

DOI: 10.5771/0342-300X-2024-3-163

Gesundheitliche Chancengleichheit in der Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemgestaltung

Analysen zum Thema Chancengleichheit auch bei der Gesundheit bedürfen eines mehrdimensionalen Ansatzes: Zum einen gilt es festzustellen, wo, in welchem Ausmaß und aufgrund welcher Ursachen ungleiche Gesundheitschancen vorliegen, zum anderen müssen die Faktoren identifiziert werden, die eine Verbesserung der Chancengleichheit hemmen oder fördern. Dazu ist es unabdingbar, nicht nur die einschlägigen politischen Akteure, Institutionen und Systembausteine in den Blick zu nehmen, sondern auch die darin eingelassenen Motive, Interessenkonflikte und Deutungsmuster. Dieser Beitrag gibt einen systematischen Überblick über das komplexe Feld.

THOMAS GERLINGER

1 Einleitung

Die Chancen auf Gesundheit sind bekanntlich höchst ungleich verteilt. Dies gilt natürlich im weltweiten Maßstab, aber ebenso für die Binnenverhältnisse der einzelnen Gesellschaften, auch in den reichen kapitalistischen Gesellschaften des Nordens (Mackenbach et al. 2018) einschließlich Deutschlands (Heidemann et al. 2021). Ungleichheiten existieren sowohl im Hinblick auf die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen als auch in Hinsicht auf den Zugang zur Krankenversorgung. Beide Aspekte sind daher Gegenstand des folgenden Beitrags. Dass in reichen Gesellschaften, zumal in Deutschland, vor allem Unterschiede in den Lebensbedingungen für die ungleichen Gesundheitschancen von Bedeutung sind, verweist auf die herausragende Rolle von Gesundheitsförderung und Prävention für die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit. Diese Aspekte stehen daher im Mittelpunkt der folgenden Betrachtungen. Allerdings nimmt auch der Zugang zu Krankenversorgung Einfluss auf die Gesundheitschancen.

Die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen werden durch eine kaum überschaubare Zahl von Faktoren beeinflusst. Dazu zählen neben der Gesundheitspolitik im engeren Sinne auch die Finanz-, Wirtschafts-, Sozial-, Arbeitsmarkt-, Umwelt-, Bildungs-, Verkehrs-, Wohnungspolitik und manche andere Politikfelder. Sie alle ließen sich, im Sinne von *Health in All Policies* (Böhm et al. 2020), damit der Gesundheitspolitik und dem Gesund-

heitssystem zurechnen. Weil sich die damit verbundene Komplexität in diesem Rahmen aber nicht bewältigen ließe, bezieht sich der folgende Text auf solche Organisationen, Einrichtungen und Ressourcen, deren *primärer Auftrag* darin besteht, die Gesundheit von Individuen und der Bevölkerung zu verbessern, zu erhalten oder wiederherzustellen (Weltgesundheitsorganisation 2008).

Im Folgenden werden solche Entwicklungen und Einflussfaktoren in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitssystem betrachtet, die für die gesundheitliche Chancengleichheit besonders bedeutsam sind. Dabei geht es neben der Darlegung wichtiger Aspekte um eine Erörterung der fördernden und hemmenden Faktoren für die Verbesserung der Chancengleichheit. Dies geschieht zunächst in Hinsicht auf die Gesundheitsförderung und Prävention (Abschnitt 2), anschließend im Hinblick auf die Krankenversorgung (3). Der Beitrag endet mit einer kurzen Schlussbetrachtung.

2 Gesundheitliche Chancengleichheit als Gegenstand von Gesundheitsförderung und Prävention

2.1 Aufwertung von Gesundheitsförderung und Prävention

In den letzten Jahrzehnten ist das politische Interesse an der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit gestiegen.

Dies gilt sowohl für die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands der Bevölkerung als auch für die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, insbesondere der Verringerung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen. Diese Entwicklung lässt sich auf unterschiedlichen Feldern ablesen.

Erstens hat seit den 1980er Jahren die Gesundheitsberichterstattung auf allen Ebenen – Bund, Länder, Regionen, Kommunen, Betriebe – einen erheblichen Aufschwung erfahren (Elkeles 2019; Kurth et al. 2020). Gesundheitsberichterstattung soll bei der politischen Entscheidungsfindung über Art, Richtung und Schwerpunkte von Interventionen helfen und deren Effekte überprüfen. Daher kommt ihr für die zielgerichtete Ausgestaltung der Gesundheitsförderungs- und Primärpräventionspolitik eine Schlüsselfunktion zu. Sie hat nicht nur das Bewusstsein für die Existenz sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen geschärft, sondern durch die Identifikation von Gesundheitsrisiken und betroffenen Bevölkerungsgruppen auf den verschiedenen Ebenen auch dazu beigetragen, Interventionen für mehr gesundheitliche Chancengleichheit anzuregen. Dies betrifft sowohl die Bundes- und Landesebene als auch die Kommunen und Stadtteile sowie zahlreiche Betriebe. Mittlerweile ist die Gesundheitsberichterstattung in den Bundesländern gesetzlich geregelt. Die Regelungen beinhalten auch – zum Teil detaillierte – Vorgaben für die kommunale Ebene. Auf freiwilliger Basis sind auch zahlreiche Unternehmen auf diesem Gebiet tätig geworden.

Zweitens lässt sich der Bedeutungszuwachs von Gesundheitsförderung und Prävention an der Rechtsetzung erkennen. Zu den bemerkenswerten gesetzlichen Aktivitäten zählt die 1989 in Kraft getretene Ausweitung der Krankenkassenleistungen auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Primärprävention (§§ 20ff. SGB V). Nach einer zwischenzeitigen Einschränkung dieser Kompetenzen (1997–1999) wurde dieses Handlungsfeld mit der Neufassung der einschlägigen Bestimmungen ab dem Jahr 2000 wieder aufgewertet (Kuhn 2013; Meierjürgen et al. 2016). Der Gesetzgeber schrieb die Höhe der Gesamtausgaben für diese Handlungsfelder fest und gab den Krankenkassen auf, mit den einschlägigen Maßnahmen nicht nur den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern, sondern insbesondere die soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern (§ 20 SGB V). Das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz markierte einen weiteren bedeutsamen Einschnitt (Geene/Reese 2016; Gerlinger 2021). Die Ziele wurden ergänzt um die Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen (§ 20 SGB V). Bestimmungen zur Qualitätssicherung wurden weiter konkretisiert, das Finanzvolumen wurde unter gleichzeitiger Festsetzung von Mindestausgaben für lebensweltbezogene Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) deutlich aufgestockt (§§ 20a und 20b SGB V). Hiermit verbunden war der Versuch, die Verhältnisprävention

gegenüber der zuvor dominierenden Verhaltensprävention zu stärken. Des Weiteren wurden die Krankenkassen verpflichtet, in der lebensweltbezogenen Prävention und der BGF zusammenzuarbeiten, um die Instrumentalisierung dieser Leistungsbereiche für Wettbewerbsziele der Einzelkassen zu begrenzen (Gerlinger 2021).

Zu den bedeutsamen Rechtsetzungsakten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention zählen ferner das 1996 verabschiedete Arbeitsschutzgesetz und das 2007 verabschiedete Bundesnichtraucherschutzgesetz (BNichtrSchG). Das Arbeitsschutzgesetz war ein Meilenstein in der arbeitsweltbezogenen Prävention, weil es das für die Bevölkerungsgesundheit zentrale Handlungsfeld Arbeit und Gesundheit rechtlich umfassend modernisierte (Gerlinger/Rosenbrock 2024). Zur selben Zeit erweiterte die Verabschiedung des Siebten Sozialgesetzbuchs (SGB VII) den Präventionsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren – ebenfalls eine bedeutende Innovation des arbeitsweltbezogenen Präventionsrechts. Die Verabschiedung des BNichtrSchG im Jahr 2007 hatte Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen, im öffentlichen Personenverkehr und in der Gastronomie zur Folge. Bereits im Jahr 2002 waren die Arbeitgeber in der Arbeitsstättenverordnung (§ 5) zur Gewährleistung des Nichtraucherschutzes in Arbeitsstätten verpflichtet worden. Hinzu kamen in den letzten Jahren verschiedene Maßnahmen auf dem Gebiet der Tabakkontrollpolitik wie etwa die Einschränkung der Tabakwerbung und das Abgabeverbot für Tabakwaren an Personen unter 18 Jahre (Kießling 2023, S. 80ff.).

Drittens haben sich in den letzten Jahrzehnten auf kommunaler Ebene zahlreiche Initiativen zur Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt, die häufig durch entsprechende Förderprogramme vor allem auf Länder-, aber auch auf Bundesebene unterstützt oder auch angeregt wurden. Diese Projekte haben nur teilweise einen direkten, häufig auch nur einen indirekten Gesundheitsbezug. Sie zielen darauf ab, soziale Unterstützung, Kinder- und Jugendhilfe, Teilhabeprojekte, Familien-, Sozial- und Erziehungsberatung, Förderhilfen (z. B. im Bildungsbereich), Stadtteilgestaltung und andere Handlungsfelder miteinander zu verknüpfen (Luthe 2013). Dazu zählen das „Gesunde Städte-Netzwerk“, das Städtebauförderprogramm „Soziale Stadt“ des Bundes oder der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“, aber auch vielfältige Initiativen in Ländern und Kommunen.

Viertens hat auch der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), ausgelöst durch die Erfahrungen der Corona-Pandemie, in jüngster Zeit eine gewisse Aufwertung erfahren. Die Corona-Krise hat verdeutlicht, dass Gesundheitsämtern zum einen eine entscheidende Rolle für eine wirksame Pandemieeindämmung – vor allem bei der Rückverfolgung der Kontakte Infizierter – zukommt, dass sie zum anderen angesichts der rasch wachsenden Infektionszahlen mit dieser Aufgabe aber auch überfordert waren (Arnold/Teichert 2021). Vor diesem Hintergrund haben Bund und

Länder im Herbst 2020 einen „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ vereinbart, mit dem bis 2026 im ÖGD 5000 neue Stellen geschaffen werden und die technische Infrastruktur durchgreifend verbessert wird (BMG 2020).

2.2 Defizite und Fehlorientierungen

Jedoch ist die Bilanz der Gesundheitsförderung und Prävention keineswegs so positiv und erst recht ihr Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit keineswegs so groß, wie es auf den ersten Blick erscheinen mag. Dies lässt sich zum einen an den Auswirkungen des skizzierten Wandels in der Rechtsetzung zeigen. Ein besonderes Problemfeld ist die arbeitsweltbezogene Prävention. In der Arbeitswelt haben sich mit der Globalisierung und der technologischen Modernisierung, aber auch mit den Arbeitsmarktreformen der frühen 2000er Jahre die gesundheitlichen Belastungen und Beanspruchungen der Beschäftigten deutlich erhöht, ohne dass die überbetriebliche und die betriebliche Präventionspolitik diesen Tendenzen bisher wirksam entgegengetreten ist. Dazu zählen die Ausweitung prekärer Beschäftigung (Castel/Dörre 2009) wie Leiharbeit oder befristete Beschäftigung, die damit verbundene Existenzunsicherheit, die Entgrenzung von Arbeit sowie die enorme Arbeitsverdichtung und die damit verbundene Zunahme von arbeitsbedingtem Stress mit seinen vielfältigen psychischen und somatischen Folgen (Urban 2019).

Zudem existiert im Hinblick auf die Prävention in der Arbeitswelt ein erhebliches Defizit bei der Implementierung von Rechtsvorschriften. In vielen Betrieben klafft eine große Lücke zwischen dem Arbeitsschutzrecht und der Arbeitsschutzpraxis. So sind die Aufsichtskapazitäten der staatlichen Arbeitsschutzverwaltung und der Unfallversicherungsträger in den letzten Jahrzehnten systematisch abgebaut worden (Reusch 2015). Der Rückgang der Kontrolldichte und die damit sinkende Gefahr, sanktioniert zu werden, erleichtert es Arbeitgebern, gesetzliche Vorschriften gezielt zu umgehen oder zumindest nicht so genau zu nehmen. Der Gesetzgeber hat die Existenz eines Implementierungsproblems anerkannt und bemüht sich mit dem 2020 verabschiedeten Arbeitsschutzkontrollgesetz um eine Erhöhung der Kontrolldichte. Bei zahlreichen körperlichen und psychischen Arbeitsbelastungen zeigt sich eine höhere Prävalenz bei manuell Erwerbstätigen und bei einfachen Angestellten (Dragano et al. 2016). Der langjährige Abbau von Überwachungskapazitäten im staatlichen Arbeitsschutz und bei den Unfallversicherungsträgern dürfte sich vor allem auf die Gesundheitsrisiken von Beschäftigten mit niedrigem sozioökonomischem Status nachteilig ausgewirkt haben.

Auch die betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen begegnet diesen Problemen nicht wirksam. Zum einen ist die Zahl der im Jahr 2022 auf diesem Wege erreichten Beschäftigten mit geschätzten knapp zwei Millionen (GKV-Spitzenverband/Medizinischer Dienst

Bund 2023, S. 81), also weniger als 5 % aller Erwerbstätigen, recht gering. Zum anderen ist höchst zweifelhaft, ob mit diesen Maßnahmen die gesundheitliche Chancengleichheit unter den Beschäftigten spürbar verbessert werden kann. So fanden nur 5 % der mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Betriebe in „Betriebe[n] mit mindestens 20 % an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung einschließlich Auszubildende“ statt (ebd., S. 78) – eine Kategorie, die im Konzept der Krankenkassen „Betriebe mit einem hohen Anteil an ‚ungernten‘ Beschäftigten identifizieren“ soll (ebd.). Darüber hinaus handelt es sich bei einem erheblichen Teil der unter dem Begriff betriebliche Gesundheitsförderung ergriffenen Maßnahmen um reine Verhaltensprävention, die – ohne gleichzeitige Veränderung der Kontextbedingungen – insbesondere bei vulnerablen Gruppen als wenig nachhaltig gilt (Kolip/Müller 2009; Hartung/Rosenbrock 2022). Schließlich ist auch darauf hinzuweisen, dass Beschäftigte mit einem niedrigen sozioökonomischen Status in geringerem Maße BGF-Angebote erhalten als Besserverdienende. „BGF wird besonders wenig in Betrieben von Erwerbstätigen ohne Berufsabschluss, in einem befristeten Arbeitsverhältnis, mit Entlassungsgefahr und Leiharbeitnehmern umgesetzt“ (Hollederer 2023, S. 277).

Zugleich lassen sich auf anderen zentralen Handlungsfeldern gravierende Unterlassungen feststellen. So haben zahlreiche Bundesländer die im BNichtSchG enthaltenen Chancen zur Verwässerung von Schutzmaßnahmen genutzt. Insgesamt bleiben die deutschen Tabakkontrollmaßnahmen – trotz mancher Fortschritte in den letzten Jahren – deutlich hinter denen der meisten anderen europäischen Staaten zurück. Auf der von einer internationalen Expertengruppe entwickelten *Tobacco Control Scale* belegte Deutschland im Jahr 2021 im europäischen Vergleich nur den 34. Platz von 37 Ländern und war damit Schlusslicht unter allen EU-Mitgliedstaaten (Joossens et al. 2022, S. 12).

Nach wie vor ist, insgesamt betrachtet, der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention viel zu gering, und das übergreifende Ziel einer Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit von Gesundheitschancen spielt bei den ergriffenen Maßnahmen – trotz der gestiegenen Aufmerksamkeit für dieses Thema – noch immer eine viel zu geringe Rolle. So bestehen sowohl in der Arbeitswelt als auch bei verhaltensbezogenen Risiken wie dem Tabakkonsum Ungleichheiten von Gesundheitschancen fort. Die Adressierung vulnerabler Gruppen hat insgesamt ein viel zu geringes Gewicht. Dies hat sich auch in der Corona-Pandemie gezeigt, in der sich das Infektions- und Sterbegeschehen ab der zweiten Pandemiewelle zunehmend in sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen bzw. in Regionen mit niedrigem Einkommen verlagerte (Wachtler et al. 2020; Wahrendorf et al. 2021; Dragano 2021).

Grenzen zeigen sich auch im Hinblick auf die Rolle des ÖGD. So war der „Pakt für den Öffentlichen Gesundheits-

dienst“ ein zwar richtiger und notwendiger, aber sicherlich auch nicht hinreichender Schritt zur Stärkung des ÖGD. Ob die Bereitschaft zur Stärkung des ÖGD auch dauerhaft sein wird, ist angesichts der finanzpolitischen Prioritätensetzung zugunsten der „Schuldenbremse“ fraglich – erst recht wenn die öffentliche Aufmerksamkeit für die Bedrohung durch Infektionskrankheiten abklingen sollte. Somit wird abzuwarten sein, ob der Pakt tatsächlich eine Kehrtwende für die Rolle des ÖGD eingeleitet hat.

Wenn der ÖGD die Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit durchgängig zu einem zentralen Bezugspunkt seines Handelns machen will, steht er zudem vor Herausforderungen, die der Pakt kaum thematisiert (Altgeld 2022). Um die Gesundheitschancen vulnerabler Gruppen zu verbessern, bedarf es eigenständiger konzeptioneller Anstrengungen in den Ländern und Kommunen. Zwar lässt sich die Praxis der rund 400 Gesundheitsämter nicht über einen Leisten schlagen, aber klar ist auch, dass nicht wenige von ihnen ein nicht mehr zeitgemäßes Problemverständnis aufweisen (Schmacke 2013), in der Wahrnehmung traditioneller Aufsichtsaufgaben (z. B. Gesundheits- bzw. Medizinalaufsicht, Hygieneüberwachung und Infektionsschutz) verharren und die Potenziale für eine sozialogenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention nicht ausschöpfen (Reisig/Kuhn 2020). Zwar nehmen die Gesundheitsämter ihre Aufgaben sehr unterschiedlich wahr, und eine Reihe von Beispielen zeigt, wie sie jenseits ihrer klassischen Aufgaben vielfältige Ansätze bei der Implementation einer modernen Präventions- und Gesundheitsförderungspraxis entfalten (Kuhn/Heyn 2015; Kuhn/Trojan 2017; Walter/Volkenand 2017) – doch der Modernisierungsbedarf ist unübersehbar. Kuhn und Wildner (2020, S. 20) beschreiben diesen Bedarf folgendermaßen: „Der ÖGD muss mit einer doppelten Kompetenz zum einen in der Lage sein, reaktive Aufgaben der Gefahrenabwehr kompetent und effizient wahrzunehmen; zum anderen kommt es darauf an, dass er Verantwortung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge in einem umfassenderen Sinne proaktiv übernehmen kann. In Zukunft wird absehbar die Gesundheit der Bevölkerung von den allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen, dem Lebensstil und insbesondere von der sozialen Differenzierung dieser Determinanten wesentlich bestimmt werden – auch im Kontext von Epidemien“.

2.3 Fördernde und hemmende Bedingungen

Die skizzierte Aufwertung von Gesundheitsförderung und Prävention hat vielfältige Beweggründe. Ein wichtiges Motiv liegt in dem Bestreben, die befürchteten negativen Auswirkungen des demografischen Wandels auf Wirtschaft und Gesellschaft zu begrenzen. Der steigende Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung ist aus Sicht politischer Entscheidungsträger zu einem erstrangigen sozialen und volkswirtschaftlichen Problem geworden. Von verstärkter Gesundheitsförderung und Präven-

tion erhofft man sich in unterschiedlicher Hinsicht einen Beitrag zu dessen Bewältigung. Erstens sollen sie helfen, den Eintritt von chronischer Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf möglichst weit hinauszuschieben und auf diese Weise die Kosten für medizinische Versorgung und Langzeitpflege zu begrenzen. Zweitens sollen sie gerade im Zeichen eines verbreiteten Fachkräftemangels und alternder Belegschaften dazu beitragen, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung zu reduzieren. Drittens soll eine Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention ein aktives Altern ermöglichen (van Dyk/Lessenich 2009). Die Menschen sollen auf diese Weise die Belastungen bei der Arbeit besser bewältigen und länger arbeiten können. Außerdem kann ein aktives Altern auch dazu befähigen, sich ehrenamtlich zu engagieren und so Ausgaben für professionelle Dienstleistungen, z. B. für die Langzeitpflege, zu begrenzen. Gesundheitsförderung und Prävention sind in diesem Sinne Teil einer Sozialinvestitionsstrategie, welche die Produktivitätspotenziale einer verbesserten Bevölkerungsgesundheit erschließen soll. Eine solche Einbettung in Richtung auf Sozialinvestitionen zur Steigerung volkswirtschaftlicher Produktivität ist auch international anzutreffen (Midgley et al. 2017).

Hat die skizzierte ökonomische Rahmung wesentlich zur Aufwertung von Gesundheitsförderung und Prävention beigetragen, so steht sie zugleich in einem Spannungsverhältnis zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit. Dies gilt insbesondere für die betriebliche Gesundheitsförderung. Denn das ökonomische Nutzenargument bezieht sich hier in erster Linie auf solche Beschäftigte, deren Qualifikationen auf dem Arbeitsmarkt nicht ohne Weiteres zu ersetzen sind und deren Betriebsbindung und Einsatzfähigkeit damit für die Unternehmen besonders wichtig ist. Es gilt somit überwiegend für solche Beschäftigte, die in der Regel zu den Besserverdienenden zählen, hingegen weit weniger für Geringverdienende. Somit birgt eine sich des ökonomischen Nutzenarguments bedienende Legitimation von Gesundheitsförderung und Prävention – auch wenn sie im Einzelfall zutreffen mag – auch immer eine latente soziale Selektivität, die gerade die besonderen Bedarfe vulnerabler Gruppen ignoriert und im Ergebnis sogar zu einer Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheit führen kann.

Zentral für substanzielle Fortschritte bei der Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit ist die Schaffung partizipativ gestalteter Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen und die Verknüpfung dieser Bemühungen mit einer Stärkung individueller gesundheitsförderlicher Ressourcen. Jedoch sind derartige Handlungskonzepte nach wie vor viel zu selten anzutreffen. Die Gründe dafür sind vielschichtig. Konzepte, die eine Veränderung von Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen in den Mittelpunkt rücken, stoßen dort an Grenzen, wo sie im Widerspruch zu mächtigen ökonomischen Interessen stehen (z. B. im Arbeits- oder im Umweltschutz). „Gesund-

heit“ ist für sich allein offenkundig kein sonderlich starkes Motiv für politisches Handeln, sondern kommt vor allem dann zum Tragen, wenn sie einen Beitrag zur Erreichung anderer – vor allem ökonomischer – Ziele zu leisten verspricht (Rosenbrock et al. 1994).

Ferner ist bei diesen Strategien der Anpassungsbedarf für die beteiligten Institutionen, der Koordinierungsbedarf zwischen den Akteuren und damit die Komplexität der an sie gerichteten Handlungsanforderungen sehr hoch, nicht selten zu hoch. So müssen Akteure derartige Maßnahmen häufig in Organisationen einführen, die andere Ziele als die Gesundheitsförderung oder den Gesundheitsschutz verfolgen und deren gewachsene Handlungsroutinen und Problemwahrnehmungen durch die Veränderungsbedarfe häufig in Frage gestellt werden. Der hohe Koordinations- und Anpassungsbedarf kann manche Akteure überfordern, vor allem wenn strukturelle Handlungszwänge fortbestehen, z.B. die Finanznot öffentlicher Haushalte oder ein schwieriges Marktumfeld für Unternehmen. Zudem liegt der Eintritt eines Nutzens von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention häufig jenseits des für Entscheidungsträger relevanten Zeithorizonts, etwa dem Bilanzdatum eines Unternehmens oder dem nächsten Wahltermin für eine politische Partei. Entsprechend zahlreich und hoch sind die Hürden für die Umsetzung solcher Vorhaben.

Um überhaupt die Aussichten auf eine Umsetzung von Präventionsprojekten zu verbessern, bemühen sich Akteure daher häufig darum, die Komplexität der Handlungsbedingungen und Maßnahmen zu reduzieren und sich auf das „Machbare“ zu beschränken. In der Konkurrenz unterschiedlicher Präventionskonzepte setzen sich somit zu meist diejenigen durch, die an ihre gesellschaftliche Umwelt am besten angepasst sind („Darwinsches Gesetz der Prävention“; Kühn 1993). Dies sind diejenigen Instrumente, die den geringsten gesellschaftlichen Veränderungsbedarf mit sich bringen. Dieser Mechanismus begünstigt die weit verbreitete gesundheitspolitische Präferenz für verhaltenspräventive Maßnahmen. Rein verhaltenspräventive Maßnahmen wiederum sind insgesamt wenig geeignet, zur gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen, weil sie erstens eher Gesunde und Gesundheitsbewusste erreichen und zweitens vulnerable Gruppen, insbesondere Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, aufgrund ihrer widrigen Lebensbedingungen außerordentlich große Hürden überwinden müssen, um das in Kursen zum Gesundheitsverhalten Erlernte dauerhaft in ihren Lebensalltag zu übertragen (Gerlinger/Rosenbrock 2024).

Ebenso ist es fragwürdig, die Krankenkassen mit der Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Prävention zu beauftragen. Denn Krankenkassen haben spätestens mit der Einführung der freien Kassenwahl und des damit etablierten Wettbewerbs ein Selbstverständnis als ökonomisch rational handelnde Unterneh-

men entwickelt, das mit der Verfolgung sozial-egalitärer Ziele kaum kompatibel ist. Sie sind in einen wettbewerblichen Handlungsrahmen eingebettet, der einen hohen Druck zur Begrenzung ihres Zusatzbeitrags erzeugt. Daher haben sie ein starkes Interesse, primär gesunde oder gesundheitsbewusste Versicherte anzuziehen, und nutzen dazu auch ihre Handlungsmöglichkeiten in Gesundheitsförderung und Prävention (Bundesversicherungsamt 2018). Daraus erwächst wiederum die Neigung, die für diese Gruppen interessanten Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention anzubieten, kaum aber ein Interesse an einer Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit durch die Gestaltung von Lebenswelten (Gerlinger/Rosenbrock 2024). Trotz der mit dem Präventionsgesetz auferlegten Vorschriften bei der Mittelverwendung gaben die Krankenkassen 2022 für die individuelle Verhaltensprävention mehr Geld aus als für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Neben dem erwähnten geringen Anteil von Betrieben, die viele Mitarbeiter*innen ohne Berufsabschluss beschäftigen, zeigen auch andere Indikatoren, dass das Engagement der Krankenkassen zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit stärker ausfallen könnte. So lagen nur 27 % der Kitas und 28 % der Grundschulen, die mit der Gesundheitsförderung in Lebenswelten erreicht wurden, in sozialen Brennpunkten; die Zahl der erreichten Förder-, Sonder- und Hauptschulen war in diesem Jahr geringer als die der Gymnasien (GKV-Spitzenverband/Medizinischer Dienst Bund 2023, S. 53, 55). Es ist nicht abwegig zu vermuten, dass das Engagement der Krankenkassen für eine Verminderung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen ohne die Vorschriften des Präventionsgesetzes noch weit schwächer ausfallen würde.

Bei den Konflikten über Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt kommt den Gewerkschaften und – auf betrieblicher Ebene – den Betriebsräten eine sehr große Bedeutung zu (Urban 2019; Urban/Hebel 2023). Der in den letzten Jahren gestiegene Stellenwert des Themas Arbeitsbedingungen, vor allem des Themas Arbeitszeit, hat vielfältige enge Bezüge zur Gesundheit der Beschäftigten und zur gesundheitlichen Chancengleichheit. In der Alltagspraxis des betrieblichen Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung zählt die sachgerechte Durchführung der Gefährdungsbeurteilung und die Umsetzung ihrer Ergebnisse zu den wichtigsten Herausforderungen (DGB-Index Gute Arbeit 2023). Für Fortschritte auf diesem Handlungsfeld ist eine starke und engagierte Interessenvertretung von wesentlicher Bedeutung. In der gesetzlichen Krankenversicherung sind es vor allem die Versichertenvertreter in der sozialen Selbstverwaltung, die auf ein stärkeres Engagement der Krankenkassen bei der Umsetzung ihres gesetzlichen Auftrags, die Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern, hinwirken müssen (Braun et al. 2022). Dies gilt generell für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und insbesondere für die Lebenswelt Betrieb.

3 Chancengleichheit beim Zugang zur Krankenversorgung

3.1 Stärken und Schwächen

Die Ungleichheit von Gesundheitschancen resultiert vor allem aus der Ungleichheit von Lebens- und Arbeitsbedingungen und den damit eng verbundenen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen (Mackebach et al. 2018). In den reichen Gesellschaften spielen im Vergleich zu diesen sozialen Gesichtspunkten die Organisation des Gesundheitssystems und der damit verbundene Zugang zur Krankenversorgung im Allgemeinen eine eher geringe Rolle (Tikkanen et al. 2020). Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenversorgung zählt – auch in Deutschland – zu den normativen Eckpfeilern moderner Wohlfahrtsstaatlichkeit. Dass Kranken so gut wie möglich geholfen wird und dabei keine Unterschiede nach sozialem Status, Herkunft oder anderen Merkmalen gemacht werden, ist eine weit verbreitete Erwartung an Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem.

Deutschland verfügt über ein Krankenversorgungssystem, das generell einen guten Zugang zur Krankenversorgung bietet (Health Consumer Powerhouse 2018; Eurostat 2023). Eine hohe Arzt- und Bettendichte, die gute Ausstattung mit moderner Medizintechnik, ein sich auf nahezu die gesamte Bevölkerung erstreckendes Krankenversicherungssystem, ein recht umfassender Leistungskatalog sowie eher niedrige finanzielle Hürden bei der Inanspruchnahme von Leistungen tragen dazu bei, dass im Krankheitsfall eine angemessene medizinische Hilfe im Allgemeinen schnell zur Verfügung steht (OECD 2023; Eurostat 2023; Tikkanen et al. 2020; Reibling et al. 2019). Im Jahr 2021 berichtete in keinem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union ein derart geringer Bevölkerungsanteil über nicht gedeckte medizinische Versorgungsbedarfe im Krankheitsfall (Eurostat 2023). Zugleich räumt das Krankenversicherungsrecht den Bürgerinnen und Bürgern im internationalen Vergleich recht große Freiheiten bei der Wahl der Leistungserbringer ein (Reibling et al. 2019).

Allerdings ist dieses Bild nicht ungetrübt. Auch in Deutschland existieren manche ernst zu nehmende und häufig mit sozialen Ungleichheiten verbundene Mängel beim Zugang zur Krankenversorgung (Gerlinger/Rosenbrock 2024). So treten in manchen Versorgungsbereichen Lücken auf, die mitunter zu langen Wartezeiten auf einen Behandlungstermin führen können. Dies betrifft z. B. den Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung oder auch die stationäre pädiatrische Versorgung. Aber auch in anderen Versorgungsbereichen gibt es lokal oder regional Klagen über bisweilen lange Wartezeiten insbesondere zur fachärztlichen Versorgung, und zwar auch dort, wo die Versorgungsdichte – folgt man den Verhältniszahlen der Bedarfsplanung – angemessen oder hoch ist (z. B. Breitenbach/Heinrich 2023).

Ferner ist die Versorgungssituation in strukturschwachen, benachteiligten Räumen zu einem mittlerweile drängenden Problem der Gesundheitspolitik geworden. Einzelne Regionen verzeichnen entweder eine Unterversorgung mit Ärztinnen und Ärzten oder sind von einer Unterversorgung bedroht (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2023). Dies betrifft neben benachteiligten ländlichen Räumen auch großstädtische Quartiere mit hohen Arbeitslosigkeits- und Armutsquoten (Gerlinger/Rosenbrock 2024). In ländlichen Räumen ist der Zugang zu Versorgungseinrichtungen manchmal nur mit einem hohen zeitlichen – und teilweise auch finanziellen – Aufwand möglich. Dies beeinträchtigt die gesundheitliche Chancengleichheit, weil sozial benachteiligte Patient*innen größere Schwierigkeiten haben, weiter entfernt gelegene Versorgungseinrichtungen aufzusuchen (Klein/Knesebeck 2016). Allerdings ist die große Mehrzahl der Zulassungsbezirke – legt man die Vorgaben zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung zugrunde – angemessen oder sogar überversorgt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2023). In der vertragsärztlichen Versorgung haben wir es also, mit Blick auf das ganze Bundesgebiet, weniger mit einer Unterversorgung als mit einem Verteilungsproblem zu tun.

Gesetzgeber und gemeinsame Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung haben auf diese Probleme mit einer Reform der Bedarfsplanung und einer Vielzahl von weiteren Maßnahmen reagiert, auch unter Beteiligung von Ländern und Kommunen (Gerlinger/Rosenbrock 2024) – bisher allerdings ohne durchschlagenden Erfolg. Die Gründe für die Versorgungsprobleme sind unterschiedlich: Viele Ärztinnen und Ärzte ziehen das Leben in den Städten wegen der kulturellen Angebote vor; unter ihnen wächst die Abneigung gegen eine freie Niederlassung, weil damit ein besonders hohes Maß an Bürokratie, zum Teil überlange Arbeitszeiten und gerade im ländlichen Raum auch wirtschaftliche Risiken verbunden sind; gleichzeitig sind die Einnahmemöglichkeiten in Städten wegen des zumeist höheren Anteils an Privatversicherten besser; schließlich fehlt es gerade in ländlichen Räumen häufiger an geeigneten Arbeitsplatzangeboten für Partner*innen und an Betreuungsmöglichkeiten für Kinder (ebd.).

Schließlich können auch Zuzahlungen – obwohl sie in Deutschland im internationalen Vergleich eher gering ausfallen (OECD 2023) – für Geringverdienende ein Hindernis bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sein und zur Nichtinanspruchnahme auch notwendiger Leistungen führen (Klein/Knesebeck 2016). So ist der Anteil von Personen, die eine Versorgung aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch nehmen, bei Geringverdienenden und Personen mit niedrigem Bildungsabschluss deutlich erhöht (Eurostat 2023). Insbesondere in der zahnärztlichen Versorgung und in der Versorgung mit Hilfsmitteln können außerdem auch Selbstbehalte sehr hoch ausfallen. Zwar sind Zuzahlungsgrenzen gesetzlich festgelegt, aber generell stellen Zuzahlungen für einkommens-

schwache Haushalte eine größere finanzielle Belastung dar als für Besserverdienende (Klein/Knesebeck 2016; Holst 2008). Zudem dürften Zuzahlungsbefreiungen von vielen Anspruchsberechtigten nicht beantragt werden, sei es aus Unwissenheit, wegen der hohen bürokratischen Hürden oder aus Scham.

Ein erhebliches Zugangsproblem erwächst zudem aus dem Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Da die Honorare für die Behandlung von Privatversicherten erheblich über denen für die Behandlung gesetzlich Versicherter liegen (KOMV 2019), haben ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte einen starken finanziellen Anreiz, Privatpatient*innen bei der Terminvergabe zu bevorzugen. Viele machen von dieser Möglichkeit auch Gebrauch. Die Folgen sind – vor allem in der fachärztlichen Versorgung – zum Teil sehr lange Wartezeiten für gesetzlich Krankenversicherte (Lüngen et al. 2008; Breitenbach/Heinrich 2023). Die Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung steht auch im Zusammenhang mit den erwähnten regionalen Versorgungsungleichheiten, denn die besseren Vergütungsaussichten in Regionen und Quartieren mit überdurchschnittlich vielen Besserverdienenden und der dort höhere Anteil von Privatversicherten dürften ein Motiv für Ärztinnen und Ärzte sein, sich bevorzugt in diesen Gebieten niederzulassen (Sundmacher/Ozegowski 2016).

Unklar ist, welche Auswirkungen die skizzierten Ungleichheiten beim Versorgungszugang auf den Gesundheitszustand von Benachteiligten haben. Dennoch ist die Vermutung begründet, dass diese Ungleichheiten auch gesundheitliche Nachteile für die Betroffenen mit sich bringen. So haben Untersuchungen zum Zusammenhang von Krankenversicherungsstatus und Wartezeiten ergeben, dass gesetzlich Krankenversicherte auch bei Symptomen, die eine rasche Untersuchung erfordern würden, mitunter längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen (Lüngen et al. 2008; Breitenbach/Heinrich 2023). Generell können die größeren Hürden bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung sozial benachteiligte Personen eher davon abhalten, eine eigentlich notwendige medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen (Klein/Knesebeck 2016).

Eine grundsätzliche rechtliche Benachteiligung beim Zugang zur Krankenversorgung erfahren Asylsuchende. Ihre Versorgungsansprüche sind in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland nach dem Asylbewerberleistungsgesetz im Wesentlichen auf die Behandlung bei Schmerzen und akuten Krankheiten beschränkt (Janda 2023). Daraus erwachsen zahlreiche Probleme in der Versorgung und Integration der Betroffenen, vor allem bei psychischen Erkrankungen, die unter Geflüchteten recht weit verbreitet sind (Gerlinger et al. 2023). Hier kündigen sich weitere Verschlechterungen an. So haben Bund und Länder auf einem Gipfel im Herbst 2023 beschlossen, die Leistungseinschränkungen für Asylsuchende auf die ersten 36 Monate ihres Aufenthalts in Deutsch-

land zu verlängern. Diese Entscheidung schließt auch den Zugang zur Krankenversorgung ein. Vor besonders hohen Hürden beim Zugang zu einer Krankenversorgung steht zudem eine unbekannte, aber sehr wahrscheinlich hohe Zahl von illegal in Deutschland lebenden Personen (Mylius 2016). Nicht in Vergessenheit geraten sollte der Befund, dass trotz einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht auch eine beachtliche Zahl von Personen mit einem regulären Aufenthaltsstatus nicht krankenversichert ist. Dem Mikrozensus zufolge belief sie sich 2019 auf immerhin rund 61 000 Personen (Statistisches Bundesamt 2020, S. 38), wahrscheinlich ist sie aber viel höher.

3.2 Fördernde und hemmende Faktoren

Die Gründe für die Stärken und Schwächen des Zugangs zur Krankenversorgung lassen sich nicht auf einen Nenner bringen. Der im Allgemeinen gute Zugang zu den Versorgungseinrichtungen dürfte einen wichtigen Grund darin haben, dass sich in Deutschland die Krankenversorgung mit der Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung und deren institutioneller Trennung von der öffentlichen Gesundheitsfürsorge recht früh als ein eigenständiger Schwerpunkt der Gesundheitssicherung etabliert hat. Diese Tendenz zeigt sich auch im internationalen Gesundheitssystemvergleich darin, dass Krankenversicherungssysteme zumeist einen besseren Zugang zur Versorgung bieten als staatliche Gesundheitssysteme (Reibling et al. 2019).

Die angesprochenen Einschränkungen der Chancengleichheit beim Versorgungszugang haben unterschiedliche Ursachen. Die Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung und die damit einhergehenden Ungleichheiten gehen darauf zurück, dass sich in Deutschland nie der Gedanke eines sich auf den Bürgerstatus gründenden Versorgungsanspruchs durchgesetzt hat. Die schrittweise Inklusion in die gesetzliche Krankenversicherung war stets bezogen auf einzelne Bevölkerungsgruppen. Die Trennung der Versicherungszweige wird seither durch diverse Partikularinteressen und damit zusammenhängende ideologische Deutungsmuster befestigt. Hier spielen auch die starken Beharrungskräfte historisch gewachsener Institutionen eine wichtige Rolle. Drohende oder bereits eingetretene Unterversorgung hat eine wichtige Ursache im sozialen Wandel und der sinkenden Attraktivität des ländlichen Raums, hängt aber auch mit spezifischen Merkmalen des Gesundheitssystems zusammen, u. a. mit der Trennung der Versicherungszweige und einer (fach-)arztzentrierten Ausrichtung des Versorgungssystems. Die Zusammenführung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung zu einer solidarischen Bürgerversicherung würde nicht nur soziale Benachteiligungen für Geringverdienende verringern (Rothgang/Domhoff 2017), sondern auch Ungleichheiten beim Zugang zu Krankenversorgung abbauen. Allerdings sind politische Mehrheiten für eine Bürgerversicherung zurzeit nicht in Sicht.

Anders liegt der Sachverhalt bei der Versorgung von Asylsuchenden. Hier sind es die übergreifenden Ziele und Prioritäten der Asylpolitik, die die Einschränkung der Zugangsrechte für diese Gruppe erklären (Gerlinger et al. 2023). Eine stärkere Orientierung auf die Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit ist in der Krankenversorgungspolitik nicht sichtbar. Angesichts der politischen und makroökonomischen Rahmenbedingungen deutet sich beim Zugang von Asylsuchenden zur Krankenversorgung eher eine weitere Verschlechterung an. Auf anderen Feldern, vor allem bei der Frage der privaten Beteiligung an den Behandlungskosten, wird abzuwarten sein, ob die geltenden Regelungen zugunsten einer stärkeren Belastung von Patientinnen und Patienten in Frage gestellt werden.

4 Bilanz

Gesundheitliche Chancengleichheit spielt auf den einzelnen Feldern von Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem eine jeweils unterschiedliche Rolle. In der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik hat dieses Thema eine deutliche Aufwertung erfahren. Auf diesen Feldern wurden einige Fortschritte in der Rechtsetzung erzielt, die bisher aber nur unzureichend in der Praxis angekommen sind. Insgesamt spielt das Ziel der Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit eine noch viel zu geringe Rolle. Die dafür notwendigen Änderungen in den Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen stoßen auf große Hindernisse, vor allem weil ihnen starke, insbesondere wirtschaftliche Partikularinteressen entgegenstehen. Zugleich erfordern sie die Koordination einer Vielzahl von Akteuren und einen Abgleich ihrer Interessen. Damit wird der erforderliche Wandel sehr voraussetzungsvoll und komplex. Zugleich halten die existierenden Institutionen gerne an ihren Handlungsroutrinen fest und entwickeln eine starke Beharrungskraft. Im Ergebnis setzt sich zu häufig ein Pragmatismus durch, der auf Strukturveränderungen in den Lebenswelten weitgehend verzichtet und verhaltenspräventive Maßnahmen in den Mittelpunkt rückt. Diese leisten, für sich genommen, aber kaum einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, weil vulnerable Gruppen mit ihnen nur schwer erreicht werden können und diese Gruppen bei fortbestehenden widrigen Lebensverhältnissen große Schwierigkeiten haben, gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen in ihrem Alltag aufrechtzuerhalten (Kolip/Müller 2009; Hartung/Rosenbrock 2022).

In der Krankenversorgung bietet das deutsche Gesundheitssystem einen im Allgemeinen recht guten Zugang zu den Versorgungseinrichtungen. Somit existieren im Grundsatz gute Voraussetzungen für die Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit. Allerdings bestehen hier auch Defizite, welche diese Chancengleichheit einschränken. Dazu zählen vor allem die mit der Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung einhergehenden Ungleichheiten, regionale Ungleichgewichte bei der Verteilung von Versorgungseinrichtungen, insbesondere bei der Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten, sowie soziale Hindernisse, vor allem in Gestalt der finanziellen Beteiligung an den Kosten der Krankenbehandlung.

Die Weichen für eine Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit werden durch den Gesetzgeber gestellt. Dabei geht es zum einen um un-

mittelbar gesundheitspolitische Entscheidungen, aber auch um die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, um die Akteure in der Gesundheitspolitik in die Lage zu versetzen, dem Auftrag zur Verbesserung der Chancengleichheit wirksam nachzukommen. Allerdings sind die politischen und ökonomischen Vorzeichen für durchgreifende Fortschritte auf diesem Feld zurzeit nicht günstig. Gesundheit ist bekanntlich ein Querschnittsthema, das auf nahezu allen Feldern der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der nachsorgenden Sozialpolitik von der aktuellen Polykrise des modernen Kapitalismus berührt wird. Bei der Thematisierung dieser Zusammenhänge und bei der Formulierung und Durchsetzung von Alternativen kommt den Gewerkschaften eine zentrale Bedeutung zu. ■

LITERATUR

- Altgeld, T.** (2022): New Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention – Leerstellen im Pakt für den ÖGD, in: *Gesundheit + Gesellschaft – Wissenschaft* 22 (1), S. 16–23
- Arnold, L. / Teichert, U.** (2021): Politischer Reformprozess im Zuge der COVID-19-Pandemie: Der Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst, in: *Public Health Forum* 29 (1), S. 47–50
- Böhm, K. / Bräunling, S. / Geene, R. / Köckler, H.** (Hrsg.) (2020): *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland*, Wiesbaden
- Braun, B. / Klenk, T. / Klemens, U.** (Hrsg.) (2022): *SELBST verwalten! Wie Ehrenamtliche unser Gesundheitswesen mitgestalten*, Stuttgart
- Breitenbach, A. / Heinrich, M.** (2023): Diskriminierung im deutschen Krankenversicherungssystem: Werden gesetzlich Versicherte bei der Terminvergabe von Fachärztinnen benachteiligt?, <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-85085-2>
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit)** (2020): Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/kennzahlen-daten-bekanntmachungen.html>
- Bundesversicherungsamt** (2018): Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn
- Castel, R. / Dörre, K.** (Hrsg.) (2009): *Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung. Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Frankfurt a. M. / New York
- DGB-Index Gute Arbeit** (Hrsg.) (2023): *Gesunde Arbeit? Betriebliche Prävention aus Sicht der Beschäftigten*. Report 2023, Berlin
- Dragano, N. / Hoebel, J. / Wachtler, B. / Diercke, M. / Lunau, T. / Wahrendorf, M.** (2021): Soziale Ungleichheit in der regionalen Ausbreitung von SARS-CoV-2, in: *Bundesgesundheitsblatt* 64 (9), S. 1116–1124
- Dragano, D. / Wahrendorf, M. / Müller, K. / Lunau, T.** (2016): Arbeit und gesundheitliche Ungleichheit. Die ungleiche Verteilung von Arbeitsbelastungen in Deutschland und Europa, in: *Bundesgesundheitsblatt* 59 (2), S. 217–227
- van Dyk, S. / Lessenich, S.** (2009): Ambivalenzen der (De-)Aktivierung: Altwerden im flexiblen Kapitalismus, in: *WSI-Mitteilungen* 62 (10), S. 540–546, https://www.wsi.de/data/wsimit_2009_10_van_dyk.pdf
- Elkeles, T.** (2019): Gesundheitsberichterstattung, in: Haring, R. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*, Wiesbaden, S. 143–152
- Eurostat** (2023): *Unmet Health Care Needs Statistics*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care
- Geene, R. / Reese, M.** (2016): *Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung*, Frankfurt a. M.
- Gerlinger, T.** (2021): *Präventionsgesetz*, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionsgesetz>
- Gerlinger, T. / Rosenbrock, R.** (2024): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*, 4., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Bern
- Gerlinger, T. / Janda, C. / Reiter, R. / Töller, A. E.** (Hrsg.) (2023): *Die Regelung der Gesundheitsversorgung Geflüchteter. Das Beispiel der Versorgung bei psychischen Erkrankungen*, Wiesbaden

- GKV-Spitzenverband / Medizinischer Dienst Bund** (2023): Präventionsbericht 2023. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2022, Essen
- Hartung, S. / Rosenbrock, R.** (2022): Settingansatz – Lebensweltansatz, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz>
- Health Consumer Powerhouse** (2018): European Health Consumer Index: Single Indicator Score Sheets, <https://healthpowerhouse.com/EHCI-2018>
- Heidemann, C. / Scheidt-Nave, C. / Beyer, A.-K. / Baumert, J. / Thamm, R. / Maier, B. / Neuhauser, H. / Fuchs, J. / Kuhnert, R. / Hapke, U.** (2021): Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHI, in: *Journal of Health Monitoring* 6 (3), S. 3–27
- Hollenderer, A.** (2023): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland für alle? Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018, in: *Das Gesundheitswesen* 85 (4), S. 277–288
- Holst, J.** (2008): Kostenbeteiligungen für Patienten. Reformansatz ohne Evidenz! Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde aus Industrieländern. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: Discussion Paper 2008-305, Berlin
- Janda, C.** (2023): Die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten im europäischen und deutschen Sozialrecht, in: Gerlinger, T. et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 13–34
- Joossens, L. / Olfir, L. / Feliu, A. / Fernandez, E.** (2022): The Tobacco Control Scale 2021 in Europe, Brussels, <https://www.tobaccocontrolscale.org/wp-content/uploads/2022/12/TCS-Report-2021-Interactive-V4.pdf>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung** (2023): Gesundheitsdaten: Versorgungsgrade in den Planungsbereichen, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php>
- Kießling, A.** (2023): Das Recht der öffentlichen Gesundheit. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben des Staates, Tübingen
- Klein, J. / von dem Knesebeck, O.** (2016): Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung, in: *Bundesgesundheitsblatt* 59 (2), S. 238–244
- Kolip, P. / Müller, V.** (Hrsg.) (2009): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Bern
- KOMV (Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem)** (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/ KOMV/ Bericht_der_Honorarkommission_KOMV__Dezember_2019.pdf
- Kühn, H.** (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA, Berlin
- Kuhn, J.** (2013): Prävention in Deutschland – eine Sisyphosgeschichte, in: *Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft* 13 (3), S. 22–30
- Kuhn, J. / Heyn, M.** (Hrsg.) (2015): Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, Bern
- Kuhn, J. / Trojan, A.** (2017): Daten bereitstellen, Vernetzen, Koordinieren: Der Beitrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu regionaler Kooperation und Integration, in: Brandhorst, A. / Hildebrandt, H. / Luthe, E.-W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens, Wiesbaden, S. 353–372
- Kuhn, J. / Wildner, M.** (2020): Der Öffentliche Gesundheitsdienst, in: Razum, O. / Kolip, P. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 7., vollst. überarb. Aufl., Weinheim, S. 815–832
- Kurth, B.-M. / Saß, A.-C. / Ziese, T.** (2020): Gesundheitsberichterstattung, in: Razum, O. / Kolip, P. (Hrsg.): ebd., S. 390–420
- Lüngen, M. / Stollenwerk, B. / Messner, P. / Lauterbach, K. W. / Gerber, A.** (2008): Waiting Times for Elective Treatments According to Insurance Status: A Randomized Empirical Study in Germany, in: *International Journal for Equity in Health* 7 (1), S. 1–7
- Luthe, E.-W.** (Hrsg.) (2013): Kommunale Gesundheitslandschaften, Wiesbaden
- Mackenbach, J. P. / Valverde, J. R. / Artnik, B. et al.** (2018): Trends in Health Inequalities in 27 European Countries, in: *Proceedings of the National Academy of Sciences* 115 (25), S. 6440–6445
- Meierjürgen, R. / Becker, S. / Warnke, A.** (2016): Die Entwicklung der Präventionsgesetzgebung in Deutschland, in: *Prävention und Gesundheitsförderung* 11 (4), S. 206–213
- Midgley, J. / Dahl, E. / Wright, A. C.** (2017): Social Investment and Social Welfare. International and Critical Perspectives, Cheltenham
- Mylius, M.** (2016): Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern, Bielefeld
- OECD (Organization for Economic Co-operation and Development)** (2023): OECD Health Statistics. Frequently Requested Data, <https://www.oecd.org/health/publicationsdocuments/datasets>
- Reibling, N. / Ariaans, M. / Wendt, C.** (2019): Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries, in: *Health Policy* 123 (7), S. 611–620
- Reisig, V. / Kuhn, J.** (2020): Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oefentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung>
- Reusch, J.** (2015): Arbeitsschutzaufsicht: Weniger Personal, weniger Aktivitäten, in: *Gute Arbeit* 27 (1), S. 37–39
- Rosenbrock, R. / Kühn, H. / Köhler, B. M.** (Hrsg.) (1994): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung, Berlin
- Rothgang, H. / Domhoff, D.** (2017): Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“, Bremen
- Schmacke, N.** (2013): Gesundheitsförderung in der Kommune als Aufgabe des ÖGD. Zwischen versäumten Chancen und hartnäckigen Hoffnungen, in: *Prävention* 36 (4), S. 124–126
- Statistisches Bundesamt** (2020): Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus). Fachserie 13, Reihe 1.1, Wiesbaden
- Sundmacher, L. / Ozegowski, S.** (2016): Regional Distribution of Physicians: The Role of Comprehensive Private Health Insurance in Germany, in: *European Journal of Health Economics* 17 (4), S. 443–451
- Tikkanen, R. / Osborn, R. / Mossialos, E. / Djordjelic, A. / Wharton, G. A.** (Hrsg.) (2020): International Profiles of Health Care Systems 2020, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles>
- Urban, H.-J.** (2019): Gute Arbeit in der Transformation, Hamburg
- Urban, H.-J. / Hebel, S.** (2023): Krise. Macht. Arbeit. Über Krisen des Kapitalismus und Pfade in eine nachhaltige Gesellschaft. Hans-Jürgen Urban im Gespräch mit Stephan Hebel, Frankfurt a. M. / New York
- Wachtler, B. / Michalski, N. / Nowossadeck, E. / Diercke, M. / Wahrendorf, M. / Santos-Hövenner, C. / Lampert, T. / Hoebel, J.** (2020): Sozio-ökonomische Ungleichheit im Infektionsrisiko mit SARS-CoV-2 – Erste Ergebnisse einer Analyse mit Meldedaten für Deutschland, in: *Journal of Health Monitoring* 6 (5), S. 19–31
- Wahrendorf, M. / Rupprecht, C. J. / Dortmund, O. / Scheider** (2021): Erhöhtes Risiko eines COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthaltes für Arbeitslose: Eine Analyse von Krankenkassendaten von 1,28 Mio. Versicherten in Deutschland, in: *Bundesgesundheitsblatt* 64 (3), S. 314–321
- Walter, U. / Volkenand, K.** (2017): Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge, in: *Das Gesundheitswesen* 79 (4), S. 229–237
- Weltgesundheitsorganisation** (2008): Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349649/WHO-EURO-2008-4229-43988-62008-ger.pdf?sequence=1>

AUTOR

THOMAS GERLINGER, Prof. Dr. Dr., Professor an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, Leiter der Arbeitsgruppe „Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie“. Forschungsschwerpunkte: Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme in Deutschland und Europa, europäische Gesundheitspolitik.

@ thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de