

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Public Health - Bedarf in der Sache und für ein neues akademisches Fach in Deutschland

Spektrum der Wissenschaft: internationale Ausgabe in deutscher Sprache von "Scientific American"

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1993) : Public Health - Bedarf in der Sache und für ein neues akademisches Fach in Deutschland, Spektrum der Wissenschaft: internationale Ausgabe in deutscher Sprache von "Scientific American", ISSN 0170-2971, Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft, Heidelberg, Iss. 6, pp. 111-114

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112012>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

behandlung fußen noch auf Vermutungen und Spekulationen. Der städtische Gesundheitsbeamte John Snow (1813 bis 1858) war einer der wenigen, die sich nicht in den allgemeinen Aktionismus hineinziehen ließen: Er trug auf einem Stadtplan die bekanntgewordenen Erkrankungsfälle nach Wohnhäusern ein und entdeckte so, daß es eine starke Häufung um die Broad Street gab – und dort wiederum im Umfeld einer öffentlichen Wasserpumpe (Leitungen bis in die Wohnungen hatten erst die begüterten Schichten der Bevölkerung).

Snow ließ die Pumpe stilllegen, und die Neuerkrankungen nahmen schlagartig ab. Dies war ein Meilenstein auf dem Weg der Erforschung des Phänomens Ansteckung und zugleich einer bei der Entwicklung von Public Health: Im Kern geht es darum, bei der Bekämpfung von Krankheiten nicht bis zu deren Ausbruch zu warten und bei Gegenmaßnahmen nicht nur den erkrankten Menschen im Blick zu haben, sondern auch die noch gesunde Bevölkerung (siehe auch „Die Evolution der Virulenz“ von Paul W. Ewald auf Seite 40 dieser Ausgabe).

Die historischen Argumente für dieses Vorgehen sind stark: Sämtliche großen Infektionskrankheiten, unter denen noch das Europa des 19. Jahrhunderts litt und die in den Mortalitätsstatistiken führten, wurden zeitlich zuerst und in der Wirksamkeit überlegen durch Primärprävention überwunden. Als gegen die Tuberkulose – die große Armutsseuche der Industrialisierung – endlich ein wirksames Heilmittel gefunden war, betrug die Sterblichkeit gerade noch ein Achtel derjenigen zu Zeiten ihres Höhepunktes (Bild 1). Das war ein klarer Erfolg von Public Health, damals gleichzusetzen mit Verbesserung der Arbeits-, Lebens-, Wohn- und Bildungsbedingungen sowie den dadurch stimulierten Verhaltensänderungen – vor allem in der Ernährung und der persönlichen Hygiene.

Heute stehen die Bevölkerungen der industrialisierten Länder – trotz einiger gegenläufiger Entwicklungen wie AIDS und neuerlich wieder Armuts-Tbc – nicht mehr unter dem permanenten Risiko lebensgefährlicher Infektionen. Nur wenige, meist chronisch-degenerativ verlaufende Krankheiten bestimmen zu mehr als drei Vierteln in unserer Gesellschaft das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen, also die Erkrankungs- und Todesrate. Vor allem sind das die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Schäden an Wirbelsäule und Gelenken (einschließlich der Bänder und der zugehörigen

Public Health – Bedarf in der Sache und für ein neues akademisches Fach in Deutschland

Die großen Seuchen wurden im 19. Jahrhundert vor allem durch allgemeine Hygiene, soziale Vorsorgemaßnahmen und entsprechende Verhaltensänderungen eingedämmt. Die modernen Volkskrankheiten sind ungleich schwieriger anzugehen; um so wichtiger sind neue Strategien der Vorbeugung.

Von Rolf Rosenbrock

Das Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) fördert seit Sommer 1992 bis 1995 mit 30 Millionen DM ein Programm unter dem Thema Public Health, bei dem es um drei Forschungsverbände mit rund 50 meist multidisziplinären, mehrheitlich sozialwissenschaftlichen Einzelprojekten geht. Konzertiert fördert das Bundesbildungsministerium (BMBW) viersemestrige Aufbaustudiengänge Public Health/Gesundheitswissenschaften an vier Hochschulen.

All dies für etwas, was – noch – kein eigenständiges universitäres Fach ist und für das es nicht einmal einen richtigen deutschen Namen gibt: Der Begriff *public health*, wie er durch britische Gesetze von 1848 und 1875 konkretisiert worden war und mittlerweile im anglo-amerikanischen Sprachraum wie auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verstanden wird, ist mit her-

kömmlichen Entsprechungen wie „Volksgesundheit“ oder „öffentliche Gesundheitspflege“ nur unzureichend zu übersetzen. Gleichwohl – wird damit auch in der Bundesrepublik endlich der Brückenschlag zwischen Medizin und Sozialwissenschaften vollzogen? Ist Public Health ein neues Berufsfeld oder nur ein neues Modewort für Sozialmedizin beziehungsweise Sozialhygiene?

Antworten auf diese Fragen sind noch offen. Sie werden in Theorie, Praxis und Politik erst heranreifen müssen. Bekannt hingegen sind historische Entwicklungen, auf denen sich aufbauen läßt.

Wandel der Verhütung von Krankheiten

Als 1854 in London wieder einmal die Cholera wütete, waren Mediziner und Gesundheitsbehörden weitgehend hilflos; Versuche der Vorsorge und Kranken-

gen Muskulatur), Diabetes mellitus und Suchtkrankheiten.

Die Ursachen dieser Leiden sind multikausal. Ihre Prävention erfordert komplexere Strategien als das Sperren einer Wasserpumpe. Das Ziel kann ohnehin nicht die Ausrottung sein (wie es aufgrund besonderer Umstände mittels Schutzimpfung bei den Pocken gelang), sondern nur, die Erkrankungswahrscheinlichkeiten zu senken.

Ungünstig ist, daß bis heute Ätiologie und Pathogenese – also die Ursachen sowie Entstehung und Entwicklung – vieler Krankheiten im wesentlichen erst im Sinne von plausiblen Hypothesen geklärt sind. Günstig dagegen wirkt sich aus, daß man nun doch insgesamt sehr viel mehr über das pathogene Geschehen und über Präventionsmöglichkeiten weiß als etwa Snow oder deutsche Pioniere und Vorkämpfer der Hygiene und Gesundheitspflege zu seiner Zeit wie Max von Pettenkofer (1818 bis 1901) und Rudolf Virchow (1821 bis 1902).

Weltweit besteht denn auch Konsens darüber, daß ein Großteil der heute oft zu resignativ als Zivilisationskrankheiten bezeichneten modernen Volksseuchen durch bevölkerungsbezogene Maßnahmen zu verhüten wäre – wenn man denn nur wollte. Die WHO hat das wiederholt hervorgehoben.

Nachholbedarf bei Primärprävention

Grund genug also gibt es, nach wissenschaftlich fundierten Strategien der Vorsorge zu suchen, die Krankheit verhindern und nicht erst dann greifen, wenn der Arzt bei seinem Patienten Symptome entdeckt hat (Sekundärprävention). Wie erfolgreich solche Maßnahmen sein können, ist vielfach belegt, auch in der Bundesrepublik – unter anderem durch die Effekte von Verbesserungen des Arbeitsschutzes und der Arbeitsorganisation seit den siebziger Jahren sowie die Verringerung der Zahl der Verkehrstoten durch eine kluge Kampagne für den Sicherheitsgurt (lange vor der Gurtpflicht mit Bußgeldandrohungen). Sowohl in London als auch in Pittsburgh (Pennsylvania) beispielsweise ging nach Erlassen zur Luftreinhaltung die chronische Bronchitis zurück. Und in den USA beginnen moderne Methoden der Verhaltensbeeinflussung gegen das in einem von zehn Fällen tödliche Zigarettenrauchen zu greifen. Auch die lebensbejahenden, das heißt nicht repressiven Kampagnen zur Verhütung der Infektion mit HIV, dem AIDS-Erreger, werden von den hauptsächlich

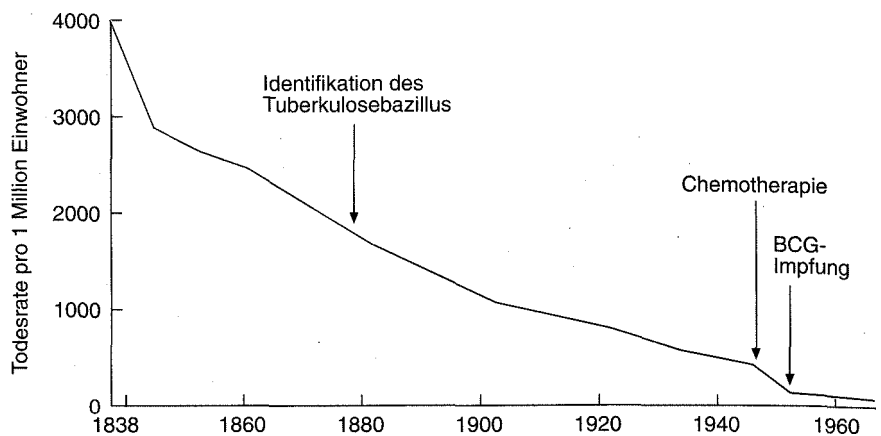


Bild 1: Wie auch andere große Infektionskrankheiten wurde die Tuberkulose vor allem durch Primärprävention zurückgedrängt. Verbesserungen in Wohnungsbau, Hygiene und Ernährung hatten diese Artumsseuche schon auf einen Bruchteil ihrer

größten Verbreitung beschränkt, als die Chemotherapie und dann die BCG-Schutzimpfung eingeführt wurden. Die Kurve zeigt die Raten der jährlichen Tbc-Todesfälle pro eine Million Einwohner in England und Wales zwischen 1838 und 1960.

gefährdeten Bevölkerungsgruppen angenommen.

Deshalb sollte man nun auch in Deutschland den Anschluß an die bevölkerungsbezogene Theorie und Praxis von Public Health suchen, wie sie vor allem in den angloamerikanischen und skandinavischen Ländern seit Jahrzehnten entwickelt worden sind. Inzwischen wurde dort eine weit fortgeschrittene Akademisierung und Professionalisierung dieser primär nicht-medizinischen Disziplin erreicht.

Aus der säkulären Verschiebung des Krankheitspanoramas ergibt sich auch das zweite Bündel von Gründen für neue wissenschaftliche und politische Anstrengungen: Zwei Drittel aller Kranken in Deutschland – rund 10 Prozent der Gesamtbevölkerung – sind von chronischen Leiden betroffen. Ihren Versorgungsbedürfnissen entspricht die heutige Form der arzt- und medizinentrierten Behandlung schon lange nicht mehr. Es ist an der Zeit, über pflegerische und psychosoziale Hilfen und eine sinnvolle Umsteuerung des Gesamtsystems durch Strukturänderungen und Anreizsysteme nicht mehr nur nachzusinnen, sondern sie auch durchzusetzen.

Der dritte Grund für Public Health schließlich ist ein finanzieller: Das gesamte Gesundheitswesen soll auch bezahlbar bleiben.

Forschungsverbände und Aufbaustudien

In den USA beispielsweise begann man vor mehr als 80 Jahren, das Fach Public Health an Universitäten zu institutionalisieren. Derzeit gibt es dort rund

25 solcher „Schools“, das heißt etwa eine pro 10 Millionen Einwohner. Die Mehrzahl davon existiert außerhalb und organisatorisch unabhängig von den medizinischen Fakultäten.

In Deutschland, speziell in der alten Bundesrepublik, war der Komplex Gesundheit allzulange die Domäne der Medizin. Der Blickwinkel in Forschung und Politik verengte sich auf die ärztliche Behandlung des gefährdeten beziehungsweise bereits erkrankten Individuums; das öffentliche Verständnis von Gesundheitspolitik reduzierte sich unlogischerweise immer weiter auf die finanzielle Steuerung des Krankenversorgungssystems. Die wirklich großen Themen, nämlich Prävention, Versorgungsqualität und Systemsteuerung traten dagegen in den Hintergrund.

Public Health hingegen geht in Theorie und Praxis von dem Axiom der Epidemiologie aus, daß Krankheiten und Todesfälle in Populationen nicht zufällig verteilt sind, sondern zu erheblichen Anteilen durch gruppen-beziehungsweise schichtspezifische, grundsätzlich verminderbare Belastungen aus Arbeit, sozialen Bezügen und Umwelt sowie dem damit zusammenhängenden Lebensstil erklärt werden können (Bild 2). Demzufolge sind also Erkrankungen vielfach die Folgen spezifischer Expositionen gegenüber Gesundheitsrisiken.

Einst war die Sozialepidemiologie als Basis-, weil Bezugsdisziplin für alle wissenschaftlichen Bemühungen um die Verbesserung von Prävention, Gesundheitsförderung und Steuerung der Krankenversorgung in Deutschland führend entwickelt worden. Einen entscheidenden

den Anstoß dazu hatten Virchows Untersuchungen der Typhus-Epidemie 1847 in Oberschlesien gegeben. Und während ihrer ersten Blüte in den zwanziger Jahren unseres Jahrhunderts, als die Sozialepidemiologie die damals vorbildliche Struktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes formen half, hatte sie mit dem Kommunalarzt sogar ein eigenes Berufsbild hervorgebracht. Doch unter dem nationalsozialistischen Regime, das seine sogenannte Rassenhygiene an die Stelle von Sozialhygiene setzte, brach diese Tradition ab.

Der wissenschaftliche und politische Antrieb für Sozialhygiene erlosch und wurde in der alten Bundesrepublik über Jahrzehnte auch von der Ärzteschaft als Thema ad acta gelegt. In der DDR hatte man zwar wissenschaftlich an die Traditionen der zwanziger Jahre angeknüpft und diese sogar weiterentwickelt; ob aber Sozialmediziner und Sozialhygieniker aus den neuen Bundesländern nun beim Aufbau von Public Health eine faire Chance erhalten werden, ist bei dem immer noch tiefen Mißtrauen mancher etablierten westlichen Kollegen ungewiß. In den einschlägigen Forschungsverbänden sind Vertreter der neuen Bundesländer eher symbolisch als repräsentativ vertreten.

Gefördert werden gegenwärtig drei solcher Arbeitsgemeinschaften:

- In Norddeutschland kooperieren die Medizinische Hochschule Hannover sowie die Universitäten Hannover, Bremen, Greifswald, Hamburg und Rostock,
- in Nordrhein-Westfalen die Universitäten Düsseldorf und Bielefeld und
- in Berlin die Technische, die Freie und die Humboldt-Universität sowie das Bundesgesundheitsamt, das Wissenschaftszentrum Berlin und einige private Kleininstitute.

Aufbaustudiengänge werden nur dort gefördert, wo sie eine tragfähige Verklammerung mit der Forschung aufweisen. Im Jahre 1989 eröffnete die Universität Bielefeld mit 40 graduierten Studenten – ausgewählt aus 1800 Bewerbern – das erste gesundheitswissenschaftliche Aufbaustudium, das nach zwei Jahren mit einem Diplom abschließt. Die ersten Absolventen hatten kaum Probleme, angemessene Anstellungen in der Administration, bei privaten Unternehmen, bei Krankenkassen oder in anderen Institutionen zu finden.

Die Universität Düsseldorf und die Medizinische Hochschule Hannover zogen nach. Im Wintersemester 1992/93 begannen auch an der Technischen Universität Berlin die ersten 40 Teilnehmer

das Aufbaustudium „Gesundheitswissenschaften“. Entsprechende Initiativen gibt es in Dresden, Heidelberg, Ulm, Bremen und an weiteren Hochschulen.

Bildung neuer Schwerpunkte

Mit ihren Förderprogrammen verfolgen BMFT und BMW eine schon im Ausland bei Natur- und Sozialwissenschaften bewährte Politik: Ein Qualifikationsrückstand läßt sich ausgleichen, indem man Anreize dafür gibt, daß schon verstreut auf einschlägigen Gebieten arbeitende einzelne Forscher und kleine Teams ihre Aktivitäten abstimmen und bündeln, bestehende Institutionen die Infrastruktur für Forschung und Lehre aufbauen und sich so schließlich ein neues akademisches Fach etabliert, das weiterer Anschubfinanzierung nicht mehr bedarf.

Für den Abbau des Defizits im öffentlichen Gesundheitswesen heißt das, Wissensbestände aus Medizin, Psychologie, Pädagogik, Soziologie, Wirtschafts- und Politikwissenschaften, Recht, Ernährungs- und Sportwissenschaften und vielen anderen mehr zusammenzutragen, aufeinander zu beziehen und weiterzuentwickeln. Dazu müssen Schwerpunkte gebildet werden.

Dies zeigt sich auch in der Ausrichtung der verschiedenen Studiengänge: Das Curriculum in Bielefeld beispielsweise ist organisations-sozial-ökologisch-sozialwissenschaftlich, das in Düsseldorf eher sozial- und umweltmedizinisch sowie naturwissenschaftlich; und während in Bielefeld das Aufbaustudium

Absolventen aller Fachrichtungen offensteht, ist es in Düsseldorf – unverständlicherweise – bislang Medizinern vorbehalten. Praxis und Arbeitsmarkt werden dann entscheiden, in welchen Berufsfeldern die für Systemdiagnose, Strategieentwicklung, Kommunikation und Organisation ausgebildeten Bielefelder Absolventen gesucht sind und wo die stärker methodologisch-epidemiologisch und naturwissenschaftlich qualifizierten Mediziner aus Düsseldorf.

Hinter den unterschiedlichen Aufbaustudien-Angeboten steht auch die Frage, welche Profile Public Health annehmen kann. Das scheint mit davon abzuhängen, ob das neue Fach an einer Hochschule aufgebaut und betrieben wird, wo die – häufig erdrückend starke – Biomedizin etabliert ist, oder anderswärts. Die Technische Universität Berlin (sie hat keinen medizinischen Fachbereich) und die Medizinische Hochschule Hannover werden die nächsten Testfälle dieses Experiments sein.

In den drei Forschungsverbänden bilden sich unterschiedliche Profile hingegen nur sehr zögerlich. Überlappende Schwerpunkte sind die Entwicklung und die epidemiologische Fundierung einer für Wissenschaft und Praxis gleichermaßen nutzbaren Risiko- und Gesundheitsberichterstattung, weil in dieser Hinsicht in Deutschland ein derart großes Defizit besteht, daß jede Strategiebildung noch behindert ist. Das gilt nicht nur für den Bund, sondern – im Zuge der Regionalisierung von Gesundheitspolitik – erst recht auf kommunaler und betrieblicher Ebene. Durchgängig finden sich auch

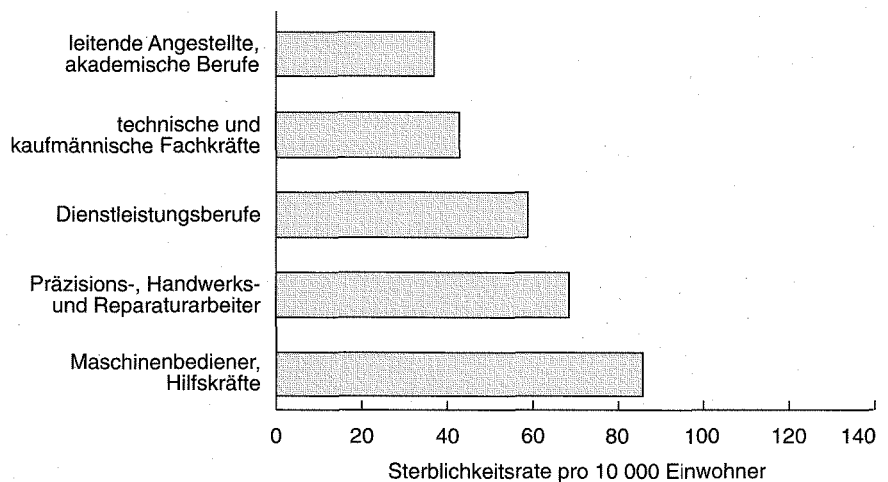


Bild 2: Krankheiten und Todesfälle sind nicht zufällig in der Bevölkerung verteilt; die sozialen Gruppen sind vielmehr Gesundheitsrisiken in unterschiedlichem Maße ausgesetzt. Diese Aufschlüsselung nach

Berufsgruppen des amerikanischen Statistischen Bundesamtes für 1986 zeigt beispielsweise den Zusammenhang von Bildung und Einkommen mit dem Risiko, an Herz-Kreislauf-Krankheiten zu sterben.

Projekte zur kommunalen Gesundheitsförderung sowie zur integriert medizinisch-psychozialen Versorgung von Problemgruppen im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter sowie von chronisch und psychisch Kranken.

Gegenüber diesen eher der Versorgungsforschung zuzuordnenden Aktivitäten sind solche, die auf die Primärprävention zielen, eindeutig unterrepräsentiert, obwohl sie der Ursprung der Sozial-epidemiologie waren und man bei Entwicklung des Programms darauf stark abgezielt hatte. Themen wie Gesundheit und Arbeitswelt, Ursachen und Minderung sozialer Ungleichheiten von Krankheit und Tod sowie Forschungen zu den politischen und wirtschaftlichen Bedingungen erfolgreicher Gesundheitspolitik müßten zügig angegangen werden. Denn

die junge Multidisziplin Public Health wird nur dann die kurative Medizin substantiell ergänzen und ihr ein kritisches Partnerfach werden können, wenn sie auch politisch konfliktträchtige Probleme nicht scheut – sonst wird daraus nur ein Abklatsch der in Medizin und Politik in Deutschland immer schon einflußarmen Sozialmedizin.

Priv.-Doz. Dr. Rosenbrock leitet die Forschungsgruppe „Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik“ am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Er hält beim Aufbaustudiengang „Gesundheitswissenschaften“ an der Technischen Universität Berlin Vorlesungen zur Gesundheitspolitik.
