19 Pandemie kann potenziell zu einer Steigerung der Bekanntheit und Attraktivität des Bereiches unter Nachwuchskräften führen.

Besonders um die Stärkung von Spezialisten/innen (Kategorie 1 nach Whitfield) zu erreichen, sollten für die Aus- und Weiterbildung zukünftig folgende Ziele verfolgt werden:

1. Einigung auf einen grundlegenden Kanon an Wissen und Kompetenzen für eine Tätigkeit in Einrichtungen im Bereich Öffentliche Gesundheit/Bevölkerungsmedizin,
2. Integration von diesen im ÖGD wichtigen Kenntnissen in das (u.a. Medizin-/Psychologie-/Sozialarbeit-/Public Health-/Gesundheitswissenschaften-) Studium,
3. Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit im ÖGD,
4. Stärkung der Wissenschaftlichkeit im ÖGD und Ermöglichung entsprechender akademischer Karrierewege durch eine praxis- und bedarfsorientierten Verzahnung mit der Public-Health-Forschung,
5. Aufzeigen und Ermöglichen strukturierter Weiterbildungswege mit internationalen Rotationsmöglichkeiten,
6. Stärkere Hervorhebung der und Identifikation mit den treibenden Werten und Normen, für die der ÖGD steht,
7. Strukturierte Angebote für Quereinsteiger/innen,
8. Angleichung der Gehälter im ÖGD mit den Gehältern von Klinikärzten/innen.

Ein spannendes Beispiel für eine strukturierte Weiterbildung in der Infektionsepidemiologie stellt die Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE) am Robert Koch-Institut (RKI) dar.

VERLINKUNG: Interview Dr. med. Katharina Alpers (siehe in Kapitel Kurzvorstellungen)

Ärztliche Ausbildung und Öffentliche Gesundheit

In der Ausbildung von Gesundheitsberufen mit Schwerpunktsetzung Öffentliche Gesundheit (Kategorie 2 nach Whitfield) werden spezifische Angebote in Studium und der Ausbildung, sowie Postgraduierten-Programme für die Weiterbildung benötigt.

Hinsichtlich der Ausbildung von anderen Berufsgruppen (Kategorie 3 nach Whitfield) sollten Kooperationen zur Erweiterung der Lehre und damit des Bewusstseins der Berufsgruppen angestrebt werden.

Die rechtliche Grundlage ärztlichen Handelns ist die Bundesärzteordnung (BÄO), die in Paragraph 1, Absatz 1 besagt:



“Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes”.

Das verdeutlicht den Unterschied zwischen den klassischen klinisch-kurativen Fächern der Individualmedizin, inklusive den dazugehörigen medizinischen Assistenzberufen, und dem Bereich Öffentliche Gesundheit, der durch einen (präventiven) populationsmedizinischen Bezug und hohe Interprofessionalität in der Arbeitsweise der innerhalb dieses Bereichs tätigen Ärzte/innen und anderer Berufe gekennzeichnet ist.

So wichtig medizinische Maßnahmen, individuelle Patientenversorgung, technische Entwicklungen und auch die Sorge um seltene Erkrankungen sind, so sollten Medizinstudierende auf Grundlage der Bundesärzteordnung immer auch über die Individualmedizin hinaus auch auf theoretisch und praktisch Aspekte in der Bevölkerungsmedizin qualifiziert werden (Bundesamt für Justiz 1987). Für angehende Ärzte/Ärztinnen ist es essentiell, ein Grundverständnis für die sozialen, politischen, ökonomischen, ökologischen und kommerziellen Determinanten von Gesundheit zu entwickeln, um den Herausforderungen individual-medizinischer Praxis besser begegnen zu können (Hommes, Drees, et al. 2020a).

Daher bedarf es im Medizinstudium einer adäquaten Anerkennung und eines Verständnisses für die Bedeutung von Maßnahmen der Öffentlichen Gesundheit auf Bevölkerungsebene sowie ein Verständnis dafür, dass weitreichende Veränderung in Hinblick auf den in den Sustainable Development Goals (SDGs) verankerten Anspruch auf *“Health for All”* vor allem durch Maßnahmen erreicht werden können, welche die Bevölkerungsmedizin im Blick haben

(Institute of Medicine (US) Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century 2002).

Zwar ist das Querschnittsfach „Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und Öffentliches Gesundheitswesen“ seit 2002 durch die ärztliche Approbationsordnung (ÄAppO) im Medizinstudium fest verankert. Wie das Fach an den Universitäten vor Ort gelehrt und gelernt wird, ist jedoch sehr unterschiedlich und zum Teil unzureichend. Auch spielt der ÖGD als Lehrinhalt innerhalb dieses Querschnittsfachs meist nur eine untergeordnete Rolle, auch wenn sich einzelne ÖGD-Mitarbeiter/innen bereits vielfach in der Lehre an Hochschul- und Universitätsstandorten engagieren und dabei das ärztliche Berufsfeld im ÖGD vorstellen.

Darüber hinaus ist aber eine Verankerung des Themengebietes Öffentliche Gesundheit an deutschen medizinischen Fakultäten mit intensivem Bezug zum Medizinstudium zwingend notwendig, um eine internationale Vergleichbarkeit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Dazu muss das in der ÄAppO verankerte Thema Öffentliche Gesundheit im Medizinstudium stärker positioniert werden. Die gesetzlichen Vorgaben der ÄAppO besagen u.a.:



“Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind.” [§ 1 Abs. 1].

Hierzu gehören insbesondere auch ein Verständnis für die Bedeutung interdisziplinärer Zusammenarbeit und die Erkenntnis, dass vielfältige über das Medizinische hinausgehende Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit haben. Diese reichen von politischen Rahmenbedingungen wie der Sozialgesetzgebung über die Abwasserversorgung bis hin zur kommunalen Stadtplanung.

Obwohl die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der ÄAppO explizit benannt ist, ist derzeit das Medizinstudium in Deutschland vorwiegend individualmedizinisch ausgerichtet. Eine

bevölkerungsmedizinische Lehre fehlt vielerorts. Der größte Teil der medizinischen Ausbildung fokussiert sich auf die Pathogenese, die Diagnostik, Therapie und ggf. Rehabilitation von Pathologien. Bereits die *“Lancet Commission on medical education for the 21st century”* kritisiert eine solche Art der Ausbildung: *“fragmented, outdated, and static curricula are producing ill-equipped graduates”*, weil gerade im stationären Bereich oft die Akutversorgung im Vordergrund steht (Frenk et al. 2010). Nicht zuletzt aber auch, weil ärztliches Personal für eine Beachtung und Beantwortung bevölkerungsmedizinischer Fragen oft kaum sensibilisiert und geschult ist.

Um der Patientenversorgung im 21. Jahrhundert gerecht zu werden, ist ein umfassendes Verständnis dazu nötig, was Menschen krank macht und gesund erhält. Es bedarf also einer Sensibilität für die sozialen, politischen, ökonomischen und ökologischen Determinanten von Gesundheit. Auch aus Nachwuchsperspektive ist eine Stärkung der Aus- und Weiterbildungsstrukturen notwendig und wünschenswert. (Akçay et al. 2018)

Konkret bedeutet eine Förderung von Kenntnissen über die Öffentliche Gesundheit im Medizinstudium, dass diese Lehrinhalte zu Öffentlicher Gesundheit:

1. im Kerncurriculum integriert sein müssen;
2. in den Lernzielkatalogen des Medizinstudiums (aktuell im GK-2 und im NKLM) in ausreichendem Maße und in ausreichender Form repräsentiert sein müssen; und
3. entsprechende Lernziele sich auch in den Prüfungsinhalten der medizinischen Staatsexamina wiederfinden, insbesondere im schriftlichen und bundesweit einheitlichen schriftlichen Staatsexamen am Ende des 10. Semesters des Medizinstudiums (2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung, M2).

In einem Lernzielkatalog müssen daher sozial- und bevölkerungsmedizinische Aspekte in Ergänzung zu bestehenden bio- und individualmedizinischen Inhalten stärker repräsentiert sein. Um sicherzustellen, dass die Inhalte zu sozialen Determinanten von

Gesundheit und Öffentlicher Gesundheit adäquat wahrgenommen, gelehrt und gelernt werden, werden explizite Bezüge, Lernziele und Anwendungsbeispiele benötigt. Aktuell sind diese in Lernzielkatalogen und auch in den Prüfungsinhalten der schriftlichen Staatsexamina nur in geringem Maße enthalten. Aktuelle Reformprozesse im Medizinstudium bieten jedoch eine Chance zur Veränderung dieser Inhalte. (Hommes, Drees, et al. 2020b)

Zusätzlich sollten praktische Ausbildungsanteile im Medizinstudium, wie beispielsweise Famulaturen und das Praktische Jahr (PJ), grundsätzlich in verschiedenen Fachgebieten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes absolvierbar sein, wie bereits durch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder in entsprechenden Beschlüssen 2013 und 2014 gefordert wurde. Die Grundlage dafür ist die Anerkennung dieser Praktika von den jeweiligen Landesprüfungsämtern.

Ein ähnlicher Zusammenhang besteht auch im Bereich Lehre von Globaler Gesundheit im Medizinstudium: Neben den globalen Determinanten von Gesundheit sind vor allem die Themen „interkulturelle Kompetenz“ und die Vorbereitung von Famulaturen im Ausland notwendige Bestandteile für Medizinstudierende im klinischen Studienabschnitt (Bozorgmehr et al. 2010).

Die Lerninhalte müssen dabei an den Zielgruppen ausgerichtet werden. Während manche Themen für alle Medizinstudierende relevant und notwendig sind, richten sich andere Aspekte eher an besonders interessierte Studierende. Globale Gesundheit knüpft dabei an eine ganze Reihe bereits bestehender Aspekte und Fächer bzw. Querschnittsbereiche an. Synergien können sich aber auch aus der stärkeren Beachtung von sozialen Determinanten von Gesundheit oder auch der Sozial- und Umweltmedizin ergeben. Der Großteil der Medizinstudierenden sollte während des Studiums grundlegende Kenntnisse im Bereich Globale Gesundheit erwerben, etwa zu Sozialen Determinanten von Gesundheit und kultureller Kompetenz. Diejenigen mit besonderem Interesse an Globaler Gesundheit sollten spezifische Ausbildungs- und Trainingsangebote erhalten können und

diejenigen, die im Bereich Globale Gesundheit beruflich tätig werden wollen, sollten über das Medizinstudium hinaus entsprechende Förderangebote und Berufswege in der Weiterbildung wählen können. Havemann und Bösner haben dies in Abbildung 1 zusammengefasst (Havemann and Bösner 2018).



Abbildung 14: Zielgruppen von Lehre zu Globaler Gesundheit (aus Havemann, Bösner 2018)

Die im Zusammenhang mit Globaler Gesundheit unterrichteten Themen und vermittelten Kompetenzen tragen zur Ausbildung kompetenter, verantwortungsvoller Ärzte/innen bei (Frenk et al. 2010). Eine Internationalisierung der Ausbildung kann dazu beitragen, die Mediziner/innen auf eine uns allen jetzt noch unbekannte Zukunft besser vorzubereiten (Knipper 2018).

Globale Gesundheit bietet durch ihren interdisziplinären Charakter die Chance, das Verhältnis zu anderen Wissenschaften, sowohl Geistes- als auch Naturwissenschaften, sowie Problemlösungskompetenzen zu stärken. Es trägt mit dazu bei, dass sich Studierende auch mit den politischen Aspekten der medizinischen Praxis beschäftigen und deren Verantwortungsbewusstsein und -bereitschaft gefördert werden kann (Havemann and Bösner 2018).

Sowohl hinsichtlich der Ausbildung in Öffentlicher Gesundheit als auch in Bezug auf Globale Gesundheit stellt die Vermittlung von biostatistischen und epidemiologischen Basiskenntnissen in der Ausbildung eine wichtige Grundlage für das Verständnis und die Beurteilung von populationsmedizinischen Fragestellungen dar. So

forderte 2017 auch der Medizinische Fakultätentag in einem Positionspapier:



“die verbindliche Aufnahme von Veranstaltung in die Curricula zur Stärkung der wissenschaftlichen Kompetenz”
(Medizinischer Fakultätentag 2017)

In Einklang mit den internationalen und nationalen Empfehlungen sollten Aspekte der Globalen Gesundheit verpflichtend in die präklinische und klinische Ausbildung an allen deutschen Fakultäten aufgenommen und auch im Gegenstandskatalog entsprechend reflektiert werden. Die Integration von Aspekten Globaler Gesundheit in Form von konkreten Lernzielen würde sicherstellen, dass alle Medizinstudierenden in Kontakt mit entsprechenden Inhalten kommen. Hierin liegt eine große Chance, die Sensibilisierung und Kompetenz im Bereich der Globalen Gesundheit zu stärken und Deutschland als entsprechenden Standort international attraktiver zu machen. (Havemann, Hommes, and Geffert 2018)

Anstehende Reformprozesse hinsichtlich der Reform des NKLM und der vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) herausgegebenen Gegenstandskataloge - welche die Grundlage für die medizinischen Staatsexamina bilden - bieten eine Chance zur stärkeren und expliziten Integration von Inhalten der Globalen und Öffentlichen Gesundheit in das Medizinstudium (Unveröffentlicht, n.d.).

Ein erster Schritt in den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Dass sich viele Medizinstudierende neben bio- und individualmedizinischen Aspekten für bevölkerungs- und sozialmedizinische Aspekte, soziale Determinanten für Gesundheit, Öffentliche Gesundheit und Globale Gesundheit interessieren, spiegelt sich auf unterschiedliche Weise wieder: Immer mehr Medizinstudierende besuchen Wahlfächer mit entsprechenden Inhalten. An Standorten, wo es solche Angebote nicht gibt, bauen

Studierende diese Wahlfächer selbstständig (mit) auf (siehe dazu auch: How to Wahlfach - Global Health). Außerdem suchen viele Studierende nach Möglichkeiten, um Forschungsarbeiten, wie eine medizinische Dissertation, in einem Themenfeld der Globalen Gesundheit zu schreiben (mehr dazu im Handbuch: Forschung mit Weitblick)

2017 gründeten studentische Teilnehmer/innen des zweiten Symposiums des Zukunftsforums Public Health das Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit (NÖG). Ziel des NÖG ist die Förderung eines nachhaltigen Austauschs und eine Vernetzung zwischen Studierenden und Nachwuchskräften mit diversen Hintergründen, die sich für Themen und Aspekte der Öffentlichen Gesundheit in Deutschland und darüber hinaus interessieren. (Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit 2017)

Der Einfluss von Nachwuchsfachkräften ist eine große Chance für die Stärkung des ÖGD in Deutschland. Eine Vielzahl von Medizinstudierenden beginnt das Medizinstudium mit einem diffusen Interesse daran, “etwas Sinnvolles zu tun”, “zu helfen”, “international zu arbeiten”. Daraus resultiert oftmals der Wunsch, in der Entwicklungszusammenarbeit oder Humanitären Hilfe tätig zu werden. Grund hierfür ist sicherlich auch die große Präsenz dieser Bereiche und die Überzeugung, auf diesem Wege vielen Menschen direkt und unmittelbar helfen zu können. Dass es jedoch auch vor der eigenen Haustür bzw. auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene viele sinnvolle Wege gibt, sich beispielsweise für besonders vulnerable Gruppen einzusetzen, sollte durch den ÖGD und das ÖGW insgesamt deutlicher gemacht werden.

Einen frühzeitigen und barrierearmen Einstieg in die Arbeit des ÖGD bietet die Möglichkeit einer Famulatur oder eines PJ-Tertials im Gesundheitsamt und anderen Einrichtungen des ÖGD. Bislang erkennen die Landesprüfungsämter entsprechende praktische Erfahrungen jedoch nur in einigen Bundesländern an (Pientka and Gottschalk 2017). Hier ist noch ein langer Weg an Reform und Strukturausbau zurückzulegen.

An einigen Standorten in Deutschland ist eine Integration von ÖGD-Praxis in der medizinischen Aus- und Weiterbildung bereits gelungen. So bietet beispielsweise das Gesundheitsamt in Frankfurt am Main seit 2013 die Möglichkeit, ein PJ-Wahlfach im ÖGD abzuleisten und so die vielfältigen Aufgaben eines Gesundheitsamtes, interdisziplinäres Arbeiten, lokale Verwaltungsstrukturen und den Kontakt zu Menschen in ihrer Lebenswelt vor Ort kennenzulernen. Im folgenden werden exemplarisch Erfahrungen aus diesem PJ-Tertial dargestellt und Aufbau und Inhalte des PJ-Tertials beschrieben.

Kasten: Das PJ-Tertial ÖGD im Gesundheitsamt Frankfurt a.M. (Möhrle 2014)

Erfahrungen

Die erste Studentin des praktischen Jahres konnte auf eine Ausbildungsstelle (Trainee-Stelle) zur Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen im Gesundheitsamt Frankfurt am Main übernommen werden und hat mittlerweile, neben der zur Weiterbildung vorgeschriebenen Zeit in Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, auch ihre klinische Zeit annähernd abgeschlossen.

Durch die Einführung der Möglichkeit, das PJ-Tertial in Frankfurt am Main ableisten zu können, konnten insgesamt bisher drei Absolventen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst gewonnen werden.

Aufbau

Die Studierenden müssen alle Bereiche des Gesundheitsamtes durchlaufen, in denen Kontakt zu Patient/innen besteht. Das bedeutet, dass zum Beispiel der Bereich „Trinkwasser“ primär nicht Inhalt des Curriculums ist (gleichwohl aber zumindest zum Kennenlernen außerhalb des vorgegebenen Curriculums mit angeboten wird). Zum Abschluss des Tertials sind die Studierenden in den humanitären Sprechstunden des Amtes eigenständig eingebunden. Gerade dieser Abschnitt wird von den Studierenden als besonders lehrreich beschrieben, da sie hier ihr über die Zeit des klinischen Studiums erworbenes theoretisches Wissen einsetzen können.

Es besteht weiterhin die Kooperation mit der Asylbewerber/innen-Sprechstunde der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg, die von den PJ-Studierenden

obligatorisch besucht wird. Zusätzlich sind die Studierenden für eine Woche in einer Sprechstunde für Wohnsitzlose und ebenfalls eine Woche in der ärztlichen Ambulanz des Flughafens Frankfurt im Einsatz. Die Lehrinhalte sind in Form eines Logbuches von jeder Studentin und jedem Studenten zu absolvieren.

Studentische Poliklinik (StuPoli)

Zusätzlich zur Möglichkeit, ein PJ-Tertial „Öffentliches Gesundheitswesen“ im Gesundheitsamt Frankfurt am Main ableisten zu können, ist 2015 durch die Medizinische Fakultät der Goethe-Universität Frankfurt am Main ein Wahlfach „Studentische Poliklinik (StuPoli)“ im Gesundheitsamt Frankfurt am Main etabliert worden. Hier lernen Studierende der klinischen Semester sämtliche zur umfassenden Betreuung von Menschen ohne Versicherungsschutz oder legalen Aufenthaltsstatus wesentlichen Schritte. Die Studierenden nehmen die Patienten/innen auf, erheben die Anamnese, können ihre Fertigkeiten in den Untersuchungstechniken anwenden (es kann auch eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt und ein EKG angefertigt werden) und stellen schließlich eine Verdachtsdiagnose. Dies wird durch eine Ärztin oder einen Arzt des Gesundheitsamtes supervidiert und es werden die notwendigen nächsten Schritte festgelegt. In der StuPoli, die in den Praxisräumen der Humanitären Sprechstunde des Gesundheitsamtes stattfindet, ist eine Auswahl an Medikamenten vorrätig, die den Patienten direkt mitgegeben werden können. Zur studentischen Ausbildung gehört ebenso, dass durch den ÖGD Promotionen und Masterarbeiten angeboten und betreut werden. Zur Qualifikation als Betreuer/in bedarf es nicht zwingend einer Habilitation an einer medizinischen Fakultät, vielmehr können in Zusammenarbeit mit einer assoziierten Hochschule solche Arbeiten betreut werden. Hierbei können Fragestellungen umfassend bearbeitet werden, die durchaus Eingang in die tägliche Arbeit der Gesundheitsämter finden können.

Facharzt/Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen

Neben der stationären und ambulanten Versorgung wird der Öffentliche Gesundheitsdienst traditionell als sogenannte „Dritte Säule“ des deutschen Gesundheitssystems dargestellt, zunehmend wird der ÖGD als Fundament des Gesundheitswesens verstanden. In

diesem Teil des Gesundheitssystem arbeiten in Deutschland knapp 800 Fachärzte/innen für Öffentliches Gesundheitswesen (Stand Feb 2020), neben vielen anderen Ärzte/innen mit anderen Facharztweiterbildungen.

Die Bundesärztekammer definiert die Aufgaben des Öffentliche Gesundheitswesen als:



“(...) die Beobachtung, Begutachtung und Wahrung der gesundheitlichen Belange der Bevölkerung und die Beratung der Träger öffentlicher Aufgaben in gesundheitlichen Fragen einschließlich Planungs- und Gestaltungsaufgaben zu Gesundheitsförderung, Prävention und der gesundheitlichen Versorgung sowie der öffentlichen Hygiene, der Gesundheitsaufsicht sowie der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten.”
(Bundesärztekammer 2018)

Eine bevölkerungsmedizinische Tätigkeit in den Einrichtungen des ÖGW ist für viele Ärzte/innen Anlass, sich für diese Facharztweiterbildung zu entscheiden. Als mögliche Vorteile der Facharztweiterbildung für ÖGW lassen sich aufführen:

- Möglichkeit zur gesundheitspolitischen Einflussnahme auf kommunaler und regionaler Ebene durch Politikberatung und Gremien-/Netzwerkarbeit,
- Gesundheitsplanung für die Bevölkerung vor Ort,
- Aufsuchende Arbeit und Hilfen für Betroffene,
- inter- und multidisziplinäres Arbeiten,
- Möglichkeit/Notwendigkeit zur kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung,
- Vorzüge des Öffentlichen Dienstes bezüglich des Beschäftigungsverhältnisses (sicherer Arbeitsplatz, Möglichkeit einer Verbeamtung)
- individuelle Freiheiten und Möglichkeit zur flexiblen Gestaltung des eigenen Arbeitsbereichs,
- gute Vereinbarkeit von Familie und Berufsleben sowie

- abwechslungsreicher Arbeitsalltag,

Leider führt eine mangelnde Bekanntheit und fehlende Lobby in Politik und Öffentlichkeit seit Jahren dazu, dass der ÖGD mit großen Nachwuchsproblem zu kämpfen hat, um genug Fachärzte/innen für das ÖGW auszubilden. 2015 waren mehr als die Hälfte aller Fachärzte/innen für ÖGW älter als 50 Jahre. (Bundesärztestatistik 2019)

Daneben sind mangelnde Kenntnisse der Ärztinnen und Ärzte insgesamt über das ÖGW und dessen Facharztausbildung weitere mögliche Gründe dafür, dass sich aktuell nur wenige Medizinstudierende für die Facharztweiterbildung entscheiden (Hommes, Alpers, et al. 2020). Zu den entsprechenden Barrieren zählen vor allem:

- intransparente Karrierewege
- geringere gesellschaftliche und interprofessionelle Anerkennung
- mangelndes Wissen über die Tätigkeit und den Einflussbereich (“Akten bearbeiten statt Leben retten”) von Ärzten/Ärztinnen im ÖGD
- Imageproblem des ÖGD (Vorurteile eines “grauen Amtsalltages”)
- Sorge vor starren und bürokratischen Strukturen
- geringere tarifliche Entlohnung für Fachärzte/Fachärztinnen
- unzureichende Möglichkeiten eines internationalen Austauschs, bspw. in Form einer Anerkennung eines Masters in Public Health / PhD

Aufbau der Facharztweiterbildung ÖGW

Die Facharztweiterbildung zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen richtet sich vielfach nach der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer, allerdings sind nur die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern verbindlich und können hiervon abweichen (Bundesärztekammer 2018). Hinzu kommt, dass manche

Landesärztekammer sich noch im Prozess der Überarbeitung ihrer WBO nach der Novellierung der MBWO im Jahr 2018 befinden (Stand August 2020).

Zur Zulassung zur Facharztprüfung müssen (nach MWBO) folgende Ausbildungsbereiche nachgewiesen werden (Stand 10.2019):

60 Monate Öffentliches Gesundheitswesen unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon müssen:

- 24 Monate in einer Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens abgeleistet werden, davon müssen 12 Monate in einem Gesundheitsamt abgeleistet werden
- 24 Monate in anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden
- 6 Monate in Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet werden, davon können zum Kompetenzerwerb bis zu 3 Monate Weiterbildung im sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes erfolgen
- 6 Monate (720 Stunden) Kurs-Weiterbildung für Öffentliches Gesundheitswesen abgeleistet werden, davon können zum Kompetenzerwerb bis zu 3 Monate (360 Stunden) Weiterbildung im Rahmen eines Postgraduiertenkurses in Public Health erfolgen.

Die 6-monatige Kurs-Weiterbildung wird in Deutschland z.B. von der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit organisiert. Das Weiterbildungscurriculum der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen beispielsweise orientiert sich an den Essential Public Health Operations (EPHOs), um die Qualität der Arbeit in Öffentlicher Gesundheit im ÖGD nach der Empfehlung der WHO zu gewährleisten.

Die Weiterbildungsinhalte zur Erlangung der Facharzt-Kompetenz umfassen u.a.:

- Infektions- und Gesundheitsschutz

- Umweltbedingte Gesundheitsbelastungen
- Begutachtung im amtsärztlichen Dienst
- Amtsärztliche Aufgaben
- Kinder- und jugendärztliche Aufgaben
- Sozialpsychiatrische Aufgaben
- Pandemieplanung und Katastrophenschutz
- Hygiene, Krankenhaushygiene
- Gesundheitsberichterstattung
- Prävention und Gesundheitsförderung

Reformansätze der Facharztweiterbildung ÖGW

Eine Reform der Facharztweiterbildung für Öffentliches Gesundheitswesen ist notwendig, um diesen Weg für Studierende und Absolvent/innen attraktiver zu gestalten. Eine solche Reform sowie konkrete Schritte für ihre Inhalte werden von Nachwuchsfachkräften explizit gefordert (von Philipsborn et al. 2018).

Tabellarisch wurden vom Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit (NÖG) **Maßnahmen zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit in Deutschland** aufgeführt, die Vorschläge für konkrete Inhalte einer solchen Reform der Facharztweiterbildung beinhalten (Akçay et al. 2018).

Tabelle: Maßnahmen zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit in Deutschland

Aus- und Weiterbildung

Stärkung interdisziplinärer *Schools of Public Health* und entsprechender Studiengänge, einschließlich solcher in Global Public Health

Flächendeckende Einrichtung von Lehrstühlen für Öffentliches Gesundheitswesen an medizinischen Fakultäten und stärkere Verankerung Öffentlicher Gesundheit im Medizinstudium

Schaffung strukturierter Karrierewege und berufsqualifizierender Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Absolvent/innen interdisziplinärer Public-Health-Studiengänge

Reform der Facharztweiterbildung für Öffentliches Gesundheitswesen mit Aufwertung der nichtklinischen Abschnitte und der Public-Health-spezifischen Weiterbildungsinhalte

Schaffung integrierter Facharzt-PhD-Programme für Öffentliches Gesundheitswesen

Perspektivisch die Etablierung einer einheitlichen Weiterbildung für Öffentliches Gesundheitswesen für medizinische und nichtmedizinische Fachkräfte in Anlehnung an die Weiterbildung zum *Public Health Consultant* in Großbritannien

Viele Studierende und Absolvent/innen der Medizin sind sehr an internationalem Austausch und an den grenzüberschreitenden Aspekten Öffentlicher Gesundheit interessiert. Deshalb sollten mehr Möglichkeiten geschaffen werden, während der Weiterbildungszeit und auch darüber hinaus Praxis- und Forschungsaufenthalte bei internationalen Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder dem European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) zu absolvieren, ebenso wie bei Gesundheitsbehörden anderer Länder. Um eine internationale Anerkennung des Facharzttitels für ÖGW in Deutschland sowie die internationale Vergleichbarkeit zu erhöhen, sollten sich die Weiterbildungsinhalte in Deutschland mehr nach internationalen Standards und Vorbildern ausrichten, wie etwa dem des *Public Health Consultants* in Großbritannien.

Auch Masterstudiengänge und PhD-Programme aus den Bereichen Public Health oder verwandten Fächern wie Epidemiologie sollten im Rahmen der Facharztweiterbildung ÖGW gefördert und anerkannt werden.

Auf nationaler Ebene sollten insbesondere Möglichkeiten geschaffen werden, die vorgeschriebenen 24 Monate in einer Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens nicht nur an einem Gesundheitsamt, sondern auch an anderen Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitswesens abzuleisten, wie etwa dem RKI oder der BZgA, aber auch an Public Health-Forschungseinrichtungen.

Traineeprogramme ÖGW in Fulda

Im Landkreis Fulda werden Absolvent/innen der Humanmedizin mit Approbation als Trainees angestellt und durchlaufen systematisch eine Facharztweiterbildung im Gesundheitsamt sowie den Kliniken des Landkreises. Hierzu wird eine Vereinbarung zwischen dem Landkreis Fulda und den Trainees getroffen. Während des Abschnitts im Gesundheitsamt erfolgt die Betreuung durch den Weiterbildungsermächtigten. Dabei werden alle Sachgebiete unter Supervision durchlaufen (Amtsärztlicher Dienst, Hygiene und

Infektiologie, Sozialpsychiatrischer Dienst, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst). Im Anschluss erfolgt die Tätigkeit in einer der Landkreis-Kliniken, wobei Trainees selbstständig ihre präferierten Abteilungen und Häuser auswählen können. Die Anstellung erfolgt dabei über den Landkreis Fulda. Ist der klinische Abschnitt abgeschlossen, erfolgt die Freistellung für die gesamte Dauer der Kursweiterbildung. Die Vorzüge des Traineeprogramms sind die intensive Betreuung, der vielseitige und abwechslungsreiche Einsatz unter Berücksichtigung der persönlichen Interessen und die Abnahme der organisatorischen Arbeit bei der Planung der Weiterbildungsabschnitte. Die Trainees verpflichten sich nach Abschluss der Weiterbildung, drei Jahre im Landkreis als Facharzt zu arbeiten. Dafür gibt es die Option einer Verbeamtung.

Trainingsprogramm ÖGW in Frankfurt

Das Gesundheitsamt Frankfurt am Main hat eine Stelle für die ärztliche Weiterbildung zur Fachärztin/Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen eingerichtet. Die gesamte Ausbildungszeit findet unter der Supervision des Gesundheitsamtes statt. Die Stelleninhaber sind während der gesamten Ausbildungszeit ärztliche Mitarbeiter des Amtes und werden entsprechend durch das Amt bezahlt.

Fortbildung, Weiterbildung und Forschung im Öffentlichen Gesundheitswesen

Mitarbeiter/innen aus dem ÖGD sollte die Möglichkeit gegeben werden, sich akademisch weiterzuentwickeln und zusätzliche Kompetenzen für ihre praktische Arbeit zu erwerben. Gleichzeitig muss für Quereinsteiger in den ÖGD aus ambulanten und stationären therapeutischen Bereichen eine „*mid career*“-Verbindung von Praxis, Forschung und Lehre für notwendige fachlich anspruchsvolle ÖGD-Karrieren ermöglicht werden.

Ein gestärktes Bildungsangebot mit enger Vernetzung zu den Bezugswissenschaften und den vorgenannten neuen

Strukturansätzen mit einem erweiterten Forschungsangebot erscheint geeignet, um auch im europäischen Vergleich wettbewerbsfähig zu werden. Ein *best-practice*-Modell ist z.B. die mehrjährige fachärztliche Weiterbildung zum *Public Health Consultant* in Großbritannien, die in der theoretischen Ausbildung mindestens einem Master in Public Health entspricht bzw. diesen integriert. Ein entsprechendes Modell wird bereits an der Pettenkofer School of Public Health in Kooperation mit der LMU München erfolgreich umgesetzt.

Neben der Fort- und Weiterbildung im ärztlichen ÖGD-Bereich sind Auswirkungen auf entsprechende Programme für weitere Berufsgruppen im ÖGD, z.B. Hygieneinspektoren und Sozialmedizinische Assistenten, zu prüfen und ggf. auszuweiten. Eine bereichsspezifische Akademisierung in Form von weiteren Bachelor- oder Masterabschlüssen ist im Rahmen des Gesamtkonzepts zu bewerten und zu entwickeln.

Als ebenfalls notwendig wird ein bundesweites, qualitätsgesichertes und ausreichend finanziertes Fortbildungsprogramm für ärztliches Personal im ÖGD, Juristen/innen, Ökonomen/innen als Promotionsprogramm sowie als Postdoc-Forschungsprogramm mit einem starken Engagement für europäische oder internationale Partnerschaften vorgeschlagen. Damit wird eine Verbindung von Praxis, Forschung und Lehre auch für die für ÖGD-Karrieren typischen Quereinsteiger/innen aus den therapeutischen Bereichen von Klinik und Praxis ermöglicht. Die Ausrichtung der Programmförderung sollte insbesondere bei der Fort- und Weiterbildung die zentrale Rolle der Fachärzte/innen und Fachärzte für das Öffentliche Gesundheitswesen berücksichtigen. Mitarbeiter/innen innerhalb des ÖGD wird damit zudem die Möglichkeit geboten, sich akademisch weiterzuentwickeln und mit zusätzlichen Kompetenzen in ihre praktische Arbeit zurückzukehren.

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen

Die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf ist eine Gemeinschaftseinrichtung mehrerer Bundesländer. Sie ist eine öffentlich-rechtliche Bildungsinstitution, die zum Ziel hat, alle Beschäftigten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes aus-, fort- und weiterzubilden.

Ab 2020 wird an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf eine Weiterbildungsstelle zur Fachärztin/zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen eingerichtet. Diese Weiterbildungsstelle wird von den Trägerländern der Akademie finanziert und wird als Traineeprogramm für fünf Jahre ausgebaut.

Master of Public Health

Public-Health-Studierende werden für Aufgaben in der Forschung und im Planungs- und Managementbereich des nationalen und internationalen Gesundheitswesens qualifiziert. Sie erwerben berufsbezogene Kenntnisse und Fertigkeiten auf den Gebieten der Bevölkerungsgesundheit und des Gesundheitswesens und stellen daher eine wichtige Berufsgruppe für die Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitswesen im Allgemeinen und im ÖGD im Speziellen dar. Die Absolventen/innen kennen die Entscheidungsstrukturen im Gesundheitswesen, wissen über das System, seine Akteure und deren unterschiedliche Interessen ebenso Bescheid wie über Steuerungsmodelle und die Finanzierung. Sie sind über das Management einzelner Bereiche (z. B. stationäre Einrichtungen) informiert, kennen Konzepte des Qualitätsmanagements und können Kostenfragen in den Blick nehmen. Sie sind in der Lage, Aussagen über vermeidbare und nicht vermeidbare Morbidität und Mortalität der Bevölkerung zu analysieren, entsprechende wissenschaftliche Untersuchungen vorzunehmen und auszuwerten. Sie haben Kenntnisse über den Stellenwert von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation. Und sie verfügen über Strategien gesundheitlicher Aufklärung.

Im Sinne des Public-Health-Ansatzes orientieren sich die Master of Public Health Studiengänge an bevölkerungsmedizinische Konzeption der Gesundheitsförderung mit dem Ziel, alle Bürgerinnen und Bürger gleichermaßen zum Erhalt ihrer Gesundheit zu befähigen.

VERLINKUNG: Interview Constanze Pscheidt (siehe in Kapitel Kurzvorstellungen)

Einrichtung von Lehrstühlen und Instituten für Öffentliche Gesundheit

Um Aspekte der Öffentlichen Gesundheit (stärker) in der medizinischen Ausbildung zu verankern und die Arbeit des ÖGD unter Medizinstudierenden und in der Bevölkerung bekannter zu machen, benötigt es Lehrstühle und Institute für Öffentliche Gesundheit. Beispielhaft könnte hierbei das sogenannte **Johann-Peter Frank Kooperationsmodell** sein, welches staatliche Einrichtungen wie die Akademien für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf und München strukturiert und mit Ressourcen unterlegt und diese mit universitären Einrichtungen vernetzt. (Teichert et al. 2016)

Ausblick

Megatrends wie Globalisierung, Urbanisierung, Digitalisierung, demografischer Wandel, sowie Klimaveränderung und das Auftreten neuer Krankheiten, beeinflussen die Gesundheit von Bevölkerungen und sind daher wichtige Aspekte in der Arbeit des ÖGD.

Durch die COVID-19 Pandemie hat sich die Wahrnehmung des ÖGD nicht nur in Politik und medizinischen Fachkreisen, sondern auch in der Bevölkerung verändert. Die Anforderungen in der COVID-19 Pandemiebekämpfung haben bekannte Herausforderungen im ÖGD, wie personelle, infrastrukturelle und finanzielle Lücken verstärkt, und die damit einhergehenden Risiken für den Gesundheitsschutz aufgezeigt. (Dragano et al. 2016; von Philipsborn et al. 2018).

Der ÖGD übernimmt neben dem ambulanten und stationären Sektor vielseitige medizinische und nicht-medizinische Aufgaben, die wesentlich zur Bewältigung gesundheitlicher Herausforderungen, die große Teile der Bevölkerung betreffen, beitragen. Um den ÖGD zu stärken haben Bund und Länder im September 2020 beschlossen bis Ende 2022 mindestens 5000 neue Stellen sowie zukunftsfähige Strukturen im ÖGD zu schaffen (Deutsches Ärzteblatt 2020).

VERLINKUNG: Interview Dr. Berit Uhlmann (siehe in Kapitel Kurzzustellungen)

Aktuelle und zukünftige Herausforderungen für die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt stellen die Fachkräfte im Öffentlichen Gesundheitswesen vor komplexe Fragestellungen. Um diese bewältigen zu können, sollten Qualifizierungsmaßnahmen, die Öffentliche und Globale Gesundheit verbinden, auf- und ausgebaut werden.

Zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit in Deutschland und global, kann und sollte das Öffentliche Gesundheitswesen in Deutschland, insbesondere der ÖGD, einen starken Beitrag leisten. Hierfür wird ein ÖGD benötigt, der für Nachwuchskräfte attraktiv ist, interdisziplinär arbeitet, evidenzbasiert handelt und sich mit internationalen Themenfeldern gezielt auseinandersetzt. Aktuell zeigen sich Reformbedarfe auf verschiedenen Ebenen.

Fallbeispiele

Fallbeispiel: Tuberkulose in der Klink

Sie sind Assistenzärztin im ÖGD und zur Zeit in der Inneren Medizin einer Universitätsklinik in einer mittelgroßen Stadt tätig. Sie sind kürzlich in die Infektiologie rotiert. Sie sind bereits mit dem Krankheitsbild der Tuberkulose (TB) vertraut, da Sie sich für Globale Gesundheit interessieren und nach dem Studium einige Monate im Ausland in einem Projekt zur Versorgung von Menschen mit TB gearbeitet haben. Sie freuen sich nach der Ausbildungszeit in allgemeiner Innerer Medizin wieder mehr mit Menschen zu arbeiten, die eine Infektionserkrankungen haben.

In der Betreuung eines TB-Patienten, der als Asylsuchender vor 6 Monaten nach Deutschland gekommen ist, fällt Ihnen auf, dass er im zweiten Monat der Behandlung zunehmend kontaktscheu wirkt und den letzten Kontrolltermin nicht wahrgenommen hatte. Bislang haben Sie auf Englisch mit dem Patienten kommuniziert, das er relativ gut spricht.

Was würden Sie tun?

Sie organisieren einen Dolmetscher, damit Sie in seiner Muttersprache mit ihm kommunizieren können. Dabei erfahren Sie, dass er die Medikamente zuletzt nicht regelmäßig eingenommen hat, da es ihm nach drei Wochen der Medikamenteneinnahme besser ging und er aktuell viele andere Probleme habe. Sie fragen nach und erfahren, dass er Sorgen habe, nach Griechenland abgeschoben zu werden (auf Grund der Dublin III Verordnung können Asylbewerber ohne Recht auf Prüfung des Asylantrages in das Land der ersten Einreise nach Europa abgeschoben werden). Außerdem leide er unter zunehmender Schlaflosigkeit und wiederkehrenden Erinnerungen an traumatische Ereignisse auf der Flucht. Sie machen sich Sorgen, dass Ihr Patient die Behandlung abbrechen könnte, was die Entwicklung einer medikamentenresistenten Tuberkulose und die Verschlechterung seines Gesundheitszustandes sowie, in der Folge, ein Infektionsrisiko für andere nach sich ziehen könnte.

Sie organisieren eine konsiliarische Vorstellung bei einem psychiatrischen Kollegen, um dem Patienten klinisch helfen zu können. Sie nehmen erneut Kontakt mit dem Gesundheitsamt auf, das bereits für die Umgebungsuntersuchung bei diesem Patienten zuständig war und erfahren von einem TB-Patenprojekt, das in der Kooperation zwischen dem Gesundheitsamt und einer anderen Klinik Ihrer Stadt vor kurzem entstanden ist. Die engagierte Ärztin, die im Gesundheitsamt Ihrer Stadt für Tuberkulose zuständig ist, verlinkt sie mit dem TB-Patenprojekt, in das der Patient aufgenommen wird. Innerhalb des Projektes beraten studentische Paten/innen den Patienten zu seinen Fragen und Sorgen rund um die Erkrankung. Sie sind zwischen den ärztlichen Kontrollterminen niederschwellig mit dem Patienten in Kontakt und stellen so eine wertvolle Brücke her, um frühzeitig Probleme bei der Therapietreue zu bemerken oder eben gar nicht erst entstehen zu lassen. Sie schreiben zudem ein Gutachten, das für die Dauer der Tuberkulosebehandlung hilft, eine drohende Abschiebung auszusetzen. Da Sie als Assistenzärztin noch wenig Wissen über das Aufenthaltsgesetz haben, sind Sie dankbar für die Hinweise der Kollegin aus dem Gesundheitsamt zum Vorgehen.

Fazit

Ihnen wurde an diesem konkreten Fall aus der Praxis als aktuell klinisch tätige Ärztin klar, dass die Konzepte von (*community-*) *DOTS* (*directly observed therapy strategy*), die Sie bei Ihrem Auslandseinsatz kennengelernt hatten, auch Relevanz in Deutschland haben. Sie haben erkannt, wie wichtig Kenntnisse des Infektionsschutzgesetzes sowie eine gute Zusammenarbeit des Gesundheitsamtes und der klinischen Behandler/innen der TB-Patienten sind. Ihr Wissen über das mögliche Auftreten von post-traumatischen Belastungsstörungen mehrere Monate nach einer Flucht sowie über die Bedeutung von kultursensibler Kommunikation mit Dolmetscher/innen in der Muttersprache und die kooperative Kommunikation mit dem ÖGD haben dazu beigetragen, dass dieser Patient am Ende seine Tuberkulose ausheilen konnte, die mentale Gesundheit stabilisiert

sowie eine Resistenzentstehung und eine Infektion weiterer Personen verhindert werden konnte.

Sie erkennen wie Sie Aspekte Globaler Gesundheit im lokalen Kontext anwenden konnten und freuen sich auf die Weiterbildungszeiten im Gesundheitsamt.

Fallbeispiel: Kontaktpersonennachverfolgung bei einem COVID-19 Fall

Sie sind frisch approbiert und unterstützen in einem Gesundheitsamt die Abteilung Infektionsschutz. Es ist ihr vierter Tag. Sie haben bereits die Durchführung der Anrufe bei Erkrankten und Kontaktpersonen gelernt. Sie kennen die wichtigsten Fragen für die Kontaktpersonennachverfolgung, können den Ansteckungszeitraum eingrenzen, kennen die wichtigsten Beratungsinhalte des Gesprächs. Heute bekommen Sie einen neuen Fall. Der Erkrankte ist 33 Jahre alt und wohnt in einer Unterkunft der öffentlich-rechtlichen Unterbringung mit seiner 6-köpfigen Familie.

Was würden Sie tun?

Sie beginnen damit, den Ansteckungszeitraums festzulegen und die Kontaktpersonen aufzulisten. Der Erkrankte war Praktikant in einer Kindertagesstätte neben seiner Wohnunterkunft. Er lebt mit seiner Mutter, seiner Ehefrau, seinen 2 Kindern und einem Cousin in einer beengten Wohnung mit eigenem Bad und eigener Küche. Den Hauseingang teilt sich die Familie mit anderen Bewohner/innen. Die Kinder besuchen die Grundschule.

Was würden Sie tun?

Angesichts der zahlreichen Kontakte und der Komplexität der Kontaktpersonennachverfolgung bitten Sie eine erfahrene Gesundheitsaufseherin zu helfen. Diese erfasst schnell, dass mehrere Lebenswelten betroffen sind, in welchen Cluster bevorzugt auftreten.

Ein Team wird gebildet und die verschiedenen Bereiche werden aufgeteilt. Rasch werden über die bereits bestehenden Netzwerke Kontakt mit den Einrichtungen aufgenommen, die Hygienekonzepte geprüft und die Kontaktlisten angefordert. Die engen Kontaktpersonen werden unter Quarantäne gestellt und beraten. Darüber hinaus fällt Ihnen auf, dass die Mutter des Erkrankten Risikoperson ist und keine Möglichkeit hat, sich in der Häuslichkeit zu separieren. Sie nehmen Kontakt auf mit der Leitung der Einrichtung und organisieren, mit dem Einverständnis des Erkrankten, seine Isolierung in einer getrennten Wohneinheit.

Sie organisieren eine Testung der asymptomatischen engen Kontaktpersonen in der Wohnunterkunft und in der Kita. Dabei wird eines der beiden Kinder des Indexfalls positiv getestet sowie eine Kollegin in der Kita. Das betroffene Kind hatten Sie rechtzeitig unter Quarantäne gestellt, sodass sich keine weiteren Maßnahmen in der Schule ergeben. Das Kind wird nachfolgend mit seinem Vater den Rest seiner Isolierung verbringen. Bei den Ermittlungen fällt Ihnen zudem auf, dass wenige Tage zuvor bereits 3 Fälle in derselben Wohnunterkunft, aber in zwei verschiedenen Wohneinheiten aufgetreten waren. Mit einem von den drei pflegt der Indexpatient regelmäßigen Kontakt. Von einem Ausbruch in der Unterkunft geht man aufgrund des zeitlichen und örtlichen Zusammenhangs aus.

Wie gehen Sie weiter vor?

Gemeinsam entscheiden Sie, eine groß angelegte Testung der Bewohner/innen der Wohnunterkunft (130 Personen) und der betroffenen Kita-Gruppen (60 Personen) zu veranlassen. Bis zum Vorliegen der Ergebnisse sind die Bewohner/innen der Unterkunft unter Quarantäne gestellt. Hierzu kommt Ihnen ein spezielles Team zu Hilfe, das Abstriche in Einrichtungen durchführt. Die Kitaleitung und die Einrichtungsleitung arbeiten kräftig mit. Am folgenden Tag liegen die Ergebnisse vor: Zwei weitere Bewohner sind in bereits betroffenen Wohneinheiten positiv getestet. In der Kita ist bis auf die bekannte Mitarbeiterin niemand erkrankt. Die Quarantäne in den

nicht betroffenen Wohneinheiten der Wohnunterkunft wird aufgehoben.

Acht Tage nach dem Bekanntwerden des Testergebnisses des Indexfalls haben Sie mit Ihren Kollegen 3 Folgefälle aufgedeckt, um die 200 Personen testen lassen und deren Ergebnisse ausgewertet, 30 enge Personen unter Quarantäne gestellt sowie vorübergehend die gesamte Unterkunft. Der von Ihnen aufgedeckte Ausbruch betraf 7 Infizierte. Sie haben viele Gespräche mit besorgten Bürger/innen geführt, die von den Geschehnissen in der Unterkunft erfuhren, sowie mit Eltern aus der Kita und der Grundschule. Anfragen der Presse liefen über den Pressesprecher ihres Amtes.

Fazit

Anhand dieses Falls konnten Sie lernen, wie schnelle Kontaktpersonennachverfolgung zur Eindämmung der Pandemie beiträgt. Sie haben auch gelernt, dass eine gute Zusammenarbeit mit allen Beteiligten unentbehrlich ist, um rasch Maßnahmen umsetzen zu können. Sie haben das Aufgabengebiet einer Gesundheitsaufseherin kennengelernt und gesehen, wie wichtig Interdisziplinarität im Team ist.

Sie haben gelernt, wie sich beengte Wohnverhältnisse auf das Verbreiten des Virus auswirken und den Einfluss von sozialen Determinanten auf die Gesundheit konkret erfahren.

Sie haben die Erfahrung gemacht, wie schnell sich Informationen verbreiten und dass eine klare Kommunikation über angeordnete Maßnahmen notwendig ist, um Akzeptanz zu erzielen.

Fallbeispiel: Syphilis

Sie arbeiten derzeit als Arzt/Ärztin in Weiterbildung in einer großen Hausarztpraxis mit Schwerpunkt sexuell übertragbare Infektionen (Sexually Transmitted Infections, STIs). Bereits mehrfach haben Sie eine Patientin betreut, welche sich sporadisch bei Ihnen vorstellt. Sie

berichtet über rezidivierende Unterleibschmerzen, zudem sei vor 6 Monaten eine Chlamydieninfektion bei der Gynäkologin behandelt worden. Nun stellt sich die Patientin mit einem Verdacht auf Lues vor. Sie berichtet vor 4 Wochen mit einem Mann geschlafen zu haben, der positiv getestet worden sei.

Was würden Sie tun?

Sie beruhigen die Patientin zunächst und erheben eine ausführliche Anamnese. Diese beinhaltet eine ausführliche Sexual- und Drogenanamnese, um eventuelle Risiken zu evaluieren und den Beratungsbedarf einzuschätzen. Zudem informieren Sie sich auf der Seite der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sexuell Übertragbare Erkrankung bzgl. der notwendigen Diagnostik und Therapie.

Die Patientin berichtet ungeschützten Verkehr und des Öfteren wechselnde Partner gehabt zu haben. Drogen nehme Sie keine. Regelmäßige STI-Screenings habe Sie in Finnland, wo sie herkomme, durchgeführt diese aber mangels bekannter Angebote in Deutschland nicht mehr durchführen lassen. Ihr letzter HIV-Test sei schon drei Jahre alt. Aktuell habe Sie keine Symptome und auch keine Unterbauchschmerzen.

Wie gehen Sie weiter vor?

Sie untersuchen die Patientin ausführlich. Dies beinhaltet entsprechend dem Leitfaden zur STI Therapie auch eine Untersuchung der Vulva und des Perineum, der perianalen Region sowie der Leistenlymphknoten, des Mund- und Rachenraums und der Haut. Dann schlagen Sie der Patientin vor ein STI-Screening einschließlich eines Rachen sowie ano- und genitalen Abstriches auf Chlamydien, Gonorrhoe und Mykoplasmen sowie eine Serologie auf HIV, Hepatitis B und C und eine Lues-Serologie (TPHA Test und FTA Abs) durchzuführen. Die Patientin gibt die schriftliche Einwilligung zu einem HIV-Test .

Aufgrund des stattgehabten Kontaktes empfehlen Sie zudem, nach anamnestischem Ausschluss einer Penicillinallergie, die Behandlung mit Penicillin im (gluteal li/re je 1.2 Mio IE). Zur Verhinderung einer anaphylaktischen Herxheimer Reaktion erhält die Patientin zudem 1 mg /kg Prednisolon oral. Sie erklären der Patientin, dass die Behandlung aufgrund der großen Flüssigkeitsmenge, die injiziert werden muss, schmerzhaft sein kann. Nach der Medikation bleibt die Patientin zu Überwachung zwei Stunden in der Praxis.

Sie erklären der Patientin nun, dass Syphilis und viele andere STIs auch als Schmierinfektion übertragen werden können, und informieren über präventive Maßnahmen.

Nach vier Tagen bestellen Sie die Patientin wieder ein. Der Befund einer Syphilis hat sich serologisch bestätigt. Aufgrund der anamnestisch erst kürzlich stattgehabten Infektion handelt es sich um eine Frühsyphilis, die mit einer einmaligen antibiotischen Behandlung mit Penicillin ausreichend therapiert ist. Der Erfolg der Therapie sollte 3-6, 9 und 12 Monate nach Therapie klinisch und durch eine Follow-up-Serologie überprüft werden. Auf ungeschützten Verkehr sollte bis zur Negativierung der Serologie verzichtet werden. Sie bitten die Patientin ihre Sexualpartner über eine mögliche Infektion mit Syphilis zu informieren und diesen eine ärztliche Untersuchung zu empfehlen. Zudem besprechen Sie mit der Patientin die notwendigen Impfungen. Sie sehen, dass die Hepatitis A und B Impfung nicht vollständig vorliegen, eine 2-malige HPV Impfung wurde jedoch in der Kindheit durchgeführt. Die Hepatitis Impfung holen Sie beim nächsten Termin nach. Sie empfehlen der Patientin die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, in denen in multiprofessionellen Teams sämtliche Fragen rund um die sexuelle Gesundheit beantwortet sowie STI Screenings durchgeführt werden.

Wie war noch mal die rechtliche Situation?

Sie erinnern sich, dass die Syphilis eine meldepflichtige Erkrankung ist. Genauer wissen Sie aber gerade auch nicht mehr. Daher

recherchieren Sie auf der Webseite des RKI. Hier erfahren Sie, dass gemäß § 7 Abs. 3 IfSG der direkte oder indirekte Nachweis von *Treponema pallidum* nicht namentlich gemeldet werden muss. Sie stellen jedoch fest, dass in diesem Fall die labordiagnostische Einrichtung die Meldung durchführt (§ 8 Abs. 3 IfSG).

Fazit

Deutschland verzeichnet in den letzten Jahren einen Anstieg der Inzidenz bei vielen sexuell übertragbaren Krankheiten (Deutsches Ärzteblatt 2019). Diese verlaufen oft asymptomatisch und können unbehandelt schwerwiegende Folgen bis zur Infertilität haben.

Die Struktur sexueller Gesundheitsversorgung in Deutschland ist geprägt von einer Vielzahl verschiedener Akteure auf diversen Ebenen. Die meisten Angebote sind allerdings nur für bestimmte Gruppen wie bspw. z. B. Männer, die Sex mit Männern haben, Sexarbeiter/innen, Menschen, die sexualisierte Gewalt erleben konzipiert. Angebote sind sowohl innerhalb der medizinischen Regelversorgung (Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, Allgemeinmedizin, STI-Kliniken) als auch im öffentlichen Gesundheitsdienst und bei Nicht-regierungsorganisationen verortet.

STI-Diagnostik und Therapie befinden sich an einer Schnittstelle zwischen individueller und öffentlicher Gesundheit. Ratsuchende und Erkrankte sind individuell betroffen und profitieren von frühzeitiger Behandlung der Infektion. Zugleich tragen sie Mitverantwortung für Sexualpartner/innen, die vor Ansteckung geschützt, bei bestehenden Erkrankungen informiert und behandelt werden sollen. Zudem sind STI auch eine Herausforderung für Gesellschaft und Solidargemeinschaft, denn eine unbehandelte STI-Infektion birgt das Risiko einer unkontrollierten Verbreitung, was mit einer erhöhten Krankheitslast und hohen Kosten für Individuen und das Gesundheitssystem einhergeht (Deutsche STI-Gesellschaft 2020).

Fallbeispiel: Versorgung von Menschen ohne Papiere

Sie befinden sich in der Ausbildung zur Facharzt/Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen. Sie arbeiten derzeit in der Rettungsstelle eines großstädtischen Krankenhauses in öffentlicher Trägerschaft. Dort stellt sich ein 65-jähriger Mann aus Moldawien vor, der seit über 20 Jahren ohne Papiere und Krankenversicherung in Deutschland lebt. Er kommt mit schwerer Luftnot und wurde von der medizinischen Anlaufstelle einer Nichtregierungsorganisation (Non-Governmental Organization, NGO) zu Ihnen verwiesen. Im Krankenhaus stellen Sie eine fortgeschrittene Herzinsuffizienz fest. Noch während des stationären Aufenthaltes erleidet der Patient in Folge seiner Erkrankung einen Schlaganfall und ist fortan auf fremde Hilfe angewiesen. Der Patient hat jetzt große Sorge vor einer Abschiebung, zudem stellt er sich die Frage, wie die im Krankenhaus entstandenen Kosten beglichen werden können. Der Patient selbst ist mittellos. (adaptiert aus Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere, Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (2019))

Was würden Sie tun?

Sie wenden sich mit Ihrer Frage an einen befreundeten Mitarbeiter einer NGO, die sich mit diesem Themenfeld befasst und Ihnen die Rechtslage erklärt. Dieser berichtet, dass Ärzte/Ärztinnen und anderes medizinisches Personal verpflichtet sind, medizinische Notfallversorgung zu leisten. Die Behandlung von Menschen ohne aufenthaltsrechtlichen Status ist nicht strafbar, wenn sich die Tätigkeit auf die Erfüllung der beruflichen Pflichten beschränkt. Menschen ohne aufenthaltsrechtlichen Status haben einen Anspruch auf ambulante und stationäre Versorgung von akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen und im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge und Geburt (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. §§ 4, 6 AsylbLG). Allerdings ist die Wahrnehmung dieser Versorgungsansprüche durch das Aufenthaltsrecht (§ 87 Abs 2. AufenthG) in Frage gestellt, wonach öffentliche Stellen, wie bspw. Krankenhäuser in öffentlicher

Trägerschaft und Sozialämter, die Ausländerbehörden über rechtlich unerlaubte Aufenthalte in Kenntnis setzen müssen.

Ihr Freund berichtet aber, dass zur Umgehung dieser Pattsituation in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (AufenthG-VwV) geklärt wurde, dass in Notfällen, wie bei Ihrem Patienten aus Moldawien, sich die ärztliche Schweigepflicht auf das gesamte mit der Abrechnung befasste Verwaltungspersonal, auch bis hin zur Sozial- oder Ausländerbehörde, erstreckt. Über diesen Weg können somit berechnete Leistungen über das AsylbLG abgerechnet werden.

Praktische Hürden bei der Umsetzung dieser Rechtsgrundlage ist zum einen mangelnde Kenntnis bzgl. dieses verlängerten Geheimnisschutzes in Krankenhäusern und bei Sozialbehörden. Zum anderen scheitert die rückwirkende Finanzierung durch das Sozialamt häufig an der sogenannten Bedürftigkeitsprüfung, welche unter anderem den Nachweis von Mietverträgen und Einkommen (in Form eines Kontoauszuges) erfordert, die zum Teil aufgrund der Lebenssituation von Menschen ohne Papiere nicht erbracht werden können.

Wie gehen Sie weiter vor?

Sie tauschen sich mit der zuständigen Sozialarbeiterin über die nun gewonnenen Erkenntnisse aus. Zudem empfehlen Sie eine Rechtsberatung, um zu klären, ob ein Aufenthaltsrecht aus humanitärem Grund aufgrund der schwerwiegenden gesundheitlichen Situation des Patienten erwirkt werden kann.

Fazit

Anhand dieses praktischen Falls konnten Sie lernen, dass universeller Zugang zu Gesundheitsversorgung, welche in den Zielen für nachhaltige Entwicklung verankert ist, auch in Hochlohnländern wie Deutschland nicht für alle Menschen in gleicher Form gewährleistet ist.

Im europäischen Vergleich zeigt sich, dass Deutschland zwar über qualitativ gute Gesundheitsversorgungsmöglichkeiten verfügt, allerdings ist der effektive Zugang zur Versorgung limitiert (Ingleby and Petrova-Benedict 2016).

Fallbeispiel: Zugang zu Medikamenten

Sie sind Arzt/Ärztin im Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung. Eine 27-jährige Frau wendet sich mit einer ungewollten Schwangerschaft in der 8. Woche nach der letzten Monatsblutung an Sie.

Wie gehen Sie in der Beratung vor?

Sie beraten die Frau bezüglich der Möglichkeiten des Abbruchs und erklären die Beratungsregelung in Deutschland, nach der ein Schwangerschaftsabbruch (SSA) bis zur 12. Woche nach Empfängnis (14. Wochen nach dem 1. Tag der letzten Monatsblutung) straffrei ist. Voraussetzung für die Straffreiheit ist eine ergebnisoffene Beratung, welche mind. 3 Tage vor dem Eingriff von einer anerkannten Beratungsstelle durchgeführt werden muss. Die Frau berichtet Ihnen, nicht zu wissen wo sie sich bezüglich der Durchführung eines SSA melden könnte. Sie suchen mit der Frau mit Hilfe der Liste der Bundesärztekammer

(<https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/schwangerschaftsabbruch/>) eine gynäkologische Praxis heraus, die einen SSA durchführt und besprechen mit ihr, ob sie einen medikamentösen oder operativen Schwangerschaftsabbruch bevorzugt.

Was möchten Sie noch von der Patientin wissen, insbesondere im Hinblick auf Prävention?

Sie fragen noch einmal genau nach, welche Umstände die Schwangerschaft begünstigt haben könnten und wie die derzeitige Praxis bezüglich Verhütung ist. Die Patientin schildert Ihnen nach einem Arbeitsplatzverlust in einer finanziell schwierigen Lage zu

sein. Deshalb habe sie sich Verhütung nicht leisten können und weder mit Barrieremethoden noch hormonell verhütet. Der Partner übe zudem Druck aus, ohne Kondome zu verhüten.

Die Frau, die Sie beraten, ist sich ihrer schwierigen Lagen bewusst. Sie habe daher auch einen Termin mit einer Gynäkologin vereinbart. Diese habe ihr aber keine Hilfsangebote aufzeigen können. Die Frau habe somit selbst entschieden nach der Kalendermethode zu verhüten. Allerdings sei ihr Zyklus wegen des Stresses durch die Jobsuche derzeit nicht regelmäßig. Jetzt ist die Frau sehr bestürzt, dass es doch zu einer Schwangerschaft gekommen ist. Die Frau schätzt sich selbst eigentlich als gut informiert ein und habe sich nie vorstellen können, einmal in so einer Situation zu sein.

Welche Optionen können Sie der Patientin aufzeigen?

Sie vereinbaren mit der Frau einen weiteren Termin und zeigen die Möglichkeit der Kostenübernahme für Verhütungsmittel für Menschen mit geringem Einkommen durch die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung auf.

Die Frau ist sichtlich erleichtert, dass es ein Angebot gibt und ihre Angst, erneut in eine solche Situation zu kommen scheint ihr genommen.

Fazit

Zugang zu Medikamenten ist selbst in Deutschland nicht immer für alle Bevölkerungsgruppen gegeben. Obwohl Barrieremethoden, hormonelle und weitere Verhütungsmethoden auf der Liste der essentiellen Medikamente der Weltgesundheitsorganisation gelistet sind, übernehmen in Deutschland die Krankenkassen nach dem 18. (geplanter Gesetzesentwurf ab dem 22.) Lebensjahr die Kosten der Verhütung nicht mehr (World Health Organisation 2020). Sie lernen, dass ein umfassender Zugang (Affordability, Availability, Accessibility, Adequacy, Acceptability) zu Verhütung nicht für alle Menschen in Deutschland gegeben oder erschwert ist (Obrist et al. 2007).

In einigen Städten gibt es die Kostenübernahme durch Zentren für sexuelle Gesundheit oder Organisationen wie 'pro familia', die versuchen diese Lücke zu schließen. In vielen ländlichen Gegenden gibt es diese Option aber nicht.

Kurzvorstellungen

Im Folgenden werden eine Reihe von Personen mit besonderen Karrieren und Lebenswege mit spannenden Bezügen zu Öffentlicher und Globaler Gesundheit vorgestellt. An dieser Stelle sei auch auf ein ähnliches Projekt des Bundesverbandes der Medizinstudierenden in Deutschland hingewiesen: **get inspired: Doctors in Global Action**

Dr. med. Katharina Alpers



Beschreibung aktuelles Tätigkeitsfeld

Ich leite die am Robert Koch Institut angesiedelte Postgraduiertenausbildung für Angewandte Epidemiologie (PAE). Wir bilden Wissenschaftler/innen dazu aus, epidemiologische Methoden beim Infektionsschutz im ÖGD einzusetzen.

Wie sind Sie zu ihrem jetzigen Arbeitsbereich gekommen?

Ich war 2000-2002 als Fellow des European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET) in Madrid (Spanien) und habe dort gelernt, wie spannend die Entdeckung und Untersuchung von Ausbrüchen ist. Im Anschluss bin ich ans Robert Koch-Institut gekommen und war seit 2003 an vielen Ausbruchuntersuchungen in Deutschland beteiligt. Da mir die Nachwuchsförderung ein großes Anliegen ist, habe ich 2006 die Leitung der PAE übernommen.

Worin besteht für Sie die Schnittstelle zwischen Public Health/ Öffentlichem Gesundheitswesen und Globaler Gesundheit?

Der Gesundheitsschutz der Bevölkerung funktioniert nur, wenn wir alle zusammenarbeiten. Das gilt für die verschiedenen Disziplinen (z.B. der Human- und der Veterinärseite), aber auch für die Institutionen auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene.

Was bedeutet Global Health *vor Ort* in Ihrem konkreten Arbeitsalltag?

Gesundheitsprobleme stehen gerade im Infektionsschutz sehr oft in einem globalen Zusammenhang, sie manifestieren sich aber vor Ort, beim Schutz der lokalen Bevölkerung. Aktuellstes Beispiel ist die COVID-19 -Pandemie, die ja sehr eindrücklich zeigt, wie wichtig die internationale Zusammenarbeit ist. Der Wechsel zwischen der Internationalen und der lokalen Ebene macht die Arbeit spannend und vielseitig.

Dr. med. Florian Neuhaus



Beschreibung aktuelles Tätigkeitsfeld

Mein Tätigkeitsfeld ist die Tuberkuloseberatung am Kölner Gesundheitsamt, eine Pflichtaufgabe des ÖGD im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes. Zusätzlich bin ich als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Heidelberger Institut für Global Health tätig und beschäftige mich mit der Kontrolle von Infektionskrankheiten wie HIV und Tuberkulose bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Wie sind Sie zu ihrem jetzigen Arbeitsbereich gekommen?

Für die Entscheidung für diesen Arbeitsbereich gab es inhaltliche und pragmatische Gründe, bei denen die starke Zunahme der Flüchtlingsbewegungen und der daraus resultierende Bedarf an der Organisation medizinischer Versorgung und Public Health Maßnahmen eine wichtige Rolle spielten.

Ich finde es besonders reizvoll, meine wissenschaftliche Tätigkeit im globalen Kontext mit einer fundierten Arbeit in Deutschland zu verknüpfen. Eine stärkere Zusammenarbeit zwischen ÖGD und wissenschaftlichen Public Health Instituten bietet die Chance, die

vorhandene Expertise und die Daten des ÖGD wissenschaftlich zugänglich zu machen, auszuwerten und damit zu Planung und Diskurs von Public Health in Deutschland und Europa beizutragen. Gleichzeitig kann im Rahmen von Bachelor-, Master-, oder Promotionsarbeiten jungen Gesundheitswissenschaftler/innen, Sozialarbeiter/innen, Ärzte/innen das spannende Arbeitsfeld des ÖGD nahegebracht werden und qualifizierter Nachwuchs für die Aufgaben herangebildet werden.

Worin besteht für Sie die Schnittstelle zwischen Public Health/ Öffentlichem Gesundheitswesen und Global Health?

Die Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland heißt, lokal an der Global Health Agenda und den nachhaltigen Entwicklungszielen zu arbeiten:

Konkret heißt das – gleichberechtigter Zugang, niemanden zurückzulassen.

Der ÖGD trägt Verantwortung im Bereich des Infektionsschutzes, der Umwelthygiene, der mentalen Gesundheit, der Kinder- und Jugendgesundheit, oft für Menschen mit schlechteren Lebensbedingungen und Personen, die aus dem Versorgungssystem herausfallen oder schlechten Zugang dazu haben - alles Bereiche, die direkt mit den Nachhaltigkeitszielen im Zusammenhang stehen. Gerade die aktuelle Situation mit dem Ausbruch des neuen Corona Virus nCoV2019 (Anmerkung der Redaktion: SARS-CoV-2, Stand Januar 2020), zeigt deutlich den Bedarf an einem funktionstüchtigen modernen ÖGD im Kontext Globaler Gesundheit auf.

Was bedeutet *Global Health* vor Ort in Ihrem konkreten Arbeitsalltag?

Tuberkulose ist eine der wesentlichen globalen Infektionskrankheiten- im Jahr 2018 erkrankten ca. 10 Millionen Menschen an Tuberkulose und ca. 1,45 Millionen verstarben an dieser behandelbaren Erkrankung. Deutschland hat und übernimmt Verantwortung bei der Umsetzung der WHO Ziele zur Kontrolle der TB, durch globale Unterstützung von Programmen durch den

Globalen Fond zur Bekämpfung von Aids Tuberkulose und Malaria und lokal. In Deutschland erkranken in der Mehrzahl Menschen an Tuberkulose, die in Ländern mit höheren Inzidenzen geboren wurden. Zugang zu Diagnostik und zur sachgerechten Durchführung der Therapie zu gewährleisten und damit der individuellen Person zu nützen und zur Kontrolle von Tuberkulose beizutragen, ist die Aufgabe der Tuberkulose-Beratungsstelle.

Constanze Pscheidt



Beschreibung aktuelles Tätigkeitsfeld

Derzeit arbeite ich in einem kommunalen Gesundheitsamt im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Meine Tätigkeiten liegen im Fachbereich der Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung sowie in der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz.

Wie sind Sie zu Ihrem jetzigen Arbeitsbereich gekommen?

Vor allem mein Masterstudium in Public Health hat mich motiviert im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Bereich von der Gesundheitsförderung zu arbeiten. Leider gab es nach meinem Studium keine freien Stellen für Gesundheitswissenschaftler, sodass ich zunächst im Datenmanagement eines Krebsregisters eingestiegen bin. Ein paar Jahr später begann sich der Öffentliche Gesundheitsdienst auch für nichtärztliche Mitarbeitende in diesem Bereich zu öffnen, diese Chance habe ich genutzt.

Worin besteht für Sie die Schnittstelle zwischen Public Health/ Öffentlichem Gesundheitswesen und Global Health?

Im Bereich der Gesundheitsförderung liegen Schnittstellen vor allem in der Bekämpfung von Nichtübertragbaren Krankheiten, wie zum Beispiel Diabetes-mellitus-Typ 2, sowie deren weiteren Herausforderungen in der Gesellschaft. Diesen muss einerseits durch globale Maßnahmen und Initiativen in allen Politikbereichen begegnet werden. Andererseits können Lösungen immer nur vor Ort in den jeweiligen Lebenswelten der Menschen gefunden und umgesetzt werden. Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst fällt hier als zentrale Schnittstelle auf kommunaler Ebene eine entscheidende Rolle zu.

Was bedeutet Global Health vor Ort in Ihrem konkreten Arbeitsalltag?

Beim Beispiel der Gesundheitsförderung bleibend, werden vor allem durch die kommunale Gesundheitsberichterstattung konkrete Handlungsfelder identifiziert. Diese werden anschließend mit großräumigen Daten verglichen sowie generell in einem globaleren Kontext betrachtet. Bei der Identifizierung von Ansatzpunkten zur Bewältigung der Herausforderungen müssen Politik und Praxis vor Ort überzeugt und in Verantwortung genommen werden. Dabei ist es essentiell, Projekte und Initiativen sowie globale politische Ansätze stets miteinzubeziehen.

Berit Uhlmann



Credit: Alessandra Schellnegger.

Beschreibung aktuelles Tätigkeitsfeld

Ich arbeite als Redakteurin im Wissenschaftsressort der Süddeutschen Zeitung und der Online-Ausgabe Süddeutsche.de.

Wie sind Sie zu Ihrem jetzigen Arbeitsbereich gekommen? oder Welcher Schlüsselmoment hat Sie motiviert, in diesem Bereich tätig zu werden?

Als ausgebildete Journalistin habe ich - aus Interesse heraus - viel über Gesundheitsthemen geschrieben. Ein Schlüsselmoment war die H1N1-Pandemie 2009, während der ich es schwer fand, die Lage einzuordnen. Mir wurde klar, dass ich fundierteres Wissen brauche. Ich begann ein Fernstudium in Public Health an der London School of Hygiene and Tropical Medicine. Ich war also schon Journalistin, ehe ich zu Public Health kam; der umgekehrte Weg ist aber genauso möglich.

**Worin besteht für Sie die Schnittstelle zwischen Public Health/
Öffentlichem Gesundheitswesen und Global Health?**

In meiner täglichen Arbeit ist die Unterscheidung zwischen Public Health und Global Health nicht relevant. Wichtig ist mir, dass die Leser auch in Deutschland mehr Verständnis dafür entwickeln, dass nicht nur ihre eigene Gesundheit, sondern die Aller zählt.

**Was bedeutet *Global Health vor Ort* in Ihrem konkreten
Arbeitsalltag?**

Global-Health-Themen landen jeden Tag auf meinem Schreibtisch: In Form von neuen Studien, aktuellen Entwicklungen, berührenden Geschichten, die Korrespondenten oder freie Mitarbeitende uns liefern. Die Herausforderung ist, sie den deutschen Lesern/Leserinnen nahe zu bringen.

Dr. med. Sascha Jatzkowski MPH



Beschreibung aktuelles Tätigkeitsfeld

Ich arbeite als Sachbereichsleiter Infektionsschutz und Hygiene im Gesundheitsamt des Weimarer Landes in Thüringen.

Wie sind Sie zu Ihrem jetzigen Arbeitsbereich gekommen? oder Welcher Schlüsselmoment hat Sie motiviert, in diesem Bereich tätig zu werden?

Dienstag, 23 Uhr in der Notaufnahme eines mittelgroßen Krankenhauses. Eine Mutter kommt mit ihrem 13-jährigen Sohn. Sie habe die Zecke zwar schon entfernt, aber ich solle nochmal schauen, ob wirklich alles raus ist... nur zur Sicherheit... Ist es das, was ich machen möchte? Habe ich dafür Medizin studiert? Nein! Ich entschloss mich zusätzlich Public Health zu studieren und zu versuchen einen größeren Impact zu erreichen als es mir als Unfallchirurg möglich wäre.

**Worin besteht für Sie die Schnittstelle zwischen Public Health/
Öffentlichem Gesundheitswesen und Global Health?**

Trotz berechtigter Kritik hat Deutschland ein sehr gutes Gesundheitssystem. Wenn nicht ich 23 Uhr in der Notaufnahme sitze um Zecken zu entfernen, macht es ein anderer gut ausgebildeter Arzt oder Ärztin. Das ist in vielen Ländern nicht der Fall. Dort haben viele Menschen keinen Zugang zu einem Gesundheitssystem, welches ihnen bei deutlich schlimmeren Problemen hilft. Das ist etwas was ich ändern möchte bzw. meinen kleinen Teil zur Änderung beitragen möchte. Dabei ist natürlich jeder Arzt am Patienten wichtig. Mindestens genauso wichtig ist es aber ein System zu schaffen, was den Menschen einen Zugang ermöglicht. Darin sehe ich einen wichtigen Punkt für Public Health und Global Health Strategien, dies zu gewährleisten.

**Was bedeutet *Global Health vor Ort* in Ihrem konkreten
Arbeitsalltag?**

Auf Grund der deutschen Behördenstrukturen bezieht sich meine momentane Arbeit aber größtenteils auf unseren ländlichen Kreis. Als Vertreter des Landkreistages nehme ich allerdings an der Thüringer Landesgesundheitskonferenz teil um dort zumindest auf der Landesebene an Initiativen zur Verbesserung von präventiven Angeboten mitzuarbeiten.

Dr. med. Andreas Zintel



Beschreibung aktuelles Tätigkeitsfeld

Bereichsleitung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) im Gesundheitsamt Neukölln von Berlin. Der KJGD ist Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der subsidiär und sozialkompensatorisch, medizinische und sozialpädagogische Leistungen im Bezirk anbietet.

Wie sind Sie zu ihrem jetzigen Arbeitsbereich gekommen?

Mit 46 Jahren wurde ich nach ca. 20 Jahren klinischer Tätigkeit in verschiedenen Kinderkliniken in Berlin durch eine niedergelassene Kollegin auf die vakante Stelle im Gesundheitsamt in Neukölln aufmerksam gemacht. Viele Jahre hatte ich in einer Kinderklinik die Beratungsstelle für Risikokinder als Teil des Kinder- und Jugendgesundheitsamtes Tempelhof-Schöneberg geleitet.

**Worin besteht für Sie die Schnittstelle zwischen Public Health/
Öffentlichem Gesundheitswesen und Global Health?**

In einer zunehmend globalen Welt unter sich rasch verändernden Lebensbedingungen, hier sei der Klimawandel, die multikulturellen Lebensräume, die globalen Märkte genannt, ist es u.a. Aufgabe von Public Health / Öffentlichem Gesundheitsdienst strukturelle sowie intraindividuelle Rahmenbedingungen für ein möglichst optimales Erreichen der Gesundheitsziele der Weltgesundheitsorganisation zu schaffen. Dies erfordert die Vernetzung aller Akteure im Gesundheitswesen vor Ort, um Global Health bis in kommunale Sozialräume hinein auch umzusetzen.

**Was bedeutet Globale Gesundheit vor Ort in ihrem konkreten
Arbeitsalltag?**

In wenigen Worten gesagt: Kultursensitive, d.h. wertschätzende und partizipierende Arbeitsweise mit in Neukölln lebenden Zielgruppen, insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund, sowie dem Aufbau integrierter sozialmedizinischer Versorgungsmodelle und die Netzwerkarbeit mit allen relevanten Akteuren im Sozialraum.

Annex-Abkürzungen

ÄAppO Ärztliche Approbationsordnung

AMR Antimikrobielle Resistenzen

BÄO Bundesärzteordnung

BfArM Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

BfR Bundesinstitut für Risikobewertung

BMG Bundesministerium für Gesundheit

BMGF Bill und Melinda Gates Foundation

BVL Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

DALY Beeinträchtigungsbereinigte Lebensjahre (engl. Disability-Adjusted Life Years)

DGPH Deutsche Gesellschaft für Public Health

DIMDI Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information

ECDC Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (engl. European Centre for Disease Prevention and Control)

EPHO Zentrale Aufgaben im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (engl. Essential Public Health Operations)

EPIET European Programme for Intervention Epidemiology Training

EUPHA European Public Health Association

GAVI Globale Allianz für Impfungen und Immunisierungen (engl. Global Alliance for Vaccines and Immunisation)

GBE Gesundheitsberichterstattung

GDG Gesundheitsdienstgesetz(e) der Länder

GFATM Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (engl. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)

HALE Gesunde Lebenserwartung (engl. healthy life expectancy)

HiAP Gesundheit in allen Politikbereichen (engl. health in all policies)

IfSG Infektionsschutzgesetz

IGV (IHR) Internationale Gesundheitsvorschriften (engl. International Health Regulations)

IMPP Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen

IHME Institute for Health Metrics and Evaluation

KLUG Deutsche Allianz für Klimawandel und Gesundheit

LE Lebenserwartung (engl. Life Expectancy)

LMIC Länder mit niedrigen- und mittleren Einkommen (engl. low- and middle-income countries)

MDG Jahrtausendentwicklungsziele (engl. Millenium Development Goals)

MMI Medicus Mundi International

MRE Multiresistente Erregern

MWBO (Muster-)Weiterbildungsordnung

NCD nicht-übertragbare Krankheiten (engl. Non-Infectious Chronic Disease)

NÖG Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit

NRO/NGO Nichtregierungsorganisation (engl. Non-Governmental Organization)

ÖGD Öffentlicher Gesundheitsdienst

ÖGW Öffentliches Gesundheitswesen

PAE Postgraduiertenausbildung für Angewandte Epidemiologie

PEI Paul-Ehrlich-Institut

PHC Basisgesundheitsversorgung (engl. Primary Health Care)

PHM People's Health Movement

PJ Praktisches Jahr

PräVG Präventionsgesetz

RKI Robert Koch-Institut

SDG Nachhaltige Entwicklungsziele (engl. Sustainable Development Goals)

SDH Soziale Determinanten für Gesundheit (engl. Social Determinants of Health)

SDI Soziodemografischer Index

TB Tuberkulose

UHC Universelle Gesundheitsversorgung/-sicherung (engl. Universal Health Coverage)

UN Vereinte Nationen (engl. United Nations)

UNFPA Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (engl. United Nations Population Fund)

UNICEF Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (eng. United Nations Children's Fund)

VENRO Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V.

WB Weltbank (engl. World Bank)

(M)WBO (Muster)Weiterbildungsordnung

WFPHA World Federation of Public Health Associations

WHO Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organisation)

YLD Mit Beeinträchtigung gelebte Lebensjahre (engl. Years Lived with Disability)

YLL Durch vorzeitigen Tod verlorene Lebensjahre (engl. Years of Life Lost)

Annex-weiterführende Informationen

Die folgende Auflistung von unterschiedlichen Ressourcen ist von den Autoren/innen zusammengestellt worden und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Repräsentativität. Die Autoren/innen freuen sich über weitere Vorschläge und Ergänzungen.

Websites

360° - Eine Einführung in Globale Gesundheit als Vorbereitung auf Auslandsaufenthalte. <https://gandhi.bvmd.de/>

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen.

<https://www.akademie-oegw.de/startseite.html>

Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V. www.klimawandel-gesundheit.de

Planetary Health Academy. <https://planetary-health-academy.de/>

Climate Change Toolkit for Health Professionals.

<https://cape.ca/campaigns/climate-health-policy/climate-change-toolkit-for-health-professionals/>

Coursera. Who are the Key Actors in Global Health, Part 1.

<https://www.coursera.org/lecture/global-health/who-are-the-key-actors-in-global-health-part-1-LACqY>

Curriculum des theoretischen Facharztweiterbildungskurs.

https://www.akademie-oegw.de/fileadmin/customers-data/aktuelles/Newsletter_04_2019/Curriculum_v2019-04-04.pdf

Deutsche Gesellschaft für Public Health. <http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/>

Essential Public Health Operations. WHO.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>

Einführungswerke zu Public Health, eine Sammlung der DGPH.

<http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/informationen/einfuehrungswerke/>

Forschung mit Weitblick - ein Handbuch für Studierende mit Interesse an Global-Health-Forschung. <https://www.gha-d.org/ressourcen/forschung-handbuch>

Food Deserts. Tulane University.

<https://socialwork.tulane.edu/blog/food-deserts-in-america>

Get Inspired: Doctors in Global Action.

<https://www.bvmd.de/unsere-arbeit/projekte/doctors-in-global-action/interviews/>

Global Burden of Disease Study. <http://www.healthdata.org/gbd>

Global Health Alliance-Deutschland (GHA-D). <https://www.gha-d.org/>

Global Health Resources des Heidelberger Instituts für Global Health. <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/heidelberger-institut-fuer-global-health/teaching/teaching-1/undergraduate-teaching-doctorate-studies/literatur-zu-global-health>

Globalisation and Health Initiative (GandHI).

<https://www.bvmd.de/index.php?id=870>

How to Wahlfach- Global Health.

<https://drive.google.com/file/d/1bBt94qJJ79DUBCgEtl2-IWimorVTESlZ>

Key Migration Terms. IOM. <https://www.iom.int/key-migration-terms#Migration>

Klimawandel und Gesundheit. UBA.

<https://www.umweltbundesamt.de/themen/gesundheit/umwelteinflusse-auf-den-menschen/klimawandel-gesundheit#hitzewellen-konnen-die-gesundheit-belasten>

Lancet Countdown on Climate Change.

<https://www.lancetcountdown.org/>

Lancet Countdown on Health and Climate Change: Policy Brief für Deutschland. Bundesärztekammer.

<https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/projektbezogene-themen/lancet-countdown-on-health-and-climate-change-policy-briefing-fuer-deutschland>

MEDBOX - Global Health Education Toolbox. www.ghebox.org

Migration and Health: Key Issues. WHO.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292115>

Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit. <http://noeg.org/>

Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere.

https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Broschueren_PDF/BAG_Gesundheit_Illegalitaet_Arbeitspapier_Notfallhilfe_im_Krankenhaus_August_2019_Web.pdf

ÖGD Podcast. <https://oegd.gmp-podcast.de/>

Zukunftsforum Public Health. <https://zukunftsforum-public-health.de/>

Datenquellen

Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. <http://www.gbe-bund.de/>

Financing Global Health Database.

<https://ghdx.healthdata.org/series/financing-global-health-fgh>

Gapminder. <https://www.gapminder.org/>

GESIS histat – Zeitreihen zur Historischen Statistik von Deutschland. Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.

<https://histat.gesis.org/>

Maddison Project Database.

<https://www.rug.nl/ggdc/historicaldevelopment/maddison/>

Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/>

Statistisches Jahrbuch der Deutschen Demokratischen Republik.

<http://www.digizeitschriften.de/dms/toc/?PPN=PPN514402644>

Toolbox Umweltgerechtigkeit. <https://toolbox-umweltgerechtigkeit.de/>

World Bank Country Classification.

<http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups>

World Development Indicators.

<https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>

Visualisierungen von globalen Gesundheitsdaten

Gapminder. <https://www.gapminder.org/tools/>

Global Health Expenditure Database.

<https://apps.who.int/nha/database>

Global Health Financing Database.

<https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

Global Burden of Disease Studie. <http://vizhub.healthdata.org>

Our World in Data. <https://ourworldindata.org>

Measuring progress towards the Sustainable Development Goals.

<https://sdg-tracker.org/>

World Population Prospects. United Nations Population Division.

<https://population.un.org/wpp/>

World Bank Open Data. <https://data.worldbank.org/>

Literaturverzeichnis

Literaturverzeichnis

Grundbegriffe und Konzepte

Beaglehole, R, and R Bonita. 2010. “What Is Global Health?” *Global Health Action*. <https://doi.org/10.3402/gha.v3i0.5142> .

Bozorgmehr, K. 2010. “Rethinking the ‘global’ in Global Health: A Dialectic Approach.” *Globalization and Health*. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-6-19>.

Cole, D, S Jackson, and L Forman. 2017. “What Approaches Can Schools of Public Health Take to Engage in Global Health? Reflections on the Implications of a Conceptual Synthesis.” *Global Health Governance*.

Die Bundesregierung. 2013. “Globale Gesundheitspolitik Gestalten - Gemeinsam Handeln - Verantwortung Wahrnehmen. Konzept Der Bundesregierung.” 2013. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Globale_Gesundheitspolitik-Konzept_der_Bundesregierung.pdf.

———. 2018a. “Die Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie.” 2018. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/nachhaltigkeitspolitik/eine-strategie-begleitet-uns/die-deutsche-nachhaltigkeitsstrategie>.

———. 2018b. “Koalitionsvertrag Zwischen CDU, CSU Und SPD.” 2018. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf>.

———. 2018c. “Strategie Der Bundesregierung Zur Globalen Gesundheit.” 2018. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GlobaleGesundheitsstrategie_Web.pdf.

Farmer, P, JY Kim, A Kleinmann, and M Basilio. 2013. *Reimagining Global Health*.

Fried, LP, ME Bentley, P Buekens, DS Burke, JJ Frenk, MJ Klag, and HC Spencer. 2010. "Global Health Is Public Health." *The Lancet*.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60203-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60203-6).

Havemann, M, and S Bösner. 2018. "Global Health as 'Umbrella Term' – a Qualitative Study among Global Health Teachers in German Medical Education." *Globalization and Health*.
<https://doi.org/10.1186/s12992-018-0352-y>.

Hommes, F, S Drees, K Geffert, P von Philipsborn, and J Stratil. 2020a. "How Are Social Determinants of Health Represented in German Medical Education?: A Qualitative Content Analysis of Key-Curricular Documents." *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036026>.

———. 2020b. "Soziale Determinanten von Gesundheit Als Lehr- Und Prüfungsinhalte Im Medizinstudium." *Gesundheitswesen*.
<https://doi.org/10.1055/a-1005-7082>.

Horton, R, R Beaglehole, R Bonita, J Raeburn, M McKee, and S Wall. 2014. "From Public to Planetary Health: A Manifesto." *The Lancet*.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60409-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60409-8).

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2017. "Findings from the Global Burden of Disease Study." 2017.
<http://ghdx.healthdata.org/record/global-burden-disease-study-2017-gbd-2017-reference-life-table>.

Kohler, Stefan. 2019. "Die Vermessung Der Globalen Gesundheit." *Gesundheit Und Gesellschaft | Wissenschaft* 19(2): 16–23.

Koplan, JP, C Bond, MH Merson, KS Reddy, MH Rodriguez, NK Sewankambo, and JN Wasserheit. 2009. "Towards a Common Definition of Global Health." *Lancet*.

Labonte, R, and M Gagnon. 2010. "Framing Health and Foreign Policy: Lessons for Global Health Diplomacy." *Global Health*.

Lawn, JE, J Rohde, S Rifkin, M Were, VK Paul, and M Chopra. 2008. "Alma-Ata 30 Years on: Revolutionary, Relevant, and Time to Revitalise." *The Lancet*.

Lindstrand, A, S Bergström, H Rosling, B Rubenson, B Stenson, and T Tylleskär. 2006. *Global Health - An Introductory Textbook*.

Nachwuchsnetzwerks Öffentliche Gesundheit . 2019. "Eine Public-Health-Strategie Für Deutschland ." <http://noeg.org/wp-content/uploads/2019/03/NO%CC%88G-Diskussionspapier-PH-Strategie-v1.pdf>.

Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften. 2015. "Public Health in Deutschland - Strukturen, Entwicklungen Und Globale Herausforderungen." https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Public_Health_LF_DE.pdf.

Pan American Health Organisation/World Health Organisation. 2013. "Welcome to Health in All Policies." 2013. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9361:2014-welcome-health-all-policies&Itemid=40258&lang=en.

Robert Koch-Institut. 2019. "Allgemeines Zur Gesundheitsberichterstattung Des Bundes." 2019. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Allgemeines/allgemeines_node.html.

Rockström, J, W Steffen, K Noone, A Persson, FS III Chapin, E Lambin, TM Lenton, et al. 2009. "Planetary Boundaries:Exploring the Safe Operating Space for Humanity. *Ecology and Society*." *Ecology and Society*. <http://www.ecologyandsociety.org/vol14/iss2/art32/>.

United Nations. 2015a. "Millennium Development Goals." 2015. <https://www.un.org/millenniumgoals/>.

———. 2015b. "Millenniums-Entwicklungsziele Bericht ."

- World Health Organisation. 1978. "Erklärung von Alma-Ata." 1978.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf.
- . 1986. "Ottawa-Charta Zur Gesundheitsförderung." 1986.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?wa=IPEMBI18.
- . 2005. "International Health Regulations." 2005.
<https://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/>.
- . 2008. "Commission on Social Determinants of Health - Final Report." 2008.
https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/.
- . 2018. "Astana Declaration: New Global Commitment to Primary Health Care for All." 2018.
<https://www.who.int/pmnch/media/news/2018/astana-declaration/en/>.
- . 2019a. "Fact Sheet - Primary Health Care." 2019.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
- . 2019b. "Universal Health Coverage - Fact Sheet." 2019.
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
- . 2020. "Universal Coverage - Three Dimensions." 2020.
https://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/.

Akteure in der Öffentlichen und Globalen Gesundheit

Akçay, M, S Drees, K Geffert, M Havemann, F Hommes, P Jaehn, M Krisam, et al. 2018. "Öffentliche Gesundheit in Deutschland: Eine Perspektive Des Nachwuchses." *Das Gesundheitswesen*. 03.
<https://doi.org/10.1055/a-0795-3477>.

Bill & Melinda Gates Foundation. 2020. "Foundation Fact Sheet." 2020. <https://www.gatesfoundation.org/who-we-are/general-information/foundation-factsheet>.

Bundesverband deutscher Stiftungen. 2020a. "Liste Der Größten Gemeinwohlorientierten Stiftungen." 2020. <https://www.stiftungen.org/stiftungen/zahlen-und-daten/liste-der-groessten-stiftungen.html#tab208>.

———. 2020b. "Suche Nach Stiftungen Und Dienstleistern Für Stiftungen." 2020. <https://stiftungssuche.de/>.

Havemann, M, and S Bösner. 2018. "Global Health as 'Umbrella Term' – a Qualitative Study among Global Health Teachers in German Medical Education." *Globalisation and Health*. <https://www.springermedizin.de/global-health-as-umbrella-term-a-qualitative-study-among-global-/15571538>.

Hoffman, SJ, and CB Cole. 2018. "Defining the Global Health System and Systematically Mapping Its Network of Actors." *Global Health*. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0340-2>.

Martens, J, and K Seitz. 2015. "Philanthropische Stiftungen Und Entwicklung."

Philipsborn, P von, K Geffert, F Hommes, S Drees, J Springer, and J Stratil. 2018. "Öffentlicher Gesundheitsdienst - Weg von Verstaubten Klischees." *Deutsches Ärzteblatt*.

The Global Fund. 2020. "Pledges and Contributions." 2020. https://data-service.theglobalfund.org/file_download/pledges_contributions_report/excel.

Arbeit im ÖGD im Kontext Globaler Gesundheit

Ärzte der Welt. 2018. "Kampf Gegen Teuere Medikamente." 2018. <https://www.aerztederwelt.org/en/node/16232>.

Bundesärztekammer. 2019. "Lancet Countdown on Health and Climate Change: Policy Briefing Für Deutschland." 2019. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/projektbezogene-themen/lancet-countdown-on-health-and-climate-change-policy-briefing-fuer-deutschland/>.

Bundesministerium für Gesundheit. 2015. "DART 2020 - Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie." 2015. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/antibiotika-resistenzen/antibiotika-resistenzstrategie.html>.

Clark, R, N.B Anderson, V.R Clark, and D.R Williams. 1999. "Racism as a Stressor for African Americans: A Biopsychosocial Model." *American Psychologist*. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.10.805>.

Die Bundesregierung. 2018. "Die Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie." 2018. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/nachhaltigkeitspolitik/eine-strategie-begleitet-uns/die-deutsche-nachhaltigkeitsstrategie>.

Dubois, L, A Farmer, M Girard, and K Peterson. 2008. "Social Factors and Television Use during Meals and Snacks Is Associated with Higher BMI among Pre-School Children." *Public Health Nutr*. <https://doi.org/10.1017/S1368980008002887>.

Editorial. 2009. "A Comission on Climate Change." *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60922-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60922-3).

Europäische Kommission. 2015. "Übereinkommen von Paris." 2015. https://ec.europa.eu/clima/policies/international/negotiations/paris_de

European Centre for Disease Prevention and Control. 2020. "European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)." 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/partnerships-and-networks/disease-and-laboratory-networks/ears-net>.

Flynn, A, C McGreevy, and EC Mulkerrin. 2005. "Why Do Older Patients Die in a Heatwave?" *QJM*. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hci025> .

Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. 2018. "Trends in Future Health Financing and Coverage: Future Health Spending and Universal Health Coverage in 188 Countries, 2016–40." *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30697-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30697-4).

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) . 2017. "Global Burden of Disease (GBD)." 2017. <http://www.healthdata.org/gbd>.

International Organisation for Migration. 2020. "Key Migration Terms." 2020. <https://www.iom.int/key-migration-terms#Migration>.

Kenny, GP, Gagnon, D Shiff, R Armstrong, WS Journeay, and D Kilby. 2010. "Influence of Nonthermal Baroreceptor Modulation of Heat Loss Responses during Uncompensable Heat Stress." *Eur J Appl Physiol*. <https://doi.org/10.1007/s00421-009-1255-7>.

Klimeczek, HJ, U Dittfurth, and A Luxat. 2019. "Basisbericht Umweltgerechtigkeit. Grundlagen Für Die Sozialräumliche Umweltpolitik." Edited by Senatsverwaltung für Umwelt, Verkehr und Klimaschutz. 2019. https://datenbox.stadt-berlin.de/filr/public-link/file-download/8a8ae3ab73c9245d0173fc744ea3719c/2007/6593154860902717743/umweltgerechtigkeit_broschuere.pdf.

Kohler, S. 2019. "Die Vermessung Der Globalen Gesundheit." In *Gesundheit Und Gesellschaft | Wissenschaft*, 19(2):16–23.

Kovats, RS, and S Hajat. 2008. "Heat Stress and Public Health: A Critical Review." *Annu Rev Public Health*. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090843>.

Lindert, J, O von Ehrenstein, A Wehrwein, E Brähler, and I Schäfer. 2018. "Angst, Depressionen Und Posttraumatische Belastungsstörungen Bei Flüchtlingen – Eine Bestandsaufnahme." *Psychother Psychosom Med Psychol*. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103344>.

Maibach-Nagel, E. 2020. "Interview Mit Prof. Dr. Dr. Med. Sabine Gabrysch, Professorin Für Klimawandel Und Gesundheit an Der

Charité – Universitätsmedizin Berlin Und Ko-Leiterin Der Abteilung Für Klimaresilienz Am Potsdam-Institut Für Klimafolgenforschung: „Ärzte Könnten Zu Wichtigen Akteuren Des Wandels Werden“.

Edited by N Eckert. 2020.

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/213763/Interview-mit-Prof-Dr-Dr-med-Sabine-Gabrysch-Professorin-fuer-Klimawandel-und-Gesundheit-an-der-Charite-Universitaetsmedizin-Berlin-und-Ko-Leiterin-der-Abteilung-fuer-Klimaresilienz-am-Potsdam-Institu>.

Maier, W, C Scheidt-Nave, R Holle, L.E Kroll, T Lampert, Y Du, C Heidemann, and A Mielck. n.d. “Area Level Deprivation Is an Independent Determinant of Prevalent Type 2 Diabetes and Obesity at the National Level in Germany. Results from the National Telephone Health Interview Surveys ‘German Health Update’ GEDA 2009 and 2010.” *PLOS ONE*. <https://doi.org/pone.0089661>.

Metzing, M, and D Schacht. 2019. “Soep Survey Paper.” 2019. https://www.diw.de/de/diw_01.c.620851.de/publikationen/soepsurveyapers/2019_0700/gesundheitliche_situation_der_bevoelkerung_mit_migrationshin__sonderauswertung_fuer_die_bundesintegrationsbeauftragte_2019.html.

Meyer, I.H. 2007. “Prejudice and Discrimination as Social Stressors.” In *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations*, by I.H Meyer and M.E Northridge. Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-31334-4_10.

Mücke, HG, and W Straff. 2020. “Empfehlungen Für Die Erstellung von Hitzeaktionsplänen – Handeln Für Eine Bessere Gesundheitsvorsorge.” *Public Health Forum*. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0001>.

Obrist, B, N Iteba, C Lengeler, A Makemba, C Mshana, R Nathan, S Alba, et al. 2007. “Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action.” *PLOS Medicine*, 2007. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040308>.

Plass, D, T Vos, C Hornberg, C Scheidt-Nave, H Zeeb, and A Krämer. 2014. "Entwicklung Der Krankheitslast in Deutschland." *Deutsches Ärzteblatt*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0629>.

Razum, O, H Zeeb, and S Rohrmann. 2000. "Int J. Epidemiology." *The 'Healthy Migrant Effect'–Not Merely a Fallacy of Inaccurate Denominator Figures*. <https://doi.org/10.1093/ije/29.1.191>.

ReAct. 2019. "The Global Threat of Antibiotic Resistance." 2019. <https://www.reactgroup.org/antibiotic-resistance/the-threat/>.

Richmann, L.S, E Pascone, and M Lattanner. 2018. "Interpersonal Discrimination and Physical Health." In *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*, by B Major, J.F Dovidio, and B.G Links. Oxford University Press.

Schifano, P, G Cappai, M De Sario, P Michelozzi, C Marino, AM Bargagli, and CA Perucci. 2009. "Susceptibility to Heat Wave-Related Mortality: A Follow-up Study of a Cohort of Elderly in Rome." *Environmental Health*. <https://doi.org/10.1186/1476-069X-8-50>.

Senatsverwaltung für Umwelt, Verkehr und Klimaschutz. 2020. "Umweltgerechtigkeit." 2020. <https://www.berlin.de/sen/uvk/umwelt/nachhaltigkeit/umweltgerechtigkeit/>.

Steul, K, L Latasch, H.G Jung, and U Heudorf. 2018. "Erkrankungsrisiken Und Sterblichkeit Durch Hitze(-Wellen) – Daten Aus Frankfurt Am Main Im Kontext Internationaler Untersuchungen." *Gesundheitswesen*, 2018. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1639284>.

Tulane University, ed. 2018. "Food Deserts in America." 2018. <https://socialwork.tulane.edu/blog/food-deserts-in-america>.

Umweltbundesamt. 2020a. "Klimawandel Und Gesundheit." 2020. <https://www.umweltbundesamt.de/themen/gesundheit/umwelteinfluesse-auf-den-menschen/klimawandel-gesundheit#hitzewellen-konnen-die-gesundheit-belasten>.

———. 2020b. “Umweltgerechtigkeit – Umwelt, Gesundheit Und Soziale Lage.” 2020.

<https://www.umweltbundesamt.de/themen/gesundheit/umwelteinflue-sse-auf-den-menschen/umweltgerechtigkeit-umwelt-gesundheit-soziale-lage#umweltgerechtigkeit-umwelt-gesundheit-und-soziale-lage>.

UNICEF. 2016. “The Faces of Malnutrition.” 2016.

https://www.unicef.org/nutrition/index_faces-of-malnutrition.html.

United Nations. 2019. “Unprecedented Impacts of Climate Change Disproportionately Burdening Developing Countries, Delegate Stresses, as Second Committee Concludes General Debate.” 2019.

<https://www.un.org/press/en/2019/gaef3516.doc.htm>.

Wagner-Ahlfs, C, C Godt, C Jenkes, J Schaaber, and P Tinnemann.

2009. “Medizinische Forschung: Der Allgemeinheit Verpflichtet.

„Equitable Licenses“ Für Ergebnisse Öffentlich Geförderter Medizinischer Forschung.” *Pharma-Brief Spezial 2009, No 1*, 2009.

Whitmee, S, A Haines, C Beyrer, F Boltz, A.G Capon, B Ferreira de Souza Dias, and A Ezech. 2015. “Safeguarding Human Health in the Anthropocene Epoch: Report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on Planetary Health.” *Lancet*, 2015.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1).

World Health Organisation. 2015. “Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS).” 2015. <https://www.who.int/glass/en/>.

———. 2019. “WHO Model Lists of Essential Medicines.” 2019.

<https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>.

———. 2020a. “Antimicrobial Resistance.” 2020.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>.

———. 2020b. “Migration and Health: Key Issues.” 2020.

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health->

determinants/migration-and-health/migration-and-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292115.

Aus-, Fort- & Weiterbildung

Akçay, M, S Drees, K Geffert, M Havemann, F Hommes, P Jaehn, M Krisam, et al. 2018. "Öffentliche Gesundheit in Deutschland: Eine Perspektive Des Nachwuchses." *Das Gesundheitswesen*. 03. <https://doi.org/10.1055/a-0795-3477>.

Bozorgmehr, K, J Menzel-Severing, K Schubert, and P Tinnemann. 2010. "Global Health Education: A Cross-Sectional Study among German Medical Students to Identify Needs, Deficits and Potential Benefits (Part 2 of 2: Knowledge Gaps and Potential Benefits)." *BMC Med Educ*. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-10-67>.

Bundesamt für Justiz. 1987. "Bundesärzteordnung." 1987. https://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html.

Bundesärztekammer. 2018. "(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018." <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiterfortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/>.

Bundesärztestatistik. 2019. "Bundesärztekammer: Ärztestatistik." 2019. <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/>.

Frenk, J, L Chen, ZA Bhutta, J Cohen, N Crisp, T Evans, H Fineberg, et al. 2010. "Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World." *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).

Havemann, M, and S Bösner. 2018. "Global Health as 'Umbrella Term' – a Qualitative Study among Global Health Teachers in German Medical Education." *Globalization and Health*.

Havemann, M, F Hommes, and K Geffert. 2018. "Hintergrundinformationen Zur Integration von Global Health in Die

Medizinische Ausbildung, Weiterentwicklung Des IMPP Gegenstand-Katalogs." *Unveröffentlicht*.

Hommes, F, K Alpers, B Reime, and U Rexroth. 2020. "Durch Attraktive Karrierewege Public Health in Deutschland Nachhaltig Stärken – Kernforderungen an Eine Public-Health-Strategie Für Deutschland Im Bereich Human Resources." *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/a-1082-0890>.

Hommes, F, S Drees, K Geffert, P von Philipsborn, and J Stratil. 2020a. "How Are Social Determinants of Health Represented in German Medical Education?: A Qualitative Content Analysis of Key-Curricular Documents." *BMJ OPEN*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036026>.

Hommes, F, S Drees, K Geffert, P von Philipsborn, and J Stratil. 2020b. "Soziale Determinanten von Gesundheit Als Lehr- Und Prüfungsinhalte Im Medizinstudium." *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/a-1005-7082>.

Institute of Medicine (US) Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. 2002. *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. National Academies Press (US). Washington (DC).

Knipper, M. 2018. "Was Bedeutet Die Internationalisierung Der Curricula – Zum Beispiel Für Die Medizin?" 2018. <https://www.international.uni-freiburg.de/en/news-events/dilt/presentations/knipper-keynote.pdf>.

Medizinischer Fakultätentag. 2017. "Positionspapier. Vermittlung von Wissenschaftskompetenz Im Medizinstudium." 2017. <https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2018/01/Positionspapier-Wissenschaftlichkeit.pdf>.

Möhrle, K. 2014. "Die Vielfalt Der Ausbildungsinhalte Ist Super" - Ein Novum: Das PJ-Wahlterial Im Amt Für Gesundheit Der Stadt Frankfurt." *Hessisches Ärzteblatt*, 2014. <https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/2014/januar-2014>.

Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit. 2017.
“Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit.” 2017.
<http://noeg.org/ueber-uns>.

Philipsborn, P von, K Geffert, F Hommes, S Drees, J Springer, and J Stratil. 2018. “Perspektiven Des Medizinischen Nachwuchses Auf Den ÖGD.” *Blickpunkt Öffentliche Gesundheit*. <https://www.akademie-oegw.de/aktuelles/blickpunkt/blickpunkt-artikel/2018/06/01/nachwuchs-im-oegd.html>.

Pientka, K, and R Gottschalk. 2017. “Praktisches Jahr Im Gesundheitsamt Möglich?” *Arbeitsmed Sozialmed Präventivmed* .

Schmedt, M. 2020. “Generationen Im Krankenhaus: Der Wandel Ist Nicht Zu Stoppen.” *Deutsches Ärzteblatt*.
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/212499/Generationen-im-Krankenhaus-Der-Wandel-ist-nicht-zu-stoppen>.

Teichert, U, C Kaufhold, J Rissland, P Tinnemann, and M Wildner. 2016. “Proposal for a Nationwide Johann-Peter Frank Cooperation Model under the National Leopoldina Initiative for Public Health and Global Health.” *Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-0042-109162>.

Unveröffentlicht. n.d. “Hintergrundinformationen Zur Integration von Global Health in Die Medizinische Ausbildung, Weiterentwicklung Des IMPP Gegenstand-Katalogs.”

Whitfield, M. 2004. “Public Health Job Market.” In *Employment in Public Health in Europe*, by K Czabanowska and C Wlodarczyk, Kraków, Jagiellonian University Press.

Ausblick

Deutsches Ärzteblatt. 2020. “5.000 Neue Stellen Im Öffentlichen Gesundheitsdienst.” 2020.
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116263/5-000-neue-Stellen-im-Oeffentlichen-Gesundheitsdienst>.

Dragano, N, A Gerhardus, BM Kurth, O Razum, A Stang, U Teichert, LH Wieler, M Wildner, and H Zeeb. 2016. "Public Health – Mehr Gesundheit Für Alle." *Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116192>.

Philipsborn, P von, K Geffert, F Hommes, S Drees, J Springer, and J Stratil. 2018. "Öffentlicher Gesundheitsdienst: Weg von Verstaubten Klischees." *Deutsches Ärzteblatt*. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/196428/Oeffentlicher-Gesundheitsdienst-Weg-von-verstaubten-Klischee>.

Fallbeispiele

Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität. 2019. "Notfallhilfe Im Krankenhaus Für Menschen Ohne Papiere." https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Broschuere_PDF/BAG_Gesundheit_Illegalitaet_Arbeitspapier_Notfallhilfe_im_Krankenhaus_August_2019_Web.pdf.

Deutsche STI-Gesellschaft. 2020. "Frauengesundheit Und Sexuell Übertragbare Infektionen." 2020. <https://dstig.de/sexuelle-gesundheit/frauengesundheit.html>.

Deutsches Ärzteblatt. 2019. "Zahl Der Sexuell Übertragbaren Infektionen Steigt." 2019. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/105687/Zahl-der-sexuell-uebertragbaren-Infektionen-steigt>.

Ingleby, D, and Petrova-Benedict. 2016. "Recommendations on Access to Health Services for Migrants in an Irregular Situation: An Expert Consensus." <https://migrationhealthresearch.iom.int/recommendations-access-health-services-migrants-irregular-situation-expert-consensus>.

Obrist, B, N Iteba, C Lengeler, A Makemba, C Mshana, R Nathan, S Alba, et al. 2007. "Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action." *PLOS Medicine*, 2007. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040308>.

World Health Organisation. 2020. “WHO Model Lists of Essential Medicines.” 2020.
<https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>.