

Grimm, Michael

Die neue Approbationsordnung. Ein Plädoyer zur Schließung von Schnittstellen zwischen Medizin und Sozialwissenschaften

Bartosch, Ulrich [Hrsg.]: *Die Idee der Universität – heute. Passauer Perspektiven. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2024, S. 261-269*



Quellenangabe/ Reference:

Grimm, Michael: Die neue Approbationsordnung. Ein Plädoyer zur Schließung von Schnittstellen zwischen Medizin und Sozialwissenschaften - In: Bartosch, Ulrich [Hrsg.]: *Die Idee der Universität – heute. Passauer Perspektiven. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2024, S. 261-269* - URN: urn:nbn:de:01111-pedocs-289891 - DOI: 10.25656/01:28989; 10.35468/6071-32

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-289891>

<https://doi.org/10.25656/01:28989>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.klinkhardt.de>

Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de> - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt unter folgenden Bedingungen vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen. Dieses Werk bzw. dieser Inhalt darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden und es darf nicht bearbeitet, abgewandelt oder in anderer Weise verändert werden.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

This document is published under following Creative Commons-Licence: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en> - You may copy, distribute and transmit, adapt or exhibit the work in the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor. You are not allowed to make commercial use of the work or its contents. You are not allowed to alter, transform, or change this work in any other way.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Michael Grimm

Die neue Approbationsordnung: Ein Plädoyer zur Schließung von Schnittstellen zwischen Medizin und Sozialwissenschaften

Herr Professor Tamm ist in seinem Vortrag auf die Kernausbildungsinhalte in der neuen Approbationsordnung eingegangen.¹ Ich werde jetzt versuchen, etwas mehr auf die Schnittstellen einzugehen. Ich glaube, das liegt mir besser. Als Volkswirt ist es mir doch recht schwergefallen, mich mit dem Kern der neuen Ordnung auseinanderzusetzen. Nichtsdestotrotz bin ich auf vieles gestoßen, was mir bekannt vorkam. Ich bin zudem ins Deutsche Ärzteblatt eingetaucht und habe geschaut, wie dort die neue Approbationsordnung dokumentiert und kommentiert wird. Dort bin ich auf zwei Zitate gestoßen. Das erste: „Zum festen Bestandteil des Medizinstudiums sollen künftig die Aspekte Patientensicherheit, öffentliches Gesundheitswesen und Bevölkerungsmedizin werden“ (Richter-Kuhlman 2020). Und zweitens „Künftig sollen auch Datennutzung und Digitalisierung zum Ausbildungsinhalt im Medizinstudium gehören“ (Richter-Kuhlman 2020). Und das sind wiederum Bereiche, mit denen ich oft in Berührung komme.

1 New Public Health

Wenn man mal dieses ganze Thema Gesundheit im Sinne der *New Public Health* oder, wie man im Deutschen sagt, im Sinne der *Neuen Öffentlichen Gesundheit* darstellt, dann sieht man deutlich, dass hier ganz unterschiedliche Bereiche miteinander verzahnt werden müssen.

1 Der Text des Vortrags von Professor Tamm liegt nicht in Druckfassung vor und wurde daher nicht in diese Publikation aufgenommen.

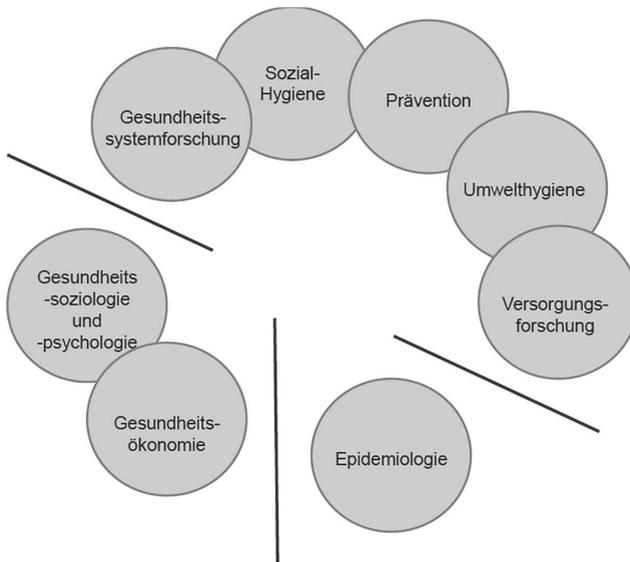


Abb. 1: New Public Health - Lücken an den Schnittstellen. Quelle: eigene Darstellung

Besonders hervorheben möchte ich die Epidemiologie, die Prävention, aber auch die Sozialhygiene, die Umwelthygiene, die Versorgungsforschung sowie die Gesundheitsökonomie, die Gesundheitssoziologie und -psychologie. Ich glaube, all diese Schnittstellen sind unglaublich wichtig. Mein Eindruck ist, teilweise auch basierend auf meiner eigenen Forschung, dass diese Schnittstellen oft nicht optimal ausgestaltet sind. Man beobachtet hier häufig Brüche, die meiner Meinung nach dann zunächst in der Forschung, aber dann natürlich auch in der Anwendung zu Fehlentwicklungen führen.

Mein Eindruck ist, dass wir in vielen Problembereichen insbesondere eine mangelnde Zusammenarbeit zwischen der Gesundheitsökonomie, -soziologie und -psychologie auf der einen Seite und den klassischen Gesundheitsbereichen auf der anderen Seite sehen. Auch die Epidemiologie scheint mir manchmal losgelöst von den anderen Bereichen betrachtet zu werden. Meines Erachtens wird das derzeit gerade im Rahmen der Bekämpfung der COVID-Pandemie zumindest in einigen Bereichen deutlich. Ich möchte das im Folgenden an zwei Beispielen illustrieren. Das eine bezieht sich auf die Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie in Subsahara-Afrika und das andere dann eben auf die derzeit grassierende COVID-Pandemie.

2 Beispiel HIV/AIDS-Epidemie

Zunächst zum Beispiel der HIV/AIDS-Epidemie in Subsahara-Afrika. Wenn wir über die Übertragungswege dieser Infektionskrankheit nachdenken, dann kommt natürlich den meisten zunächst einmal die sexuelle Übertragung in den Sinn. Ja, das ist, was wir alle wissen. Auch wenn ich die Studierenden in der Vorlesung frage, dann wird das eigentlich zunächst einmal als Übertragungsweg genannt. Es gibt aber noch drei andere: Mutter-zu-Kind-Übertragung, auch das ist noch recht vielen geläufig, dann weiß man mittlerweile, dass es auch eine Kind-zu-stillender-Mutter-Übertragung gibt. Das heißt, Kinder, die HIV-positiv sind und es dann an ihre Mütter während des Stillens weitergeben. Da fragen sich dann natürlich viele: Wie infizieren sich denn zunächst die Kinder? Und da sind wir beim vierten Übertragungsweg, den nosokomialen Infektionen, also Infektionen, die im Gesundheitssystem bzw. im Krankenhaus oder der Krankenstation stattfinden.

Seit die HIV/AIDS-Epidemie in Subsahara-Afrika Anfang der 1990er Jahre Fahrt aufgenommen hat, geht die Weltgesundheitsorganisation davon aus, dass dort in etwa 95 Prozent der Infektionen durch eine sexuelle Übertragung verursacht werden, also der absolut dominierende Anteil (vgl. Schmid et al. 2004; Ezzati et al. 2006). Diese Annahme wird von vielen Medizinern allerdings stark in Zweifel gezogen (vgl. Gisselquist et al. 2002; Gisselquist et al. 2003; Brewer et al. 2007; Deuchert 2011). Bemerkenswert ist, dass der Kampf gegen HIV/AIDS innerhalb der WHO und in ihrem Umfeld von Beginn an sehr stark durch Sozialwissenschaftler bestimmt wurde. Und wie man das oft beobachten kann, wenn sich eine bestimmte Meinung in der Politikausrichtung erst mal durchgesetzt hat, ist es schwierig, wieder davon abzurücken. Hier gibt es regelmäßig immense Pfadabhängigkeiten. In diesem Fall hatte das natürlich fundamentale Auswirkungen, wie man die Epidemie bekämpft hat. Fast alle waren auf sexuelle Aufklärung fokussiert und die Verteilung von Kondomen. Das war natürlich unglaublich teuer und wenig effektiv. Und natürlich sind hier nur kaum positive Externalitäten für andere Gesundheitsprobleme entstanden, wie ich gleich ausführen werden, sogar ganz im Gegenteil, andere Gesundheitsprobleme haben sich eher noch verschlimmert. Infektionskettenforschung ist in Afrika so gut wie gar nicht durchgeführt worden. Es wurden kaum Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene im Gesundheitssystem und nur kaum systematischen Kontrollen von Blutkonserven und anderen Blutprodukten durchgeführt. Selbst dort, wo es noch relativ strikte Vorgaben zur Handhabung von Blutkonserven gab, wurden diese in der Praxis oft nicht durchgesetzt. Es fehlt häufig an Spritzen, hygienegerechten Entsorgungssystemen für medizinisches Verbrauchsmaterial und Desinfektionsutensilien (vgl. Brody 2004; Gisselquist et al. 2004; Hiemstra et al. 2004; Brewer et al. 2007; Deuchert and Brody 2007).

Es stellt sich natürlich die Frage, wie es zu dieser verzerrten Wahrnehmung über die Bedeutung unterschiedlicher Übertragungswege kommen konnte. Das hat sicher viele Gründe. Einer ist sicher, dass es für viele Regierungen einfacher war, zu sagen, das sind Probleme in euren Schlafzimmern und nicht in unserem Gesundheitssystem. Genauso wie man im Rahmen der COVID-Pandemie hierzulande vielleicht eher dazu neigt, Probleme bei privaten Partys statt in Altenheimen zu vermuten. Aber dazu später mehr.

Tab. 1: Verteilung der Verpflichtungen aller Geber nach Maßnahmenfeld (in Prozent)

Quelle: OECD-DAC. Official development assistance to health.

[<https://www.oecd.org/development/financing-sustainable-development/>]

Jahr	HIV/AIDS	Infektionskrankheiten	Familienplanung	Stärkung des Gesundheitssystems	Summe
1998	5,5	5,8	26,4	62,3	100
1999	14,1	6,6	18,4	60,9	100
2000	18,9	10,4	18,5	52,2	100
2001	24,1	11,4	19,4	45,1	100
2002	21,5	11,9	22,8	43,9	100
2003	33,8	14,4	15,0	36,8	100
2004	30,9	12,1	14,5	42,5	100
2005	35,1	16,4	8,3	40,1	100
2006	34,4	15,4	13,5	36,7	100
2007	47,2	16,7	12,3	23,9	100

Wie die obige Tabelle zeigt, war eine Konsequenz der damaligen Fokussierung auf die sexuelle Übertragung und entsprechende Präventionsstrategien die zunehmende Reallokation von Hilfsgeldern weg von Maßnahmen, die das Gesundheitssystem insgesamt stärken, hin zu Maßnahmen, die sich nur auf HIV/AIDS konzentrierten. Obgleich natürlich die Mittel insgesamt auch gestiegen sind, ist diese Umschichtung als sehr problematisch anzusehen, vor allem vor dem Hintergrund des ohnehin sehr schlechten Zustandes der Gesundheitssysteme in Afrika, damals genau noch so wie heute.

Dies und vieles mehr haben den Wissenschaftler Roger England dazu veranlasst, im Jahre 2007 im British Medical Journal einen Artikel mit dem Titel „Are we spending too much on HIV?“ zu veröffentlichen (England 2007). Roger England argumentiert in seinem Beitrag, dass sich eine gefährliche *Single-Issue* Politik ver-

festigt hat, welche zu einer massiven Fehlallokation von Ressourcen führt, mit desaströsen Konsequenzen für andere drängende Gesundheitsprobleme, inklusive Mütter- und Kindersterblichkeit. Das ist insbesondere in der gesundheitsökonomischen Literatur gut dokumentiert (vgl. Case and Paxson 2009; Grépin 2012). Das Ganze ist also ein sehr beeindruckendes Beispiel eines Falles, wo die Schnittstelle zwischen Medizin und Sozialwissenschaften nicht gut besetzt war bzw. nicht adäquat berücksichtigt wurde. Hier haben also Sozialwissenschaftler aus irgendeinem Grund dominiert und die Einsichten vieler Mediziner ignoriert. Mediziner dokumentieren schon lange, dass die Rolle sexueller Übertragungen überschätzt, bzw. die Rolle nosokomialer Übertragungen unterschätzt wird, beispielsweise mit dem Hinweis auf die oben erwähnten vielen HIV-positiven Babys mit HIV-negativen Müttern (vgl. Gisselquist et al. 2004; Hiemstra 2004; Okinyi 2009). Es zeigt sich auch ein deutlicher kausaler Zusammenhang zwischen medizinischen Injektionen und HIV-Infektionen (vgl. Deuchert and Brody 2007), wie auch ein deutlicher Zusammenhang zwischen HIV-Infektionen und Bluttransfusionen (vgl. Gisselquist et al. 2002).

Nimmt man die Annahme, dass 95% aller Ansteckungen auf sexuelle Übertragung zurückzuführen sind, ernst, hieße dies ja auch, gegeben, dass die Epidemie so massiv in Afrika auftritt und hingegen relativ unbedeutend in vielen anderen Regionen der Welt ist, dass ja irgendetwas am Sexualverhalten der Bevölkerung auf dem afrikanischen Kontinent anders sein müsste. Für diese Annahme gibt es aber so gut wie keinerlei belastbare empirische Evidenz. Die Menschen haben dort nicht mehr Partner als in Europa oder den USA bzw. sicherlich nicht so viele, dass sich so ein massives Infektionsgeschehen damit erklären ließe. Was man beobachtet, ist eine zirkuläre Logik in der Argumentation. Es wird behauptet, wenn die erhobenen Daten zum Sexualverhalten diese Infektionsraten nicht hergeben, kann es nur daran liegen, dass die Befragten lügen. Die Hypothese der 95% wird hingegen nicht in Frage gestellt (vgl. Stillwaggon 2003; Sawers and Stillwaggon 2010). Nosokomiale Infektionen werden einfach ignoriert.

Die *Bill & Melinda Gates Foundation*, die ja sehr viel in das Gesundheitswesen in Afrika investiert, hatte auch lange einen sehr starken Fokus auf HIV/AIDS und hat entsprechend massiv teure Präventionsprogramme finanziert. 2012 hat man dann aber auch begonnen, diesen Ansatz in Frage zu stellen (vgl. *The Economist* 2012). Also zum einen zu sagen: Ja, wir haben eine Menge anderer Gesundheitsprobleme und irgendwie sollten wir das besser über die verschiedenen Probleme verteilen und, zum anderen, vielleicht einfach viel mehr direkt fürs Gesundheitssystem tun, denn davon profitieren alle Gesundheitsprobleme. Man hat auch eingesehen, dass man viel mehr nach Kosteneffizienzgesichtspunkten arbeiten muss, das heißt, zu fragen, mit welcher Maßnahme tue ich mit einem Euro das meiste für die Gesundheit der Menschen.

3 Beispiel COVID-Pandemie

Dann möchte ich nun zu meinem zweiten Beispiel kommen, der aktuellen COVID-Pandemie. Hier sehe ich die Problematik genau anders herum. Ich habe ja eben ausgeführt, dass man im Rahmen der HIV/AIDS Epidemie viel zu sehr auf die Sozialwissenschaftler gehört hat und viele Erkenntnisse und Empfehlungen aus der Medizin komplett ignoriert wurden. Bei der COVID-Pandemie beobachten wir jetzt, dass Epidemiologen sehr stark die Politik steuern und Maßnahmen empfehlen und andere angrenzende medizinische Gebiete als auch beispielsweise Kinderpsychologen und Sozialwissenschaftler meines Erachtens viel zu wenig eingebunden sind. Viele Probleme, die die Pandemie mit sich bringt, bleiben unberücksichtigt oder werden zumindest nur völlig nachgeordnet betrachtet. Ich denke hier beispielsweise an die psychologische Kosten bei Kindern aufgrund mangelnder sozialer Kontakte, unzureichender Beschulung, geringer Bewegung, Einsamkeit von Seniorinnen und Senioren, das erhöhte Armutsrisiko, wirtschaftliche Existenzängste, häusliche Gewalt, steigende soziale Ungleichheit sowie die ganze Prävention und Behandlung anderer Krankheiten, insbesondere chronischer Krankheiten. Da gab es zum Beispiel vor einigen Wochen eine gemeinsame Erklärung der Deutschen Krebshilfe, des Deutschen Krebsforschungszentrums und der Deutschen Krebsgesellschaft, die vor einer Unterversorgung chronisch kranker Menschen warnt und erheblichen Defiziten in der Früherkennung (vgl. Spiegel Online 2021). Es werden also wohl ganz massive Langzeitkosten auf uns zu kommen, die natürlich irgendwie in der Ausarbeitung der Maßnahmenpakete mitberücksichtigt werden müssen. Auch hier möchte ich wieder auf die Notwendigkeit verweisen, auch die Kosteneffizienz im Blick zu haben. Wir müssen uns seriöser mit der Frage beschäftigen: Wie können wir mit einem gegebenen Budget die höchstmögliche Wirksamkeit erreichen unter Berücksichtigung eben auch der ganzen anderen Probleme. In diesem Zusammenhang möchte ich auf einen wunderbaren Artikel von Toby Ord „The moral imperative toward cost-effectiveness in global health“ in dem genau dieser Punkt betont wird (vgl. Ord 2019). Man muss die Kosteneffizienz im Blick haben. Unter dem ganzen Strauß an Maßnahmen, die uns zur Verfügung stehen, gibt es unglaublich große Unterschiede, da ist manchmal eine Maßnahme tausendmal so teuer wie eine andere. Da muss man genau abwägen, wo kann ich mit einem gegebenen Betrag die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger am besten schützen bzw. verbessern. Man darf auch nicht Gesundheitsprobleme an einer Stelle lösen und gleichzeitig woanders neue schaffen.

Also was müsste sich ändern? Ich denke, wenn wir diese Schnittstelle besser ausfüllen würden, könnten wir eine umfassendere Evaluierung der direkten und indirekten Wirkungen der Pandemie inklusive der Langzeitwirkungen erstellen. Das ist natürlich nicht trivial, das ist ganz klar, aber ich habe das Gefühl, es wird nicht

in dem Maße durchgeführt, wie wir das durchführen könnten. Rigorose Abschätzung der Kosten und Nutzen einzelner Maßnahmen und bessere Projektionen müssten das Ziel sein. Die Projektionen, mit denen gearbeitet wird, sind oft sehr mechanisch. Ich glaube, die Sozialwissenschaften könnten hier einen Beitrag leisten, indem man mehr und besser das menschliche Verhalten berücksichtigen würde, d. h., wie reagieren Individuen auf Maßnahmen? Welche Anreize ziehen? Welche Verbote sind wirklich durchsetzbar und wirken? Nur dann kann man zu einem bestmöglichen Einsatz der verfügbaren Ressourcen kommen. Um möglichst eben auch viele der anderen Probleme, die ich eben aufgeführt habe, zu berücksichtigen. Und ich glaube, neue Technologien, und hier komme ich kurz auf das Thema Digitalisierung zu sprechen, würden hier viele Möglichkeiten eröffnen. Wir müssten diese einfach mehr und besser nutzen. Eine „Intelligente Impfstrategie“ ist ja ein heißes Thema zurzeit und wir sehen, vieles läuft hier schief. Umfangreiches Testen, intelligentes Öffnen, das Tübinger Modell, all das sind Dinge, die eruiert werden müssen. Vieles birgt sicher auch Gefahren. Nichtsdestotrotz glaube ich, dass das ein Weg ist, über den wir nachdenken müssen, weil wir dadurch eben viele der anderen Kosten reduzieren könnten, die wir bei Kindern und Seniorinnen und Senioren verursachen, Existenzängste vieler Menschen reduzieren. Risikogruppen kann man besser schützen, da muss auch jede und jeder einzelne an die Selbstverantwortung erinnert werden. Echter Distanz-Unterricht. Ich bin selbst Vater von zwei Kindern und mache das jetzt seit einem Jahr mit. Mittlerweile läuft es ganz gut. Das ist aber an vielen Schulen nicht der Fall und dort, wo es halbwegs klappt, hat es auch sehr lange gedauert. Und wir sind sicher auch da noch lange nicht am Ende. Viel mehr wäre möglich, vor allem, um auch die Kinder mitzunehmen, die in benachteiligten Familien aufwachsen. Die Corona-Warn-App nutzen wir definitiv nicht nach dem vollen Potenzial. Intelligente Verteilung der Intensivpatienten wäre eine weitere Aufgabe. Ein paar gute Beispiele gibt es ja. Ich habe das Tübinger Modell erwähnt. Wir könnten sicher auch den Profi-Fußball anführen. Man mag jetzt davon halten was man will, ich war zunächst auch kein Fan davon, als man das Ganze begonnen hat, nichtsdestotrotz zeigt es, dass viel möglich ist mit entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen und Maßnahmen. Gottesdienste finden ja beispielsweise auch statt und diese haben sich nicht zu einem massiven Ausbruchsherd entwickelt. Viel wäre möglich, wenn wir es intelligent anpacken, und es würde uns erlauben, Kosten an anderen Stellen zu reduzieren, und die werden, glaube ich, langfristig ganz massiv sein. Das merken wir jetzt noch nicht, aber das wird in den nächsten zwei bis drei Jahren und einiges auch sehr langfristig, wenn wir an die Bildung der Kinder denken, dann zum Vorschein kommen. Das wird sicher ein großes Thema sein, auch in der Gesundheitsökonomie. Ich denke zum Beispiel an die Langzeiteffekte dieser Bildungsnachteile. Also ich glaube, hier ist einfach eine bessere Kooperation aller Akteure und aller Disziplinen notwendig

und das vermisste ich im Moment. Deswegen möchte ich nochmal auf die New Public Health verweisen, die uns zeigt, wie diese Dinge zusammengeführt werden müssen. Daran müssten wir arbeiten.

4 Medizincampus Niederbayern

Und jetzt komme ich zu guter Letzt noch auf den Medizincampus Niederbayern. Herr Tamm hat es ja auch angesprochen, ich glaube, wir haben hier eine ganz tolle Chance, genau an dieser Schnittstelle etwas auf die Beine zu stellen. Sozusagen die traditionelle medizinische Fakultät im Zusammenspiel mit der Expertise, die wir hier in Passau im Bereich der Informatik haben. Wir entwickeln auch interessante Ideen im Bereich der Gesundheitsökonomie und dem Gesundheitsmanagement. Wir haben auch sehr gute Kliniken und Hausärzte und ich glaube, wir könnten an dieser Schnittstelle hier einen innovativen Beitrag leisten. Wie gesagt, ich bin mir nicht sicher, ob das alles direkt im Medizinstudium seinen Platz finden kann. Sicher nicht, wir haben es ja gehört, das ist schon sehr, sehr vollgepackt. Meine Forderung ist also nicht, all diese Bereiche ins Medizinstudium zu tragen, sondern eher zu prüfen, wie wir Medizin mit anderen Bereichen verzahnen können. Und wie können wir vielleicht auch in Zukunft in Passau Studiengänge anbieten, die diese Schnittstelle ausfüllen? Wo Studierende zum einen eben ein Teilwissen der Medizin mitbekommen, aber eben auch notwendiges Wissen aus den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften und der Informatik, sodass wir junge Menschen ausbilden, die in Zukunft an solche Probleme etwas umfassender rangehen.

Literatur

- Brewer, D. D. & Potterat, J. J. & Muth, S. Q. & Brody, S. (2007): Converging Evidence Suggests Nonsexual HIV Transmission among Adolescents in Sub-Saharan Africa, *Journal of Adolescent Health* 40 (3), 290-1.
- Brody, S. (2004): Declining HIV rates in Uganda: Due to cleaner needles, not abstinence or condoms. In: *International Journal of STD & AIDS* 15 (7), 440-441.
- Case, A. & C. Paxson (2009): The Impact of the AIDS Pandemic on Health Services in Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys. NBER Working Papers #15000, Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Deuchert, E. (2011): The virgin HIV puzzle: Can misreporting account for the high proportion of HIV cases in self-reported virgins? In: *Journal of African Economies* 20 (1), 60-89.
- Deuchert, E. & Brody, S. (2007): Lack of autodisposable syringe use and health care indicators are associated with high HIV prevalence: An international ecologic analysis. In: *Annals of Epidemiology* 17 (3), 199-207.
- England R. (2007): Are we spending too much on HIV? In: *British Medical Journal* 334, 344.
- Gisselquist, D. & Potterat, J. J. & Brody, S. (2004): HIV transmission during pediatric health care in sub-Saharan Africa – risks and evidence. In: *South African Medical Journal* 94 (2), 109-116.
- Gisselquist, D. & Potterat, J. J. & Brody, S. & Vachon, F. (2003): Let it be sexual: How health care transmission of AIDS In Africa was ignored. In: *International Journal of STD & AIDS* 14 (3), 148-161.

- Gisselquist, D. & Rothenberg, R. & Potterat, J. & Drucker, E. (2002): HIV infections in sub-Saharan Africa not explained by sexual or vertical transmission. In: *International Journal of STD & AIDS* 13 (10), 657-666.
- Grépin, KA. (2012): HIV donor funding has both boosted and curbed the delivery of different non-HIV health services in sub-Saharan Africa. In: *Health Affairs* 31(7), 1406-14.
- Grimm, M. & Class, D. M. (2011): The fight against HIV/AIDS must be brought into balance. In: *Meinungsforum Entwicklungspolitik* (No. 3, 24 June 2011), Frankfurt: KfW.
- Hiemstra, R. & Rabie, H. & Schaaf, H. S. & Eley, B. & Cameron, N. & Mehtar, S. & Cotton, M. F. (2004): Unexplained HIV-1 infection in children – documenting cases and assessing for possible risk factors. In: *South African Medical Journal* 94, 188-193.
- Okinyi, M. & Brewer, D. D., & Potterat, J. J. (2009): Horizontally-acquired HIV infection in Kenyan and Swazi children. In: *International Journal of STD & AIDS* 20 (12), 852-857.
- Ord, T. (2019): The Moral Imperative Toward Cost-Effectiveness in Global Health. In: H. Greaves und T. Pummer (Hrsg.): *Effective Altruism: Philosophical Issues*. Oxford: Oxford University Press.
- Richter-Kuhlman, E. (2020): *Medizinstudium: Neue Approbationsordnung 2025*, In: *Deutsches Ärzteblatt* 117 (48), A-2335 / B-1970.
- Sawers, L. & E. Stillwaggon (2010): Concurrent sexual partnerships do not explain the HIV epidemics in Africa: A systematic review of the evidence. In: *Journal of the International AIDS Society* 2010 (13), 34.
- Spiegel Online (2021): Experten warnen vor steigender Krebssterblichkeit in Deutschland. Online unter: <https://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/durch-corona-pandemie-experten-warnen-vor-steinender-krebssterblichkeit-a-f5bc298c-a1cb-499d-9976-97a355f55b53>. (Abrufdatum: 16.11.2021).
- Stillwaggon, E. (2003): Racial metaphors: Interpreting sex and AIDS in africa. In: *Development and Change* 34 (5), 809-832.
- The Economist (2012): The world's nastiest illnesses get some belated attention, *The Economist*, Feb 4th 2012 edition.

Autorenangaben

Michael Grimm, Professor für Development Economics an der Universität Passau

email: michael.grimm@uni-passau.de