

Klaus Hurrelmann | Oliver Razum (Hrsg.)

# Handbuch

## Gesundheits- wissenschaften

6. Auflage

**BELTZ JUVENTA**

Leseprobe aus: Hurrelmann, Razum, Handbuch Gesundheitswissenschaften,  
ISBN 978-3-7799-3125-6, © 2012 Beltz Juventa Verlag, Weinheim Basel. 6. Auflage 2016  
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-3125-6>

Klaus Hurrelmann, Ulrich Laaser und Oliver Razum

# Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland

## Einleitung

Der Begriff „Gesundheitswissenschaften“ wurde in den 1980er Jahren als deutsche Entsprechung zur internationalen Bezeichnung „Public Health“ eingeführt. Haisch, Weitkunat und Wildner verstehen darunter „die Wissenschaft und Praxis der Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung durch organisierte, gemeindebezogene Maßnahmen“ (1999, 317). Schwartz plädiert zusammen mit seinen Mitherausgebern des Handbuchs „Public Health“ für die Verwendung des englischen Begriffes auch in Deutschland. Er definiert die „Public Health-Wissenschaften“ über die beiden zentralen Forschungsfragen „Wie lässt sich die Gesundheit der Bevölkerung verbessern?“ und „Wie lässt sich die verbesserte Effizienz im Gebrauch der gesundheitlichen Ressourcen einschließlich der Reduzierung eskalierender Kosten erreichen?“ (Schwartz 2003, 3). Auch die „Deutsche Gesellschaft für Public Health“ nimmt eine Gleichsetzung von Gesundheitswissenschaften und Public Health vor (1999, 2005).

Als Herausgeber des ersten deutschen „Handbuchs für Gesundheitswissenschaften“ orientieren wir uns an dieser Definition, sind uns aber zugleich der Tatsache bewusst, dass die beiden Bezeichnungen „Gesundheitswissenschaften“ und „Public Health“ unterschiedliche Akzente setzen. Die genau entsprechende Bezeichnung zu „Public Health“ ist „Volksgesundheit“ (oder alternativ „öffentliche Gesundheit“). Diese beiden Begriffe werden aber zur für die Benennung von wissenschaftlichen Arbeitsgebieten an deutschen Hochschulen und Forschungseinrichtungen heute nicht mehr oder nur sehr selten verwandt. Die wörtliche Übersetzung von „Gesundheitswissenschaften“ ist „Health Sciences“. Dieser Begriff wird in vielen Ländern als eine übergeordnete Bezeichnung aller der mit Gesundheit befassten Disziplinen und Forschungsrichtungen verwandt und schließt neben Public Health auch Medizin, Zahnmedizin, Pharmazie und Pflegewissenschaft ein.

Wir halten die parallele Verwendung der beiden Begriffe „Gesundheitswissenschaften“ und „Public Health“ aus pragmatischen Gründen für sinnvoll, sehen aber viele Vorteile darin, die deutsche Bezeichnung zu bevorzugen. Sie drückt durch den Plural die interdisziplinäre Ausrichtung und durch den zweiten

Wortbestandteil den „wissenschaftlichen“ Charakter dieses Gebietes aus. Wir definieren Gesundheitswissenschaften als *ein Ensemble von wissenschaftlichen Einzeldisziplinen, die auf einen gemeinsamen Gegenstandsbereich gerichtet sind, nämlich die Analyse von Determinanten und Verläufen von Gesundheits- und Krankheitsprozessen und die Ableitung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen und deren systematische Evaluation unter Effizienzgesichtspunkten*. Im Zentrum des Erkenntnisinteresses der Gesundheitswissenschaften liegt ganz im Sinne von „Public Health“ die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung.

Bei der Entwicklung der Gesundheitswissenschaften ist Deutschland einen historisch bedingten Sonderweg gegangen (Hurrelmann 1999, 5). Im Unterschied zu den vergleichbaren westeuropäischen und nordamerikanischen Ländern wurde das Gebiet zwar zur gleichen Zeit, nämlich zu Beginn des 20. Jahrhunderts, tatkräftig in Angriff genommen, in den 1930er und 1940er Jahren dann aber durch die massiven Eingriffe der nationalsozialistischen Machthaber politisch-ideologisch instrumentalisiert (Häfner 1996; Henke 2008; Kolip 2002; Waller 2002). Die verheißungsvollen Ansätze der in den 1920er Jahren aufkommenen Forschungen der „Sozialhygiene“ als „Wissenschaft von der Erhaltung und Mehrung der Gesundheit“ in Verbindung mit der praktischen Anwendung bevölkerungsweiter Erkenntnisse zur Sicherung der „Volksgesundheit“ wurden vom totalitären NS-Regime eliminiert. Die führenden Vertreter der „Gesundheitswissenschaft“, die bereits mit diesem Namen arbeiteten, so etwa Gottstein, Schlossmann und Teleky (1925), wurden ebenso vertrieben wie die sozialhygienisch tätigen Mediziner, Biologen, Psychologen und Soziologen (Heinzelmann 2009). Das Handeln staatlicher Organe zur Herstellung und Aufrechterhaltung der öffentlichen Gesundheit wurde unter das Diktum einer Menschen verachtenden politischen Ideologie gestellt und damit bis weit über die Anfangsjahre der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik hinaus diskreditiert.

In beiden deutschen Teilstaaten konnte nach Ende des Zweiten Weltkrieges das gut funktionierende öffentliche Gesundheitswesen, wie es vorbildlich vor dem Machtantritt der Nationalsozialisten existiert hatte, nicht wieder voll etabliert werden. Die öffentlich-rechtlichen Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, also das „planmäßige Handeln von Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechtes (Gemeinden und Gemeindeverbände, Sozialversicherungsträger, Ärztekammern) sowie sonstigen Einrichtungen (z.B. Instituten), Verbänden (z.B. der freien Wohlfahrtspflege) und Vereinen (z.B. Fachgesellschaften), in denen der Staat mitwirkt mit dem Ziel, die menschliche Gesundheit zu schützen und zu fördern“ (Femmer 1982, 805), wurden im Westen politisch vernachlässigt, im Osten mit neuen ideologischen Auflagen befrachtet. In beiden deutschen Teilstaaten gab es keine wissenschaftlich abgesicherten Impulse für die Wiederaufnahme der Erfolg versprechenden theoretischen und methodischen Ansätze der Sozialhygiene und Gesundheitswissenschaften aus den 1920er Jahren. Bis heute haben wir in Deutschland nicht voll den internati-

onalen Stand erreicht (Hurrelmann und Laaser 1997; Laaser und Schwartz 1992; Schaeffer, Moers und Hurrelmann 2010; Stöckel und Walter 2002).

In diesem Beitrag zeichnen wir diese Entwicklung nach und geben einen Überblick über die wichtigsten konzeptionellen und methodischen Ansätze der modernen Gesundheitswissenschaften in Deutschland. Im Schlussteil stellen wir die zentralen Arbeitsgebiete von Gesundheitswissenschaften vor, die in den Beiträgen des Handbuches jeweils von ausgewiesenen Expertinnen und Experten aus den verschiedenen disziplinären Teilbereichen der Gesundheitswissenschaften erörtert werden.

## 1. Impulse für die Neuetablierung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland

In den 1980er Jahren kam es in Westdeutschland, in der damaligen „alten“ Bundesrepublik Deutschland, in Wissenschaft und Praxis zu ernsthaften Initiativen, das bis dahin im Vergleich zur internationalen Entwicklung verwaiste Gebiet Public Health wieder zu beleben und ihm einen angemessenen Platz im Repertoire der mit der Sorge um die „Volksgesundheit“ beschäftigten wissenschaftlichen Disziplinen zu geben.

Um der politisch schwer belasteten Tradition der „Sozialhygiene“ zu entgehen, orientierten sich fast alle diese Initiativen an dem weltweit verbreiteten englischen Begriff „Public Health“. Gemeint waren die Wissenschaft von der „öffentlichen Gesundheit“ und ihre praktische Anwendung. Ziel war die Erforschung der individuellen und gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit, die systematische Erfassung der Verbreitung von gesundheitlichen Störungen in der Bevölkerung und die systematische Erforschung von Konsequenzen für Organisation und Struktur des gesamten Gesundheitssystems (Badura 1994; BZgA 2003; Gerber und von Stünzner 1999; Gostomzyk 2000; Rosenbrock 1995; Weitkunat, Haisch und Kessler 1997). Angestrebt wurde die Etablierung von Forschung und Lehre für eine wissenschaftlich begründete öffentliche Gesundheitspolitik. Politik, Wissenschaft und Berufspraxis scheuten aber, aus verständlichen Gründen, den Begriff „Volksgesundheit“. Auch die beiden anderen Begriffe, die einer wörtlichen Übersetzung von Public Health nahe kommen, nämlich „öffentliche Gesundheit“ und „Bevölkerungsgesundheit“, fanden keine Resonanz. Die Wunden des nationalsozialistischen Missbrauchs der Wissenschaft und der Praxis von der öffentlichen Gesundheitspolitik waren noch nicht verheilt.

### *1.1 Orientierung an der angelsächsischen Entwicklung*

Als Ausweg bot sich an, auf die internationale, vor allem angelsächsische Terminologie und die damit verbundene Entwicklung des Gebietes „Public Health“ zu setzen. Die Zielvorstellung war, gewissermaßen in einem historischen Quantensprung den Anschluss der wissenschaftlichen Forschung an die Spitze der

internationalen Entwicklung herzustellen und die in der Zwischenzeit entstandenen Strukturen in einem Kraftakt zu reformieren. In der internationalen Entwicklung war in den 50 Jahren von 1933 bis Anfang der 1980er Jahre das Fachgebiet, ursprünglich im Wesentlichen aus Sozialmedizin, Umwelthygiene und Epidemiologie bestehend, zu einem interdisziplinären, teilweise sogar transdisziplinären Gebiet mit multiprofessioneller und intersektoraler Orientierung geworden, das sich zwar weiterhin mit starker Unterstützung der Medizin, aber doch unabhängig von ihr etablierte (Haisch, Weitkunat und Wildner 1999; Holland, Detels und Knox 1984; Laaser, Deleeuw und Stock 1995; Powler 2002).

In Deutschland hatte die Entwicklung der Gesundheitswissenschaften vor der Machtübernahme des Nationalsozialismus mit dem Konzept der „öffentlichen Gesundheitspflege“ ihren Höhepunkt gefunden. Schwerpunkte waren die Verbesserung von Hygiene und Wohnbedingungen in den Städten, das Fördern des Stillens von Säuglingen (Diesfeld 2006, Razum und Breckenkamp 2007), die Sorge für Sterbende und die Verhütung von Infektionskrankheiten vor allem in den ärmeren Bevölkerungsschichten. Auch andere Aspekte der öffentlichen Hygiene, wie etwa das Zurückdrängen von sexuell übertragbaren Krankheiten durch die öffentliche Kontrolle der Prostitution, standen im Zentrum der Arbeit. Richtungsweisende Mediziner wie Rudolf Virchow und Salomon Neumann erkannten den Zusammenhang von gesellschaftlichen, kulturellen und wirtschaftlichen Bedingungen mit der Gesundheit der Bevölkerung und zugleich die wichtige Rolle einer aktiven öffentlichen Gesundheitspolitik jenseits der Weiterentwicklung des Krankenversorgungssystems. Durch Wissenschaftler wie Max von Pettenkofer und Wilhelm von Ziemssen entwickelte sich eine fundierte hygienische Forschung mit nachhaltigen Impulsen für die Verbesserung der öffentlichen Gesundheitspolitik. Alfred Grotjahn prägte den Begriff der „sozialen Pathologie“ und verwies auf die Zusammenhänge von „krank machenden“ Arbeits- und Wohnbedingungen mit dem Gesundheitszustand der Menschen (siehe hierzu den nachfolgenden Beitrag von Labisch und Woelk in diesem Handbuch).

In den 1980er Jahren aber konnte an diesen historischen Entwicklungsstand nicht mehr angeknüpft werden. Ebenso wie in den anderen westlichen Ländern hatten sich die Herausforderungen für die öffentliche Gesundheitspolitik grundlegend gewandelt. Durch die Verbesserung der hygienischen Bedingungen und eine dynamische wirtschaftliche Entwicklung waren Lebensstandard und Lebenserwartung nach dem zweiten Weltkrieg über Jahrzehnte hinweg angestiegen. Viele akute Krankheiten, darunter Infektionskrankheiten sowie die Kinder- und Müttersterblichkeit, konnten Schritt um Schritt zurückgedrängt werden. Es waren jetzt die lebensstilbedingten chronischen Erkrankungen, teilweise mit einer starken psychischen Komponente, die in den Vordergrund traten. Damit war eine Veränderung des Krankheitsspektrums eingetreten.

Bis in die 1970er Jahre hinein herrschte der Eindruck vor, die moderne, individuell-kurativ orientierte Medizin könne die neuen Massenkrankheiten, insbe-

sondere Herz-Kreislaufkrankheiten und bösartige Neubildungen, zurückdrängen. Seit Mitte der 1980er Jahre wurde aber immer deutlicher, dass die Grenzen einer isoliert betriebenen, auf das Krankenversorgungssystem ausgerichteten Medizin erreicht waren (Rosenbrock 1995). Auch die Bemühungen, durch eine Reduktion von „Risikofaktoren“ für chronische Krankheiten deren Verbreitung gezielt in den Griff zu bekommen, erwiesen sich als nur teilweise wirkungsvoll. Zigarettenrauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, fettreiche Ernährung, mangelnde körperliche Bewegung und unzureichende Formen der Bewältigung von Alltagsstress, so konnte in der Forschung belegt werden, waren eng mit den Arbeits- und Lebensbedingungen verbunden (Berkman und Breslow 1983; Kickbusch 1989; Siegrist 1995). Die Risikofaktoren konnten mit den traditionellen Mustern einer Gesundheitsaufklärung ebenso wenig zurückgedrängt werden wie mit rechtlichen Verboten und Restriktionen. Sollte sich der inzwischen erreichte Gewinn an Lebenserwartung auch in einem Zuwachs an Lebensqualität niederschlagen, dann waren ganz offensichtlich tiefer greifende gesundheitspolitische Weichenstellungen vorzunehmen als nur die eines ständigen weiteren Ausbaus der Behandlungsmöglichkeiten, der Rehabilitation und der Pflege von bereits chronisch Erkrankten.

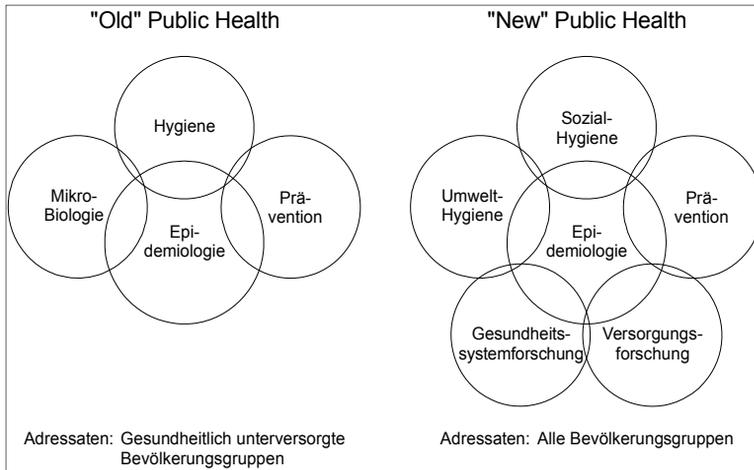
Die Notwendigkeit einer Gesamtbetrachtung des gesundheitsrelevanten Versorgungsgeschehens in der Bevölkerung wurde jetzt offensichtlich, nicht zuletzt auch wegen einer Kostenexpansion durch die weiter zunehmenden Erfolge der Medizin und der Medizintechnik, etwa durch medikamentöse und operative Eingriffe bei Krebs- und Herz-Kreislaufkrankheiten. Wie Labisch und Woelk in ihrem Beitrag in diesem Handbuch herausarbeiten, ist ein tief greifender Wandel der Vorstellungen von öffentlicher Gesundheit und öffentlicher Gesundheitspolitik nur möglich, wenn sich die grundlegenden weltanschaulichen Orientierungen in einer Gesellschaft sowohl bei Professionellen als auch bei Laien verändern. Mitte der 1980er Jahre war in Westdeutschland offenbar ein günstiger Zeitpunkt für eine Umdeutung der bis dahin vorherrschenden Vorstellung von Gesundheitspolitik gekommen.

## *1.2 Die Wiedergeburt der deutschen Tradition der Gesundheitswissenschaften*

Das war die Stunde der „Wiedergeburt“ der deutschen Tradition der Gesundheitswissenschaften, die ihren greifbaren Niederschlag darin fand, dass die Zusammenarbeit von Medizin- und Naturwissenschaften mit Geistes-, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften zur Analyse der öffentlichen und der individuellen Gesundheit über einen Zeitraum von über zehn Jahren intensiv politisch gefördert wurde (Kolip 2002). Bund und Länder in Westdeutschland unterstützten Forschungsverbände und akademische Lehrprogramme. Angeregt und beschleunigt wurde die politische Förderung durch eine Reihe von sozialen Bewegungen, Umweltbewegungen und insbesondere Selbsthilfegruppen von langjährig chronisch erkrankten Menschen, die sich gegen die Dominanz eines rein körperbezogenen medizinischen Denkens wehrten und auf die Bedeutung von

psychischen und sozialen Netzwerken für die Begleitung der nicht heilbaren Krankheiten setzen. Wie Labisch und Woelk in ihrem Beitrag in diesem Handbuch betonen, richteten sich diese Bewegungen auch gegen die standardisierten, rechtlich fixierten, formal-bürokratischen Vorgaben für die Lösung von kommunalen und städtischen Gesundheitsproblemen, bei denen die Lebenswelt spezifischen und kultur- und regionalbezogenen Aspekte zu kurz kommen mussten. Entsprechend groß wurde der Bedarf an gesundheitswissenschaftlichen Theorien und Forschungsergebnissen eingeschätzt, mit deren Hilfe die Sicherung und Erweiterung individueller und kollektiver gesundheitlicher Handlungskompetenzen angestrebt wurde.

Abb. 1: Disziplinäre Entwicklung von Public Health in den USA



Die deutsche Entwicklung orientierte sich stark an den USA. Dort drückte sich die Neupositionierung der Gesundheitsforschung in einer deutlichen Erweiterung der Aufgabenfelder der traditionellen sozial- und umwelthygienischen Orientierung aus. Es waren nicht mehr länger wie zu Beginn des Jahrhunderts gesundheitlich unterversorgte und sozial benachteiligte Teilgruppen der Bevölkerung, die durch öffentliche Aktivitäten des Gesundheitsdienstes und begleitende Forschungsaktivitäten im Zentrum des wissenschaftlichen Bemühens standen. „New Public Health“, wie das Fach nun in Absetzung von der traditionellen Ausrichtung („Old Public Health“, siehe Abbildung 1) aus den 1920er bis 1940er Jahren genannt wurde, nahm vielmehr die Versorgung mit medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen der gesamten Bevölkerung zum Gegenstand von wissenschaftlich angewandter Forschung (Mechanic 1984; Frenk 1993; Detels, McEwen, Beaglehole und Tanaka 2002). Auch waren neben die klassischen epidemiologischen Ansätze organisationsorientierte Ansätze getreten, insbesondere System- und Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie (Hamtin 2002) sowie die Gesundheitsförderung.

„New Public Health“ verstand sich als Weiterentwicklung der hygienebezogenen Ansätze aus der Gründerzeit von Public Health. Der sozialhygienische Impuls, der bei den frühen Ansätzen von Public Health im Vordergrund stand, trat zugunsten einer interdisziplinären und multiprofessionellen Orientierung zurück. Im Vordergrund des Erkenntnisinteresses stand jetzt die Entwicklung und Steuerung des Gesundheitssystems, das der ganzen Bevölkerung eine möglichst gute und angemessene gesundheitliche Versorgung bieten sollte. New Public Health versteht die Gesundheit der Bevölkerung als ein „öffentliches Gut“ (Laaser und Wolters 1989), weshalb politische Instanzen eine wichtige Rolle zu spielen hatten. Sie übernehmen Verantwortung für die Identifizierung der wichtigsten Gesundheitsprobleme, die Festsetzung von Prioritäten in der Gesundheitspolitik und die Beeinflussung von qualitätsgerechten Handlungen der im Gesundheitswesen aktiven Institutionen (Beaglehole und Bonita 1997).

### *1.3 Reaktion auf gesellschaftliche und demografische Veränderungen*

Die „Wiedergeburt“ der Gesundheitswissenschaften in Deutschland orientierte sich an diesem fortgeschrittenen Konzept. Es fand große Resonanz, weil die Mängel der veränderten objektiven Anforderungen an die Krankenversorgung mit den deutlich gewandelten Bewusstseinsvorstellungen in breiten Schichten der Bevölkerung zusammentraf.

Die Ausgangssituation im Gesundheitssystem zu Beginn der 1980er Jahre war in allen westlichen Ländern durch folgende Veränderungstendenzen gekennzeichnet (Beaglehole, Bonita, Horton, Adams und McKee 2004):

- Es herrschen Erkrankungen vor, die durch eine somatisch orientierte Medizin kaum aufzuhalten, zu behandeln und in der Regel nicht eindeutig zu heilen waren, jedenfalls nicht im Sinne einer vollständigen Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und der gesundheitlichen Lebensqualität. Die medizinische Behandlung mit einer Konzentration auf ursächliche Zusammenhänge und die Therapie von Infektionen oder von biochemischen und physiologischen Fehlsteuerungen im Organismus griff hierbei erkennbar zu kurz. Das erweiterte Krankheitsspektrum verlangte nach einer Ergänzung der klinisch-medizinischen Sicht durch Fachleute aus den psychologischen, soziologischen, ernährungswissenschaftlichen, sportwissenschaftlichen, pädagogischen und pflegewissenschaftlichen Fachgebieten (Gutzwiller und Paccaud 2011).
- Nicht nur in der älteren, sondern auch in der jüngeren und mittleren Generation verschob sich das Krankheitsspektrum. Immer deutlicher dominierten chronisch-degenerative Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Störungen und Krebs. Immer mehr Verbreitung fanden ökosomatisch, sociosomatisch und psychosomatisch verankerte Störungen. Hinzu kamen Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Fehlernährung, Bewegungsmangel und Umweltbelastungen (Gochman 1988; Haisch und Zeitler 1991; Milner, Birbaumer und Gerber 1986).

- Die demographischen Anforderungen an das Gesundheitswesen hatten sich ebenfalls verändert. Alle westlichen Länder, auch Deutschland, erlebten die Entwicklung einer gestiegenen Lebenserwartung bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl der Kinder pro Familie. Gleichzeitig nahm der Anteil der Erwerbstätigen im Verhältnis zu den Nichterwerbstätigen ständig ab. Die Alterung der Bevölkerung führte zu einer bislang unbekanntem Belastung der Sozialversicherungssysteme, insbesondere der Krankenversicherung und der Rentenversicherung (Enquete-Kommission demographischer Wandel 2002).
- An das medizinische Versorgungssystem waren durch diese Veränderungen neue Anforderungen gestellt: Zum einen in Hinsicht auf Umfang und Profil der von älteren Menschen in Anspruch genommenen medizinischen und psychosozialen Versorgungsleistungen, zum zweiten in Hinsicht auf die enger werdenden finanziellen Spielräume. Ältere Menschen fragen medizinische Leistungen im Durchschnitt in erheblich höherem Maße nach als Menschen im jüngeren oder mittleren Alter. Zugleich sind ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen zeitlich überdauernder Natur, oft degenerativ und nicht heilbar (Waller 2000).
- Neue demografische Herausforderungen entstanden auch durch neue Zielgruppen. So waren seit den 1960er Jahren mehrere Millionen Menschen nach Deutschland migriert, zunächst aus dem Mittelmeerraum, seit 1990 aus der ehemaligen Sowjetunion (Münz, Seifert und Ulrich 1999). Das Gesundheitsverhalten von Migranten, ihr subjektives Krankheitserleben, ihre Strategien der Krankheitsbewältigung sowie insbesondere die Art und Weise, wie sie Krankheitssymptome präsentieren, unterschieden sich von der autochthonen deutschen Bevölkerung deutlich (Razum, Zeeb, Meesmann et al. 2008; Brzoska und Razum 2009).
- In immer klareren Konturen zeichneten sich soziale Ungleichheiten ab, die eng mit dem sozio-ökonomischen Status korrelierten. Bevölkerungsgruppen mit geringem Sozialprestige, niedrigem Bildungsgrad und relativ schlechten finanziellen Ressourcen werden durch die bestehenden Versorgungsstrukturen nicht voll erreicht. Hierdurch und durch ihr meist ungünstiges Gesundheitsverhalten verschlechtert sich ihre Gesundheitslage mit der Folge einer verfrühten Sterblichkeit (Marmot und Wilkinson 1999; Mielck 2000; Naidoo und Wills 2010; Klapper, Bardehle und Razum 2007; Razum, Altenhöner, Breckenkamp und Voigtländer 2008; Richter und Hurrelmann 2009; Siegrist und Marmot 2008).

Selbstverständlich wurden und werden in Deutschland weiterhin Elemente von „Old Public Health“ benötigt: Die Qualität des Trinkwassers muss auch heute noch fortlaufend gesichert werden, was sich bei Naturkatastrophen als besondere Herausforderung erweisen kann (Braubach 2011). Schutzmaßnahmen bei drohenden Epidemien stellen medizinische, logistische ebenso wie politische Anforderungen (Krause, Gilsdorf, Becker et al. 2010).

### *1.4 Zunehmender Bedarf an umfassenden konzeptionellen Ansätzen*

Die starken gesellschaftlichen und demografischen Veränderungen forderten neue Ansätze der Gesundheitsforschung geradezu heraus. In die Analyse des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens mussten ganz offensichtlich neben biomedizinischen sozial- und verhaltenswissenschaftliche Aspekte eingehen, in die der Versorgungsstrukturen ökonomische. Für die Versorgung ergab sich ein zunehmender Bedarf an einer Verzahnung von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege. Dadurch stellten sich neue Herausforderungen an die Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen und Disziplinen. Eine neue Arbeitsteilung zwischen ärztlich-medizinischen, verhaltensbezogenen und pflegerischen Diensten wurde notwendig, um den nicht nur physiologisch-somatisch, sondern teilweise auch psychisch, sozial und ökologisch verankerten Krankheitsbildern der Klienten und Patienten gerecht zu werden. Die Nachordnung der Rehabilitation und der Pflege gegenüber der medizinischen Akutversorgung erwies sich in vielen Bereichen als obsolet und dysfunktional. Ein ausgewogeneres Verhältnis der Arbeitsteilung zwischen den Teilspektoren des Versorgungswesens wurde dringend notwendig.

Neue Herausforderungen wurden auch für den Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention erkennbar. Es ist ein Merkmal vieler chronischer Krankheiten, dass sie schon früh in der Lebens- und Entwicklungsgeschichte eines Menschen ihren Ausgangspunkt nehmen und stark mit den Lebens- und Arbeitsweisen zusammenhängen. Nicht nur in Deutschland aber war das vorbeugende Segment des Gesundheitssystems nicht angemessen ausgebaut worden. Trotz wissenschaftlicher Evidenz für eine Wirksamkeit präventiver Ansätze und entsprechender Forderungen der WHO standen technologische Weiterentwicklungen und molekularmedizinische Forschungsansätze im Vordergrund (van der Maesen und Nijhuis 2000; World Health Organisation 1998). Die für das gesamte Versorgungssystem charakteristische übermäßige Betonung des Segmentes Kuration mit aufwändiger Krankheitsdiagnose und -therapie war nicht mehr problemangemessen, zumal immer offensichtlicher wurde, dass bei chronischen Krankheiten eine „Heilung“ im strengen Wortsinn meist nicht möglich ist. Die gewandelte Beanspruchung des Versorgungssystems zwang dazu, multiprofessionelle Angebote von Hilfe, Beratung und Behandlung, Rehabilitation, Nachsorge und Pflege in flexiblen Organisationsstrukturen bereitzustellen.

## **2. Der erreichte Entwicklungsstand der Gesundheitswissenschaften in Deutschland**

Durch die gezielte Förderung der gesundheitswissenschaftlichen Forschung konnten in allen aufgeführten Entwicklungsbereichen neue Impulse gesetzt werden. Drei Jahrzehnte nach ihrer „Wiederbelebung“ haben dadurch die Gesundheitswissenschaften in Deutschland heute in groben Zügen den Anschluss an die internationale Entwicklung gefunden. In breitem interdisziplinären Kon-

sens werden Gesundheitswissenschaften im Einklang mit der internationalen Forschung als multidisziplinäres und multiprofessionelles System organisierten Wissens und wissenschaftlicher Anwendung definiert, das auf den Erhalt und die Verbesserung der Gesundheit und die Verringerung der Krankheitslast der Bevölkerung gerichtet ist (Noack 1999; Schott und Hornberg 2010). Auch besteht Einverständnis in der Erkenntnis, dass sich die gesundheitswissenschaftliche Forschung mit Planung und politischer Steuerung in den Kernbereichen des Gesundheitssystems befassen muss – der Krankenversorgung und Krankenpflege ebenso wie mit Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsschutz.

Im Anschluss an die internationale Entwicklung wird in Deutschland recht ähnlich wie in den anderen westlichen Ländern unter Public Health heute ein integrierter Ansatz öffentlicher Gesundheit verstanden, in den inhaltlich-fachliche, politische, rechtliche, finanzielle und umweltbezogene Rahmenbedingungen eingehen, um das Gesundheitssystem selbst und zusätzlich die anderen großen Infrastrukturbereiche der Gesellschaft, welche Einfluss auf die Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung haben, in einer „intersektoralen“ Strategie zu aktivieren. Gesundheitswissenschaftliches Wissen, das durch systematische empirische Forschung untermauert ist und Kenntnisse über die Determinanten der Gesundheits- und Krankheitsdynamik vermittelt, gilt in Wissenschaft und Politik heute wieder als unverzichtbar für ein modernes Gesundheits- und Krankheitssystem (Flick 2002; Walter und Paris 1996; Wernsdorfer 1999).

Konzeptionell ist damit der weltweite Anschluss gelungen, aber die institutionelle Absicherung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland ist im internationalen Vergleich dennoch nicht zufriedenstellend. Die strukturelle Sicherung gesundheitswissenschaftlicher Institute und Forschungseinrichtungen hat sich im Vergleich zu den meisten anderen westlichen Gesellschaften trotz der intensiven politischen Förderung in den 1990er Jahren nur lückenhaft und fragil entwickelt. Im Unterschied zu den vergleichbaren Ländern bauten die seinerzeit geförderten Public Health-Forschungsverbände und die verschiedenen Ausbildungsinitiativen an Universitäten und Fachhochschulen nicht auf den bestehenden institutionellen Einrichtungen für die öffentliche Gesundheitspolitik auf und richteten sich nur teilweise an ihnen aus.

Trotz der Förderimpulse ist es bis heute nicht zu einer systematischen Zusammenarbeit der Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Gesundheitsämter mit den Gesundheitswissenschaften gekommen. Die zentralen Themen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere der Gesundheitsschutz und die Gesundheitssicherung mit den Ansätzen der kommunal orientierten Präventionsstrategien, fanden nur wenig Resonanz an den neu etablierten Hochschul- und Forschungsstandorten der Gesundheitswissenschaften. Umgekehrt befürchteten die Fachkräfte im medizinisch orientierten öffentlichen Gesundheitsdienst „durch die interdisziplinäre Orientierung der Gesundheitswissenschaften an den Rand gedrängt zu werden, weil sie sich noch überwiegend