
Public Health – Dokument einer Renaissance?

Rezension von: Friedrich Wilhelm Schwartz, Bernhard Badura, Rainer Leidl, Heiner Raspe, Johannes Siegrist, Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, Verlag Urban&Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1997, 702 Seiten.

1. Eine kurze historische Einordnung

Ernst Gottfried Baldinger schreibt in seinem Vorwort zum Lexikon der k. k. Medizinalgesetze in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts: "Von dem Herrn Sonnenfels (wichtiger Vertreter merkantilistischer Ideen in Österreich, Anmerkung durch den Verfasser E. Theurl) bis auf den elendsten Skribler ist erwiesen, nur alsdann mächtig und unüberwindlich seien die Fürsten, wenn sie die größte Volksmenge gesunder und nervichter Unterthanen beherrschen, welche das Schwert, die Kanone, den Webstuhl, den Pflug - auch nicht zu vergessen die Feder - mit Kraft und mit Muth unter Ihrer Fürsten Degen und Szepter führen und benutzen können." (1) Brösskamp-Stone et al. zitieren in dem hier rezensierten Buch im Kapitel "Gesundheitsförderung und Prävention" den Herausgeber F. W. Schwartz mit den Worten: "Nationale Politik muß von der Überzeugung getragen werden, daß eine gesunde Bevölkerung eine Quelle des Reichtums sowohl für die Individuen wie für die Gemeinschaft darstellt." (S. 148).

Ist das Zufall, Auswahlbias des Rezensenten oder Ausdruck einer der vielen unveränderlichen Universalien und Kategorien, die die Menschheitsge-

schichte bevölkern? Es ist hier nicht der Ort, um die Rolle von Quantität und Qualität des Humankapitals (Gesundheit, Bildung) dogmengeschichtlich ausführlich zu beleuchten und damit die offensichtlich bestehenden Gemeinsamkeiten/Unterschiede zwischen den beiden Zitaten herauszuarbeiten. Eine Interpretation, die mit der Verbindung der beiden Zitate intendiert sein könnte, gilt es allerdings zu zerstreuen, um eine historisch korrekte Einordnung des vorliegenden Buches zu gewährleisten. Es existiert weder in der realhistorischen noch in der dogmenhistorischen Entwicklung ein direkter und friktionsfreier Pfad von der Bevölkerungslehre des Merkantilismus bzw. Kameronismus des 18. und 19. Jahrhunderts zu den Konzeptionen von (*Modern*) *Public Health* am Ausgang dieses Jahrtausends.

Dabei ist unbestritten, daß die Idee von *Public Health* im deutschsprachigen Raum eine lange und herausragende Tradition hat. Sie geht zurück auf die Initiativen der Österreich-Ungarischen Monarchie bzw. der Deutschen Fürsten (des Deutschen Reiches) im 18. und 19. Jahrhundert. Gesellschaftspolitischer bzw. ökonomischer Hintergrund dieser Initiativen waren u.a. die Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik des Merkantilismus in Verbindung mit einer stark meritorisch-paternalistischen Sicht der Interventionsnotwendigkeit des Staates in private Angelegenheiten im Rahmen eines aufgeklärten Monarchismus. Ein wichtiger Exponent dieser Sichtweise war beispielsweise Johann Peter Frank, der 1779 ein achtbändiges Werk unter dem Titel "System einer vollständigen medizinischen Polizei" veröffentlichte. Es enthielt eine umfassende Konzeption der Volksgesundheitspflege, Gesundheitsförderung, individuellen Gesundheits-erziehung und öffentlichen Gesundheitspflege. Dazu schlug er eine umfassende Gesundheitsexekutive, eben

eine medizinische Polizei vor. "Diese frühe Form der Gesundheitsaufklärung wandte sich nach der französischen Revolution rasch an alle Bürger. Als ‚hygienische Volksbelehrung‘ entwickelte sie sich im 19. Jahrhundert, bereichert durch die Entdeckungen der naturwissenschaftlichen Medizin zu einer missionarischen Weltanschauung, die sich nur noch mit der Umweltschutzbewegung unserer Tage vergleichen läßt. Alfons Fischer spricht von ‚wahren Feldzügen der Gesundheitserziehung‘." (2) Gesundheit wurde schrittweise – in einem keineswegs friktionsfrei verlaufenden Prozeß – ihres privaten und schicksalhaften (gottgegebenen) Charakters entkleidet und als öffentlich-rechtlich relevantes, plan- und steuerbares Anliegen thematisiert. Anfang des 20. Jahrhunderts entstand – aufbauend auf sehr fragilen demokratischen Strukturen – insbesondere in Deutschland noch einmal ein Höhepunkt der *Public Health* - Bewegung, der in erster Linie mit dem Name Alfred Grotjahn zu verbinden ist. Grotjahn strebte die Übertragung des Programms der großen Pioniere Frank, Mai, Neumann, Virchow und Pettenkofer auf die moderne, wissenschaftlich orientierte Medizin an. Er forderte für die Wissenschaft der Volksgesundheitspflege Interdisziplinarität und nannte als Partnerwissenschaften Medizinalstatistik, Demographie, Anthropometrie, Nationalökonomie und Sozialwissenschaften. (3)

Wie vorausschauend das war, ermißt man daran, wenn man die Forschungsansätze von "Modern Public Health" damit vergleicht. Dazu Schwartz in seiner Einführung zum vorliegenden Band: "Public Health-Forschung integriert eine Vielzahl wissenschaftlicher Disziplinen und Methoden und ist charakterisiert durch ihren multidisziplinären Zugang." (S. 4). Als wissenschaftliche Disziplinen werden in der Folge ua. genannt: Epidemiologie, Genetik, Um-

weltmedizin, Sozialwissenschaften, Demographie, Politikwissenschaften, Gesundheitsökonomie, Informatik, Statistik etc.

Die Herrschaft des Nationalsozialismus brachte die große Zäsur in der Volksgesundheitspflege. An die Stelle der humanitären Idee einer sozialen Schicksalsgemeinschaft trat die rassistische Größenidee des arischen Herrenvolkes. Die Verbindung der Rassenideologie mit einem pervertierten Sozialdarwinismus bzw. mit der politischen Ideologie der "Sozialhygiene" hatte nachhaltige Wirkungen auf die Nachkriegsentwicklung des *Public Health* - Gedankens im deutschsprachigen Raum. "Nach dem Verlust ihrer ethischen Fundamente, ihrer internationalen Verbindungen und ihrer akademischen Lehrer war die Volksgesundheitspflege an den deutschen Universitäten untergegangen. Vier Nachkriegsjahrzehnte waren erfüllt von Mängelrügen aller wichtigen Wissenschaftsorganisationen an die Adressen von Epidemiologie, Sozialmedizin und später auch Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung. Es war aber nicht pure Nachlässigkeit, wenn der Wiederaufbau nur langsam anließ, denn wer sollte die Fächer in Forschung und Lehre kompetent vertreten, wenn keine Ausbildungsmöglichkeiten im Lande mehr vorhanden waren." (4)

Das vorliegende Buch kann damit auch als Dokument begriffen werden, daß *Public Health* in einer modernen Form als eine Gruppe verschiedener akademischer Disziplinen in Deutschland wiedergeboren wurde.

2. Zum Anliegen, Aufbau und zu wesentlichen Inhalten des Buches

Die Herausgeber definieren in ihrem Vorwort (S. X) das Anliegen und die Zielgruppe des Buches: Das Buch soll die Ausbildungs-, Forschungs- und Entscheidungslücken zwischen biomedizi-

nischer und sozialer Grundlagenforschung, klinischer Medizin und der bislang vernachlässigten nicht-klinischen, bevölkerungs- und systembezogenen Gesundheitsforschung schließen helfen, ohne die heute ein effizientes Gesundheitswesen und eine präventive und leistungsfähige klinische Medizin undenkbar sind. Das Buch ist den Studierenden der *Public Health*-Aufbaustudiengänge, den Studierenden der Medizin und aller gesundheitsbezogenen Fächer an Universitäten und Fachhochschulen, ebenso den im Gesundheitsbereich bereits tätigen Ärzten, den Angehörigen anderer Professionen sowie den Politikern und Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen mit der Hoffnung auf eine neue kreative und erfolgreiche Generation von *Public Health*-Experten im deutschsprachigen Raum gewidmet.

Das Buch vereinigt 55 AutorInnen aus dem deutschsprachigen Raum. Mit drei Ausnahmen sind die AutorInnen an Institutionen in Deutschland tätig. Es gliedert sich in insgesamt 8 Kapitel, die ihrerseits wiederum durch 45 Einzelbeiträge in Unterkapitel strukturiert werden. In der einleitenden Einführung wird ein kurzer Überblick über den Begriff und den Stand von *Public Health* sowie über die verschiedenen Herausforderungen für die Gesundheitssysteme in den Industrieländern gegeben. Dieser Einführung schließt sich ein Kapitel "Gesundheit und Krankheit" an. In diesem Kapitel werden einleitend Meßkonzepte von Gesundheit und Krankheit dargestellt bzw. wird ein empirischer Befund zur Situation in Deutschland und in ausgewählten Industrieländern präsentiert. Daran schließen sich Beiträge an, die die Bedeutung einzelnen Determinanten von Gesundheit/Krankheit abzuschätzen versuchen:

- * die genetischen Grundlagen von Gesundheit und Krankheit,
- * den Einfluß von Umwelt, technischem und zivilisatorischem Fortschritt,
- * die Bedeutung von gesellschaftlichen

Strukturen (Erwerbsrolle, Geschlechtsrolle),

- * den Einfluß des individuellen Konsumverhaltens,
- * den Konnex von Alter und Gesundheit.

Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit zwei Beiträgen zur Rolle und Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention.

Das Kapitel "Institutionen, Systeme und Strukturen" widmet sich politisch-institutionellen Aspekten der Gesundheitsversorgung. Ausgehend von den Zielen und Strategien der Gesundheitspolitik werden Institutionen und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention, der Krankenversorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes dargestellt. Abgerundet wird dieses Kapitel durch einen Überblick über die Ausgaben für Gesundheit und ihre Finanzierung. Dieses Kapitel orientiert sich in der Darstellung mit wenigen Ausnahmen an der politisch-institutionellen Struktur in Deutschland.

Das Kapitel "Informationen gewinnen und interpretieren" ist der Vermittlung von Analysetechniken im Rahmen von *Public Health* gewidmet. Dabei werden das theoretische Fundament, aber auch konkrete Handlungsanleitungen und nützliche Hinweise bzw. Warnungen vor Fallstricken in der Anwendung für folgende Themenbereiche gegeben:

- * Daten sammeln und auswerten;
- * wissenschaftliche Ergebnisse deuten und nutzen;
- * qualitative und quantitative Methoden der Datengewinnung;
- * ökonomische Evaluation;
- * sozialmedizinische Beratung und Begutachtung;
- * Gesundheitssystemforschung.

Die beiden nächsten Kapitel sind der Vertiefung von *Public Health*-Inhalten unter Praxisgesichtspunkten gewidmet. Dabei werden zwei unterschiedliche Problemzugänge gewählt. Unter dem

Stichwort "Problemzugang Krankheitsbilder" wird einleitend das gerade in den letzten Jahrzehnten prägende und teilweise kontraproduktive Spannungsfeld von *Public Health* und Klinischer Medizin beleuchtet. Darauf aufbauend werden die Epidemiologie, die Versorgungsdefizite und die Folgerungen für die Konzeption von *Public Health* für ausgewählte Krankheitsbilder analysiert: Infektionskrankheiten, Herz- und Kreislauferkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, bösartige Neubildungen, rheumatische Erkrankungen, psychiatrische Erkrankungen, verhaltensbezogene Erkrankungen (insbesondere: Suchterkrankungen) und Krankheiten des Kauorgans.

Unter dem Stichwort "Problemzugang Bevölkerungsgruppen" wird spezifisch auf die Versorgungssituation und Versorgungserfordernisse ausgewählter Bevölkerungsgruppen eingegangen: Kinder und Jugendliche, Frauen und Männer, Arbeitende und Arbeitslose, Behinderte, Ältere und Alte und Migranten.

Im Kapitel "Was kann Public Health in der Praxis leisten?" werden Fragen von Planung und Management, der Qualitätsforschung und Evaluation sowie des Qualitätsmanagements besprochen. Das abschließende Kapitel setzt sich mit dem Stand der *Public Health*-Ausbildung und Forschung in Deutschland, Österreich und der Schweiz auseinander. Abgeschlossen wird das Buch mit einem Serviceteil, einem Glossar wichtiger Begriffe und einem ausführlichen Sachregister.

3. Eine Einschätzung wichtiger Dimensionen des Buches

Das vorliegende, sehr umfangreiche Buch ist – wie bereits erwähnt – multidisziplinär konzipiert. Eine Rezension kann der Fülle an präsentierten Materialien und methodischen Ansätzen daher nur sehr entfernt gerecht werden.

Die nachfolgenden Aussagen aus der Feder eines Ökonomen weisen daher notgedrungen einen Bias auf. Auch zeigen sich bestimmte Meriten/Schwächen eines Buches nicht beim erstmaligen Lesen, sondern erst bei der vertieften Verwendung in der Ausbildung.

Insgesamt erscheint mir das Buch gelungen zu sein. Es erfüllt das von den Herausgebern formulierte Anforderungsprofil. Formal besticht es durch ein modernes und attraktives Layout. Es ist insgesamt gelungen 55 AutorInnen so aufeinander abzustimmen, daß – mit einigen Ausnahmen – größere Redundanzen bzw. Wiederholungen vermieden werden konnten. Auch die Homogenität in der Darstellung konnte einigermaßen gewahrt werden, wenngleich Originalität, Aktualität, Analyse-niveau und Analysetiefe der Beiträge durchaus unterschiedlich sind.

Äußerst hilfreich sind die Literaturangaben zu den einzelnen Kapiteln, die wesentliche Ergänzungen bzw. weiterführende Hinweise zu den Themenbereichen geben. Sehr aufschlußreich und wertvoll – insbesondere auch für die Lehre – sind die Darstellungen von im allgemeinen nicht leicht zugänglichem empirischem Material (z. B. Tabellen auf S. 36/37 zur Bedeutung bestimmter Erbkrankheiten, Tabelle auf S. 68 zu Krebsrisikofaktoren etc.)

Besonders hilfreich ist auch ein Serviceteil, der Adressen (Post- und Internetadressen) verschiedener Forschungsverbünde, die derzeit angebotenen Aufbaustudienlehrgänge, die diversen Fachgesellschaften bzw. die Zeitschriften und Publikationsreihen für *Public Health* enthält. Etwas irritierend ist dabei, daß in der Zeitschriftenübersicht das *Journal of Health Economics*, international wohl die führende gesundheitsökonomische Zeitschrift, nicht enthalten ist.

Nur bedingt gelungen ist das Glossar, da es keinem einheitlichen Prinzip folgt. Teilweise werden hier – wie von

einem Glossar erwartet – klare Begriffsumschreibungen gegeben (z. B. S. 637: attributables Risiko), zum Teil werden weiterführende inhaltliche Erklärungen bzw. Wiederholungen aus dem Text ohne klare Definitiorik gebracht. So bleibt der Begriff "*Managed Care*" (S. 645) weitgehend unklar. Eher mißverständlich und verkürzend sind auch die Umschreibungen für Gesundheitsökonomie (S. 642), Finanzierung im Gesundheitssystem (S. 640), gemeindeorientierte Präventionsstrategien (S. 640), Ordnungspolitik im Gesundheitswesen (S. 647), Lebenserwartung (S. 645). Auch ist die Aussage, daß die Kostenentwicklung der GKV im Fokus der ökonomischen Gesundheitspolitik stehe, zweifelhaft. Seit Jahren schreiben Ökonomen, daß die Stabilität des Beitragssatzes eben keine zentrale Zielgröße der Gesundheitspolitik sein soll.

Das Buch ist nur eingeschränkt als Lehrbuch im klassischen Sinne zu bezeichnen. Dagegen spricht schon die Zahl der Autoren. Es ist ein Lesebuch, eine sehr gut aufbereitete Materialsammlung, die in der *Public Health*-Ausbildung anwendungsorientiert aufbereitet und eingesetzt werden kann. Aber auch zur persönlichen Weiterbildung und zu Nachschlagezwecken kann es gut verwendet werden.

Im folgenden sollen – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – einige zentrale Aussagenbereiche des Buches herausgestellt und gewürdigt werden. Das Buch geht von folgender Definition von *Public Health* aus: *Public Health* umfaßt demnach alle Maßnahmen und Management-Ansätze, die sich vorwiegend auf ganze Populationen oder größere Subpopulationen beziehen, und zwar organisierbare Ansätze bzw. Systeme der Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung und der Krankheitsbekämpfung unter Einsatz kulturell und medizinisch angemessener, wirksamer, ethisch und ökonomisch vertretbarer Mittel (S. 3). *Public Health* geht damit

über die Zuständigkeit der öffentlichen Gesundheitsdienste im traditionellen Sinne deutlich hinaus. Letztere befassen sich bevorzugt mit jenen Einflußfaktoren von Gesundheit, die ökonomisch als Kollektivgüter (Nichtrivalität im Konsum, Nichtausschließbarkeit über den Preismechanismus) bezeichnet (ansteckende Krankheiten, Prävention etc.) werden können.

Public Health in dem hier verstandenen (modernen) Sinne setzt dagegen eine Stufe höher an. Sie fragt ökonomisch-technisch gesprochen: Wie schaut die Produktionsfunktion von Gesundheit (salutogenetischer Ansatz) aus, und wie kann sie optimiert werden? Daß diese Produktionsfunktion dabei keine deterministische, lineare, zeitgleiche, genau identifizierbare Beziehung ist, sondern daß es hier um stochastische, nichtlineare, zeitverzögerte und vielfach nur ungenau identifizierbare Zusammenhänge geht, machen die einzelnen Beiträge dieses Sammelbandes sehr anschaulich deutlich. Die Identifizierung der Zusammenhänge ist auch hier – wie bei allen sozioökonomischen Analysefeldern – einer etwaigen Optimierung vorgeschaltet bzw. vorzuschalten. Als besonders interessant ist in diesem Zusammenhang der Beitrag von J. Schmidtke zu "Humangenetik: Sind Gesundheit und Krankheit angeboren?" zu klassifizieren, weil er sowohl sehr interessante Informationen bietet wie auch auf die schwerwiegenden ethischen Probleme der (genetischen) Diagnostik in diesem Zusammenhang eingeht und damit ein sehr aktuellen Thema anspricht.

Der gewählte Ansatz, der in mancher Hinsicht einer "metawissenschaftlichen Verankerung" gleichkommt, bringt eine Versöhnung des supraindividuellen *Public Health*-Ansatzes mit der subindividuellen biomedizinischen bzw. individuellen klinischen Forschung. Daran ist indirekt auch geknüpft, daß die Rolle des Gesundheitswesens für die Ge-

sundheit einer Population (wieder) aufgewertet wird. Wie M. H. Brenner in seinem Geleitwort zum Buch schreibt, wird damit die Sichtweise von T. McKeown, der das Verschwinden der meisten Infektionskrankheiten sowie den dramatischen Anstieg der Lebenserwartung in den letzten 130 Jahren in den Industrieländern fast ausschließlich auf eine prosperierende ökonomische Entwicklung zurückführt, deutlich relativiert.(5)

Differenziert wird auch das Verhältnis und die Bedeutung von gesellschafts- und verhaltensbedingten Krankheitsursachen erörtert. Bestätigt bzw. bestärkt werden jene Untersuchungsergebnisse aus dem Nationalen Gesundheitsdienst Großbritanniens, die besagen, daß die Rolle des Erwerbslebens (z.B. die Berufswahl) für Mortalitäts- und Morbiditätsunterschiede in der Bevölkerung entscheidend ist. Faktoren wie die Verfügbarkeit, Inanspruchnahme und Qualität der medizinischen Leistungen spielen bei der Erklärung dabei eine untergeordnete Rolle. Das Hauptgewicht kommt dabei schichtenspezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen, insbesondere differentiellen gesundheitsbezogenen Lebensstilen und physischen sowie sozioemotionalen Belastungskonfigurationen zu. Bestätigt wird andererseits aber auch, daß die Verhältnisprävention (Maßnahmen der Arbeitsplatzsicherheit, Unfallvorsorge) vielfach einen wesentlich höheren Standard aufzuweisen scheint als die Verhaltensprävention, wenngleich diesbezügliche Aussagen auf Grund der komplexen Wirkungsmodelle schwierig sind. Dieser Eindruck bestätigt sich aber auch in Krankheitskostenstudien.

Gewisse Vorbehalte möchte der Rezensent gegenüber dem Kapitel "Institutionen, Systeme und Strukturen" anbringen. In diesem Kapitel werden im wesentlichen in Deutschland bestehende Strukturen der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsversorgung darge-

stellt. Im weiteren wird ein sehr informativer Überblick über die Finanzierungsstrukturen (Finanzierungsträger, Ausgabenstrukturen) gegeben. Auch die Darstellung der institutionellen Strukturen in Deutschland ist informativ und systematisch. Die Vorbehalte folgenden Punkten gelten in diesem Kapitel:

* Der Abschnitt über die Gesundheitspolitik ist durch eine sehr optimistische Sicht über die Formulierbarkeit von Zielen bzw. Strategien der Gesundheitspolitik durch politische Entscheidungsmechanismen geprägt. Die Erwartung der konsistenten Formulierbarkeit und Umsetzung einer solchen Politik ist spätestens seit der Veröffentlichung des Arrow'schen Unmöglichkeitstheorems deutlich gesunken. Zudem wurden in den letzten dreißig Jahren im Rahmen der Neuen Politischen Ökonomie Erkenntnisse über das Verhalten von Politikern, Verbänden und Interessengruppen entwickelt, die in hohem Ausmaß auch das Entscheidungsverhalten im Gesundheitswesen erklären können und die bei der institutionellen Gestaltung zu berücksichtigen sind. Diese Literatur hat auch zu einer Neuformulierung eines (reduzierten) Stellenwerts von Zielen (Leitbildern) in der Politik geführt. Insgesamt würde die stärkere Berücksichtigung von Ansätzen der Neuen Politischen Ökonomie ein Umdenken von der starken Ergebnisorientierung des Buches zu einer stärkeren Verfahrensorientierung nahelegen.

* Meines Erachtens wäre es sinnvoll gewesen, die beiden Kapitel "Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik" und "Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung" stärker miteinander zu verbinden. Dadurch wäre es möglich gewesen, verschiedene Grundmodelle der Steuerung im Gesundheitswesen (Marktmodell, Sozialversicherungsmodell)

klarer herauszuarbeiten und die Vorteile/Nachteile, die mit den einzelnen Modelltypen verbunden sind, klarer zu formulieren. Störend ist in diesem Zusammenhang auch, daß die einzelnen Modelle ziemlich undifferenziert angewendet werden und die wichtige Unterscheidung zwischen der Risikoabsicherungsfunktion und der Leistungsbereitstellungsfunktion im Gesundheitswesen nicht durchgängig eingehalten wird. Diese Unterscheidung wird (erst) von Leidl im Rahmen der Finanzierungsdiskussion eingeführt.

* Diese Unterscheidung hätte es auch ermöglicht, differenzierter auf die wichtige normative Frage der Steuerungsalternativen (Markt, Staat, private Non-Profit-Institutionen, Selbstversorgung etc.) in der Leistungsbereitstellung und in der Risikoabsicherung einzugehen. Diese gesellschaftspolitische Grundfrage wird (leider) im Buch nur am Rande beleuchtet, wenngleich implizit eine hohe Affinität zu staatsnahen Lösungen herausgelesen werden kann. Eine klarere Herausarbeitung der Optimalitätskriterien in der Institutionenwahl (privat/öffentlich, zentral/dezentral) hätte auch Vorteile in der Evaluation real existierender Systeme (z.B. Honorierungssysteme von Ärzten, Krankenhäusern) gebracht.

Von hoher sachlicher Kompetenz, Ausgewogenheit und anwendungsbezogener Relevanz ist das Kapitel "Informationen gewinnen und interpretieren" geprägt. Dies gilt insbesondere auch für das Kapitel, das in die ökonomische Evaluation einführt. In sehr anschaulicher Form werden hier unterschiedliche Arten der ökonomischen Evaluation und deren Vor- und Nachteile gegenübergestellt.

Differenzierter sind dagegen wiederum die Ausführungen zum Kapitel "Was kann Public Health in der Praxis leisten? Problemzugang System und

Institutionen" zu sehen. Hier werden Aussagen zu Planung und Management, zur Qualitätsförderung und Evaluation und zum Qualitätsmanagement gemacht. Die Ausführungen in diesem Kapitel sind teilweise heterogen und bleiben stellenweise auf allgemeinem betriebswirtschaftlichen Niveau ohne einen entsprechenden Anwendungsbezug. Die Aufbereitung und Einschätzung von *Managed Care* spiegelt m. E. den Stand der Diskussion nur eingeschränkt wider. Eine klarere Unterscheidung von Grundkonzeption, erwarteten Auswirkungen und empirischen Erfahrungen bzw. Übertragungsmöglichkeiten auf Gesundheitssysteme vom Sozialversicherungstyp wäre hier ohne Zweifel hilfreich gewesen. Aber möglicherweise spiegelt die Art der Darstellung in diesem Kapitel auch den Umstand wider, daß es sich hier um neue Instrumente handelt, bei denen die betriebswirtschaftliche Rhetorik noch die Enttäuschungen der Erfahrung (Praxis) verdeckt, insgesamt aber doch ein großes Maß an Skepsis von seiten der sozialwissenschaftlich dominierten *Public Health*-Vertreter zum Ausdruck kommt.

4. Lehren für Österreich

Sieht man einmal von der überwiegenden Orientierung an deutschen Institutionen und Gegebenheiten der Gesundheitspolitik- und Gesundheitsversorgung ab, so kann das Buch auch dem österreichischen Leser sehr empfohlen werden.

Darüber hinausgehend stellt sich aber die Frage, ob bzw. welche spezifischen und konkreten Lehren aus diesem Buch für die Gesundheitspolitik in Österreich gezogen werden sollen bzw. gezogen werden können. Ohne ins Detail zu gehen, sollen zumindest zwei Ansatzpunkte kurz diskutiert werden: die Verbesserung der Ausbildungs- und Forschungsstrukturen in *Public Health*

und die Umstrukturierung der Öffentlichen Gesundheitsverwaltung unter der stärkeren Berücksichtigung des *Public Health*-Gedankens.

Die Feststellung von Schwartz in diesem Buch: "Public Health gehört in Deutschland – anders als in den angelsächsischen Ländern – zu den noch jungen wissenschaftlichen Arbeitsgebieten..." (S. 3), gilt in noch viel stärkerem Maße für Österreich. In Deutschland sind seit 1989 neun Postgraduierten-Studiengänge aus *Public Health* mit einer derzeitigen jährlichen Ausbildungskapazität von 300 Studienplätzen installiert worden. In einer 1996 durchgeführten Befragung zum Stand und zu den Perspektiven von *Public Health* in Österreich wurde die Meinung von Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen erhoben. Insgesamt schätzten 57% der Befragten den Stand der österreichischen *Public Health*-Forschung "schlechter" oder "viel schlechter" als in den führenden Ländern ein. Aus der Sicht der Befragten existiert ein besonders großer Forschungsbedarf auf den Gebieten der Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitssystemforschung. (6)

Innerhalb der postgraduellen Ausbildung werden zwar Weiterbildungskurse in einzelnen Aspekten von *Public Health* von den Universitäten auf Basis von Universitätslehrgängen angeboten, der Ausbildungsbedarf an Postgraduierten im *Public Health*-Bereich wird dadurch bei weitem nicht abgedeckt. Insgesamt sind die Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich *Public Health* aus der Sicht internationaler Standards als höchst unbefriedigend zu bezeichnen. Interessenten sind auf ein diesbezügliches Studium im Ausland verwiesen.

Seit einiger Zeit wird von Vertretern der Sozialmedizin die Idee einer "Austrian School of Public Health" ventiliert. Im Jahre 1997 wurde ein Projekt für eine *Public Health*-Ausbildung in Öster-

reich von einer Arbeitsgruppe ausgearbeitet. Ziel dieses Ausbildungsprogramms sollte es sein, Experten mit Schlüssenqualifikationen im Bereich *Public Health* auszubilden, die dann in einer geänderten Konzeption von *Public Health* innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eingesetzt werden sollten. Als ein erster Schritt wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Gesundheitswissenschaften und *Public Health* ein Fünfjahresprojekt der Planung, Durchführung und Evaluierung einer Österreichischen *School of Public Health* vorgeschlagen. Die Ausbildung sollte auf einem interdisziplinären Konzept auf einer postgradualen Basis beruhen. Sie soll sich an internationalen Standards orientieren und mit dem *Master of Public Health* abgeschlossen werden. (7)

Die Gesamtkosten dieses Projektes werden derzeit mit 37,5 Mill. öS angegeben. Rund 25% davon soll über Studiengebühren finanziert werden, die restlichen 75% sollen durch ein Gründerkonsortium, bestehend aus dem Bund, den Ländern und den Sozialversicherungsträgern, aufgebracht werden. Die Voraussetzungen für den Start dieses Projektes sind eine entsprechende politische Willenserklärung sowie die Unterstützung und Finanzierung durch die relevanten Stellen. Es ist im Moment völlig unklar, ob, wann und in welcher Dimensionierung dieses Projekt tatsächlich in die Implementierungsphase gehen wird.

Hand in Hand mit einer unzureichenden Ausbildungssituation in *Public Health* geht die untergeordnete Stellung von *Public Health* in der Gesundheitspolitik. Der institutionelle Anknüpfungspunkt des *Public Health*-Gedankens sind im wesentlichen die Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dieser Öffentliche Gesundheitsdienst wird vielfach als dritte Säule des Gesundheitssystems neben der ambulanten und stationären Versorgung gesehen.

Im Rahmen der Tätigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (der Sanitätsbehörden) dominieren derzeit in Österreich die bundes- und landesgesetzlich geregelten hoheitlichen Funktionen und Aufgaben. Bei stagnieren der personeller Kapazität bilden die in erster Linie im Rahmen der Leistungsverwaltung (Privatwirtschaftsverwaltung) angesiedelten Aufgaben der Gesundheitsförderung eher den Charakter eines "Puffers", der bei personellen und budgetmäßigen Engpässen primär von Kürzungen in diesem Bereich bedroht sind. Dazu kommt, daß die hoheitlich organisierten Strukturen im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für eine Gesundheitsförderung, die sich "moderner Motivationsmethoden, Organisations- und Marketingmethoden" bedient, nur bedingt geeignet ist. Die verstärkte Implementierung des *Public Health*-Gedankens als Informations- und Steuerungsebene im Gesundheitswesen auf der Metaebene – wie sie in diesem Buch vorgestellt wird – würde eine tiefgreifende institutionelle Neuorientierung in der österreichischen Gesundheitspolitik erforderlich machen.

Engelbert Theurl

Anmerkungen

- (1) Zitiert nach: Sablik, K., Die Finanzierung des Allgemeinen Krankenhauses durch Kaiser Joseph II., in: H. Wyklicky, M. Skopec, (Hrsg.), 200 Jahre Allgemeines Krankenhaus in Wien (Wien 1984) 23.
- (2) Häfner, H., Public Health in Geschichte und Gegenwart, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft 4 (1996) 309.
- (3) Vgl. ebd. 313 und Fischer, A., Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Bd. 1 und 2 (Hildesheim 1965); Labisch, A., Homo Hygienicus – Gesundheit und Medizin in der Neuzeit (Frankfurt-New York 1992).
- (4) Vgl. Häfner (1996) 314f.
- (5) Vgl. McKeown, T., Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugschluß oder Nemesis? (Frankfurt 1982).
- (6) Vgl. den Beitrag von Noack über Public Health in Österreich und der Schweiz in diesem Buch, S. 600 f.
- (7) Vgl. dazu ausführlich Österreichische Gesellschaft für Gesundheitswissenschaften und Public Health, Projektvorschlag Österreichische School of Public Health (Graz 1997).