



Projektkurzbericht

Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebenssituation junger und alter Menschen im Ruhrgebiet

1 Hinführung zur Thematik

Das Ruhrgebiet wurde in den vergangenen Jahrzehnten von einem massiven strukturellen und sozialen Wandel geprägt. Während es noch bis ins 20. Jahrhundert aufgrund seiner stark ausgeprägten Industrie, insbesondere der Montanindustrie, einen ökonomischen Anker der Bundesrepublik und ganz Europas darstellte (vgl. z.B. Köllmann 1991), verlor es vor dem Strukturwandel an Prosperität. Bis heute ist das Ruhrgebiet von sozialen Disparitäten geprägt, die sich in einer besonders verbreiteten Arbeitslosigkeit, einer starken räumlichen Segregation und sozialen Brennpunkten in den Städten sowie einer überdurchschnittlichen Armutsquote widerspiegeln (vgl. Korte und Dinter 2019; Strohmeier 2014; Betz 2011; Röhl und Schröder 2016; Röhl 2019; Ragnitz und Förtsch 2018; Tänzler et al. 2015).

Besonders davon betroffen sind Kinder und Jugendliche. Die Kinderarmut liegt im Ruhrgebiet bei ca. 28% (vgl. Groos und Jehles 2015). Doch auch bei älteren Menschen im Ruhrgebiet spielt die Altersarmut eine zunehmende Rolle. Wie in einem aktuellen Bericht des Paritätischen Gesamtverbandes festgestellt, weist Nordrhein-Westfalen eine der höchsten Armutsquoten in ganz Deutschland auf. Die zeitliche Entwicklung ist dabei besonders besorgniserregend. So stieg die Armutsquote in NRW von 14,7% im Jahr 2008 auf 18,1% im Jahr 2018 an. Dieser Trend wird insbesondere auf die Entwicklung des Ruhrgebiets zurückgeführt (vgl. Pieper et al. 2019).

Armut ist dabei sehr stark mit dem sozioökonomischen Status (engl. Socioeconomic Status, SES) assoziiert. Dieser spiegelt den Sozialstatus bzw. die Position einer Person oder eines Haushaltes in der gesellschaftlichen Hierarchie wider. Zu den zentralen Dimensionen des SES gehören neben dem Bildungsstand auch die Einkommensverhältnisse sowie der Berufsstatus einer Person. Es hat sich gezeigt, dass ein niedriger SES mit einer stärkeren Morbidität, einem schlechteren Gesundheitszustand und Lebensstil bzw. Gesundheitsverhalten sowie einer geringeren Lebenserwartung verbunden ist (vgl. Groot und Sager 2010).

Hinzu kommt, dass das Ruhrgebiet von einem starken demographischen Wandel gekennzeichnet ist. Vorausberechnungen des IT.NRW zeigen, dass bis 2060 der Altenquotient in Nordrhein-Westfalen vor allem in den Landkreisen deutlich steigen wird. Darüber hinaus wird prognostiziert, dass die Bevölkerung bis zum Jahr 2032 leicht ansteigen, danach jedoch kontinuierlich zurückgehen wird (vgl. IT.NRW 2019). Sollte sich die Bevölkerungsstruktur tatsächlich gemäß den Prognosen verändern, ist mit einem erhöhten Risiko der Unterversorgung vor allem älterer Menschen zu rechnen. Daher gilt es, rechtzeitig präventive und interventionelle Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen (vgl. Fuchs et al. 2013).

Das Ruhrgebiet verfügt über eine einzigartige Raum- und Sozialstruktur. Die eben geschilderten Problemlagen lassen sich insbesondere auf den starken strukturellen und demographischen Wandel der Region zurückführen. Vor diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, dass die medizinischen Versorgungsstrukturen im Ruhrgebiet in adäquater Weise darauf ausgerichtet sind, diesen Herausforderungen gerecht zu werden und die Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere die der vulnerablen Gruppe Jugendlicher und älterer Menschen mit niedrigem SES, langfristig zu stärken. Hierzu müssen jedoch auch die jeweiligen Versorgungsbedarfe und die individuellen Bedürfnisse dieser vulnerablen Gruppen hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Versorgung ermittelt werden.

2 Aktuelle Versorgungssituation im Ruhrgebiet

Die Beschreibung der **Versorgungssituation** des Ruhrgebiets stellt die Ausgangslage der vorliegenden Studie dar und ist für das Verständnis der gesundheitsbezogenen Lebenssituation und zur Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich der Morbidität, Inanspruchnahme und unerfüllten Behandlungswünsche besonders essenziell. Es wurde untersucht, inwieweit die Ansprüche der vulnerablen Gruppen in der Struktur und dem Umfang der Gesundheitsversorgung ausreichend Berücksichtigung finden.

Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass die ambulante Versorgung im Ruhrgebiet rein rechnerisch eher einer theoretischen Überversorgung entspricht. Im regionalen Vergleich mit dem Rheinland und der Region Rhein-Main ergibt sich jedoch eine Schlechterstellung des Ruhrgebiets. Diese resultierte in der Anpassung der Bedarfsplanung sowohl in der somatischen als auch der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung durch das Schaffen neuer Niederlassungsmöglichkeiten sowie dem Aufheben eines bis Ende 2017 gültigen Sonderstatus zum 01. Januar 2018. In der Folge definierte die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Ruhrgebiet als sogenannten polyzentrischen Verflechtungsraum. Dieser zeichnet sich im Vergleich zu anderen Versorgungstypen durch einzigartige Strukturen, wie die Verdichtung sowie intraregional wechselseitige Versorgungsbeziehungen, aus, welche eine Differenzierung nach mitversorgendem oder mitversorgtem Bereich nicht ermöglichen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020, S. 5).

Für das stationäre Leistungsangebot lassen sich Hinweise auf eine adäquate Versorgung mit teilweisen Tendenzen zur Überversorgung in den Ballungsgebieten erkennen. Dies ist sowohl für den somatischen als auch psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich festzustellen. Weitere quantitative Kriterien, wie bspw. die Fahrtzeit zum Erreichen der Versorgungsangebote, geben derzeit keinen Hinweis auf eine unzureichende Versorgungssituation.

Darüber hinaus kann strukturell davon ausgegangen werden, dass das Ruhrgebiet eine Gesundheitsregion darstellt, die Tendenzen zur Überversorgung (ähnlich wie andere Ballungsgebiete) zeigt. Allerdings sind die Besonderheiten des Ruhrgebietes so markant, dass die Ergebnisse der Untersuchung hervorheben, dass eine Übertragung der klassischen Versorgungsbemessungsgrenzen nicht adäquat ist. Da das Ruhrgebiet aufgrund seiner Geschichte und seiner Entwicklung eine Region mit besonderen Anforderungen darstellt, ist das Versorgungsangebot nicht nur eine quantitative, sondern besonders eine qualitative Frage.

Im Rahmen einer durchgeführten Expertenbefragung zeigt die Einschätzung der Experten zur Gesundheitsversorgung im Ruhrgebiet im Allgemeinen, dass die Versorgungssituation als eher positiv eingestuft wird. Im Vergleich dazu wird die Versorgung der vulnerablen Personengruppen Jugendlicher und älterer Menschen mit niedrigem Sozialstatus schlechter eingeschätzt. Spezielle Hinweise auf einen notwendigen Optimierungsbedarf gibt es in den Handlungsfeldern Aufklärung, Zugang zur Versorgung, Prozesssteuerung, Ressourcenmangel und der Entwicklung adäquater digitaler Prozesse.

3 Morbidität und Inanspruchnahme jüngerer und älterer Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status

Die Analyse der Morbidität und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist ein zentraler Bestandteil zur Evaluation der gesundheitsbezogenen Lebenssituation sowie des medizinischen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung im Ruhrgebiet. Die Ergebnisse der Untersuchungen weisen einen deutlichen sozialen Gradienten zu Lasten der vulnerablen Gruppen der jungen und alten Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES) auf.¹

Von besonderer Relevanz ist das Thema Gesundheit für die Alterskohorte der **Kinder und Jugendlichen**, da ein schlechter Gesundheitszustand bzw. erste Erkrankungen im Kindesalter das Risiko für eine besondere Krankheitslast und eine höhere Mortalität im Lebensverlauf erhöhen (vgl. Fuchs et al. 2012).

¹ Die Ergebnisse der empirischen Analysen beruhen auf den Datensätzen KIGGS Welle 2 (2014-2017) bzw. GEDA 2014/2015-EHIS des Robert Koch-Instituts. Wir danken dem Robert Koch-Institut für die Bereitstellung der Daten.

Im Vergleich zu anderen Studien auf nationaler Ebene lassen sich im Ruhrgebiet vor allem bei Übergewicht, Heuschnupfen sowie Asthma deutlich erhöhte Gesamtprävalenzen² nachweisen. Die Analysen für Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus zeigen, dass diese insbesondere häufiger an Atemwegserkrankungen (insbes. Asthma), Allergien (insbes. Heuschnupfen), Übergewicht und psychischen Auffälligkeiten bzw. Störungen erkranken als Kinder und Jugendliche mit hohem Sozialstatus. Bei Asthma und psychischen Auffälligkeiten ist darüber hinaus der soziale Gradient im Ruhrgebiet im Vergleich zu ganz Deutschland deutlich prominenter. Die verminderte Inanspruchnahme von Zahnärzten/Kieferorthopäden sowie regelmäßigen Zahnarztkontrollen bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem SES lässt darüber hinaus ein weiteres Problemfeld herausstellen. Das gilt auch für die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen, die vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie eine ganz besondere Rolle spielen. Somit stellen Kinderärzte (und Zahnärzte) in dieser Altersgruppe eine Schlüsselrolle dar, da sie in der Regel die erste Anlaufstelle für diese Leistungen sind. Doch im Ruhrgebiet bestätigt sich der Trend, dass Kinder und Jugendliche der unteren Sozialstatusgruppe seltener Kinderärzte, stattdessen aber häufiger Allgemeinmediziner, aufsuchen als die oberen Sozialstatusgruppen.

Auch für **ältere Menschen** im Ruhrgebiet lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den SES-Gruppen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebenssituation erkennen. Die Ergebnisse weisen entlang aller allgemeinen Gesundheitsindikatoren und Krankheiten einen deutlichen sozialen Gradienten auf. Dies zeigt sich insbesondere in der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands, aber auch in der Prävalenz depressiver Tendenzen³.

Bei spezifischer Betrachtung der Krankheiten scheinen ältere Menschen mit niedrigem SES häufiger an kardiometabolischen und -vaskulären Erkrankungen (u.a. Herzerkrankungen) sowie Erkrankungen der unteren Atemwege zu leiden. Für diese Ergebnisse sind vor allem die Indikationen Bluthochdruck, Adipositas, koronare Herzkrankheiten und dauerhaft atemwegsverengende Lungenerkrankung (COPD)⁴ verantwortlich, welche deutliche und statistisch signifikante Unterschiede zwischen den sozioökonomischen Statusgruppen aufweisen. Die sozioökonomischen Unterschiede in der Morbidität manifestieren sich noch deutlicher als im Vergleich zu epidemiologischen Ergebnissen für Deutschland. Aus diesem Grund sollten Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Versorgung oder Prävention die genannten Indikationen und Krankheitsgruppen in besonderem Maße berücksichtigen.

Die Analyse der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen stellt die Bedeutung der ambulanten (Fach-) Ärzte sowie der stationären Krankenhausversorgung für ältere Menschen mit niedrigem SES

² Prävalenz meint die relative Häufigkeit der Verbreitung einer Erkrankung in einer Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt.

³ In der Analyse wurde der Indikator „depressive Symptomatik“ verwendet.

⁴ "Chronic Obstructive Pulmonary Disease" (COPD)

heraus. Dem gegenüber werden zahnärztliche und physiotherapeutische Leistungen deutlich stärker von älteren Menschen mit hohem SES im Ruhrgebiet genutzt, was auf mögliche finanzielle Zugangsbarrieren hinweist. Interessant ist auch die vergleichsweise geringe Inanspruchnahme psychologischer Leistungen durch die niedrige Statusgruppe, was im Widerspruch zu nationalen Ergebnissen steht und ein Indikator für eine Unterversorgung ist.

4 Unerfüllte Behandlungswünsche und Ergebniszusammenführung

Eine ganzheitliche Betrachtung der gesundheitsbezogenen Lebenssituation der genannten vulnerablen Personengruppen im Ruhrgebiet wurde durch die Erfassung **unerfüllter Behandlungswünsche** ermöglicht. Auch die Bedeutung des sozialen Gradienten wurde im Hinblick auf unerfüllte Behandlungswünsche dargestellt. Dies geschah unter Hinzunahme einer wissenschaftlich definierten Größe: dem subjektiven Sozialstatus (SSS). Auch in dieser Kategorie wurde zwischen niedrigem, mittlerem und hohem SSS verglichen.

Hier zeigt die Untersuchung dringenden Handlungsbedarf im Hinblick auf häufig vorkommende unerfüllte Behandlungswünsche bei Jugendlichen und älteren Menschen im Ruhrgebiet. Am häufigsten werden unerfüllte Behandlungswünsche von Personen mit mittlerem SSS und in der fachärztlichen Versorgung geäußert, wobei v.a. die Bereiche Kardiologie und Orthopädie bei Älteren bzw. Dermatologie bei Jugendlichen als Fachgebiete mit Handlungsbedarf identifiziert werden. Daneben zeichnen sich auch die hausärztliche sowie die zahnmedizinische/kieferorthopädische Versorgung als Versorgungsbereiche mit einer Häufung unerfüllter Behandlungswünsche ab. Insbesondere die hausärztliche Versorgung stellt sich als Problemfeld bei Personen mit niedrigem SSS heraus. Auch jüngere und ältere Personen mit Behinderung äußern unerfüllte Behandlungswünsche, vor allem wenn es um die hausärztliche Versorgung geht. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Ärztedichte der Allgemeinmediziner und Hausärzte, aber auch aller anderen untersuchten Fachgruppen, im Ruhrgebiet (deutlich) geringer ist als in anderen Regionen des Landes. Dies begründet den von den Studienteilnehmern geäußerten Bedarf.

Die Ergebnisse der empirischen Analyse zu unerfüllten Behandlungswünschen werden insbesondere durch die Erkenntnisse hinsichtlich der Morbidität und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen jüngerer und älterer Menschen mit niedrigem SES im Ruhrgebiet unterstützt. Unerfüllte Behandlungswünsche bedeuten aber nicht per se eine geringere Inanspruchnahme z.B. von Allgemeinmedizinerinnen. Vielmehr lässt sich feststellen, dass die angesprochenen vulnerablen Gruppen häufiger medizinische Unterstützung brauchen und dennoch gerade bei den Hausärzten unerfüllte Behandlungswünsche offenbleiben – als Beleg für den schlechteren Gesundheitszustand dieser Menschen. Im Hinblick auf den Zugang ist festzustellen, dass Hausärzte meist die erste Anlaufstelle für Jugendliche und Ältere, insbesondere mit niedrigem Sozialstatus, bei gesundheitlichen Problemen

darstellen. Sie fungieren als Koordinationsstelle im Zugang zur Weiterbehandlung bspw. im Rahmen der fachärztlichen Versorgung. Problematisch ist, dass gerade unzureichende Untersuchungen, Mängel in der Behandlung, ausbleibende Überweisungen zum Facharzt und Zeitmangel des Leistungserbringers als Gründe für Unzufriedenheit und offene Behandlungswünsche der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit niedrigem SSS genannt wurden. Zudem haben diese Gruppen vermehrt das Gefühl, altersbedingt nicht ernst genommen zu werden und gehen davon aus, dass der (Haus-)Arzt nicht bei der Lösung des gesundheitlichen Problems helfen kann.

In der Beschreibung unerfüllter Behandlungswünsche wird klar, dass sich Personen mit niedrigem SSS bereits beim ersten Kontakt mit dem Gesundheitssystem Problemen ausgesetzt sehen, die eine adäquate gesundheitliche Versorgung erschweren. Insbesondere das Gefühl, aufgrund des jungen bzw. fortgeschrittenen Alters nicht ernst genommen zu werden, ist in diesem Kontext relevant. Dies führt zu fehlendem Vertrauen und medizinisch gesehen nicht selten zu einer verspäteten Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. Es kommt noch ein weiteres Problem hinzu: Aufgrund der sich schwieriger gestaltenden Arzt-Patienten-Beziehung erleben Menschen vulnerabler Gruppen auch bei Inanspruchnahme medizinischer Versorgung nicht selten die Leistungen als ungeeignet und nicht zielgerichtet.

Die fachärztliche Versorgung bildet in der Gesamtschau den Versorgungsbereich mit den meisten unerfüllten Behandlungswünschen. Dies gilt besonders für die Bereiche Kardiologie und Orthopädie bei älteren Menschen. Über alle SSS-Gruppen hinweg wurden Wartezeiten als Hauptgrund genannt, der für eine unzureichende medizinische Behandlung verantwortlich gemacht wird. Dies deckt sich mit den Ergebnissen eines IGES-Gutachtens, wonach 11% der Befragten angaben, eher oder sehr unzufrieden mit den Wartezeiten bei nicht akuten Krankheitsfällen zu sein. Wesentlich ist aber auch, dass mangelnder Behandlungserfolg bei Personen mit niedrigem SSS bei der Unerfülltheit eine wichtige Rolle spielt.

Hinsichtlich der zahnmedizinischen/kieferorthopädischen Versorgung zeigen sich die deutlichsten Sozialunterschiede zu unerfüllten Behandlungswünschen. Selbstbeteiligung bzw. Zuzahlung sind der dominante Grund für einen Mangel in diesem Versorgungsbereich. Dies gilt aber zuallererst für Personen mit hohem Sozialstatus. Bei Personen mit niedrigem SSS dagegen stehen Schmerzen oder der Wunsch nach einer anderen Behandlung im Vordergrund und eben nicht finanzielle Gründe. Dennoch zeigen die Ergebnisse zur Inanspruchnahme sowohl für Kinder und Jugendliche mit niedrigem SES als auch für ältere Menschen mit niedrigem SES eine seltenere Inanspruchnahme der regelmäßigen Zahnkontrolle bzw. der zahnmedizinischen Versorgung. Grund dafür könnte auch eine Diskrepanz im Hinblick auf die Gesundheitskompetenz sein. Hinweise liegen auch vor, dass Ängste vor einer unzumutbaren finanziellen Barriere Menschen mit niedrigem SSS davon abhalten, Leistungen in

Anspruch zu nehmen. Geringeres Bewusstsein und Wissen um Gesundheit kann die beschriebenen sozialen Gradienten im Hinblick auf unerfüllte Behandlungswünsche erklären.

Über alle Versorgungsbereiche hinweg wurden Mängel in der Behandlung sowie in der Arzt-Patienten-Kommunikation und -Beziehung geäußert, wobei das Gefühl, altersbedingt nicht ernst genommen zu werden, sowohl von jüngeren als auch von älteren Personen – insbesondere mit niedrigem Sozialstatus – im Ruhrgebiet als Ursache für die Unerfülltheit berichtet wird. Daneben können auch die weiteren geäußerten Probleme, wie das Ignorieren der Patientenwünsche auf Seiten der Leistungserbringer, mangelnde Aufklärung und fehlende Empathie im Umgang, wichtige Ansatzpunkte für Handlungsempfehlungen darstellen. In einer speziellen Untersuchung im Franz Sales Haus, einer Einrichtung der Behindertenhilfe in Essen, ließen sich die hier dargestellten Ergebnisse in gleicher Weise nachvollziehen.

5 Handlungsempfehlung

Die Ergebnisse dieser Studie hinsichtlich der Versorgungssituation, der Morbidität und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen der jüngeren und älteren Bevölkerung im Ruhrgebiet sowie deren unerfüllte Behandlungswünsche zeigen auf, dass es aktuellen Handlungsbedarf zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der hier untersuchten Personengruppen gibt. Insbesondere die Ergebnisse der Befragungen zu unerfüllten Behandlungswünschen untermauern die Relevanz der Arzt-Patienten-Interaktion als Anknüpfungspunkt zur Optimierung der Gesundheitsversorgung der betrachteten vulnerablen Personengruppen. Dies deckt sich auch mit den Einschätzungen der Experten zur Gesundheitsversorgung im Ruhrgebiet sowie mit den Ideen für Handlungsempfehlungen im Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation, welche im Rahmen eines interdisziplinär ausgerichteten Workshops gesammelt wurden.

Obwohl bereits umfassende Bestrebungen zur Optimierung der Arzt-Patienten-Kommunikation deutschlandweit⁵ und spezifisch innerhalb des Ruhrgebietes⁶ bestehen, liegt der Fokus hierbei nicht speziell auf Personen mit niedrigem SES. Daher wurde nach Priorisierung der identifizierten Handlungsfelder zur Optimierung der Gesundheitsversorgung dieser Personengruppen eine Handlungsempfehlung erarbeitet, welche einen Workshop für bzw. eine Weiterbildung von (angehenden) Ärzten umfasst. Ziel dabei ist die Optimierung der Arzt-Patienten-Kommunikation bei Jugendlichen und älteren Patienten mit niedrigem SES in strukturschwachen Städten bzw. Stadtteilen des Ruhrgebiets. Hierfür sollen u.a. Kommunikationskompetenzen bzw. -präferenzen von Personen mit niedrigem SES im Vorfeld des finalen Schulungsformats erhoben und anschließend den am Workshop

⁵ vgl. Gebhardt et al. 2017, Kasper und Geiger 2008, Universitätsklinikum Tübingen 2019.

⁶ vgl. Universitätsklinikum Essen 2017.

teilnehmenden Ärzten vermittelt werden. Weiterer Bestandteil dessen könnte neben diversen Einblicken in die Lebensumstände dieser Patienten auch eine Schulung zur Verwendung von „leichter Sprache“ im Arzt-Patienten-Gespräch sein (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014). Auf diese Weise soll eine Optimierung der Qualität der Arzt-Patienten-Interaktion erreicht werden, was mittel- bis langfristig zu einer Entwicklung bzw. Verbesserung des Vertrauensverhältnisses zwischen Leistungserbringer und Patient beiträgt. Letztlich könnte dies auch einen positiven Effekt auf die Ergebnisqualität der Behandlung haben.

Der Prozess zur Erarbeitung der Inhalte des Schulungsformats schließt eine umfangreiche Literaturrecherche, eine Bedarfs- und Bedürfnisanalyse, die Entwicklung des finalen Kommunikationsformats sowie eine Evaluation nach erfolgter Implementierung ein. Die künftigen Herausforderungen bestehen dabei zum einen im Erschließen von Kooperationspartnern, wie Kliniken oder auch Betreuungseinrichtungen (z.B. für Personen mit Behinderung), und zum anderen in einer ausreichenden Bereitschaft zur Partizipation an der Befragung und dem finalen Schulungsformat.

6 Ausblick

Im Rahmen dieses Projektes ist es gelungen, die gesundheitliche Versorgungssituation, die Morbidität und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie unerfüllte Behandlungswünsche junger und älterer Menschen mit niedrigem Sozialstatus im Ruhrgebiet zu erheben und darzustellen. Die Ergebnisse führen zu einem besseren Verständnis der Krankheitslast sowie der Versorgungsbedarfe. Hieraus lassen sich adäquate Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lebenssituation dieser Personengruppen entwickeln.

Die Erkenntnistiefe und Aussagekraft der Ergebnisse wird durch das interdisziplinäre, multiperspektivische und -methodische Vorgehen der Studie unterstrichen. Auf diese Weise konnte gewährleistet werden, dass alle relevanten Faktoren für die Analyse der gesundheitsbezogenen Lebenssituation angemessen berücksichtigt werden.

Neben der Ausgestaltung und Durchführung weiterer Maßnahmen auf Basis der Ergebnisse und der diversen abgeleiteten Handlungsfelder für das Ruhrgebiet, eröffnet das innovative Projektvorgehen auch in Zukunft weitere Anwendungsgebiete. Zum einen ist das erarbeitete Konzept zur ganzheitlichen Abbildung der gesundheitlichen Lebenssituation und Ableitung von Handlungsoptionen für weitere vulnerable Gruppen, wie z.B. Menschen mit Behinderung, in sozial- und kultursensiblen Gebieten bestens geeignet. Zum anderen unterstreicht diese Studie die charakterlichen Besonderheiten des Ruhrgebietes als eine historisch gewachsene, durch den Strukturwandel geprägte und in den aktuellen Herausforderungen des gesellschaftlichen Wandels unverändert eigenständige Region. Positive

Veränderungen, die hier im Hinblick auf die bessere gesundheitliche Versorgung realisiert werden können, sind in besonderer Weise auch überregional relevant.

Projektleiter	Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Eckhard Nagel
Ausführende Einrichtung	Bayreuther Akademie für Gesundheitswissenschaften e.V.
Ansprechpartnerin	Sarah Ströhl E-Mail: vorstand@bafg-ev.de
Autoren	Katharina Fernando Samarappuli Sarah Ströhl Elias Kühnel Justin Hecht Rebecca Richter



Bayreuther Akademie für
Gesundheitswissenschaften e.V.

Bayreuther Akademie für Gesundheitswissenschaften e.V.

Prieserstraße 6b
95444 Bayreuth

vorstand@bafg-ev.de

www.wissenschaft-akademie-bayreuth.de

Literaturverzeichnis

Betz, G. (2011): Das Ruhrgebiet – europäische Stadt im Werden? Strukturwandel und Governance durch die Kulturhauptstadt Europas RUHR.2010. In: A. Frey und F. Koch (Hg.): Die Zukunft der Europäischen Stadt. Stadtpolitik, Stadtplanung und Stadtgesellschaft im Wandel. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien, S. 324–342.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014): Leichte Sprache. Ein Ratgeber. Online verfügbar unter https://www.unternehmens-netzwerk-inklusion.de/fileadmin/user_upload/Leichte_Sprache_Ein_Ratgeber.pdf, zuletzt geprüft am 22.12.2020.

Fuchs, J.; Busch, M.; Lange, C.; Scheidt-Nave, C. (2012): Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009. In: *Bundesgesundheitsblatt* 55, S. 576–586. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-012-1464-9.pdf>, zuletzt geprüft am 17.07.2020.

Fuchs, J.; Busch, M. A.; Gößwald, A.; Hölling, H.; Kuhnert, R.; Scheidt-Nave, C. (2013): Körperliche und geistige Funktionsfähigkeit bei Personen im Alter von 65 bis 79 Jahren in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt* 56, S. 723–732.

Gebhardt, Claudia; Gorba, Claudia, Oechsle, Karin; Vehling, Sigrun; Koch, Uwe; Mehnert, Anja (2017): Die Kommunikation schlechter Nachrichten bei Krebspatienten: Inhalte, Kommunikationspräferenzen und psychische Belastungen. In: *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 67 (07), S. 312–321. Online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-113628>, zuletzt geprüft am 22.12.2020.

Groos, T.; Jehles, N. (2015): Der Einfluss von Armut auf die Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung. 3., korrigierte Auflage. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung (Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“, 3).

Groot, O. de; Sager, L. (2010): Migranten in Deutschland: Soziale Unterschiede hemmen Integration. In: *Wochenbericht des DIW Berlin* 49.

IT.NRW (2019): NRW (ge)zählt: Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2018 bis 2040/60. Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Düsseldorf.

Kasper, Jürgen; Geiger, Friedemann (2008): Der evidenzbasiert informierte Multiple-Sklerose-Patient - Risikokommunikation zwischen Arzt und Patient. In: *psychoneuro* 34 (3), S. 134–139. Online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2008-1076620>, zuletzt geprüft am 22.12.2020.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020): Die Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und Umsetzung. Hg. v. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf, zuletzt geprüft am 05.08.2020.

Köllmann, W. (1991): Industrieregion Ruhrgebiet: (Aufstieg, Strukturwandel und neuer Aufbruch). In: *VSWG: Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte* 78. Bd. (3), S. 305–325.

Korte, K.-R.; Dinter, J. (2019): Bürger, Medien und Politik im Ruhrgebiet. Einstellungen - Erwartungen - Erklärungsmuster. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Pieper, J.; Schneider, U.; Schröder, W.; Stilling, G.; Der Paritätische Gesamtverband (2019): Der Paritätische Armutsbericht 2019. 30 Jahre nach dem Mauerfall - Ein vielgeteiltes Deutschland. 1. Auflage. Der Paritätische Gesamtverband. Online verfügbar unter <https://www.der-paritaetische.de/schwerpunkt/armutsbericht/armutsberichte-von-1989-bis-heute/>, zuletzt geprüft am 27.08.2020.

Ragnitz, J.; Förtsch, M. (2018): Regionale Armut: Auf die Perspektive kommt es an. In: *ifo Dresden berichtet* 25 (06), S. 2–6.

Röhl, K.-H. (2019): Das Ruhrgebiet: der anhaltende industrielle Strukturwandel im Spiegel der Regionalpolitik. In: *Wirtschaftsdienst* 99, S. 49–55.

Röhl, K.-H.; Schröder, C. (2016): Regionale Armut: Welche Regionen sind in Deutschland besonders von Armut betroffen? IW Kurzbericht. Institut der Deutschen Wirtschaft (IW). Köln (49).

Strohmeier, P. (2014): Bevölkerungsrückgang, Segregation und die Transformation sozialräumlicher Milieus im Ruhrgebiet. Online verfügbar unter [10.13154/mts.30.2003.111-122.](https://www.wzlw-zhug.ch/10.13154/mts.30.2003.111-122.), zuletzt geprüft am 12.08.2020.

Tänzler, D.; Tirschmann, F.; Heuser, C. (2015): Neue Armut in Deutschland und der internationale Forschungsstand. Institut für Politische Wissenschaft und Soziologie, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Bonn.

Universitätsklinikum Essen (2017): NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens gibt Startschuss für nächste Phase des Modellprojekts zur emphatisch-interkulturellen Arzt-Patientenkommunikation – Anmeldung zur Ausbildung von Ärzten und Sprachtrainern ab März 2017 möglich, Schulungen starten

Anfang 2018. Online verfügbar unter https://www.uk-essen.de/aktuelles/detailanzeige0/?L%5B0%5D=986%29&tx_ttnews%5Btt_news%5D=2357&cHash=43720f2588494c5f87514ec78cdbe956, zuletzt aktualisiert am 27.01.2017, zuletzt geprüft am 22.12.2020.

Universitätsklinikum Tübingen (2019): Adipositas-Anzug macht Vorurteile bewusst. Studie untersucht Kommunikation zwischen Medizinstudierenden und Adipositas-Patienten. Online verfügbar unter <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/presse-meldungen/meldung/187>, zuletzt aktualisiert am 16.08.2019, zuletzt geprüft am 22.12.2020.