

# Inhaltsverzeichnis

<b>A</b>	<b>Einführung</b> . . . . .	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>Gesundheit und Krankheit</b> . . . . .	<b>35</b>
<b>1</b>	<b>Public Health – Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze</b> . . . . .	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung</b> . . . . .	<b>37</b>
<b>1.1</b>	Herausforderungen für die Gesundheitswesen der Industrienationen zu Beginn des 21. Jahrhunderts . . .	<b>3</b>	<b>3.1</b>	<b>Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen?</b> . . . . .	<b>37</b>
<b>1.2</b>	Public Health – nachholende Modernisierung in den deutschsprachigen und den übrigen europäischen Gesundheitssystemen . . .	<b>4</b>	<b>3.1.1</b>	Gesundheit im Bezugssystem der Gesellschaft . . . . .	<b>38</b>
<b>1.3</b>	Public-Health-Lehre in Medizin, Pflege, anderen Gesundheitsberufen und Ökonomie . . . . .	<b>5</b>	<b>3.1.2</b>	Das Bezugssystem der betroffenen Person: subjektive Konzepte von Gesundheit und Krankheit . . . . .	<b>38</b>
<b>1.4</b>	Forschungsgebiete und wissenschaftliche Disziplinen . . . . .	<b>5</b>	<b>3.1.3</b>	Das Bezugssystem der Professionen: Definitionen von Gesundheit und Krankheit aus Sicht der Medizin und benachbarter Fächer . . . . .	<b>39</b>
<b>2</b>	<b>Public Health aus globaler und europäischer Sicht</b> . . . . .	<b>7</b>	<b>3.1.4</b>	Messung von Gesundheit und Krankheit auf der Bevölkerungsebene und auf der Ebene von Gesundheitssystemen und Gesundheitspolitik . . . . .	<b>41</b>
<b>2.1</b>	Die globale Perspektive . . . . .	<b>7</b>	<b>3.2</b>	<b>Gesundheitsberichterstattung und ihre Indikatorensysteme</b> . . . . .	<b>60</b>
<b>2.1.1</b>	Einleitung . . . . .	<b>7</b>	<b>3.2.1</b>	Die historische Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland . . . . .	<b>60</b>
<b>2.1.2</b>	Der globale Gesundheitszustand . . .	<b>7</b>	<b>3.2.2</b>	Gesundheitsberichterstattung – zum Gegenstandsverständnis . . . . .	<b>61</b>
<b>2.1.3</b>	Multinationale Wirtschaftsinteressen mit Einfluss auf die Gesundheit . . . . .	<b>8</b>	<b>3.2.3</b>	Kommunale Gesundheitsberichterstattung . . . . .	<b>63</b>
<b>2.1.4</b>	Globale Maßnahmen zur Eindämmung gesundheitsgefährdender Entwicklungen . . . . .	<b>10</b>	<b>3.2.4</b>	Die Gesundheitsberichterstattung der Länder . . . . .	<b>64</b>
<b>2.1.5</b>	Eine neue Disziplin des „globalen“ Public Health? . . . . .	<b>12</b>	<b>3.2.5</b>	Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes . . . . .	<b>65</b>
<b>2.2</b>	<b>Public Health in Europa</b> . . . . .	<b>13</b>	<b>3.2.6</b>	Gesundheitsberichterstattung auf der internationalen Ebene . . . . .	<b>66</b>
<b>2.2.1</b>	Überblick . . . . .	<b>13</b>	<b>3.2.7</b>	Nichtstaatliche Gesundheitsberichterstattung . . . . .	<b>69</b>
<b>2.2.2</b>	Akteure, Gesundheitsentwicklung und Perspektiven . . . . .	<b>19</b>	<b>3.2.8</b>	Perspektiven . . . . .	<b>69</b>
<b>2.3</b>	<b>Ökonomisch benachteiligte nichteuropäische Länder</b> . . . . .	<b>26</b>	<b>4</b>	<b>Humangenetik: Sind Gesundheit und Krankheit angeboren?</b> . . . . .	<b>71</b>
<b>2.3.1</b>	Ausgangssituation und Strategien . .	<b>26</b>	<b>4.1</b>	Einleitung . . . . .	<b>72</b>
<b>2.3.2</b>	Gesundheit als Menschenrecht und als Grundlage ökonomischer Entwicklung . . . . .	<b>30</b>			

4.2	Normal oder krank? . . . . .	72	5.3	Methoden der Umweltmedizin . . .	101
4.3	Mutationen . . . . .	73	5.3.1	Expositionsabschätzung (äußere Belastung) . . . . .	101
4.3.1	Chromosomenmutationen . . . . .	73	5.3.2	Umweltmedizinisches Biomonitoring (innere Belastung) . .	101
4.3.2	Genommutationen . . . . .	75	5.3.3	Umweltmedizinische Wirkungsforschung und Risikoabschätzung . . . . .	102
4.3.3	Genmutationen . . . . .	75	5.4	Ausgewählte Themenfelder der Umweltmedizin . . . . .	107
4.3.4	Multifaktorielle Erkrankungen . . . . .	77	5.4.1	Gesundheitliche Risiken durch physikalische, chemische, biogene und komplexere Umwelteinflüsse . . . . .	107
4.4	Erbliche Krebserkrankungen . . . . .	78	5.4.2	Umweltbedingte Krebserkrankungen . . . . .	113
4.5	Genetisches Risiko . . . . .	80	5.4.3	Allergien und Atemwegserkrankungen . . . . .	114
4.6	Pränataldiagnostik . . . . .	81	5.4.4	Umweltbezogene Gesundheitsstörungen, umweltmedizinische Versorgung und Risikokommunikation . . . . .	116
4.7	Die Bedeutung der Genetik in der Medizin allgemein . . . . .	82	5.5	Ausblick . . . . .	119
4.8	Genetische Reihenuntersuchungen . .	83	6	<b>Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit . . . . .</b>	121
4.8.1	Testvalidität . . . . .	83	6.1	Einleitung . . . . .	121
4.8.2	Warum genetische Reihen- untersuchungen: Prävention . . . . .	83	6.2	Erwerbsrolle, Gesundheit und Krankheit . . . . .	122
4.8.3	Genetische Reihenuntersuchungen – in wessen Interesse? . . . . .	84	6.2.1	Begriffliche und sozialhistorische Grundlagen . . . . .	122
4.8.4	Zielgruppen medizinisch motivierter genetischer Reihenuntersuchungen . .	84	6.2.2	Soziale Ungleichheit und Krankheit: Die Rolle des Erwerbslebens . . . . .	123
4.8.5	Heterozygoten-Screening: Tests auf Anlageträgerschaft für Krankheiten in der Folgegeneration . . . . .	85	6.2.3	Stresstheoretische Erklärungsmodelle . . . . .	125
4.8.6	Kosten-Nutzen-Erwägungen bei gene- tischen Reihenuntersuchungen . . . . .	86	6.3	<b>Geschlechtsrolle, Gesundheit und Krankheit . . . . .</b>	127
4.9	Gene, die gesund erhalten . . . . .	87	6.3.1	Konzeptionelle Überlegungen . . . . .	127
4.10	Das Humangenomprojekt – bio- medizinische, ethische, rechtliche und soziale Aspekte . . . . .	88	6.3.2	Individualisierung und Geschlechtsrollen: die gesellschaftliche Dimension von Gesundheit . . . . .	129
4.11	Das deutsche Gendiagnostik- gesetz . . . . .	88	6.3.3	Geschlechtsrolle als pathogener Faktor . . . . .	130
5	<b>Welchen Einfluss hat die Umwelt? . . . . .</b>	93	6.4	<b>Folgerungen für die Public-Health- Praxis . . . . .</b>	134
5.1	Einführung . . . . .	93			
5.1.1	Die Grundbegriffe Umwelt, Gesundheit, Krankheit . . . . .	93			
5.1.2	Ätiologisches Grundmodell . . . . .	94			
5.1.3	Ökologische Krise . . . . .	94			
5.1.4	Standortbestimmung von Environ- mental Health und Umweltmedizin . .	97			
5.2	Grundprinzipien der Umweltmedizin . . . . .	98			
5.2.1	Einteilung anthropogener Umweltbelastungen . . . . .	98			
5.2.2	Emission, Immission, Exposition . . . .	98			
5.2.3	Toxikologische Grundlagen . . . . .	98			

## XXIV Inhaltsverzeichnis

<b>7</b>	<b>Public-Health-Ethik: normative Grundlagen und methodisches Vorgehen</b> . . . . .	<b>137</b>	<b>9.5</b>	<b>Biologische Veränderungen im Alter</b> . . . . .	<b>180</b>
7.1	Definition und Aufgaben einer Public-Health-Ethik . . . . .	137	9.6	Prävention und Gesundheitsförderung im Alter . . . . .	184
7.2	Normative Grundlagen einer Public-Health-Ethik . . . . .	137	<b>10</b>	<b>Gesundheitsförderung und Prävention</b> . . . . .	<b>187</b>
7.3	Ethische Kriterien zur Beurteilung von Public-Health-Maßnahmen . . . . .	138	10.1	<b>Gesundheitsförderung</b> . . . . .	<b>187</b>
7.4	Methodisches Vorgehen einer Public-Health-Ethik . . . . .	141	10.1.1	Gesundheitsförderung: ein Perspektivenwechsel . . . . .	187
<b>8</b>	<b>Machen wir uns selbst krank?</b> . . . . .	<b>143</b>	10.1.2	Gesundheitsförderung: Entstehungskontext und Entwicklungslinien . . . . .	188
8.1	Gesundheitsverhalten – psychosoziale Aspekte . . . . .	143	10.1.3	Gesundheitsförderung: Methoden und Strategien . . . . .	190
8.1.1	Die Bedeutung des Problems . . . . .	143	10.1.4	Ausblick . . . . .	195
8.1.2	Determinanten gesundheitsrelevanten Verhaltens . . . . .	144	10.2	<b>Prävention</b> . . . . .	<b>196</b>
8.1.3	Interventionsansätze aus Public-Health-Perspektive . . . . .	153	10.2.1	Definitionen . . . . .	196
8.2	<b>Ernährung</b> . . . . .	<b>154</b>	10.2.2	Handlungsfelder . . . . .	202
8.2.1	Überblick . . . . .	154	10.2.3	Potentiale . . . . .	202
8.2.2	Ernährung und chronisch degenerative Erkrankungen . . . . .	154	10.2.4	Bevölkerungs- und (Hoch-) Risikogruppenstrategien – das Präventionsparadox . . . . .	208
8.2.3	Betrachtung der Ernährungssituation in Deutschland . . . . .	157	10.2.5	Zielgruppen und Zugangswege . . . . .	211
8.2.4	Ernährung und Public Health . . . . .	158	10.2.6	Sekundärprävention . . . . .	216
8.2.5	Ansätze für Ernährungsempfehlungen . . . . .	159	10.2.7	Von der Planung zur Umsetzung . . . . .	222
8.3	<b>Bewegung</b> . . . . .	<b>160</b>	10.3	<b>Prävention in der Pflege</b> . . . . .	<b>223</b>
8.3.1	Sportliche Aktivität und Gesundheit . . . . .	160	10.4	<b>Strategien des sozialen Marketing</b> . . . . .	<b>227</b>
8.3.2	Gesundheitssport und Gesundheitssportprogramme: Ziele und deren Umsetzung . . . . .	162	10.4.1	Theoretische Konzepte . . . . .	227
<b>9</b>	<b>Altsein – Kranksein?</b> . . . . .	<b>167</b>	10.4.2	Soziale Marketingstrategien am Beispiel AIDS – „Gib AIDS keine Chance“ . . . . .	229
9.1	Definition von Altern und Alter . . . . .	167	<b>C</b>	<b>Institutionen, Systeme, Strukturen</b> . . . . .	<b>241</b>
9.2	Altern aus demographischer und soziodemographischer Sicht . . . . .	168	<b>11</b>	<b>Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik</b> . . . . .	<b>243</b>
9.3	Gibt es ein natürliches Ende der steigenden Lebenserwartung? . . . . .	173	11.1	<b>Ziele der Gesundheitspolitik</b> . . . . .	<b>243</b>
9.3.1	„Vermeidbare“ Mortalität . . . . .	175	11.1.1	Ziele der Gesundheitspolitik in historischer Perspektive . . . . .	244
9.3.2	Sozioökonomische Determinanten der Sterblichkeit . . . . .	176	11.1.2	Gesundheitsziele in historischer Perspektive . . . . .	245
9.4	<b>Werden wir immer kränker?</b> Die Entwicklung der Morbidität . . . . .	176	11.1.3	Gesundheitsziele in Deutschland . . . . .	247
			11.1.4	Europäische Integration und Gesundheitspolitik . . . . .	250

11.2	Strukturen und Instrumente der Gesundheitspolitik . . . . .	251	<b>14</b>	<b>Krankenversorgung und Pflege . . . . .</b>	<b>301</b>
11.2.1	Dimensionen der Gesundheitspolitik . .	251	14.1	Konzepte und Strukturen der Krankenversorgung . . . . .	301
11.2.2	Gesundheitspolitische Analysemodelle . . . . .	251	14.2	Berufsfelder in der Krankenversorgung . . . . .	303
11.3	Gesundheitspolitische Fallstudien . .	253	14.2.1	Zur Entwicklung ärztlicher Tätigkeit und zur Berufsrolle des Arztes . . . . .	304
11.3.1	Gesundheitsreformen in Deutschland 1977–2001 . . . . .	254	14.2.2	Zur Entwicklung anderer Gesundheitsdienstleistungsberufe . .	306
11.3.2	Gesundheitspolitik 2002–2011 . . . .	255	14.3	Zur Entwicklung von Pflege und Pflegewaterwissenschaft . . . . .	308
<b>12</b>	<b>Institutionen, Systeme und Strukturen in der Gesundheits- förderung und Prävention . . . . .</b>	<b>259</b>	14.4	Ärztliche Versorgung . . . . .	310
12.1	Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention – internationale Perspektive . . . . .	259	14.4.1	Ambulante Krankenversorgung . . . .	310
12.1.1	Einführung . . . . .	259	14.4.2	Stationäre Krankenversorgung . . . . .	318
12.1.2	Interorganisationale Netzwerk- systeme und -strukturen im Bereich Gesundheitsförderung . . . . .	261	14.4.3	Integrierte Versorgung . . . . .	328
12.1.3	Strukturen zur Finanzierung von Gesundheitsförderung und Primärprävention . . . . .	267	14.5	Rehabilitation . . . . .	330
12.1.4	Ausblick . . . . .	270	14.6	Pflegerische Versorgung . . . . .	335
12.2	Prävention: Institutionen und Strukturen . . . . .	271	14.7	Arzneimittelversorgung . . . . .	341
12.2.1	Einrichtungen und Strukturen auf Bundesebene . . . . .	273	14.7.1	Rahmenbedingungen und Arzneimittelmarkt . . . . .	342
12.2.2	Einrichtungen und Strukturen auf Landesebene . . . . .	281	14.7.2	Public-Health-Forschung zur Arzneimittelversorgung . . . . .	347
12.2.3	Einrichtungen und Strukturen auf kommunaler Ebene . . . . .	282	<b>15</b>	<b>Patient . . . . .</b>	<b>351</b>
12.2.4	Bewertung . . . . .	285	15.1	Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens . . . . .	352
<b>13</b>	<b>Der Öffentliche Gesundheitsdienst . . . . .</b>	<b>289</b>	15.1.1	Die Nutzer auf der Makroebene – Bürger . . . . .	353
13.1	Der Öffentliche Gesundheitsdienst – eine Begriffsbestimmung . . . . .	290	15.1.2	Die Nutzer auf der Mesoebene – Versicherte und Beitragszahler . . . . .	354
13.2	Aufgaben im Dienst der öffentlichen Gesundheit . . . . .	291	15.1.3	Die Nutzer auf der Mikroebene . . . .	355
13.3	Strukturen des ÖGD in Deutschland und in Europa . . . . .	294	15.1.4	Fazit . . . . .	359
13.4	Qualifikationen in und für den ÖGD . . . . .	296	15.2	Der Patient im Versorgungs- geschehen: Gesundheitsselfthilfe und Laienpotential . . . . .	359
13.5	Zukunftsperspektiven . . . . .	297	15.2.1	Einführung: Laiensystem und Dritter Sektor . . . . .	359
			15.2.2	Einstellungen von Patienten und Bevölkerung . . . . .	362
			15.2.3	Patienten und ihre Angehörigen als Leistungserbringer und Koproduzenten . . . . .	363
			15.2.4	Unterstützung und Förderung von Selbsthilfe und Netzwerken . . . .	367

## XXVI Inhaltsverzeichnis

15.2.5	Kooperation zwischen Patienten und professionellem System . . . . .	371	16.3.3	Übrige Finanzierungsträger . . . . .	400
15.2.6	Potential der Laien für das Gesundheitssystem . . . . .	372	16.4	Finanzierung des Leistungsangebots . . . . .	401
15.3	Einbeziehung des Patienten in das Gesundheitssystem: Patientenrechte und Bürgerbeteiligung – Bestand und Perspektiven . . . . .	373	16.4.1	Stationäre Krankenversorgung . . . . .	401
15.3.1	Was bedeutet Einbeziehung und wer soll einbezogen werden? . . . . .	373	16.4.2	Kassenärztliche Versorgung . . . . .	402
15.3.2	Begründungen für Beteiligung . . . . .	376	16.4.3	Arzneimittelversorgung . . . . .	402
15.3.3	Einbeziehung und Recht . . . . .	376	16.5	Die Ausgaben und ihre Entwicklung . . . . .	403
15.3.4	Individuelle Patientenrechte . . . . .	377	16.5.1	Nationale Betrachtung . . . . .	403
15.3.5	Kollektive Bürgerbeteiligung . . . . .	378	16.5.2	Internationale Betrachtung . . . . .	403
15.3.6	Autonomien, Koalitionen, Systemperspektiven . . . . .	379	<b>D</b>	<b>Informationen sammeln, deuten und nutzen . . . . .</b>	<b>407</b>
15.4	Stärkung der Gesundheitskompetenz: Bildung, Information und Beratung . . . . .	379	<b>17</b>	<b>Epidemiologische Methoden zur Gewinnung verlässlicher Daten . . . . .</b>	<b>409</b>
15.4.1	Gesundheitskompetenz . . . . .	379	17.1	Epidemiologie – eine Basiswissenschaft für Public Health . . . . .	410
15.4.2	Der Stellenwert von Informationen . . . . .	380	17.1.1	Fragestellungen und Ziele epidemiologischer Forschung . . . . .	410
15.4.3	Qualitätsanforderungen an Informationsangebote . . . . .	381	17.1.2	Definition von Epidemiologie . . . . .	410
15.4.4	Spektrum der Instanzen und Medien der Informationsvermittlung . . . . .	382	17.1.3	Kausalität . . . . .	411
15.4.5	Massen- und Printmedien als Informationsquelle . . . . .	385	17.2	Epidemiologische Maßzahlen zur Messung von Krankheitshäufigkeiten und Sterblichkeit . . . . .	413
15.4.6	Qualitätssicherung von Informationen über Gesundheit und Krankheit . . . . .	387	17.2.1	Prävalenz . . . . .	414
15.4.7	Ausblick . . . . .	388	17.2.2	Inzidenz . . . . .	414
<b>16</b>	<b>Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung . . . . .</b>	<b>391</b>	17.2.3	Zusammenhang von Inzidenz und Prävalenz . . . . .	416
16.1	Übersicht . . . . .	391	17.2.4	Mortalität . . . . .	416
16.2	Finanzierung im Gesundheitssystem . . . . .	391	17.2.5	Letalität . . . . .	417
16.2.1	Organisation von Gesundheitssystemen . . . . .	392	17.2.6	Altersstandardisierung . . . . .	417
16.2.2	Finanzierung der Krankheitsrisiken . . . . .	393	17.3	Vergleich von Krankheitshäufigkeiten und -risiken (Assoziationsmaße) . . . . .	418
16.2.3	Vergütung von Gesundheitsleistungen . . . . .	396	17.3.1	Relatives Risiko . . . . .	419
16.3	Finanzierungsträger . . . . .	397	17.3.2	Attributable Risiken . . . . .	420
16.3.1	Gesetzliche Krankenversicherung . . . . .	397	17.3.3	Odds Ratio . . . . .	421
16.3.2	Private Krankenversicherung . . . . .	399	17.4	Grundprinzipien der Planung, Durchführung und Auswertung epidemiologischer Studien . . . . .	422
			17.5	Verzerrungen und Fehlerquellen in epidemiologischen Studien . . . . .	423

17.5.1	Zufällige Fehler	423	18.2.4	Probleme und Fallen auf dem Weg von subjektiven Daten zu objektivierbaren Analysen	479
17.5.2	Systematische Fehler (Bias)	424	18.3	<b>Die Perspektive der Patienten – Lebensqualität und Patientenzufriedenheit</b>	485
17.5.3	Fehler durch Störgrößen (Confounding)	427	18.3.1	Ein kurzer historisch-philosophischer Exkurs	485
17.6	Effektmodifikation (Interaktion)	430	18.3.2	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	486
17.7	Validität eines Tests zur Messung des Expositions- bzw. Krankheitsstatus: Sensitivität, Spezifität, Vorhersagewert	430	18.3.3	Patientenzufriedenheit	487
17.8	Epidemiologische Studientypen	432	18.3.4	Patientennahe Outcomes auswerten und interpretieren	490
17.8.1	Ökologische Studien	433	19	<b>Der Effizienz auf der Spur: eine Einführung in die ökonomische Evaluation</b>	493
17.8.2	Querschnittsstudien	434	19.1	Grundlagen der ökonomischen Evaluation	493
17.8.3	Kohortenstudien	435	19.1.1	Medizinische Technologien und ökonomische Bewertung	493
17.8.4	Fall-Kontroll-Studien	437	19.1.2	Theoretische Grundlagen	495
17.8.5	Experimentelle Studien	439	19.1.3	Arten der ökonomischen Evaluation	496
17.9	Systematische Reviews und Metaanalysen	442	19.1.4	Untersuchungsansatz	497
17.10	Prävention von Infektionskrankheiten	444	19.2	<b>Kostenmessung</b>	499
17.11	Surveillance	447	19.2.1	Direkte Kosten	499
17.12	Wissenschaftliche Evidenz aus Studien – wie verlässlich sind die Ergebnisse?	448	19.2.2	Indirekte Kosten	502
18	<b>Subjektive Daten – objektive Analyse</b>	451	19.2.3	Diskontierung der Kosten	503
18.1	<b>Qualitative und quantitative Methoden der Datengewinnung</b>	451	19.3	<b>Erhebung der Effekte</b>	504
18.1.1	Sozialwissenschaftliche Methoden der Datengewinnung	451	19.3.1	Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	505
18.1.2	Datengewinnung aus der Befragung von Personen	452	19.3.2	Bewertung der Lebensqualität	507
18.1.3	Datengewinnung aus der Beobachtung von Situationen	460	19.3.3	Qualitätsgleiche Lebensjahre	510
18.1.4	Datengewinnung aus Dokumenten	462	19.3.4	Monetarisierete Effekte	510
18.1.5	Methodenmix	465	19.3.5	Diskontierung der Effekte	510
18.1.6	Fazit: Vergleichende Beurteilung der Methoden der Datengewinnung	465	19.4	<b>Evaluationsergebnis und Entscheidungsunterstützung</b>	511
18.2	<b>Auswertungsverfahren</b>	467	19.4.1	Unsicherheiten in den Evaluationsergebnissen	511
18.2.1	Einleitung	467	19.4.2	Qualität und Vergleichbarkeit der Studien	512
18.2.2	Datensorten in der Erhebung subjektiver Daten	468	19.4.3	Entscheidungskontext und Entscheidungsunterstützung	513
18.2.3	Analysemethoden für subjektive Daten	471	19.5	<b>Ausblick</b>	514

<b>20</b>	<b>Transparente Entscheidungen in Public Health mittels systematischer Entscheidungs-analyse</b> . . . . .	517	21.2.4	Versicherungsökonomische Funktion . . . . .	544
20.1	Grundlagen der Entscheidungsanalyse . . . . .	517	21.2.5	Gesundheitsökonomische Bedeutung . . . . .	545
20.1.1	Entscheidungen unter Unsicherheit . . . . .	518	21.2.6	Gesellschaftsökonomische Funktion . . . . .	546
20.1.2	Definition und Ziele der Entscheidungsanalyse . . . . .	519	21.2.7	Gesellschaftspolitische Funktion . . . . .	547
20.2	Die Rolle der Entscheidungsanalyse in Public Health . . . . .	519	21.3	<b>Methoden der sozialmedizinischen Beurteilung im Einzelfall</b> . . . . .	548
20.3	<b>Methoden und Fallbeispiel</b> . . . . .	521	21.3.1	Sozialmedizinische Fallberatung . . . . .	548
20.3.1	Entscheidungsanalytische Modelle und Verfahren . . . . .	521	21.3.2	Beratung . . . . .	549
20.3.2	Fallbeispiel Screening . . . . .	524	21.3.3	Ausnutzen des „Ankündigungseffekts“ . . . . .	550
20.3.3	Die Schritte der Entscheidungs-analyse . . . . .	525	21.3.4	Aktenstellungnahme, Aktengutachten und Informationsmanagement . . . . .	550
20.4	<b>Hinweise für die Praxis</b> . . . . .	531	21.3.5	Patientenbefragung . . . . .	551
20.4.1	Fortbildung, wissenschaftlicher Austausch und interdisziplinäre Netzwerke . . . . .	531	21.3.6	Anlassbezogene Begutachtung . . . . .	551
20.4.2	Datenerhebung . . . . .	532	21.3.7	Qualitätssicherung der Begutachtung . . . . .	552
20.4.3	Software . . . . .	533	21.4	<b>Institutionen der sozial-versicherungsmedizinischen Beratung und Begutachtung</b> . . . . .	552
20.5	Kritische Würdigung der Entscheidungsanalyse in Public Health . . . . .	533	<b>22</b>	<b>Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung</b> . . . . .	555
<b>21</b>	<b>Sozialmedizinische Beratung und Begutachtung</b> . . . . .	537	22.1	Stellung und Aufgaben der Gesundheitssystemforschung . . . . .	555
21.1	Der Kranke als Mitglied der Gesellschaft und Versicherter in Beratung und Begutachtung . . . . .	537	22.2	Der Gegenstand: das Gesundheitssystem . . . . .	556
21.1.1	Der Patient und sein Arzt . . . . .	537	22.2.1	Traditionelle Gliederung . . . . .	556
21.1.2	Die gesetzliche Sozialversicherung im gesellschaftlichen Kontext . . . . .	538	22.2.2	Erweiterter Gesundheitssystem-begriff . . . . .	558
21.1.3	Der sozialversicherungsmedizinische Krankheitsbegriff und sein Gutachter . . . . .	538	22.3	<b>Modelle der Gesundheits-systemforschung</b> . . . . .	559
21.2	<b>Ziele der sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung</b> . . . . .	539	22.4	<b>Themen und Methoden der Gesundheitssystemforschung</b> . . . . .	563
21.2.1	Feststellen der persönlichen (medizinischen) Voraussetzungen als Grundlage für Leistungsentscheide . . . . .	539	22.4.1	Bedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme: Wer möchte und wer sollte das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen, und wer tut es tatsächlich? . . . . .	563
21.2.2	Individuelle Steuerungsfunktion . . . . .	541	22.4.2	Finanzielle Ressourcen, Systemstruktur und Organisation: Wie viel wird wofür im Gesundheitssystem eingesetzt? . . . . .	568
21.2.3	Qualitätssichernde Funktionen . . . . .	541			

22.4.3	Der Prozess der Gesundheitsversorgung: Welche Leistungen werden wo, von wem, wie und in welcher Menge erbracht? . . . . .	571	24.3	<b>Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten am Beispiel des Krankheitsbilds Diabetes mellitus . .</b>	609
22.4.4	Ergebnisse und Resultate: Was leistet das Gesundheitssystem? . . . . .	573	24.3.1	Epidemiologie und ökonomische Auswirkungen . . . . .	609
22.5	Internationale Gesundheitssystemvergleiche . . . . .	578	24.3.2	Definition, Pathophysiologie und Klassifikation des Diabetes mellitus . .	610
<b>E</b>	<b>Krankheitsbilder . . . . .</b>	<b>583</b>	24.3.3	Charakterisierung von Diabetes Typ 1 und Typ 2 . . . . .	611
<b>23</b>	<b>Public Health und klinische Medizin . . . . .</b>	<b>585</b>	24.3.4	Konsequenzen für die Wahl und Ausübung eines Berufs . . . . .	613
23.1	Einleitung . . . . .	585	24.3.5	Erfolge etablierter therapeutischer Maßnahmen . . . . .	613
23.2	Die Bedeutung der klinischen Medizin für Public Health . . . . .	586	24.3.6	Viszerale Adipositas und Hypoglykämie: Fallstricke der Typ-2-Diabetologie . . . . .	616
23.3	Bevölkerungsmedizinische Grundlagen und Implikationen der klinischen Medizin . . . . .	589	24.3.7	Therapiekonzepte in der Typ-2-Diabetologie . . . . .	617
23.3.1	Epidemiologie und klinische Medizin . . . . .	589	24.3.8	Nationale Versorgungsstrukturen in der Diabetologie . . . . .	619
23.3.2	Versorgungsforschung und Rationalisierung der klinischen Medizin . . . . .	590	24.3.9	Chancen für die Typ-2-Diabetologie . . . . .	620
23.3.3	Priorisierung in der klinischen Medizin und gesundheitlichen Versorgung . .	590	24.4	<b>Bösartige Neubildungen . . . . .</b>	621
<b>24</b>	<b>Einzelne Krankheitsbilder . . . . .</b>	<b>593</b>	24.4.1	Public Health und Epidemiologie . . .	621
24.1	<b>Infektionskrankheiten . . . . .</b>	<b>594</b>	24.4.2	Public Health und Versorgungsevaluation . . . . .	626
24.1.1	Einführung . . . . .	594	24.4.3	Folgerungen für das Gesundheitswesen . . . . .	628
24.1.2	Influenza . . . . .	595	24.5	<b>Psychiatrische Erkrankungen . . . . .</b>	629
24.1.3	Pandemie . . . . .	597	24.5.1	Epidemiologie psychischer Störungen . . . . .	630
24.1.4	Grippeüberwachung in Deutschland . . . . .	599	24.5.2	Public Health und Versorgungsplanung . . . . .	634
24.1.5	Volkswirtschaftliche Aspekte . . . . .	600	24.5.3	Folgerungen für die Entwicklung des Gesundheitswesens . . . . .	637
24.1.6	Zusammenfassung . . . . .	600	24.6	<b>Riskanter Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen . . . . .</b>	639
24.2	<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen . . . . .</b>	<b>600</b>	24.6.1	Definition und Prävalenz . . . . .	639
24.2.1	Epidemiologie . . . . .	600	24.6.2	Primärprävention . . . . .	641
24.2.2	Kardiovaskuläre Risikofaktoren . . . . .	603	24.6.3	Sekundärprävention . . . . .	643
24.2.3	Behandlung des Myokardinfarkts . . . . .	604	24.6.4	Tertiärprävention . . . . .	645
24.2.4	Rehabilitation . . . . .	605	24.6.5	Schlussfolgerungen . . . . .	645
24.2.5	Beginn und Dauer der Rehabilitationsbehandlung . . . . .	607	24.7	<b>Erkrankungen des Kauorgans . . . . .</b>	646
24.2.6	Berufliche Integration und Nachsorge . . . . .	607	24.7.1	Definitionen, Diagnose, Ätiologie und Therapie . . . . .	646
24.2.7	Schlussfolgerungen . . . . .	608			
24.2.8	Zusammenfassung . . . . .	609			

**XXX** Inhaltsverzeichnis

24.7.2	Risikofaktoren und Prävalenz . . . . .	648	25.5.3	Statistik . . . . .	691
24.7.3	Strategien zur Mundgesundheits- förderung . . . . .	650	25.5.4	Lebenslagen . . . . .	692
24.7.4	Versorgungsforschung – Standortbestimmung . . . . .	653	25.5.5	Rehabilitations- und Teilhabeleistungen . . . . .	696
24.7.5	Ergebnisse der Versorgungs- epidemiologie . . . . .	655	25.5.6	Ausblick . . . . .	702
24.7.6	Aufgaben von Dental-Public-Health für Gesundheitswesen und Politik . .	655	25.6	Ältere und Alte . . . . .	703
<b>F</b>	<b>Bevölkerungsgruppen</b> . . . . .	657	25.6.1	Demographische Entwicklung, Strukturwandel des Alters und Folgen für das Gesundheits- wesen . . . . .	703
<b>25</b>	<b>Einzelne Bevölkerungsgruppen</b> . . . . .	659	25.6.2	Herausforderungen der Versorgungs- gestaltung . . . . .	705
25.1	Überblick: Warum haben Bevölke- rungsgruppen unterschiedlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung und sind unterschiedlich von Krankheitsrisiken und Krankheiten betroffen? . . . . .	660	25.6.3	Derzeitige Versorgungsformen und künftiger Bedarf . . . . .	707
25.2	Kinder und Jugendliche . . . . .	661	25.6.4	Anforderungen an die Zukunft . . . . .	714
25.2.1	Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen . . . . .	662	25.7	Menschen mit Migrations- hintergrund . . . . .	715
25.2.2	Ursachen gesundheitlicher Problemlagen . . . . .	664	25.7.1	Menschen mit Migrations- hintergrund als Zielgruppe . . . . .	715
25.2.3	Handlungsfelder für Gesundheits- förderung . . . . .	667	25.7.2	Gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrations- hintergrund . . . . .	716
25.2.4	Probleme der Inanspruchnahme professioneller Hilfe . . . . .	668	25.7.3	Unterschiedlicher Zugang zur Gesundheitsversorgung . . . . .	717
25.2.5	Folgerungen und Ausblick . . . . .	668	25.7.4	Handlungsmöglichkeiten für Public Health . . . . .	719
25.3	Frauen und Männer . . . . .	669	<b>G</b>	<b>Planungsgrundlagen und Management</b> . . . . .	721
25.3.1	Geschlechterunterschiede in Morbidität und Mortalität . . . . .	670	<b>26</b>	<b>Planung und Management</b> . . . . .	723
25.3.2	Erklärungsansätze . . . . .	675	26.1	Definition von Management im Unterschied zur Verwaltung . . . . .	723
25.3.3	Ansätze zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit zwischen den Geschlechtern . . . . .	679	26.2	Management von Profit- und Non-Profit-Organisationen im Gesundheitswesen . . . . .	724
25.4	Arbeitende und Arbeitslose . . . . .	680	26.2.1	Druck auf das Management durch Wandel der sozialen und medizinischen Umwelt . . . . .	724
25.4.1	Einleitung . . . . .	680	26.2.2	Unterscheidung von Profit- und Non-Profit-Unternehmen . . . . .	725
25.4.2	Arbeitende . . . . .	681	26.3	Managementkonzepte . . . . .	725
25.4.3	Arbeitslose . . . . .	685	26.4	Einzelaspekte des Gesundheits- managements . . . . .	733
25.5	Behinderte . . . . .	687	26.5	Managed Care . . . . .	735
25.5.1	Behinderung – kein Fall für das Gesundheitswesen . . . . .	687			
25.5.2	Zugänge zum Begriff „Behinderung“ . . . . .	688			

<b>27</b>	<b>Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen</b> . . . . .	<b>743</b>	29.4.4	Chancen und Grenzen öffentlicher Diskurse um EbM und Gesundheitspolitik . . . . .	<b>790</b>
27.1	Zum Einstieg: Wovon sprechen wir? . . . . .	743	<b>H</b>	<b>Ausbildung und Forschung</b> . . . . .	<b>793</b>
27.2	Stationäre Versorgung im Krankenhaus . . . . .	752	<b>30</b>	<b>Public-Health-Ausbildung in Europa</b> . . . . .	<b>795</b>
27.3	Ambulante ärztliche Versorgung . . . . .	754	30.1	Die Entwicklung der Ausbildungsangebote . . . . .	795
27.4	Medizinische Rehabilitation . . . . .	756	30.2	Die curriculare Vielfalt der Master-Programme . . . . .	796
27.5	Prävention und Gesundheitsförderung . . . . .	758	30.3	Kernkompetenzen, Qualitätsstandards und Akkreditierung . . . . .	796
27.6	Wer evaluiert Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung? . . . . .	763	<b>31</b>	<b>Public-Health-Ausbildung in Deutschland</b> . . . . .	<b>799</b>
<b>28</b>	<b>Patientensicherheit und Risikomanagement</b> . . . . .	<b>765</b>	31.1	Public-Health-Ausbildung in Deutschland und Berufsfelder der Absolventinnen und Absolventen . . . . .	<b>799</b>
<b>29</b>	<b>Anwendung von evidenzbasierter Medizin</b> . . . . .	<b>771</b>	31.1.1	Ziele und Entwicklung der Public-Health-Ausbildung . . . . .	799
29.1	Einleitung . . . . .	771	31.1.2	Entwicklung der Public-Health-Ausbildung in Deutschland – die Phase der Postgraduierten-Studiengänge . . . . .	<b>800</b>
29.2	Medizinische Leitlinien . . . . .	772	31.1.3	Entwicklung der Public-Health-Ausbildung in Deutschland – die Phase der Ausdifferenzierung . . . . .	<b>801</b>
29.2.1	Einleitung und Definitionen . . . . .	772	31.1.4	Berufsfelder Public Health und beruflicher Verbleib der Absolventen der Public-Health-Studiengänge . . . . .	<b>802</b>
29.2.2	Ziele von Leitlinien . . . . .	773	31.1.5	Fazit . . . . .	<b>803</b>
29.2.3	Strategien der Leitlinien-Entwicklung . . . . .	774	<b>31.2</b>	<b>Public-Health-Inhalte im Medizinstudium</b> . . . . .	<b>804</b>
29.2.4	Verbreitung und Implementierung von Leitlinien . . . . .	777	31.2.1	Public Health in der Approbationsordnung . . . . .	804
29.2.5	Leitlinien in Deutschland . . . . .	777	31.2.2	Public Health in medizinischen Stoffkatalogen . . . . .	<b>805</b>
29.3	Health Technology Assessment (HTA) . . . . .	779	31.2.3	Public Health in ausgewählten Fächern in der Ausbildung von Medizinern . . . . .	<b>806</b>
29.3.1	Was ist Health Technology Assessment (HTA)? . . . . .	779	31.2.4	Die Vermittlung der Themen in der Ausbildung . . . . .	<b>806</b>
29.3.2	Entwicklung und Relevanz von HTA in Deutschland . . . . .	783	31.2.5	Zukünftige Entwicklung . . . . .	<b>807</b>
29.3.3	Dissemination, Implementation und Impact-Evaluierung von HTA-Berichten . . . . .	784			
29.3.4	Schlussfolgerungen . . . . .	786			
29.4	Evidenzbasierte Medizin und Gesundheitspolitik . . . . .	786			
29.4.1	Die Verwissenschaftlichung politischer Entscheidungsprozesse . . . . .	786			
29.4.2	Modernisierung der Steuerung in der GKV . . . . .	787			
29.4.3	Defizite der Nutzung von EbM und HTA . . . . .	789			

## **XXXII** Inhaltsverzeichnis

31.3	Public-Health-Inhalte in anderen gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen . . . . .	807	31.3.2	Differenzierung von Aufgabenfeldern und Qualifikationsbedarf . . . . .	809
31.3.1	Entwicklung gesundheits- wissenschaftlicher Studiengänge in Deutschland . . . . .	807	31.3.3	Fazit . . . . .	810
			<b>Register</b> . . . . .	<b>811</b>	