SCHWERPUNKT PUBLIC HEALTH

Foto: Adobe Stock/Bambalino Studio (generiert mit KI)



Eine **optimale Gesundheitsförderung** benötigt eine bessere **Verzahnung der Akteure** auf allen Ebenen

„Wichtig ist, dass Städte und Landkreise, Krankenkassen und ärztliche Leistungserbringer auf kommunaler Ebene bei der Stärkung und Weiterentwicklung der Prävention an einem Strang ziehen."

Elf Jahre nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes steht die Öffentliche Gesundheitsversorgung erneut im Zentrum gesundheitspolitischer Debatten. Die Diskussion reicht von der finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung bis zur Frage, wie Prävention und Gesundheitsförderung strukturell besser verankert werden können. Dabei zeigt sich: Prävention ist keine Aufgabe einzelner Institutionen, sondern ein Zusammenspiel der gesundheitspolitischen Akteure auf Bundes-, Länder- und nicht zuletzt auf der kommunalen Ebene. Gerade Rheinland-Pfalz bietet dafür ein anschauliches Beispiel. Bei einer Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes wird es darauf ankommen, nicht nur mehr finanzielle Ressourcen für Präventionszwecke zur Verfügung zu stellen, sondern auch das kooperative Zusammenwirken der beteiligten Akteure auf und zwischen den verschiedenen Ebenen zu optimieren.

Präventionsgesetz als Meilenstein

Das Präventionsgesetz von 2015 war ein gesundheitspolitischer Meilenstein. Erstmals wurde im Sinne der Ottawa-Charta ein bundesweiter Rahmen geschaffen, der Prävention und Gesundheitsförderung systematisch stärken sollte. Ziel war es, Krankheiten vorzubeugen, gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern und Prävention stärker in den Lebenswelten der Menschen zu verankern – also dort, wo Menschen leben, lernen und arbeiten.

Die gesetzliche Grundlage liegt vor allem im Recht der GKV. So regelt § 20 SGB V die Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention, während § 20a SGB V die Gesundheitsförderung in nicht betrieblichen Lebenswelten wie Kitas, Schulen und Quartieren und § 20 b die betriebliche Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt beschreibt und normiert. Darin wird auch geregelt, welche Beträge je Versicherten die Krankenkassen jährlich in diesen Bereichen als Mindestbeträge in diesen Lebenswelten ausgeben sollen. Regelungen zur Prävention in der Pflege finden sich im Wesentlichen im SGB XI. Finanziert und organisiert werden viele Maßnahmen durch die gesetzlichen Krankenkassen. Gleichzeitig sieht das Gesetz ausdrücklich nicht nur eine Abstimmung der verschiedenen Sozialversicherungsträger untereinander, sondern auch eine Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) vor.

Hier beginnt das komplexe vertikale Zusammenspiel der Ebenen. Der Bund setzt mit seiner Zuständigkeit für die Sozialgesetzgebung und nationalen Strategien einen bundesweiten Rahmen. Über die Nationale Präventionskonferenz werden gemeinsame Ziele der Sozialversicherungsträger formuliert.

Auf Landesebene werden diese Ziele über Landesrahmenvereinbarungen konkretisiert. Die Umsetzung erfolgt jedoch überwiegend kommunal – dort, wo Gesundheitsämter, Schulen, Jugendhilfe, Pflegeeinrichtungen oder kommunale Netzwerke direkt mit den Menschen in den Lebenswelten arbeiten.

Präventionsstrukturen auf Landesebene

Wenige Jahre nach der ehemaligen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), der jetzigen Bundeszentrale für öffentliche Gesundheit (BiÖG), wurde 1973 die jetzige Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) gegründet und engagiert sich seither für den Auf- und Ausbau nachhaltiger gesundheitsfördernder und präventiver Strukturen im Land. Mit vielfältigen Angeboten verfolgt sie das Ziel, das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden der Menschen zu erhalten und zu verbessern. Im Unterschied zu den Landesrahmenvereinbarungen, die auch in Rheinland-Pfalz zwischen den Trägern der Gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung unter Beteiligung des Gesundheitsministeriums abgeschlossen werden, sind die ärztlichen Leistungserbringer nur indirekt durch eine Beteiligung an einer Landespräventionskonferenz und einem Landespräventionsausschuss in eine landesweite Präventionsstrategie eingebunden.

Das Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGdG) in Rheinland-Pfalz regelt die Aufgaben, Zuständigkeiten und Organisation des ÖGD. Ziel des Gesetzes ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Die Gesundheitsämter übernehmen dabei zentrale Aufgaben in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, Infektionsschutz, Kinder- und Jugendgesundheit, Umweltmedizin sowie gesundheitliche Beratung und Begutachtung. Darüber hinaus arbeiten sie eng mit Kommunen, medizinischen Einrichtungen und weiteren Akteuren

→

zusammen, um Gesundheitsversorgung und Krisenbewältigung zu koordinieren. Das Gesetz betont den bevölkerungsbezogenen Ansatz des ÖGD und stärkt dessen Rolle als koordinierende und präventiv tätige Säule des Gesundheitswesens.

Kommunen haben Zugang zu den Lebenswelten

Gerade die kommunale Ebene entscheidet darüber, ob Prävention tatsächlich ankommt. Gesundheitsämter verfügen über einen unmittelbaren Zugang zu vulnerablen Gruppen, die durch klassische Versorgungsangebote oft nicht erreicht werden. Sie begleiten Menschen von der Schwangerschaft und Geburt über Kindheit und Jugend bis ins hohe Alter, koordinieren Hilfen, beraten zu Impfungen, Infektionsschutz und Einhaltung von Hygienevorschriften oder sozialmedizinischen Fragestellungen und tragen Verantwortung für lokale und regionale Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung.



„Prävention muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden – mit einer dauerhaften Finanzierung, verbindlicher Kooperation und einer stärkeren Rolle des ÖGD."

Foto: Adobe Stock/Bambalino Studio (generiert mit KI)

Die Corona-Pandemie hat den ÖGD zwar sichtbarer gemacht, zugleich aber auch strukturelle Schwächen offengelegt. Viele Gesundheitsämter arbeiten weiterhin unter erheblichem Personal- und Ressourcendruck. Der ÖGD-Pakt von Bund und Ländern hat wichtige Impulse gesetzt – etwa für Digitalisierung, Personalaufbau und moderne Infrastruktur sowie eine stärkere wissenschaftliche Verankerung der Bevölkerungsmedizin an den Universitäten. Doch vielerorts bleibt unklar, wie diese Verbesserungen nach Auslaufen der bisherigen Förderstrukturen und der Bereitstellung finanzieller Mittel durch den Bund ab Ende 2026 dauerhaft gesichert und erhalten werden sollen.

Gerade Rheinland-Pfalz hat in den vergangenen Jahren immer wieder gezeigt, wie wichtig funktionierende kommunale Gesundheitsstrukturen sind. Die Gesundheitsämter übernehmen dort nicht nur klassische hoheitliche Aufgaben, sondern spielen auch eine zentrale Rolle bei Präventionsketten, Gesundheitsförderung in Lebenswelten und regionalen Netzwerken. In ländlich geprägten Regionen des Landes sind sie häufig die einzige Institution mit einem konsequent bevölkerungsbezogenen Blick auf Gesundheit.

Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf und Ansätze zur Stärkung der Prävention

Das Präventionsgesetz bleibt bislang stark auf die GKV fokussiert. Andere Akteure wie die private Krankenversicherung, die Rentenversicherung oder die Unfallversicherung sind nur begrenzt eingebunden. Auch die Finanzierung ist weiterhin unausgewogen: Obwohl die Ausgaben der Krankenkassen für Primärprävention und Gesundheitsförderung seit Einführung des Präventionsgesetzes und nach einer erheblichen Ausgabendelle während der Corona-Pandemie nominal wieder deutlich gestiegen sind, machen sie derzeit lediglich rund 0,2 Prozent der gesamten GKV-Ausgaben aus. Kooperationen von Krankenkassen und Kommunen scheitern vielfach daran, dass Städte und Landkreise aufgrund einer oftmals prekären Finanzsituation vielfach nicht bereit und in der Lage sind, sich auch finanziell in entsprechende Präventionsprojekte einzubringen – eine Voraussetzung für die Durchführung gemeinschaftlicher Projekte. Das führt oftmals dazu, dass insbesondere in finanzschwachen Kommunen mit vielen sozialen Brennpunkten und entsprechendem Bedarf an Gesundheitsförderung in nicht betrieblichen Lebenswelten die geringsten Finanzmittel und personellen Ressourcen für wirksame Präventionsarbeit zur Verfügung stehen.

Hinzu kommt ein strukturelles Problem der „Projektitis". Viele Präventionsmaßnahmen werden befristet gefördert, ohne dauerhaft in kommunale Strukturen integriert zu werden. Dadurch entstehen kurzfristige Projekte statt langfristiger, gesundheitsfördernder Infrastruktur. Gerade vor Ort führt dies häufig zu Unsicherheiten bei Personal, Kooperationen und Planung.

Dabei zeigen aktuelle internationale Vergleiche und wissenschaftliche Studien den Handlungsdruck deutlich. Der Public Health Index 2025 von AOK und Deutschem Krebsforschungszentrum bescheinigt Deutschland trotz hoher Gesundheitsausgaben erhebliche Defizite bei der Umsetzung evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen – insbesondere bei der wirksamen Bekämpfung von Tabak- und Alkoholkonsum sowie der Förderung gesunder Ernährung. Deutschland gehört danach im europäischen Vergleich zu den Schlusslichtern. Positionspapiere des Wissenschaftsrats, des Sachverständigenrats Wirtschaft und der Finanzkommission Gesundheit haben die Notwendigkeit einer systematischen und nachhaltigen Stärkung der Prävention im deutschen Gesundheitswesen klar untermauert. Als eine ihrer letzten Amtshandlungen hat die ehemalige Bundesgesundheitsministerin und jetzige Kanzleramtsministerin Nina Warken Mitte Juli angekündigt, im Rahmen einer breit angelegten Präventionsoffensive und einer Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes Gesundheitsförderung und Prävention im deutschen Gesundheitswesen voranzubringen.

Mit der Einführung einer gestaffelten Steuer auf zuckergesüßte Getränke ab 2027 im Rahmen der GKV-Finanzreform wurde bereits ein wichtiger Schritt unternommen. Die angekündigten Erhöhungen von Tabak- und Alkoholsteuer weisen in die richtige Richtung. Diese steuerlichen Maßnahmen gehen auf die Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit zurück. Allerdings sollten die daraus resultierenden Einnahmen nicht zur Deckung von Haushaltslücken, sondern gezielt für Präventionsmaßnahmen verwendet werden.

Die Finanzkomission Gesundheit wird im Rahmen ihres bis Ende 2026 angekündigten zweiten Berichts das Thema Prävention und Gesundheitsförderung erneut auf die Agenda setzen. Dabei soll es nicht nur darum gehen, neue Finanzmittel für Präventionszwecke zu generieren, sondern auch um die Frage, wo und in welcher Form Gesundheitsförderung am effektivsten und effizientesten vorangebracht werden kann.

Die gesundheitspolitische Herausforderung besteht dabei nicht allein darin, mehr Präventionsprogramme aufzulegen. Auch eine Fokussierung von Prävention und Gesundheitsförderung auf die GKV reicht nicht aus. Entscheidend ist vielmehr eine bessere Verzahnung der Akteure und Ebenen. Prävention muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden – mit einer dauerhaften Finanzierung, verbindlicher Kooperation und einer stärkeren Rolle des ÖGD.

Für Rheinland-Pfalz bedeutet dies auch, kommunale Gesundheitsstrukturen langfristig zu sichern und Prävention stärker als Bestandteil regionaler Daseinsvorsorge zu begreifen. Gesundheitsförderung entscheidet sich nicht nur in Arztpraxen oder Kliniken, sondern auch in Kitas und Schulen, Betrieben, Pflegeeinrichtungen, Quartieren und Kommunen. Wichtig ist, dass Städte und Landkreise, Krankenkassen und ärztliche Leistungserbringer auf kommunaler Ebene bei der Stärkung und Weiterentwicklung der Prävention an einem Strang ziehen. Kommunale Gesundheits- und Pflegekonferenzen unter Einbindung aller Beteiligten können dabei ein wichtiges Koordinierungsinstrument sein.

Die Bilanz nach elf Jahren Präventionsgesetz fällt deshalb ambivalent aus. Das Gesetz hat Prävention politisch sichtbarer gemacht und wichtige Koordinierungsstrukturen geschaffen. Gleichzeitig bleibt die Umsetzung fragmentiert und finanziell nicht auskömmlich unterlegt. Die aktuelle Debatte über die Zukunft der Gesundheitsversorgung bietet die Chance, Prävention neu zu denken: dauerhaft, vernetzt und mit einem starken Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Literatur bei der Autorin

Autorin



Dr. Ute Teichert, MPH
Ministerialdirektorin a.D.
Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen

www.uteteichert.de

Foto: Alex Malinka

Public Health und öffentliches Gesundheitswesen: eine Frage der Perspektive

Die Gesundheitsämter repräsentieren die kommunale Ebene des Öffentlichen Gesundheitswesens (ÖGW) in Deutschland und stellen die operative Ebene des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) dar. Der ÖGD spielt eine zentrale Rolle bei der Sicherstellung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung. Neben der ambulanten und stationären Versorgung ist der ÖGD die dritte Säule des Gesundheitswesens und ein integraler Bestandteil eines modernen Sozialstaates. Als Bindeglied zwischen Bevölkerung, medizinischen Einrichtungen und politischen Akteuren trägt er maßgeblich dazu bei, gesundheitliche Risiken frühzeitig zu erkennen, diesen entgegenzusteuern und Präventionsmaßnahmen zu entwickeln.

Dabei ist Public Health (PH) aus historischen Gründen, zumindest in Deutschland, nicht mit ÖGW gleichzusetzen. Aufgrund der Instrumentalisierung während des Nationalsozialismus und Einbindung der Gesundheitsämter in die verbrecherische sogenannte Rassenhygiene war das ÖGW hierzulande über lange Jahre kaum in Forschung und Lehre an den Universitäten vertreten. Erst in den 90er-Jahren gab es entsprechende gesundheitswissenschaftliche Studiengänge, beispielsweise in Hannover und Bielefeld. Dennoch blieb die Aufteilung der Zuständigkeiten weiter bestehen, zum Beispiel mit Vollzug des Infektionsschutzgesetzes durch den ÖGD, aber der wissenschaftlichen Behandlung von Themen aus Infektiologie und Epidemiologie an den Universitäten. Diese getrennte Arbeitsweise erschwert die Aufbereitung und Auswertung von Bevölkerungsdaten ungemein. Dass die Gesundheitsämter bei wissenschaftlich-epidemiologischen Fragestellungen unzureichend aufgestellt sind, zeigte sich auch in der Covid-19-Pandemie. Hier verfügten Länder ohne diese Arbeitsteilung über eine deutlich bessere Datenlage zum jeweiligen Infektionsgeschehen.

Auf der anderen Seite besitzen die Gesundheitsämter einen wertvollen Schatz regionaler Gesundheitsdaten, welcher noch zu bergen ist. Durch die Pandemie zeigten sich auch überdeutlich die sehr begrenzten Ressourcen des ÖGD. Daher wurde auf Bundesebene der „Pakt für den ÖGD“ mit einem Finanzpaket von insgesamt vier Milliarden Euro über mehrere Jahre bis Ende 2026 verabschiedet, um das ÖGW personell und digital besser auszustatten. In diesem Rahmen wurden in mehreren Bundesländern erstmals Professuren für ÖGW eingerichtet, beispielsweise an der Universität Frankfurt. Um sich als ÖGD hier künftig besser zu positionieren, kam es im Jahr 2023 zur Ausgründung der Deutschen Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen (DGÖG) als wissenschaftliche Fachgesellschaft des ÖGD.

Enge Verbindungen zwischen Ämtern und Instituten

Wenngleich in Rheinland-Pfalz bislang noch kein Lehrstuhl für den ÖGD geschaffen wurde, so bestehen seit Jahren enge Verbindungen der Gesundheitsämter zu verschiedenen Instituten wie beispielsweise dem Institut für Hygiene, der Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin (ASU) oder dem Institut für medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI). 2026 wurde eine Arbeitsgemeinschaft ÖGD am Hygieneinstitut etabliert, welche unter anderem das aktuelle Thema der Trinkwassersicherheit im Fokus hat. Auch konnte mit Dr. Katrin Steul im vergangenen Jahr erstmals in Rheinland-Pfalz eine Ärztin im Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen am ASU habilitieren. Neben den schon immer möglichen Famulaturen haben die ersten Studenten ihr PJ-Tertial an den Akademischen Lehrgesundheitsämtern Mainz und Trier absolviert. Forschungsprojekte der Universität wie die iKids-Studie am IMBEI werden aktiv von den Gesundheitsämtern unterstützt, darüber hinaus wurden mehrere Promotionen und Diplomarbeiten gemeinsam betreut.

Im Landesgesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Rheinland-Pfalz sind zahlreiche Public-Health-relevante Aufgaben für die Gesundheitsämter festgelegt. Bereits im ersten Satz des § 1 wird ausgeführt: „Der öffentliche Gesundheitsdienst beobachtet, untersucht und bewertet die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit, geht den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nach und wirkt auf deren Beseitigung hin.“ Prägnanter kann man kaum die Balance im Aufgabenbereich der Gesundheitsämter beschreiben, welche sich zwischen der Bewertung von gesundheitlichen Faktoren und aktivem Handeln bewegt. Tatsächlich fehlten oftmals die personellen Ressourcen und die Fachexpertise, um diese Kernaufgaben umfänglich und evidenzbasiert umsetzen zu können. Immer wieder hatten andere Pflichtaufgaben mit unmittelbarer Auswirkung auf den Einzelnen, wie zum Beispiel Schuleingangsuntersuchung oder personalrechtliche Begutachtungen, zwangsläufig den Vorrang.



Das Präventionsteam des Gesundheitsamtes Mainz-Bingen, von links: Dr. Gabriele von der Weiden, Kira Rutsch, Heike Dinklage, Mareike Schickle, Haris Böhm-Djozgic und Christiane Bornmüller. Auf dem Foto fehlt Dr. Alina Zenker.

Foto: Gesundheitsamt Mainz-Bingen

Aufgabenvielfalt ist ein Alleinstellungsmerkmal

Erst mit der Pandemie rückte der gesamte Aufgabenbereich der Gesundheitsämter in den Fokus der Öffentlichkeit und führte zu einer zwischenzeitlichen Verbesserung. Das Gesundheitsamt der Kreisverwaltung Mainz-Bingen konnte den Bereich Prävention und Gesundheitsberichterstattung (GBE) von ursprünglich einer halben Stelle auf ein Team erweitern, wobei alle Mitarbeitenden stets noch in weiteren Bereichen tätig sind. Diese Aufgabenvielfalt ist ein Alleinstellungsmerkmal für eine ärztliche Tätigkeit im Gesundheitsamt. Es wurden regionale Gesundheitsberichte zu sexuell übertragbaren Erkrankungen und zur Kindergesundheit, hier mit Fokus auf Adipositas, erstellt. Aktuell erfolgt eine tief gehende Analyse der regionalen Todesursachenstatistik, welche auch eine Fehleranalyse bei der Datenübermittlung einschließt. Zahlreiche präventive Projekte wurden vom Gesundheitsamt Mainz-Bingen initiiert mit dem Schwerpunkt auf Kinder- und Jugendgesundheit. Gerade jüngst wurde das Team bei einem Bundeswettbewerb mit dem ersten Preis für das Projekt „Hygiene-Tipps für Kids“ ausgezeichnet, welches seit drei Jahren in den Kitas der Stadt Mainz und im Landkreis Mainz-Bingen angeboten wird.

Die alte Frage nach der höheren Wirksamkeit präventiver Maßnahmen, durch Verhaltensprävention mit Aufklärung und Anreizen oder durch Verhältnisprävention mit gesetzlichen Rahmenbedingungen, ist aus Public-Health-Sicht schon lange beantwortet und am Beispiel des rückläufigen Zigarettenrauchens, durch weitreichende Verbote und hohe Tabaksteuer, auch bewiesen. Effektiv ist vor allem eine Kombination beider Ansätze. Hier liegt auch die besondere Bedeutung im Aufgabenbereich der kommunalen Gesundheitsämter. Dies zeigt sich beispielsweise bei der Umsetzung des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit. Ein Ziel dieses Gesetzes ist es, die Teilnahmequoten bei den kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zu erhöhen. Laut dem aktuellen Monitorbericht konnte in dem mehrstufigen Verfahren im Berichtjahr 2023 in Rheinland-Pfalz die Teilnahme an der U4 bis U9 alleine durch die Interventionen der Gesundheitsämter von 87 auf knapp 97 Prozent gesteigert werden. Somit zeigt die Kombination aus Kinderschutzgesetz und individuellem Einwirken einen deutlichen zusätzlichen Effekt. Ähnliches ergibt sich im Aufgabenspektrum des ÖGD beim Infektionsschutz. Im Rahmen der Meldepflicht können Ausbrüche oder neue infektiologische Gefahren für die Bevölkerung erkannt werden. Auf individueller Ebene erfolgen Beratung, Kontaktpersonenermittlung und Festlegung von Schutzmaßnahmen.

Somit hat das Gesundheitsamt stets sowohl die Gesundheit des Einzelnen als auch der Bevölkerung im Blick. Und bei allem, was das Gesundheitsamt tut, leistet es gleichsam seinen Beitrag in Bezug auf Public Health.

Literatur beim Autor

Autor



Dr. Dietmar Hoffmann
Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen
Abteilungsleiter Gesundheitswesen
Gesundheitsamt Mainz-Bingen

Foto: Hoffmann

Zehn Jahre klinische Krebsregistrierung in Rheinland-Pfalz:
Von Datenerfassung zum Erkenntnisgewinn

Mit dem Start der flächendeckenden und sektorenübergreifenden klinischen Krebsregistrierung in Rheinland-Pfalz im Jahr 2016 begann ein neues Kapitel der onkologischen Qualitätssicherung. Ziel ist es, den gesamten Behandlungsverlauf von Patientinnen und Patienten – von der Diagnose über die Therapie bis zur Nachsorge – abzubilden. Dafür übermitteln alle an der onkologischen Versorgung beteiligten Kliniken, Zentren, Praxen und Pathologien strukturierte Informationen an das Krebsregister.

Zehn Jahre später hat sich das Krebsregister Rheinland-Pfalz (KR RLP) im Institut für digitale Gesundheitsdaten (IDG) als zentraler Bestandteil der onkologischen Versorgungslandschaft etabliert. Mehr als 2,4 Millionen Meldungen wurden verarbeitet. Als erstes der 15 bundesweiten Krebsregister erfüllte das KR RLP 2019 die Förderkriterien des GKV-Spitzenverbands und stellt heute eine hochwertige, aktuelle Datengrundlage für Qualitätssicherung, Versorgungsforschung und gesundheitspolitische Entscheidungen bereit. Patientinnen und Patienten profitieren damit mittelbar von mehr Transparenz und einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Krebsmedizin.

Digitalisierung und Meldeunterstützung – entscheidende Meilensteine

Der Aufbau des Registers war von Beginn an digital geprägt. Bereits kurz nach dem Start wurde das Elektronische Melderportal eingeführt und die papierbasierte Meldung vollständig ersetzt. Parallel wurden die Rückmeldungen an die meldenden Einrichtungen kontinuierlich ausgebaut – von einrichtungsbezogenen Auswertungen und Meldeberichten bis hin zu regelmäßig stattfindenden Qualitätskonferenzen.
Ein wichtiger Meilenstein war 2020 die Gründung eines Teams zur Meldeunterstützung. Es übernimmt bei Bedarf die vollständige Dokumentation und Meldung für Einrichtungen. Dadurch konnten zahlreiche bislang nicht erfasste Fälle identifiziert und die Vollzähligkeit und Vollständigkeit des Registers verbessert werden. Ergänzend wurden Prozesse zur Sicherung der Datenqualität etabliert, etwa die Recherche unvollständiger Meldungen oder die gezielte Kontaktaufnahme bei Auffälligkeiten.

Gründung des IDG erweitert das Portfolio

Mit der Gründung des Instituts für digitale Gesundheitsdaten Rheinland-Pfalz im Jahr 2023 wurde das KR RLP in einen größeren Kontext der datengestützten Gesundheitsversorgung eingebettet. Heute steht weniger der Aufbau als vielmehr die Nutzung der vorhandenen Daten für Versorgung und Forschung im Mittelpunkt.

Dies zeigt sich auch in den wissenschaftlichen Aktivitäten: Die Zahl zum Beispiel der individuellen Auswertungen, Forschungsprojekte, Konferenzbeiträge und Publikationen ist stetig gestiegen. Klinische Krebsregister liefern wertvolle Erkenntnisse zur Versorgung unter Alltagsbedingungen und ergänzen die Ergebnisse klinischer Studien.

Ein sichtbares Beispiel ist der Onkologie-Monitor (www.onkologiemonitor.de). Das frei zugängliche Online-Dashboard stellt epidemiologische und klinische Krebsregisterdaten bereit und ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang zu Informationen über das Krebsgeschehen in Rheinland-Pfalz.

Hoher Nutzen der Daten – KRs als Partner der onkologischen Versorgung

Auch auf nationaler und europäischer Ebene gewinnen klinische Krebsregister an Bedeutung – etwa bei der onkologischen Krebsfrüherkennung, der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sowie im Rahmen des Europäischen Gesundheitsdatenraums.

Das KR RLP versteht sich als Partner der onkologischen Versorgung. Die erhobenen Daten sind kein Selbstzweck, sondern sollen künftig noch stärker für klinische Fragestellungen, Forschung, Studienrekrutierung sowie politische Steuerung und Qualitätssicherung genutzt werden.

Der größte Nutzen eines Krebsregisters entsteht, wenn aus Daten Erkenntnisse werden – und aus Erkenntnissen konkrete Verbesserungen für Patientinnen und Patienten. Deshalb laden wir Einrichtungen, Forschende und Versorgungspartner ein, gemeinsam neue Fragestellungen zu entwickeln und die Möglichkeiten der klinischen Krebsregistrierung aktiv zu nutzen.

Literatur bei der Autorin



Quelle: IDG

Autorin



Juliane Tatusch
Leitung Kommunikation
Leitung Geschäftsbereich
Public Health Systems
Institut für digitale
Gesundheitsdaten

www.idg-rlp.de
info@idg-rlp.de

Foto: IDG

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland will **alle Menschen für eine gesunde Lebensweise begeistern**

Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland steht für verlässliche Gesundheitsvorsorge, persönliche Nähe und ein starkes Engagement für Versicherte, deren Familien und Firmenkunden. Als regionale Gesundheitskasse verbindet die AOK moderne Leistungen mit einem klaren Werteverständnis: Gesundheit ganzheitlich zu denken und Menschen in allen Lebensphasen aktiv zu begleiten.

Effizienz aus gemeinsamem Handeln

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung in den Bereichen Gesundheit und Pflege sicherzustellen, arbeitet die AOK gemeinsam mit Politik und vielfältigen Gesundheitspartnern aus den Bereichen Versorgung, Wissenschaft und Wirtschaft an der kontinuierlichen Weiterentwicklung entsprechender Strukturen. Hierzu zählen nicht nur das Angebot digitaler Services, sondern auch der stetige Ausbau neuartiger Versorgungskonzepte sowie die Nutzung der Chancen, welche die Digitalisierung insgesamt bietet. Das Ziel der AOK ist hierbei die passgenaue Gestaltung der Gesundheit in der Region – ganz im Sinne des AOK-Serviceversprechens Gesundheit erLEBEN – persönlich, kompetent und zuverlässig. Wir investieren stetig, nachhaltig und im Schulterschluss mit unseren Gesundheitspartnern: Innovative Projekte werden geschaffen und neuartige Versorgungskonzepte erprobt – um mit „Pflege ganz aktiv" gemeinsam mit der Caritas oder dem Pilotprojekt HÄPPI des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands (HÄV) Rheinland-Pfalz nur Beispiele zu benennen.



Foto: Adobe Stock/ C.Schüßler

Gute Versorgung im Fokus

Dynamik, Digitalisierung und Transformation prägen unsere Zeit. Gerade die Transformation des Gesundheitssystems zu mehr Vernetzung und Standardisierung ist allgegenwärtig. Diese Chancen müssen genutzt werden. Oberste Priorität hat dabei stets, die gesundheitliche Versorgung auch zukünftig zu erhalten. Dazu muss sie auf die Bedarfe der Patientinnen und Patienten abgestimmt sein, wirtschaftlich und auf einem qualitativ hohen Niveau.

Um weiterhin eine gut erreichbare wohnortnahe Grundversorgung in Rheinland-Pfalz und im Saarland zu sichern, braucht es mehr Arbeitsteilung, mehr Spezialisierung, die Bündelung komplexer Leistungen und die Vermeidung von Doppelstrukturen zur Steigerung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit. Schlussendlich braucht es eine bessere Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen ambulanten sowie stationären Gesundheitspartnern – im Sinne der Patientinnen und Patienten.

Der Mensch im Mittelpunkt

Die AOK sieht sich als zentraler Partner der Versicherten, der Arbeitgeber und der vielfältigen Gesundheitspartner. Sie versteht sich als regionaler Kümmerer: Wichtig ist hierbei, möglichst vielen Menschen einen niedrigschwelligen Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten zu bieten. Dies bedeutet, den Menschen an Orten zu begegnen, an denen sie einen großen Teil ihres Tages verbringen. Die Gesundheitskasse ist nicht nur im Krankheitsfall für ihre Kundinnen und Kunden sowie deren Familien da, sondern trägt durch vielfältige Präventionsangebote dazu bei, dass vermeidbare Gesundheitsbelastungen erst gar nicht entstehen.

„Public Health", sprich „öffentliche Gesundheit", verfolgt das Ziel, Bedingungen zu schaffen und sicherzustellen, unter denen Menschen gesund leben können. Unter dem Begriff „Public Health" versteht man sowohl eine interdisziplinäre Wissenschaft als auch die Praxis der Prävention von Krankheiten und der Förderung der körperlichen und psychischen Gesundheit.

Angesichts des demografischen Wandels brauchen wir dringend eine Strategie, um die Gesunderhaltung der Bevölkerung zu stärken und zu verbessern. Die AOK als Gesundheitskasse engagiert sich seit mehr als 30 Jahren mit vielfältigen Präventionsprogrammen für Kitas, Schulen und Kommunen oder mit umfangreichen Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Gesunderhaltung. Doch die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind noch immer verbesserungswürdig. Benötigt wird eine umfassende Public-Health-Strategie, die gesundheitsförderndes Verhalten unterstützt. Bisher wurde Prävention entgegen wissenschaftlichen Erkenntnissen auf Früherkennung und Behandlung einzelner Krankheiten beschränkt. Stattdessen braucht es eine gesamtgesellschaftliche Strategie, die Gesundheit in allen Politikbereichen – nicht nur der Gesundheitspolitik – verankert, sich auf Primärprävention konzentriert und insbesondere das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen sowie das gesunde Altern fördert. Es ist wichtig, soziale und wirtschaftliche Faktoren, die Gesundheit beeinflussen, zu berücksichtigen. Hierzu sind alle Akteure gefragt, nicht nur die Krankenkassen. Solange das vor mehr als zehn Jahren in Kraft getretene Präventionsgesetz die Prävention nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert, im Sinne von „Health in all Policies" bzw. einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, bleiben die zivilgesellschaftlichen Beteiligungsstrukturen unterentwickelt, und die Träger der Lebenswelten werden nicht aktiv eingebunden.

Rezepte sind keineswegs bittere Pillen

Die AOK engagiert sich für Prävention sowie Gesundheitsförderung und nimmt dabei eine Vorreiterrolle ein. Nicht nur die AOK-Versicherten sollen von der langjährigen Erfahrung und umfassenden Qualität ihrer Gesundheitskasse profitieren, sondern das Ziel der AOK ist es vielmehr, alle Menschen generell für Sport und Bewegung sowie gesunde Ernährung und Lebensweise zu begeistern. Dabei sind Kooperationspartner bei Projekten mannigfaltig – so unterstützen beispielsweise die Unfallkasse und die deutsche Rentenversicherung die Umsetzungen. Im Jahr 2025 weitete die AOK ihr Engagement in der Fläche weiter aus und war in nahezu 400 Einrichtungen mit lebensweltbezogenen Angeboten in den unterschiedlichsten Settings (wie Kitas, Schulen, Betriebe und Pflege) aktiv. Fast alle diese Programme adressieren heute den Kern der Nachhaltigkeit, indem sie beispielsweise die Wertschätzung für regionale Lebensmittel fördern oder zu einer klimafreundlichen Mobilität motivieren. Ein Plus für die Gesundheit im Land. Letztlich bedeutet Public Health für die AOK, Verantwortung für das Gemeinwohl zu tragen.

Zugleich ist die AOK seit Jahren Unterzeichner der Charta der Vielfalt und richtet ihr Handeln nach einer unverrückbaren Maxime: Alle Menschen sollen die gleiche Wertschätzung erfahren – unabhängig von Geschlecht, Nationalität, ethnischer Herkunft, Religion und Weltanschauung, Behinderung, Alter, sexueller Orientierung und Identität. Wir selbst leben diese Grundsätze als vorurteilfreies Unternehmen.

AOK hat eine besondere Fürsorgepflicht

Die AOK als größte Kranken- und Pflegekasse hat in beiden Bundesländern die besondere Fürsorgepflicht für die Region und ihre Bürgerinnen und Bürger.

Die AOK und ihre Selbstverwaltung ist sich des Auftrages bewusst, für Menschen und Unternehmen attraktive Produkte, zugewandten Serviceangebote, individuelle Gesundheitsförderung und natürlich erst recht Lösungen im Krankheits- und Pflegefall passgenau zu gestalten. Die Gesundheitskasse gibt täglich mehr als 17 Millionen Euro für die Gesundheit ihrer rund 1,25 Millionen Versicherten aus.

Als größter Kranken- und Pflegeversicherer in Rheinland-Pfalz und im Saarland kümmert sich die AOK mit regionaler Stärke Tag für Tag um Gesundheit und nimmt dabei ihre Verantwortung ernst. Die AOK ist für Versicherte, Arbeitgeber, Gesundheitspartner und die Verantwortlichen aus der Politik der erste Ansprechpartner. Der offene Dialog in beiden Bundesländern macht immer wieder deutlich: Gute, passgenaue und wirtschaftliche Lösungen in der regionalen Gesundheitsversorgung gelingen nur im konstruktiven Schulterschluss mit allen Beteiligten – der Politik und sämtlichen Gesundheitspartnern. Erst so entstehen am runden Tisch tragfähige, kreative Konzepte.

Literatur bei der Autorin

Autorin



Dr. Martina Niemeyer
Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

Foto: AOK/Holger Kiefer

Beruf und Gesundheit in Rheinland-Pfalz:
Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten

Trotz umfangreicher Präventionserfolge gibt es noch eine Vielzahl von beruflichen Einflussfaktoren, die zu Berufskrankheiten, Arbeitsunfällen und Wegeunfällen führen können. Auch Beschäftigte im Gesundheitsdienst können davon betroffen sein.

Ärztinnen und Ärzte haben bei entsprechenden Verdachtsfällen nicht immer alle erforderlichen Kenntnisse bezüglich ihrer Pflichten. Im Folgenden werden deswegen die Grundlagen mit Bezug auf entsprechende Statistiken für Rheinland-Pfalz kurz dargestellt.

Grundlagen der gesetzlichen Unfallversicherung

In der Bundesrepublik sind alle Beschäftigten bei der gesetzlichen Unfallversicherung pflichtversichert. Selbständige können sich, sofern sie nicht auch pflichtversichert sind, freiwillig bei dem für sie zuständigen Unfallversicherungsträger versichern. Das ist zum Beispiel für Ärzte und Ärztinnen möglich und kann sehr sinnvoll sein.

Zuständig für Personen im Gesundheitswesen, die bei privaten oder freigemeinnützigen Einrichtungen (zum Beispiel Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, Physiotherapiepraxen) angestellt sind, ist in der Regel die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Für Beschäftigte in staatlichen oder kommunalen Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen ist es die jeweils für das Bundesland zuständige Unfallkasse des öffentlichen Dienstes. Die Kosten für die gesetzliche Unfallversicherung werden zu 100 Prozent von den Arbeitgebern getragen.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die gesetzliche Unfallversicherung sind im Sozialgesetzbuch VII sowie in den entsprechenden Verordnungen zum Arbeitsschutzgesetz und Unfallverhütungsvorschriften geregelt. Die Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung ist es, entsprechend des SGB VII mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu sorgen, sowie nach Eintritt von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen.

Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten

Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten werden ebenfalls im SGB VII definiert (siehe Infokasten). Für Berufskrankheiten gibt es in Deutschland eine offizielle Berufskrankheitenliste, die aktuell 86 beruflich bedingte Krankheiten umfasst und bei Bedarf auf der Grundlage arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse ergänzt wird. Seit dem 1. August 2026 gibt es beispielsweise eine neue Berufskrankheit „Parkinson durch Pestizide“. Die Berufskrankheiten werden mit vierstelligen Nummern gekennzeichnet. Die aktuelle Berufskrankheiten-Liste kann als Anhang 1 der Berufskrankheiten-Verordnung abgerufen werden. (https://www.gesetze-im-internet.de/bkv/anlage_1.html).

Pflichten von Ärztinnen und Ärzten bei Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten

Insbesondere Ärztinnen und Ärzte müssen bei einem begründeten Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit diesen unverzüglich dem zuständigen Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle anzeigen. Dafür gibt es ein entsprechendes Formular bei der DGUV, dem Spitzenverband der gesetzlichen Unfallversicherung (https://tinyurl.com/4evujwkt).

Bei Arbeits- und Wegeunfällen sind Arbeitgeber (Unternehmer) – beziehungsweise die von ihnen bevollmächtigten Personen – verpflichtet, diese unverzüglich, das heißt innerhalb von drei Tagen nach Kenntnisnahme, beim zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung anzuzeigen. Natürlich betrifft dies auch selbstständige Ärztinnen und Ärzte, in deren Praxen und medizinischen Einrichtungen Beschäftigte entsprechende Unfälle erleiden.

Man unterscheidet meldepflichtige und nicht meldepflichtige Arbeits- und Wegeunfälle. Meldepflichtig bedeutet, dass der Unfall eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Kalendertagen – der Unfalltag zählt dabei nicht mit – verursacht oder zum Tod der versicherten Person geführt hat.

Diese Meldepflicht darf nicht als Negativbeispiel für Bürokratie missverstanden werden. Die Meldepflicht von Berufskrankheiten, Arbeits- und Wegeunfällen hat folgende Hintergründe: Im betroffenen Unternehmen können einerseits Präventionsmaßnahmen optimiert werden, um weitere Versicherungsfälle zu verhindern. Zum anderen geht es um die Kompensation für die betroffene Person: Betroffene mit anerkannten Versicherungsfällen sind – unabhängig vom persönlichen Leid – deutlich besser sozial abgesichert. Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung können bei Einhaltung der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen die bestmögliche medizinische Versorgung, Maßnahmen zu Rehabilitation und Umschulung, Lohnausgleich, Rentenzahlungen für Betroffene und gegebenenfalls Hinterbliebene und auch Zuschüsse zu speziellen technischen Maßnahmen am Arbeitsplatz umfassen.

Darüber hinaus haben Ärztinnen und Ärzte beruflich verunfallter oder erkrankter Versicherter, die nicht an der Heilbehandlung beteiligt sind, die Pflicht (SGB VII § 203), dem Unfallversicherungsträger auf Verlangen Auskunft über die Behandlung, den Zustand sowie über Erkrankungen und frühere Erkrankungen von diesen Versicherten zu erteilen, soweit dies für die Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist.

Arbeits- und Wegeunfälle im Gesundheitswesen in Rheinland-Pfalz 2025

Insgesamt wurden im Jahr 2025 in Rheinland-Pfalz bei der Unfallkasse (UK RLP) und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zusammen 12.320 Unfälle im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit gemeldet – davon 2.547 Unfälle bei der UK RLP und 9.773 Unfälle bei der BGW (Abb. 1).

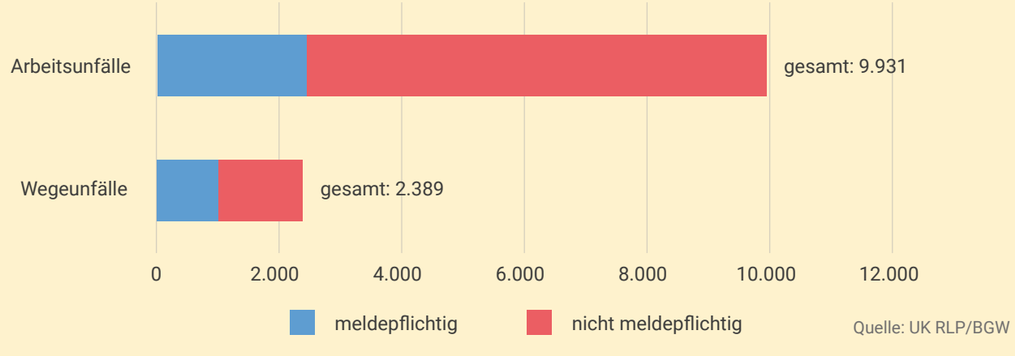
DEFINITIONEN VON ARBEITSUNFALL, WEGEUNFALL UND BERUFSKRANKHEIT

Arbeitsunfall (SGB VII § 8 Abs. 1)
Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen.

Wegeunfälle (SGB VII § 8 Abs. 2)
Versicherte Tätigkeiten sind auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit. Das Abweichen vom direkten Weg ist versichert, um Kinder von Versicherten fremder Obhut anzuvertrauen oder um mit anderen Beschäftigten eine Fahrgemeinschaft zu bilden.

Berufskrankheiten (SGB VII § 9 Abs 1)
Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 (SGB VII) begründenden Tätigkeit erleiden.

Abbildung 1:
Arbeits- und Wegeunfälle im Gesundheitsdienst nach Meldepflicht in Rheinland-Pfalz



Quelle: UK RLP/BGW

Tabelle 1:
Übersicht über die zehn am häufigsten gemeldeten Berufskrankheiten im Gesundheitswesen in Rheinland-Pfalz

BK-Nr.	Legaldefinition	Angezeigt bei der UK RLP	Angezeigt bei der BGW	Angezeigt
5101	Schwere oder wiederholt rückfällige Hautkrankheiten	31	151	182
2108	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen (der Lendenwirbelsäule) geführt haben	5	97	102
3101	Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war	9	29	38
2117	Läsion der Rotatorenmanschette der Schulter durch eine langjährige und intensive Belastung durch Überschulterarbeit, repetitive Bewegungen im Schultergelenk, Kraftanwendungen im Schulterbereich durch Heben von Lasten oder Hand-Arm-Schwingungen	2	11	13
2109	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen (der Halswirbelsäule) geführt haben	0	7	7
4301	Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie)	0	6	6
2101	Schwere oder wiederholt rückfällige Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze	0	4	4
1301	Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine	0	3	3
2112	Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbarer Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht	0	3	3
2402	Erkrankungen durch ionisierende Strahlen	0	3	3

Quelle: UK RLP/BGW

Berufskrankheiten im Gesundheitswesen in Rheinland-Pfalz 2025

Im Jahr 2025 wurde im Gesundheitsdienst in Rheinland-Pfalz insgesamt 385 Mal der Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit gemeldet. Die zehn am häufigsten gemeldeten Berufskrankheiten sind in Tabelle 1 zusammenfasst. Diese betreffen insbesondere Hauterkrankungen, bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule sowie Infektionskrankheiten. Nachdem noch nicht alle Verfahren abgeschlossen sind, können keine Zahlen zu den anerkannten Berufskrankheiten angegeben werden. Berücksichtigt man die Anerkennungen der letzten Jahre, so lagen die Infektionskrankheiten im Gesundheitswesen (BK-Nr. 3101) an erster Stelle, gefolgt von den bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK-Nr. 2108) und den Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101).

Fazit

Berufskrankheiten, Arbeitsunfälle und Wegeunfälle erfordern eine sorgfältige ärztliche Anamnese mit Berücksichtigung arbeitsbezogener Zusammenhänge sowie die Kenntnis der relevanten Melde- und Informationspflichten. Ärztinnen und Ärzte haben damit eine zentrale Rolle und sind eine wichtige Schnittstelle bei der Erkennung, Meldung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen.

Literatur bei den Autoren

RELEVANTE ADRESSEN IN RHEINLAND-PFALZ

- BGW Bezirksverwaltung Mainz, Göttelmannstr. 3, 55130 Mainz
- Unfallkasse Rheinland-Pfalz, Orensteinstraße 10, 56626 Andernach
- Struktur- und Genehmigungsdirektion SÜD, Gewerbeaufsicht, Friedrich-Ebert-Str. 14, 67433 Neustadt an der Weinstraße
- Struktur- und Genehmigungsdirektion Nord, Gewerbeaufsicht, Stresemannstr. 3-5, 56068 Koblenz

Autoren

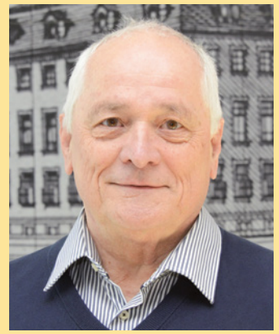


Foto: Michaela Kabon

Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel
Facharzt für Arbeitsmedizin
Ärztlicher Direktor Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz



Foto: Heidrich

Dr. Christoph Heidrich
Geschäftsführer Unfallkasse Rheinland-Pfalz
Andernach



Foto: Bode

Eckhard Bode
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Mainz

SCHWERPUNKT PUBLIC HEALTH

Gesundheit entsteht gemeinsam:
Gesundheitsförderung als Public-Health-Aufgabe in Rheinland-Pfalz



Wie Menschen wohnen, arbeiten, lernen oder am gesellschaftlichen Leben teilhaben, beeinflusst ihre Gesundheitschancen. Dieser Zusammenhang steht im Mittelpunkt von Public Health. Gesundheitsförderung ist dabei ein zentraler Ansatz: Sie stärkt die Ressourcen der Menschen und gestaltet Lebensbedingungen, die Gesundheit im Alltag fördern und faire Chancen auf ein gesundes Leben schaffen.

Seit 1973 setzt sich die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) für diese Ziele ein. Der Verein wird institutionell durch das Land gefördert und kann landesweite Projekte durch die Förderung von Ministerien, gesetzlichen Krankenkassen und weiteren Partnern umsetzen.

Vom erhobenen Zeigefinger zum Empowerment

In den Anfängen der „Landeszentrale für Gesundheitserziehung" dominierte ein für die Zeit typischer, eher belehrender Ansatz. Gesundheit wurde vor allem als Frage des individuellen Verhaltens verstanden; Aufklärungskampagnen setzten auf Appelle und teilweise auch auf abschreckende Botschaften. Im Vordergrund standen Risikofaktoren und Krankheitsprävention.

Mit der Ottawa-Charta der WHO von 1986 veränderte sich dieses Verständnis und damit auch die Arbeitsweise der LZG. Gesundheit wurde nun als Ergebnis sozialer, ökologischer und ökonomischer Bedingungen begriffen. Der Blick weitete sich: von der Verhinderung von Krankheit hin zur Förderung von Gesundheit und Lebensqualität. Partizipation, Empowerment, gesundheitliche Chancengleichheit und die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten wurden zu zentralen Handlungsfeldern. Zugleich setzte sich die Erkenntnis durch, dass Gesundheit in allen Politikfeldern mitgedacht werden muss – ein Leitbild, das heute als „Health in All Policies" bekannt ist. Gesundheit wird seitdem nicht mehr allein als Frage individueller Verantwortung betrachtet, sondern gilt als gemeinsame Aufgabe von Politik, Kommunen, Gesundheitswesen, Bildung, Sozialwesen und Zivilgesellschaft.



Die Ottawa-Charta war ein Meilenstein der Gesundheitsförderung. Auf ihrer Grundlage entwickelte sich die LZG zu einer Organisation, die Prozesse moderiert, Strukturen aufbaut, Akteurinnen und Akteure vernetzt und Kommunen begleitet.
Das Präventionsgesetz von 2015 hat diesen Ansatz gestärkt und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kitas, Schulen, Betrieben, Pflegeeinrichtungen und Kommunen weiter ausgebaut. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf Menschen, die gesundheitlich stärker belastet sind oder schlechtere Voraussetzungen für ein gesundes Leben haben.

Neue Herausforderungen – Strukturen stärken

Gesundheitsförderung steht heute vor großen Aufgaben. Klimawandel, die Zunahme nichtübertragbarer Erkrankungen, psychische Belastungen, Einsamkeit, ungleiche Gesundheitschancen und der gesellschaftliche Zusammenhalt werden häufig als einzelne Themen diskutiert. Aus Public-Health-Sicht sind sie jedoch eng miteinander verknüpft: Sie beeinflussen sich gegenseitig und treffen besonders Menschen in belasteten Lebenslagen.

Eine wirksame Antwort darauf braucht mehr als befristete Projekte oder Einzelmaßnahmen. In Rheinland-Pfalz liegt die Stärke der Gesundheitsförderung in langfristigen Strukturen, die wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis übertragen, Akteurinnen und Akteure vernetzen und Gesundheit in den Lebenswelten verankern. Angesichts der neuen Herausforderungen kommt es darauf an, diese Strukturen zu stärken und konsequent weiterzuentwickeln.

Psychische Gesundheit im Lebenslauf fördern

Psychische Gesundheit ist zu einem zentralen Thema der Gesundheitsförderung und zu einer Querschnittsaufgabe moderner Public Health geworden. Die LZG greift sie in nahezu allen Handlungsfeldern auf. Bereits in der frühen Kindheit stärken die Programme „Schatzsuche" und „Schule in Sicht" die seelischen Ressourcen von Kita-Kindern und begleiten Familien beim Übergang in die Schule. Darauf bauen die Schulgesundheitsfachkräfte an 33 Grundschulen in herausfordernden Lagen auf. Sie fördern nicht nur die Teilhabe von Kindern mit chronischen Erkrankungen, sondern erkennen psychosoziale und gesundheitliche Belastungen frühzeitig, vermitteln Gesundheitskompetenz und tragen zu einem Schulklima bei, das körperliches und seelisches Wohlbefinden unterstützt.

Im Erwachsenenalter rückt die Frage in den Fokus, wie Menschen bei psychischen Problemen Unterstützung finden. Mit dem „psychNAVi Rheinland-Pfalz" hat die LZG gemeinsam mit Partnern eine Orientierungshilfe entwickelt, die auf www.psychnavi-rlp.de den Weg zu geeigneten Angeboten im psychosozialen Hilfesystem aufzeigt und hilft, Zugangsschwellen abzubauen.



Gesundheitliche Chancengleichheit verbessern

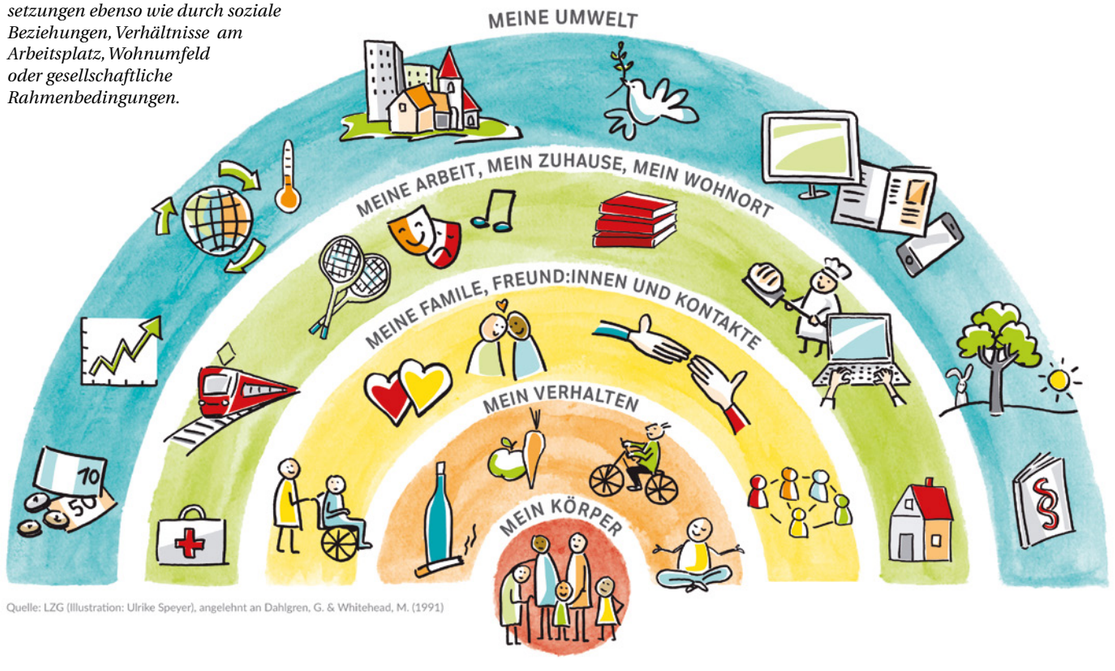
Soziale Unterschiede spiegeln sich in der Nutzung von Gesundheitsangeboten, im Gesundheitszustand und in der Lebenserwartung wider. Um gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern, unterstützt in der LZG die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Kommunen dabei, integrierte Strategien insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen zu entwickeln.

Grundlage dafür sind die „Good-Practice-Kriterien für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung" des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit. Sie machen deutlich: Wirksamkeit bemisst sich nicht allein an der Evidenz einzelner Maßnahmen, sondern auch daran, ob gesundheitsförderliche Strukturen entstehen, Menschen erreicht und Lebenswelten nachhaltig verändert werden. Zu den Kriterien gehören insbesondere Partizipation, Empowerment und die konsequente Ausrichtung von Gesundheitsförderung an den Lebenslagen der Menschen.

Partizipation und Empowerment sind in der LZG mehr als theoretische Leitbegriffe. Im Projekt „BedikK – Bedarfsworkshops in kleinen Kommunen" etwa entwickeln Bürgerinnen und Bürger gemeinsam Ideen für Gesundheitsförderung vor Ort. Im Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit" werden Menschen mit eigener Erfahrung von Erwerbslosigkeit als Lebensweltexpertinnen und -experten aktiv eingebunden. Sie gestalten Angebote mit, stärken andere Betroffene und erfahren Selbstwirksamkeit.

→

Das Regenbogenmodell der Gesundheit, angelehnt an Dahlgren und Whitehead, zeigt, dass Gesundheit auf unterschiedlichen Ebenen entsteht: durch individuelle Voraussetzungen ebenso wie durch soziale Beziehungen, Verhältnisse am Arbeitsplatz, Wohnumfeld oder gesellschaftliche Rahmenbedingungen.



Quelle: LZG (Illustration: Ulrike Speyer), angelehnt an Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991)



Gerade Menschen in belastenden Lebenslagen werden durch offene Angebote häufig nicht erreicht. Gesundheitsförderung muss deshalb aktiv auf sie zugehen und gemeinsam mit ihnen passgenaue Lösungen entwickeln. Partizipation geht über die Erhebung von Bedarfen hinaus und heißt, Menschen als Mitgestaltende einzubeziehen.

Gesundheitsförderung als gemeinsame Zukunftsaufgabe

Gesundheit wird nicht allein im Gesundheitswesen geschaffen. Sie wird ebenso durch Wohnen, Bildung, Arbeit, Klima, Ernährung und soziale Teilhabe geprägt. Gesundheitsförderung braucht deshalb ressortübergreifendes Handeln und politische Entscheidungen, die Gesundheit in allen Bereichen mitdenken. Auch 40 Jahre nach der Ottawa-Charta besteht noch Entwicklungsbedarf: Beim Hitzeschutz reicht es nicht aus, Menschen zu informieren – Gebäude, Städte und Arbeitswelten müssen gesundheitsförderlich gestaltet werden.

Hinter gesundheitlichen Problemen stehen häufig komplexe soziale, ökonomische und ökologische Zusammenhänge. Einfache Erklärungen und Appelle, die Gesundheit zur individuellen Verantwortung erklären, greifen deshalb zu kurz. Gesundheitsförderung schafft gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen und stärkt zugleich die Kompetenzen und Ressourcen der Menschen. Verhältnis- und Verhaltensprävention gehören untrennbar zusammen. Um diesen Ansatz wirksam umzusetzen, bringt die LZG relevante Partnerinnen und Partner zusammen.

Das Präventionsgesetz hat wichtige Impulse gesetzt. Doch darüber hinaus benötigt Gesundheitsförderung verlässliche Strukturen sowie eine Finanzierung, die ihrer gesamtgesellschaftlichen Bedeutung entspricht. Gesundheitsförderung ist keine zusätzliche Aufgabe, sondern Voraussetzung für eine leistungsfähige Gesellschaft.

Gesundheit entsteht gemeinsam – sie braucht deshalb auch gemeinsame Verantwortung.



Autorin



Sandra Helms
Stellvertretende Geschäftsführerin der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)
Geschäftsführerin der LZG-Akademie gGmbH
Lehrbeauftragte an der Hochschule Rhein-Main „Armut und Gesundheit“
Dipl. Sozialarbeiterin
Gesundheitswissenschaftlerin MPH

Foto: Peter Pulkowski

Unterstützung
Das Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Gesundheit Rheinland-Pfalz unterstützt das Projekt „psychNAVi RLP". Das GVK-Bündnis für Gesundheit Rheinland-Pfalz, das Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Gesundheit Rheinland-Pfalz und die Unfallkasse Rheinland-Pfalz unterstützen die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC). Das Ministerium für Bildung Rheinland-Pfalz unterstützt das Projekt „Schulgesundheitsfachkräfte". Mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse wird das Projekt „Schatzsuche und Schule in Sicht" umgesetzt. Das Projekt „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit" sowie die Bedarfsworkshops in kleinen Kommunen (BedikK) werden gefördert durch das GKV-Bündnis für Gesundheit.