



LEUPHANA
Professional School

Masterarbeit im Studiengang MPH Prävention und Gesundheitsförderung

Eingereicht von:

Dr. med. Franziska Noll
MPH Prävention und Gesundheitsförderung

**Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems
in Deutschland:**

**Potentieller Beitrag des „Bundesinstituts für
Prävention und Aufklärung in der Medizin“ zur
Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit**

Erstprüferin: Prof. Dr. Weisenfeld

Zweitprüferin: Prof. Dr. Thyen

Abgabedatum: 16.07.24

Abstract

Developmental disorders as well chronic and mental illnesses among children and adolescents are on the rise. The public healthcare system has a responsibility to improve their health and protect them from new dangers. However, because of its historic development it is fragmented. What can the new “Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin” (Federal Institute for Prevention and Education in Medicine) contribute to the transformation of the public healthcare system and improvement children and adolescents’ health? To this end, 21 statements on BIPAM were examined for potential leverage points. One of the most common leverage points in transforming the public health system included the Health in all Policies-approach, the coordination of stakeholders, more target group-specific health communication and better participation of the civilian population. These leverage points could also indirectly contribute to improving child and adolescent health. However, only a few leverage points that relate directly to children's and adolescent`s health could be identified in the statements. In addition, expert interviews were conducted in which, among other things, a stronger focus of the BIPAM on child and adolescent health was called for with constant involvement of the KJGD (Children and Adolescent Health Service) and participatory bottom-up processes with feedback mechanisms. Due to expected new challenges in the future, the BIPAM should also include flexible and self-learning structures that enable improved crisis resilience. The improvement of health equality also appears to be an important objective, as social background is an important factor in health especially in children and adolescents. Public health stakeholders should join forces and advocate even more strongly for a transformation of the system and a greater consideration of child and adolescent health, which so far seems to have played hardly any role in the BIPAM debate.

Zusammenfassung

Entwicklungsstörungen sowie chronische und psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen nehmen zu. Das Öffentliche Gesundheitssystem steht in der Verantwortung, ihre Gesundheit zu verbessern und vor neuen Gefahren zu schützen. Es ist jedoch historisch bedingt zersplittert. Welchen Beitrag kann das neue Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit leisten? Dazu wurden 21 Stellungnahmen zum BIPAM auf potentielle Hebelpunkte untersucht. Zu den am häufigsten genannten Hebelpunkten für eine Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems zählt der Health in all Policies- Ansatz, die Koordination der verschiedenen Akteur*innen, eine zielgruppenspezifischere Gesundheitskommunikation sowie eine bessere Partizipation der Zivilbevölkerung. Diese Hebelpunkte könnten indirekt auch zu einer Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit beitragen. In den Stellungnahmen konnten jedoch nur wenige Hebelpunkte ausgemacht werden, die sich direkt auf die Kinder- und Jugendgesundheit beziehen. Zusätzlich wurden Expert*inneninterviews durchgeführt, in denen u.a. ein stärkerer Fokus des BIPAMs auf die Kinder- und Jugendgesundheit eingefordert wurde mit einer stetigen Beteiligung des KJGD sowie partizipative Bottom-Up Prozesse mit Feedback-Mechanismen. Aufgrund von neuen zu erwartenden Herausforderungen sollte das BIPAM zudem flexible und selbstlernende Strukturen aufweisen, die eine verbesserte Krisenstandhaftigkeit ermöglichen. Die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit ist ebenfalls eine wichtige Zielsetzung, da die soziale Herkunft einen sehr starken Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat. Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit sollten sich zusammenschließen und sich noch engagierter für eine Transformation und eine stärkere Berücksichtigung der Kinder- und Jugendgesundheit einsetzen, die bisher in der Debatte um das BIPAM kaum eine Rolle spielt.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	
Inhaltsverzeichnis	
Einleitung	1
1 Theoretischer Hintergrund.....	4
1.1 Kinder- und Jugendgesundheit	4
1.1.1 Definitionen grundlegender Begriffe	4
1.1.2 Die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland.....	7
1.1.3 Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf ihre Gesundheit.....	7
1.1.4 Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in Deutschland.....	9
1.2 Das Öffentliche Gesundheitssystem in Deutschland	12
1.2.1 Definitionen grundlegender Begriffe	12
1.2.2 Geschichte einer zentralen Gesundheitsbehörde in Deutschland.....	14
1.2.3 Aktuelle Entwicklungen des Öffentlichen Gesundheitssystems	16
1.2.4 Errichtung des neuen Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin	17
1.2.5 Besonderheiten, Chancen und Herausforderungen des Öffentlichen Gesundheitssystems..	19
1.3 Transformation von Systemen.....	21
1.3.1 Definitionen grundlegender Begriffe	21
1.3.2 Anwendung des Systems Thinking-Ansatzes auf Gesundheitssysteme	24
1.3.3 Besonderheiten bei der Transformation von Gesundheitssystemen	26
1.3.4 Besonderheiten bei der Transformation im öffentlichen Raum	27
1.3.5 Besonderheiten bei der Transformation der Öffentlichen Gesundheit in Deutschland	28
2 Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit	29
2.1 Methodik.....	29
2.2 Potentielle Hebelpunkte	30
2.2.1 Potentielle Hebelpunkte für eine Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems	31
2.2.2 Potentielle Hebelpunkte zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit	34
3 Expert*inneninterviews zum potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit	50
3.1 Interview mit Dr. Korebrits	50
3.1.1 Angaben zur Person	50
3.1.2 Hauptaussagen.....	50

Inhaltsverzeichnis

3.1.3	Potentielle Hebelpunkte	52
3.2	Interview mit Prof. Dr. Paulus	52
3.2.1	Angaben zur Person	52
3.2.2	Hauptaussagen.....	53
3.2.3	Potentielle Hebelpunkte	54
3.3	Interview mit Jun.-Prof. Dr. Augenstein.....	55
3.3.1	Angaben zur Person	55
3.3.2	Hauptaussagen.....	55
3.3.3	Potentielle Hebelpunkte	56
4	Diskussion.....	59
	Danksagung	76
5	Literaturverzeichnis.....	77
6	Anhang	92
6.1	Abbildungen und Tabellen	92
6.2	Hinweise zum Datenschutz und zur Verwendung der Daten für die Interviewten.....	99
6.3	Interview mit Dr. Korebrits	101
6.4	Interview mit Prof. Dr. Paulus	107
6.5	Interview mit Jun.-Prof. Dr. Augenstein.....	114
7	Weitere Verzeichnisse.....	123
	Abbildungsverzeichnis.....	123
	Tabellenverzeichnis.....	124
	Abkürzungsverzeichnis.....	125
	Erklärung gemäß § 13 Abs. 6 der RPO	126

Einleitung

Die Weichen für eine gesunde Entwicklung der Menschen werden bereits im Kindesalter gestellt, daher haben Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern einen besonders hohen individuellen und gesamtgesellschaftlichen Nutzen (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022, S. 1; Iseke & Thyen, 2020, S. 944; WHO, 2018, S. 1). Obwohl sich die allgemeinen Lebensbedingungen sowie die medizinischen Standards für Kinder und Jugendliche in den letzten Jahrzehnten in Deutschland erheblich verbessert haben, kam es zu einem Anstieg der chronischen und psychischen Erkrankungen sowie von Entwicklungsstörungen (Kuntz et al., 2018, S. 19). Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen ist nach wie vor in einem hohen Maß vom sozio-ökonomischen Status der Familie abhängig (Kuntz et al., 2018; Poethko-Müller, Kuntz, Lampert, & Neuhauser, 2018). Die Covid-19-Pandemie hat diese Situation noch einmal verschärft, insbesondere in Bezug auf die psychische Gesundheit (Ravens-Sieberer et al., 2020; Schlack et al., 2023). Zahlreiche Gesundheitssysteme dieser Welt waren in der Pandemie herausgefordert (Bantel, Buitkamp, & Wünsch, 2021; Hunter & Bengoa, 2023, S. 14; Kluge, Azzopardi-Muscat, Figueras, & Mckee, 2023, S. 1; Teo et al., 2023, S. 1) und viele von ihnen befinden sich aktuell in transformativen Prozessen (Hunter & Bengoa, 2023, S. 14). Auch seit Jahren bestehende Defizite des Öffentlichen Gesundheitssystems in Deutschland sind durch die Covid-19-Pandemie offen zu Tage getreten (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., 2024; Bundesverband Managed Care e.V., 2022; Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2022; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022; Exner, Bunte, Gleich, Heudorf, & Walger, 2023a; Gesunde Städte-Netzwerk, 2022; Kompetenznetz Covid-19, 2021; Zukunftsforum Public Health, 2023). Durch die voranschreitende Klimakrise gibt es zudem eine Zunahme an neuen Gefahren und Erkrankungen durch Hitzefolgen, Extremwetterereignisse und Naturkatastrophen (Ballast, 2021; K. Fischer, 2023; Murawski et al., 2023; Teo et al., 2023, S. 1; WHO, 2023, S. 3). Dies alles kommt zum demographischen Wandel und zum Fachkräftemangel hinzu (Kus, Kajüter, Arlinghaus, & Teuteberg, 2022, S. 1577; WHO, 2023, S. 3). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen und in der Pflege kommt zu dem Schluss, dass die medizinische Versorgung der Menschen innerhalb der bisherigen Strukturen zukünftig nicht mehr gedeckt werden kann (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der

Pflege, 2024, S. 4–5). Das Öffentliche Gesundheitssystem, insbesondere der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), ist jedoch in der Verantwortung, die Gesundheit der gesamten Bevölkerung so gut wie möglich zu erhalten, kontinuierlich zu verbessern und vor neuen Gefahren zu schützen (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 18). In Deutschland gibt es jedoch eine historisch bedingte zersplitterte, heterogene und nicht systematisch aufeinander abgestimmte Landschaft an Akteur*innen im System der Öffentlichen Gesundheit (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al., 2015, S. 69; Hommes et al., 2022, S. 96; Zukunftsforum Public Health, 2023, S.1). Weiterhin fehlt ein einheitliches, themen- und institutionen-übergreifendes Präventionsverständnis (Wieda, Grohs, & Beinborn, 2020) sowie eine nationale Public Health Strategie (Sell, De Bock, & Thyen, 2021; Sell, Kuhn, et al., 2021; Zukunftsforum Public Health, 2021, 2023). Eine Koordination dieser komplexen Strukturen ist daher dringend notwendig und zählt zu den dringlichsten Aufgaben des 21. Jahrhunderts (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al., 2015, S. 3; Rosenbrock & Geene, 2023, S. 2; Zukunftsforum Public Health, 2023). Die Leopoldina empfahl bereits 2015 in einer Stellungnahme eine nationale Public Health Strategie (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al., 2015, S. 10–12) und hatte u.a. auch die Gründung eines deutschen Instituts für Public Health vorgeschlagen (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al., 2015, S. 11). Im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien aus dem Jahr 2021 wurde die Gründung eines neuen Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit festgehalten (Koalitionsvertrag SPD & BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN & FDP, 2021, S. 83–84). Im Oktober 2023 wurden erste Inhalte und Schwerpunkte des nun „Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin“ (BIPAM) genannten Instituts öffentlich (Bundesministerium für Gesundheit, 2023c). Das neue Institut befindet sich aktuell in der Errichtungsphase. Es ist die Hoffnung entstanden, dass das Institut das Öffentliche Gesundheitssystem transformieren könnte. Viele Fachgesellschaften, Netzwerke, Verbände etc. hatten sich mit Forderungen, Wünschen und Kritik zum neuen Bundesinstitut zu Wort gemeldet.

Es erscheint sinnvoll, einen potentiellen Transformationsprozess aus der Perspektive der Transformationswissenschaft zu untersuchen. Das Systemdenken ist ein geeigneter Denkansatz für die Untersuchung eines Gesundheitssystems (Hauerwaas & Weisenfeld, 2017, S. 351–352). Meadows folgte dem Ansatz des Systemdenkens und entwickelte potentielle Hebelpunkte, um in ein System zu intervenieren und zu einer Transformation eines Systems beitragen können (Meadows, 1999). Bisher gibt es jedoch nur wenig Forschung zur Transformation von Gesundheitssystemen (Best et al., 2012; Hunter & Bengoa, 2023; Milella, Minelli, Strozzi, &

Croce, 2021; Teo et al., 2023, S. 1) und keine Forschungsarbeiten, welche sich auf das BIPAM beziehen.

Folgenden Fragestellungen soll in dieser Masterarbeit nachgegangen werden:

1. Inwiefern kann das BIPAM zu einer Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems beitragen?
2. Inwiefern kann das BIPAM zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit beitragen?

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurden die Stellungnahmen von Fachgesellschaften, Netzwerken, Verbänden und Institutionen zum neuen Bundesinstitut auf potentielle Hebelpunkte für eine Transformation und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit untersucht sowie Expert*inneninterviews geführt.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Erkenntnisgewinn zum Potential des BIPAM für eine Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems zu leisten und dazu, dass die Transformationsforschung in der Public Health Forschung zunehmend berücksichtigt wird. Ein besonderer Fokus soll dabei auf die Kinder- und Jugendgesundheit gerichtet werden.

Die Masterarbeit ist dabei folgendermaßen gegliedert: Im ersten Teil der Arbeit wird zunächst der theoretische Hintergrund beleuchtet, der zur Beantwortung der Fragestellung notwendig ist. Dabei wird auf die Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland eingegangen, auf das Öffentliche Gesundheitssystem und auf das Thema der Transformation. Im Zweiten Kapitel werden die Stellungnahmen zunächst auf die entsprechenden potentiellen Hebelpunkte untersucht und im dritten Teil der Masterarbeit werden anhand von Expert*inneninterviews weitere Impulse zur Beantwortung der Fragestellung gewonnen, um den Erkenntnisgewinn zu erhöhen. Abschließend werden im vierten Kapitel die Ergebnisse zusammengefasst, eingeordnet und diskutiert.

1 Theoretischer Hintergrund

1.1 Kinder- und Jugendgesundheit

„Was soll einem Staat geraten werden, der den allgemeinen Wohlstand mehren, die Wirtschaft universell fördern, zugleich die Armut bekämpfen und für mehr Chancengerechtigkeit sorgen will? Die Antwort ist simpel: Investiert in die frühe Kindesentwicklung. Eine Investition in die frühe Kindesentwicklung ist für jedermann gut- für Regierungen, Unternehmen, Kommunen, Eltern, Betreuer*innen und vor allem für Babys und Kleinkinder“ (Iseke & Thyen, 2020, S. 944–945; WHO, 2018, S. 1). Primär wirtschaftliche Argumente reichen jedoch nicht weit genug, denn es geht auch um die Sicherung von Bürgerrechten, von Lebensqualität und Wohlbefinden (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al., 2015, S. 21). Für eine nachhaltig gesunde Gesellschaft ist daher ein gelingendes Aufwachsen in gesundheitlicher Chancengerechtigkeit eine Grundvoraussetzung. In kaum einem anderen Handlungsfeld kann ein vergleichbarer „Social Return of Invest“ erwirtschaftet werden als bei einer Investition in die Kindheit und Jugend (Iseke & Thyen, 2020, S. 946). Zudem ist wissenschaftlich bekannt, dass das Gehirn in der Periode von der Schwangerschaft bis zu einem Alter von 3 Jahren schneller als in jeder späteren Lebensphase wächst und es sich um ein überaus wertvolles Zeitfenster handelt (WHO, 2018, S. 1).

1.1.1 Definitionen grundlegender Begriffe

Gesundheit:

Die bekannteste und am häufigsten zitierte Definition der WHO von 1948 wird zunehmend als problematisch empfunden (Bundesärztekammer, 2011; Franzkowiak & Hurrelmann, 2022). Sie lautet: "Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 2020, S. 1). In dieser Arbeit wird sich auf eine dynamischere Definition von Hurrelmann und Richter bezogen: „Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147).

Salutogenese: Das Modell der Salutogenese von Antonovsky ist ein Gegenbegriff zur Pathogenese und geht der Frage nach wie Gesundheit entsteht und wie Menschen trotz Risiken gesund bleiben können (Faltermaier, 2023).

One Health, Global Health & Planetary Health:

„One Health (auf Deutsch: die eine Gesundheit) ist ein integrierter, zusammenfassender Ansatz, der darauf abzielt, die Gesundheit von Menschen, Tieren und Ökosystemen nachhaltig auszugleichen und zu verbessern. Hierbei wird anerkannt, dass die Gesundheit von Menschen, Haus- und Wildtieren, Pflanzen und der erweiterten Umwelt (einschließlich der Ökosysteme) eng miteinander verbunden und voneinander abhängig sind“ (Adisasmito et al., 2022, S. 2). Global Health (auf Deutsch: Globale Gesundheit) wird hingegen „...als interdisziplinäres Gebiet beschrieben, das alle Themen umfasst, die Gesundheit von Menschen auf Bevölkerungsebene betreffen, einer globalen Zusammenarbeit bedürfen und bei denen gesundheitliche Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit eine große Rolle spielen“ (Koplan et al., 2009, S. 1995). "Planetary Health (auf Deutsch: Planetare Gesundheit) befasst sich mit den Zusammenhängen zwischen der menschlichen Gesundheit und den politischen, ökonomischen und sozialen Systemen, sowie den natürlichen Systemen unseres Planeten, von denen die Existenz der menschlichen Zivilisation abhängt." (Whitmee et al., 2015, S. 386) Bei allen 3 Begriffen wird die englische Version fast ausschließlich auch im Deutschen verwendet, entsprechend wird es auch in der vorliegenden Arbeit gehandhabt.

Health in all Policies (HiAP):

HiAP (auf Deutsch: Gesundheit in allen Politikfeldern) ist „...ein Konzept für eine Politik in allen Sektoren, die systematisch 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“ (WHO, 2013, S. 17). Auch in diesem Fall wird im Deutschen überwiegend der englische Begriff genutzt und ebenso wird er in der Masterarbeit verwendet.

Prävention und Gesundheitsförderung:

Die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung werden laut Franzkowiak zwar von einigen Autor*innen pragmatisch gleichgesetzt (Franzkowiak, 2022). Diese Arbeit folgt jedoch einer genaueren Unterscheidung beider Begriffe, da der Ansatz der Prävention die Krankheitsperspektive und der Ansatz der Gesundheitsförderung die salutogenetische Perspektive einnimmt (Kaba-Schönstein, 2018). Prävention, genauer: Krankheitsprävention, bezeichnet demnach alle Maßnahmen, die auf Vermeidung, Verringerung/Abschwächung oder

zeitliche Verschiebung von Gesundheitsstörungen abzielen (Franzkowiak, 2022). Dabei wird die Primärprävention (Krankheitsverhütung, Risikosenkung und Risikoeliminierung), Sekundärprävention (Krankheitsfrüherkennung und -eindämmung) und Tertiärprävention (Verhütung der Verschlimmerung einer bereits manifestierten Krankheit) unterschieden (Franzkowiak, 2022). Eine weitere Unterscheidungsmöglichkeit sind die Verhaltens- und Verhältnisprävention. Dabei hat die Verhaltensprävention das Ziel einer Änderung von Verhaltensmustern bei Einzelpersonen und Gruppen ohne expliziten Kontextbezug und die Verhältnisprävention bezeichnet die Gesamtheit struktureller und politischer Eingriffe zur Veränderung der gesundheitsrelevanten ökologischen, sozialen, kulturellen und technisch-materiellen Umwelten und Settings (Franzkowiak, 2022).

Gesundheitsförderung hingegen ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit zu verbessern (WHO, 1997, S. 3). Der Setting-Ansatz (auch Lebenswelt-Ansatz) stellt die Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar und betont, dass die Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen gesundheitsförderlichen bzw. -erhaltenden oder auch gesundheitsbelastenden individuellen, sozialen oder ökologischen Einflussfaktoren ist (Hartung & Rosenbrock, 2022).

Das Konzept der Präventionskette beschreibt integrierte kommunale Gesamtstrategien, welche die vielfältigen unterstützenden Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention strategisch, ziel- und lebensphasenorientiert aufeinander abstimmen und darauf ausgerichtet sind, ein umfassendes tragfähiges Netz an Unterstützung unter Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und Familien zu entwickeln (Richter-Kornweitz, Holz, & Kilian, 2023; Richter-Kornweitz & Kruse, 2023). Es knüpft an die Konzepte von HiAP (s.o.), die salutogenetische Perspektive (s.o.) und den Setting-/Lebensweltenansatz an.

Health Literacy:

Als Health Literacy (auf Deutsch: Gesundheitskompetenz) bezeichnet man die "...Fähigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden" (RKI, 2022b). Sie kann als entscheidender Faktor angesehen werden, um gesund zu bleiben bzw. gesünder zu werden.

1.1.2 Die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland

Die KiGGS-Studien belegen zwar, dass die Mehrheit der Kinder in Deutschland gesund aufwachsen, allerdings ist eine Verschiebung des Krankheitsspektrums von akuten zu chronisch-körperlichen und von körperlichen zu psychischen Gesundheitsstörungen festzustellen (Richter-Kornweitz & Kruse, 2023; Schulz, Zhu, Kroll, & Czihal, 2020, S. 3). Darüber hinaus zeigen die wissenschaftlichen Daten, dass eine gute und gesunde Entwicklung nach wie vor stark vom sozio-ökonomischen Status der Familien abhängig ist (Kuntz et al., 2018; Poethko-Müller et al., 2018). Psychosoziale Belastungen für Kinder und Jugendliche sind zudem deutlich gestiegen (Andersen, Lips, Rusack, Schröer, & Thomas, 2020; Andresen et al., 2023, o. J.; Gassman-Pines, Oltmans Ananat, & Fitz-Henley, 2020; Lips, 2021; Ravens-Sieberer et al., 2020). Die Covid-19-Pandemie hat diese Situation noch einmal deutlich verschärft (Bantel et al., 2021; Ravens-Sieberer et al., 2020; Schlack et al., 2023). Zudem gilt es neue Phänomene zu beachten wie z.B. die Klimaangst (Stiftung Kindergesundheit, 2023, S. 4). Auch die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland steht zunehmend unter Druck. Die Belastung der klinisch tätigen und der niedergelassenen Kinderärzt*innen wird immer größer. In der klinischen Akutversorgung gibt es einen Mangel an Betten auf den Stationen, Personalmangel und zum Teil Schließungen von Kinderkliniken. Weiterhin finden viele Familien nur noch schwer niedergelassene Kinderärzt*innen. Insbesondere die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen steht unter starkem Druck, z.B. in Sozialpädiatrischen Zentren bei zunehmenden Ärzt*innen-Mangel und erhöhtem Bedarf (Sell, De Bock, et al., 2021, S. 1810–1812; Stiftung Kindergesundheit, 2022, S. 10–13).

1.1.3 Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf ihre Gesundheit

Eine Frage, die nur auf den ersten Blick einfach zu beantworten ist. Brazelton und Greenspan haben die Grundbedürfnisse von Kindern wie folgt zusammengetragen: das Bedürfnis nach beständigen und liebevollen Beziehungen, das Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit, Sicherheit und Regulation, das Bedürfnis nach Erfahrungen, die auf individuelle Unterschiede zugeschnitten sind, das Bedürfnis nach entwicklungsgerechten Erfahrungen, das Bedürfnis nach Grenzen und Strukturen, das Bedürfnis nach stabilen unterstützenden Gemeinschaften und nach kultureller Kontinuität, das Bedürfnis, die Zukunft zu sichern, soweit es geht (Brazelton & Greenspan, 2002, S. 31–303). Laut des „Nurturing Care for early childhood development framework“ der WHO brauchen Kinder für eine gesunde Entwicklung eine verlässliche, sichere

und liebevolle Umgebung mit der richtigen Nahrung sowie Stimulation und Möglichkeiten des frühen Lernens von ihren Eltern bzw. Betreuer*innen (WHO, 2018, S. 1; 7–16). In diesem Modell werden diese Bedürfnisse von Kindern in den Mittelpunkt der globalen Strategie der WHO gestellt, was die zentrale Rolle mehr als deutlich macht (siehe Abb. 3 im Anhang).

Die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sind in der Öffentlichen Gesundheitspolitik bislang vernachlässigt worden und müssen stärker berücksichtigt werden (Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2024, S. 2). Kinder haben nur eine kleine Lobby (K. Fischer, 2023; Jakab, 2022) und gleichzeitig gibt es innerhalb des Gesundheitssystems viele Akteur*innen und Organisationen, welche durch persönliche Interessen angetrieben werden und eine große Lobby haben (Teo et al., 2023, S. 2). Als ein Beispiel kann die Medikamentenversorgung und -forschung dienen. Es gibt nach wie vor viele Medikamente, die für Kinder und Jugendliche genutzt werden, aber nur an Erwachsenen getestet wurden (Stiftung Kindergesundheit, 2022, S. 14) und es herrschen seit langer Zeit Engpässe und Lieferschwierigkeiten vor allem für pädiatrische Medikamente. Auch während der Covid-19-Pandemie wurden die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend beachtet-
gar vernachlässigt (Ravens-Sieberer et al., 2020; Schulze, 2022; Stiftung Kindergesundheit, 2023, S. 23). So musste Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Lauterbach eingestehen, dass man in Bezug auf Kinder und Jugendliche zu streng war und die Maßnahmen zu spät gelockert hat (Hassenkamp, Knobbe, & Tietz, 2024). Es ist daher essentiell, eine umfassende Anwaltschaft für die gesundheitlichen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen zu übernehmen (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022, S. 3; Iseke & Thyen, 2020, S. 946; WHO, 2018). Insbesondere auch für Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihrer sozialen Lebensbedingungen oder durch besondere Teilhabe einschränkungen einer besonderen Unterstützung bedürfen (Ayers & Riddle, 2024; Iseke & Thyen, 2020, S. 946). Dennoch sollte beachtet werden, dass wir uns in der Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen meist auf Erkenntnisse beziehen, die von erwachsenen Bezugspersonen geäußert wurden bzw. von Fachgesellschaften und Wissenschaftlern, die selbst nicht mehr Kinder und Jugendliche sind (JDAV, 2020, S. 1).

Nicht zuletzt haben Kinder und Jugendliche ein Recht auf Gesundheit, welches in der UN-Kinderrechtskonvention aus dem Jahr 1989 festgehalten ist und welche von Deutschland 1992 ratifiziert wurde (UNICEF, 1992). Im Artikel 24 heißt es: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der

Gesundheit“ (UNICEF, 1992, S. 28). Weiterhin soll die “Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health” der WHO genannt werden, welche das Herz der “Sustainable Development Goals” bildet. Dabei geht es um die Vision einer Welt, in welcher jede Frau, jedes Kind und alle Jugendlichen ihre Rechte auf Gesundheit und Wohlergehen verwirklichen können (WHO, 2018, S. 2).

1.1.4 Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in Deutschland

Kinder und Jugendliche stellen die wohl wichtigste Zielgruppe für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung dar. Je früher Prävention ansetzt, desto eher hilft sie gegen gesundheitliche Chancenungleichheit (WHO - Commission on Social Determinants of Health, 2008, S. 50–52). Insbesondere die Prävention und öffentliche Gesundheitsförderung scheint in Deutschland im internationalen Vergleich jedoch deutlich schlechter entwickelt zu sein und gilt als ausbaufähig (Egger & Fenner, 2021; Klemperer, 2020, Flügel, 2020; Hurrelmann, Laaser & Razum, 2012). Dies wird oft mit dem deutschen geschichtlichen Hintergrund erklärt, welcher die Öffentliche Gesundheitsfürsorge und Prävention stark diskreditiert hat (Egger & Fenner, 2021; Klemperer, 2020, Flügel, 2020; Hurrelmann, Laaser & Razum, 2012) (siehe Kapitel 1.2.2). Dennoch gibt es einige Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche und einige davon sind auch gesetzlich verankert. Die wichtigsten Angebote, die überwiegend der Krankheitsprävention zugerechnet werden können, sollen zusammenfassend kurz dargestellt werden:

- **Das Neugeborenen-Screening:** Bis 2022 wurden in Deutschland seit der Einführung des Neugeborenen-Screenings im Jahre 1969 mehr als 34 Millionen Kinder auf seltene Stoffwechselerkrankungen, Endokrinopathien und seit einigen Jahren auch auf Mukoviszidose getestet. Bei mehr als 14.000 Kindern konnte somit frühzeitig eine angeborene Erkrankung festgestellt werden (Krude & Spiekerkötter, 2022, S. 306). Geregelt sind die Grundzüge des Screeningverfahrens in der vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzt*innen und Krankenkassen gemäß § 26 SGB V beschlossenen Kinder-Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten in den §13 bis 28 sowie §§29 bis 42. Darüber hinaus unterliegt sowohl das erweiterte Neugeborenen-Screening als auch das Mukoviszidose-Screening den Regelungen des Gendiagnostikgesetzes (AWMF online, 2019, S. 3)

- **Die Vorsorgeuntersuchungen bzw. Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche:** Es handelt sich um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in § 26 SGB V (Bundesministerium der Justiz, 1988b) und in der Kinderrichtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und in der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie verankert (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017, 2023). Kinder und Jugendliche werden hier in regelmäßigen Abständen ab der Geburt von Kinder- und Jugendärzt*innen untersucht. In manchen Bundesländern sind bestimmte Vorsorgeuntersuchungen sogar verpflichtend. Evaluationen gibt es zur Nutzung der Vorsorgeuntersuchungen und zur Gestaltung des dazugehörigen gelben Heftes (Haaß et al., o. J.), aber nicht zum direkten Beitrag zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit. Eine große Langzeitstudie aus Dänemark zeigt, dass die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen keine Hinweise auf einen Zusammenhang mit einer Besserung von Adipositas im Kinder- und Jugendalter gezeigt hat (Heuckendorff, Eggertsen, Thomsen, & Fonager, 2022) und eine internationale Cochrane-Analyse zeigt, dass durch Vorsorgeuntersuchungen (hier jedoch auf Erwachsene bezogen) die Mobilität und Mortalität nicht beeinflusst wird (Krogsboll, 2012).
- **Impfungen:** Impfungen sind in der Schutzimpfungs-Richtlinie des Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach §20i Absatz 1 SGB V festgeschrieben (Bundesministerium der Justiz, 2024; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024). Alle von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen werden in Deutschland von den Krankenkassen übernommen, um die Kinder und Jugendlichen vor einer Vielzahl von Erkrankungen zu schützen. Die Ständige Impfkommission entwickelt die Empfehlungen und berücksichtigt dabei nicht nur deren Nutzen für das geimpfte Individuum, sondern auch für die gesamte Bevölkerung (RKI, 2023). Den Daten des RKI zufolge sind die Impfquoten seit der Pandemie nicht gesunken und seit dem Masernschutzgesetz sogar gestiegen. Dennoch bleiben die Zahlen unterhalb der national und international gesetzten Impfquotenziele (RKI, 2022a, S. 3).
- **Schuleingangsuntersuchungen:** Ziel der Untersuchungen ist es festzustellen, ob das Kind den Anforderungen des Schulalltags körperlich und seelisch gewachsen ist, herauszufinden welche Unterstützungsbedarfe vorhanden sind und wo ggf. weitere Hilfen benötigt werden. Der gesetzliche Rahmen ist je nach Bundesland unterschiedlich geregelt (Bundesministerium für Gesundheit, 2006). Der Kinder- und Jugendärztliche

Dienst der Gesundheitsämter führt die Schuleingangsuntersuchungen durch. Sie sind ein wichtiger Teil der Gesundheitsberichtserstattung, die ebenfalls je nach Bundesland unterschiedliche Dokumentationen und Untersuchungsmethoden beinhaltet (Arnold et al., 2023; Ziese & Saß, 2020). Es konnte festgestellt werden, dass die Schuleingangsuntersuchungen in einem hohen Maß von Eltern, Schulen und Kinderärzt*innen als sinnvoll erachtet werden (Bode, 2017; Heudorf, Hauberg, & Karathana, 2021), aber es gibt darüber hinaus wenig Erkenntnisse darüber, ob sie zu einer Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen führen. In Sachsen werden auch im Kindergarten Vorsorgeuntersuchungen angeboten (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, 2024).

- **Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen:** Es besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Maßnahmen der Zahngesundheitsförderungen, sowohl als Gruppenprophylaxe in der Kita und in den Schulen. Die Untersuchungen werden meist vom Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst angeboten, aber auch von anderen Zahnärzt*innen bereits ab einem Alter von 6 Monaten (Bundesministerium der Justiz, 1988a). Laut einer Umfrage bei Patenzahnärzt*innen und Erzieher*innen werden die zahnärztlichen Vorsorgen mehrheitlich positiv eingeschätzt. Es konnte zudem ein Rückgang an schwerer Karies in den letzten 10 Jahren festgestellt werden. Ein kausaler Nachweis zu den Vorsorgen ist jedoch nicht sicher festzumachen (Borutta & Eicher, 2016).
- **Frühe Hilfen:** Die Frühen Hilfen sind ein Beispiel für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder im Alter von 0-3 Jahren in der Familie. Sie sind gesetzlich festgelegt im § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (Bundesministerium der Justiz, 2011). Ziel ist es, die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern insbesondere aus belasteten Familien frühzeitig zu erkennen und nachhaltig zu verbessern (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2024). Dabei ist die Vernetzung von Angeboten des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe und anderen relevanten Akteur*innen wie z.B. der Schwangerschaftsberatung und Frühförderung ein zentrales Anliegen (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2024). Es konnte eine signifikante Zunahme der Gesundheitskompetenz der Eltern nach der Betreuung im Rahmen der Frühen Hilfen belegt werden (Renner & Scharmanski, 2016, S. 3).

In Deutschland gibt es zusätzlich zu den o.g. staatlichen Angeboten sehr viele weitere Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung. Eine gute Übersicht über Projekte mit hohen

Standards, die überwiegend evaluiert wurden, bietet die Grüne Liste (Communities that care, 2024). Allerdings laufen viele Projekte kaum bis gar nicht koordiniert in den jeweiligen Settings ab. Im Jahre 2015 wurde das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ verabschiedet, welches den Stellenwert der Prävention erhöhen sollte. Hauptadressat dieser Reform waren die Krankenkassen, welche in Deutschland verpflichtet sind, einen großen Teil ihrer Einnahmen für Präventionsprojekte auszugeben (Thomas Gerlinger, 2021). U.a. die Kooperation der Akteur*innen in der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik soll mit dem Gesetz verbessert werden. Dies sei bisher jedoch noch nicht sonderlich erfolgreich verlaufen (Thomas Gerlinger, 2021).

1.2 Das Öffentliche Gesundheitssystem in Deutschland

1.2.1 Definitionen grundlegender Begriffe

Öffentliches Gesundheitswesen/-system:

„Das Öffentliche Gesundheitswesen umfasst alle Bereiche und Einrichtungen sowie das planmäßige Handeln der Akteur*innen des Gesundheitswesens, bzw. -systems, die der öffentlichen Hand zuzurechnen sind und der Gesundheit dienen“ (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 35–36). Die öffentliche Hand bezeichnet den gesamten öffentlichen Sektor, also die Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden), Sozialversicherungen und andere Körperschaften des öffentlichen Rechts (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 35–36).

Öffentliche Gesundheit & Public Health:

Diese beiden Begriffe werden in Deutschland zum Teil synonym verwendet, aber auch von verschiedenen Akteur*innen im Gesundheitswesen unterschiedlich verstanden und benutzt (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 34–42). „Unter Öffentlicher Gesundheit wird die Gesundheit aller Menschen in einem Zeitraum und in einem festgelegten geographischen Raum verstanden, unabhängig von Faktoren wie Staatsbürgerschaft oder Nationalität. Dabei handelt es sich um die Bestandsaufnahme eines Zustands“ (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 34). Für Public Health hingegen gibt es viele Definitionen. Azari & Borisch haben dazu eine detaillierte Übersichtsarbeit über die deutschsprachige Literatur erstellt (Azari & Borisch, 2023). Am häufigsten wird laut Teichert und Tinnemann (Teichert & Tinnemann, 2020) die Definition nach Acheson verwendet, welche auch die WHO nutzt. Im englischen Original heißt es: “Public health is the art and science of preventing disease, prolonging life and promoting health through

organized efforts of society” (Acheson, 1988, S. 1). An den unterschiedlichen Versionen zeigt sich jedoch bereits die Herausforderung bei der Übersetzung ins Deutsche. Folgende Übersetzung der Definition von Acheson verwendet das RKI: „*Public Health* ist die Wissenschaft und die Praxis der Verhinderung von Krankheiten, Verlängerung des Lebens und Förderung der Gesundheit durch organisierte Anstrengungen der Gesellschaft“ (RKI, 2016). Folgende Übersetzung wählten Teichert und Tinnemann, die ein Lehrbuch über den ÖGD herausgegeben haben: „*Öffentliche Gesundheit* ist die Kunst und Wissenschaft, Krankheiten vorzubeugen, die Gesundheit zu fördern und das Leben durch organisierte Anstrengungen der Gesellschaft zu verlängern“ (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 40). In Deutschland wurde der Begriff Public Health in den 1980er-Jahren aus dem Englischen eingeführt (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 40). Die direkte deutsche Übersetzung „Öffentliche Gesundheit“ hätte das Fach laut Maschewsky-Schneider zu sehr in Richtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes gerückt, von welchem man sich jedoch absetzen wollte (Maschewsky-Schneider, 2005, S. 1138) und wurde zukünftig an den deutschen Hochschulen und in Forschungseinrichtungen nicht mehr verwendet (Hurrelmann, Laaser, & Razum, 2016, S. 15). Die andere Übersetzungsmöglichkeit der Volksgesundheit wird aufgrund des deutschen Geschichtshintergrundes in Deutschland nicht verwendet (siehe Kapitel 1.2.2). Laut der Leopoldina ergeben sich aus den meisten Definitionen jedoch 3 gemeinsame Charakteristika von Public Health:

- Der Anwendungsbezug: Public Health ist Theorie und Praxis. Wissenschaftliche Erkenntnisse und ihre Anwendung sind immer miteinander verbunden.
- Der Bevölkerungsbezug: Im Gegensatz zur Individualmedizin bezieht sich Public Health auf die Gesundheit der Bevölkerung.
- Die Multi- bzw. Interdisziplinarität: Der umfassende Ansatz von Public Health führt dazu, dass eine Vielzahl von Einzeldisziplinen beteiligt sind und eine Vielfalt von Methoden genutzt werden. (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al., 2015; T. Gerlinger et al., 2012)

Es erscheint jedoch notwendig, den seit vielen Jahren bestehenden Public Health Begriff zu aktualisieren und an neue Aspekte und Herausforderungen anzupassen (Azari & Borisch, 2023, S. 7). Da sich die Errichtung des BIPAMs auf den deutschen Sprachraum bezieht wird in dieser Arbeit überwiegend der Begriff der Öffentlichen Gesundheit verwendet. Da jedoch in vielen Stellungnahmen der Begriff Public Health verwendet wird, wird er entsprechend pragmatisch dann auch weiter benutzt.

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD):

„Der ÖGD ist die Organisation von Dienststellen auf der Ebene von Bund, Ländern, Kreisen und Gemeinden, die dem Schutz, der Aufrechterhaltung und der Förderung der Gesundheit der Gemeinschaft und des Einzelnen dienen“ (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 35–36). Die gesetzlichen Grundlagen, nach denen der ÖGD tätig wird, sind zum Teil bundeseinheitlich geregelt, viele jedoch auch durch länderspezifische Gesetze und Verordnungen (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 36).

1.2.2 Geschichte einer zentralen Gesundheitsbehörde in Deutschland

Bereits im April 1870 wurde im deutschen Reichstag die Forderung nach der Errichtung einer zentralen Gesundheitsbehörde debattiert und 1877 nahm das Kaiserliche Gesundheitsamt seine Tätigkeit in Berlin auf (Exner et al., 2023; Teichert & Tinnemann, 2020, S. 52). Die Assanierung der Städte führte bereits zur Reduktion der Todesraten und einem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung noch bevor es Impfungen und Antibiotika überhaupt gab (Exner et al., 2023; Teichert & Tinnemann, 2020, S. 52). In den 1920er Jahren gab es erste Forschungsansätze im Bereich der Sozialhygiene als Wissenschaft von der Erhaltung und Mehrung der Gesundheit. Diese wurden jedoch vom totalitären NS-Regime eliminiert (Hurrelmann et al., 2016, S. 16). Weiterhin wurde mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten der ÖGD in den 1930er Jahren zu einer Ermittlungs- und Vollzugsbehörde, um u.a. das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ durchzusetzen (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 55). Nach Ende des Zweiten Weltkrieges und der deutschen Teilung war der ÖGD diskreditiert und verlor in der Bundesrepublik an Bedeutung (Egger & Fenner, 2021; Flügel, 2020; Hurrelmann et al., 2012; Klemperer, 2020; Teichert & Tinnemann, 2020). Klemperer spricht von einer sogenannten Public Health Lücke zwischen 1933 bis Mitte der 1980er-Jahre in Deutschland (Klemperer, 2020) ohne jedoch die Gründung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 1967 zu berücksichtigen (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 104) und die intensiven Public Health Bestrebungen, welche in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) unternommen wurden. In der DDR wurde an die öffentlichen Hygiene- und Sozialhygiene-Maßnahmen nach den Grotjahnschen Idealen angeknüpft (Nowak, Kolip, & Razum, 2022; Teichert & Tinnemann, 2020, S. 58) und es gab umfangreiche Bemühungen zur Prävention und Gesundheitsförderung, die im Mittelpunkt des Gesundheitssystems standen (Bischof, 1989; Ewert, 1991; Friedemann, 1990; IF DDR, 2022).

Hauptzielgruppen waren Kinder und Jugendliche sowie Schwangere und Mütter (Boßdorf & Grosch, 1995; Böttcher, 2022; Elkeles, Rosenbrock, & Schneider, 1991; Ewert, 1991; Grindel, 1991; IF DDR, 2022; Light, 1985; Manow, 1994; Niehoff & Schneider, 1991; Niehoff & Schrader, 1991; Ruban, 1981; Thießen, 2017). Es wurde zum Teil kritisch betrachtet, dass es zu einer kompletten Übernahme des Gesundheitssystems der BRD nach der Wiedervereinigung 1990 kam, anstatt Bewährtes aus beiden Systemen zu kombinieren (Stange, 1994; Thiele, 1990). Das Bundesgesundheitsamt existierte in der Nachfolge des Kaiserlichen Gesundheitsamtes und des Reichsgesundheitsamtes von 1952-1994 zunächst in den alten Bundesländern und im wiedervereinigten Deutschland nur für wenige Jahre. Denn infolge verunreinigter Blutpräparate mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) wurde das Bundesinstitut 1993-94 vom damaligen Bundesgesundheitsminister Seehofer aufgelöst (Laschet, 2019). Der Untersuchungsausschuss ergab Mängel im System der Arzneimittelsicherheit (Conrads, 2004; Untersuchungsausschuss des Deutschen Bundestags, 1994, S. 612), welche zu den bereits zuvor bestehenden jahrzehntelangen Versäumnissen hinzukamen (Laschet, 2019). Anschließend gab es im Wesentlichen drei Nachfolgeinstitute, die dem Bundesministerium für Gesundheit unterstellt wurden: Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, das Robert Koch-Institut (RKI) und das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin. Andere Bereiche des ehemaligen Bundesinstitutes gingen in das Umweltbundesamt, das Bundesinstitut für Risikobewertung, das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit und in das Friedrich-Loeffler-Institut (Bundesforschungsinstitut für Tiergesundheit) über (Exner et al., 2023, S. 6–7). Die Auflösung des Bundesinstituts und die zunehmende Zersplitterung ist bereits damals kritisch diskutiert worden (Exner et al., 2023, S. 8; Hoffmann, 1994). Conrads versucht in seinem Beitrag Lehren aus der Auflösung des Bundesinstituts zu ziehen (Conrads, 2004, S. 57). Eine echte Aufarbeitung verspricht jedoch das Forschungsprojekt „Das Bundesgesundheitsamt 1952-1994“ der Charité (Hess, Hinz-Wessels, & Hüntelmann, 2024), denn es gibt ansonsten dazu bisher nur Presseartikel und eine Analyse des letzten Leiters des Bundesgesundheitsamts (Großklaus, 2012). Nach der Re-Etablierung von Public Health in Deutschland Ende des 20. Jahrhunderts bildeten sich zahlreiche Ausbildungsstudiengänge an Universitäten und Hochschulen, dann stagnierte die Entwicklung jedoch über viele Jahre (Zukunftsforum Public Health, 2021, S. 17). Nur die Universität Bielefeld hatte eine eigenständige Fakultät für Gesundheitswissenschaften eingerichtet, die in diesem Jahr ihr 30-jähriges Bestehen feiert (Universität Bielefeld, 2024). Lehrstühle für das Fachgebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“

fehlten bis vor kurzem völlig und wegweisende Ansätze wie der „Schools of Public Health“ in Berlin und München bedürfen eines Mehrfachen an Ressourcen (Zukunftsforum Public Health, 2021, S. 17).

1.2.3 Aktuelle Entwicklungen des Öffentlichen Gesundheitssystems

In den letzten Jahren wurden bereits Schritte in Richtung einer Stärkung des Öffentlichen Gesundheitssystems unternommen. Das Zukunftsforum Public Health (ZfPH) und das Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit (NÖG), welches auf dem 2. Symposium des ZfPH ins Leben gerufen wurde, haben bereits zu einer verstärkten interdisziplinären Zusammenarbeit beigetragen (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 43). Das Zukunftsforum Public Health erarbeitete von 2017 bis 2021 ein umfangreiches Dokument, in welchem Eckpunkte einer Public Health Strategie für Deutschland vorgeschlagen wurden (Zukunftsforum Public Health, 2021). Mit der Verabschiedung eines Leitbildes für den ÖGD (siehe Abb. 4 im Anhang) 2018 auf der damaligen Gesundheitsministerkonferenz wurde die Grundlage für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst geschaffen (Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD“, 2018, S. 1). Allerdings werden viele Punkte davon bislang nicht umgesetzt. Zudem wurde eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung der Public Health Forschung und des ÖGD durch das Zukunftsforum Public Health und das auf dem 2. Symposium gegründete Nachwuchsnetzwerk Public Health initiiert (Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit, 2024; Teichert & Tinnemann, 2020, S. 43; Zukunftsforum Public Health, 2024). Weiterhin wurde 2023 die Deutsche Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen gegründet mit dem Ziel, eine interdisziplinäre Plattform für den fachlichen Austausch zu bieten und der wissenschaftlichen Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Forschung, Praxis und Lehre (DGÖG, 2023). Im selben Jahr wurde auch die Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit und Bevölkerungsmedizin gegründet mit dem Ziel der Förderung von Wissenschaft, Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Bevölkerungsmedizin durch Entwicklung fundierter fachlicher Standards und Leitlinien, regelmäßige Veranstaltungen für Mitarbeitende der Gesundheitsämter etc. und eigener unabhängiger evidenzbasierter Forschung (DGÖGB, 2023). In diesem Jahr wurde in Köln zudem ein erstes Institut für Öffentliches Gesundheitswesen gegründet (Skoetz, 2024) und der Aufbau von ersten Lehrstühlen für den ÖGD in Köln (Uniklinik Köln, 2023), Frankfurt (Goethe Universität Frankfurt am Main, 2024), Leipzig und Dresden (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen

Zusammenhalt, 2022) ist überwiegend gelungen. Auch der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst („Pakt ÖGD“) vom September 2020 als Reaktion auf die Überlastung vieler Gesundheitsämter im Rahmen der Covid-19-Pandemie war ein wichtiger Meilenstein (Böhm & Wiggerich, 2024). Mit dem Pakt soll der ÖGD in die Lage versetzt werden, sein breites Aufgabenspektrum künftig besser wahrzunehmen (Bundesministerium für Gesundheit, 2023b, S. 4). Er beinhaltet u.a. Finanzmittel für Personalzuwachs und Attraktivitätssteigerung, für die Digitalisierung, für den Auf- und Ausbau des deutschen elektronischen Meldesystems, die personelle Stärkung beteiligter Bundesbehörden sowie für Forschung und Evaluierung (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Die Umsetzung dieses Paktes wird bis Ende 2026 von einem unabhängigen Expertenbeirat begleitet (Böhm & Wiggerich, 2024). Laut des Zwischenberichts des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) konnte zusammenfassend insbesondere der angestrebte Personalzuwachs erreicht werden, allerdings sei man mit der Digitalisierung noch nicht so schnell vorangekommen wie erwartet (Bundesministerium für Gesundheit, 2023b).

1.2.4 Errichtung des neuen Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin

Im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien wurde ein Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit vereinbart (Koalitionsvertrag SPD & BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN & FDP, 2021, S. 83). In diesem wurde ausgeführt, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in einem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit am Bundesministerium für Gesundheit aufgehen soll. In dem neuen Bundesinstitut sollen die Aktivitäten im Public-Health Bereich, die Vernetzung des ÖGD und die Gesundheitskommunikation des Bundes angesiedelt sein (Koalitionsvertrag SPD & BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN & FDP, 2021, S. 83). Außerdem wurde eine Stärkung des ÖGD angekündigt, ein Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Schaffung eines nationalen Präventionsplanes (Koalitionsvertrag SPD & BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN & FDP, 2021, S. 83–84). Zahlreiche Fachgesellschaften, Institutionen, Netzwerke, Vereine und Expert*innen meldeten sich bereits nach der Veröffentlichung der Koalitionsvereinbarungen mit Wünschen und Vorschlägen zum neuen Bundesinstitut zu Wort (siehe Kapitel 2). Anschließend drangen lange Zeit kaum Informationen zu weiteren Einzelheiten des neuen Bundesinstitutes an die Öffentlichkeit. Am 4. Oktober 2023 gab es dann eine Pressekonferenz, auf welcher bekannt gegeben wurde, dass das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit zum „Bundesinstitut für Prävention und

Aufklärung in der Medizin" umbenannt wurde und die Themenschwerpunkte Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und Demenz sein werden. Weiterhin nahm Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach selbst Stellung zum aktuellen Zustand des Öffentlichen Gesundheitssystems: „Deutschland gibt so viel wie kein anderes EU-Land für Gesundheit aus, ist bei der Lebenserwartung aber trotzdem nur Durchschnitt. Es fehlt an wirksamer Vorbeugung, unser System ist zu stark auf Behandlung schon bestehender Krankheiten ausgerichtet. Deswegen gehen wir Strukturreformen an, die jahrelang liegengeblieben sind. Deshalb bauen wir zusätzlich ein neues Bundesinstitut auf, das Prävention und Information der Bevölkerung zu Volkskrankheiten verbessert. Gleichzeitig stärken wir das RKI, das sich beim Kampf gegen Infektionskrankheiten bewährt hat und das sich auf diese noch klarer spezialisieren kann“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2023c). Zusätzlich wurden auf der offiziellen Internetseite folgende Informationen zur Verfügung gestellt: „Das Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) folgt einem umfassenden Ansatz von Gesundheit – weg von der Fokussierung auf ein kuratives Gesundheitssystem hin zu einer sinnvollen Kombination aus Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2023c). Das BIPAM soll zukünftig weiterhin folgende Aufgaben übernehmen:

- Auswertung und Erhebung von Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, um politische und strategische Entscheidungen vorzubereiten und zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen zu evaluieren.
- Gesundheitskommunikation des Bundes auf Basis valider Daten zu Gesundheitsbedingungen, Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung.
- Übergreifende Vernetzung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.
- Vernetzung von Wissenschaft, Praxis, Politik und relevanten Akteur*innen.
- Frühzeitige Identifikation gesundheitlicher Bedürfnisse und Bedarfe sowie Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von nicht übertragbaren Krankheiten.
- Epidemiologische Forschung auf dem Gebiet der nicht übertragbaren Krankheiten, einschließlich der Erkennung und Bewertung von individuellen Risiken und sozialen Gesundheitsdeterminanten.
- Unterstützung von Studien zur Verbesserung der Primärprävention und Zusammenarbeit mit dem Forschungsdatenzentrum bei der Nutzung von künstlicher Intelligenz für epidemiologische Auswertungen.

- Aufbau eines Exzellenzzentrums für Modellierer im Gesundheitswesen (Bundesministerium für Gesundheit, 2023c).

Zur Struktur des BIPAMs wurde zusätzlich bekannt:

- Das Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) wird als selbständige Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des BMG errichtet.
- Das RKI bleibt für den Bereich der übertragbaren Erkrankungen (inkl. Biosicherheit) im Geschäftsbereich des BMG zuständig und wird als internationales Exzellenzzentrum gestärkt.
- Der Aufbau des BIPAMs erfolgt in drei Phasen: Ende 2023 soll der Gesetzgebungsprozess starten (Einleitung Ressortabstimmung; Kabinett Anfang 2024). Ab 2024 folgt die Transformationsphase. Mit Inkrafttreten des Gesetzes 2025 geht die BZgA in das Bundesinstitut über (Bundesministerium für Gesundheit, 2023c)

1.2.5 Besonderheiten, Chancen und Herausforderungen des Öffentlichen Gesundheitssystems

Laut einer Zusammenstellung von Hommes et al. konnten 2022 insgesamt 307 Akteur*innen ausgemacht werden (siehe Abb. 5 im Anhang), welche in der Öffentlichen Gesundheit aktiv tätig waren, davon u.a. 60 Fachgesellschaften und Berufsverbände, 49 Nichtregierungsorganisationen und 40 staatliche Akteur*innen (Hommes et al., 2022, S. 99). Dies macht die bereits beschriebene zersplitterte, heterogene und nicht systematisch aufeinander abgestimmte Public Health Landschaft noch einmal besonders deutlich (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al., 2015, S. 69; Hommes et al., 2022, S. 96; Zukunftsforum Public Health, 2023, S.1). Es besteht Konsens darüber, dass sich die wissenschaftliche Public-Health-Expertise in Deutschland auf hohem wissenschaftlichem Niveau befindet, jedoch ist sie zu zersplittert, um die Erwartungen an sie zu erfüllen (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al., 2015, S. 69).

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)

Der ÖGD nimmt eine tragende Rolle für die Öffentliche Gesundheit in Deutschland ein (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 18), daher soll er detaillierter betrachtet werden. Die Hauptaufgabe des ÖGD ist es „... gesundheitsfördernde Angebote räumlich und thematisch dort zu veranlassen und zu unterstützen, wo andernfalls Defizite mit nachteiligen gesundheitlichen Folgen zu befürchten sind.“ (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 87). Weiterhin

schützt er die Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren, beugt der Entwicklung von Krankheiten vor und fördert die Gesundheit (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 36). Der ÖGD ist durch folgende Besonderheiten und Chancen gekennzeichnet: Er ist neutral, gemeinwohlorientiert (ohne persönliche ökonomische Interessen), arbeitet interdisziplinär, multiprofessionell (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 23) und im Unterschied zur ambulanten und stationären Versorgung steht im ÖGD der bevölkerungsmedizinische Ansatz im Vordergrund (Böhm & Wiggerich, 2024; Teichert & Tinnemann, 2020). Die konkreten einzelnen Aufgaben unterscheiden sich auf Grundlage der jeweiligen Gesundheitsdienstgesetze der einzelnen Bundesländer. Gemeinsame Tätigkeitsschwerpunkte sind: Gesundheitsschutz (z.B. Infektionsschutz, Ausbruchs- und Krisenmanagement, umweltbezogener Gesundheitsschutz, Hygieneüberwachung von Krankenhäusern, Beratung und Information einschließlich Impfprävention, Medizinalaufsicht); Beratung und Information zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen; amtsärztliche Begutachtung; Plausibilitätsprüfung von Todesbescheinigungen; Gesundheitsförderung und Prävention (subsidiäre niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Gesundheitshilfen, insbesondere bei Personen mit besonderen Bedarfen, Kinder- und Jugendgesundheit, Mund- und Zahngesundheit, sozialmedizinische Aufgaben wie HIV- und andere sexuell übertragbare Erkrankungen, Schwangerenberatung, Sozialpsychiatrie, Suchtberatung); Koordination, Kommunikation, Moderation, Anwaltschaft, Politikberatung, Qualitätssicherung im Rahmen von Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Gesundheitskonferenzen, Öffentlichkeitsarbeit (Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD“, 2018, S. 3; Teichert & Tinnemann, 2020, S. 64–65). Auch das Zukunftsforum Public Health listet in einer Zusammenstellung auf, wie komplex die Koordination des ÖGD ist und benennt dabei ebenfalls mehr als 12 unterschiedliche Zuständigkeiten (Zukunftsforum Public Health, 2021, S. 13).

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)

Da der Schwerpunkt dieser Masterarbeit auf der Kinder- und Jugendgesundheit liegt, soll kurz auf die Arbeit des KJGD als Teil des ÖGD eingegangen werden. Ziel der Arbeit des KJGD ist es, dass Kinder und Jugendliche gesund aufwachsen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung gefördert werden. Er steht in enger Beziehung zu den öffentlichen Kinder-, Jugend- und Bildungseinrichtungen, besitzt vielfältige Kontakte zum medizinischen Versorgungssystem mit aufsuchender Wirkungsmöglichkeit und berät die politischen Gremien der Kommunen und Kreise. Entsprechend hat der KJGD eine bedeutende Schnittstellenfunktion (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 80). Zu den Aufgaben zählen u.a. gutachterliche Tätigkeiten

im Rahmen der Eingliederungshilfe, der Sonderpädagogik und Frühförderung sowie Reihen-Untersuchungen in Schulen, zum Teil auch in Kindergärten und Krippen (Teichert & Tinnemann, 2020, S. 80). Weiterhin spielt auch der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst eine wichtige Rolle bei der Kinder- und Jugendgesundheit. Im Jahr 2021 wurde das Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen verabschiedet und hat zum Ziel, Kinder und Jugendliche zu stärken, die besonderen Unterstützungsbedarf haben. Hauptbedeutung für die Arbeit des KJGD hat der Grundsatz, dass die Hilfen für Kinder und Jugendliche zukünftig aus einer Hand kommen sollen und nicht wie bisher von unterschiedlichen Stellen, welche oft nur unzureichend koordiniert wurden. Weiterhin sollen junge Menschen, Eltern und Familie durch das Gesetz mehr beteiligt werden (Partizipation) und die Prävention für Kinder und Jugendliche soll ausgebaut werden (Bundesministerium für Familie, 2021). Leider gibt es kaum öffentlich verfügbare Informationen zur Umsetzung und Wirkung des neuen Gesetzes, was vermutlich daran liegt, dass es noch relativ neu ist.

1.3 Transformation von Systemen

Die bisherige Literatur im Zusammenhang mit Transformation bezieht sich vor allem auf Unternehmen, Politik, Gesellschaft, Physik, Psychologie und Ökologie (Loorbach, Frantzeskaki, & Avelino, 2017, S. 600). Insbesondere in Deutschland hat das Wort Transformation seit des Hauptgutachtens des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU) mit dem Titel „Welt im Wandel- Gesellschaftsvertrag für eine Große Transformation“ aus dem Jahre 2011 eine Betonung, welche eng mit dem Thema Nachhaltigkeit verbunden ist, hin zu einer klimaverträglicheren Gesellschaft (WBGU, 2011; Wittmayer & Hölscher, 2017, S. 30). Zum Thema Transformation von Gesundheitssystemen gibt es bisher jedoch nur wenig Forschung (Best et al., 2012; Hunter & Bengoa, 2023; Milella et al., 2021; Teo et al., 2023, S. 1).

1.3.1 Definitionen grundlegender Begriffe

Transformation und Transition

Die Begriffe Transformation und Transition sind nicht einheitlich definiert und werden unterschiedlich genutzt (Wittmayer & Hölscher, 2017, S. 45–46). Einige Autor*innen benutzen die Begriffe synonym, denn etymologisch liegen beide Begriffe nah beieinander. Der

Bedeutungskern von „Transire“ ist hinübergehen bzw. übergehen (zu etwas, bzw. zu jemanden) und „transformare“ von umgestalten/umformen bzw. verwandeln (Brandt, 2014, S. 249). Auch die Übersetzung ins Englische bzw. aus dem Englischen ist eine Herausforderung. So wurde z.B. der WBGU-Bericht „Gesellschaftsvertrag für eine Große Transformation“ im Englischen mit „World in Transition – A Social Contract for Sustainability“ betitelt, obwohl es sich dort inhaltlich um eine Transformation handelt (Brandt, 2014, S. 249). Andere Autor*innen wählen hingegen eine genaue Unterscheidung und auch Brandt plädiert für eine begriffliche Schärfe (Brandt, 2014, S. 249). Diesem Beispiel folgt die vorliegende Masterarbeit.

Eine Transformation kann als „... umfassender sozioökonomischer, politischer und soziokultureller Veränderungsprozess verstanden...“ werden (Brandt, 2014, S. 249; Hölscher, Wittmayer, & Loorbach, 2018, S. 2).

Transitionen hingegen können als ein Wechsel zu bzw. einen Übergang von einem dynamischen Equilibrium zu einem anderen angesehen werden (Loorbach & Wijsman, 2013, p. 22) und sich auch auf Teilbereiche beziehen. Wittmayer & Hölscher stellen in ihrer Arbeit verschiedene Definitionen von Transformation und Transition gegenüber und leiten ebenfalls zusammenfassend ab, dass der Transformationsbegriff zur Bezeichnung von umfassenderen, gesamtgesellschaftlichen Veränderungsprozessen verwendet wird, während sich der Begriff der Transition vielmehr auf institutionell-politische Veränderungen innerhalb sozialer Systeme bezieht (Wittmayer & Hölscher, 2017, S. 46).

Transformationswissenschaft und transformative Wissenschaft

Die Transformationswissenschaft versucht zu verstehen, wie ein Transformationsprozess passiert (Göpel, 2016, S. 3). Bisher sei das wissenschaftliche Verständnis davon, wie Transformationen entstehen bzw. passieren, sehr klein (Bentz, O'Brien, & Scoville-Simonds, 2022, S. 497). Die Transformative Wissenschaft entwickelt hingegen Ansätze für ein Vorantreiben von Transformationsprozessen (Göpel, 2016, S. 3; WBGU, 2011, S. 23, 342–343), z.B. durch Entwicklung von Lösungen und Innovationen (WBGU, 2011, S. 23, 342–343). Dies erfordert systemische Betrachtungsweisen, inter- und transdisziplinäre Vorgehensweisen und die Beteiligung von verschiedenen Akteuer*innen (WBGU, 2011, S. 342–343).

Reallabore

Reallabore sind eine Form der Kooperation zwischen Wissenschaft und Zivilgesellschaft. Hierbei steht das gegenseitige Lernen in einem experimentellen Umfeld im Vordergrund. In Reallaboren wird Wissenschaft dabei selbst zum Transformationsakteur, dabei wird erhebliches intellektuelles Kapital für konkrete Transformationsprozesse mobilisiert (WBGU, 2014, S. 93).

Wandel (auf Englisch: Change)

Wandel kann als eine Art Oberbegriff gesehen werden für Veränderungsprozesse. In Abgrenzung zum einfachen Wandel, der eher eine Optimierung innerhalb eines bestehenden Systems ist, ändert transformativer Wandel (siehe oben) das System selbst (Mission Wertvoll, 2024). Es gibt noch weitere Unterscheidungsmöglichkeiten von Wandel, z.B. episodischer Wandel und kontinuierlicher Wandel (Weick & Quinn, 1999, S. 361), Wandel 1. Ordnung und Wandel 2. Ordnung (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974, S. 24–25) oder z.B. „Microchanges und Megachanges“ (Lorenzi & Riley, 2000, S. 121). Auf eine ausführlichere Ausführung der verschiedenen Unterscheidungsmöglichkeiten von Wandel wird verzichtet, weil dies den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde.

Change-Management ist entsprechend das Management von Wandel und ist ein in der Industrie entwickelter Ansatz, um auf die gewandelten Herausforderungen des Marktes zu reagieren (Busse, Schreyögg, & Gericke, 2006, S. 405). Change-Management kann Wandel aktiv steuern bzw. auslösen (Schichtel, 2016, S. 40). In dieser Arbeit wird der englische Begriff benutzt, weil der entsprechend deutsche Begriff Wandel-Management im deutschen Sprachgebrauch nicht vertreten ist.

Systems Thinking (ST)

Shaked und Schechter fassen die zahlreichen und verschiedenen Definitionen von Systems Thinking folgendermaßen zusammen: „Trotz des Fehlens einer gemeinsamen Definition für ST ist klar geworden, dass ST eine ganzheitliche Rahmenstruktur ist, welches alle Bestandteile eines Systems im Kontext und in Beziehung zu den anderen Teilen betrachtet und den Einfluss der Teile des Systems aufeinander und auf das gesamte System betont“ (Übers. d. Verf., Shaked & Schechter, 2013, S. 5). Complexity thinking ist eine Denkschule innerhalb des Systems Thinking, die entwickelt wurde, um bekannte Wissenslücken, aber auch unbekanntere Wissenslücken zu adressieren und aus diesen Merkmalen resultierende Unsicherheiten anzusprechen“ (Übers. d. Verf., Teo et al., 2023, S. 3). Im Gegensatz zum allgemeinen Systemdenken zielt das Komplexitätsdenken darauf ab in einem Umfeld, das durch geringe Gewissheit und wenig Übereinstimmung zwischen den Akteur*innen in Bezug auf Ursache und Wirkung gekennzeichnet ist, sinnvolle Entscheidungsprozesse zu finden (Stacey, 1996).

Design Thinking

Ist ein systematischer Prozess der Innovation, der danach strebt über einen empathischen Einbezug von verschiedenen Akteur*innen optimierte Lösungen zu entwickeln (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016) .

1.3.2 Anwendung des Systems Thinking-Ansatzes auf Gesundheitssysteme

Gesundheitssysteme sind komplexe adaptive Systeme, welche viele Menschen betreffen (Patient*innen, Versicherungen, Anbieter*innen von Gesundheitsleistungen, Regierungsbehörden, Wissenschaftler*innen etc.) die an Prävention, Diagnostik und Behandlung beteiligt sind (Krubiner & Hyder, 2014; Rouse, 2008). Um so ein System zu verändern, ist ein systemischer Zugang notwendig (Hauerwaas & Weisenfeld, 2017, S. 351–352). Auch die WHO empfiehlt einen Systems Thinking-Ansatz, um zu verstehen, wo und wie transformative und evidenzbasierte Verbesserungen in den Gesundheitssystemen stattfinden können (WHO, 2023, S. 6). Meadows ist wohl eine der bekanntesten Vertreterinnen des Systems Thinking-Ansatzes. Ihr Modell der Hebelpunkte zur Intervention in ein System scheint besonders geeignet für eine Anwendung auf eine potentielle Transformation eines Gesundheitssystems. Sie beschreibt zwölf Hebelpunkte, um in ein System zu intervenieren. Die Hebelpunkte nehmen laut Meadows von zwölf bis eins in ihrer Effektivität zu. Zwölf: Konstanten und Parameter, elf: Puffer, zehn: Infrastruktur & Materialflüsse, neun: Verzögerungen & Veränderungsrate, acht: Negative Feedback-Schleifen, sieben: Positive Feedback-Schleifen, sechs: Informationsfluss, fünf: Regeln des Systems, vier: Änderungsmöglichkeit der Systemstruktur, drei: Systemziele, zwei: Mindset von Paradigmen, eins: Überwinden von Paradigmen (Meadows, 1999, S. 3). Sprachlich sind die Hebelpunkte eher auf komplexe Systeme, wie die in Unternehmen, in einer Volkswirtschaft, in einer Stadt oder in einem Ökosystem ausgerichtet. Sie können aber auch auf andere Kontexte angewendet werden (Meadows, 1999, S. 1). Abson et al. haben die Hebelpunkte weiterentwickelt und fassten Meadows Hebelpunkte zu 4 Kategorien zusammen: Konstanten & Parameter, Puffer und Infrastruktur & Materialflüsse wurden zur Kategorie Parameter zusammengefasst; Verzögerungen & Veränderungsrate, negative Feedbackschleifen und positive Feedbackschleifen wurden zur Kategorie Feedbacks zusammengefasst; Informationsfluss, Regeln des Systems und Änderungsmöglichkeiten der Systemstruktur wurden zur Kategorie Design zusammengefasst und Systemziele, Mindset von Paradigmen und Überwinden von Paradigmen wurden zur Kategorie Absicht zusammengefasst (siehe Abb. 6 im Anhang) (Abson et al., 2017, S. 32). Auch andere Autor*innen haben sich dieser Vereinfachung angeschlossen und untersuchten verschiedene Themenbereiche auf potentielle Hebelpunkte für eine Transformation. So auch Fischer und Riechers, die jedoch die Parameter 12-10 zur Kategorie Material und die Parameter 9-7 zur Kategorie Prozesse zusammenfassten. Für die restlichen Parameter wählten sie ebenfalls die Kategorien Design und Absicht (J. Fischer & Riechers, 2019, S. 115). Sie entwarfen weiterhin eine Abbildung, welche die Hebelpunkte bildlich darstellt (siehe Abb. 7 im Anhang). Van der Zanden und Henzen fanden zu einer ähnlichen anwendungsbezogenen Zusammenfassung, ersetzten jedoch die Kategorien Parameter bzw. Material mit der Frage „Was?“ (Was wird verändert?). Die Kategorien

Feedbacks (bzw. Prozesse) und Design fassten sie noch einmal zusammen zu der anwendungsbezogenen Frage „Wie?“ (Wie wird etwas verändert?). Zudem ersetzten sie die Kategorie Absicht/Ziel mit der Frage „Warum?“ (Warum soll etwas verändert werden?) (van der Zanden & Henzen, 2024, S. 24–31, siehe auch Abb. 8 im Anhang). Auf der Grundlage der Adaptationen der genannten Autor*innen wurde im Rahmen dieser Arbeit eine eigene Abbildung entwickelt, welche vereinfachend darstellen soll, wie die Hebelpunkte nach Meadows zur Beantwortung der Fragestellung der Masterarbeit zusammengefasst worden sind und im weiteren Verlauf genutzt werden (siehe Abb. 1).

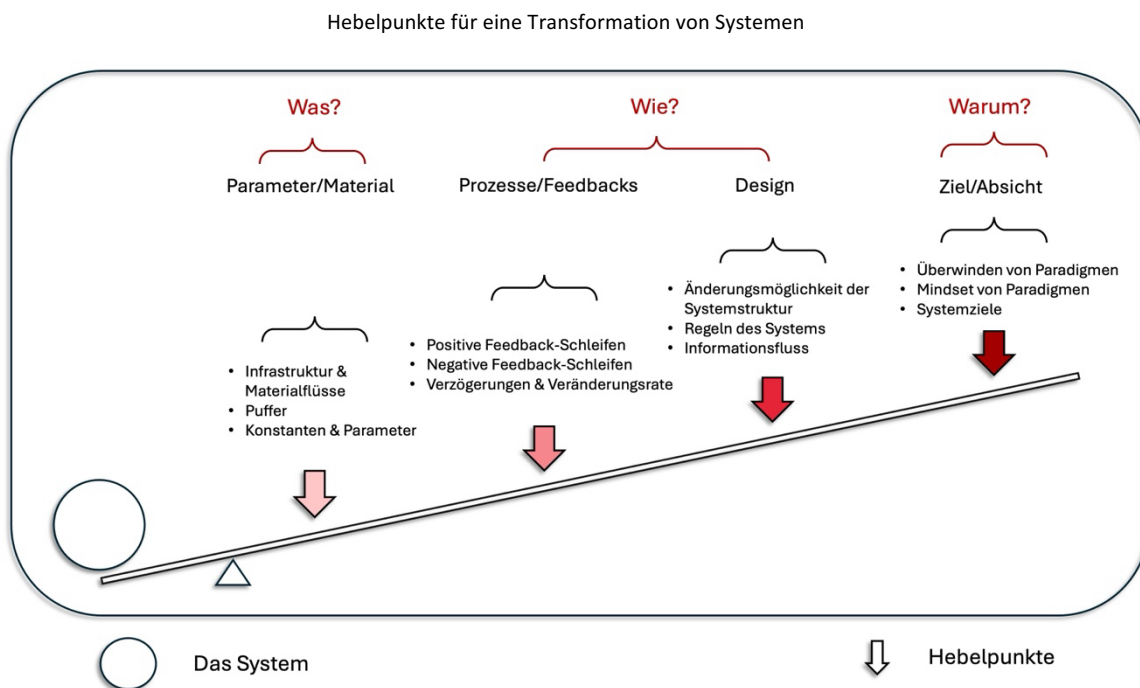


Abbildung 1: Hebelpunkte in einem System, eigene Darstellung, modifiziert nach: van der Zanden & Henzen, 2024, S. 25; Fischer & Riechers, 2019, S. 117; Abson et al., 2019, S. 32; Meadows, 1999, S. 3

Während der Systems Thinking-Ansatz für Innovationen mehr und mehr Aufmerksamkeit bekommt, um mit komplexen Fragestellungen im sozialen Feld umzugehen, gibt es überraschenderweise wenig Forschung zu Innovationen im System-Kontext für die Transformation von Gesundheitssystemen (Hauerwaas & Weisenfeld, 2020, S. 1). Eine Übersichtsarbeit von Jha et al. konnte in einem Review weltweit Studien ausmachen, die den Systems Thinking Denkansatz anwenden. Einige nutzen dabei die sogenannten „System Building Blocks“, sechs Sub-Systeme von Gesundheitssystemen, welche die WHO, dem

Systems Thinking-Ansatz folgend, vorschlägt (WHO, 2010, S. 6–9). Die Anwendung der Hebelpunkte nach Meadows auf den Bereich der Transformation von Gesundheitssystemen bzw. innerhalb von Gesundheitssystemen ist bisher wenig genutzt worden. Als ein Beispiel kann jedoch die Anwendung des Ansatzes auf einen Teilbereich des Gesundheitssystems dienen, die Organtransplantation in Deutschland (Hauerwaas & Weisenfeld, 2020). Die Anwendung der Hebelpunkte nach Meadows auf das Öffentliche Gesundheitssystem in Deutschland wird in einer der eigenen Abbildung 2 (s.u.) vereinfacht dargestellt. Diese Kategorisierung wird auch im Kapitel 2 bei der Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems in Bezug auf die Kinder- und Jugendgesundheit genutzt.

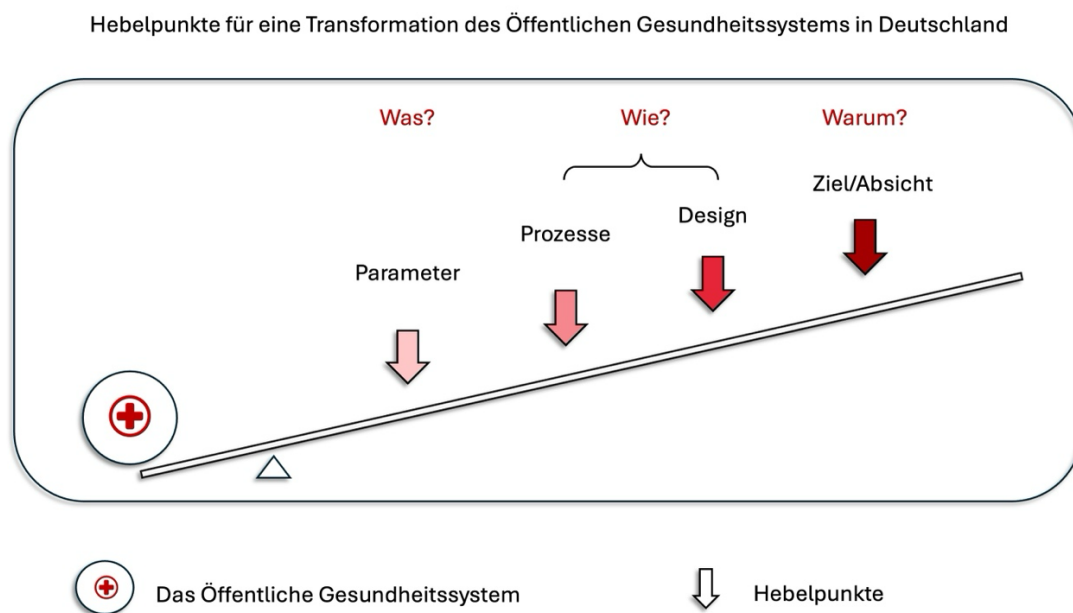


Abbildung 2: Hebelpunkte für eine Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems, eigene Darstellung, modifiziert nach: van der Zanden & Henzen, 2024, S. 25; Fischer & Riechers, 2019, S. 117; Abson et al. 2019, S. 32; Meadows, 1999, S. 3

1.3.3 Besonderheiten bei der Transformation von Gesundheitssystemen

Die Transformation von Gesundheitssystemen (engl.: Health System Transformation) kann durch verschiedene Prinzipien, Rahmen, Modelle geleitet sein, da sowohl die Systeme, Akteur*innen und Möglichkeiten zur Transformation unterschiedlich sind (Hauerwaas & Weisenfeld, 2017). Eine der offensichtlichen Besonderheiten von Gesundheitssystemen ist, dass es sich stets um sehr große Systeme handelt. In diesem Kontext wird von einer sogenannten

großen Systemtransformation (engl.: large-system transformation) gesprochen. Bei großen Systemtransformationen im Gesundheitswesen, handelt es sich um „... Interventionen, die darauf ausgerichtet sind, koordinierten systemweiten Wandel zu erzielen, der viele Organisationen und Leistungserbringer betrifft, mit dem Ziel einer signifikanten Verbesserung in der Effizienz des Gesundheitsversorgungssystems, in der Qualität der Patient*innenversorgung und bei den Behandlungserfolgen auf der Bevölkerungsebene“ (Übers. d. Verf., Best et al., 2012, S. 422). Weiterhin sind Gesundheitssysteme sehr komplex, viele unterschiedliche Berufsgruppen sind beteiligt und oft multidisziplinär eingebunden und die unterschiedlichen Berufsgruppen haben ihre eigenen Normen und Hierarchien (Best et al., 2012, S. 434). Eine weitere Besonderheit, und gleichzeitig auch eine Herausforderung bei der Transformation von Gesundheitssystemen, ist die enge Verknüpfung mit der Politik (Hunter & Bengoa, 2023, S. 15). Hudson, Hunter und Peckham konnten vier Faktoren ausmachen, bei der Transformation von Gesundheitssystemen, welche durch die Politik ggf. kritisch beeinflusst werden können: allzu hohe optimistische Erwartungen, Implementation in der dezentralisierten Verwaltung, inadäquate politische Zusammenarbeit und Unwägbarkeit des politischen Zyklus (Hudson, Hunter, & Peckham, 2019, S. 1–12)

1.3.4 Besonderheiten bei der Transformation im öffentlichen Raum

Laut Heintel und Krainer ist eine wichtige Besonderheit von Transformation im öffentlichen Bereich, dass Bürger, Gruppen, Organisationen und Institutionen oft unterschiedliche Interessen haben, die im Widerspruch zueinanderstehen. Dieser Widerspruch muss von den politischen Verantwortlichen akzeptiert werden und somit kann der öffentliche Bereich nicht als „wahr“ gegen „falsch“ definiert werden, sondern der öffentliche Raum ist ein Spannungsfeld von unterschiedlichen Interessenlagen (Heintel & Krainer, 2004). Das bedeutet, dass es sinnvoll ist einen Raum zu schaffen, in dem der Diskurs über Widersprüche und über widersprüchliche Interessen geführt werden können. Dabei sollten nach Fischer-Korp folgende Punkte beachtet werden: Vertrauen darf nicht verloren gehen, Transparenz muss sichergestellt sein, unterschiedliche Standpunkte müssen herausgearbeitet und zugestanden werden, Interessen und Bedürfnisse müssen verdeutlicht werden und Fairness muss gewährleistet werden (Fischer-Korp, 2018, S. 3). Leider wird insbesondere im öffentlichen Raum die Partizipation oft vernachlässigt. Der Veränderungsprozess muss gemeinsam mit den Betroffenen gestaltet und umgesetzt werden, um gut funktionieren zu können, sodass aus den Betroffenen Beteiligte

werden (Fischer-Korp, 2018, S. 8). Eine weitere Besonderheit ist, dass wenn während eines Veränderungsprozesses eine Lösung gefunden wurde, die Führungspersönlichkeit auch imstande sein muss, die Mitarbeiter*innen ihres Behördenapparates oder der städtischen Institutionen so zu motivieren, dass die Lösung auch umgesetzt und ein reibungsloser Ablauf garantiert wird (Fischer-Korp, 2018, S. 3). Weiterhin besteht ein Gegensatz zur Wirtschaft, wo man Veränderungsprozesse ohne große öffentliche Aufmerksamkeit gestalten kann. Das kann im öffentlichen Bereich meist nicht funktionieren (Fischer-Korp, 2018, S. 3). Solch ein Prozess kann im Gegenteil im öffentlichen Bereich sogar eine enorme Außenwirkung entfalten (Fischer-Korp, 2018, S. 12).

1.3.5 Besonderheiten bei der Transformation der Öffentlichen Gesundheit in Deutschland

In Deutschland haben sich die Debatten in der Öffentlichkeit zur Transformation des deutschen Gesundheitssystems bisher fast ausschließlich auf die digitale Transformation bezogen. Dabei tut sich Deutschland schwer mit der digitalen Transformation (Kus et al., 2022, S. 1579; Stachwitz & Debatin, 2023, S. 105). So wurde 2004 die elektronische Patientenakte bereits gesetzlich verankert und befindet sich seit 2023/24 allmählich in der Umsetzung. Nach Ansicht von Stachwitz und Debatin hat dies folgende Ursachen: „...sehr hohe Anforderungen an den Datenschutz, unzureichende bzw. nicht zu Ende gedachte inhaltliche und technische Vorgaben der Gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) ebenso wie eine zögerliche und qualitativ unzureichende Bereitstellung von IT-Lösungen seitens der Industrie. Hinzu kommt eine veraltete Struktur der meisten in Arztpraxen eingesetzten IT-Systeme“ (Stachwitz & Debatin, 2023, S. 105). Auch bei der Nutzung medizinischer Versorgungsdaten steht Deutschland noch ganz am Anfang und es bleibt noch viel zu tun (Stachwitz & Debatin, 2023, S. 111). Insbesondere die Stellungnahme der Leopoldina 2015 zu Public Health in Deutschland (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al., 2015) und die Eckpunkte einer Public Health Strategie für Deutschland des Zukunftsforum Public Health haben maßgeblich dazu beigetragen, dass Wandel und Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems diskutiert werden (Zukunftsforum Public Health, 2021). Eine besonders lebhaft diskutierte Transformation des deutschen Öffentlichen Gesundheitssystems gab es nach der Ankündigung des neuen Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin.

2 Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

2.1 Methodik

Zur Beantwortung der Fragestellungen:

1. Inwiefern kann das BIPAM zu einer Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems beitragen?
 2. Inwiefern kann das BIPAM zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit beitragen?
- wurden die Stellungnahmen von Fachgesellschaften, Netzwerken, Verbänden etc. zum neuen Bundesinstitut betrachtet. Sie wurden auf potentielle Hebelpunkte, die zu einer Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems beitragen könnten und auf potentielle Hebelpunkte, die zu einer Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit beitragen könnten, untersucht. Dazu wurden 21 relevante Stellungnahmen herangezogen, welche bis Mai 2024 veröffentlicht wurden. Sie wurden unterteilt in Stellungnahmen vor und nach der Veröffentlichung von ersten Schwerpunkten des BIPAM im Oktober 2023. Die Stellungnahmen vor Oktober 2023 nehmen entsprechend Bezug auf die Aussagen zum neuen Bundesinstitut im Koalitionsvertrag (siehe Kapitel 1.2.4) und die Stellungnahmen nach Oktober 2023 nehmen entsprechend Bezug auf die Inhalte, welche im Oktober 2023 bekannt geworden sind. Da sich der Name des neuen Bundesinstitutes im Verlauf der Literaturrecherche geändert hat, wurde sowohl mit dem Suchbegriff „Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit“ als auch mit dem Suchbegriff „Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin“ Literaturrecherche betrieben. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden in tabellarischer Form dargestellt (siehe Tabelle 1-2). Die gewonnenen Erkenntnisse aus dieser Analyse bildeten die Grundlage für die darauffolgenden Expert*inneninterviews. Da es bisher nur wenig Forschung zum Thema Transformation von Gesundheitssystemen gibt und da es sich beim BIPAM um ein neues Institut handelt, wurden teilstrukturierte Expert*inneninterviews als ergänzende qualitative Forschungsmethode ausgewählt, um den Erkenntnisgewinn zu erhöhen.

Es handelt sich um ein theoriegenerierendes Expert*inneninterview, welches das Ziel hat, Deutungswissen der Expert*innen zu erlangen, bei welchem die subjektive Dimension des Experten/der Expertin im Vordergrund steht (Bogner, Littig, & Menz, 2014, S. 25).

Um möglichst verschiedene Perspektiven zu generieren, wurde eine Expertin aus dem Bereich des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes ausgewählt, ein Experte aus der universitären Public Health Forschung sowie eine Expertin aus dem Bereich der Transformationsforschung. Dies gewährleistet einen gewissen Grad der Kontrastierung und stellt gleichzeitig sicher, dass auch Expert*innen ausgewählt wurden, welche über die nötige Expertise für die Beantwortung der Fragestellung verfügen. Es gibt unterschiedliche Verfahren, um einen Leitfaden für ein Expert*innen-Interview zu erstellen (Tezcan-Güntekin & Özer-Erdogdu, 2021, S. 410). Es erschien in diesem Fall sinnvoll, eine kurze Einführung zum Thema der Masterarbeit zu geben, damit alle Interviewten einen ähnlichen Kenntnisstand vor der Beantwortung der Fragen hatten. Denn die Interviewten waren entweder der Transformationsforschung gegenüber fachfremd oder gegenüber der Public Health Forschung. Anschließend wurden Einstiegsfragen gestellt, um den Hintergrund der Expert*innen ausführlicher zu beleuchten und daraufhin folgten die fachspezifischen Fragen. Da sich die Expert*innen sowohl in ihren fachlichen Hintergründen als auch in ihren Erfahrungsschätzen deutlich unterscheiden, wurden individuelle Interviewleitfäden erstellt. Die Interviewführung und Interviewaufzeichnung erfolgte unter Zustimmung der Interviewten mit der Video-Konferenz Software „zoom“ und die Transkription der Interviews erfolgte mit der Transkriptionssoftware „transcribe“.

Die Interviews wurden von der Verfasserin der vorliegenden Masterarbeit durchgeführt. Die Autorin ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und hat berufsbegleitend Public Health an der Leuphana Universität studiert. Eine Zustimmung der Ethikkommission war für diese Masterarbeit nicht notwendig und die Aufklärung für die Interviewten mit entsprechenden Datenschutzhinweisen befindet sich im Anhang.

2.2 Potentielle Hebelpunkte

Nachfolgend werden die Hauptaussagen der Stellungnahmen von unterschiedlichen Fachgesellschaften, Verbänden, Vereinen, Institutionen und von einzelnen Wissenschaftler*innen dargestellt und auf potentielle Hebelpunkte untersucht. Dabei wurde sich überwiegend auf die Stellungnahmen konzentriert, die in mehr als 2 Stellungnahmen

vorkamen, alle weiteren können in Tabelle 1 und 2 nachgelesen werden. Damit die Lesbarkeit des Textes gewahrt bleibt, befinden sich die Tabellen mit allen einzelnen Hauptaussagen der Stellungnahmen und Tabelle 3 mit den entsprechenden Nennungshäufigkeiten und mit Quellenbezug am Ende der jeweiligen Kapitel. Die Stellungnahmen, die Bezug auf Kinder und Jugendliche nehmen, sind in den Tabellen jeweils rot markiert.

2.2.1 Potentielle Hebelpunkte für eine Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems

a) Hebelpunkte der Kategorie Parameter/Material („Was?“):

Zunächst sollen die häufigsten Aussagen aus den Stellungnahmen vorgestellt werden, welche sich laut Meadows auf die Hebelpunkte Konstanten & Parameter, Puffer etc. beziehen und eher weniger effektive Hebelpunkte darstellen (Meadows, 1999). Abson et al. haben diese Hebelpunkte in der Kategorie Parameter zusammengefasst (Abson et al., 2017), Fischer & Richers zu der Kategorie Material (J. Fischer & Riechers, 2019) und van der Zanden et al. mit der Frage „Was?“ (Was soll verändert/transformatiert werden?) (van der Zanden & Henzen, 2024) (siehe Kapitel 1.3.2).

In 15 von 21 Quellen wurde die Verbesserung und der Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung angemahnt. Die Mehrzahl der Autor*innen verweist dabei sowohl auf die Verhaltens- als auch die Verhältnisprävention. In neun Quellen wurde auf die Gesundheitskommunikation eingegangen. Die Autor*innen forderten u.a. eine zielgruppenspezifischere, digitalere und laienverständlichere Ansprache durch das neue BIPAM auf Basis der aktuellen Kommunikationsforschung. Savaskan et al fordern zudem eine auf eine diverse Bevölkerung zugeschnittene Kommunikation, insbesondere auch auf Menschen mit Migrationshintergrund (Savaskan et al., 2023, S. 1836) und das Kompetenznetzwerk Covid-19 fordert eine stärkere Berücksichtigung aller sozial benachteiligten Gruppen (Kompetenznetz Covid-19, 2021, S. 1–2). Die Gesundheitskommunikation stellt zwar nur einen einzelnen Parameter dar und wurde daher in diese Unterkategorie eingruppiert. Wenn jedoch Feedbackmechanismen zu den Betroffenen hergestellt werden und der Informationsfluss in der Gesundheitskommunikation grundsätzlich und systematisch verändert werden sollte, wie von einigen Autor*innen gefordert, hätte dies einen höheren Wirkungsgrad in Bezug auf eine potentielle Transformation und könnte in die Kategorie Prozesse/Feedbacks/ Design eingruppiert werden.

In acht Quellen wurde eine Stärkung der Public-Health Forschung eingefordert und in sieben Stellungnahmen wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die Finanzierung des BIPAMs sichergestellt werden muss. Dieser Hebelpunkt stellt ebenfalls nur einen einzelnen Parameter dar, er könnte sich jedoch stärker und umfangreicher auf eine potentielle Transformation auswirken, da er auch einen Einfluss auf die tatsächliche Umsetzung von weiteren Hebelpunkten haben könnte. In sechs anderen Stellungnahmen wurde der Name des Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin kritisiert. Die Autor*innen vermuten insbesondere eine Verengung auf den medizinischen Hintergrund und dass sich hinter der Namensänderung eine veraltete Sichtweise auf Public Health versteckt, die eine Einengung auf den Bereich der Medizin offenbart. Wenn die Namensänderung einen systemischen Hintergrund hätte, wäre es ein Hebelpunkt mit durchaus stärkerer potentieller Wirkung in Bezug auf eine Transformation. In diesem Fall jedoch in eine von den Autor*innen ungewollte Richtung. In sechs weiteren Stellungnahmen wurde gefordert, dass das Personal im Bereich der Öffentlichen Gesundheit gestärkt und gesichert werden muss.

b) Hebelpunkte der Kategorie Prozesse/Feedbacks und Design („Wie?“):

Änderungsmöglichkeiten in positiven und negativen Feedbackschleifen, der Verzögerungen und Veränderungsraten, der Systemstruktur, der Regeln des Systems und des Informationsflusses stellen potentiell effektivere Hebelpunkt dar, um ein System zu transformieren (Meadows, 1999). Laut Abson et al. können diese Hebelpunkt zu den Überkategorien Feedbacks und Design gezählt werden (Abson et al., 2017), nach Fischer & Richers zu den Kategorie Prozesse und Design (J. Fischer & Riechers, 2019) und Van der Zanden et al. fassen wiederum beide dieser Kategorien als das „Wie?“ einer Transformation zusammen (van der Zanden & Henzen, 2024) (siehe Kapitel 1.3.2).

In 14 von 21 Stellungnahmen ist eine Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit durch das BIPAM eingefordert worden, was sich auf einen strukturellen Prozess mit Feedbackmechanismen bezieht. In neun Quellen wurde eine vermehrte Partizipation der Zivilgesellschaft eingefordert. Wenn man die Partizipation der Bevölkerung jedoch zu einem neuen Grundsatz erhebt, dann könnte sie auch einen Paradigmenwechsel darstellen und in die entsprechende Kategorie eingeordnet werden. In weiteren acht Stellungnahmen wurde kritisiert, dass es zukünftig eine Trennung von Infektionskrankheiten und nicht übertragbaren Erkrankungen geben soll. Dies würde einen starken Eingriff in die Grundstrukturen bedeuten,

ggf. zu unnötigen Doppelstrukturen führen und fachlich wenig Sinn machen (Götz & Rosenbrock, 2023, S. 3; Zukunftsforum Public Health, 2023, S. 3–4). Das RKI, welches bisher beide Bereiche abdeckte, droht als Arbeitsplatz an Attraktivität zu verlieren und zudem wären die wissenschaftliche Reputation und die Netzwerke ins Ausland bedroht (Schäfer, 2024). Auch eine Verbesserung in Bezug auf die Koordination des ÖGD wurde in acht Stellungnahmen eingefordert. Der Errichtungsprozess des BIPAMs wurden in sieben Stellungnahmen kritisiert, u.a. die fehlende Beteiligung von verschiedenen Akteur*innen des Öffentlichen Gesundheitssystems. In sechs Stellungnahmen wurde die Schaffung bzw. Einigung auf eine nationale Public Health Strategie genannt. Hierbei handelt es sich um eine Strategie, die sich am ehesten auf die Regeln des Systems bezieht und daher in der Kategorie Prozesse eingeordnet wurde. In fünf weiteren Quellen wurde eingefordert, dass der Fokus nicht auf die Erkrankungen Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Demenz gelegt werden sollte, wie angekündigt. Dabei handelt es sich am ehesten um eine Änderung des strukturellen Designs, welche die Autor*innen vermeiden wollen. In fünf von 21 Stellungnahmen wurde eine stärkere Evaluation und Qualitätsentwicklung bei Maßnahmen und Interventionen im Public Health Bereich eingefordert. Götz und Rosenbrock wünschen sich mit Hilfe dieser Maßnahmen eine Art selbstlernendes System (Götz & Rosenbrock, 2023). Auch in diesem Fall wird sich auf einen Prozess und auf Feedbacks bezogen. Auch die Verstärkung der Kooperation von Forschung und Praxis wurde in fünf Stellungnahmen gefordert. Dass es zu Gesetzesänderungen kommen sollte, insbesondere der Länderregelungen wurde ebenfalls in fünf Stellungnahmen vorgeschlagen. Hierbei handelt es sich buchstäblich um eine potentielle Änderung der Regeln eines Systems. Ein verbessertes Krisenmanagement wurde in vier Quellen empfohlen und in vier Stellungnahmen wurde die Unabhängigkeit des BIPAMs. In vier anderen Stellungnahmen wurde gefordert, dass der Fokus vermehrt auf die psychische Gesundheit gelegt werden sollte (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., 2024, S. 2). Exner et al. unterstützen ebenfalls die Konzentrierung auf eine Vielzahl von Erkrankungen: Übertragbare Krankheiten, nicht übertragbare Krankheiten, mentale Erkrankungen, Unfälle und Verletzungen, Krankheiten im Zusammenhang mit Krisensituationen (Exner, Bunte, Gleich, Heudorf, & Walger, 2023b, S. 2). Beispiele für weitere einzelne Stellungnahmen, die sich auf Strukturänderungen beziehen und damit ein hohes Potential für eine Transformation darstellen könnten sind folgende: Die Koordination von Gesundheitsförderung sollte nicht nur in Verantwortlichkeit der Krankenkassen liegen, sondern das Dachsetting sollte durch die kommunalen Gesundheitsämter erfolgen, sodass eine Steuerungsmöglichkeit besteht (Gesunde

Städte-Netzwerk, 2022). Weiterhin wird die Schaffung eines wissenschaftlichen Beirats im BIPAM und eines wissenschaftlichen Aufsichtsrats als Kontrollinstanz empfohlen (Götz & Rosenbrock, 2023; Schäfer, 2024). Eine andere Stellungnahme schlägt vor, dass das BIPAM als Think Tank mit variabler Einbindung von Expert*innen und mit agilen Strukturen ohne Behördencharakter strukturiert sein sollte, wodurch auch die Innovationskraft erhöht werden könnte (Bundesverband Managed Care e.V., 2022, S. 1).

c) Hebelpunkte der Kategorie Ziel/Absicht („Warum?“):

Abschließend werden die Stellungnahmen vorgestellt, welche am effektivsten für eine Transformation sein könnten: das Ziel eines Systems, Paradigmen eines Systems und das Überwinden von Paradigmen (Meadows, 1999). Abson et al. sowie Fischer & Riechers fassen diese drei Hebelpunkte in der Kategorie Absicht zusammen (Abson et al., 2017; J. Fischer & Riechers, 2019) und van der Zanden et al. mit der Frage nach dem „Warum“ einer Transformation (siehe Kapitel 1.3.2) (van der Zanden & Henzen, 2024).

In jeweils 16 von 21 Stellungnahmen und damit am häufigsten wurde der HiAP-Ansatz eingefordert, welcher mit Hilfe es BIPAMs verwirklicht werden soll. Der HiAP-Ansatz wäre innerhalb des Öffentlichen Gesundheitssystems ein Paradigmenwechsel. In fünf anderen Stellungnahmen wird auf das eigentliche Systemziel des Öffentlichen Gesundheitssystems hingewiesen, welches es laut Ansicht der Autor*innen zu berücksichtigen gilt: den Erhalt, die Förderung und das Wiederherstellen der Gesundheit. Auf die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit wurde als Systemziel in vier Quellen hingewiesen. In vier weiteren Stellungnahmen wurde der Setting-/Lebenswelt-Ansatz eingefordert, welcher ebenfalls einen Paradigmenwechsel darstellen würde. In drei Quellen ist auf das Systemziel hingewiesen worden, Vertrauen in der Bevölkerung wieder herzustellen für Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit und in drei weiteren wurde ein Paradigmenwechsel hin zu einem salutogenetischen Ansatz eingefordert.

2.2.2 Potentielle Hebelpunkte zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

Insgesamt wurde lediglich in fünf von 21 untersuchten Stellungnahmen auf Kinder und Jugendliche eingegangen (siehe rote Markierung in den Tabellen 1 und 2). Die umfangreichsten Anregungen zur Kinder- und Jugendgesundheit konnten in der Stellungnahme der Deutschen

Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin gefunden werden. So wurde z.B. empfohlen, den präventiven Kinderschutz und die Inklusion und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen zu stärken über eine enge Kooperation des BIPAMs mit dem KJGD. Auch die Schulgesundheitspflege soll unter Einbeziehung des KJGD flächendeckender ausgebaut werden und die im KJGD gewonnen Daten sollen systematisch analysiert werden und für Interventionen, Kampagnen intensiver genutzt werden (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022, S. 2). Hierbei handelt es sich um Hebelpunkte mit Strukturbezug, welche ein hohes Potential für eine Transformation haben könnten. Sowohl die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, als auch das Zukunftsforum Public Health, der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen und die Deutsche Gesellschaft für Psychologie fordern, dass der Fokus zunehmend auf die Kinder- und Jugendgesundheit gelegt wird, da dies wissenschaftlich bewiesen, einen besonders hohen Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung hat (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., 2024; Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2024, S. 2; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022, S. 3; Zukunftsforum Public Health, 2022, S. 3). Hierbei handelt es sich um eine grundsätzliche Veränderung des Designs, was einen effektiven Hebelpunkt darstellt. Junge Menschen sollten zudem grundsätzlich mehr beteiligt werden, wenn es um ihre eigenen Bedürfnisse und insbesondere um ihre Gesundheit geht (Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2024, S. 2; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022, S. 3). Hierbei handelt es sich um eine Veränderung der Strukturen innerhalb des Systems und stellt ebenfalls einen effektiven Hebelpunkt in Bezug auf eine Transformation dar. Wenn es sich jedoch um eine grundsätzliche Partizipation von Kindern und Jugendlichen handelt, dann könnte dieser Hebelpunkt auch einen Paradigmenwechsel darstellen. In drei Stellungnahmen ist auf eine Veränderung des Ziels des Systems eingegangen worden, was laut Meadows zu einem der am effektivsten Hebelpunkte gehört. Laut des Zukunftsforums Public Health sollte es Ziel sein, die Kinder- und Jugendgesundheit zu stärken und die Gesundheitschancen zu erhöhen (Zukunftsforum Public Health, 2022, S. 3). Auch Korbanka führt das Ziel an, insbesondere Kinder und Familien in guter Gesundheit zu halten & gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern (Korbanka, 2023, S. 2–3). Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin spricht sich für das Ziel aus, die Kinder- & Jugendgesundheit zu stärken sowie für eine Übernahme einer Anwaltschaft für die junge Bevölkerung (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022, S. 3).

Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

Tabelle 1: Potentielle Hebelpunkte für eine Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems durch Errichtung des BIPAMs vor Oktober 2023, die rot markierten Aussagen beziehen sich auf Kindern und Jugendliche

Autor*innen	Hebelpunkte im Öffentlichen Gesundheitssystem für eine Transformation		
	Was? Parameter	Wie? Prozesse/Feedbacks/Design	Warum? Ziele/Paradigmen
Kompetenznetz Covid-19, 2021	Public Health Forschung stärken, transparenter Erkenntnisgewinn durch Parameter, Zahlen etc. (S. 1)	Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit über Netzwerke & Kommunikation (Institute, Forschung, Bundesregierung etc.) (S.1-2)	HiAP-Ansatz einführen (S. 2)
	Gesundheitskommunikation zielgruppenspezifischer, koordinierter, insbesondere auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen ausgerichtet (S.1-2)	Koordination des ÖGD in Kooperation mit Ländern und Kommunen übernehmen (S.2)	Ziel: Entwicklung von Lösungen für Probleme der Gesundheit der deutschen Bevölkerung, dies zu kommunizieren und damit ihre Gesundheit zu schützen (S.3)
		Evaluation & Qualitätsentwicklung verbessern: Evidenz & Wirkung von Public-Health-Maßnahmen sicherstellen, eigene Kapazität zur Erstellung von systematischen Reviews, Leitlinien etc. (S. 2)	
		Krisenmanagement verbessern; Transparente Auswertung, Aufarbeitung der Covid-19-Pandemie & Anpassung des Krisenmanagements (S. 2)	
Gesunde Städte- Netzwerk, 2022	Gesundheitskommunikation zielgruppenspezifischer, besserer Zugang zu Gesundheitsinformationen (S. 2-3)	Partizipation stärken & systematische Einbindung der Zivilgesellschaft (S. 2)	HiAP-Ansatz einführen (S. 2)
		Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen und verbessern (S. 4)	Koordination des ÖGD übernehmen, Ausbau und Stärkung (S. 2-4)
	Krisenmanagement verbessern: Auswertung & Aufarbeitung der Covid-19-Pandemie (S. 3)		
	Koordination von Gesundheitsförderung, nicht nur in Verantwortlichkeit der KK, Dachsetting durch die kommunalen Gesundheitsämter, sodass eine Steuerungsmöglichkeit besteht (S. 4)		

Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

Bundesverband Managed Care e.V., 2022	Personal stärken: Steigerung der Kompetenzen der Mitarbeitenden, Steigerung der Attraktivität der Berufsfelder (S. 1)	Kooperation von Forschung & Praxis verbessern auf Bundes- & Landesebene, Transfer der Erkenntnisse unter Einbezug des ÖGD, Kommunen, Leistungserbringer, KK, Politik, Sozialleistungsträger, IQWiG, BBK, G-BA, UPD, BMG (S. 2)	Ziel: Erhalt, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung durch eine Neuausrichtung von Public Health in Deutschland (S. 1)
	Finanzierung des BIPAMs sichern, Planung eines Budgets für den Aufbau (S. 1)	Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit übernehmen; Netzwerke & Kommunikation zwischen Politik, Wissenschaft, Versorgung, etc., Integration & Aufgabenteilung in der gesamten Public Health Landschaft (S. 2, S. 5)	
	Public Health Forschung stärken, wissenschaftliche Aufgaben unter einem Dach bündeln unter Einbezug SVR, STIKO, IQWiG, RKI, Fachgesellschaften (S. 3)	BIPAM als Think Tank mit variabler Einbindung von Expert*innen und mit agilen Strukturen ohne Behördencharakter & dadurch Stärkung der Innovationskraft (S. 1)	
	Gesundheitskommunikation verbessern; adressatengerecht, digitale Kampagnen (S. 4)	Unabhängigkeit des BIPAMs; BIPAM mit Weisungsunabhängigkeit vom BMG; unabhängige & selbstständige Reaktionen des BIPAMs in Krisenzeiten (S. 1)	
Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2022	Public Health Forschung stärken, Evidenz generieren & zusammenführen, Zusammenarbeit mit Wissenschaft & Fachorganisationen (S. 2-5)	Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit übernehmen; Steuerung & Organisation der Verantwortungsträger auf kommunaler Ebene, Länderebene, Bundesebene, internationaler Ebene (S. 2-4)	HiAP-Ansatz einführen (S. 2)
	Gesundheitskommunikation verbessern, laienverständlich, zielgruppengerechter, mehr digitale Angebote (S. 2, S. 4)	Partizipation stärken von zivilgesellschaftlichen Akteur*innen mit Feedbackprozessen (S. 5)	Ziele: Positive Beeinflussung gesundheitsförderlicher Faktoren innerhalb & außerhalb des Gesundheitswesens (S. 2) & Vertrauen schaffen in der Bevölkerung für Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit (S. 2-4)
	Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen und verbessern (S. 5)		
Wabnitz, Hügel, & Voss, 2022, CPHP	Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen und verbessern (S. 5)	Gesetzesänderungen veranlassen durch Verfassungsänderung: Umsetzung von Bundesgesetzen für den Gesundheitsbereich nicht mehr Ländersache, dadurch	Ziel: Verbesserung der menschlichen & planetaren Gesundheit (Konzept der planetaren Gesundheit) (S. 4)

Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

		Steuerung & Wirkungskraft des BIPAMs erhöhen (S. 2)	
		Errichtungsprozess des BIPAMs anpassen: transparent (S. 4)	
		Krisenmanagement verbessern (S. 2)	
		Public Health Strategie entwickeln (S. 3)	
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022	Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen und verbessern (S. 2)	Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit übernehmen: Netzwerke, Austausch, Abstimmung (S. 2-3)	HiAP-Ansatz einführen (S. 1)
			Ziele: Stärkung der Kinder- & Jugendgesundheit und dadurch Stärkung des Gemeinwohls; Übernahme einer Anwaltschaft für die junge Bevölkerung/ Stärkung ihrer Lobby (S. 3)
		Kooperation von Forschung & Praxis verbessern	
		Gesetzesänderungen veranlassen: gesetzgeberische Kompetenz & Richtlinienkompetenz für Länder & Kommunen erlassen (S. 2)	
		Public Health Strategie entwickeln (S. 2)	
		Partizipation stärken, insbesondere auch Einbindung der Kinder & Jugendlichen in wissenschaftliche Projekte & in die Strategieentwicklung (S. 3)	
		Fokus auf Kinder- & Jugendgesundheit, insbesondere präventiver Kinderschutz, Inklusion, Teilhabe, Schulgesundheitspflege (S. 1-3)	
	Kooperation von KJGD und BIPAM ausbauen: systematische Analyse der im KJGD gewonnenen Daten aus Schuleingangsuntersuchungen, um Kampagnen, Interventionen & Initiativen erfolgreicher zu machen (S. 1-3)		
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., 2022	Public Health Forschung stärken (S. 1)	Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit übernehmen: Netzwerke & Strukturierung (S. 1)	HiAP-Ansatz einführen (S. 1)
	Finanzierung des BIPAMs sichern, Bund und Länder gemeinsam (S. 2)	Schutz von bestehenden Strukturen, ohne Parallel-	Ziele: Förderung von gesundheitsförderlichen Faktoren für eine gesunde Bevölkerung

Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

	Gesundheitskommunikation verbessern: laienverständlicher (S. 1)	strukturen aufzubauen, bewährte Strukturen & Aufgabenstellungen erhalten (S. 1)	& Vertrauen schaffen in der Bevölkerung durch Kommunikation (S. 1)
		Kooperation von Forschung & Praxis verbessern (S. 1)	
		Partizipation stärken, insbesondere der Zivilgesellschaft, auch bei der Errichtung des BIPAMs (S. 1)	
Zukunftsforum Public Health, 2022 & DGEPI, DGSPJ, DGPH, DGSMP, DGKJ, DNVF	Gesundheitskommunikation verbessern: verständlicher, zugänglicher (S. 3)	Public Health- Strategie entwickeln (S. 1)	Ziel: Ermöglichung einer bestmöglichen Gesundheit für alle Menschen und zukünftige Generationen (S. 1)
	Public Health Forschung stärken: Auflegen von Forschungsfonds (S. 2, 4)	Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit übernehmen (S. 2)	
	Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen und verbessern (S. 3)	Gesetzesänderungen veranlassen (S. 2)	HiAP-Ansatz einführen (S. 2)
		Evaluation & Qualitätsentwicklung verbessern (S. 2)	
		Koordination des ÖGD übernehmen (S. 3)	
		Sachverständigenkommissionen, Expertengremien/-beiräte und Krisenstäbe etablieren innerhalb des BIPAMs (S. 5)	
		Partizipation der Bevölkerung stärken, für ein besseres Empowerment (S. 5)	
Exner et al., 2023 DGKH & VAH	Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen und verbessern (S. 19-21)	Gesetzesänderungen veranlassen: Landesgesundheitsdienstgesetz verändern, welche kommunale Verankerung gewährleistet, aber fachliche Freiheit garantiert, dadurch u.a. Verwaltungshierarchien verändern (S. 9)	HiAP-Ansatz einführen (S. 32)
	Finanzierung des BIPAMs sichern, insbesondere für Personalstärkung/Ausstattung (S. 32)	Public Health Strategie entwickeln (S. 2)	One-Health-Ansatz (S. 22)
	Umbenennung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Vorschlag: „Institut für Gesundheitskommunikation“, im Zuständigkeitsbereich des BIPAMs (S. 33)	Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit übernehmen; insbesondere internationale Netzwerke & Kooperationen, Ausbau der Zusammenarbeit mit ECDC, CDC, WHO etc. (S. 33)	Gesundheit in allen Altersphasen- & Lebensphasen-Modell-Ansatz beachten (S. 11)
			BIPAM als „Anwalt der Gesundheit der Bevölkerung“ und des

Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

		Koordination des ÖGD, Neuorientierung Neustrukturierung (S. 2, S. 30-34)	Individuums im ganzheitlichen Sinne (S. 10)
		Fokus auf übertragbare Krankheiten, nicht übertragbare Krankheiten, mentale Erkrankungen, Unfälle & Verletzungen, Krankheiten im Zusammenhang mit Krisensituationen (S. 12)	Ziele: Gesundheit in allen Lebensphasen und Politikbereichen zum Wohle aller (S. 32, S. 34) & Vertrauen schaffen und Akzeptanz in der Bevölkerung für Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit (S.10)
		Krisenmanagement verbessern (S. 12-13)	
		Unabhängigkeit des BIPAMs sichern; soweit wie möglich, frei von politischer Beeinflussung, z.B. Zuordnung des BIPAMs zum Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages (S. 32)	
		Wasser-, Boden-, Lufthygiene: Herauslösung aus dem Umweltbundesamt und im Zuständigkeitsbereich des BIPAMs, Vorschlag Bezeichnung: Institut für Umwelthygiene (S. 32)	
		Gründung eines „Instituts für mentale Gesundheit & Prävention neurodegenerativer Erkrankungen“ im Zuständigkeitsbereich des BIPAMs (S. 33)	
		Schaffung eines wissenschaftlichen Beirats im BIPAM & eines wissenschaftlichen Aufsichtsrats als Kontrollinstanz installieren (S. 33, 34)	
		Friedrich-Löffler-Institut: in das Konzept des BIPAMs mit einbeziehen, Vorschlag Name: Bundesinstitut für Tiergesundheit (S. 33)	
		Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) & Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) in den Zuständigkeitsbereich des BIPAMs überführen (S. 33)	

Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

Rosenbrock & Geene, 2023	Public Health Forschung stärken durch zusätzliche Datenerhebung zu Gesundheitsrisiken (Geschlecht, Alter, Region, Flucht- und Migrationserfahrungen) unter Beachtung sozialer Determinanten; interventionsbezogene Forschung (durch BIPAM selbst) (S. 3-4)	Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit übernehmen, Zusammen-führung der Public Health-Strukturen, insbesondere durch starke, transparente Führung der Bundesregierung, Konferenzen, Arbeitsgruppen etc. (S. 2-3)	HiAP-Ansatz einführen: im Bereich der politischen Steuerung & im zivilgesellschaftlichen Engagement (S. 2)
	Personal stärken: Nachwuchsförderung von Arbeitskräften im Public Health-Bereich (S. 3)	Public Health Strategie entwickeln (S. 2)	Ziele: Kohärente, flächendeckende, handlungs- & lernfähige Infrastruktur für Public Health in Deutschland & durch Gesundheitsförderung den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft stärken (S. 2-4)
	Gesundheitskommunikation verbessern: unter Nutzung der sozial-epidemiologischen Daten, populationsbezogen, zielgruppenspezifisch, unter Einbeziehung geeigneter Kommunikationskanäle (S. 3)	Evaluation & Qualitätsentwicklung verbessern; Methodenentwicklung, als selbstlernende Systeme (S. 3)	
	Finanzierung von Interventionen durch GKV, Durchführung von Trägern der Zivilgesellschaft, KK & dem ÖGD (S. 3)	Partizipation stärken, insbesondere bei Interventionen (S. 3)	
	Prävention und Gesundheitsförderung verbessern und ausbauen (S. 2-4)	Koordination des ÖGD übernehmen, stärker steuernde Rolle der Gesundheitsämter, Um- und Ausbau des ÖGD, dadurch Stärkung des ÖGD (S. 3-4)	
		Krisenmanagement verbessern und dadurch Krisenstandhaftigkeit verbessern (S. 2-4)	

Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

Tabelle 2: Potentielle Hebelpunkte für eine Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems durch die Errichtung des BIPAMs nach Oktober 2023, die rot markierten Aussagen beziehen sich auf Kinder und Jugendliche

Autor*innen	Hebelpunkte im Öffentlichen Gesundheitssystem für eine Transformation		
	Was? Parameter	Wie? Prozesse/Feedbacks/Design	Warum? Ziele/Paradigmen
Zukunftsforum Public Health, 2023	Finanzierung des BIPAMs sichern (S. 2)	Public Health-Strategie entwickeln (S. 1)	HiAP-Ansatz einführen (S. 2)
	Namen des BIPAMs ändern, da der Handlungsrahmen damit ausschließlich den Handlungsrahmen in der Medizin sieht (S. 2)	Gesetzänderungen veranlassen, um wirken zu können, insbesondere auf Länder-/Bundesebene (S. 2)	Ziel: Erhöhung der Lebenserwartung und Lebensqualität der Bevölkerung in Deutschland (S. 4) & durch Stärkung der Kinder- & Jugendgesundheit Gesundheitschancen der Allgemeinbevölkerung erhöhen (S.3)
		Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit übernehmen; Vereinfachung & Bündelung der fragmentierten Public-Health-Strukturen (S. 1), insbesondere zwischen Ländern, Kommunen & nicht staatlichen Akteur*innen (S. 3)	
	Prävention und Gesundheitsförderung verbessern und ausbauen (S. 2)	Trennung von Infektionskrankheiten & nicht übertragbaren Krankheiten rückgängig machen, führt sonst zu ineffizienten Doppelstrukturen (S. 3-4)	
		Fokus auf die Erkrankungen Krebs, Demenz & Herz-Kreislauf-Erkrankungen rückgängig machen (S. 2)	
		Fokus auf Kinder- & Jugendgesundheit; Prävention & Gesundheitsförderung als Schwerpunkt; Gesundheitschancen erhöhen, unabhängig von sozioökonomischer Herkunft (S. 3)	
		Errichtungsprozess des BIPAMs anpassen: unter Einbindung aller Public Health Akteur*innen, transparent (S. 4)	
Savaskan et al., 2023	Personal stärken: Personalausstattung verbessern, sowie	Partizipation stärken: aller Akteur*innen des Gesundheits-	Ziele: Schließung von Lücken des deutschen gesundheitlichen

Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

	Kompetenzausstattung, z.B. über Anpassung der Lehrinhalte im Medizin-studium (S. 1834-35)	systems, bereits bei Errichtung des BIPAM (S. 1834)	Forschungs- & Versorgungssystems, damit für gesündere Lebensverhältnisse sorgen (S. 1836)
	Namen des BIPAMs ändern: ganzheitlicher Ansatz notwendig (S. 1836)	Kooperation von Forschung & Praxis verbessern, Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis (S. 1834)	
	Gesundheitskommunikation verbessern: auf diverse Bevölkerung zugeschnitten, insbesondere auch auf Menschen mit Migrationshintergrund, Schwerpunkt der Kompetenzförderung (S. 1836)	Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit übernehmen; Vernetzung des stationären, ambulanten und therapeutischen Vorgehens notwendig (S. 1836)	
	Prävention und Gesundheitsförderung verbessern und ausbauen (S. 1834)	Trennung von Infektionskrankheiten & nicht übertragbaren Krankheiten rückgängig machen & interdisziplinäre Verzahnung stärken (S. 1836)	
		Koordination des ÖGD übernehmen, Gesundheitsämter als lokale Koordinations- und Wissenshubs (S. 1836)	
Götz & Rosenbrock, 2023 + 46 Institutionen & 122 Personen aus dem Public Health Bereich	Namen des BIPAMs ändern: ein zeitgemäßes Public Health Verständnis herstellen, Public Health ist eine Multidisziplin und keine Unterabteilung der Medizin (S. 2)	Evaluation & Qualitätsentwicklung verbessern: Leitlinien für Interventions-Methoden & Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung & Prävention (S. 1-2)	HiAP-Ansatz einführen (S. 1)
	Prävention und Gesundheitsförderung verbessern und ausbauen (S. 3)	Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit übernehmen, Netzwerke & Strukturierung (S. 1)	Ziele: Den Menschen durch Gesundheit & Wohlbefinden befähigen, sich noch besser aktuellen & zukünftigen Herausforderungen stellen zu können (S. 3) & von einem medizinisch-defizitorientierten Ansatz zu einem salutogenetischen (S. 3)
		Errichtungsprozess des BIPAMs anpassen: bereits partizipativ (S. 2)	
		Trennung von Infektionskrankheiten & nicht übertragbaren Krankheiten rückgängig machen, da keine fachliche Begründbarkeit (S. 3)	
		Auf Beschneidung der Aufgabenbereiche des RKIs verzichten, renommiertes Institut droht als Arbeitsplatz an Attraktivität zu verlieren (S. 4)	
		Fokus auf die Erkrankungen Krebs, Demenz und Herz-	

Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

		Kreislauf-Erkrankungen rückgängig machen (S. 3)	
Pruskil & Szagun, 2023, DGÖG	Namen des BIPAMs ändern (S. 1-2)	Fokus auf Prävention nicht auf übertragbare Krankheiten (S. 1)	HiAP-Ansatz einführen (S. 2)
	Prävention und Gesundheitsförderung verbessern und ausbauen (S. 2)	Kooperation von Forschung & Praxis verbessern: über institutionelle Bündelung von Datenanalyse & Maßnahmenplanung (S. 1)	Ziel: Verbesserung der Gesundheit mit gesundheitsförderndem Ansatz (S. 2)
		Koordination des ÖGD übernehmen (S. 1)	Setting-/Lebenswelt-Ansatz (S. 2)
Korbanka, 2023, IKK classic	Prävention und Gesundheitsförderung verbessern und ausbauen (S. 1)	Fokus auf die Erkrankungen Krebs, Demenz & Herz-Kreislauf Erkrankungen rückgängig machen (S. 2)	Ziel: Menschen in guter Gesundheit zu halten & gesundheitliche Chancengleichheit verbessern, insbesondere für Kinder und Familien (S. 2- 3)
	Namen des BIPAMs ändern, da Einengung auf Teilgebiete offenbart (S. 2)	Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit übernehmen (S. 2)	HiAP-Ansatz einführen (S. 2)
	Finanzierung des BIPAMs sichern (S. 3)	Trennung von Infektionskrankheiten und nicht übertragbaren Krankheiten rückgängig machen (S. 3)	Setting-/Lebenswelt-Ansatz (S. 2)
		Fokus auf psychische Gesundheit legen (S. 4)	One-Health-Ansatz (S. 4)
	Personalstärkung: Personalsituation am RKI muss sichergestellt werden, um Kontinuität und Qualitätssicherung zu gewährleisten (S. 3)	Koordination des ÖGD übernehmen (S. 4)	Salutogenetischer Ansatz (S. 3)
Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit & Bevölkerungsmedizin, 2023		Gesundheitskommunikation verbessern, auf vielfältige & diverse Bevölkerung zugeschnitten (S. 3)	Trennung von Infektionskrankheiten und nicht übertragbaren Krankheiten rückgängig machen, da weitere Fragmentierung & steht der Schaffung von Synergien entgegen (S. 1)
	Public Health Forschung stärken, insbesondere epidemiologisch (S. 2)		Setting-/Lebenswelt-Ansatz (S. 2)
		Auf Beschneidung der Aufgabenbereiche des RKI verzichten, da internationale Vernetzung gefährdet & Schwächung relevanter Strukturen im Gesundheitsschutz und Krisenmanagement (S. 1)	

Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

		Partizipation der diversen Bevölkerung stärken (S. 2)	
		Unabhängigkeit des BIPAMs sichern (S. 2)	
		Ausrichtung auf globale Herausforderungen, die Urbanisierung und den demographischen Wandel erweitern (S. 2)	
		Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit übernehmen, insbesondere auf unterschiedlichen Ebenen & zwischen Bund & Ländern (S. 2)	
Netzwerk Evidenz-based Medicine, 2023	Public Health Forschung stärken (ohne Seitangaben, da nur online veröffentlicht)	Verengung auf den medizinischen Bereich vermeiden	HiAP-Ansatz einführen
		Unabhängigkeit des BIPAMs sichern	
		Evaluation und Qualitätsentwicklung verbessern	
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., 2024	Prävention und Gesundheitsförderung verbessern und ausbauen (S. 3)	Fokus auf psychische Gesundheit, insbesondere auf das Thema Einsamkeit & auf die Verhinderung der Ausgrenzung bei psychischen Erkrankungen (S. 2)	HiAP-Ansatz einführen (S. 3)
		Fokus auf Kinder- & Jugendgesundheit, auf junge Familien, Alleinerziehende & auf den schulischen Kontext (S. 2)	Ziele: Stärkung von Selbstbestimmung, Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Ressourcenaktivierung, Empowerment, Teilhabe, sozialen Fertigkeiten & Emotionsregulation der Bevölkerung (S. 3)
		Errichtungsprozess des BIPAMs anpassen: Einbezug psychologischer Expertise (S. 3)	
Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2024	Namen des BIPAMs ändern, da sie Verengung auf die Disziplin der Medizin offenbart (S. 2)	Trennung von Infektionskrankheiten und nicht übertragbaren Krankheiten rückgängig machen (S. 1)	HiAP-Ansatz einführen (S. 1)
	Prävention und Gesundheitsförderung verbessern und ausbauen (S. 2)	Fokus die Erkrankungen Krebs, Demenz & Herz-Kreislauf-Erkrankungen rückgängig machen (S. 1)	Ziel: Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung (S. 1)
Fokus auf psychische Gesundheit, insbesondere Prävention von psychischen Erkrankungen (S. 1)			

Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

		Einbindung von psychologischem Fachwissen in Interventions- & Präventionsstrategien (S. 1)	
		Errichtungsprozess des BIPAMs anpassen, insbesondere Beteiligung von Expert*innen aus der Psychologie (S. 1)	
		Fokus auf Kinder- und Jugendgesundheit unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Kindern, z.B. über Steigerung der Health Literacy an Schulen (S. 2)	
Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit, 2024 + 16 Verbände & Vereine/Arbeitskreise	Berücksichtigung des Aktionsplans „Queer Leben“	Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit übernehmen (S. 1)	Paradigmenwechsel von einem medizinisch-defizitorientierten Ansatz zu einem salutogenetischen (S. 1)
	Prävention und Gesundheitsförderung verbessern und ausbauen (S. 3)	Trennung von Infektionskrankheiten & nicht übertragbaren Krankheiten rückgängig machen (S. 1)	HiAP-Ansatz einführen (S. 1)
		Eingliederung der BZGA in das RKI (S. 1)	Ziel: Gesundheitliche Chancengleichheit verbessern, insbesondere Geschlecht, soziale Herkunft, Migrationshintergrund, Alter als zentrale Determinanten berücksichtigen (S. 2)
		Fokus auf die Erkrankungen Krebs, Demenz & Herz-Kreislauf-Erkrankungen rückgängig machen (S. 1)	
		Partizipation stärken (S. 2)	
		Datenerhebung geschlechtssensibler (S. 2)	Setting-/Lebenswelt-Ansatz (S. 1)
Schäfer, 2024, Personalrat des RKIs	Finanzierung des BIPAMs sichern: für Umstrukturierung sollten Gelder eingeplant werden (S. 3-4)	Trennung von Infektionskrankheiten & nicht übertragbaren Krankheiten rückgängig machen, Doppelstrukturen drohen (S. 2)	Ziele: Zusammenführung der BZGA & des RKI zu einem gemeinsamen Public Health Institut & Mitarbeitende mit hoher Einsatzkraft & Motivation für die Gesundheit der Bevölkerung (S. 4)
	Personalstärkung des RKI: Zukunftsperspektive bieten, Kommunikation zeitnah & transparent, mögliche Personalabwanderung verhindern (S. 4)	Angliederung der BZGA an das RKI, da die Strukturen des RKI es hergeben, die der BZGA jedoch nicht (S. 2)	
		Vermeidung eines Stillstands durch Umstrukturierung (S. 3)	
		Auf Beschneidung der Aufgabenbereiche des RKIs verzichten, da wissenschaftliche Reputation bedroht (S. 4)	

Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

Tabelle 3: Nennungshäufigkeiten der Hebelpunkte für eine Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems durch das BIPAM mit den einzelnen Quellenangaben

Nennungshäufigkeiten	Aussagen in den Stellungnahmen	Quellen
16	HiAP-Ansatz einführen	(Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., 2024; Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2022; Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., 2022; Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit & Bevölkerungsmedizin, 2023; Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2024; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022; Exner et al., 2023; Gesunde Städte-Netzwerk, 2022; Götz & Rosenbrock, 2023; Kompetenznetz Covid-19, 2021; Korbanka, 2023; Netzwerk Evidenz-based Medicine, 2023; Pruskil & Szagun, 2023; Rosenbrock & Geene, 2023; Zukunftsforum Public Health, 2022, 2023)
15	Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen und verbessern	(Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., 2024; Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2022; Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2024; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022; Exner et al., 2023; Gesunde Städte-Netzwerk, 2022; Götz & Rosenbrock, 2023; Korbanka, 2023; Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit, 2024; Pruskil & Szagun, 2023; Rosenbrock & Geene, 2023; Savaskan et al., 2023; Wabnitz et al., 2022; Zukunftsforum Public Health, 2022, 2023)
14	Koordination aller Akteur*innen der öffentlichen Gesundheit übernehmen	(Bundesverband Managed Care e.V., 2022; Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2022; Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., 2022; Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit & Bevölkerungsmedizin, 2023; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022; Exner et al., 2023; Götz & Rosenbrock, 2023; Kompetenznetz Covid-19, 2021; Korbanka, 2023; Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit, 2024; Rosenbrock & Geene, 2023; Savaskan et al., 2023; Zukunftsforum Public Health, 2022, 2023)
9	Gesundheitskommunikation verbessern	(Bundesverband Managed Care e.V., 2022; Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2022; Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., 2022; Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit & Bevölkerungsmedizin, 2023; Gesunde Städte-Netzwerk, 2022; Kompetenznetz Covid-19, 2021; Rosenbrock & Geene, 2023; Savaskan et al., 2023; Zukunftsforum Public Health, 2022)

Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

9	Partizipation stärken	(Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2022; Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., 2022; Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit & Bevölkerungsmedizin, 2023; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022; Gesunde Städte-Netzwerk, 2022; Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit, 2024; Rosenbrock & Geene, 2023; Savaskan et al., 2023; Zukunftsforum Public Health, 2022)
8	Trennung von Infektionskrankheiten und nicht übertragbaren Krankheiten rückgängig machen	(Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit & Bevölkerungsmedizin, 2023; Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2024; Götz & Rosenbrock, 2023; Korbanka, 2023; Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit, 2024; Savaskan et al., 2023; Schäfer, 2024; Zukunftsforum Public Health, 2023)
8	Koordination des ÖGD übernehmen	(Exner et al., 2023; Gesunde Städte-Netzwerk, 2022; Kompetenznetz Covid-19, 2021; Korbanka, 2023; Pruskil & Szagun, 2023; Rosenbrock & Geene, 2023; Savaskan et al., 2023; Zukunftsforum Public Health, 2022)
8	Public Health Forschung stärken	(Bundesverband Managed Care e.V., 2022; Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2022a; Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., 2022; Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit & Bevölkerungsmedizin, 2023; Kompetenznetz Covid-19, 2021; Netzwerk Evidenz-based Medicine, 2023; Rosenbrock & Geene, 2023; Zukunftsforum Public Health, 2022)
7	Errichtungsprozess des BIPAMs anpassen	(Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., 2024; Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., 2022; Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2024; Götz & Rosenbrock, 2023; Savaskan et al., 2023; Wabnitz et al., 2022; Zukunftsforum Public Health, 2023)
7	Finanzierung des BIPAMs sichern	(Bundesverband Managed Care e.V., 2022; Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., 2022; Exner et al., 2023; Korbanka, 2023; Rosenbrock & Geene, 2023; Schäfer, 2024; Zukunftsforum Public Health, 2023)
6	Namen des BIPAMs ändern	(Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2024; Götz & Rosenbrock, 2023; Korbanka, 2023; Pruskil & Szagun, 2023; Savaskan et al., 2023; Zukunftsforum Public Health, 2023)
6	Personal stärken	(Bundesverband Managed Care e.V., 2022; Exner et al., 2023; Korbanka, 2023; Rosenbrock & Geene, 2023; Savaskan et al., 2023; Schäfer, 2024)
6	Public Health Strategie entwickeln	(Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022; Exner et al., 2023b; Rosenbrock & Geene, 2023; Wabnitz et al.,

Untersuchung von Stellungnahmen auf den potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

		2022; Zukunftsforum Public Health, 2022, 2023)
5	Fokus die Erkrankungen Krebs, Demenz & Herz-Kreislauf-Erkrankungen rückgängig machen	(Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2024; Götz & Rosenbrock, 2023; Korbanka, 2023; Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit, 2024; Zukunftsforum Public Health, 2023)
5	Kooperation von Forschung und Praxis verbessern	(Bundesverband Managed Care e.V., 2022; Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., 2022; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022; Pruskil & Szagun, 2023; Savaskan et al., 2023)
5	Erhalt, Förderung, Wiederherstellen der Gesundheit	(Bundesverband Managed Care e.V., 2022; Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., 2022; Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2024; Korbanka, 2023; Pruskil & Szagun, 2023)
5	Gesetzesänderungen veranlassen	(Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022; Exner et al., 2023; Wabnitz et al., 2022; Zukunftsforum Public Health, 2022, 2023)
5	Evaluation & Qualitätsentwicklung verbessern	(Götz & Rosenbrock, 2023; Kompetenznetz Covid-19, 2021; Netzwerk Evidenz-based Medicine, 2023; Rosenbrock & Geene, 2023; Zukunftsforum Public Health, 2022)
4	Krisenmanagement verbessern	(Exner et al., 2023; Gesunde Städte-Netzwerk, 2022; Kompetenznetz Covid-19, 2021; Wabnitz et al., 2022)
4	Unabhängigkeit des BIPAM sichern	(Bundesverband Managed Care e.V., 2022; Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit & Bevölkerungsmedizin, 2023; Exner et al., 2023; Netzwerk Evidenz-based Medicine, 2023)
4	Fokus auf Kinder- und Jugendgesundheit	(Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., 2024; Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2024; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022; Zukunftsforum Public Health, 2023)
4	Fokus auf psychische Gesundheit	(Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., 2024; Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2024; Exner et al., 2023; Korbanka, 2023)
4	Gesundheitliche Chancengleichheit verbessern	(Gesunde Städte-Netzwerk, 2022; Korbanka, 2023; Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit, 2024; Zukunftsforum Public Health, 2023)
4	Setting-/Lebenswelt-Ansatz	(Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit & Bevölkerungsmedizin, 2023; Korbanka, 2023; Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit, 2024; Pruskil & Szagun, 2023)
3	Vertrauen in der Bevölkerung wiederherstellen für Gesundheitsmaßnahmen	(Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2022; Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., 2022; Exner et al., 2023)
3	Paradigmenwechsel vom medizin.-defizitorientierten Ansatz zum salutogenetischen	(Götz & Rosenbrock, 2023; Korbanka, 2023; Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit, 2024)

3 Expert*inneninterviews zum potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

In den folgenden Kapiteln werden zunächst die Expert*innen vorgestellt und anschließend werden die Hauptaussagen aus den Interviews zusammengefasst. In Tabelle 4 sind die herausgearbeiteten Hebelpunkte aufgelistet und die ausführlichen transkribierten Interviews können im Anhang nachgelesen werden.

3.1 Interview mit Dr. Korebrits

3.1.1 Angaben zur Person

Frau Dr. med. Claudia Korebrits ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen und hat einen Master of Science in Public Health. Sie leitet den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst im Gesundheitsamt der Stadt Leipzig und ist Sprecherin des Fachausschusses des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) im Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD) und ist Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit (DGÖG). Ihr Schwerpunkt ist Kindergesundheit in Verbindung mit gesundheitlicher Chancenungleichheit (DGÖG, 2023). Aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen als Kinderärztin im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst als Teil des Öffentlichen Gesundheitswesens und aufgrund ihres Engagements für die Kindergesundheit wurde Frau Dr. Korebrits als Expertin für dieses Interview ausgewählt. Das Interview fand am 10.05.24 um 9 Uhr per Zoom statt.

3.1.2 Hauptaussagen

Korebrits berichtet, dass sie enttäuscht ist, dass das Thema Kinder- und Jugendgesundheit bisher bei den vorgestellten Inhalten des BIPAMs unerwähnt geblieben ist. Denn in den ersten 1000 Tagen im Leben eines Kindes werden die Weichen gestellt. Jeder Euro, den man in die Kindergesundheit investiert, zahlt sich zehnfach aus. Alles, was in der frühkindlichen Entwicklung nicht passiert, kann man ihrer Ansicht nach mit ein paar Logopädie- und

Physiotherapieerzeption nicht mehr aufholen. Laut Korebrits kann man nicht warten, bis das Kind buchstäblich in den Brunnen gefallen ist und eine/n Kinder- und Jugendpsychiater/in braucht, sondern man muss präventiv viel früher ansetzen. Es sollte Aufgabe des BIPAM sein, eine nationale Präventionsstrategie für Kinder und Jugendliche zu entwickeln und es braucht innerhalb des BIPAM eine Abteilung für Kinder- und Jugendgesundheit. Weiterhin erhofft sich Korebrits, dass die Expertise des KJGD sowohl bei der Errichtung des BIPAMs als auch bei der Arbeit des BIPAMs mit einbezogen wird und auch Kinderärzt*innen sollten dringend beteiligt sein. Weiterhin sollte der HiAP-Ansatz berücksichtigt werden in der Arbeit des BIPAMs, denn gerade bei der Gesundheit von Kindern spielt laut Korebrits der Bereich Bildung eine große Rolle. So sollte allen Kindern ab dem 1. Lebensjahr ein Kita-Platz ermöglicht werden und der Erzieher*innen-Schlüssel in den Kindergärten erhöht werden. Denn insbesondere bildungsferne Kinder profitieren massiv davon. Weiterhin empfiehlt sie, dass auch Kita-Untersuchungen verpflichtend sein sollten. Die Datenlage zur Kinder- und Jugendgesundheit lässt sich nach Ansicht Korebrits verbessern, wenn man die vielen wichtigen Gesundheitsdaten zu Kindern aus den Schuleingangsuntersuchungen landesweit systematisch auswertet und für Intervention heranzieht innerhalb der neuen Strukturen des BIPAMs. Gleichzeitig gibt es laut Korebrits eigentlich kein großes Erkenntnisdilemma, sondern eher ein Umsetzungsproblem in Deutschland in Bezug auf die Kinder- und Jugendgesundheit. Es ist bekannt, dass es einen starken Zusammenhang zwischen Bildungsferne, Armut und Kindergesundheit gibt sowie das Präventionsdilemma, dass vor allem die Bevölkerungsgruppen erreicht werden, welche die Präventionsmaßnahmen nicht so stark benötigen. Hier sollte man ihrer Ansicht nach noch mehr in die Forschung investieren. Kinder, Jugendliche und Eltern sollten ihrer Ansicht nach partizipativ stärker bei Kampagnen z.B. zur Stärkung der Gesundheitskompetenz mit einbezogen werden. Die Partizipation von Kindern sollte sich laut Korebrits vor allem auf die Erreichbarkeit der Zielgruppe beziehen. Dabei findet sie den altmodischen Flyer eher schwierig und vermutet, dass die neuen Medien sicher zunehmend eine größere Rolle spielen werden. Gleichzeitig wird laut Korebrits der Mediengebrauch auch eine zunehmend kritische Rolle insbesondere in Bezug auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen spielen, sogar schon im frühen Kindesalter. Auch hier sieht sie noch erheblichen Forschungsbedarf. Weiterhin empfindet sie die zunehmende Spracharmut von Kindern und die zunehmende Adipositas als große Herausforderung. Das BIPAM könnte ihrer Ansicht nach ebenfalls dazu beitragen, dass Handlungsrichtlinien und Leitfäden erstellt werden für den ÖGD und das BIPAM könnte eine

koordinierende Funktion einnehmen als eine Art Oberbehörde des ÖGD und damit auch des KJGD.

3.1.3 Potentielle Hebelpunkte

Frau Korebrits geht in ihrem Interview auf viele Hebelpunkte ein, welche sich auf Kinder und Jugendliche beziehen. So fordert sie, dass die Gesundheitskommunikation, insbesondere die Erreichbarkeit der Kinder und Jugendlichen, verbessert wird. Hierbei handelt es sich um einen Hebelpunkt mit vermutlich eher geringem Potential für eine Transformation. Weiterhin führt sie folgende Punkte an, die ein hohes Potential für eine Transformation des Systems haben und sich auf Strukturveränderungen bzw. Prozessveränderungen beziehen: Laut Korebrits sollte es eine nationale Präventionsstrategie geben und ein wichtiger Fokus des BIPAMs sollte die Kinder- und Jugendgesundheit sein. Dies könnte durch eine eigene Abteilung innerhalb der Strukturen des BIPAMs für Kinder- und Jugendgesundheit gewährleistet werden. Weiterhin soll die Partizipation von Kindern, Jugendlichen und Eltern verbessert werden, die Qualitätsentwicklung über die Erstellung von Handlungsrichtlinien und Leitfäden, die Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit und die Koordination insbesondere des ÖGD. Beim Errichtungsprozess des BIPAM soll die Expertise von Kinderärzt*innen insbesondere des KJGD mit einbezogen werden. Weiterhin nennt sie 2 Hebelpunkte, welche ein sehr hohes Potential für eine Transformation darstellen: Sie fordert einen HiAP-Ansatz (Paradigma) und die Zielsetzung einer Erhöhung der Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen unabhängig von ihrer sozio-ökonomischen Herkunft.

3.2 Interview mit Prof. Dr. Paulus

3.2.1 Angaben zur Person

Herr Prof. Dr. phil. habil. Peter Paulus ist Professor für Psychologie an der Leuphana Universität Lüneburg und am Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften der Universität tätig. Bis 2023 war er der Leiter des berufs begleitenden Public Health Master-Studienganges "Prävention und Gesundheitsförderung". Er hat sich insbesondere für die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen im Setting Schule engagiert und u.a. federführend das ursprünglich australische Programm „MindMatters“ für

Schulen in Deutschland adaptiert und weiterentwickelt. Aufgrund seiner jahrelangen und vielfältigen Erfahrungen aus Forschung, Lehre und Projektarbeit im Bereich Public Health und seines Engagements für die Kinder- und Jugendgesundheit wurde er für das Expert*innen-Interview ausgewählt.

3.2.2 Hauptaussagen

Paulus empfindet es als gesamtgesellschaftliche Aufgabe für junge Menschen Verantwortung zu übernehmen und Bedingungen zu schaffen, damit Kinder und Jugendliche gut und gesund aufwachsen. Insbesondere in Zeiten einer zunehmenden Individualisierung und Singularisierung, dem Auseinanderbrechen von ganzen sozialen Strukturen und Zusammenhängen. Zumal die unter 15-jährigen eine Minderheit darstellen und sich die Politik eher auf die ältere Generation ausrichtet. Das Konzept des BIPAMs kommt ihm wie ein Schnellschuss vor ohne ausreichende Diskussion und intensive Auseinandersetzung und er bedauert, dass das Thema Kinder- und Jugendgesundheit bisher bei der Vorstellung der Schwerpunkte nicht vorgekommen ist. Es fehlt laut Paulus zudem an einer einheitlichen Strategie zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit und er schlägt einen Paradigmenwechsel zu einem salutogenetischem Ansatz vor. Zudem sollte verstärkt multidisziplinärer gearbeitet werden, z.B. mit Expert*innen aus den Bereichen der Ernährungswissenschaften, Sportwissenschaften, Expert*innen zur psychischen Gesundheit (mit den Themen Achtsamkeit, Emotionsregulation etc.). Er betont ebenfalls den HiAP-Ansatz und insbesondere die Ressorts Bildung und Gesundheit sind seiner Ansicht nach eng miteinander verknüpft. Denn wie soll Pädagogik noch funktionieren, wenn die Schüler*innen und auch die Lehrer*innen nicht gesund sind. Gesundheit ist laut Paulus ein Treiber für Bildung und den HiAP-Ansatz könne man als Gesundheitsfundament bezeichnen. Weiterhin sollte die Vielfalt der Zuständigkeiten im Öffentlichen Gesundheitssystem seiner Ansicht nach mit Hilfe des BIPAMs verbessert werden und alle Gesundheitsakteur*innen sollten zusammengebracht und koordiniert werden. So können wertvolle Synergien entstehen. Das BIPAM könnte entsprechend eine Art Diskussionsplattform sein. Weiterhin sollte innerhalb der Strukturen des BIPAM mehr Partizipation über Bottom-up (aus hierarchischer Perspektive von unten nach oben) Prozesse verwirklicht werden. Es sollte ebenfalls transparent sein, wie die Meinungsbildung und die Ausrichtung innerhalb des BIPAMs aktuell und zukünftig stattfindet. Die Kinder und Jugendlichen sollten dabei nicht nur angehört werden, sondern es sollte auch

Feedback-Schleifen geben. Auch die BZgA kommuniziert bisher eher einseitig mit der Bevölkerung und die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen sollte durch das neue BIPAM deutlich besser erreicht werden. Die Schule ist laut Paulus ein wichtiges Setting, wo die Kinder und Jugendlichen über Schüler*innen-Vertretungen und Schulsprecher*innen, Bundessprecher*innen etc. partizipativ eingebunden werden könnten. Er empfiehlt eine kontinuierliche Kultur der Beteiligung in den Einrichtungen (z.B. Schule), sodass das Thema Gesundheit immer wieder auf die Tagesordnung kommt. Dabei sollten die Kinder und Jugendlichen das Gefühl haben, dass ihre Gesundheitsbedürfnisse ernst genommen werden. Dem Lebensort Schule, als wichtiger Teil des kommunalen Lebens, sollte laut Paulus mehr Bedeutung beigemessen werden. Denn ringsherum verlieren seiner Ansicht nach die Familien immer mehr ihre Sozialisationsfunktion und können diese Aufgabe nicht mehr allein stemmen.

3.2.3 Potentielle Hebelpunkte

Paulus geht in seinem Interview auf einige Hebelpunkte ein, welche sich auf die Kinder- und Jugendgesundheit beziehen. Er nennt ausschließlich Hebelpunkte mit einem hohen Potential für eine Transformation, die sich auf die Struktur oder Veränderung von Prozessen beziehen: Laut Paulus sollte der Fokus des BIPAMs auf die Kinder- und Jugendgesundheit gelegt werden und Kinder und Jugendliche sollten partizipativ mit Feedbackschleifen in der Kommunikation und mit Möglichkeiten für Bottom-up-Prozesse innerhalb des BIPAMs einbezogen werden. Weiterhin fordert auch er eine Public Health Strategie, eine Übernahme der Koordination der Akteur*innen des Öffentlichen Gesundheitssystems durch das BIPAM sowie die Forderung nach einem transparenten Meinungsbildungsprozess. Paulus geht auch auf Hebelpunkte ein mit sehr hohem Potential für eine Transformation in Bezug auf das Gesundheitssystem. Sie beziehen sich auf das Ziel des Systems bzw. auf Paradigmen des Systems. Das Gesamtziel sollte seiner Ansicht sein, Bedingungen zu schaffen, damit Kinder gesünder aufwachsen, weiterhin sollte der HiAP-Ansatz sowie der salutogenetische Ansatz verwirklicht werden, was jeweils einen Paradigmenwechsel darstellt.

3.3 Interview mit Jun.-Prof. Dr. Augenstein

3.3.1 Angaben zur Person

Frau Jun.-Prof. Dr. rer. oec. Karoline Augenstein ist seit 2017 Juniorprofessorin für Politikfeldanalyse, insb. Transformationsforschung und Nachhaltigkeit an der Universität Wuppertal und verwaltet aktuell zusätzlich die Professur für Transdisziplinäre Nachhaltigkeitsforschung an der Leuphana Universität Lüneburg (Uni Wuppertal, 2024). Schwerpunktmäßig beschäftigt sie sich mit urbanen Transformationsprozessen, Konzepten und Methoden der Reallaborforschung und der Rolle von Narrativen im Kontext Nachhaltigkeit und Transformation. Aufgrund ihrer fundierten und langjährigen Erfahrungen auf dem Gebiet der Transformation wurde sie für das Interview ausgewählt.

3.3.2 Hauptaussagen

In der Transformationsforschung gehört es laut Augenstein zunächst zu den wichtigsten Fragestellungen, welche Funktion ein System erfüllen soll und was dazu beiträgt, dass diese Funktion erfüllt werden kann. Sie stellt weiterhin fest, dass sich die Transformationsforschung in der letzten Zeit zunehmend weg von einem rationalen Steuerungsparadigma bewegt, da viele Systeme so komplex seien, sie so viele Feedbackloops beinhalten würden und von vielen zufälligen Ereignissen und emergenten Phänomenen abhängig sind. Sie empfiehlt für ein komplexes System wie das Gesundheitssystem, dass man zunächst ein Verständnis darüber erlangt, wie das System funktioniert und wo sich ggf. Hebelpunkte für eine Transformation befinden. Anschließend rät sie zu experimentellen und selbstlernenden Formaten und Ansätzen. Der Reallabor Kontext wäre ein gutes Beispiel dafür. In der Theorie und anschließend in kleineren Projekten könnten Veränderungsprozesse ausprobiert werden. Nicht jedes Projekt lässt sich anschließend jedoch hochskalieren, weil vieles kontextspezifisch ist. Aber laut Augenstein könnte man Synergien schaffen, dabei lernen und das Erlernte dann in die richtigen Kreise kommunizieren und anschlussfähig machen. Eine Netzwerkbildung ist besonders bedeutsam bei komplexen Systemen, um Synergien zu schaffen. Dies könnte durch ein neues Bundesinstitut ermöglicht werden. Augenstein pflichtet weiterhin einem stärkeren Fokus auf Prävention in der Kinder- und Jugendgesundheit bei, gibt aber gleichzeitig zu bedenken, dass man die „bereits in den Brunnen Gefallenen“ auch nicht aus den Augen verlieren soll. Weiterhin

ist es laut Augenstein wichtig zu beachten, innerhalb welcher Strukturen und Machtverhältnisse die Prävention stattfindet und ob sich Prävention wirklich verändern kann, wenn die Strukturen und Machtverhältnisse gleichbleiben. Es sollte weiterhin der Frage nachgegangen werden, ob es innerhalb des Systems Räume geben kann, wo Dinge in einem ersten Schritt in Frage gestellt werden können und in einem zweiten Schritt neue Ideen entwickelt werden können. Den HiAP-Ansatz empfindet sie als sinnvoll und knüpft dabei an Erfahrungen aus dem Bereich der Nachhaltigkeitsforschung an und der Politikfeldanalyse. So sind auch die Nachhaltigkeitskriterien in der EU als Querschnittsthema vorangetrieben worden über die entsprechenden Ressorts hinweg. Damit ein echter Paradigmenwechsel gelingen kann, ist es ihrer Ansicht nach essentiell, Leitbilder und Zukunftsvisionen zu haben. Für die konkrete Umsetzung braucht es kollektive Prozesse und einen kritischen Blick auf das System. Aber eine wichtige Voraussetzung ist auch eine Art Bewusstsein für das Thema. Dabei sollte man nicht auf eine externe Krise des Systems warten oder bis die Zeit reif ist für eine Transformation, sondern man sollte viele Akteur*innen zusammenbringen, um die Relevanz gegenüber der Politik klarzumachen. So könnte es am ehesten auf die Agenden der Politik geraten. Dazu braucht es einen gesellschaftlichen Rückhalt, ggf. auch im Sinne einer Bottom-up-Bewegung. Die Partizipation spielt laut Augenstein bei Transformationsprozessen grundsätzlich eine sehr wichtige Rolle, da es das Zusammentreffen von verschiedenen Formen von theoretischem und praktischem Wissen ermöglicht. Es ist weiterhin wichtig zu beachten, wer alles Mitspracherecht haben sollte und wer für die Umsetzung legitimiert wird. Insbesondere bei Kindern sei diese Frage herausfordernd. Für einen Paradigmenwechsel kann auch eine Analyse der Hebelpunkte hilfreich sein. Ggf. sollte man laut Augenstein auf die Auswirkungen der Kinder- und Jugendgesundheit hinweisen, denn wenn die Menschen am Ende gesünder sind, dann sind sie leistungsfähiger und dann ist das auch für die Wirtschaft gut. Wobei man sich laut Augenstein damit vielleicht eher den Paradigmenwechsel kaputt machen könnte. Sie regt weiterhin an, dass die Gesellschaft für transdisziplinäre und partizipative Forschung und das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (mit vermutlich ähnlichen benötigten Strukturen) gute Ressourcen für entsprechende Fragestellungen sind.

3.3.3 Potentielle Hebelpunkte

Folgende Aussagen von Augenstein stellen effektive Hebelpunkte für eine Transformation dar und beziehen sich auf Prozesse bzw. die Struktur des Systems (siehe Kapitel 1.3.2): die

Expert*inneninterviews zum potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

Herstellung einer Koordination der Akteur*innen und Schaffung von Netzwerken, die Schaffung einer Aufmerksamkeit für die Öffentliche Gesundheit sowie Partizipation von Kindern und Jugendlichen innerhalb der Strukturen. Hebelpunkte mit sehr großem Potential für eine Transformation beziehen sich auf die Zielsetzung und Paradigmen des Systems. Hier gibt sie zu beachten, dass die Zielsetzung in erste Linie wichtig sei. Es geht darum, welche Funktion das Öffentliche Gesundheitssystem erfüllen solle und was dazu beitragen würde, dass diese Funktion erfüllt werden kann. Weiterhin befürwortet sie den HiAP-Ansatz, was einen Paradigmenwechsel darstellen würde. Sie empfiehlt ebenfalls, Strukturen für ein selbstlernendes und agiles System zu schaffen mit Raum für kritische Fragestellungen und Innovation, was ebenfalls einen Paradigmenwechsel darstellen würde.

Tabelle 4: Potentielle Hebelpunkte für eine Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems durch Errichtung des BIPAMs aus den Expert*inneninterviews, die rot markierten Aussagen beziehen sich auf Kinder und Jugendliche

Interview-partner*innen	Hebelpunkte im Öffentlichen Gesundheitssystem für eine Transformation		
	Was? Parameter	Wie? Prozesse/Feedbacks/Design	Warum? Ziele/Paradigmen
Dr. Korebrits	Gesundheitskommunikation verbessern für die Zielgruppe der Kinder, Jugendlichen & Eltern	Koordination aller Akteur*-innen der Öffentlichen Gesundheit übernehmen	HiAP-Ansatz einführen Ziel: Gesundheitschancen für Kinder & Jugendliche erhöhen, unabhängig von sozioökonomischer Herkunft
		Qualitätsentwicklung verbessern (Erstellung von Handlungsrichtlinien & Leitfäden)	
		Public Health-Strategie entwickeln	
		Koordination des ÖGD	
		Partizipation von Kindern, Jugendlichen & Eltern verbessern	
		Fokus auf Kinder- & Jugendgesundheit, Vorschlag: eigene Abteilung für Kinder- & Jugendgesundheit aufbauen	
		Errichtungsprozess des BIPAMs anpassen: Expertise von Kinderärzt*innen und Ärzt*innen aus dem KJGD	

Expert*inneninterviews zum potentiellen Beitrag des BIPAMs zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit

Prof. Paulus		Partizipation von Kindern & Jugendlichen stärken, Feedbackschleifen einrichten, auch in der Gesundheitskommunikation	Ziel: Bedingungen schaffen, damit Kinder gesünder aufwachsen
		Fokus auf Kinder- & Jugendgesundheit	Salutogenetischen Ansatz einführen
		Public Health Strategie entwickeln	HiAP-Ansatz einführen
		Meinungsbildungsprozesse sollten transparent sein	
		Koordination aller Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit übernehmen	
		Möglichkeit von Bottom-Up-Prozessen innerhalb des BIPAMs	
Jun.- Prof. Augenstein	Koordination von Akteur*innen notwendig, insbesondere Schaffung von Netzwerken	HiAP-Ansatz einführen	
	Errichtungsprozess & Interventionen auf Legitimation prüfen	Strukturen für ein selbstlernendes & agiles System schaffen mit Raum für kritische Fragestellungen & Innovation	
	Partizipation von Kinder- und Jugendlichen ermöglichen	Zielsetzung beachten (Welche Funktion soll das Öffentliche Gesundheitssystem erfüllen und was trägt dazu bei, dass diese Funktion erfüllt werden kann?)	
	Aufmerksamkeit schaffen für die Öffentliche Gesundheit, viele Akteur*innen mit ins Boot holen (in Politik & Gesellschaft)		

4 Diskussion

Da auf eine ausführliche Diskussion der Ergebnisse Wert gelegt wird, ist sie durch Teilüberschriften gegliedert. Zunächst erfolgt die Zusammenfassung und die Beantwortung der Fragestellungen, anschließend die Diskussion der Ergebnisse und der eigenen Arbeit und abschließend wird ein Ausblick gegeben und offene Fragen formuliert.

Zusammenfassung und Beantwortung der Fragestellungen:

Nach Auswertung der Stellungnahmen und Interviews konnten zahlreiche effektive Hebelpunkte nach Meadows (Meadows, 1999) für eine Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystem durch das BIPAM ausgemacht werden. Am häufigsten wurde der HiAP-Ansatz und die Koordination aller Akteur*innen im Öffentlichen Gesundheitssystem eingefordert sowie eine Verbesserung und ein Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung. Aber auch eine zielgruppenspezifischere, digitalere und laienverständlichere Gesundheitskommunikation und Stärkung der Partizipation gehören dazu. Es konnten jedoch nur wenige Aussagen zu Hebelpunkten für eine potentielle Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit ausgemacht werden. Es wurde allerdings gefordert, dass das BIPAM die Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit als priorisiertes Ziel haben sollte sowie eine Verbesserung ihrer gesundheitlichen Chancengleichheit und der Partizipation von Kindern und Jugendlichen. Auch wenn sich nur wenige Stellungnahmen auf die Kinder- und Jugendgesundheit beziehen, so kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich andere allgemeine Hebelpunkte für eine Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems (siehe Kapitel 2.2.1) indirekt auch auf eine Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit auswirken könnten. Denn wenn z.B. der HiAP-Ansatz umgesetzt wird, wenn die Koordination der Akteur*innen im Öffentlichen Gesundheitssystem verbessert wird, wenn die Gesundheitskommunikation zielgruppenspezifischer wird, dann profitieren auch Maßnahmen und Interventionen für die Kinder- und Jugendgesundheit davon.

Die Expert*inneninterviews haben im Wesentlichen die Aussagen und Forderungen aus den Stellungnahmen bekräftigen können. Neue potentielle Hebelpunkte und Vorschläge aus den Expert*inneninterviews von Korebrits waren, dass es eine eigene Abteilung für Kinder- und Jugendgesundheit im BIPAM geben sollte, dass bei Errichtung des BIPAMs und bei der Arbeit des BIPAMs auch der KJGD stetig mit einbezogen werden sollte und dass man neben der Partizipation von Kindern und Jugendlichen auch ihre Eltern nicht vergessen sollte. Neue Hebelpunkte wurden ebenso von Paulus eingebracht. Er beklagt, dass die

Gesundheitskommunikation und die allgemeine Partizipation weniger einseitig, sondern mit mehr Feedbackmechanismen funktionieren müssten und in den neuen Strukturen des BIPAMs Bottom-Up-Prozesse möglich sein sollten. Augenstein gibt zu bedenken, dass man im BIPAM Strukturen für ein selbstlernendes und agiles System schaffen sollte, in welchem Raum für kritische Fragestellungen und Innovation sind.

Die erste Fragestellung, inwiefern das BIPAM zu einer Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystem beitragen kann, konnte beantwortet werden. Denn es sind in den Stellungnahmen zum BIPAM viele Hebelpunkte gefunden worden, welche potentiell zu einer Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystem beitragen könnten. Es konnte weiterhin aufgezeigt werden, welche Hebelpunkte am effektivsten für eine Transformation wären (siehe Kapitel 2.2.1 und 2.2.2). Das BIPAM könnte also einen großen Beitrag zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems leisten, wenn insbesondere an den effektivsten Hebelpunkten angesetzt werden würde. Laut aktuellen Presseberichten könnten die Stellungnahmen dazu beigetragen haben, dass sich bisher geplante Schwerpunkte und Ansätze bereits verändert haben und sich weiterhin in einem Anpassungsprozess befinden (Ärzteblatt, 2024; Simmank, 2023). Auf der Veranstaltung der Ärztekammer „Public Health vor Ort: Gegenwart und Zukunft eines krisenfesten Öffentlichen Gesundheitsdienstes“ am 12.06.24 in Berlin hat die Leiterin der Abteilung Öffentliche Gesundheit im Bundesgesundheitsministerium Dr. Teichert mitgeteilt, dass die Einwände aus den Stellungnahmen der Fachcommunity gehört worden sind und dass ein neuer Referentenentwurf bereits in Arbeit ist (Ärzteblatt, 2024). Sie stellte dort einige neue Inhalte des BIPAMs vor (Bundesärztekammer, 2024): Das BIPAM soll demnach als Ressortforschungs- und Dateninstitut fungieren und die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz, die Vernetzung des ÖGD und der damit verbundenen staatlichen Aktivitäten sowie die Gesundheits-, Risiko- und Krisenkommunikation stärken. Sie gab weiterhin bekannt, dass keine großen Teile aus dem RKI herausgelöst werden sollen, sondern vor allem Bereiche, welche die Gesundheitsberichterstattung betreffen und dass das RKI unabhängig bleiben soll. Weiterhin soll ein nationaler Präventionsplan geschaffen werden. Beispielhafte Maßnahmenpakete sollen sich auf Alterszahngesundheit, Diabetes, Einsamkeit, Wiederbelebung, Vorbeugung von klima- und umweltbedingten Gesundheitsschäden sowie Suizid beziehen. Unter Berücksichtigung dieser Informationen von Dr. Teichert, kann davon ausgegangen werden, dass vermutlich keine grundlegende Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems durch das BIPAM geplant ist, sondern eher eine Veränderung von Teilbereichen innerhalb des Systems (siehe Kapitel 1.3.1). Allerdings wurde von Dr. Teichert

auch der Setting-/Lebenswelt-Ansatz erwähnt, der HiAP-Ansatz sowie die Ziele der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit (Bundesärztekammer, 2024). Wenn es tatsächlich zu den genannten Paradigmenwechseln kommen sollte, dann besteht die Chance, dass das BIPAM maßgeblich zu einer Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems beiträgt. Das BMG formuliert auf den offiziellen Seiten zum BIPAM zumindest selbst, dass das Jahr 2024 als eine Transformations-Phase genutzt werden soll (Bundesministerium für Gesundheit, 2023c). Ob es sich aber eher um transformative Prozesse oder um eine grundlegende Transformation handelt, bleibt abzuwarten und offen, bis die finalen und konkreten Strukturen und Ziele bekannt sind, bzw. bis das BIPAM die Arbeit aufgenommen hat.

Die zweite Fragestellung, inwiefern das BIPAM einen Beitrag zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit leisten kann, konnte ebenfalls beantwortet werden. Denn auch in diesem Fall konnten einige Hebelpunkte ausgemacht werden, welche zu einer Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit beitragen können. Das BIPAM könnte entsprechend einen beachtlichen Beitrag dazu leisten, wenn die im Kapitel 2.2 beschriebenen Hinweise beachtet werden und der Fokus verstärkt auf die Zielgruppe der Kinder- und Jugendlichen ausgerichtet wird. Allerdings war das Thema der Kinder- und Jugendgesundheit in den Stellungnahmen nicht sehr präsent und Teichert ist in ihren Ausführungen zum BIPAM gar nicht auf die Kinder- und Jugendgesundheit eingegangen. Es ist also davon auszugehen, dass die aktuell geplanten Veränderungen durch das BIPAM nicht zu einer deutlichen Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit führen werden. Dies bestätigt den im Kapitel 1.3.1 ausgeführten Eindruck, dass Kinder und Jugendliche nur eine kleine Lobby haben und dass Kinder- und Jugendgesundheit aktuell nicht im Fokus der öffentlichen Debatte steht, auch nicht in der Debatte um das neue BIPAM. Umso wichtiger erscheint die Forderung von der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, dass eine Anwaltschaft für Kinder und Jugendgesundheit übernommen werden muss (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2022, S. 3; Iseke & Thyen, 2020, S. 946; Thyen, 2023) und die Kinder und Jugendlichen viel stärker beteiligt werden müssen, wenn es um ihre Gesundheit geht. Jedoch selbst wenn es nicht zu einer Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystem kommen sollte bzw. zu einer Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit durch das BIPAM, so konnten dennoch viele Hebelpunkte in dieser Arbeit herausgearbeitet werden, die ggf. in späteren Reformen oder Transformationsbestrebungen berücksichtigt werden könnten bzw. Hebelpunkte, welche zu einer Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit führen könnten.

Grundsätzlich besteht weiterer Forschungsbedarf zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit, da insbesondere die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen weiterhin zunehmen. Die vorliegende Arbeit konnte zudem Argumente dazu beitragen, dass die Transformationsforschung zunehmend in die Public Health Forschung einbezogen wird. Es besteht jedoch weiterhin erheblicher Forschungsbedarf in Bezug auf die Transformation von Öffentlichen Gesundheitssystemen. Man sollte weitere Teilbereiche des Gesundheitssystems genauer auf Hebelpunkte für eine Transformation untersuchen und laut Augenstein die Reallaborforschung bemühen, um u.a. experimentell vorher durchzuspielen, wie sich eine Transformation von Teilbereichen auf das gesamte System auswirken könnte. Zudem sollte man nicht nur weiterhin innerhalb des Systems Thinking-Ansatzes forschen, sondern ebenfalls andere Ansätze im Gesundheitsbereich mit einbeziehen sowie das Changemanagement innerhalb von Gesundheitssystemen konkreter untersuchen.

Diskussion der Ergebnisse und der eigenen Arbeit:

Zahlreichen Stellungnahmen folgend sollte die Hauptaufgabe des BIPAMs sein, die Zusammenarbeit der Akteur*innen des Öffentlichen Gesundheitssystems zu koordinieren, sowohl regional als auch auf Bundesebene. Diese Anliegen werden durch viele andere Autor*innen ebenfalls unterstützt (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al., 2015, S. 10; Gerhardus, Grill, & Rexroth, 2023, S. 7,13; Sell, Kuhn, et al., 2021, S. 897; Zukunftsforum Public Health, 2021, S. 8). Dazu müssen jedoch entsprechende Gesetzesänderungen vorgenommen werden, da viele Zuständigkeitsbereiche in Bezug auf die Gesundheit Ländersache ist. In einer Stellungnahme wird konkret vorgeschlagen, dass das Landesgesundheitsdienstgesetz verändert werden soll. Die kommunale Verankerung soll dabei gewährleistet bleiben, aber auch eine fachliche Freiheit garantiert werden (Exner et al., 2023, S. 9). Eine andere Stellungnahme schlägt vor, dass das BIPAM als Think Tank mit variabler Einbindung von Expert*innen und mit agilen Strukturen ohne Behördencharakter strukturiert sein sollte, wodurch auch die Innovationskraft erhöht werden könnte (Bundesverband Managed Care e.V., 2022, S. 1). Paulus schließt sich diesem Ansatz im Expert*inneninterview an. Auch die Koordination der Aktivitäten des ÖGD sollte vom BIPAM übernommen werden. In vielen weiteren Stellungnahmen wurde auch eine Verbesserung der Public Health Forschung, der Kooperation von Forschung und Praxis sowie der Evaluation und Qualitätsentwicklung eingefordert. Konkrete Vorschläge dazu machen Gerhardus et al und Pruskil mit der Schaffung von Lehr- und Forschungsgesundheitsämtern (Gerhardus et al., 2023, S. 3; Pruskil, 2024). Weiterhin sollten evidenzbasierte fachliche Standards und Qualitätssicherungsmaßnahmen für

alle relevanten Aufgabenfelder des ÖGD erarbeitet werden (Böhm & Wiggerich, 2024; Gerhardus et al., 2023, S. 2; Pruskil, 2024; Zukunftsforum Public Health, 2021, S. 9). Gerhardus et al. empfehlen dazu, die Forschungstätigkeit als prozentualen Anteil im Geschäftsverteilungsplan vorzusehen und in die kommunale Haushaltsplanung einzustellen (Gerhardus et al., 2023, S. 12). Auf die Finanzierung des BIPAMs, bzw. von damit einhergehenden Prozessen, ist ebenfalls in einigen Stellungnahmen Bezug genommen worden. Es wurde vermutet, dass neue BIPAM ohne zusätzliche Gelder und beim aktuellen Haushaltsloch zum Scheitern verurteilt sein könnte, denn Transformation braucht finanzielle Mittel (Mauer & Panteli, 2023, S. 2). Auch für den ÖGD sollte es eine dauerhaft angelegte strukturelle Finanzierung geben, um nachhaltige Veränderungen zu gewährleisten (Gerhardus, Grill, & Rexroth, 2023, S. 17; Sell, Kuhn, et al., 2021, S. 897; Zukunftsforum Public Health, 2021, S. 8), denn der Pakt für den ÖGD (siehe Kapitel 1.2.3) läuft lediglich bis zum Jahr 2026. Es besteht in Deutschland jedoch ein Widerspruch zwischen den allgemein hohen Investitionen in die Gesundheitsversorgung und den Ergebnissen bei der Lebenserwartung, was als Warnsignal für die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems zu bewerten ist (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2023). Deutschland ist weltweit eines der teuersten Gesundheitssysteme, gleichzeitig gehören viele Gesundheitsindikatoren wie z.B. die Lebenserwartung nicht zu den höchsten (siehe Kapitel 1.2.4). Zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung scheint also nicht nur die Höhe der Ausgaben für Gesundheit von Bedeutung zu sein, sondern es sollte auch darum gehen, wie man das Geld einsetzt und welche Schwerpunkte und Prioritäten man setzt. Van de Pas gibt zu bedenken, dass das gesamte Krankenversicherungssystem auf Wachstum ausgerichtet ist und betont die ökonomische Verknüpfung von Gesundheitsleistungen (Van de Pas, 2023, S. 2). Dies führt zu Überdiagnostik und zu einem Fokus auf Interventionen und Operationen. Mit der Krankenhausreform von Mai 2024 wird jedoch erstmalig eine teilweise Entökonomisierung innerhalb des Öffentlichen Gesundheitssystems vorgenommen (Bundesministerium für Gesundheit, 2024). Bei den aktuellen Haushaltsverhandlungen der Regierung scheint es nur wenig finanziellen Spielraum für Veränderungsprozesse des BIPAMs zu geben, daher kann es vermutlich nur um eine Umverteilung von Geldern und um Veränderungen von Fokussen gehen. Auf den Fokus auf bestimmte Erkrankungen bzw. auf die Gesundheit von bestimmten Zielgruppen wurde in vielen Stellungnahmen Bezug genommen. So sollte der Fokus auf die Erkrankungen Krebs, Demenz & Herz-Kreislauf-Erkrankungen des BIPAMs rückgängig gemacht werden und anstatt dessen der Fokus vermehrt auf Kinder- und Jugendgesundheit und auf psychische Gesundheit gelegt

werden, da sich diese als besonders effektiv herausgestellt haben. Die Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der Öffentlichen Gesundheit, auf welche in vielen der Stellungnahmen Bezug genommen wurde, ist laut Van de Pas ebenfalls ein unterfinanzierter öffentlicher Sektor (Van de Pas, 2023, S. 2). Es wird empfohlen, dass hier zukünftig grundsätzlich mehr investiert werden soll (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften, 2015, S. 42). Denn eine gesunde Bevölkerung ist auch gut für die wirtschaftliche Entwicklung (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina et al., 2015, S. 42; WHO, 2023, S. 6) und Prävention und Gesundheitsförderung führt ebenfalls zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit (Zukunftsforum Public Health, 2021, S. 9). Insbesondere Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen zahlt sich laut der WHO besonders aus (siehe Kapitel 1.1 und 3.1) und auch Korebrits bestätigte das in ihrem Interview. Hierzu gibt es Leitlinien aus dem Jahre 2009 (Bundesministerium für Familie, 2009, S. 250–251; Richter-Kornweitz & Kruse, 2023), welche zukünftig noch stärker berücksichtigt werden müssen (siehe Tabelle 4 im Anhang). Von einigen Autor*innen wird in den Stellungnahmen empfohlen, dass das BIPAM insbesondere dem salutogenetischem Ansatz folgen sollte und damit stärker der Gesundheitsförderung. Auch Hunter und Bengoa unterstützen diesen Paradigmenwechsel (Hunter & Bengoa, 2023, S. 14) sowie Paulus im Expert*inneninterview. Denn es ist ein wichtiges Ziel, Krankheiten vorzubeugen in Form von Krankheitsprävention (siehe Kapitel 1.1.1), aber ergänzend dazu sollte man fragen, was denn die Gesundheit erhalten kann. Die Maßnahmen für Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in Deutschland (siehe Kapitel 1.1.4) sind bisher überwiegend auf Prävention (also die Verhinderung von Krankheit) ausgerichtet. Zudem gibt es in der Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche überwiegend sogenannte Komm-Strukturen (Walter, Patzelt, & Nowik, 2021). Die Frühen Hilfen (siehe Kapitel 1.1.4) bilden dabei eine Ausnahme und können sowohl ein Vorbild in Bezug auf die Komm-Struktur als auch als Vorbild für einen HiAP-Ansatz dienen. Die Etablierung von mehr Zugeh-Strukturen wäre ggf. ein wichtiger Ansatz für zukünftige Interventionen bzw. ein Paradigmenwechsel, wenn es konsequent und strukturell angegangen wird. Historisch gesehen, sind die Zugeh-Strukturen z.B. in der ehemaligen DDR sehr erfolgreich gewesen (siehe Kapitel 1.2.2). Gerlinger gibt weiterhin zu bedenken, dass in Deutschland Krankenkassen für Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention zuständig sind. Andere Krankenversicherungsstaaten sehen diese Zuständigkeit für Krankenkassen nicht vor (Thomas

Gerlinger, 2018). Diese Strukturen sind entsprechend zu hinterfragen, da die Krankenkassen auch ein Gewinnstreben und einen Wettbewerb untereinander um neue Versicherte haben. Das Ziel einer Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und das Ziel der Mitgliederwerbung könnten demnach im Konflikt stehen. Das Gesunde Städte-Netzwerk pflichtet dem bei. Demnach sollte Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur in der Verantwortlichkeit der KK liegen, sondern das Dachsetting sollte durch die kommunalen Gesundheitsämter erfolgen, sodass eine Steuerungsmöglichkeit besteht (Gesunde Städte-Netzwerk, 2022). Oftmals sind es weniger das Medizinsystem, sondern vielmehr der soziale Status und die Lebensumwelt, die über Gesundheit und Krankheit entscheiden (Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2022, S. 1; Simmank, 2023). Dieser Setting-/Lebenswelt-Ansatz wird auch in einigen Stellungnahmen betont.

Das Konzept der Präventionskette (siehe Kapitel 1.1.1) beschreibt eine Zusammenführung solcher Aktivitäten in der Kommune in den unterschiedlichen Lebensphasen und baut auch auf dem Setting/Lebenswelt-Ansatz sowie auf den HiAP-Ansatz auf (Richter-Kornweitz & Kruse, 2023). Der ÖDG hat ein besonders großes Potential effektive Konzepte für die individuellen Anforderungen und Herausforderungen in den Kommunen und Stadtteilen zu entwickeln und zu koordinieren. In der Präventionskette spielt auch die „Priorität der Partizipation“ eine große Rolle (Kruse & Richter-Kornweitz, 2017), da nur so die grundlegenden Bedürfnisse der einzelnen Zielgruppen erkannt werden können. Die Partizipation der Zivilgesellschaft wurde auch in vielen Stellungnahmen eingefordert. Auch der gesamte Errichtungsprozess des BIPAMs wurde in mehreren Stellungnahmen als intransparent und kaum partizipativ kritisiert. Aber nur durch Partizipation kann eine nachhaltige Transformation des Gesundheitssystems gelingen (WHO, 2023, S. 6). Für das Gelingen der Partizipation sollten als Voraussetzung die zum Teil autoritären und starren Strukturen innerhalb des Öffentlichen Gesundheitssystems, insbesondere im ÖGD reduziert werden (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al., 2015, S. 21; Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit, 2024, S. 897).

Der HiAP-Ansatz wurde am häufigsten in den 21 Stellungnahmen eingefordert und wird auch von weiteren Autor*innen empfohlen (Gerhardus et al., 2023, S. 7; Sell, Kuhn, et al., 2021, S. 896; Zukunftsforum Public Health, 2021, S. 8). Er könnte ebenfalls eine zentrale Rolle bei einer Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems spielen, da er einerseits einen Paradigmenwechsel darstellt, welcher laut Meadows der effektivste Hebel ist und weil die Bedingungen für ein gesundes Leben zum größten Teil jenseits des Gesundheitswesens liegen. Während HiAP auf internationaler Ebene seit langem etabliert und zum Teil evaluiert ist, wird

das Konzept in Deutschland erst in den letzten Jahren auf kommunaler Ebene verfolgt (Köckler & Geene, 2022, S. 1). Gründe für die bisher ernüchternden Erfahrungen in Deutschland beschreibt Geene in einem Artikel ausführlich (Geene, 2020, S. 160). Der HiAP-Ansatz ist gerade auch für die Kinder- und Jugendgesundheit eine entscheidende Grundlage (Iseke & Thyen, 2020, S. 946), denn alle Veränderungen, Maßnahmen und Interventionen, welche sich auf die Kinder- und Jugendgesundheit beziehen, könnten mit Hilfe des HiAP-Ansatzes viel besser durchgesetzt und vermutlich effektiver verwirklicht werden. Iseke und Thyen empfehlen dazu die Umsetzung des Nuturing-Care-Frameworks als zentralen Bestandteil der zukünftigen Public-Health-Strategie für Deutschland (Iseke & Thyen, 2020, S. 946). Denn es fehlen klare Strukturen eines gemeinsamen Handelns von verschiedenen Berufsgruppen, welche mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, eine Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und eine dringend notwendige substantielle Stärkung und Aufwertung der Öffentlichen Gesundheitsdienste (Iseke & Thyen, 2020, S. 945; Richter-Kornweitz & Kruse, 2023). Diese könnten durch das neue BIPAM zukünftig gewährleistet werden. Auf eine Public wurde auch in vielen Stellungnahmen verwiesen. Im Koalitionsvertrag (siehe Kapitel 1.2.4) ist dieses Ziel ebenfalls ausgewiesen und das ZfPH hat bereits Eckpunkte einer Strategie ausgearbeitet (siehe Kapitel 1.2.3). Diese sollten als Grundlage für die Arbeit des BIPAMs genutzt werden. Auch der Name des BIPAMs wurde in einigen Stellungnahmen kritisiert, da er eine Verengung des Public Health Begriffs vermuten lässt, die dem modernen Public Health Begriff und dem HiAP-Ansatz entgegen steht.

Ein weiteres wichtiges Merkmal der Präventionskette ist die Ausrichtung auf den Bedarf und die Bedürfnisse der Zielgruppen, entsprechend auch auf die der Kinder und Jugendlichen. Wie in Kapitel 1.1.3 dargestellt, werden insbesondere die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf Ihre Gesundheit häufig jedoch nicht berücksichtigt und von Erwachsenen und anderen Stellvertretern festgestellt, die selbst eine andere Perspektive haben. Daher ist es essentiell, auch Kinder und Jugendliche in Entscheidungsprozesse einzubinden, sowohl wenn der Präventionsbedarf erhoben wird als auch bei der Planung, während des Angebots selbst und in der Auswertung (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2011, S. 4). So könnten altersspezifische Bedürfnisse besser benannt und umgesetzt werden und Interventionsangebote angepasst werden (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2024). Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit hat folgende Argumente gesammelt, mit denen die Wichtigkeit ihrer Partizipation begründet werden kann: Kinder und Jugendliche besitzen ein hohes Maß an

kreativen und gestalterischen Fähigkeiten, welche großes Potential für neue Ideen und Lösungsansätze bieten; Kinder und Jugendliche sind Expert*innen ihrer eigenen Lebenswelt und somit erste Ansprechpartner*innen, wenn es darum geht, ihre Lebenswelt zu gestalten und Angebote so zu entwickeln, dass sie von ihnen angenommen und genutzt werden. Denn es ist herausfordernd und bedarf oftmals besonderer Strategien, um bestimmte Altersgruppen zu erreichen; Mitunter werden Probleme, die von Seiten der Erwachsenen nicht gesehen werden, durch die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen aufgedeckt. Good practice Beispiele (auf Deutsch: erfolgsversprechende Methodenbeispiele) für die Partizipation von Kindern und Jugendlichen hat der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit zusammengetragen (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2024).

In vielen Stellungnahmen wurde auch die Gesundheitskommunikation angesprochen, die einen wichtigen Hebel darstellen könnte und bei der Partizipation ebenfalls eine entscheidende Grundlage ist. Es wurde vor allem eine professionellere und zielgruppenspezifischere Gesundheits- & Wissenschaftskommunikation gefordert und auch andere Autor*innen schließen sich dem an (Sell, De Bock, et al., 2021, S. 1813; Sell, Kuhn, et al., 2021, S. 897; Zukunftsforum Public Health, 2021, S. 9). In allen Expert*innen-Interviews ist ebenfalls auf eine stärkere Partizipation der Kinder und Jugendlichen eingegangen worden. Insbesondere Paulus mahnte an, dass es mehr und kontinuierliche Feedback-Schleifen zu den Kindern und Jugendlichen zurückgeben müsste. Die Gesundheitskommunikation ist zudem bisher wenig auf Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund ausgerichtet (Savaskan et al., 2023, S. 1836), die oft eine besondere Ansprache benötigen (Harrison et al., 2020; Koval, Engen, Kringen, & Wiig, 2022, S. 127). Koval et al. unterbreiten dazu Vorschläge (Koval et al., 2022, S. 139–140). Weiterhin sollten neue Wege wie z.B. der Einbezug neuer Medien für den Zugriff auf Gesundheitsinformationen und -dienste genutzt werden (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al., 2015, S. 10). Funer gibt dabei jedoch zu bedenken, dass zahlreiche Health Apps zunehmend an Bedeutung für eine präventive und eigenverantwortliche Ausrichtung des Gesundheitssystems gewinnen, sich jedoch im Spannungsfeld zwischen individuellem Empowerment und potentiellm Kontrollverlust bewegen (Funer, 2021, S. 13). Auch die ethische Vertretbarkeit von Techniken der öffentlichen Gesundheitskommunikation sollte beachtet werden (Schaper, Hansen, & Schicktanz, 2019) sowie die spezifische Kommunikation in Change Prozessen mit der Bevölkerung aber auch mit dem Gesundheitspersonal (Ebert-Steinhübel, 2013). Das Thema Personal im Bereich der Öffentlichen Gesundheit, insbesondere auch im ÖGD ist vielfach in den Stellungnahmen diskutiert worden. Einige Autor*innen

empfehlen deutlich mehr Flexibilität in den bürokratischen Ebenen und Amtsstrukturen wie die des ÖGD (Gerhardus et al., 2023, S. 12; Sell, Kuhn, et al., 2021, S. 897) um die Arbeit des Personals effektiver, effizienter und attraktiver zu machen. Auch das Personalmanagement des RKIs sollte vertrauensvoll und transparent gehandhabt werden, da bei zunehmender Unsicherheit durch die Umstrukturierungsprozesse, welche die Errichtung des BIPAMs mit sich bringen wird, eine mögliche Personalabwanderung droht und damit die wissenschaftliche nationale und internationale Reputation gefährdet wäre sowie ein Stillstand im System in kritischen Zeiten droht (Schäfer, 2024, S. 3). Vertrauen in das Öffentliche Gesundheitssystem spielt auch bei der Bevölkerung eine große Rolle (Kluge et al., 2023, S. 1; WHO, 2023, S. 3–6) und wird in vielen Stellungnahmen als übergeordnetes Ziel eingefordert. Dieses Vertrauen ist während der Covid-19-Pandemie teilweise verloren gegangen. Es geht zum einen um Vertrauen der Bevölkerung in die Wissenschaft aber auch um Vertrauen in die Menschen, die im Gesundheitssystem arbeiten sowie in die Politiker in Verantwortung (Kluge et al., 2023, S. 1). Vertrauen ist auch eine wichtige Voraussetzung für einen Transformationsprozess, insbesondere im öffentlichen Sektor (siehe Kapitel 1.3.4) (Fischer-Korp, 2018, p. 59). Die “Tallinn Charter 15th Anniversary Health Systems Conference” hatte den Titel “Trust and transformation-resilient and sustainable health systems for the future”. Im Abschlussstatement postulierten die Teilnehmer*innen, dass die Schlüsselzutaten, um die Bevölkerung und die Kommunen für eine Transformation des Gesundheitssystems gewinnen zu können Vertrauen und Partizipation sind (WHO, 2023, S. 6). Es werden dort auch weitere detaillierte konkrete und praktische Voraussetzung beschrieben, wie z.B. dass die Mitarbeitenden im Öffentlichen Gesundheitssystem, die es im Wesentlichen tragen, darauf vertrauen können müssen, dass ihre Arbeit und eigenes Wohlbefinden gewertschätzt und beachtet werden.

An verschiedenen Stellen in dieser Arbeit ist bereits betont worden, dass laut Meadows die effektivsten Hebelpunkte die Ziele eines Systems, Paradigmen und Paradigmenwechsel darstellen. In den Stellungnahmen konnten noch folgende weitere Ziele des Öffentlichen Gesundheitssystems ausgemacht werden: Erhalt, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere auch die der Kinder und Jugendlichen, Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit und Verbesserung der planetaren Gesundheit (Planetary Health). Es gilt jedoch zu beachten, dass in den Stellungnahmen lediglich Ziele genannt worden sind, die hohe ethische Werte und Ziele vermuten lassen, dennoch gibt es in öffentlichen Systemen verschiedene Interessen (z.B. wirtschaftliche) und Ziele zu beachten, die nicht immer höheren Zielen folgen, die in den Stellungnahmen nicht

offen dargestellt werden. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Akteur*innen im Öffentlichen Gesundheitssystem und alle Autor*innen der Stellungnahmen dasselbe Ziel eint. Zur Limitation der Arbeit sind Aussagen über mögliche Hebelpunkte für eine Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems, die nicht in den Stellungnahmen genannt wurden zu nennen. Die Expert*inneninterviews haben noch zusätzliche Hebelpunkte aufzeigen können, jedoch könnte man mit zahlreicheren Interviews mit weiteren Expert*innen, anderen Akteur*innen im Bereich der Öffentlichen Gesundheit oder auch mit Kindern und Jugendlichen selbst sicher noch weitere und neue Aspekte und Hebelpunkte zusammentragen. Weiterhin sind auch viele andere Erhebungsmethoden vorstellbar. Zudem wurde lediglich eine mögliche Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems betrachtet, welche das BIPAM beeinflussen könnte und welche sich insbesondere auch auf eine Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit auswirken könnten. Auch auf einen Vergleich zu Transformationsbewegungen in anderen Ländern wurde bewusst verzichtet, weil es den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte. Zukünftige Fragestellungen könnten jedoch Transformationsbewegungen in anderen Ländern analysieren bzw. vergleichen, um daraus zu lernen. Wobei laut Augenstein auch genau analysiert werden muss, was genau in unterschiedliche Kontexte übertragen werden kann und was nicht. Selbst wenn der Kontext der Gesundheitssysteme in anderen Ländern deutlich abweichen mag, so befinden sich jedoch Gesundheitssysteme in der ganzen Welt aktuell in transformativen Prozessen hin zu resilienteren und nachhaltigeren Systemen (Hunter & Bengoa, 2023, S. 14; Teo et al., 2023, S. 1; WHO, 2023, S. 3). Die Herausforderungen der alternden Gesellschaft, die Probleme in der Gesundheits-Infrastruktur und bei den Arbeitskräften sind in vielen Ländern ebenfalls ähnlich (Hunter & Bengoa, 2023, S. 14; Teo et al., 2023, S. 1). Hunter und Bengoa analysieren die Herausforderung von Transformationen in europäischen Gesundheitssystemen und fokussieren sich insbesondere auf Schweden, Portugal und Großbritannien (Hunter & Bengoa, 2023, S. 20–21). Methodisch kann man kritisieren, dass nicht mit wissenschaftlichen Datenbanken gearbeitet wurde und viel graue Literatur (Literatur, die nicht in einem Verlag veröffentlicht wurde) einbezogen wurde. Das liegt jedoch an der Natur der Stellungnahmen, die überwiegend auf Internetseiten der Fachgesellschaften bzw. Gesellschaften oder Vereinen veröffentlicht worden sind oder in Online-Zeitungsartikeln. Diese waren über die gängigen Suchmaschinen zu finden aber nicht in den wissenschaftlichen Datenbanken, in denen nur vereinzelte Veröffentlichungen zum Thema ausgemacht werden konnten. Weiterhin kann man methodisch kritisieren, dass die Expert*inneninterviews individuell gestaltet waren. Dies liegt in den

unterschiedlichen fachlichen Hintergründen der Expert*innen begründet. Nach welchen Kriterien Expert*innen ausgesucht wurden, wurde ausführlich im Kapitel 2.1 beschrieben. Zudem wurden die Gütekriterien für qualitative Interviews nach Helfferich eingehalten (Helfferich, 2022, S. 890). Es wurde sowohl eine reflektierte Subjektivität gewahrt, da der pädiatrische Hintergrund der Autorin dargelegt wurde. Weiterhin wurde die Kontextgebundenheit bei den Expert*innen beachtet in der Erstellung der Interviews und der Weg der Erkenntnisgewinnung ist transparent. Das Gütekriterium des Prinzips der Offenheit, mit welcher an die Interviews herangegangen worden ist, wurde ebenfalls gewahrt. Außerdem kann kritisch betrachtet werden, dass nicht einheitlich deutsche bzw. englische Begriffe benutzt worden sind. Ursache dafür sind die unterschiedlichen Forschungstraditionen (siehe Kapitel 1.3.1). So werden in der Public Health Forschung und in der Transformationsforschung traditionell eher englische Begriffe genutzt. Da sich die Masterarbeit jedoch auf einen deutschen Kontext bezieht, wurde Wert darauf gelegt, nur dort englische Begriffe zu verwenden, wo übersetzte deutsche Begriffe im allgemeinen Sprachgebrauch nicht verwendet werden. In den einzelnen Kapiteln wurde zudem dargelegt, warum die englischen oder deutschen Formen gewählt worden sind.

Man kann zudem grundsätzliche Kritik an den Hebelpunkten äußern, die Meadows selbst benennt. Denn das eine ist die Hebelpunkte zu erkennen, aber wie man die Hebelpunkte erreichen oder umsetzen kann, ist eine ganz andere und ebenso wichtige Frage (Meadows, 1999, S. 19). Obwohl dies keine Fragestellung der vorliegenden Arbeit war, so ist die Frage dennoch für die praktische Anwendung der Ergebnisse relevant. Wie kann es konkret zu einer Veränderung von Parametern, Strukturen, Fokussen, Zielen und Paradigmen kommen, die eine Transformation begünstigen? Augenstein empfiehlt in ihrem Interview, dass sich im ersten Schritt viele Akteur*innen gemeinsam Gehör verschaffen und zusammenschließen müssen, um auf Forderungen aufmerksam zu machen und um sie auf die politische Agenda zu setzen. Dies ist durch verschiedene gemeinsame Stellungnahmen von Fachgruppen zum Teil bereits geschehen und auch diese Arbeit kann einen Teil dazu beitragen, indem es die Forderungen aus den Stellungnahmen bündelt und aufzeigt. Man kann laut Augenstein nicht warten, bis ein Bewusstsein oder eine Aufmerksamkeit für das Thema von allein entsteht. Laut Paulus wäre es zudem ratsam, politisch nicht in den 4-Jahres Rhythmen der Wahlen und an die größten Wählergruppen zu denken. Sondern für nachhaltige Veränderungen im Gesundheitssystem zum Wohle der gesamten Bevölkerung muss man schon ganz früh in die Kinder- und Jugendgesundheit investieren, am besten in die Prävention und Gesundheitsförderung. Dies ist

am Ende kostensparend, auch wenn Indikatoren und Erfolge sicher schwer zu messen sein werden und keine schnellen Aushängeschilder für die aktuelle Regierungen sein können, die einen solchen Paradigmenwechsel bewirken würde. Meadows selbst beantwortet die schwierige Frage wie man Hebelpunkte erreichen bzw. umsetzen kann damit, dass es keine Abkürzung gibt, man daran arbeiten und sich immer wieder auf das eigene Nicht-Wissen und Loslassen einlassen muss (Meadows, 1999, S. 19).

Wenn jedoch klar ist, dass es zu Veränderungen, Paradigmenwechsel oder gar zu einer Transformation kommen soll, wie geht man diese an und setzt sie konkret in der Praxis um?

Es gibt sehr viele Ansätze, Modelle und Werkzeuge für das sogenannte Change-Management in Organisationen und Systemen aber viele von ihnen sind bisher nicht evaluiert und die bisher untersuchten Erfolgsquoten sind nicht besonders hoch (Chowthi-Williams & Davis, 2022, S. 14). Errida und Lotfi konnten in einer ausführlichen Literaturrecherche elf Erfolgsfaktoren ausmachen, die grundsätzlich zu einem Gelingen von Wandel und Transformation beitragen können (Errida & Lotfi, 2021, S. 5–7). Insbesondere folgende Faktoren von Errida und Lotfi wurden laut Ansicht vieler Expert*innen in den Stellungnahmen und in den durchgeführten Interviews nur unzureichend berücksichtigt: eine klare und geteilte Vision und Strategie für Veränderungen, eine effektive Kommunikation, der Einbezug der verschiedenen Akteur*innen und der Ansatz und Planung der Veränderung (Errida & Lotfi, 2021, S. 5–7). Best et al. haben zusammengetragen, was insbesondere bei der konkreten Umsetzung der Transformation von großen Gesundheitssystemen (engl. Large System Transformation) zu berücksichtigen ist (Best et al., 2012, S. 433–442): Erstens sollte das Führungsmanagement sowohl klar als auch delegierend sein, indem die Vision und die Ziele für alle klar sind. Dies entspricht auch den effektivsten Hebelpunkten nach Meadows für eine Transformation (siehe Kapitel 1.3.2). Sie benennen ebenfalls die Forderung nach einer klaren Strategie auf Grundlage dessen die Transformation vollzogen wird. Idealerweise sollte weiterhin mit kleinen Pilotprojekten bzw. Modellen begonnen werden, um Veränderungen durchzugehen und die Auswirkungen abschätzen zu können. Dies würde dem Vorschlag von Augenstein folgendes, die im Interview die Reallaborforschung vorgeschlagen hatte. Auch die Personalressourcen sind laut Best et al. von hoher Bedeutung, die ebenfalls häufig in den Stellungnahmen erwähnt worden sind, sowie die Kultur innerhalb des Gesundheitssystems, die in einigen Stellungnahmen kritisiert wurde und verändert werden sollte, da sie oft zu hierarchisch und träge sei, insbesondere im ÖGD. Als zweiten Punkt wurde die Etablierung von Feedback-Schleifen empfohlen mit relevanten Akteur*innen des Gesundheitssystems. Auch darauf wurde in den Stellungnahmen Bezug

genommen und von Paulus im Interview unterstrichen mit der Betonung auf Kinder und Jugendliche. Die dritte wichtige Regel ist laut Analysen von Best et al., die Beachtung der individuellen Geschichte des Gesundheitssystems. Dies hat in den Stellungnahmen und in den Expert*inneninterviews keine Rolle gespielt. Im Kapitel 1.2.2 wurde die Geschichte kurz dargestellt und es erscheint essentiell aus der besonderen deutschen Geschichte zu lernen und Fehler der Vergangenheit nicht zu wiederholen. Das historisch bedingt zersplitterte Public Health System wurde sehr häufig kritisiert und es besteht die Hoffnung, dass das BIPAM einen Beitrag dazu leistet, dass diese Zersplitterung zumindest teilweise überwunden wird. Best et al. empfehlen als vierten Punkt den Einbezug der Ärzt*innen in die Veränderungen bzw. Transformationsprozesse. Die Betonung dieser Berufsgruppe war ebenfalls in den Stellungnahmen nicht auszumachen. Lediglich Korebrits empfahl im Expert*inneninterview, dass die Kinder- und Jugendärzt*innen aus dem KJGD vermehrt in die Errichtung und die Arbeit des BIPAMs einbezogen werden sollten. Abschließend konnten die Autor*innen als fünfte Regel in den untersuchten Studien Hinweise dafür finden, dass sich die Partizipation der Patient*innen und insbesondere der Familien als günstig erwiesen hat. Auch dies wurde sehr häufig in den Stellungnahmen und Interviews eingefordert, insbesondere die der Kinder und Jugendlichen.

Eine konkrete Vorgehensweise für die Transformation eines Gesundheitssystems haben nach ausführlicher Literaturrecherche und nach praktischer Anwendungstestung Teo et al. entwickelt (Teo et al., 2023). Sie folgen dabei dem Design Thinking-, Systems Thinking- und Complexity Thinking-Ansatz. Bisherige Ansätze, die sich auf einen einzigen dieser Ansätze konzentriert haben, waren oft nur wenig erfolgreich (Altman, Huang, & Breland, 2018; Teo et al., 2023). Das Modell von Teo et al. ist in dieser konkreten Form bisher einzigartig. Die Wissenschaftler*innen entwickelten das „Health System Transformation Playbook“, welches bereits in Teilbereichen des Gesundheitssystem in Singapur getestet wurde. Es folgt dem Ziel, ein Gesundheitssystem zum Wohle der Menschen mit Hilfe eines Problemlösungsansatzes zu transformieren, welcher die Akteur*innen als Co-Designer einlädt, sich zu beteiligen und bei aller Komplexität das System flexibel bleiben lässt. Diese Vorgehensweise könnte Vorbild sein für die Transformation des deutschen Öffentlichen Gesundheitssystems.

Ausblick und offene Fragen:

Laut Zeeb sind die wichtigsten aktuellen und zukünftigen Herausforderungen unseres Gesundheitssystems die wachsende Komplexität der gesundheitlichen, sozialen, wirtschaftlichen und technischen Zusammenhänge sowie die Diversität in der Gesellschaft.

Dabei gilt es, „Systemansätze“ als Antworten auf diese Komplexität zu entwickeln, mit denen soziale Ungleichbehandlung verhindert wird. Er warnt jedoch davor, die individuellen Freiheiten der Bürger*innen allzu sehr einzuschränken und einer möglichen Tendenz der „Gesundheitsdiktatur“ entgegenzuwirken (Zeeb, 2018, S. 204). Die ethische Abwägung zwischen der Freiheit des Einzelnen und der Verantwortung für den Schutz der Allgemeinheit, ist vielleicht eine der schwierigsten Herausforderung dabei. Eine Aufarbeitung der Maßnahmen der Corona-Pandemie könnte dazu beitragen, Vertrauen in der Bevölkerung in das Öffentliche Gesundheitssystem zurückzugewinnen (Böhm & Wiggerich, 2024). Ethische Aspekte werden im Gesundheitssystem zukünftig immer mehr an Bedeutung erfahren (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina et al., 2015, S. 37). Auch Augenstein hatte im Interview bereits darauf aufmerksam gemacht. Denn das Gesundheitssystem wird zunehmend privatisiert und Gesundheit zu einem Marktwert (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina et al., 2015, S. 37). Daher muss der Bereich der Öffentlichen Gesundheit und insbesondere der ÖGD gestärkt werden (siehe Kapitel 1.2.1). Die bereits umfassend betrachtete verstärkte Partizipation der Bevölkerung könnte ein Kontrollpunkt sein und eine Möglichkeit, um ökonomischen Interessen von machtvollen Akteuer*innen entgegenzuwirken (Teo et al., 2023, S. 2). Götz und Rosenbrock empfehlen zudem die Schaffung eines wissenschaftlichen Beirats im BIPAM und eines wissenschaftlichen Aufsichtsrats als Kontrollinstanz, damit private und wirtschaftliche Interessen nicht Überhand nehmen (Götz & Rosenbrock, 2023; Schäfer, 2024).

Ethische Aspekte der Gesundheitskommunikation, für die das BIPAM zukünftig federführend zuständig sein wird, werden ebenso zunehmend bedeutsamer. Insbesondere im Diskurs zwischen der Autonomie und Freiheit der Individuen und der gesellschaftlichen Verantwortung sind bisher normative Entscheidungen getroffen worden, ohne sie weitreichend zu begründen (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina et al., 2015, S. 24). Im Modell der Interventionsleiter gilt, je restriktiver die Maßnahme, desto stärker muss die Rechtfertigung bzw. Begründung der Maßnahme ausfallen (Nuffield Council on Bioethics, 2007). Zu den bereits bestehenden Herausforderungen des Öffentlichen Gesundheitssystem werden mit Sicherheit viele neue hinzukommen (siehe Einleitung). Entsprechend ist die eingeforderte Krisenstandhaftigkeit, die in mehreren Stellungnahmen als Hebelpunkt ausgemacht werden konnte, durchaus relevant und auch viele andere Autor*innen nehmen darauf Bezug (Böhm & Wiggerich, 2024; Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al., 2015, S. 7; Deutsches Ärzteblatt, 2024; Sell, Kuhn, et al., 2021, S. 898; Zukunftsforum Public Health, 2021, S. 9). So haben z.B. nur wenige Städte und Kommunen bisher laut Böhm und Wiggerich

Hitzeschutzpläne entwickelt, um die vulnerable Bevölkerung vor den gesundheitlichen Folgen extremer Temperaturen zu schützen (Böhm & Wiggerich, 2024; Bundesministerium für Gesundheit, 2023a). Laut der Leopoldina ist eine hinreichende Flexibilität der Public Health Strategie besonders wichtig, um mit den rasanten Fortschritten in Wissenschaft und Technik und den neuen und den wachsenden Anforderungen an Public Health und Global Health Schritt halten zu können (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al., 2015, S. 10–12). Auch Götz und Rosenbrock sowie der Bundesverband Managed Care e.V. und Augenstein wünschen sich flexible und selbstlernende Strukturen, die essentiell für den stetigen Wandel und für Transformationsprozesse in unruhigen Zeiten sind (Bundesverband Managed Care e.V., 2022, S. 1; Götz & Rosenbrock, 2023). Auch der in zwei Stellungnahmen einforderte One-Health-Ansatz (siehe Kapitel 1.2.1) reiht sich hier ein und sollte ebenfalls beachtet werden. Die Autor*innen des Zukunftsforums Public Health gehen sogar noch einen Schritt weiter und konstatieren, dass Public Health nicht ohne die Unterstützung der Politik, nicht ohne den Einsatz von HiAP und nicht ohne die Weitung des Blicks auf die globale Gesundheit möglich ist (Zukunftsforum Public Health, 2021, S. 4).

Bei allen Wünschen, Forderungen, Visionen und Utopien muss man davon ausgehen, dass wir zukünftig immer weniger Ressourcen zur Verfügung haben werden, wenn wir unser System weiterhin auf Wachstum ausrichten und weiter wie bisher mit den planetaren Grenzen umgehen (Van de Pas, 2023, S. 2). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen und in der Pflege kommt zu dem Schluss, dass die medizinische Versorgung der Menschen innerhalb der bisherigen Strukturen zukünftig nicht mehr gedeckt werden kann (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, 2024, S. 4–5). Laut Hensher & Zywert ist es wahrscheinlich, dass in Zukunft folgende Entwicklungen und Trends eintreten werden (Hensher & Zywert, 2020): Höchstwahrscheinlich werden weniger materielle Ressourcen und Energie für medizinische Verfahren, Technologien, Pharmazeutika und Infrastruktur zur Verfügung stehen. Aufgrund begrenzter Ressourcen ist es wahrscheinlich, dass die gesellschaftliche und technische Komplexität insgesamt abnimmt, was dazu führen könnte, dass auch die Gesundheitssysteme an Komplexität verlieren. So könnte es zu einem Trend weg von großen Krankenhauseinrichtungen hin zu einer Organisationsform von kleineren und stärker miteinander vernetzten Gesundheitszentren für die Primärversorgung kommen. Weiterhin könnte es eine Rückkehr zu einer stärker ortsgebundenen Lebensweise geben, da Transportkosten steigen und die lokale Produktion zunimmt und abhängig von Standort und Kontext wird es zukünftig vermutlich weniger Möglichkeiten für die Ausweitung

der Gesundheitsversorgung geben. Der WBGU misst bei der Bewältigung dieser neuen Herausforderungen insbesondere dem ÖGD eine wichtige Bedeutung bei, der vermutlich zukünftig über das BIPAM koordiniert wird. Der WBGU und betont folgende zukünftige Aufgaben des ÖGD (WBGU, 2024, S. 3): einen stärkeren Beitrag zur Verhältnisprävention, eine stärkere Nutzung von integrierten Umwelt- und Gesundheitsinformationssystemen, die Durchführung regelmäßiger Expositions-, Vulnerabilitäts- und Anpassungsanalysen (in Zukunft auch mit künstlicher Intelligenz), die Einrichtung zielgerichteter Frühwarn- und Risikoinformationssysteme und die Evaluation des ökologischen Fußabdrucks des Gesundheitssystems selbst.

Abschließend bleiben folgende Fragen zum Teil ungeklärt und es besteht weiterer Forschungsbedarf: Welche Art von Gesundheitssystem benötigen wir, wenn wir die ökologischen Grenzen einhalten und die soziale Grundversorgung aufrechterhalten wollen (Van de Pas, 2023, S. 5)? Wie transformieren wir das Öffentliche Gesundheitssystem? Wie setzen wir zukünftig Prioritäten und welchen ethischen Werten folgen wir dabei? Welches Potential wird bisher noch nicht ausgeschöpft?

Am Ende ist eine bessere Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere die der Kinder und Jugendlichen, eine politische Wahl (WHO, 2023, S. 6). Die Schaffung des BIPAMs ist eine Chance zur Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems und hat großes Potential. Das BIPAM kann jedoch nicht in alleiniger Verantwortung für die Transformation eines so komplexen Systems stehen. In Anbetracht der vermutlich schwindenden finanziellen Spielräume für Gesundheitsausgaben, sollte insbesondere an den herausgearbeiteten effektivsten Hebelpunkten angesetzt werden (siehe Kapitel 2.2) und auf bisher noch nicht ausgeschöpfte Ressourcen geachtet werden. Ziel sollte entsprechend ein stärkerer Fokus auf die Kinder- und Jugendgesundheit und auf Prävention und Gesundheitsförderung sein, die sich als besonders effektiv erwiesen haben. Weitere Ziele sollten eine Verbesserung der Gesundheitskommunikation und Partizipation sein, damit sich Maßnahmen an den Bedürfnissen der Zielgruppen ausrichten und Vertrauen wiederhergestellt wird, sowie die Schaffung von Synergien durch die Koordination von Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit und der Verwirklichung des HiAP-Ansatz.

„Die frühkindliche Entwicklung in den ersten Jahren ist ein wichtiges Zeitfenster, um eine Grundlage für Gesundheit und Wohlergehen zu legen, deren Benefits ein Leben lang tragen und auch in die nächste Generation weitergetragen werden (WHO, 2018, S. 1).“

Danksagung

Ich danke meiner Familie für Ihre Unterstützung und ihre Geduld, Frau Prof. Dr. Weisenfeld und Prof. Dr. Thyen für Ihre Unterstützung und Begleitung und den Interviewpartner*innen Dr. Korebrits, Prof. Paulus und Jun.-Prof. Augenstein für Ihre Expertise.

5 Literaturverzeichnis

- Abson, D. J., Fischer, J., Leventon, J., Newig, J., Schomerus, T., Vilsmaier, U., ... Lang, D. J. (2017). Leverage points for sustainability transformation. *Ambio*, 46(1), 30–39. <https://doi.org/10.1007/s13280-016-0800-y>
- Acheson, D. (1988). *Public health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London: Her Majesty's Stationery Office. Great Britain. Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. Department of Health and Social Security.
- Adisasmito, W. B., Almuhairei, S., Behraves, C. B., Bilivogui, P., Bukachi, S. A., Casas, N., ... Zhou, L. (2022). One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. *PLoS Pathogens*, 18(6). <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010537>
- Altman, M., Huang, T. T. K., & Breland, J. Y. (2018). Design Thinking in Health Care. *Prev Chronic Dis*, 15, 180128. <https://doi.org/10.5888/pcd15.180128>
- Andersen, S., Lips, A., Rusack, T., Schröer, W., & Thomas, S. (2020). *Nachteile von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausgleichen. Politische Überlegungen im Anschluss an die Studien JuCo und KiCo*. Hildesheim: Universitätsverlag Hildesheim. <https://doi.org/10.18442/151>
- Andresen, S., Lips, A., Möller, R., Özdemir, E., Schröer, W., Thomas, S., & Wilmes, J. (2023). *JuCo IV. Der Einfluss der Corona-Pandemie auf das Wohlbefinden junger Menschen. Trends und anhaltende Auswirkungen*. Hildesheim: Universitätsverlag Hildesheim. <https://doi.org/10.18442/250>
- Andresen, S., Lips, A., Rusack, T., Schröer, W., Thomas, S., & Wilmes, J. (o. J.). *Verpasst? Verschoben? Verunsichert? Junge Menschen gestalten ihre Jugend in der Pandemie. Erste Ergebnisse der JuCo III-Studie. Erfahrungen junger Menschen während der Corona-Pandemie im Winter 2021*. Hildesheim: Universitätsverlag Hildesheim. <https://doi.org/10.18442/205>
- Arnold, L., Claßen, T., Galante-Gottschalk, A., Kuhn, J., Rosenkötter, N., Starke, D., ... Ziese, T. (2023). Gesundheitsberichterstattung. Lehrbücher für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. In *Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen*. Düsseldorf: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen.
- Ärzteblatt. (2024). Neues Bundesinstitut BIPAM: Neuer Referentenentwurf in Vorbereitung. Abgerufen 13. Juni 2024, von [aerzteblatt.de website: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/152123/Neues-Bundesinstitut-BIPAM-Neuer-Referentenentwurf-in-Vorbereitung?](https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/152123/Neues-Bundesinstitut-BIPAM-Neuer-Referentenentwurf-in-Vorbereitung?)
- AWMF online. (2019). *Leitlinie Neugeborenen-Screening auf angeborene Stoffwechselstörungen, Endokrinopathien und Mukoviszidose. Nr. 024/012*.
- Ayers, K. B., & Riddle, I. (2024). Implications of Health Equity for Children With Disabilities. *JAMA Pediatr.* .
- Azari, R., & Borisch, B. (2023, Dezember 1). What is public health? A scoping review. *Archives of Public Health*, Bd. 81. BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01091-6>
- Ballast, T. (2021). Zukunftsfähige Versorgungsstrukturen- Welche Herausforderungen gibt es dafür zu bewältigen. In *Perspektive Gesundheit 2030* (S. 277–286). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. <https://doi.org/10.32745/9783954666331-275>

- Bantel, S., Buitkamp, M., & Wünsch, A. (2021). Child health in the COVID-19 pandemic: results from school entry data and a parent survey in the Hanover region. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(12), 1541–1550. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03446-2>
- Bentz, J., O'Brien, K., & Scoville-Simonds, M. (2022, März 1). Beyond “blah blah blah”: exploring the “how” of transformation. *Sustainability Science*, Bd. 17, S. 497–506. Springer Japan. <https://doi.org/10.1007/s11625-022-01123-0>
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (2024, Januar 7). *Stellungnahme des BDP zum im Aufbau befindlichen Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) als neue Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit*.
- Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J. E., Carroll, S., & Bitz, J. (2012). Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review. *The Milbank Quarterly*, 90(3), 421–456.
- Bischof, R. (1989). *Die Gesundheitspolitik der DDR im Wandel, Probleme und Neuansätze* (Bd. 96). Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Bode, H. (2017). *Abschlussbericht zur Evaluation der Einschulungsuntersuchung in Baden-Württemberg*. Ulm: Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg.
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. Abgerufen von <http://www.springer.com/series/12481>
- Böhm, K., & Wiggerich, E. (2024). Der Öffentliche Gesundheitsdienst nach der Corona-Pandemie - Observer Gesundheit. Abgerufen 5. April 2024, von observer-gesundheit.de website: <https://observer-gesundheit.de/der-oeffentliche-gesundheitsdienst-nach-der-corona-pandemie/>
- Borutta, A., & Eicher, H. (2016). *Gesund beginnt im Mund Evaluation der Gruppenprophylaxe in Thüringen*. Erfurt: Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e.V.
- Boßdorf, U., & Grosch, C. (1995). *Gesundheitsschutz für Mutter und Kind- Beitrag zur Geschichte des Gesundheitswesens der Deutschen Demokratischen Republik*. Berlin.
- Böttcher, S. (2022, März 14). Gesundheit und Gesundheitsversorgung in der DDR. Abgerufen 7. Juli 2022, von Bundeszentrale für politische Bildung website: <https://www.bpb.de/themen/deutsche-einheit/lange-wege-der-deutschen-einheit/505032/gesundheits-und-gesundheitsversorgung-in-der-ddr/>
- Brandt, U. (2014). Transition und Transformation: Sozialökologische Perspektiven. In M. Brie (Hrsg.), *Futuring* (S. 242–280). Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot.
- Brazelton, B. T., & Greenspan, S. I. (2002). *Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Bundesärztekammer. (2024). Public Health vor Ort: Gegenwart und Zukunft eines krisenfesten ÖGD - Bundesärztekammer. Abgerufen 26. Juni 2024, von www.bundesaerztekammer.de website: <https://www.bundesaerztekammer.de/veranstaltungen/weitere-veranstaltungen/juni-2024-public-health-vor-ort-gegenwart-und-zukunft-eines-krisenfesten-oegd>
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2023, Mai 10). Lebenserwartung: Deutschland in Westeuropa unter den Schlusslichtern. Abgerufen 12. März 2024, von Pressemitteilung website: <https://www.bib.bund.de/DE/Presse/Mitteilungen/2023/2023-05-10-Lebenserwartung-Deutschland-in-Westeuropa-unter-den-Schlusslichtern.html>

- Bundesministerium der Justiz. (1988a). § 21 SGB 5 - Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe). Abgerufen 21. März 2024, von [gesetz-im-internet.de website: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_21.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_21.html)
- Bundesministerium der Justiz. (1988b). § 26 SGB 5 - Gesetzliche Krankenversicherung-Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche. Abgerufen 17. März 2024, von Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) website: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_26.html#:~:text=%C2%A7%2026%20Gesundheitsuntersuchungen%20f%C3%BCr%20Kinder,in%20nicht%20geringf%C3%BCgigem%20Ma%C3%9F%20gef%C3%A4hrden.
- Bundesministerium der Justiz. (2011). Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Abgerufen 17. März 2024, von <https://www.gesetze-im-internet.de/kkg/BJNR297510011.html>
- Bundesministerium der Justiz. (2024). Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfSG). Abgerufen 20. Mai 2024, von [Gesetze im Internet. de website: https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/_20.html](https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/_20.html)
- Bundesministerium für Familie, S. F. und J. (2009). *13. Kinder- und Jugendbericht Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, S. F. und J. (2021). Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz - KJSG). Abgerufen 21. März 2024, von <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/neues-kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-162860>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2020). *Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst*.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2023a). *Hitzeschutzplan für Gesundheit des BMG*. Berlin. Abgerufen von <https://hitzewarnungen.de/index.jsp>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2023b). Zwischenbericht zum Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. *Gesundheitsministerkonferenz 2023*.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2023c, Oktober 4). Präventions-Institut im Aufbau. Abgerufen 7. März 2024, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/praeventions-institut-im-aufbau-pm-04-10-23>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2024). Fragen und Antworten zur Krankenhausreform. Abgerufen 7. Juli 2024, von www.bundesgesundheitsministerium.de website: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform/faq-krankenhausreform>
- Bundesministerium für Gesundheit, F. S. F. und J. (2006). *Ärztliche Einschulungsuntersuchungen- Rechtslage in den Bundesländern*.
- Bundesverband Managed Care e.V. (2022). Impulse für ein Bundesinstitut für Public Health- Was sind kritische Erfolgsfaktoren? Abgerufen 11. März 2024, von <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/Impulse-fuer-ein-Public-Health-Bundesinstitut-final-web.pdf>
- Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen. (2022). Bundesinstitut für Gesundheit- Public Health als gesamtgesellschaftliche und ressortübergreifende Aufgabe gestalten. *Impulspapier des BKK-Dachverbandes, der VDEK, der AOK, der IKK, der Knappschaft, der SVLFG*.
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2022). *Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit – Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPFG)*.

- Busse, R., Schreyögg, J., & Gericke, C. (2006). *Management im Gesundheitswesen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Chowthi-Williams, A., & Davis, G. (2022). SUCCESSFUL CHANGE MANAGEMENT IN HEALTH CARE: Being Emotionally and Cognitively Ready. In *Successful Change Management in Health Care: Being Emotionally and Cognitively Ready*. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9781003128397>
- Communities that care. (2024). Grüne Liste Prävention. Abgerufen 12. April 2024, von <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/alle>
- Conrads, A. (2004). *The Dismantling of the German Federal Health Agency. A Case of (Failed) Institutional Precaution*. Abgerufen von www.iddri.org
- Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften. (2015). *Public Health in Deutschland: Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen*. Halle (Saale): Dt. Akad. der Naturforscher Leopoldina.
- Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit & Bevölkerungsmedizin. *Stellungnahme zum geplanten Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM)*. , (2023).
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie. (2024). *Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychologie zum geplanten Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin: Mehr gesundheitspsychologisches und klinisch-psychotherapeutisches Fachwissen berücksichtigen!*
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. (2022, Februar). Child Public Health- Öffentliche Kinder- und Jugendgesundheit und ihre Sachwalter. Abgerufen 11. März 2024, von <https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahmen-DGSPJ-positionspapier-bundesinstitut-oeffentliche-gesundheit-2022-02-16.pdf>
- Deutsches Ärzteblatt. (2024, März 4). Lauterbach will Gesundheitswesen für „militärische Konflikte“ rüsten. Abgerufen 15. April 2024, von <https://www.unimedizin-mainz.de/imbei/epidemiologie/paediatrische-epidemiologie/projekte/komet-seu/uebersicht.html>
- DGÖG. (2023). Deutsche Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen. Abgerufen 22. März 2024, von <https://www.dgoeg.de/ueberuns>
- DGÖGB. (2023). Über uns - Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit und Bevölkerungsmedizin. Abgerufen 13. Juni 2024, von <https://bevoelkerungsmedizin.de/de/ueber-uns/#ziele>
- Ebert-Steinhübel, A. (2013). *Kommunikation im Change-Prozess*. Riedlingen.
- Egger, M., & Fenner, L. (2021). Geschichtliche Notizen. In M. Egger, O. Razum, & A. Rieder (Hrsg.), *Public Health Kompakt* (4. Aufl., S. 3–9). Berlin: Walter de Gruyter GmbH.
- Elkeles, T., Rosenbrock, R., & Schneider, F. (1991). *Prävention und Prophylaxe: Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Edition Sigma.
- Errida, A., & Lotfi, B. (2021). The determinants of organizational change management success: Literature review and case study. *International Journal of Engineering Business Management*, 13. <https://doi.org/10.1177/18479790211016273>
- Ewert, G. (1991). Organisation und Praxis der Prävention in der DDR. In T. Elkeles, J.-U. Niehoff, R. Rosenbrock, & F. Schneider (Hrsg.), *Prävention und Prophylaxe - Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen*

- Staaten 1949-1990* (S. 107–127). Berlin : Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik.
- Exner, M., Bunte, A., Gleich, S., Heudorf, U., & Walger, P. (2023). *Denkschrift Zur Gründung eines Bundesinstitutes für öffentliche Gesundheit Strukturelle Überlegungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene in Abstimmung mit dem Verbund für angewandte Hygiene (VAH)*.
- Faltermaier, T. (2023). Salutogenese. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA. Abgerufen von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/salutogenese/>
- Fischer, J., & Riechers, M. (2019). A leverage points perspective on sustainability. *People and Nature*, 1(1), 115–120. <https://doi.org/10.1002/pan3.13>
- Fischer, K. (2023). Warum immer mehr Kinder krank sind | National Geographic. Abgerufen 12. Februar 2024, von National Geographic website: <https://www.nationalgeographic.de/umwelt/2023/07/klimawandel-gesundheit-kinder-krank-krankheit>
- Fischer-Korp, C. (2018). Erfolgreiche Change-Prozesse im öffentlichen Bereich. In *Erfolgreiche Change-Prozesse im öffentlichen Bereich*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-17331-9>
- Flügel, A. (2020). Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In O. Razum & P. Kolip (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7. Aufl., S. 46–79). Weinheim: Beltz Juventa.
- Franzkowiak, P. (2022, März 14). Prävention und Krankheitsprävention. Abgerufen 16. Juli 2022, von BZgA website: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/>
- Friedemann, H. (1990). Prävention in der DDR. In W. Thiele (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch?* (S. 246–252). Sankt Augustin: Asgard-Verlag.
- Funer, F. (2021). On the way to the digital homo vitruvianus? Medical self-tracking and digital health applications (DiGA) between empowerment and loss of control. *Ethik in der Medizin*, 33(1), 13–30. <https://doi.org/10.1007/s00481-020-00602-1>
- Gassman-Pines, A., Oltmans Ananat, E., & Fitz-Henley, J. (2020). Covid-19 and Parent-Child Psychological Well-being. *Pediatrics*, 146(4), 1–9. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-007294>
- Geene, R. (2020). Health in All Policies - Approaches, examples and perspectives. *Public Health Forum*, 28(3), 159–162. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0027>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2017). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung*.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2019). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Absatz 1 Satz 5 und Absatz 2 Satz 5 SGB V) (FU-RL)*.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2023). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern*.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024). *Schutzimpfungs-Richtlinie/ SI-RL*.
- Gerhardus, A., Grill, E., & Rexroth, U. (2023). *Wissenschaft und Forschung im und für einen zukunftsfähigen ÖGD*. Berlin.
- Gerlinger, T., Babitsch, B., Bolte, G., Brandes, I., Dierks, M.-L., Faller, G., ... Gusy, B. (2012). Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland- Forschung und Lehre. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Public Health e.V. *Gesundheitswesen*, 74, 762–766.

- Gerlinger, Thomas. (2018). Gesundheitsförderung und Primärprävention in Krankenversicherungsstaaten. *Public Health Forum*, 26(2), 86–88. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0005>
- Gerlinger, Thomas. (2021). Präventionsgesetz. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA. Abgerufen von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionsgesetz/>
- Gesunde Städte-Netzwerk. (2022). Stellungnahme des Gesunde Städte-Netzwerks Deutschland zum geplanten Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. Abgerufen 11. März 2024, von https://gesunde-staedte-netzwerk.de/wp-content/uploads/Stellungnahme_Bundesinstitut.pdf
- Goethe Universität Frankfurt am Main. (2024). Professur für öffentliches Gesundheitswesen eingerichtet. Abgerufen 6. April 2024, von www.uni-frankfurt.de website: <https://aktuelles.uni-frankfurt.de/gesellschaft/professur-fuer-oeffentliches-gesundheitswesen-eingerichtet/>
- Göpel, M. (2016). *The Great Mindshift. How a New Economic Paradigm and Sustainability Transformations go Hand in Hand*. Abgerufen von <http://www.springer.com/series/15232>
- Götz, T., & Rosenbrock, R. (2023). *Offener Brief zur Errichtung eines Bundesinstituts für Aufklärung und Prävention in der Medizin im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit*. Berlin.
- Grindel, B. (1991). Gesundheitsschutz von Kinder- und Jugendlichen in der Deutschen Demokratischen Republik. In T. Elkeles, J.-U. Niehoff, R. Rosenbrock, & F. Scheider (Hrsg.), *Prävention und Prophylaxe - Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990* (S. 301–318). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik.
- Großklaus, D. (2012, Mai 15). Deutschland ohne BGA- eine kritische Analyse. Abgerufen 11. März 2024, von https://web.archive.org/web/20211221054551/https://www.aekb.de/fileadmin/News/PDF/import/00401_Deutschland_ohne_BGA.pdf
- Haaß, F. A., Talamo, J., Zich, K., Roll, P., Wolff, J. K., Deckenbach, B., & Nolting, H.-D. (o. J.). *Uheft-eva Evaluation gem. § 69 Abs. 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern*.
- Harrison, R., Walton, M., Chitkara, U., Manias, E., Chauhan, A., Latanik, M., & Leone, D. (2020). Beyond translation: Engaging with culturally and linguistically diverse consumers. *Health Expectations*, 23(1), 159–168. <https://doi.org/10.1111/hex.12984>
- Hartung, S., & Rosenbrock, R. (2022). Settingansatz/Lebensweltansatz. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA. Abgerufen von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/>
- Hassenkamp, M., Knobbe, M., & Tietz, J. (2024, März 8). Coronavirus: Die polarisierende Coronapolitik von Bund und Ländern - Eine Bilanz - DER SPIEGEL. Abgerufen 21. April 2024, von [Spiegel.de](https://www.spiegel.de) website: <https://www.spiegel.de/politik/deutschland/bilanz-der-coronapolitik-von-bund-und-land-das-spaltvirus-a-12416341-5abb-4011-a50b-fa66e1af8aa7>
- Hauerwaas, A., & Weisenfeld, U. (2017). Related innovations management in organisations. A systemic approach illustrated with the example of cancer-treating innovations in healthcare. In *Int. J. Business and Globalisation* (Bd. 19). Abgerufen von <http://edu.au.dk/en/research/>

- Hauerwaas, A., & Weisenfeld, U. (2020). The impact of systemic innovations for transforming transplant systems. Lessons learned from the German lung transplantation system. A qualitative study. *Health Systems*, 9(1), 76–93. <https://doi.org/10.1080/20476965.2019.1604086>
- Heintel, P., & Krainer, L. (2004). Mediation im Öffentlichen Raum. In R. Grossmann & K. Scala (Hrsg.), *Das Öffentliche organisieren* (Bd. 8). Wien: Springer.
- Helfferrich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 875–892). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8_55
- Hensher, M., & Zywert, K. (2020). Can healthcare adapt to a world of tightening ecological constraints? Challenges on the road to a post-growth future. *The BMJ*, 371. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4168>
- Heuckendorff, S., Eggertsen, C., Thomsen, J. L., & Fonager, K. (2022). Do preventive child examinations in general practice reduce the risk of overweight and obesity. *European Journal of Public Health*, 32(3). Abgerufen von https://academic.oup.com/eurpub/article/32/Supplement_3/ckac129.050/6765392
- Heudorf, U., Hauberg, I., & Karathana, M. (2021). The School Entrance Examination: Attempted Evaluation by Interviewing Parents, Pediatricians and Schools. *Gesundheitswesen*, 83(11), 910–918. <https://doi.org/10.1055/A-1205-0948>
- Hoffmann, W. (1994). Seehofer bleibt stur. Abgerufen 11. März 2024, von ZeitOnline website: <https://www.zeit.de/1994/05/seehofer-bleibt-stur>
- Hölscher, K., Wittmayer, J. M., & Lorbach, D. (2018). *Transition versus transformation: What's the difference?* <https://doi.org/10.1016/j.eist.2017.10.007>
- Hommes, F., Mohsenpour, A., Kropff, D., Pilgram, L., Matusall, S., von Philipsborn, P., & Sell, K. (2022). Supra-regional public health actors in Germany—an overview and categorization. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 65(1), 96–106. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03456-0>
- Hudson, B., Hunter, D., & Peckham, S. (2019). Policy failure and the policy-implementation gap: can policy support programs help? *Policy Design and Practice*, 2(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/25741292.2018.1540378>
- Hunter, D. J., & Bengoa, R. (2023). Meeting the challenge of health system transformation in European countries. *Policy and Society*, 42(1), 14–27. <https://doi.org/10.1093/polsoc/puac022>
- Hurrelmann, K., Laaser, U., & Razum, O. (2012). Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K., Laaser, U., & Razum, O. (2016). Entwicklungen und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (6. Auflage, Bd. 6, S. 15–24). Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie* (8. Aufl.). Weinheim: BELTZ Juventa.
- IF DDR. (2022). „Sozialismus ist die beste Prophylaxe!“ Abgerufen 7. Juli 2022, von Internationale Forschungsstelle DDR- Tricontinental, Institute for Social Research website: <https://ifddr.org/studien/studies-on-the-ddr/gesundheit/>
- Iseke, A., & Thyen, U. (2020). Sustainable Ensuring of Children's and Adolescent Health: More Effectiveness through a National Public Health Strategy. *Gesundheitswesen*, 82(12), 944–946. <https://doi.org/10.1055/a-1138-0448>

- Jakab, E. (2022). Medizinischer Versorgungsmangel: Kinder ohne Lobby - taz.de. Abgerufen 12. Februar 2024, von TAZ website: <https://taz.de/Medizinischer-Versorgungsmangel/15897530/>
- JDAV. Positionspapier- Bedürfnisse Kinder und Jugendliche ernst nehmen. , Jugend des Deutschen Alpenvereins § (2020).
- Kaba-Schönstein, L. (2018). Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA. Abgerufen von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-1-grundlagen/>
- Klemperer, D. (2020). *Sozialmedizin-Public Health-Gesundheitswissenschaften-Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hogrefe.
- Kluge, H., Azzopardi-Muscat, N., Figueras, J., & Mckee, M. (2023). Trust and transformation: an agenda for creating resilient and sustainable health systems. *British Medical Journal (BMJ)*, 380, 651. <https://doi.org/10.1136/bmj.p651>
- Koalitionsvertrag SPD & BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN & FDP. (2021). *MEHR FORTSCHRITT WAGEN*.
- Köckler, H., & Geene, R. (2022). Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA. Abgerufen von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit-in-allen-politikfeldern-health-in-all-policies-hiap/#:~:text=Gesundheit%20in%20allen%20Politikfeldern%20zu,Gesundheit%20als%20gesamtgesellschaftliche%20Aufgabe%20verfolgt.>
- Kompetenznetz Covid-19. (2021). Ein neues Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit – was lässt sich aus der Corona-Pandemie lernen? Abgerufen 11. März 2024, von Kompetenznetz COVID-19 (2021). Ein neues Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit – was lässt sich aus der Corona-Pandemie lernen? Online abrufbar unter: https://www.public-health-covid19.de/images/2021/Ergebnisse/Stellungnahme-Fachgesellschaften-Institut-fuer-oeffentliche-Gesundheit_16122021.pdf
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Handlungsempfehlungen: Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern. , www.gesundheitliche-chancengleichheit.de § (2011).
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2024). Gute Praxis konkret: Partizipation von Kindern und Jugendlichen. Abgerufen 8. April 2024, von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen/gute-praxis/partizipation/>
- Koplan, J. P., Bond, C. T., Merson, M. H., Reddy Srinath, K., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K., & Wasserheit, J. N. (2009). Towards a common definition of global health. *Lancet*, 373, 1993–1995. <https://doi.org/10.1016/S0140>
- Korbanka, C. Gesundheitspolitische Positionierung der IKK classic zum Entwurf vom 16.10.2023 eines Gesetzes zur Regelung der Nachfolge der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BIPAM-Einrichtungsg). , IKK classic § (2023).
- Koval, O., Engen, O. A., Kringen, J., & Wiig, S. (2022). Strategies of communicating health-related risks to vulnerable groups of immigrants during a pandemic: a scoping review of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Health Governance*, 27(2), 127–142. <https://doi.org/10.1108/IJHG-06-2021-0070>
- Krubiner, C. B., & Hyder, A. A. (2014). A bioethical framework for health systems activity: a conceptual exploration applying ‘systems thinking’. *Health Systems*, 3(2), 124–135. <https://doi.org/10.1057/hs.2014.1>

- Krude, H., & Spiekercötter, U. (2022). Zielkrankheiten des Neugeborenen Screenings in Deutschland: Herausforderungen an Therapie und Langzeitbetreuung. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119(17), 306–316. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0075>
- Kruse, C., & Richter-Kornweitz, A. (2017). Kommunale Präventionsketten: Mehr Teilhabe für Kinder durch Strategieentwicklung & Strukturbildung. *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis*, 4, 137–140.
- Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müller, C., Thamm, R., Hölling, H., & Lampert, T. (2018). Journal of Health Monitoring | 3/2018 | KiGGS Welle 2 – Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand. *Jugendlichen in Deutschland Journal of Health Monitoring*, 3(3). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-076>
- Kus, K., Kajüter, P., Arlinghaus, T., & Teuteberg, F. (2022). Die elektronische Patientenakte als zentraler Bestandteil der digitalen Transformation im deutschen Gesundheitswesen – Eine Analyse von Akzeptanzfaktoren aus Patientensicht. *HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik*, 59(6), 1577–1593. <https://doi.org/10.1365/s40702-022-00921-5>
- Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD“. (2018). Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst. In *Gesundheitsministerkonferenz*.
- Laschet, H. (2019, Juli 12). Der Aids-Skandal und die Zerschlagung des BGA. Abgerufen 11. März 2024, von ÄrzteZeitung website: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Der-Aids-Skandal-und-die-Zerschlagung-des-BGA-314223.html#:~:text=Vor%2025%20Jahren%2C%20am%201,Patienten%20mit%20dem%20HI%2DVirus>.
- Light, D. W. (1985). Values and Structure in the German Health Care Systems. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 63(4), 615–647. Abgerufen von <https://www.jstor.org/stable/3349852?seq=1&cid=pdf->
- Lips, A. (2021). The Situation of Young People at Home During COVID-19 Pandemic. *Childhood Vulnerability Journal*, 3(1–3), 61–78. <https://doi.org/10.1007/S41255-021-00014-3>
- Loorbach, D., Frantzeskaki, N., & Avelino, F. (2017). Sustainability Transitions Research: Transforming Science and Practice for Societal Change. *Annu. Rev. Environ. Resour.*, 42, 599–626.
- Loorbach, D., & Wijsman, K. (2013). Business transition management: Exploring a new role for business in sustainability transitions. *Journal of Cleaner Production*, 45, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2012.11.002>
- Lorenzi, N. M., & Riley, R. T. (2000). Managing Change: An Overview. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 7(2). Abgerufen von <https://academic.oup.com/jamia/article/7/2/116/940838>
- Manow, P. (1994). *Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Maschewsky-Schneider, U. (2005). Zur Situation von Public Health in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48(10), 1138–1144. <https://doi.org/10.1007/s00103-005-1139-x>
- Mauer, N., & Panteli, D. (2023). *Supporting health system transformation*. Abgerufen von <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362205/Eurohealth-28-3-35-39>
- Meadows, D. (1999). Leverage Points Places to Intervene in a System. In *The Sustainability Institute*. Hartland.
- Milella, F., Minelli, E. A., Strozzi, F., & Croce, D. (2021). Change and innovation in healthcare: Findings from literature. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 13, 395–408. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S301169>

- Mission Wertvoll. (2024). Transformation gestalten. Abgerufen 25. Mai 2024, von <https://www.mission-wertvoll.org/worum-es-geht/transformation-gestalten/>
- Murawski, A., Lange, R., Lemke, N., Zimmermann, P., Peisker, J., & Rucic, E. (2023). *Deutsche Umweltstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen 2014–2017*. Dessau-Roßlau.
- Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit. (2024). Netzwerk. Abgerufen 22. März 2024, von <https://noeg.org/netzwerk/>
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften. (2015). *History of public health in Germany and abroad. Rapporteur's Report. Online-Supplement zur Stellungnahme Public Health in Germany- Structures, Developments and Global Challenges*. Halle (Salle).
- Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit. Stellungnahme des Nationalen Netzwerks Frauen und Gesundheit zum geplanten „Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin“ im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. , www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de § (2024).
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (2024). Ziele und Aufgaben. Abgerufen 21. April 2024, von www.fruehehilfen.de website: <https://www.fruehehilfen.de/das-nzfh/ziele-und-aufgaben/>
- Netzwerk Evidenz-based Medicine. „Evidenz statt Aktionismus“ – Netzwerk EbM übt deutliche Kritik an den Plänen für geplantes Bundesinstitut. , (2023). www.biermann-medizin.de.
- Niehoff, J.-U., & Schneider, F. (1991). Sozialepidemiologie in der DDR, Probleme und Fakten. *Das Risiko zu erkranken, Jahrbuch für kritische Medizin* 16, 53–83.
- Niehoff, J.-U., & Schrader, R.-R. (1991). Gesundheitsleitbilder- Absichten und Realitäten in der Deutschen Demokratischen Republik. In T. Elkeles, J.-U. Niehoff, R. Rosenbrock, & F. Schneider (Hrsg.), *Prävention und Prophylaxe - Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990* (S. 91–74). Berlin : Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Edition Sigma.
- Nowak, A. C., Kolip, P., & Razum, O. (2022). Gesundheitswissenschaften / Public Health. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Abgerufen von [https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitswissenschaften-public-health/#:~:text=International%20setzte%20sich%20ab%20den,%C3%9Cbergang%20\(epidemiologische%20Transition\)%20ein.](https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitswissenschaften-public-health/#:~:text=International%20setzte%20sich%20ab%20den,%C3%9Cbergang%20(epidemiologische%20Transition)%20ein.)
- Nuffield Council on Bioethics. (2007). *Public health: ethical issues*. Nuffield Council on Bioethics.
- Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T., & Neuhauser, H. (2018). KiGGS Welle 2- Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen. *Journal of Health Monitoring*, 3(1). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-003>
- Pruskil, S. (2024). Grußwort der Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen e.V. zum BVÖGD-Kongress 2024. Abgerufen 5. April 2024, von <https://www.bvoegd-kongress.de/>
- Pruskil, S., & Szagun, B. (2023). *Stellungnahme der DGÖG e.V. zum geplanten neuen ‚Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin‘ (BIPAM)‘*.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Devine, J., Erhart, M., ... Hurrelmann, K. (2020, September 1). Mental health and quality of life in children and adolescents during the COVID-19 pandemics- results of the COPSY study.

- Deutsches Ärzteblatt Int.*, Bd. 177, S. 828–829. American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>
- Renner, I., & Scharmanski, S. (2016). Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen- Hat sich ihr Einsatz bewährt? *Bundesgesundheitsblatt*. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2430-8>
- Richter-Kornweitz, A., Holz, G., & Kilian, H. (2023). Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA. Abgerufen von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesamtstrategie-zur-gesundheitsfoerderung-und-praevention/>
- Richter-Kornweitz, A., & Kruse, C. (2023). Gesundheitsförderung im Kindesalter. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Abgerufen von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-im-kindesalter/>
- RKI. (2016). Das RKI als nationales Public-Health-Institut. Abgerufen 8. April 2024, von www.rki.de website: https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public_Health/Beitrag_Jubilaeumsbuch.htm#doc8449980bodyText3
- RKI. (2022a). *Epidemiologisches Bulletin Impfquoten von Kinderschutzimpfungen in Deutschland*. Abgerufen von www.rki.de/epidbull
- RKI. (2022b, November 22). Gesundheitskompetenz / Health Literacy - Gesundheit A-Z. Abgerufen 2. August 2023, von www.rki.de website: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/G/Gesundheitskompetenz/Gesundheitskompetenz_inhalt.html
- RKI. (2023). Ständige Impfkommission- Aufgaben und Methodik. Abgerufen 20. Mai 2024, von [https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Aufgaben_Methoden/methoden_node.html#:~:text=Die%20St%C3%A4ndige%20Impfkommission%20\(STIKO\)%20entwickelt,den%20Kriterien%20der%20evidenzbasierten%20Medizin.](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Aufgaben_Methoden/methoden_node.html#:~:text=Die%20St%C3%A4ndige%20Impfkommission%20(STIKO)%20entwickelt,den%20Kriterien%20der%20evidenzbasierten%20Medizin.)
- Roberts, J. P., Fisher, T. R., Trowbridge, M. J., & Bent, C. (2016). A design thinking framework for healthcare management and innovation. *Healthcare*, 4(1), 11–14. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2015.12.002>
- Rosenbrock, R., & Geene, R. (2023). Gesundheit fördern und schützen. Die Chance für ein modernes Public Health System in Deutschland nutzen- jetzt! *Das Gesundheitswesen*.
- Rouse, W. B. (2008). Health Care as a Complex Adaptive System: Implications for Design and Management. *The Bridge*, 38(1), 17–25. Abgerufen von <http://www.nae.edu/TheBridge>.
- Ruban, M. E. (1981). *Gesundheitswesen in der DDR*. Berlin: Verlag Gebr. Holzapfel.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt. (2022). Professur für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Sachsen etabliert. Abgerufen 5. April 2024, von [sachsen.de](http://www.sachsen.de) website: <https://www.medienservice.sachsen.de/medien/news/1056254>
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt. (2024). Untersuchungen in Kita und Schule. Abgerufen 17. März 2024, von [Sachsen.de](http://www.sachsen.de) website: <https://www.gesunde.sachsen.de/untersuchungen-in-kita-und-schule->

- 5384.html#:~:text=Die%20Kinder%2D%20und%20Jugend%C3%A4rzte%20des,Untersuchung%20den%20blauen%20Vorsorgepass%20mit.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege. (2024). *Fachkräfte im Gesundheitswesen - Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource*. <https://doi.org/10.4126/FRL01-006400072>
- Savaskan, N., Wiggerich, E., Lampl, B. M. J., Larscheid, P., Kunitz, F., Jünger, J., & Tinnemann, P. (2023). Deutschlands Sonderweg. *Deutsches Ärzteblatt*, 120(44), 1834–1837. <https://doi.org/10.1007/s00761-021-01068-6>
- Schäfer, U. (2024). *Das BIPAM- Risiken und Nebenwirkungen für die Gesundheitspolitik. Offener Brief des Personalrats beim Robert-Koch-Institut*.
- Schaper, M., Hansen, S. L., & Schicktanz, S. (2019). Convincing for the good cause? Techniques of public health communication and their ethical implications. *Ethik in der Medizin*, 31(1), 23–44. <https://doi.org/10.1007/s00481-018-0507-7>
- Schichtel, A. (2016). *Change-Management für Dummies*. Weinheim: Wiley-VCH Verlag
- Schlack, R., Neuperdt, L., Junker, S., Eicher, S. C., Hölling, H., Thom, J., ... Beyer, A.-K. (2023). Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie- Ergebnisse eines Rapid Reviews. In *Journal of Health Monitoring* (Bd. 8). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schulz, M., Zhu, L., Kroll, L. E., & Czihal, T. (2020). *Versorgungsmonitor Ambulante Kinder-und Jugendmedizin*. Berlin.
- Schulze, A.-K. (2022). Kinder und Jugendliche in der Pandemie: Ihre Bedürfnisse mehr beachten. *Deutsches Ärzteblatt*, 119(11). Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/224073/Kinder-und-Jugendliche-in-der-Pandemie-Ihre-Beduerfnisse-mehr-beachten>
- Sell, K., De Bock, F., & Thyen, U. (2021). Public-Health-Strategie für Deutschland. Mehr Gesundheit für alle. *Deutsches Ärzteblatt*, 118. Abgerufen von <https://zukunftsforum-public-health.de/wp-content/uploads/>
- Sell, K., Kuhn, E., Arnold, L., Boehm, C., Gepp, S., Havemann, M., ... Fischer, F. (2021). COVID-19 and Its Potential for Disruption and Transformation in Public Health: Lessons Learned from the Perspective of Young Professionals. *Gesundheitswesen*, 83(11), 894–899. <https://doi.org/10.1055/a-1630-7155>
- Shaked, H., & Schechter, C. (2013). Seeing wholes: The concept of systems thinking and its implementation in school leadership. *International Review of Education*, 59(6), 771–791. <https://doi.org/10.1007/s11159-013-9387-8>
- Simank, J. (2023, Dezember 16). Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit: Wenn der Herzinfarkt politisch wird. Abgerufen 10. März 2024, von Zeit Online website: <https://www.zeit.de/2023/53/bundesinstitut-oeffentliche-gesundheit-praevention-karl-lauterbach>
- Skoetz, N. (2024). Erstes Institut für Öffentliches Gesundheitswesen gegründet. Abgerufen 22. März 2024, von Universität zu Köln website: <https://portal.uni-koeln.de/universitaet/aktuell/presseinformationen/detail/erstes-institut-fuer-oeffentliches-gesundheitswesen-gegruendet>
- Stacey, R. D. (1996). *Complexity and Creativity in Organizations*. San Francisco: Berrett Koehler.
- Stachwitz, P., & Debatin, J. F. (2023, Februar 1). Digitalization in healthcare: today and in the future. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Bd. 66, S. 105–113. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03642-8>

- Stange, K.-H. (1994). Verpasste Reform der ambulanten Versorgung? - Die Transformation des Gesundheitssystems in den neuen Bundesländern. In B. Blanke (Hrsg.), *Krankheit und Gemeinwohl, Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin* (S. 291–325). Opladen: Leske & Budrich.
- Stiftung Kindergesundheit. (2022). *Kindergesundheitsbericht der Stiftung Kindergesundheit 2022*.
- Stiftung Kindergesundheit. (2023). *Kindergesundheitsbericht der Stiftung Kindergesundheit 2023- Zusammenfassung*. Abgerufen von www.kindergesundheit.de
- Teichert, U., & Tinnemann, P. (2020). *Der Öffentliche Gesundheitsdienst. Lehrbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst*. Berlin.
- Teo, K. W., Hu, Y., Chew, K. T., Pek, W. Y., Chua, H. C., Matchar, D. B., & Ng, Y. F. (2023). Health System Transformation Playbook and Unified Care Model: an integrated design, systems & complexity thinking approach to health system transformation. *Frontiers in Health Services*, 3(1157038). <https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1157038>
- Tezcan-Güntekin, H., & Özer-Erdogdu, I. (2021). Das qualitative Interview in der Gesundheitsförderung und Prävention. In M. Niederberger & E. Finne (Hrsg.), *Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 405–430). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Thiele, W. (1990). Das Gesundheitswesen in einem deutschen Staat- Einigung oder Vereinnahmung? In W. Thiele (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch* (S. 11–15). Sankt Augustin: Asgard-Verlag.
- Thießen, M. (2017). Immunität als sozialistisches Selbstverständnis: DDR. In *Immunisierte Gesellschaft* (1. Aufl., S. 297–352). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thyen, U. (2023). Contribution of early preventive programs to a Health in all Policies strategy. *Public Health Forum*, 31(2), 63–69. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2023-0004>
- Uni Wuppertal. (2024). Jun.-Prof. Dr. Karoline Augenstein. Abgerufen 17. Mai 2024, von <http://www.urbanup.uni-wuppertal.de/team/augenstein/>
- UNICEF. (1992). *Konvention über die Rechte des Kindes*. Köln. Abgerufen von www.unicef.de
- Uniklinik Köln. (2023). Neue Professorin für Öffentliches Gesundheitswesen - Uniklinik Köln. Abgerufen 6. April 2024, von <https://www.uk-koeln.de/uniklinik-koeln/aktuelles/detailansicht/neue-professorin-fuer-oeffentliches-gesundheitswesen/>
- Universität Bielefeld. (2024). 30 Jahre Gesundheit 1994-2024. Abgerufen 22. Mai 2024, von <https://www.uni-bielefeld.de/verwaltung/dezernat-p-o/gesundheitsmanagement/jubilaum30jahre.xml>
- Untersuchungsausschuss des Deutschen Bundestags. (1994). *Zweite Beschlussempfehlung und Schlussbericht des 3. Untersuchungsausschusses nach Artikel 44 des Grundgesetzes- BT Drucksache 12/8591: Behandlung von Blutern und Frischoperierten mit AIDS-infizierten Blut oder Blutprodukten*.
- Van de Pas, R. (2023). *Warum die Transformation zu einem wachstumsunabhängigen Gesundheits- und Wirtschaftssystem nötig ist*. Berlin: Centre for Planetary Health Policy. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7554101>
- van der Zanden, G.-J., & Henzen, R. (2024). *Transforming Our Critical Systems* (Cambridge Elements). Cambridge: Cambridge University Press.

- Wabnitz, K., Hügel, M. G., & Voss, M. (2022). *Ein neues Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit-Die Lösung aller Probleme?* Berlin: Centre for Planetary Health Policy (CPHP). <https://doi.org/10.5281/zenodo.7310776>
- Walter, U., Patzelt, C., & Nowik, D. (2021). Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Abgerufen von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetischesverzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-praevention-in-der-rehabilitation/>
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. Norton.
- WBGU. (2011). *Welt im Wandel Gesellschaftsvertrag für eine Große Transformation*.
- WBGU. (2014). *Klimaschutz als Weltbürgerbewegung Sondergutachten*. Berlin: Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung- Globale Umweltveränderungen.
- WBGU. (2024). Die transformativen Potenziale von Gesundheitssystemen nutzen. *WBGU Factsheet Nr. 9*.
- Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). ORGANIZATIONAL CHANGE AND DEVELOPMENT. In *Annu. Rev. Psychol* (Bd. 50).
- Whitmee, S., Haines, A., Beyrer, C., Boltz, F., Capon, A. G., De Souza Dias, B. F., ... Yach, D. (2015). Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: Report of the Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *The Lancet*, 386(10007), 1973–2028. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1)
- WHO. (1997). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*.
- WHO. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. World Health Organization.
- WHO. (2013). The Helsinki Statement on Health in All Policies. *Health Promotion International*, 29(S1). <https://doi.org/10.1093/heapro/dau036>
- WHO. (2018). *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*.
- WHO. (2023). *Outcome statement Trust and transformation-resilient and sustainable health systems for the future*. Copenhagen.
- WHO - Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : Commission on Social Determinants of Health final report*. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health.
- Wieda, C., Grohs, S., & Beinborn, N. (2020). *Kommunale Prävention für Kinder und Familien- Erfahrungen aus Europa*. Gütersloh. <https://doi.org/10.11586/2020041>
- Wittmayer, J., & Hölscher, K. (2017). Transformationsforschung – Definitionen, Ansätze, Methoden. In *Erasmus Universität Rotterdam*. Erasmus Universität Rotterdam.
- Zeeb, H. (2018). Prävention und Gesundheitsförderung - Aussichten für die Zukunft. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung* (5. Aufl., S. 503–511). Bern: Hogrefe.
- Ziese, T., & Saß, A.-C. (2020). *Gesundheitsberichterstattung (BZgA). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Abgerufen von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetischesverzeichnis/gesundheitsberichterstattung/>
- Zukunftsforum Public Health. (2021). *Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland*. Berlin. Abgerufen von www.zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie

- Zukunftsforum Public Health. (2022). *Stellungnahme zum geplanten „Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit“ aus der Perspektive von Public Health.*
- Zukunftsforum Public Health. (2023). *Bundesinstitut für „Prävention und Aufklärung in der Medizin“: Verpasste Chance für Public Health in Deutschland!* Berlin.
- Zukunftsforum Public Health. (2024). Zukunftsforum Public Health. *Darstellungsflyer.* Abgerufen von www.inforo.online

6 Anhang

6.1 Abbildungen und Tabellen



Abbildung 3: "The Global Strategy for Women's, Children and Adolescent's Health" & "Sustainable Development Goals", WHO, 2018, S. 2

Der Öffentliche Gesundheitsdienst

1. hat die öffentliche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung
2. ist integraler Baustein des modernen Sozialstaats
3. ist bürgernah und eingebunden in kommunale Strukturen
4. orientiert sich an lokalen und globalen Herausforderungen
5. ist gemeinwohlorientiert, ohne kommerzielle Interessen
6. hat als Kernaufgaben Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Beratung und Information sowie Steuerung und Koordination
7. nimmt hoheitliche Aufgaben wahr und arbeitet sozialkompensatorisch, planerisch und gestalterisch, um gesundheitliche Chancengleichheit und bestmögliche Gesundheit für alle zu ermöglichen (Public Health)
8. basiert auf medizinischen, insbesondere fachärztlichen, und sozial- sowie gesundheitswissenschaftlichen Qualifikationen
9. arbeitet wissenschaftsbasiert und vernetzt
10. ist ethisch reflektiert in Respekt vor der Würde des einzelnen Menschen

Abbildung 4: Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst, Länderoffene Projektgruppe "Leitbild ÖGD", 2018, S. 1

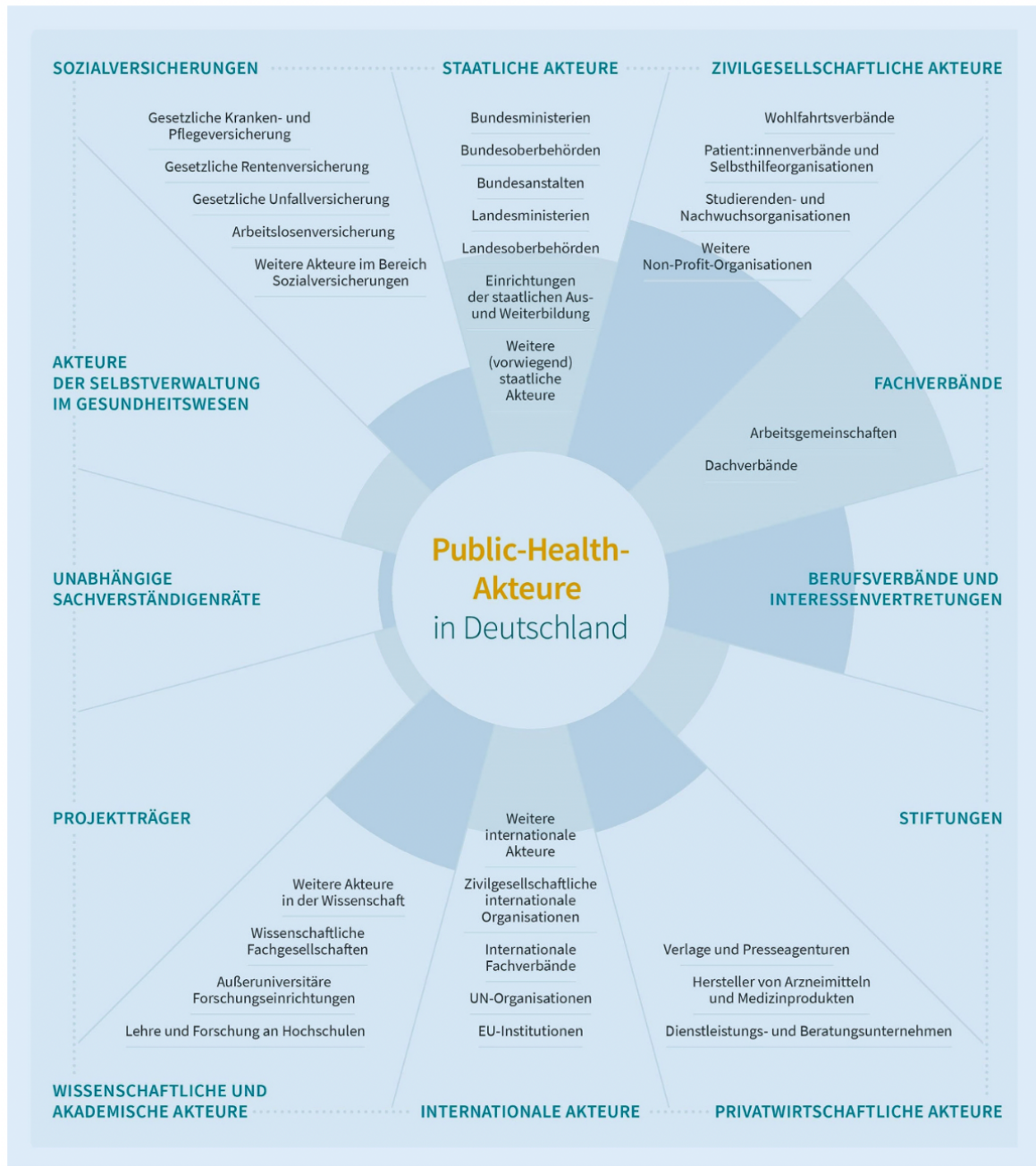


Abbildung 5: Infografik zum gebildeten Kategoriensystem zur Einteilung überregionaler Public Health Akteur*innen in Deutschland, Hommes et al., 2022, S. 104

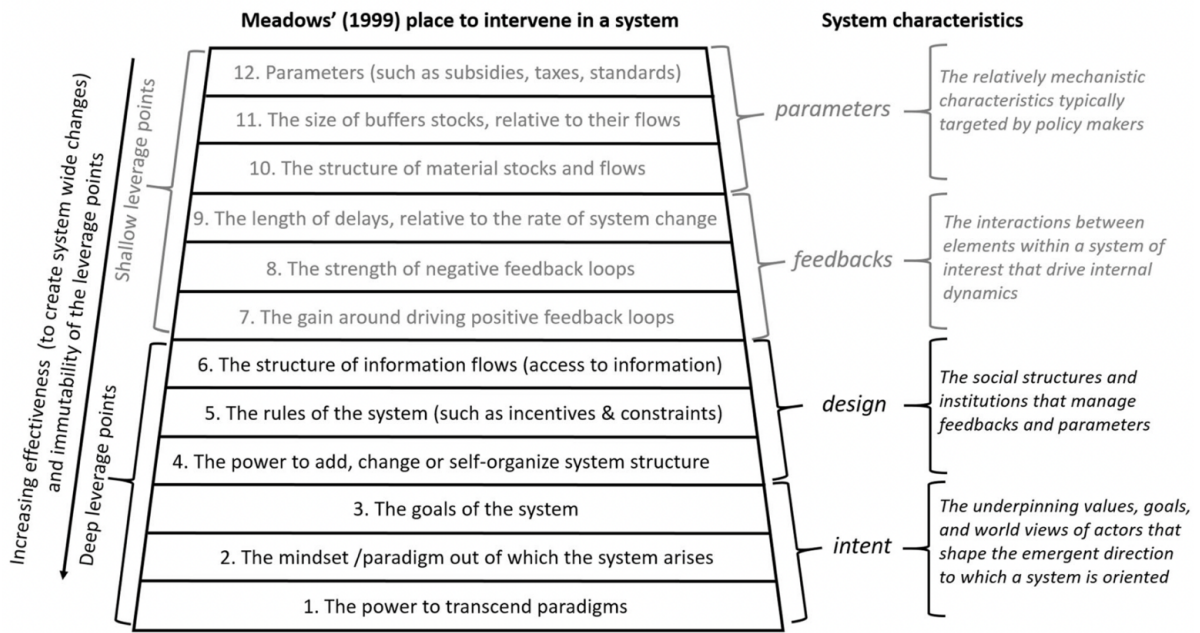


Abbildung 6: Unterkategorien von Meadow's 12 Hebelpunkten um in ein System zu intervenieren nach Abson et al. 2017, S. 32

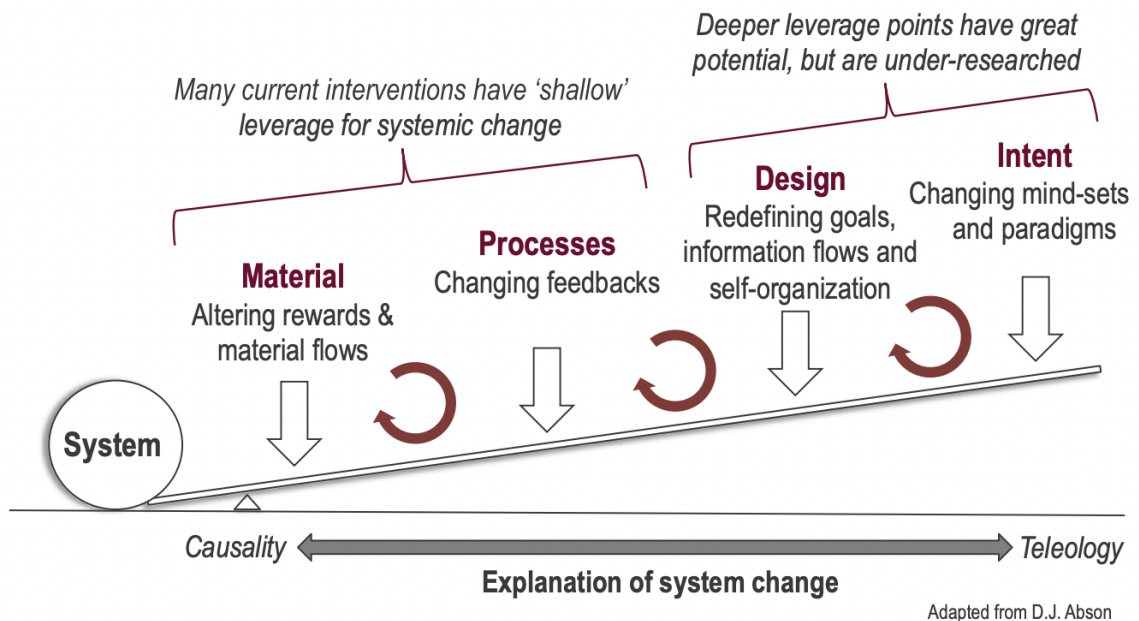


Abbildung 7: Schematische Darstellung der Unterkategorien von Hebelpunkten nach Abson et al., 2017, adaptiert nach Fischer & Riechers, S. 117

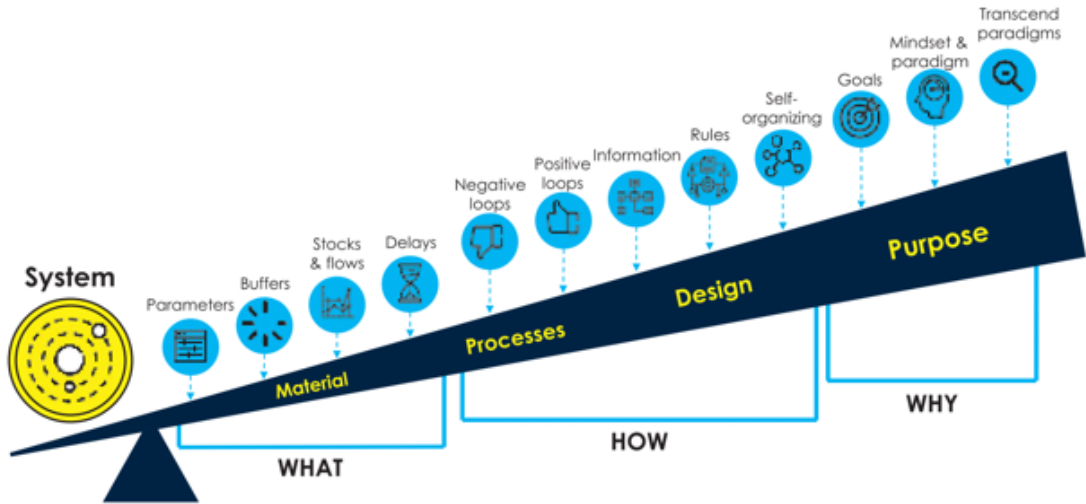


Abbildung 8: Schematische Darstellung der Hebelpunkte nach Meadows, 1999, mit Unterkategorien nach van der Zanden & Henzen, 2024, S. 25

Anhang

Tabelle 5: Leitlinien und Ziele der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, Bundesministerium für Familie, 2009, S. 250-251; Richter-Kornweitz & Kruse, 2023

12 Leitlinienbereiche	5 Ziele
<ol style="list-style-type: none"> 1. Stärkung der Lebenssouveränität 2. Gesellschaftsbezug 3. Lebenswelt- und Kontextbezug 4. Förderung positiver Entwicklungsbedingungen 5. Befähigungsgerechtigkeit 6. Bildungsgerechtigkeit 7. Inklusion 8. Achtsamer Körperbezug, kommunikativer Weltbezug, reflexiver Bezug 9. Lebensverlaufsperspektive 10. Interprofessionelle Vernetzung 11. Von einer Anbieter- zu einer Akteursperspektive 12. Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frühe Förderung der Entwicklung von Kindern mittels einer breit angelegten und umfassenden kommunalen Infrastruktur. 2. Bewegungsförderung mittels kontinuierlicher, fachlich qualifizierter Angebote sowie Förderung gesunder Ernährung durch kostenfreie, gesunde Verpflegung in Kitas und Schulen für alle Heranwachsenden, ohne dass dies an anderer Stelle zu Kürzungen an kindbezogenen Sozialleistungen führt. 3. Frühe Sprachförderung mit dem Ziel der Steigerung der Sprachkompetenz, insbesondere von Kindern in herausfordernden Lebenslagen und mit Migrationshintergrund. 4. Flächendeckender Ausbau der Angebote und Netzwerke der Prävention und Gesundheitsförderung im Schulalter im Rahmen der Angebote schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe. 5. Umfassende Unterstützung der psychosozialen Entwicklung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Table 6: Checkliste des "Health System Transformation Playbooks", Teo et al., 2023, S. 4

Step One: Story Telling—Seeing the System
<ul style="list-style-type: none">• Gather stakeholders• Encourage sharing of personal, team or leadership stories such as strengths, challenges, data, trend, innovation or ideas• Distil the change ideas in these stories• Document a list of existing systems potentially impacted by the change ideas and organize them into a hierarchy• Document a list of existing models of the same systems.
Step Two: Model Building—Understanding the System
<ul style="list-style-type: none">• Clarify the potential impact to systems and the causal pathways between them• Clarify the potential impact to existing models and improvement plans• Name any new systems that need to be created and add this to the list of future-state systems• Distil a list of design principles for each future-state system• Articulate a model or refine the existing future-state model for each future-state system
Step Three: Pathfinding—Working with the System
<ul style="list-style-type: none">• Clarify where the current system is versus future models• Prescribe interventions to deploy the models (bring current state stakeholders and systems into the future)• Evaluate all model prescribed interventions against organizational and operational context to determine level of certainty and agreement• Generate list of prioritized actions in four Action Classes and track implementation• Repeat Step One when prioritized actions generated new stories or data

6.2 Hinweise zum Datenschutz und zur Verwendung der Daten für die Interviewten

Ich erhebe Ihre personenbezogenen Angaben auf Rechtsgrundlage der informierten Einwilligungserklärung der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (Art. 6 Abs. 1, DSGVO) unter vollständiger Einhaltung aller geltenden Datenschutzvorschriften.

Im Rahmen dieses Interviews werden folgende personenbeziehbare Informationen und Angaben verarbeitet: Kontaktdaten zur reinen Kontaktaufnahme sowie innerhalb des Interviews aufgezeichnete und verarbeitete personenbeziehbare Angaben direkt zu Ihrer Person, die obligatorischen Stimm-aufzeichnung von ggf. datenschutzrelevanten Schilderungen Ihrer beruflichen Praxis und weitere Aussagen, Meinungen und Einstellungen im Zuge der Beantwortung offener Interviewfragen.

Die Kontaktdaten werden nach Abschluss aller Interviews gelöscht. Die Interviews selbst werden als Audiodatei aufgezeichnet. Die Audiodatei wird nach Abschluss der Zoom-Interviews mit einer Transkriptionssoftware transkribiert. Während des Forschungsprozesses im Rahmen meiner Masterarbeit werden die genannten Dateien mitsamt enthaltenen personenbeziehbaren Informationen von mir zugriffsgeschützt lokal gespeichert und ausschließlich von mir zum Zwecke der im Informationsblatt genannten Untersuchung verarbeitet und verwendet.

Nach Abschluss der Masterarbeit wird im Rahmen des Begutachtungsprozesses der erst- und zweitprüfenden Person im Bedarfsfall zeitlich begrenzter Zugang zu den aufgeführten personenbezogenen Angaben und Dateien eingeräumt. Spätestens 6 Monate nach Abschluss der Begutachtung werden die genannten Audiodateien und personenbezogenen Daten durch mich vollständig gelöscht. Eine Veröffentlichung der Leuphana-Universität in ihrer wissenschaftlichen Datenbank und Bibliothek ist geplant sowie ggf. weitere Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und in anderen Formaten.

Hinweis auf Ihre Rechte

Ihre Teilnahme an der genannten Studie und Ihre Zustimmung zu der oben angegebenen Verwendung Ihrer Daten ist freiwillig. Im Falle einer Nichtteilnahme oder Wahrnehmung Ihrer Rechte entstehen Ihnen keine Nachteile. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung

zu widerrufen. Außerdem haben Sie jederzeit das Recht auf Auskunft zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, auf Einsicht, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten. Zusätzlich steht Ihnen zu, die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzuschränken sowie Widerspruch gegen diese zu erheben. Zur Ausübung Ihrer oben genannten Rechte wenden Sie sich bitte an Franziska.Noll@stud.leuphana.de, 0171/3440421.

Mit datenschutzrechtlichen Beschwerden wenden Sie sich bitte an das Datenschutzzentrum Schleswig-Holstein, Holstenstraße 98, 24103 Kiel, mail@datenschutzzentrum.de. Landesbeauftragte für Datenschutz in Schleswig-Holstein ist Dr. h.c. Marit Hansen.

Einverständniserklärung

Ich erkläre, dass ich über Forschungszweck und Nutzung der im Rahmen der oben genannten Untersuchung zur Einreichung der Masterarbeit *„Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems in Deutschland: Potentieller Beitrag des „Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin“ zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit.“* erhobenen personenbezogenen Daten vollständig unterrichtet wurde. Ich habe das beigefügte Informationsblatt mitsamt den rechtlichen Hinweisen zu Verwendungszweck und Datenschutz vollständig gelesen. Außerdem hatte ich die Gelegenheit, alle eventuellen Fragen mit den genannten verantwortlichen Stellen zu klären.

Ich erkläre weiterhin, dass mir meine Rechte im Zusammenhang meiner Teilnahme an der Studie vollumfassend bekannt sind. Meine Teilnahme an der genannten Studie ist freiwillig. Mir ist bewusst, dass eine Nichtteilnahme oder Einschränkung keine Nachteile nach sich ziehen wird und ich meine Einwilligung jederzeit vor Abgabe der Masterarbeit widerrufen kann mit der Konsequenz, dass meine personenbezogenen Angaben vollständig entfernt werden.

Ich bin damit einverstanden, an dem Interview teilzunehmen. Ich stimme der im Informationsblatt beschriebenen Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für das Verfassen und die Begutachtung der Masterarbeit zu.

Ja Nein

Vor- und Nachname (in Druckschrift)

Ort, Datum, Unterschrift

6.3 Interview mit Dr. Korebrits

Datum: 10.05.24 um 9Uhr

Dr. Noll (Einleitung):

Liebe Frau Dr. Korebrits, ich begrüße Sie ganz herzlich zu unserem Interview. Zu Beginn möchte ich noch einmal kurz das Thema der Masterarbeit einleiten. Der Titel lautet „Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems in Deutschland. Potenzieller Beitrag des BIPAM zur Verbesserung der Kinder und Jugendgesundheit.“ Sie werden mir vielleicht zustimmen, wenn ich behaupte, dass die Weichen für eine gesunde Entwicklung ja bereits im Kindesalter gestellt werden und diese Altersgruppe ist daher wohl eine der bedeutendsten für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Es ist bekannt, dass eben diese Maßnahmen einen besonders hohen individuellen und auch gesamtgesellschaftlichen Nutzen haben, je früher man eben anfängt. Und Kinder und Jugendliche, wie Sie ja selbst wissen, sind gesundheitlich belastet, insbesondere ihre psychische Gesundheit. Die Pandemie hat dies noch einmal verstärkt und zutage gebracht. Zudem gibt es auch noch neue Herausforderungen durch Klimawandel, zunehmende kriegerische Auseinandersetzungen in Europa sowie zunehmende Versorgungslücken in der pädiatrischen Gesundheitsversorgung, also in Kliniken, Praxen und vor allem auch aufgrund von zunehmenden Personalmangel und Lücken in der Medikamentenversorgung. Und so weiter und so fort. Gleichzeitig ist die Lobby der Kinder sehr klein und sie werden oft nicht genug beachtet und beteiligt, wenn es um ihre Gesundheit geht. Und die Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitssystems ist es ja, die Gesundheit der Bürgerinnen zu schützen und zu erhalten. Innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ist es ja der KJGD, der für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in der Kommune zuständig ist. Sie, Frau Doktor Korebrits, als Kinderärztin und Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen haben ja viel Erfahrung und engagieren sich schon lange insbesondere für mehr Chancengleichheit in der Kinder- und Jugendgesundheit. Nun ist im Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung die Gründung eines neuen Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit angekündigt worden. Das hat bei vielen Akteuren die Hoffnung auf eine echte Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems geweckt. Es gibt schon ein paar inhaltliche Eckpunkte und Schwerpunkte, die bekannt geworden sind und es gab auch zahlreiche öffentliche Reaktionen von Fachgesellschaften & Institutionen aus dem Public Health Bereich. Diese habe ich im ersten Teil meiner Masterarbeit eben auf potenzielle Hebelpunkte für eine solche Transformation untersucht. Und im zweiten Teil führe ich nun Expert*innen-Interviews durch, um den Erkenntnisgewinn noch zu erhöhen und den Erfahrungen und ihren Erfahrungsschatz und Einschätzungen mit einzubringen und so auch von Ihnen. Dann fange ich mit den Einstiegsfragen an: Was hat sie denn in den ÖGD gebracht und auch in den KJGD? Wie sind Sie dazu gekommen?

Dr. Korebrits:

Ich bin jetzt seit fast 25 Jahren im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Und tatsächlich waren es ursprünglich mal die kinderfreundlichen Arbeitszeiten, da vor 25 Jahren die Kinderbetreuung in Westdeutschland in den alten Bundesländern noch sehr schwierig war. Und so bin ich dann in den ÖGD gelangt und habe die Arbeit von der Basis aus kennengelernt, ich habe auch viele Jahre ganz normal in der Routine gearbeitet, dann später meinen Master in Public Health gemacht und meinen Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen. Und ich habe im Laufe der Jahre die Arbeit sehr schätzen gelernt. Eben vor allen Dingen, weil wir auch den Blick und die Brille der Bevölkerungsmedizin aufhaben. Wenngleich ich finde, dass man in Richtung Prävention bei der Kindergesundheit noch viel, viel mehr tun könnte. Ich liebe meine Arbeit

tatsächlich, ich bin deshalb auch als Bundessprecherin und in der Berufspolitik aktiv, auch in der DGÖG. Genau.

Dr. Noll:

Ja, wunderbar, vielen Dank. Und haben Sie denn das Gefühl, an dem Ort, wo Sie arbeiten, auch einen Beitrag für die Kinder- und Jugendgesundheit leisten zu können?

Dr. Korebrits:

Ja, definitiv. In Leipzig habe ich das Glück, Abteilungsleiterin in einem Gesundheitsamt zu sein, was sehr gut ausgestattet ist. Und ich habe auch einen guten Stellenschlüssel. Ich habe 20 jugendärztliche Teams für 620.000 Einwohner. Wir haben Gesundheitsförderung im Amt. Wir machen Prävention. Wir haben in Sachsen sehr viele Pflichtuntersuchungen in den Gesetzen, was bedeutet, dass wir eine Kita-Untersuchung der 4-jährigen für alle anbieten. Die Einschulungsuntersuchung der Erstklässler machen wir als Flächenuntersuchung um alle zu sehen. Wir sehen alle Förderschüler alle zwei Jahre und wir sind noch komplett in der Begutachtung SGB acht und SGB neun involviert, so dass wir ein sehr breites Spektrum haben, so dass wir tatsächlich die Kinder auch in der Lebenslaufperspektive sehen. Wir werten auch unsere Daten relativ professionell sehr kleinräumig aus und können so auch sehr gut den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit anhand der kommunalen Daten zeigen.

Dr. Noll:

Ja, vielen Dank. Gut. Kommen wir zur ersten Schlüsselfrage. Die Kinder- und Jugendgesundheit spielt in der bisherigen Vorstellung der Schwerpunkte des BIPAM keine Rolle. Wie empfinden Sie das?

Dr. Korebrits:

Also ich habe mir heute Morgen in Vorbereitung auf das Gespräch auch noch mal das YouTube Filmchen, was beim BMG eingestellt ist, von Herrn Lauterbach angehört, wo er Herrn Professor Schade und Herrn Dr. Nielsen, der ja der Errichtungsbeauftragte ist, vorstellt. Und tatsächlich spricht Herr Lauterbach nur davon, Prävention zu verbessern in den Bereichen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Demenz. Und da war ich tatsächlich auch ein bisschen enttäuscht, dass das Thema Kindergesundheit gar nicht erwähnt worden ist. Denn ich finde, wie Sie auch schon einleitend gesagt haben, in den ersten 1000 Tage im Leben eines Kindes, da werden die Weichen gestellt und alles, was da nicht passiert, kann man später kaum noch aufholen. Das heißt, hier sollte der Fokus auch in Richtung der nationalen Präventionsstrategien darauf gerichtet sein. Jeder Euro, den man in die Kindergesundheit investiert, zahlt sich hinten doppelt und dreifach und zehnfach aus. Wir können hier gar nicht genug den Fokus auf die Kindergesundheit richten, denn die Weichen, die hier falsch gestellt werden, sind hinterher durch ein paar Rezepte Logopädie oder Physiotherapie aus dem SGB V Topf überhaupt nicht mehr wieder gut zu machen. Es sind einfach tausende von Entwicklungsstunden, die schlecht geförderten Kindern in den ersten drei Lebensjahren fehlen. Und genau da muss man ansetzen. Da muss man präventiv arbeiten, da muss man Programme schnüren. Da sehe ich auch auf jeden Fall die Aufgabe des BIPAM und die BZGA wird ja mit ihrer ganzen Expertise der Gesundheitskommunikation im BIPAM aufgehen. Und da habe ich einfach große Hoffnung, dass es auch eine Abteilung oder große Strategien bezüglich der Kindergesundheit geben wird.

Dr. Noll:

Okay, danke. Zur zweiten Frage: Ich habe ja schon gesagt, dass ich diese ganzen Stellungnahmen zum BIPAM darauf untersucht habe, was sie vorschlagen und welche Ideen

Hebelpunkte für eine Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems in Bezug auf Kinder- und Jugendgesundheit sein könnten. Und da gab es zumindest vier Stellungnahmen, in denen ich etwas gefunden hatte zur Kinder- und Jugendgesundheit. So hat sich z.B. der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen dafür eingesetzt, dass ein wichtiger Schwerpunkt eben auch Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche sein sollte. Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin hat in ihrer Stellungnahme auch die Einbindung des KJGD eingefordert in die Planung des BIPAM und auch später in die Arbeit des Instituts. Was würden Sie als Sprecherin des Fachausschusses des KJGDs dazu sagen? Wie würden Sie gerne beteiligt werden und wie würden Sie gerne bei der Gestaltung der Strukturen und später auch bei der Arbeit mit einbezogen werden?

Dr. Korebrits:

Ja, tatsächlich wäre es schön, wenn die Experten von Anfang an auch mit einbezogen und befragt werden würden. Also ich als Bundessprecherin und meine neue Vertreterin, Frau Dr. Kirsten Kubini würden sicherlich gerne mit Rat und Tat zur Seite stehen. Wie gesagt, ich habe seit fast 25 Jahren Erfahrung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit. Wir sind ja im Bundesverband, im Fachausschuss auch so organisiert, dass wir aus allen Bundesländern die Landessprecherinnen KJGD und deren Vertretungen vereint haben und zusätzlich noch Interessierte, also ein ganzer Blumenstrauß, eine gebündelte Expertise von Fachleuten, wo ich leicht Zugriff darauf habe, weil wir eben sehr gut organisiert sind. Und ich bin mir sicher, das sind so „round about“ 40 Personen. Aber ich habe da eine ganz starke Truppe hinter mir und gemeinsam hätten wir sicherlich viel Expertise, die wir in diesen Fragen zur Verfügung stellen könnten. Ich persönlich habe auch noch die Public Health Ausbildung. Von daher glaube ich auch, dass ich auch mit der Public Health Brille viel Knowhow habe. Ja, wie kann ich mir vorstellen, dass wir eingebunden werden? Im Grunde würde man sich natürlich erhoffen, dass man gefragt wird. Aber vielleicht müsste ich auch mal aktiv auf den nächsten zugehen und ihn darum bitten oder mit informieren. Inwieweit die Kindergesundheit, inwieweit das in den großen Strukturen bei der Gründung des Betriebes auch berücksichtigt ist. Weil, tatsächlich haben wir ja im KJGD den Zugriff auf die Kinder. Alle Bundesländer machen immerhin die Schuleingangs- Untersuchung flächendeckend, so dass wir auch einen vorzüglichen Datenschatz haben. Das unterscheidet uns ja von den niedergelassenen Ärzten mit den Untersuchungen. Das ganze Programm ist natürlich sehr gut, aber die Daten werden halt nicht aufgearbeitet. Es gibt ja keine bundesweiten Auswertungen zu den Untersuchungen, während wir ja in den Städten und Bundesländern und Kommunen die Daten der Kindergesundheit auch flächig vorliegen haben. Also ich mache in Leipzig eine volle Erhebung jedes Jahr von sechseinhalbtausend Kindern. Wir haben einen riesigen Datenschatz. Die könnte ja die BZGA bzw. dann das neue BIPAM haben. Also das müsste man einfach verknüpfen. Weil, wir haben tatsächlich im Jahr 2024 kein Erkenntnisdilemma. Im Grunde wissen wir ja den starken Zusammenhang zwischen Bildungsferne, Armut und Kindergesundheit. Es gibt ja auch unzählige Studien, die das zeigen und wir können das in den Kommunen auch zeigen. Aber was wir jetzt brauchen in Deutschland sind ja tragfähige Präventionsstrategien. Das ist ja auch Thema Ihrer Arbeit. Und dazu müsste man eben die Gesundheitsämter heranziehen, die KJGDs, die nicht nur die Daten haben, sondern auch genau wissen, wo die Problematik ist. Das müsste man jetzt nicht mehr noch zehn Jahre lang Daten sammeln, sondern man müsste jetzt Präventionsstrategien national entwickeln. Es gibt ja ganz lange schon dieses Konzept der Präventionsketten. Das Dormagener Modell nenne ich hier mal, was ja schon seit 15 Jahren zeigt, dass man möglichst früh mit den Präventionsketten anfangen muss. Nur, es muss auch in der Fläche mit großen Strategien vorangehen. Wir haben sozusagen ein Umsetzungsproblem in Deutschland. Wir kennen den Zusammenhang schon ganz lange zwischen Armut und Gesundheit. Das gibt es die letzte große Kampagne der BZGA, die mir so

im Ohr ist. „Ich gehe zur U (Vorsorgeuntersuchung für Kinder) und du?“ Das war sicher eine gute Sache, die U-Untersuchung zu bewerben, aber wir haben ja jetzt riesige neue Probleme im Sinne der neuen Morbidität. Also die Gesundheit ist ja eben nicht mehr von Infektionskrankheiten geprägt, sondern im Sinne der neuen Morbidität. Das ist Bewegungsmangel, Adipositas, Spracharmut mit massiver Prävalenz von Sprachverzögerungen. Wir haben den Medienmissbrauch schon im Babyalter, wo wir allerdings noch nicht so gute Untersuchungen haben, wie schlimm das ist. Aber wir wissen im Grunde ja jetzt schon, dass das die Kinder-Gesundheit vermutlich nicht im positiven Sinne beeinflusst. Das heißt, wir haben riesige komplexe Krankheitsgeschehen im Sinne der neuen Morbidität und es bedarf natürlich auch entsprechende Präventionsstrategien. Ja, so vielleicht erstmal. Aber jetzt bin ich ein bisschen abgewichen.

Dr. Noll:

Eine kleine Nachfrage dazu: Haben Sie eine Idee für ein gewisses Format wie Kinder- und Jugendgesundheit im BIPAM verankert werden könnte? Oder würden Sie sich eine richtige Abteilung dafür wünschen? Wenn Sie sich was wünschen dürften, wie genau sollte denn der KJGD und die Kinder- und Jugendgesundheit im BIPAM verankert sein?

Dr. Korebrits:

Ja, ich würde mir tatsächlich eine eigene große Abteilung wünschen. Früher war ja im RKI auch die Abteilung für Epidemiologie und Kindergesundheit verankert. Ein wichtiger Teil wären auch gezielte Präventionskampagnen. Also auch da muss ja eine Verknüpfung passieren zwischen der Abteilung, die vorher im RKI angesiedelt war oder noch ist. Ich weiß ja auch keine Interna, aber es bedarf einer richtig großen Abteilung (für Kindergesundheit) mit einer groß angelegten Strategie für Deutschland. Und da braucht es auf jeden Fall entsprechende erfahrene Fachleute, die eine solche Abteilung auch leiten würden und die dann diese Branchen auch zusammenführen. Zusätzlich sollte man den Öffentlichen Gesundheitsdienst mit reinnehmen, sozusagen als dritten Part zur epidemiologischen Pädiatrie und zur Gesundheitskommunikation. Und zusätzlich müsste man sicherlich auch die Kinderärzte mitdenken. Und wenn man um diese vier großen Punkte eine Klammer setzt, denke ich, dann hätte man ja eine tolle Abteilung und könnte tatsächlich mal groß angelegte und wirkungsvolle Strategien entwickeln.

Dr. Noll:

Okay. Danke. Weiterhin gibt es in den genannten Positionspapieren auch die Forderung nach einer stärkeren Partizipation von Kindern und Jugendlichen selbst in Bezug auf sie betreffende Gesundheitsfragen sowohl beim Prozess der Errichtung des BIPAM als auch später bei der Arbeit des BIPAM. Wie könnten Sie sich eine Partizipation der Kinder und Jugendlichen vorstellen? Wie könnte so eine Partizipation von Kindern und Jugendlichen vielleicht besser gelingen?

Dr. Korebrits:

Ja, Partizipation ist immer gut. Wobei ich glaube tatsächlich, dass die Kinder selber die Tragweite noch nicht so richtig gut einschätzen. Natürlich kann man Jugendliche befragen, da gibt es ja auch schon Befragungen. Natürlich kann man fragen, was die belastet. Da gibt es ja viele große Studien zur psychischen Gesundheit. Da wissen wir ja, es sind nicht nur die Folgen der Pandemie. Es ist Krieg, es gibt die Energiekrise, den Klimawandel usw. Natürlich kann man die Kinder zusätzlich noch befragen, wo Leidensdruck ist. Und sicherlich denke ich, lohnt es sich, partizipativ herauszufinden, mit welchen Präventionsstrategien man die Kinder und Jugendlichen am besten erreichen kann. Also ich denke der altmodische Flyer, der ist schwierig.

Und günstiger ist es wahrscheinlich über die neuen Medien. Und da lohnt es natürlich genau die Kinder und Jugendlichen zu fragen wie kommt ihr an Informationen am besten ran? Das ist ja dieses ganze Thema der Health Literacy. Und da denke ich, kann man die Kinder auf jeden Fall fragen. Natürlich kann man partizipativ kleine Umfragen machen, sozusagen mit einer guten Stichprobengröße. Ich denke aber, das Knowhow hat ja das RKI und die BZGA. Man muss das Rad jetzt auch nicht neu erfinden. Also ich würde einfach erhoffen, dass man jetzt nicht zehn Jahre ins Land streichen lässt, um alle partizipativ zu beteiligen und den ganzen Prozess noch mal von vorne aufzurollen. Was ich vorhin schon gesagt habe, wir haben ja kein Erkenntnisdefizit, wir haben ein Umsetzungsdefizit und von daher würde ich jetzt nicht zu viel Zeit in die partizipative Ausgestaltung investieren. Also zusammengefasst: ja, kann man machen, ist immer gut, aber ich würde vor allen Dingen den Fokus darauf richten, wie man die Kinder und Jugendlichen am besten erreichen kann durch Präventionsangebote. Und das Dilemma ist ja immer bei den Kindern: Wir müssen auch die Eltern mit ins Boot holen. Das nützt ja alles nichts, wenn ich einem Jugendlichen über irgendwelche Apps oder Kampagnen, etwas zur gesunden Ernährung erzähle wenn die Eltern nicht mitmachen. Und von daher müssen wir, wenn es um Partizipation geht, auch die Eltern mit befragen, wie wir die erreichen können. Und vor allen Dingen ist ja das Präventionsdilemma, dass wir oft nicht die erreichen, die wir auch erreichen wollen. Die Akademiker Eltern, die erreichen wir leicht, und die kaufen dann noch mehr Vollkornprodukte und Obst. Aber die bildungsfernen Eltern, wie wir die erreichen, das ist ein riesiges Dilemma. Da kann man sicherlich auch noch mal ein bisschen Forschung reinstecken.

Dr. Noll:

Okay, danke schön. Haben Sie noch einen Vorschlag, welchen Beitrag das BIPAM leisten könnte, um eine Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit zu erreichen? Irgendwas, was noch ungesagt geblieben ist?

Dr. Korebrits:

Ja, der Mediengebrauch schon im frühen Kindesalter. Das ist, glaube ich noch nicht genug im Fokus und das richtet sich ja dann auch an die Eltern. Da muss man Kampagnen und auch Studien oder Daten sammeln. Wie groß ist das Problem überhaupt? Da haben wir sicherlich auch noch einen Erkenntnismangel. Medien und die alltagsintegrierte Sprachförderung, das ist auch ein Riesenthema. Und da bedarf es aber der Kooperation zwischen Gesundheit und Bildung, was ja ein anderes Ministerium ist. Die alltagsintegrierte Förderung der Kinder von 0 bis 3, die kann man gar nicht genug betonen. Und hier braucht es einen Health in all Politics Ansatz. Das heißt, wir brauchen hier in allen politischen Ressorts den Willen, etwas für die Kinder Gesundheit zu tun. Und das schaffen wir im frühkindlichen Bereich mit einem gut ausgestatteten Erzieherinnen-Schlüssel in den Kitas, das heißt, die Ausstattung in den Kitas, die muss einfach maximal gut sein. Und da bedarf es, denke ich, dann übergeordnete Kooperation.

Dr. Noll:

Und wie sieht es mit dem Bereich der psychischen Gesundheit von Kindern aus? Haben Sie da noch Anregungen?

Dr. Korebrits:

Ja, ich saß auch immer in der interministeriellen Arbeitsgruppe, das waren mehrere Sitzungen. Und da haben alle Fachleute eigentlich herausgearbeitet: die Themen, die es schon vor Corona gab, die haben sich vermutlich verstärkt, aber es sind keine neuen Themen und wir wissen im Grunde ja auch schon, wo man ansetzen muss. Also die Systeme, die auch bekannt sind, die muss man eigentlich nur verstärken. Man muss nichts Neues erfinden, man muss die Kinder

von frühester Kindheit an stärken, in ihrem Selbstbewusstsein, in ihren Fähigkeiten. Und da bin ich auch wieder bei der frühkindlichen Bildung. Man muss ganz früh anfangen am Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen und Gesundheitsverhalten der Kinder die Weichen richtig zu stellen. Und so ziehen wir stabile Kinder und Jugendliche heran. Natürlich spielen die Eltern auch eine wichtige Rolle. Natürlich müssen die Frühen Hilfen und das Netz der Kinderpsychiater auch gut ausgebaut sein. Aber an erster Stelle würde ich da sagen brauchen wir ein gutes Netz an niedergelassenen Kinderärzten. Das kann natürlich nicht sein, dass Kinder oder Eltern keinen Termin mehr für die Untersuchungen bekommen. Aber letztlich ist, wenn ich den Kinderpsychiater brauche, das Kind ja schon in den Brunnen gefallen. Ich muss dafür Sorge tragen, dass die Kinder so viel Stabilität erfahren in ihren Settings, dass sie stabil heranwachsen. Und wenn das Setting Familie eventuell instabil ist, dann ist es umso wichtiger, dass das Setting Kita und Schule gut ausgestattet ist. Und ich denke, da haben wir leider Defizite und da können wir mit dem Ressort Gesundheit allein nicht ran. Ich glaube aber, dass das in den Köpfen der großen Politiker auch gar nicht präsent ist, muss ich leider sagen.

Dr. Noll:

Ja, wunderbar. Vielen Dank für das Interview, Ihre Zeit und den Aufwand. Haben Sie noch etwas auf dem Herzen, was Sie noch sagen möchten?

Dr. Korebrits:

Ja, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst auf jeden Fall auch dahingehend gestärkt werden muss, dass in allen Bundesländern die Kita-Untersuchung verpflichtend eingeführt wird und nicht nur auf freiwilliger Basis stattfindet. Das ist tatsächlich auch ein Wunsch von vielen Eltern. Es gibt zwar den Fachkräftemangel- aber nichtsdestotrotz- eben, weil wir die Kinder früh sehen müssen, um eben früh die Weichen zu stellen. Die Kinder, um die wir uns jetzt nicht gut kümmern, sind die Schulabbrecher und Arbeitslosen von morgen. Weiterhin müssen wir auch Kitaplätze für alle ab dem 1. Geburtstag möglich machen. Weil insbesondere die bildungsfernen Kinder massiv profitieren. Da habe ich auch hohe Erwartungen. Weiterhin brauchen wir in unserem föderalen System eine Instanz, die allgemeingültige Vorschläge, Vorgaben, Handlungsrichtlinien und Leitfäden erarbeitet, so dass in allen Bundesländern auch nach ähnlichen Standards die Kinder möglichst früh angesehen werden. Ich stelle mir eine Art Oberbehörde für den ÖGD vor und eben auch eine Oberbehörde für den KJGD Deutschlands.

Dr. Noll:

Ich bedanke mich vielmals für das Interview Dr. Korebrits.

6.4 Interview mit Prof. Dr. Paulus

Datum: 29.05.24 um 9Uhr

Dr. Noll (Einleitung):

Lieber Dr. Paulus, herzlich Willkommen zu unserem Interview. Zu Beginn möchte ich noch einmal kurz das Thema meiner Masterarbeit einleiten. Der Titel lautet Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems in Deutschland. Potenzieller Beitrag des neuen Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin zur Verbesserung der Jugend, Kinder und Jugendgesundheit. Ich denke, Sie werden die Einschätzung teilen, dass die Weichen für eine gesunde Entwicklung bereits im Kindesalter gestellt werden. Diese Zielgruppe ist daher eine der bedeutendsten für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Und es ist bekannt, dass eben solche Maßnahmen für diese Zielgruppe besonders hohen individuellen, aber auch gesamtwirtschaftlichen Nutzen haben. Es ist weithin bekannt, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland gesundheitlich belastet sind, insbesondere zunehmend die psychische Gesundheit. Die Pandemie hat das noch mal verstärkt zu Tage gebracht. Zudem gibt es neue Herausforderungen wie den Klimawandel, zunehmende kriegerische Auseinandersetzungen in Europa und dazu noch zunehmende Versorgungslücken in der pädiatrischen Grundversorgung in Kliniken, in Praxen durch Personalmangel, aber auch Schwierigkeiten im therapeutischen Bereich. Gleichzeitig ist die Lobby der Kinder sehr, sehr klein und sie werden oft übersehen, nicht beachtet, nicht beteiligt, insbesondere wenn es um ihre Gesundheit geht. Das Öffentliche Gesundheitssystem ist ja nun in der Verantwortung, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, zu verbessern und vor neuen Gefahren zu schützen. Es ist aber historisch bedingt in Deutschland sehr zersplittert und es gibt sehr, sehr viele Akteur*innen in der Öffentlichen Gesundheit, die nicht koordiniert miteinander arbeiten. Nun ist im Koalitionsvertrag der regierenden Parteien die Gründung dieses neuen Bundesinstitut angekündigt worden, welche diesen Missstand ja gegebenenfalls verbessern könnte. Und bei vielen Akteur*innen im Gesundheitssystem ist die Hoffnung auf eine echte Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems geweckt worden. Ja, und zur Transformation von Gesundheitssystem gibt es bisher noch sehr wenig Forschung, insbesondere nicht im deutschsprachigen Raum. Deshalb ist es auch ein Ziel meiner Masterarbeit, mich damit zu beschäftigen. Ein paar inhaltliche Schwerpunkte, die das BIPAM zukünftig haben soll, sind schon bekannt geworden. Dabei soll es insbesondere um Krebs, Demenzerkrankungen und Herz-/ Kreislauf-Erkrankungen gehen. Es gab zahlreiche öffentliche Reaktionen von Fachgesellschaften, Institutionen, Expert*innen aus dem Public Health Bereich. Diese habe ich im ersten Teil meiner Masterarbeit zusammengetragen und auf potenzielle Hebelpunkte untersucht für so eine Transformation des öffentlichen Gesundheitssystems, insbesondere mit dem Fokus auf Kinder und Jugendgesundheit. Und jetzt im zweiten Teil führe ich eben noch mal Expert*innen-Interviews durch, um den Erkenntnisstand zu erhöhen und den Erfahrungsschatz von Ihnen zu nutzen. Haben Sie schon eine Frage oder wollen wir direkt loslegen?

Prof. Paulus:

Nein, eigentlich nicht. Vielleicht eine Ergänzung zu dem, was sie am Anfang gesagt hatten. Ich wollte nur sagen, dass ein ganz grundlegender gesellschaftlicher Trend die Individualisierung ist oder die Singularisierung, also das Auseinanderbrechen von ganzen sozialen Strukturen oder von Zusammenhängen, in denen Menschen leben. Es finden Vereinzelung statt, viele Menschen leben allein und junge Menschen sind zudem ja auch noch in der Minderheit. Also die unter 15-jährigen haben glaube ich nur noch 15 % Anteil an der Gesamtbevölkerung und weil sie

quantitativ viel weniger geworden sind, sind sie deshalb auch politisch nicht so bedeutsam. Aber das haben sie ja vielleicht auch implizit mit gemeint. Das ist mir dieser Tage auch noch mal aufgefallen, wie wenig das eigentlich sind im Verhältnis zu dem wohin sich Politik ausrichtet: eben an die ältere Generation. Für ältere Menschen wird viel getan und die Jungen haben das Gefühl, das haben sie auch gesagt, dass sie so ein bisschen übersehen werden. Man muss viel mehr alleine aushandeln und aushalten und kann nicht nur auf die Solidarität oder die Unterstützung in der Nachbarschaft hoffen.

Dr. Noll:

Vielen Dank für die Ergänzung. Ich werde jetzt mit einer Einstiegsfrage beginnen: Wie ist es denn dazu gekommen, dass Sie in Ihrer Laufbahn zu dem Schwerpunkt der Kinder und Jugendgesundheit gefunden haben und dann insbesondere zu dem Schwerpunkt der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule?

Prof. Paulus:

Hm. Eigentlich war ich, als ich begonnen habe, mich mit den ganzen Fragen zu beschäftigen, selber noch viel jünger. Also ich hatte schon ein Studium hinter mir, aber trotzdem habe ich mich noch als junger Mensch/Jugendlicher gefühlt und hatte ein Gefühl für Kindheit und Jugend. Ich habe ja selbst einen Stiefsohn, aber bin familiär eigentlich dadurch nicht so prädestiniert, sondern durch meine eigene Jugend eher. Und dann habe ich die Möglichkeit gehabt, auch in der Erziehungsberatungsstelle zu arbeiten und hatte damit natürlich auch zu tun mit Kindern, Jugendlichen, Eltern, Familien. Insbesondere die sozialen Kontexte hatten mich besonders interessiert. Ich fand es ganz toll zu gucken, wie Jugendliche und Kinder aufwachsen- in welchen Lebenswelten würde man jetzt ja sagen- und dann hatte ich natürlich ein Studium der Psychologie. Da liegt es dann nahe, sich mit psychischen Phänomenen zu beschäftigen und die für bedeutsam zu halten. Aber Psychologie hat ja manchmal so die Tendenz, sich auf das Individuum zu beschränken und die psychischen Funktionen in einem Menschen irgendwie mehr sichtbar zu machen oder verstehbar zu machen und dann händelbar sozusagen zu machen. Aber ich hatte immer schon den Gedanken daran, das mit der Lebenswelt zu verknüpfen. Also von daher hatte die psychische Frage, die psychische Gesundheit schon sehr früh für mich Bedeutung. Und was aber noch wichtig war, ich war in der Erziehungsberatung und auch in der Kooperation mit dem Jugendamt tätig. Mit dem Jugendamt habe ich auch selber sozialpädagogische Familienhilfe gemacht und habe mich mit Pflegekindern und der Adoptionsvermittlung beschäftigt. Da war ich dann eher so auf der negativen Seite der psychischen Gesundheit. Denn ich hatte immer mit Menschen zu tun, die Probleme und Schwierigkeiten hatten, im Leben zurechtzukommen. Dann habe ich so ein bewegendes Ereignis gehabt. Es war mit einem Gymnasiasten, der bei uns in Behandlung war, den ich auch selber mit betreut hatte in der Beratungsstelle, der nachher dann durch die pubertäre Krise durchgekommen war und der mich eingeladen hatte zu seiner Band in der Schule. Und dann war ich überrascht von den jungen Menschen. Das war sozusagen die andere Seite. Das waren nämlich alles junge Menschen, die eine ganz andere Ausstrahlung hatten, eine andere Lebensphilosophie. Eine Philosophie kann ich nicht sagen, aber so eine positive Atmosphäre die sie auch so verbreiteten, davon etwas zu tun im Leben, etwas anzupacken, etwas zu machen, sich auszutauschen, positive Emotionen auch zu zeigen und sich gegenseitig zu stärken, zu stützen. Das war so eine bestimmte Community, so eine andere Art, miteinander umzugehen, als ich das beruflich hatte. Im Beruf ist ja so eine professionelle Deformation, die man ja auch erleiden kann. Wenn man sich nur in solchen Kontexten aufhält, dann fallen einem überall auch Probleme auf. Aber das war da anders und mir kam so oft der Gedanke, man müsste viel mehr machen, viel mehr Prävention. Und dann kam ja auch die Gesundheitsförderung auf und damit auch Salutogenese. Und damit habe ich mich dann nachher ganz intensiv beschäftigt.

Ich habe ja selber auch eine Ausbildung in Psychotherapie, nach Carl Rogers. Das ist ja auch jemand, der sehr stark Selbstverwirklichung, Selbstgestaltung des Lebens usw. betont und diese ganze Theorie in Richtung der humanistischen Psychologie. Da bin ich ja sehr tief eingetaucht, obwohl ich auch eine Verhaltenstherapieausbildung gemacht hatte, die ich nicht abgeschlossen, aber doch sehr weit vorangetrieben hatte, weil ich sie beruflich auch gebraucht hatte. Und da hat sich der Schwerpunkt verzogen, hat sich verändert und ich bin dann aus der therapeutischen Arbeit herausgegangen, bin dann in die Uni gegangen und habe in der pädagogischen Psychologie gearbeitet. Ich habe dann also eher im Vorfeld von Therapie gearbeitet im normalen Lebenskontext und da galt es dann Gesundheitsfaktoren zu stärken usw. Das war dann ein Feld für mich, wo ich ganz viel machen konnte.

Dr. Noll:

Okay. Vielen Dank! Sehr spannend. Okay, dann gehen wir weiter zu den konkreten Fragen zu meiner Masterarbeit. In diesen Stellungnahmen zum BIPAM, die ich nun ausgewertet habe, haben viele kritisiert, dass kein Schwerpunkt auf Kinder- und Jugendgesundheit gelegt wurde. Wie empfinden Sie das?

Prof. Paulus:

Ich habe ja auch ein bisschen geguckt und habe das auch verfolgt. Das war nicht so intensiv wie Sie jetzt für die Masterarbeit das machen müssen, aber genau das ist mir sofort aufgefallen. Ich habe auch in den Koalitionsvertrag geschaut und Kinder und Jugendliche kommen da ganz selten vor. Das finde ich eigentlich erstaunlich. Unverständlich eigentlich auch, ja. Also Sie haben es ja in der Einleitung auch betont, wie wichtig das ist. Also für die jungen Menschen, die das Leben noch vor sich haben, da muss die Gesellschaft eigentlich auch Verantwortung übernehmen, um dort Bedingungen zu schaffen, damit Kinder gut und gesund aufwachsen können. Das müsste die Öffentliche Gesundheit usw. ja eigentlich alles im Blick haben, würde ich mal so sagen. Und das kommt mir so vor, als ob das nicht so ist. Das gesamte Konzept kommt mir so ein bisschen wie ein Schnellschuss vor. Ich habe es eigentlich gar nicht richtig verstehen können, dass so was an die Öffentlichkeit gelangt. Ja, ohne eine interne Diskussion und ohne erst einmal so eine intensivere Auseinandersetzung zu haben. Ich habe ja die Pressekonferenz von Lauterbach auch verfolgt, die Erklärung, die er abgegeben hat und da wurde ja alles aus tiefster Überzeugung vorgestellt. Mhm, aber gut, da ist mir auch aufgefallen, Kinder und Jugendliche kommen da nicht drin vor und das wundert mich, ja.

Dr. Noll:

Viele Expert*innen haben in den Stellungnahmen die gesamte Public Health Landschaft als zersplittert beschrieben. Prof. Paulus, sie haben ja selber auch viel Erfahrungen in dieser Landschaft in Deutschland mit den unterschiedlichen Akteur*innen. Was würden Sie denn sagen? Was sollte so eine Bundesbehörde daran ändern bzw. wie könnte sie diese Zersplitterung überwinden?

Prof. Paulus:

Ja, das ist natürlich eine schwierige Frage. Was ich erlebe, ist irgendwie so die Vielfalt der Zuständigkeiten, ohne dass da tatsächlich eine richtige Fokussierung da wäre. Also ich erlebe das ja insbesondere im Setting Schule. Bei der Gesundheitsförderung zum Beispiel, dass wir eigentlich gar keine einheitliche Strategie haben. Das Feld ist durch die Krankenkassen, die BZGA und andere Akteure, Stiftungen so weit auseinander. Und es gibt keine gemeinsame Tagung, keine gemeinsame Konferenz, wo die unterschiedlichen Akteure und die Betroffenen oder Beteiligten, z.B. Schüler und Schülervertreter, Eltern, Schulsozialarbeiter, Gesundheitsfachkräfte, Schul- und Sozialpädagogen etc. zusammenkommen. Alle, die auch das

Themenfeld Gesundheit irgendwie behandeln und daneben eben auch diese Akteure die Finanzmittel geben können, die gesetzliche Aufträge haben, aber auch Stiftungen müssten auf so einer Tagung zusammenkommen, wo man überhaupt erst mal eine Diskussion, einen Zusammenhang herstellt, die Leute zusammenbringt und auch ein Wording irgendwie erzeugt, auf das man sich verständigen könnte, sodass man vielleicht ein Statement am Ende hat mit dem man auch politisch Aufmerksamkeit erzielen kann oder die Durchschlagskraft erhöhen kann. Zur Kinder- und Jugendgesundheit gibt es ja durchaus auch Fachgesellschaften und Experten, die man einladen müsste. So wie auch ich manchmal eingeladen werde - aber das findet oft bisher so separiert statt und funktioniert nicht, weil keine Synergien entstehen über die engen Grenzen. Man müsste z.B. Ernährungswissenschaftler Sportwissenschaftler, Experten zur psychischen Gesundheit, Experten zum Thema Achtsamkeit, Emotionsregulation oder Depression zusammenbringen. Also da gibt es natürlich verschiedenste Initiativen vom Bundeselternrat oder vom Bundesschülerrat. Sie sind im Parlament aufgetreten und für die psychische Gesundheit eingetreten, haben auch eingefordert, dass sich Schule mehr darum kümmern muss, also mehr als Bottom-up, nicht nur Top-down. Da ist mir aufgefallen, dass da keiner ist, kein „Player“ ist, der sagt „Mensch, wir müssen das alles mal zusammenführen, lass uns mal miteinander in Kontakt kommen, miteinander reden und eine gemeinsame Sprache vielleicht auch finden.“ Vielleicht auch um neue Paradigmen platzieren zu können, neue Denkweisen und übergreifend dann auch und nicht immer nur an einzelnen Orten. Also ja, wie nennt man das? Deliberativ, also dass man gemeinsam Dinge bedenkt, bespricht usw., das wäre für mich, glaube ich erst mal wichtig, das zu erzeugen. Ich habe nur gemerkt, dass das schwer ist. Ich hatte mal vor, zum Beispiel die Barmer- das ist ja eine große Krankenkasse- zu fragen, ob sie Interesse daran hätten, vielleicht auch über mehrere Jahre hinweg als Sponsor für Kinder und Jugendgesundheit aufzutreten. Ich finde das wichtig und ich lade alle ein, die sich an einem Diskurs beteiligen wollen. Man könnte dazu alle zwei Jahre einen bundesweiten Kongress oder eine Tagung, meinerwegen mit Übernachtung zu diesen Themen machen und dann könnte man ja jährlich wechselnde Themen haben, dazu müssten dann aber alle, die irgendwie was dazu beizutragen haben zusammenkommen. Und das wäre für mich erst mal eine gesellschaftliche Kraft, die dahinter liegen würde, die Anforderungen stellt an die Politik. Jetzt müsste man fragen an wen? An die Regierung oder an die Parteien oder an wen die dann gerichtet ist, so ein Statement Papier. Also das wäre jetzt vielleicht erst mal das ganz Grundlegende.

Dr. Noll:

Könnte auch das neue Bundesinstitut so eine Funktion übernehmen anstatt der Barmer?

Prof. Paulus:

Ja, das könnte so eine Plattform werden vielleicht, das könnte ein Teil vom BIPAM werden. Ja, man könnte ja so denken, dass das BIPAM angefüllt wird durch solche Diskussionen, für Gesprächsanlässe, für all dieses. Dass das nicht wieder zersplittert oder auch innovative Ansätze, innovative Ideen entstehen. Das müsste man dann auch einer größeren Öffentlichkeit gegenüber darstellen können. Also die BZgA hat das ja auch nicht. Die sind zwar sehr in der Kommunikation, aber immer nicht mit der Bevölkerung. Es ist oft eine einseitige Kommunikation. Außerdem sollte man versuchen, die Zielgruppen besser zu erreichen. Im Hintergrund finden natürlich solche Gespräche schon statt. Wenn ich Gespräche mit den Mitarbeitern der BZGA führe, so sind sie interessiert an meiner Meinung oder an Vorschlägen. Ich mache ja auch Projekte mit ihnen, da werde ich auch gestützt und da ist ein Kommunikationszusammenhang schon da. Aber das ist so ein bisschen- ja- es hat keine Wucht. Im Sinne von: „...nehmen wir mal mit“ und „...das diskutieren wir intern“ oder so oder auch eben nicht. Und wenn ich mit jemand anderen gesprochen hätte, hätte das vielleicht eine andere Wirkung gehabt. Auch überhaupt in unseren menschlichen Kontakten, wenn man mit einzelnen

Menschen spricht, dann ist das natürlich sehr eingengt. Dann gibt es ja nur ein oder zwei Perspektiven dann eigentlich. Die BZGA hat ja auch einen wissenschaftlichen Beirat. Da müsste ich Herrn Bisky mal fragen, mit dem ich viel zu tun habe bei der BZGA, wie der Beirat funktioniert und wie da eigentlich Meinungsbildung stattfindet und eine Ausrichtung. Psychische Gesundheit soll jetzt ja ein Thema werden in dem Paper. Habe ich gehört.

Dr. Noll:

Ja, das kam erst kürzlich hinzu. Am Anfang gab es noch ganz wenige Informationen. Bis dann auf der Internetseite die Schwerpunkte Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenz und Krebserkrankungen standen. Und dann kam jetzt noch der Schwerpunkt Psychische Gesundheit hinzu und auch der Health in All Policies- Ansatz. Da hat sich offensichtlich etwas getan. Ja, aber zusammenfassend würden Sie auch dafür plädieren, dass das neue BIPAM also tatsächlich eine Plattform und ein Netzwerk bildet und auch koordinierend wirken sollte?

Prof. Paulus:
Richtig.

Dr. Noll:

Und dann hatten Sie ja schon angesprochen, dass es ganz wichtig wäre, auch die Eltern zu beteiligen, also mehr partizipativ zu arbeiten und vielleicht die Zielgruppen mit einzubeziehen. Das passt ganz gut zur nächsten Frage, denn in einigen Positionspapieren ist eben auch der Paradigmenwechsel eingefordert worden, Kinder und Jugendliche in Bezug auf Gesundheitsfragen mehr mit einzubeziehen. Sowohl im Prozess der Errichtung des BIPAM als auch später in der Arbeit des BIPAM. Wie denken Sie, könnte man denn so eine Partizipation gewährleisten von Kindern und Jugendlichen, also wie könnte man so einen Paradigmenwechsel schaffen?

Prof. Paulus:

Ja. Man kann ja nicht jede Schülerin und jeden Schüler jetzt fragen und ihn irgendwie nach einer Meinung bitten oder repräsentative Erhebungen machen usw. Das führt glaube ich nicht zum Ziel. Man müsste eben solche Dialogforen einrichten. Man müsste Möglichkeiten schaffen- Entschuldigen Sie, wenn ich jetzt mal wieder von Schule spreche- die überwiegend ja in der Schule sind, also in Schuldistrikten, in Schulverwaltungseinheiten zum Beispiel. Ich denke hier in Lüneburg an die Schulen und weiterführenden Schulen, da sollte man die Schulsprecher einladen. Das sind dann ja wenige, aber die sich vorher in der Schule mit ihren Klassensprechern abstimmen usw. und dann eine etwas kondensierte Meinungen oder eine Position vertreten können. Man könnte auch regional und lokal irgendwie Beteiligte gewinnen mit denen man über lokale, regionale Bedürfnisse auch sprechen kann und nicht nur bundesweit gleich. Da weiß ein Schüler ja nicht, der in Lübeck zur Schule geht, was in München oder in Freising irgendwie los ist. Das macht ja auch keinen Sinn. Man könnte dadurch den Schülern, das Gefühl geben, dass sie sich beteiligen können und dass sie sich repräsentiert fühlen. In der Schule haben wir ja solche Beteiligungsstrukturen. Wir haben Schülersprecher, die in der Schule häufig allerdings ja nicht so das Gefühl haben, dass sie wirklich mitentscheiden können. Aber vielleicht könnte man das im Gesundheitsbereich anders machen. Ich habe das für Lüneburg auch mal gemacht. Also die Schulsprecher, die sitzen ja im Schulausschuss, zum Beispiel immer ein Junge und ein Mädchen. Es sind meist zwei Gymnasiasten, die in der Regel kurz vorm Abitur sind. Die können sehr gehaltvoll Positionen vertreten, schon also sehr deutlich sagen, wie sie die psychische Situation von Schülern einschätzen und sie sollten nicht nur Rederecht bekommen, sondern auch ein Recht auf eine Antwort und nicht nur: „Ja, schön, dass Sie mal was gesagt haben. Vielen Dank dafür! Auf Wiedersehen!“ Sondern der Landtag muss

darauf reagieren. Es muss eine Antwort dazu geben. So wie das z.B. bei der Gefährdungsbeurteilung ja der Fall ist. Die Schulleitung oder das Kultusministerium muss dann, wenn die Lehrkräfte sagen, wir fühlen uns psychisch belastet in der Schule und das dokumentiert wird, darauf eine Antwort geben, was die Schule oder das Ministerium jetzt damit macht oder was sie vorhaben, damit zu tun, damit das nicht einfach so verpufft. Das ist so ein Mechanismus, der glaube ich, in vielen anderen Bereichen ja auch sinnvoll ist. Wir haben in einem Projekt jetzt auch gerade eine Anfrage bekommen von der Generalsekretärin der Bundesschülervertreter. Die wollen sich an unserem Projekt („MindMatters“) beteiligen. Also von daher wäre das für mich eine der Möglichkeiten. Ansonsten macht man mal so eine Aktion irgendwie, ja dann sollen Schüler sich mal beteiligen, dann ist wieder ein ganzes Jahr Ruhe. Es muss eine kontinuierliche Kultur in einer Einrichtung geben, in der Schule zum Beispiel, dass das Thema Gesundheit immer wieder auf die Tagesordnung kommt, dass die Schülerinnen und Schüler da immer wieder angesprochen sind, die Eltern auch stärker und dieses mehr zu leben. Aber das würde auch bedeuten: insgesamt müsste Schule lebendiger werden und mehr Beteiligungsmöglichkeiten schaffen und nicht nur Betroffene erzeugen, sondern Beteiligte. Das Gefühl, dass sie da mitmachen können und ihr Gesundheitsbedürfnis oder Wünsche und Hoffnungen, dass die ernst genommen werden. Das wäre also die ganze Frage der Schulkultur. Ja, es geht um die Frage, wie verstehen wir Schule jetzt eigentlich, da dreht man am großen Rad. Aber ich glaube, Pädagogen und andere Schulentwickler, die haben mit Gesundheit eigentlich nichts zu tun. Und für die Demokratisierung von Schule das sind ja wieder ganz andere Leute, die da Gesundheit so am Rande mitdenken. Aber die haben ja eine Vorstellung von einer demokratischen Schule. Und das bedeutet, alle sind beteiligt, alle sollen sich auch beteiligen können und eine Mitsprache haben. Darüber würde man ja dann sozusagen das Thema Gesundheit auch platzieren können.

Dr. Noll:

Eine kurze Nachfrage: Sie halten das Setting Schule also für eine günstige Möglichkeit, Schüler mit einzubinden in Bezug auf das Thema Gesundheit. Dann wäre das ja sozusagen ein anderes Ressort politisch gesehen. Dann wäre es ja wichtig, den Bildungsbereich z.B. mit dem Gesundheitsbereich zu verknüpfen. Das wäre ja das Thema der HiAP, dass wirklich Gesundheit in allen Ressorts, über alle Ressorts hinweg einfordert.

Prof. Paulus:

Ja, diese Silos, diesen Gedanken, dass das aufgebrochen wird. Ich glaube sowieso, die Gesellschaft hat Probleme, die sich nicht so ohne Weiteres jetzt in solchen Ressorts abbilden lassen. Die Probleme, die es in der Gesellschaft gibt und die Schulfächer in der Schule, das passt häufig nicht mehr zusammen. Gesellschaft ist so komplex geworden und die Lebensanforderungen und überhaupt die Gesellschaft, dass man das anders strukturieren muss und HiAP, ja, das ist glaube ich ein wichtiger Ansatz. Wir wollen nicht nur eine Gesundheitspolitik, sondern eine gesunde Politik. Es ist ja mein Anliegen, immer zu sagen, Gesundheit leistet einen wesentlichen Anteil, ist ein Treiber für Bildung. Also wenn die Leute nicht gesund sind in der Schule, wie soll dann Lernen funktionieren? Wie soll denn Pädagogik funktionieren, wenn die Leute doch selber gestresst sind und belastet und Schüler auch irgendwie Sorgen und Nöte haben? Sollen sie Mathematik machen? Das funktioniert doch alles nicht. Also das Gesundheits-Fundament ist HiAP. Es wäre tatsächlich so ein Treiber. Im Bildungsbereich ist das für mich so ein Treiber von Bildung. Aber das würde ja auch wiederum bedeuten, man müsste gesellschaftlich viel stärker diese Verteilung aufheben. Das sind so gewachsene Strukturen, wo die Ministerien arbeiten, wie die Ministerien und wie z.B. das Finanzministerium von Lindner kommuniziert. Dann kriegt man mit, dass da solche Seilschaften sind oder Mentalitäten irgendwie, die man nicht aufbrechen kann. Ja, es sei denn,

man macht einen neuen Zuschnitt der Ministerien, packt ganz viele zusammen, so dass man da Leute zwingt, sozusagen zusammenzuarbeiten. Aber Schule wäre für mich erst mal ein wichtiger Punkt. Und Schule verändert sich ja im Moment auch. Ich habe jetzt gerade eine Meldung gelesen. Es soll Grundschulzentren geben, wo Kita und Grundschule zusammengefasst sind. Was dann tatsächlich ein Ort in der Kommune wäre, also ein sozialer Anker, als eine Ressource auch. Ja, wo Leben, politisches, kulturelles Leben stattfindet, wo auch mehr Generationen drin sein können. Wo Schule so ein Lebensort wird, es soll ja auch ein Lebensort sein, jetzt gibt es ja diese Terminologie schon. Da würden ja schon so Dinge stattfinden, wo Schule dann Teil des kommunalen Lebens wäre, denn ringsherum verlieren die Familien immer mehr an Sozialisationsfunktion. Die können das nicht mehr alles stemmen, was Schüler, junge Menschen brauchen. Schule kann da ein wichtiger Ort werden, wo Eltern sich austauschen können, wo selber positive Werte vermittelt werden, wo gemeinschaftliches Leben noch stattfindet. Wenn ringsherum alles schon sozusagen singularisiert und irgendwie in die Brüche geht und die Gemeinschaft verloren geht, kann das noch so ein Ort sein. Und da würde dann von so einem Zentrum ja auch eine Ausstrahlung ausgehen, von so einem Verständnis von Schule als ein sozialer Anker, wo soziales Kapital gebildet wird. Also da könnte schon was losgehen.

Dr. Noll:

Ja, vielen Dank. Welchen Beitrag könnte das neue BIPAM vielleicht noch leisten für eine Verbesserung der Kinder und Jugendgesundheit? Ist da noch irgendwas, was Ihnen einfällt?

Prof. Paulus:

Ja, wir haben es ja schon erwähnt, die psychische Gesundheit, dass das mit auf der Tagesordnung ist und dann Gesundheitsförderung. Also Salutogenese kommt ja auch nicht vor bisher. Also wenn ich das richtig gelesen habe. Das wäre jetzt ja auch ein Paradigma irgendwie ja. Es bedeutet ja eigentlich, die Lebenswelten mit einzubeziehen. Wir haben ja sehr stark so eine Fokussierung auf Risikofaktoren in vielen Modellen, die Sie angesprochen haben mit den Erkrankungen usw., eine sehr stark personenbezogene Perspektive. Ja und da fehlt für mich die situationsbezogenen Perspektive. Wenn ich mal als Psychologe jetzt antworte, dann ist es doch so, dass wir in der Psychologie sehr stark so eine Psychologie der Personen haben. Also, wie funktionieren Personen und was muss man da bedenken, wenn man die verändern will usw. Was fehlt ist eine Psychologie der Situationen. In welchen Situationen befinden sich denn eigentlich Menschen mit ihren Einflüssen usw. auf die Gesundheit? Auch die psychischen Dispositionen usw. dass man sich stärker mal die Situationsbezüge nimmt. Zum Beispiel eine Lehrkraft in der Schule, die sagt immer, ja, sie ist im Stress, aber dann könnte man mal gucken, in welchen Situationen treten denn die Dinge eigentlich auf? Der Lehrer muss ja unterrichten, das ist ein Bereich seiner Tätigkeit. Dann hat er aber auch Beratung zu machen mit Eltern, meinetwegen auch mit einzelnen Schülern. Dann hat er Konferenzen, die er besuchen muss, hat vielleicht auch Öffentlichkeitsarbeit irgendwie. Und das sind ganz unterschiedliche Heraus- und Anforderungen an die Person. Und welche Chancen bestehen darin, sich gesund zu erhalten? Also mehr die salutogene Perspektive damit reinzubringen, mehr Situationsbezüge. Grundsätzlich finde ich Salutogenese ganz grundlegend, das mal stärker zu machen. Ja, und die Situation stärker zu berücksichtigen, in denen die Menschen leben, weil die ja doch eine ziemliche determinierende Kraft haben. Es wird zwar immer wieder gesagt Armut sei ein Problem usw., aber was heißt das so ganz konkret? Welche Situationen sind das eigentlich, die gesundheitlich belastend sind?

Dr. Noll:

Vielen Dank Prof. Paulus für das Interview.

6.5 Interview mit Jun.-Prof. Dr. Augenstein

Datum: 29.05.24 um 11.15 Uhr

Dr. Noll (Einleitung):

Liebe Frau Prof. Augenstein, ich begrüße Sie ganz herzlich zu unserem Interview. Zu Beginn möchte ich noch einmal kurz das Thema der Masterarbeit einleiten. Der Titel meiner Masterarbeit heißt ja „Transformation des Öffentlichen Gesundheitssystems in Deutschland. Potenzieller Beitrag des Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin zur Verbesserung der Kinder und Jugendgesundheit.“ Die Weichen für eine gesunde Entwicklung von uns Menschen werden ja bereits im Kindesalter gestellt und diese Altersgruppe ist daher besonders bedeutsam für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Es ist bekannt, dass gerade diese Maßnahmen in Bezug auf diese Zielgruppe einen besonders hohen individuellen, aber auch gesamtgesellschaftlichen Nutzen haben. Und Kinder und Jugendliche sind in Deutschland gesundheitlich schon belastet, insbesondere in Bezug auf die psychische Gesundheit. Die Pandemie hat das nochmal verstärkt bzw. zu Tage gebracht und zudem gibt es neue Herausforderungen durch Klimawandel, kriegerische Auseinandersetzung in Europa, zunehmende Versorgungslücken in der pädiatrischen Gesundheitsversorgung. In den Kliniken und Praxen wird es enger, es gibt weniger Betten, Personalmangel, Lücken in der Medikamentenversorgung und so weiter und so fort. Gleichzeitig ist die Lobby gerade von Kindern und Jugendlichen sehr, sehr klein und sie werden oft nicht mitgedacht, nicht beteiligt. Auch nicht, wenn es um ihre Gesundheit geht. Das Öffentliche Gesundheitssystem ist in der Verantwortung, die Gesundheit von uns allen, aber auch von Kindern und Jugendlichen zu schützen, zu verbessern und auch vor neuen Gefahren zu schützen. Historisch bedingt ist es in Deutschland aber sehr zersplittert. Da gibt es zum Beispiel das Robert Koch-Institut, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und viele andere Akteur*innen, die nicht miteinander koordiniert arbeiten. Nun ist 2021 im Koalitionsvertrag der aktuellen Regierungsparteien die Gründung eines neuen Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit angekündigt worden. Bei vielen Akteur*innen im Gesundheitssystem hat das also tatsächlich Hoffnung gemacht auf eine echte Transformation des Gesundheitssystems. Zur Transformation von Gesundheitssystem gibt es jedoch sehr wenig Forschung, schon gar nicht im deutschsprachigen Raum. Dann sind ein paar inhaltliche Schwerpunkte dieses neuen Instituts schon bekannt gegeben worden. Daraufhin gab es viele Stellungnahmen von Fachgesellschaften, Institutionen und Expert*innen. Diese habe ich im ersten Teil meiner Masterarbeit auf potenzielle Hebelpunkte für eine Transformation nach Meadows nach dem Systems Thinking-Ansatz untersucht. Jetzt im zweiten Teil führe ich die Expert*innen Interviews durch, um den Erkenntnisgewinn noch einmal zu erhöhen, eben auch durch ihren Erfahrungsschatz und ihre Einschätzungen.

Jun.-Prof. Dr. Augenstein:

Na, dann hoffe ich, dass ich da was beitragen kann.

Dr. Noll:

Ganz bestimmt! Wir beginnen mit einer Einstiegsfrage: Wie ist es denn dazu gekommen, dass Sie sich im Laufe Ihrer beruflichen Laufbahn mit dem Thema Transformation beschäftigt haben?

Jun.-Prof. Dr. Augenstein:

Also das war bei mir eigentlich so, ich habe mich für das Thema Nachhaltigkeit einfach grundsätzlich interessiert und dann im Master, das ist ja auch schon ewig her, 2010, da war so ein bisschen diese Transformationsforschung am Aufkommen. Das war noch recht neu, würde ich mal sagen, da bin ich dann so ein bisschen eingestiegen über die Masterarbeit und habe dann ja auch am Wuppertal Institut promoviert. Und das fiel dann auch so ein bisschen in diese Phase, wo man so ein bisschen diesen Switch hatte von Nachhaltigkeitsforschung zu Transformationsforschung. Also eigentlich die Erkenntnis: Wir wissen ganz, ganz viel, was irgendwie gut und richtig wäre. Es gibt auch viele Vorschläge für politische Maßnahmen oder wie das strukturell anders aussehen könnten. Aber dann gab es schon ein bisschen die Erkenntnis, dass wir eigentlich nicht so richtig wissen wie geht das denn jetzt? Also wie kommen wir denn da hin zu diesen Transformationsprozessen? Welche Akteure muss man einbinden? Wie sind eigentlich Prozesse in bestimmten Systemen oder auch in der Politik und der Verwaltung oder auch in anderen Akteurskonstellationen? Wie kann man das angehen? Und das fand ich total spannend. Also diese Frage wie verändert sich denn dann ein System?

Ich war dann viel in sozio-technischen Systemen unterwegs, also im Bereich Mobilität, Energie, aber auch im strukturellen Wandel im Wissenschaftssystem. Das war mir einleuchtend. Es geht wirklich darum zu verstehen, wie soll das am Ende aussehen, nicht was ist das Ziel, sondern wie geht das? In welchen Formaten können wir denn sozusagen eine Forschungserkenntnis über Transformation herstellen, aber auch direkt einen Beitrag leisten? Bei mir wäre der Weg also aus der Theorie in die Praxis. Natürlich ist es auch immer wieder frustrierend, weil der große Wurf gelingt einem da natürlich nicht und struktureller Wandel ist super herausfordernd. Aber manchmal merkt man schon, man kann mit bestimmten Formaten, Methoden, Dingen auch anstoßen oder ein neues Verständnis darüber anstoßen, was es vielleicht irgendwie auch braucht, um tatsächlich Transformationsprozesse mit anzuregen.

Dr. Noll:

Ja, vielen Dank. Ich habe dazu ja keine eigene Expertise, habe mich jedoch im Rahmen der Masterarbeit mit dem Thema Transformation beschäftigt. Entsprechend zu meinen Fragestellungen habe ich Literaturrecherche betrieben und da sagten Widmer und Hölscher 2017, dass die Transformationsforschung eigentlich noch gar kein richtiges, etabliertes Forschungsfeld ist. Sie haben das ja auch gerade schon angedeutet. Die Transformationsforschung sei eher eine noch entstehende Forschungsperspektive. Würden Sie sagen, das hat sich jetzt inzwischen seit 2017 in den letzten Jahren doch zunehmend geändert? Und wie ist es in Bezug auf Deutschland im Vergleich zum englischsprachigen Raum?

Jun.-Prof. Dr. Augenstein:

Ja, also ich würde schon sagen, dass sich das geändert hat, was man ja festmachen kann daran, dass es jetzt bestimmte Journals gibt, bestimmte Konferenzen, tatsächlich eine „scientific community“, die sich mit diesen Themen beschäftigt. Es gibt Professuren oder Institute, die sich damit dezidiert beschäftigen, nicht mehr nur in dem außeruniversitären Bereich. Von daher schon. Aber das bleibt natürlich so ein bisschen quer zu klassischen Disziplinen und Strukturen, weil es natürlich in der Natur der Sache liegt, dass das eben ein interdisziplinäres Unterfangen ist. Und spätestens, wenn es auch in diese transformative Forschung und transdisziplinäre Richtung geht, ist natürlich auch die Zusammenarbeit mit außeruniversitären Partnerinnen und Partnern ein großes Thema. Aber wie gesagt, es gibt Konzepte, es gibt Theorien, es gibt Methoden, die irgendwie inzwischen etabliert sind. Es gibt jetzt in Deutschland auch die Gründung dieser Gesellschaft für transdisziplinäre und partizipative Forschung, die das so ein bisschen institutionalisiert. So wie man das in anderen Disziplinen klassischerweise ja auch hat

mit einer Fachgesellschaft. Das ist auch, glaube ich, eine spannende Ressource, weil gerade auch in dem Bereich Partizipationsforschung gibt es, glaube ich, auch so ein bisschen was in Richtung Public Health. Und dann der Vergleich Deutschland und international: also es gibt natürlich irgendwie eine deutschsprachige Community, insbesondere die sozial-ökologische Transformationsforschung und international auch da gibt es dann wieder, was primär mal aus den Niederlanden kam, die „sustainability transition research“, die eher diesen Transitionsbegriff benutzen. Dann gibt es natürlich das Stockholm Vision Center, wo es um „social-ecological systems“ geht. Das sind schon noch mal irgendwie eigene Communities, aber mit zunehmend großen Schnittstellen. Und auch in den klassischen Disziplinen findet man das oder da überall, wo es eigentlich Schnittstellen gibt, ob das Public Health ist oder vielleicht auch „social studies“ oder wenn es um Energie oder Mobilität oder was weiß ich geht, gibt es das natürlich zunehmend. Von daher würde ich schon sagen, dass sich das inzwischen vielleicht nicht so, wie wir uns das manchmal wünschen, aber durchaus natürlich auch etabliert hat.

Dr. Noll:

Vielen Dank für diese ersten Einblicke. Dann kommen wir zum Thema meiner Masterarbeit. Das Gesundheitssystem in Deutschland ist ja sehr komplex und viele Millionen Menschen sind Teil des Ganzen. Was gibt es Ihrer Erfahrung nach grundsätzlich bei der Transformation von so komplexen und großen Systemen zu beachten?

Jun.-Prof. Dr. Augenstein:

Also natürlich viel und wenn Sie ja auch mit „leverage points“(Hebelpunkte) zum Beispiel arbeiten, dann gibt es da natürlich einfach unterschiedliche Denkschulen. Beziehungsweise das ist es ja, was natürlich dieses Feld der Transformationsforschung ausmacht, dass es eben verschiedene disziplinäre Zugänge, Kombinationen gibt. Ob man sagt, man konzentriert sich jetzt irgendwie darauf wie konzipiere ich erstmal das System, was ich mir da angucke. Also ich habe natürlich diese Logiken auch mit unterschiedlichen Systemen, die miteinander verknüpft sind, die ich abgrenzen muss. Wenn ich mir das aus einer sozio-technischen Systemperspektive angucke, dann gucke ich so in die Richtung welche Funktion soll dieses System erfüllen und was trägt alles dazu bei, dass diese Funktion erfüllt wird? Und dann haben wir natürlich die institutionellen Strukturen, die physischen Infrastrukturen. Wir haben die verschiedenen Akteure aber eben auch da spricht man dann von Regimen oder verschiedenen Dimensionen, die irgendwelche Regime haben. Es gibt dann so eine Teildimension irgendwie: Politik oder Kultur oder Technologie oder Markt, die natürlich alle ihre Logiken haben, die miteinander verknüpft sind, die diese Komplexität irgendwie zusammenhalten oder stabil am Laufen halten. Was dann natürlich wieder zu diesen Pfadabhängigkeiten führt, die ganz schwer aufzubrechen sind. Ob ich da jetzt in technologischen oder sozialen Innovationen oder eben in „leverage points“ denke. Da gibt es natürlich konzeptionell so ein bisschen unterschiedliche Herangehensweisen. Ich glaube, was aber so ein grundlegendes Ding ist, jetzt mal so ein bisschen soziologisch vielleicht, was sich so ein bisschen vielleicht verändert, dass wir ein Wegkommen von diesem sehr modernistischen oder rationalen Steuerungsparadigma und somit der Idee „Ich lege jetzt ein Ziel fest, was sind die Schritte und dann setze ich die einfach um. Weil dafür diese Systeme einfach zu komplex sind, weil ich so viele Feedbackloops habe und so viele irgendwie „contingencies“ (zufällige Ereignisse) und emergente (Entstehen von neuen Eigenschaften in einem neuen System) Phänomene und die eine andere Herangehensweise brauchen. Und das, was dann wieder in diesen transdisziplinären oder auch in diesen Real Labor Kontexten das Zentrale ist, wäre zu sagen: „Okay, ich brauche schon irgendwie ein Verständnis darüber, wie das System funktioniert und habe auch ein Verständnis, wo können zum Beispiel „leverage points“ oder Hebelpunkte irgendwie sein und dann aber auch wie gehe ich das an? Also dann braucht es eigentlich irgendwie experimentelle oder auch lernende Formate oder

Ansätze, um einfach immer wieder irgendwie auszuprobieren, an welchen Stellen setzt sich das irgendwie fort? Finden Lernprozesse statt? Habe ich irgendwie eine Netzwerkbildung, dass auf einmal vielleicht neue Konstellation von Akteuren zusammenarbeiten, was irgendwie Impulse gibt, bestimmte Denklagen auch aufbrechen kann, also so in Richtung Lernprozesse. Also ich glaube, es geht sehr stark nicht so darum, dass das Instrument es jetzt retten wird. Aber darum, in solchen Systemen irgendwie Kapazitäten zu schaffen die irgendwie transformationsfähig sind? Also wo habe ich irgendwie die Basis dafür. Von da aus kann irgendwie Wandel passieren. Da sind irgendwie mehr Akteure oder einfach Möglichkeiten, bestimmte Logiken und Strukturen mal in Frage zu stellen und überhaupt Ideen zu entwickeln. Wie könnte man es denn anders machen? Und das aber immer so zu strukturieren, dass es auch wieder anpassbar bleibt, also dass ich da nicht sozusagen die nächste Pfadabhängigkeit festsetze, die natürlich auch wieder Probleme kreieren wird. Ich glaube, das ist das, was so ein bisschen aus diesem Verständnis von komplexen Systemen kommt.

Dr. Noll:

Dass es sozusagen agil bleibt, richtig? Und sich das System immer wieder neu infrage stellen kann, ja?

Jun.-Prof. Dr. Augenstein:

Ja und vielleicht noch als eine Ergänzung. Da gibt es natürlich unterschiedliche Vorstellungen und verschiedene Forschungstraditionen. Geht es darum, jetzt irgendwie institutionell was zu ändern? Werde ich irgendwie bei Akteuren und ihrer Haltung und ihrem Mindset etwas ändern? Wo kann ich so kleine instrumentelle Sachen anpassen, wo geht es wirklich um Paradigmen? Das ist ja manchmal so ein bisschen disziplinär getrieben und das muss der Fokus sein. Am Ende ist es aber wahrscheinlich ein bisschen empirisch systemspezifisch, aber es gibt auch nicht die richtige Antwort. Am Ende muss man da wahrscheinlich aus verschiedenen Ecken gucken und kommen, weil das ja auch miteinander zusammenhängt. Logischerweise.

Dr. Noll:

Ja und weil Sie gerade Paradigmenwechsel ansprechen. Je weiter man bei den Hebelpunkten oben ansetzt, desto höher ist ja der Wirkungsgrad nach Meadows. Und das größte Potential für eine Transformation sind Ziele eines Systems und Paradigmen bzw. Paradigmenwechsel. Und da habe ich auch ein paar Empfehlungen in Stellungnahmen zu gefunden. Ein Paradigmenwechsel, der eingefordert wurde, ist, dass die Errichtung des Bundesinstituts eben auch einen Fokus insbesondere auf Kinder und Jugendgesundheit setzen sollte mit dem Ziel, durch ganz frühe Prävention und Gesundheitsförderung den gesamtgesellschaftlichen Nutzen zu erhöhen, also nicht Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenz und andere einzelne Erkrankungen sich herauszupicken und diese anzugehen, sondern als Paradigmenwechsel wirklich ganz früh anzufangen, in frühester Kindheit mit Prävention und Gesundheitsförderung und ja, von dort alles aufzubauen. Und jetzt kommt sicher eine schwierige Frage. Wie könnte man denn Ihrer Erfahrung nach so einen Paradigmenwechsel erreichen?

Jun.-Prof. Dr. Augenstein:

Also vielleicht vorher noch mal dazu. Ich finde das irgendwie sehr nachvollziehbar aus einer Transformationslogik zu sagen, man setzt eben bei Kindern, Jugendlichen und Prävention an, weil das ja sozusagen dieses „capacity building“ (Kapazitätsaufbau) macht, und dann doktern wir nicht an einzelnen Sachen später rum. Es ist aber auch ein bisschen die Perspektive „Jetzt ist der Karren eh schon im Dreck, wir machen mal bei der Generation, die danach kommt, weiter“. Bildung ist dabei ja auch ganz wichtig. Aber diese Bildung passiert ja in Strukturen.

Wenn wir an denen nicht irgendwas machen können und da drehen können, wo sozusagen jetzt einfach auch die Machtstrukturen sind, dann weiß ich nicht, wie effektiv das ist zu sagen, okay, den bringen wir es irgendwie anders bei, die wachsen aber trotzdem in diese Strukturen. Also das finde ich ist es, was irgendwie kritisch mit zu bedenken ist. Und dann die Frage ja, wie geht ein Paradigmenwechsel? Also es geht irgendwie um Haltung, es geht um Mindset. Und dann ist man natürlich schnell bei so was wie Bildung oder Informationskampagnen oder wie spreche ich Leute an? Vielleicht auch bei Narrativen: Wie hole ich Menschen emotional ab, dass sie das irgendwie anders sehen können? Aber auch da, glaube ich, ist diese strukturelle Komponente total wichtig mit zu bedenken und nicht nur eine naive Hoffnung zu haben mit ganz vielen tollen Leitbilder und Zukunftsvisionen. Das kennen wir auch aus der Umwelt- und Nachhaltigkeitskommunikation oder auch aus anderen Bereichen. Wir machen die schöne grüne Vision, aber irgendwie kommt man da gar nicht hin, weil das so weit weg ist von den Realitäten. Und dann glaube ich, geht es schon viel um eine positive Motivation und ein Ziel und darum Leitbilder zu haben, um es sozusagen gedanklich anders auszumachen. Aber geht es ja oft um die Frage wie kommt das in die Umsetzung, also irgendwie in so ein Selbstwirksamkeitserfahrung oder in kollektive Prozesse. Also wo ist das irgendwie auch erlebbar? Und irgendwie braucht es auch eine kritische Perspektive auf die Strukturen, die das nicht ermöglichen. Dazu gehört auch so ein kritisches Moment und dass man diese Strukturen nicht aus dem Blick verliert.

Dr. Noll:

Ja, vielen Dank! Diese Strukturen, von denen sie sprechen, sind ja in Bezug auf den Public Health Bereich eben sehr zersplittert und viele Stellungnahmen fordern ein, dass dieses neue Bundesinstitut eine koordinierende Funktion innerhalb der Strukturen übernimmt. Das führt mich auch gleich zum nächsten Punkt. Die Bedingungen für ein gesundes Leben werden ja auch jenseits des Gesundheitswesens organisiert. Also da spielen Umwelt, Ernährung, Wohnbedingungen, Bildung und Arbeit z.B. eine Rolle. Diese Herangehensweise entspricht dem HiAP-Ansatz. Das bedeutet im Prinzip: Gesundheit über alle Politikressorts hinweg gedacht und verwirklicht. Auch dieser Ansatz wird in vielen Stellungnahmen eingefordert und wäre ein weiterer Paradigmenwechsel, der vielleicht eine große Hebelwirkung entfalten könnte. Und Sie haben sich ja viel mit der Politikfeldanalyse beschäftigt in Bezug auf Transformationsprozesse. Wie könnte man denn so eine übergreifende Koordination im Sinne eines Health in All Policies-Ansatz angehen? Welche Voraussetzungen bräuchte es dafür?

Jun.-Prof. Dr. Augenstein:

Also spezifisch kenne ich diesen Ansatz nicht, aber das ist ja in der Nachhaltigkeit eigentlich ähnlich oder ähnlich auch gelaufen, auch auf EU-Ebene. Zum Beispiel, dass man sagt Nachhaltigkeitskriterien, das ist ein Querschnittsthema. Das muss irgendwie in allen politischen Maßnahmen berücksichtigt werden und daraufhin geprüft werden. Und wie kriegt man das hin? Klar braucht es irgendwie erstmal eine Awareness dafür, dass das Thema relevant ist gesellschaftlich. Dann muss es auf irgendwelche Agenden und dann ist es, glaube ich, das übliche mühsame Ding. Es braucht einen gesellschaftlichen Rückhalt oder ein Wollen, was sozusagen Politik dahin bringt. Aber das ist relevant, das muss auf eine Agenda, das müssen wir wirklich irgendwie umsetzen. Und dann ist es natürlich, glaube ich, total wichtig, wo dann so ein Institut wahrscheinlich auch eine wichtige Rolle spielen kann: Erstmal Akteure zusammenbringen und sozusagen die Relevanz klarzumachen. Es ist ja nicht nur so, dass diese vielen anderen Bereiche dann Impact auf das Thema Gesundheit haben, aber ja auch andersrum. Also jetzt wahrscheinlich sehr ökonomisch instrumental gedacht. Wenn Leute gesund sind, dann sind sie auch leistungsfähiger und dann ist das für die Wirtschaft super. Ist halt die Frage, ob man sich mit dieser Art von Argumenten dann auch so ein bisschen den Paradigmenwandel

wieder kaputt macht. Aber am Ende geht es ja darum, irgendwie relevante Akteure zusammenzubekommen und das hinzubekommen, dass eben auch aus verschiedenen Perspektiven die Relevanz davon einfach klar wird. Und dann geht es um Netzwerkbildung und Multiplikatoren und auch eine Analyse wieder von Hebelpunkten. Wo genau muss man denn und wie muss man ansetzen oder wie kann das eingeführt werden? Da muss man hin zu den großen Leitbildern und dann muss es aber auch so ein bisschen Bottom-up sein.

Dr. Noll:

Okay und verstehe ich Sie richtig? Sie haben gesagt, es muss eine gewisse Awareness dafür erst einmal geschaffen werden oder eben da sein. Und wenn die eben noch nicht da ist, was dann? Die Frage ist: Kann echte Transformation erst geschehen, wenn die Zeit irgendwie reif ist dafür? Heißt das im Umkehrschluss, dass man sonst eben warten muss, bis die Zeit reif ist? Also bis dann etwas Passives? Oder kann man irgendwie dazu beitragen, dass die Zeit reif wird? Man will ja nicht ständig gegen Windmühlen arbeiten, wenn man das Gefühl hat, da ist noch so gar keine Awareness für ein Thema, dann würde ja ggf. die ganze investierte Energie sehr schnell verpufft sein, oder?

Jun.-Prof. Dr. Augenstein:

Also jetzt ganz schematisch: Theoretisch ist es ja so, dass es Forschung über Transformationen von sozio-technischen Systemen gibt, also meinetwegen Mobilität oder Energiesysteme. Da gibt es so idealtypische Phasen, Prozesse, die dazu führen, dass sich wirklich strukturell was verändert. Also entweder gibt es halt eine externe Krise, die dazu führt, dass irgendwelche Strukturen einfach nicht mehr funktionieren. Aber wir können ja nicht warten, bis die Zeit reif wird, das ist genau der Punkt. Natürlich nicht- logischerweise. Also wo gibt es denn eigentlich in den Nischen die Ansätze, die Akteure, die Strategien, die das Vordenken, die das im Kleinen schon mal umsetzen, die schon versuchen, es anders zu machen? Und dann die Frage: Wie kann man das irgendwie skalieren? Oder wie kann das sozusagen auch den Impuls bringen, Strukturen zu verändern? Und da sind wir dann bei diesen ganzen Transformationsstrategien von solchen Instituten. Also sehr abstrakt gesprochen: der konkrete Fall hängt natürlich an den konkreten Systemen oder dem empirischen Beispiel. Aber natürlich wird es darum gehen zu sagen, wie mobilisiere ich und dann spielen Visionen eine Rolle, die genug Leute teilen. Wie verbreitet man die? Mit welchen Strategien geht jemand irgendwie los? Das ist dann natürlich für den konkreten Fall zu schauen. Aber ja klar das ist schon die Idee und der Wunsch und die Hoffnung und die Motivation für diese ganze Arbeit oder auch Forschung. Es geht darum zu gucken, wie bringt man das irgendwie ein?

Dr. Noll:

Spannend.

Jun.-Prof. Dr. Augenstein:

Unbefriedigend, abstrakt natürlich auch, schon klar.

Dr. Noll:

Haben Sie noch weitere Ideen, welchen Beitrag so ein neues Bundesinstitut vielleicht leisten könnte, um das Öffentliche Gesundheitssystem zu transformieren?

Jun.-Prof. Dr. Augenstein:

Also das ist, glaube ich, vielleicht ein bisschen eine Debatte, die wir auch in der Reallabor Forschung haben. Also es sind ja immer so ein bisschen diese kleinen Projekte, die dann vielleicht in einem einzelnen Stadtquartier oder in der Stadt irgendwie Veränderungsprozesse

mitgestalten und dann natürlich fragen: okay, wie kann das jetzt so viel Impact haben, dass das wirklich strukturell auch auf höheren politischen Ebenen was verändert? Und ganz oft ist es ja so, dass sich so ein einzelnes Projekt nicht einfach hochskalieren lässt, weil das natürlich total kontextspezifisch ist. Also was das konkrete Thema, was das Umfeld und die Akteure angeht. Aber ich glaube, der Beitrag ist natürlich schon manchmal einfach ein: ich kann mal an einer Stelle zeigen, dass es funktioniert und dann gucken, wie kann ich das denn vielleicht eins zu eins hoch skalieren oder eins zu eins woanders auch zu machen. Aber was davon kann ich transferieren? Was davon inspiriert andere oder können andere lernen? Man muss nicht die gleichen Fehler nochmal machen. Von daher ist es glaube ich schon ein bisschen dieses Mühsame aber das, was so ein Institut irgendwie kann, wenn ich das richtig verstehe. Was sind sinnvolle Ansätze und was funktioniert irgendwo und das dann auch irgendwie zu kommunizieren, in die richtigen Kreise zu kommunizieren, das irgendwie anschlussfähig zu machen, sodass andere sich das anschauen können.

Dr. Noll:

Ja, so sind die Vorschläge in einigen Stellungnahmen tatsächlich auch. Dass dieses neue Bundesinstitut unter anderem auch durch die Gesundheitsämter in den einzelnen Kommunen dann vor Ort verkörpert wird, dass es die Erfahrungen und Datensätze von dort sammelt und analysiert und dann daraus ggf. Maßnahmen ableitet. Weil eben diese sind ja vor Ort in der Kommune und wissen ja, wo drückt da der Schuh, wo sind da die Themen? Und da könnte man dann voneinander lernen und profitieren und Synergien schaffen. Das ist schon auch so ein Ansatzpunkt, der ja vielleicht verwirklicht wird.

Jun.-Prof. Dr. Augenstein:

Das ist ja dann auch wirklich dieses Netzwerk- und „capacity building“, dass sozusagen die Leute sich irgendwie kennen und dass man weiß, wen man im Zweifel irgendwie ansprechen kann oder wo man auch irgendwie mal andere Impulse bekommt. Und das ist ja auch was, was wir aus der Communityforschung kennen oder wenn es um polyzentrische Ansätze geht. Zu sagen: Ja, natürlich wäre es schöner, wir hätten ein globales Klimaabkommen und das wäre alles schön top down geregelt. Das ist leider nicht die Realität. Aber wir sehen ja, dass manche Sachen im Kleinen durchaus funktionieren. Wenn es ganz viele kleinere Akteure gibt an verschiedenen Stellen, die voneinander irgendwie lernen können, dann hat es natürlich trotzdem relevanten Einfluss. Und manche Sachen funktionieren dann auch im Kleineren gut. Also das, was ich im Kleineren verstanden habe was irgendwie zu berücksichtigen ist gerade in kommunalen Kontexten- Kann das vielleicht hilfreicher oder effektiver sein, als das irgendwie alles top down zu machen?

Dr. Noll:

Und ich höre auch raus, dass Partizipation glaube ich auch immer ein wichtiger Punkt bei allen Transformationsprozessen ist, oder wie sehen Sie das?

Jun.-Prof. Dr. Augenstein:

Also der ist super zentral, weil ich natürlich darüber diese verschiedenen Formen von Wissen dabei habe, die ich dabei haben muss. Also es gibt eben Praxiswissen, gerade bei so Querschnittsthemen wie Public Health. Ich muss kommunale politische Sachen wissen, brauch eine gesundheitliche Expertise, das sind alles diese verschiedenen Dinge, die ich da zusammenbringen muss. Auch das trägt ja bei zu einer Awareness oder einer Erfahrung, die Menschen machen. Es geht auch immer darum, diejenigen, die irgendwie betroffen sind, also einfach aus normativen Gründen, die sollen ein Mitspracherecht haben, also weil die betrifft das, die müssen es irgendwie umsetzen. Ich brauche Partizipation natürlich auch bei denjenigen,

die etwas bewegen können. Das heißt, auch da gibt es natürlich wieder verschiedene Konzepte und Logiken, warum ich wen wie einbeziehe. Aber es geht darum, welches Wissen brauche ich? Wer sollte Mitspracherecht haben und wer kann es auch legitimerweise am Ende umsetzen? Diese Akteure brauche ich dabei, um tatsächlich was umsetzen zu können.

Dr. Noll:

Da sie gerade von Legitimierungen sprechen. Das Thema Ethik in der Transformation ist ja vermutlich auch zentral. Also bei der Frage: Wer hat da überhaupt die Berechtigung? Wer darf was und wer entscheidet was? Vielleicht geht es auch um Macht dabei?

Jun.-Prof. Dr. Augenstein:

Also auch natürlich ein Riesenthema. Ich glaube auch, es ist total wichtig. Also das ist auch wieder System- oder Anwendungsfall- spezifisch. Aber man muss wirklich gut gucken, wen betrifft das gerade, wenn man da jetzt wissenschaftlich irgendwie reingeht. Wir sind halt dann schon irgendwie Forschende und nicht gewählte Politikerinnen, sodass man auch da immer gut, ja mindestens irgendwie kritisch reflektiert. Na ja... .

Dr. Noll:

Ok, danke. Dann kommen wir auch schon zur letzten Frage. Ich weiß nicht, ob Sie da Erfahrung haben: Aber gibt es etwas, was man beachten sollte, wenn es um Transformationsprozesse in Bezug auf Kinder und Jugendliche geht? Das ist ja sozusagen eine besondere Zielgruppe, die ich hier betrachte. Gibt es da irgendwas, was man bei der Zielgruppe Kinder und Jugendliche vielleicht beachten sollte?

Jun.-Prof. Dr. Augenstein:

Habe ich keine spezifische Expertise. Aber da ist natürlich die ganze ethische Frage schon irgendwie natürlich noch mal anders virulent. Ich meine, es gibt natürlich irgendwie so ein bisschen diese soziologische, ein bisschen kritische Perspektive, wenn man dann Kinder irgendwie auch so klein hält und die gar nicht als mündige Menschen irgendwie betrachtet werden. Das finde ich problematisch. Aber ich denke, dass Kinder auch manchmal ein bisschen instrumentalisiert werden. Also so habe ich wirklich gar keine Expertise, weil ich auch nicht in dem Bereich arbeite. Aber ich glaube, da gibt es vermutlich auch viel Forschung, wie man das dann irgendwie berücksichtigt oder gut angeht.

Dr. Noll:

Also auch wahrscheinlich über Partizipation, die man bei Kindern und Jugendlichen z.B. immer wieder sichern muss, oder?

Jun.-Prof. Dr. Augenstein: Ja, ja!

Dr. Noll:

Haben sie noch etwas, was sie mit auf den Weg geben wollen, wie so ein Transformationsprozess gelingen kann?

Jun.-Prof. Dr. Augenstein:

Also mir fällt noch ein: es gibt dieses Bundesinstitut für Bau, Stadt, Raumentwicklung oder so ähnlich, die machen glaube ich recht ähnliche Sachen und haben auch so eine nationale Stadtentwicklungspolitik, wo es auch so ein bisschen dieses Ziel ist, irgendwie Plattform für kleine Projekte zu sein. Das könnte von der Struktur vielleicht irgendwie ähnlich sein. Und zum Gelingen: Da glaube ich wirklich einfach, dass diese Idee von Experimenten und Laboren in

Anhang

der realen Welt sehr hilfreich ist. Ich mache das ja auch, weil ich denke, dass das irgendwie entscheidend und ein guter Schritt sein kann.

Dr. Noll:

Ja, vielen Dank Prof. Augenstein für das bereichernde Interview!

7 Weitere Verzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: HEBELPUNKTE IN EINEM SYSTEM, EIGENE DARSTELLUNG, MODIFIZIERT NACH: VAN DER ZANDEN & HENZEN, 2024, S. 25; FISCHER & RIECHERS, 2019, S. 117; ABSON ET AL., 2019, S. 32; MEADOWS, 1999, S. 3	25
ABBILDUNG 2: HEBELPUNKTE FÜR EINE TRANSFORMATION DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSSYSTEMS, EIGENE DARSTELLUNG, MODIFIZIERT NACH: VAN DER ZANDEN & HENZEN, 2024, S. 25; FISCHER & RIECHERS, 2019, S. 117; ABSON ET AL. 2019, S. 32; MEADOWS, 1999, S. 3	26
ABBILDUNG 3: " THE GLOBAL STRATEGY FOR WOMEN`S, CHILDREN AND ADOLESCENT´S HEALTH" & "SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS", WHO, 2018, S. 2	92
ABBILDUNG 4: LEITBILD FÜR EINEN MODERNEN ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENST, LÄNDEROFFENE PROJEKTGRUPPE "LEITBILD ÖGD", 2018, S. 1	93
ABBILDUNG 5: INFOGRAFIK ZUM GEBILDETEN KATEGORIENSYSTEM ZUR EINTEILUNG ÜBERREGIONALER PUBLIC HEALTH AKTEUR*INNEN IN DEUTSCHLAND, HOMMES ET AL., 2022, S. 104	94
ABBILDUNG 6: UNTERKATEGORIEN VON MEADOW´S 12 HEBELPUNKTEN UM IN EIN SYSTEM ZU INTERVENIEREN NACH ABSON ET AL. 2017, S. 32	95
ABBILDUNG 7: SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DER UNTERKATEGORIEN VON HEBELPUNKTEN NACH ABSON ET AL., 2017, ADAPTIERT NACH FISCHER & RIECHERS, S. 117	95
ABBILDUNG 8: SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DER HEBELPUNKTE NACH MEADOWS, 1999, MIT UNTERKATEGORIEN NACH VAN DER ZANDEN & HENZEN, 2024, S. 25	96

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: POTENTIELLE HEBELPUNKTE FÜR EINE TRANSFORMATION DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSSYSTEMS DURCH ERRICHTUNG DES BIPAMs VOR OKTOBER 2023, DIE ROT MARKIERTEN AUSSAGEN BEZIEHEN SICH AUF KINDERN UND JUGENDLICHE	36
TABELLE 2: POTENTIELLE HEBELPUNKTE FÜR EINE TRANSFORMATION DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSSYSTEMS DURCH DIE ERRICHTUNG DES BIPAMs NACH OKTOBER 2023, DIE ROT MARKIERTEN AUSSAGEN BEZIEHEN SICH AUF KINDER UND JUGENDLICHE	42
TABELLE 3: NENNUNGSHÄUFIGKEITEN DER HEBELPUNKTE FÜR EINE TRANSFORMATION DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSSYSTEMS DURCH DAS BIPAM MIT DEN EINZELNEN QUELLENANGABEN.....	47
TABELLE 4: POTENTIELLE HEBELPUNKTE FÜR EINE TRANSFORMATION DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSSYSTEMS DURCH ERRICHTUNG DES BIPAMs AUS DEN EXPERT*INNENINTERVIEWS, DIE ROT MARKIERTEN AUSSAGEN BEZIEHEN SICH AUF KINDER UND JUGENDLICHE	57
TABELLE 5: LEITLINIEN UND ZIELE DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM KINDES- UND JUGENDALTER, BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, 2009, S. 250-251; RICHTER-KORNWEITZ & KRUSE, 2023	97
TABELLE 6: CHECKLISTE DES "HEALTH SYSTEM TRANSFORMATION PLAYBOOKS", TEO ET AL., 2023, S. 4	98

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BBK	Betriebskrankenkassen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BIPAM	Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin
BZgA	Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung
CPHP	Centre for Planetary Health Policy
DGEpi	Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie
DGKH	Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
DGPH	Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V.
DGÖG	Deutsche Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit
DNVF	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.
DGSMP	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
Engl.	Englisch
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HiAP	Health in All Policies
HST	Health System Transformation
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KK	Krankenkassen
NÖG	Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
RKI	Robert-Koch-Institut
STIKO	Ständige Impfkommision
ST	Systems Thinking
SVR	Sachverständigenrat für Integration und Migration
Übers. d. Verf.	Übersetzung der Verfasserin
UPD	Unabhängige Patientenberatung
VAH	Verbund für angewandte Hygiene
WBGU	Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen
ZfPH	Zukunftsforum Public Health

Erklärung gemäß § 13 Abs. 6 der RPO

„Hiermit versichere ich, dass

- *die Arbeit - bei einer Gruppenarbeit den entsprechend gekennzeichneten Teil der Arbeit -selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt wurden,*
- *alle Stellen der Arbeit, die wortwörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommen und als solche kenntlich gemacht wurden und*
- *die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt wurde.“*