

Werner Hofmann und Friedrich Wilhelm Schwartz

## Public Health:

# Gesundheitspolitik und akademische Disziplin

## Entwicklung in den alten Bundesländern

### 1. *Was ist Public Health?*

In erster Näherung meint Public Health die Gesundheit der Bevölkerung. Dies ist problematisch genug, denn wie diese festzustellen und zu bewerten sei, ist nicht unumstritten. Sie ist mehr als die Summe »individueller Gesundheitsen«, und läßt sich doch nur an Individuen ermitteln. Was Gesundheit sei, scheint wiederum selber willkürlicher Definition ausgesetzt. In einer Hinsicht ist Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit (und Krankheit ist nach dem bekannten Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) ein regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, der Arbeitsunfähigkeit oder Behandlung oder beides nötig macht<sup>1</sup>), doch diese Definition provoziert weitere Fragen: Wer stellt die Abwesenheit fest, wann ist eine Behandlung notwendig, wo liegt die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit? Noch unbestimmter ist der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der mit der »Health Promotion«-Idee (WHO 1986) eine Konkretion erfahren hat, aber trotzdem wenig Bestimmtes enthält: Wo beginnt das Wohlbefinden, wer ist für seine (Wieder-)Herstellung verantwortlich, wie läßt es sich zweifelnsfrei ermitteln?

Alle diese Fragen gehören bereits zu Public Health. Nun ist aber die Gesundheit von Bevölkerungen nicht naturgegeben, sondern wesentlich Resultat: Sie wird beeinflußt – wenn nicht determiniert – von der sozialen, der technischen und der natürlichen Umwelt, von Anlagen und vom individuellen Verhalten, vom Lebensstil und der Erwerbsarbeit, von der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und deren Wirksamkeit, von der subjektiven Wahrnehmung und den sie beeinflussenden Wertvorstellungen. Die Aufdeckung dieses Beziehungsgeflechtes ist die Forschungsaufgabe, die gesundheitsfördernde Umsetzung der Erkenntnisse stellt die praktische Aufgabe von Public Health dar.

Wörtlich übersetzt heißt Public Health »Öffentliche Gesundheit«, doch diese Übertragung ist wegen ihrer Nähe zum Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) leicht mißverständlich und hat in Deutschland

nur sporadisch Zustimmung gefunden.<sup>2</sup> An ihrer Stelle wurden in den letzten Jahren Begriffe wie »Bevölkerungsmedizin«, häufiger noch »Gesundheitswissenschaften« eingeführt, die ebenso fremd klingen und sich bislang nicht allgemein durchsetzen konnten.<sup>3</sup> Diese Verlegenheit suggeriert, daß etwas Neues unter dem Titel Public Health aus den USA oder Großbritannien nach Deutschland importiert wurde, vielleicht die Forderung eingelöst, die einst Marx aufstellte: »Wir würden vor unseren eigenen Zuständen erschrecken, wenn auch unsere Regierungen und Parlamente, wie in England, periodische Untersuchungskommissionen über die ökonomischen Verhältnisse bestellten, wenn diese Kommissionen mit derselben Machtvollkommenheit, wie in England, zur Erforschung der Wahrheit ausgerüstet würden, wenn es gelänge, zu diesem Behuf ebenso sachverständige, unparteiische und rücksichtslose Männer zu finden, wie die Fabrikinspektoren Englands sind, seine ärztlichen Berichtersteller über »Public Health« (Öffentliche Gesundheit), seine Untersuchungskommissäre über die Exploitation der Weiber und Kinder, über Wohnungs und Nahrungszustände u.s.w.« (Marx 1972, S.15) In den 125 Jahren, die seit der Niederschrift dieser Passage im Vorwort des 1. Bandes des »Kapital« vergangen sind, kamen zunächst sachverständige Männer, die eine bereits sozialepidemiologisch zu nennende Bestandsaufnahme vorlegten (Mosse/Tugendreich 1977). Aber sie wurden bald darauf durch andere verdrängt, die nur rücksichtslos und alles andere als unparteiisch waren und sowohl im Nationalsozialismus wie teilweise auch in der DDR eine bevölkerungsmedizinische Perspektive nachhaltig diskreditierten. Die neue Hinwendung zu Public Health stellt auch den Versuch dar, an verschüttete – und nur in der Emigration überlebende – Traditionen der Weimarer Republik anzuknüpfen, die nach 1945 in Deutschland ein Schattendasein, z. B. in den wenigen Sozialmedizinischen Instituten, führten.<sup>4</sup>

Ein Blick in das heutige Mutterland von Public Health kann zu einer genaueren Bestimmung führen. An der Harvard School of Public Health<sup>5</sup> sind Forschung und Lehre in 5 Themengebiete gegliedert: Die Beschäftigung mit den gesellschaftlich wichtigsten Erkrankungen, derzeit vorrangig gerichtet auf die Prävention von Krebs und kardiovaskulären Erkrankungen und die Epidemiologie von AIDS; Struktur und Reform der gesundheitlichen Versorgung; verhaltenswissenschaftliche, ernährungs und sozialepidemiologische Aspekte der Gesundheitsförderung und der Krankheitsverhütung; Umwelt- und Arbeitsepidemiologie und daraus resultierende

Strategien des Gesundheitsschutzes; und schließlich die Gesundheit in internationaler Perspektive. Diese Aufzählung erhellt, weshalb die Übersetzungen des Begriffes Public Health ins Deutsche bislang als unbefriedigend empfunden werden und weshalb die Public-Health-Studiengänge meist längere Namen wählten.<sup>6</sup> Public Health ist keine selbständige Disziplin sui generis, sondern beschreibt besondere Gegenstände und spezielle Aufgaben einer Summe sonst unverbundener akademischer Fächer (v.a. Medizin, Humanbiologie, Sozialwissenschaften, Verhaltenswissenschaften, Ökonomie nebst verschiedener Spezialgebiete in diesen Wissenschaften). Da allein die Medizin durch ihren herkömmlichen Gegenstand 'Krankheit' ausschließlich (wenn auch negativ) auf Gesundheit fixiert ist, während die anderen Disziplinen Gesundheit nur gelegentlich tangieren, ist die Bezeichnung »Gesundheitswissenschaften«, die kurz und prägnant sein will, nicht schlankweg glücklich gewählt.<sup>7</sup>

## 2. *Public Health in Deutschland 1945-1985*

Zwar erscheint die jüngste Hinwendung zu Public Health zunächst als eine wissenschaftliche Neuorientierung (Badura 1990; Hurrelmann/Laaser 1992 A). Doch tatsächlich ist in Deutschland primär das Gesundheitswesen<sup>8</sup>, die Organisation der Gesundheitsversorgung in den Blick geraten. Die klinische Medizin selbst ist zwar gelegentlich einer prinzipiellen, aber keiner durchschlagenden Kritik unterzogen worden. Daher kann eine Geschichtsschreibung von Public Health im (westlichen) Nachkriegsdeutschland nur wenig von einem Paradigmenwechsel berichten, dagegen eher von Gesundheitspolitik und Verteilungskämpfen.

Die folgenden Kapitel nehmen eine auf den ersten Blick willkürliche Einteilung der gesundheitspolitischen Entwicklung seit 1945 in mehrere zeitliche Phasen vor. Als Einschnitte werden die Jahre 1970 und 1985 angesehen, es könnten jedoch mit gleichem Recht die Jahre 1969 und 1982 genannt werden – und damit die beiden wichtigen Regierungswechsel in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland. Die zeitliche Parallele ist nur in eingeschränktem Maße Exponent sachlicher Zusammenhänge. Die sozialliberale Regierung Brandt hatte sich ebenso explizit die gesellschaftliche Modernisierung zur Aufgabe gemacht, wie die christlich-liberale die »Wende«. Public Health erscheint aber als illegitimes Kind der »Wende«: Nichts spricht für die Annahme, nur unter den Bedingungen des Regierungswechsels seien die vielfältigen Entwicklungen seit etwa

1985 möglich geworden. Ebenso wenig plausibel wäre die Behauptung, der Ausbruch der Strukturkrise in den 70er Jahren sei schlicht auf die Politik der ersten Nicht-CDU-Regierung in der Geschichte der Bundesrepublik zurückzuführen. Im übrigen ist letztlich auch die gesundheitspolitische Bilanzierung noch nicht abgeschlossen. So stellt das Gesundheitsreformgesetz von 1988 in weiten Teilen lediglich eine quantitative Änderung gegenüber den früheren Kostendämpfungs- und Haushaltsbegleitgesetzen der Regierung Schmidt dar, worüber der vielversprechende Titel auch die Laien nicht lange hinwegtäuschen konnte. Ähnliches gilt für die Institution des Sachverständigenrates, der der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beigeordnet ist, und damit einer noch in der sozialliberalen Ära gegründeten Institution, die freilich wiederum auf Insistieren des Bundesrates und der Ärzteverbände mit dem ersten Kostendämpfungsgesetz ins Leben gerufen wurde (Eberle 1985).

Dürfen die Parallelen der Public-Health-Entwicklung mit der bundespolitischen Regierungsgeschichte nicht überbewertet werden, sind sie doch auch nicht zu vernachlässigen. Das Gesundheitswesen stellt einen quantitativ bedeutsamen und wachsenden Dienstleistungssektor der Gesellschaft dar, in dem sich, in spezifischer Färbung, der allgemeine soziale Wandel (oder die kapitalistische Modernisierung) nicht nur widerspiegelt, sondern selber originär vollzieht. Es waren sozialdemokratische Politiker (vor allem der Wirtschafts- und spätere »Super«minister Schiller), die in der Großen Koalition für einen in der Wirtschafts- und Sozialpolitik aktiven Staat standen. Nach der Wahl 1969 begann eine Bestandsaufnahme des wirtschaftlichen und sozialen Wandels, um gestaltend oder kompensierend auf die Umwälzungen Einfluß zu nehmen. In dieser Phase stiegen plötzlich die Ausgaben der Kassen und die Beitragsätze überproportional an. Kurzfristige Kriseninterventionen ohne grundlegende Konzepte folgten. Nachdem sich aber die jeweiligen politischen Entscheidungen nur als vorübergehend wirkungsvoll entpuppten, erwuchs die Forderung nach einer umfassenden analytischen Bestandsaufnahme, eine Begleiterscheinung der Tagespolitik, die vergleichsweise günstige Voraussetzungen für die Propagierung neuer Ideen darstellt.

Es ist ein Gemeinplatz, daß sozialer Wandel vor allem dann in den Blick des Gesetzgebers gerät, wenn drastische finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Finanzen oder auf die ökonomische Entwicklung insgesamt sich abzeichnen. Für das System der Gesundheitsversorgung, der Krankheitsvorsorge, des Gesundheitszustandes

der Bevölkerung einschließlich der Gesundheitsgefährdungen läßt sich dies leicht belegen: So unterentwickelt lange das Interesse des Gesetzgebers und der Exekutive an dem Output des Gesundheitssystems und seiner kritischen Bewertung blieb, so sprunghaft stieg das Interesse an solchen Nachweisen, als die Kosten politisches Thema wurden.

## 2.1 Die Entwicklung bis 1970

Die Restauration in den Westzonen und später in der jungen Bundesrepublik schloß auch das Gesundheitswesen mit ein, das in seinen wesentlichen Strukturprinzipien gegenüber der Weimarer Republik unverändert blieb. Eine Ausnahmestellung nahm die in Berlin bereits 1945 errichtete Einheitsversicherung<sup>9</sup> ein, deren Ausläufer bis in die späten 50er Jahre existierten.

Hauptträger der Gesundheitsversorgung blieb die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), in der bis heute etwa 90 % der Bevölkerung versichert sind. Das Grundgesetz ordnete die Sozialversicherung als Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung in den Katalog des Artikels 74 ein. Durch die Weitergeltung der Reichsversicherungsordnung (RVO) als Bundesgesetz blieb damit die Gesetzgebungskompetenz faktisch beim Bund. In den folgenden Jahrzehnten wurden andere Zweige der Sozialversicherung modernisiert<sup>10</sup>, während entsprechende Initiativen für das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung scheiterten.<sup>11</sup> Wichtige Neuerungen der 50er/60er Jahre waren jedoch die durch Streiks erkämpfte Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, die eine Entlastung der Krankenkassen darstellte und die Umwandlung der Krankenversicherung von einer Lohnausfallversicherung hin zu einer Behandlungsversicherung weitgehend vollendete, sowie das wiedererrichtete Kassenarztrecht von 1955, das das Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzteschaft festschrieb. Dagegen blieb die ministerielle Zuständigkeitsregelung, die die gesamte Sozialversicherung als Angelegenheit des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung festschrieb, während die Bundeskompetenzen im Bereich der Ärzteschaft und sämtlicher Heilberufe einschließlich des Arzneimittelrechts<sup>12</sup> beim Gesundheitsministerium angesiedelt war, trotz offenkundiger Kontraproduktivität dieser Zuständigkeitszersplitterung bis zum Beginn der 90er Jahre unangetastet.<sup>13</sup>

Analog verlief zunächst die Entwicklung bzw. der Stillstand im Bereich des ÖGD. Hier ging allerdings die übernommene Gesetzes-

vorschrift direkt auf die Zeit des Nationalsozialismus zurück. Das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 galt unverändert als Landesrecht fort und bildete mit seinen Durchführungsverordnungen die Rechtsgrundlage für die Arbeit der Gesundheitsämter und der höheren Gesundheitsfachverwaltung. Dadurch wurde die in den 30er Jahren geschaffene Zusammenfassung der staatlichen Gesundheitsaufsicht und der kommunalen Gesundheitsfürsorge fortgeschrieben, »eine Maßnahme, die schon aus strukturell-organisatorischen Gründen die Gesundheitsfürsorge gegenüber den staatlichen Maßnahmen benachteiligen mußte« (Labisch 1991, S.90). Neben den vielfältigen Amtsarztaufgaben, die der Gesundheitsüberwachung dienen, blieben die Gesundheitsämter lediglich durch Impfkampagnen und periphere Fürsorgeaufgaben wie z. B. der Schulgesundheitspflege oder der Mütterberatung als Gesundheitsdienst in der Öffentlichkeit präsent. Durch die Übertragung der Vorsorge für Mutter und Kind auf die Kassenärzte (1965), vor allem aber durch die Zuweisung der neuen Aufgaben der Krankheitsfrüherkennung (1970) und wichtiger Massenimpfungen an die GKV blieben dem öffentlichen Gesundheitsdienst auch in diesen Leistungsbereichen nur noch untergeordnete Funktionen. Mittlerweile zeichnet sich ein weiterer Einbruch in eine Domäne des ÖGD als möglich ab: Vor allem die ärztlichen Landesorganisationen können sich eine Übernahme der Schulgesundheitspflege durch niedergelassene Kinderärzte heute schon vorstellen.

Unterentwickelt blieben aufgrund dieses fortgesetzten Kompetenzentzugs die schon im Kaiserreich und später in der Weimarer Republik mit beträchtlicher sozialpolitischer Resonanz entfalteten Aufgaben einer Gesundheitsberichterstattung unter einer epidemiologischen und sozialmedizinischen Perspektive. Die jährlichen Gesundheitsberichte der Gesundheitsfachverwaltung verkümmerten zu reinen Tätigkeitsnachweisen, ohne Initialwirkung für die politisch Verantwortlichen und ohne versorgungsrelevante Impulse, erst recht für den Bereich der GKV (Schwartz et al 1992). Nicht nur in den Selbstverwaltungskörperschaften der Versicherten und der Leistungserbringer – hier noch aus naheliegenden Motiven –, sondern auch in der rahmensetzenden Gesundheitspolitik überwog die Auffassung, über ein endgültiges, sich selbst tragendes und regulierendes System der Krankheitsvorsorge zu verfügen.

## 2.2 Krisenanzeichen 1970-1985

Am Anfang der 70er Jahre standen mehrere wichtige Strukturentscheidungen, die einerseits die bisherige Aufgabenverteilung in der Gesundheitsversorgung abrundeten, andererseits zentrale Topoi der seitdem anhaltenden öffentlichen Diskussion nach einer Umorientierung in der Medizin und im Gesundheitswesen betrafen.

1970 wurde die Krankheitsfrüherkennung in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen, Prävention erstmals explizit gleichberechtigt zu einer Aufgabe der kassenärztlichen Versorgung erklärt.<sup>14</sup> Nach nunmehr zwei Jahrzehnten zeigen die Kinderuntersuchungen (U1 bis nunmehr U9) sehr hohe Beteiligungsraten (Allhoff 1988), ohne daß die Diskussion über Qualität und Effektivität der Untersuchungen verstummt wäre. Die Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung weisen keine befriedigenden Teilnahmeraten auf (Berg-hof/Robra 1988), doch ist der medizinische Effekt im wesentlichen unumstritten.

Neugeregelt wurde 1972 die Krankenhausfinanzierung. Die strukturelle Entscheidung für eine Doppelfinanzierung – die Betriebskosten über die Pflegesätze, die Investitionskosten durch das Land – war mit einem Ausbau der politischen Kompetenz zur Regulierung des Angebots (Krankenhausbetten) verknüpft. Die Bundespflege-satzverordnung von 1973 schloß diese Reform ab.

Neben dieser Änderung im Leistungssektor wurden durch die Einführung der Krankenversicherung für Landwirte und Studenten neue Bevölkerungsgruppen der GKV zugeführt. Schließlich brachte das Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974 aus der Sicht der Kassen neue Belastungen für die GKV.

Vor diesem Hintergrund begann die Entwicklung, die als »Kostexplosion im Gesundheitswesen« zu einem der bekanntesten und publikumswirksamsten politischen Themen par excellence wurde. Tatsächlich stiegen in den Jahren 1970 bis 1976 die durchschnittlichen Beitragssätze in der GKV von 8,2 % auf 11,3 % (SVR 1991, S.248). Der damalige Sozialminister des Bundeslandes Rheinland-Pfalz, Heiner Geißler, legte im September 1974 sein »Krankenversicherungsbudget« vor, das für die nächsten 4 Jahre einen Anstieg der Beitragssätze auf 13,1 % prognostizierte, und stieß damit die politische Diskussion an.

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, daß zumindest ein großes Moment Ideologie in den Katastrophenszenarien enthalten war und ist. Zum Teil war der Ausgabenanstieg sozialpolitisch (Ausdehnung

### 3 *Public Health in Deutschland seit 1985*

Nüchtern betrachtet fehlte es Mitte der 80er Jahre zur Einleitung einer perspektivischen Neuorientierung im Gesundheitswesen, aber auch schon zum effektiven Management der vorgegebenen Probleme sowohl an zureichender Transparenz, an wissenschaftlichem Know-how, an gut ausgebildetem wissenschaftlichen Nachwuchs in der Forschung und in der Praxis, an politisch durchsetzbaren Konzepten und planerischer Kompetenz. Die Effektivität rein volks- und betriebswirtschaftlich orientierter Bemühungen zur Konsolidierung der GKV mußte pessimistisch eingeschätzt werden. Immerhin trugen die Analysen der Ökonomen zur langsamen Revision der von interessierter Seite gehegten Auffassung bei, der Anstieg gründe in perpetuiertem Anspruchsdenken der Nachfrager. Die wirklichen Ursachen gerieten in den Blick und signalisierten Handlungsbedarf. Daß die kurative Bekämpfung chronischer Erkrankungen und umweltbedingter Gesundheitsstörungen an ihre Grenzen geraten ist oder hoher kurativer Zusatzaufwand nur noch geringen marginalen, kaum objektivierbaren Behandlungsfortschritt generiert, eröffnet neue Akzeptanzchancen für die Propagierung präventiver Strategien.

Seit etwa 1985 wurden eine Reihe von Initialzündungen und Vorstößen unternommen, die zu einer heute schon schwer zu überschauenden und durchaus nicht einheitlichen Public-Health-Landschaft in Deutschland beitragen. Konzepte entfalteten sich auf drei Ebenen: neuen Modellen der universitären Ausbildung, der Stimulation und Förderung einschlägiger Grundlagen- und noch stärker der anwendungsorientierten Forschung sowie schließlich der Umsetzung Public-Health-orientierter gesundheitspolitischer Strategien.

Es war absehbar, daß auch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) keine längerfristige Entspannung für das an Strukturproblemen laborierende Gesundheitswesen bewirken kann, obwohl es – und das ist möglicherweise sein bleibendster Anteil – einen größeren Raum und den Auftrag für präventive Anstrengungen bietet. Die Ausgabenströme zu den Leistungserbringern bzw. den Produzenten von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln wurden keiner ausreichend wirksamen Kontrolle unterworfen. Es war nur eine Frage der Zeit, bis die gleichen Symptome erneut sichtbar und zum politischen Thema würden. Doch die politischen Auseinandersetzungen um das GRG haben deutlich gemacht, wie schwierig eine grundlegende Reform für eine Ministerialbürokratie und ein Parlament

des Versichertenkreises) gewollt, zum Teil enthielt er rechnerisch nicht deflationierte nominale Kostenanteile (Behrens et al 1983), zum Teil war er Folge demographischer Entwicklungen, die das Gesundheitswesen durchaus auch als eigenen Output werten könnte (höhere Lebenserwartung), endlich wird bei analytischem Blick eine Veränderung des Krankheitspanoramas sichtbar, das durch einen stetigen Anstieg chronischer Erkrankungen gekennzeichnet ist und damit zu langwierigeren Behandlungen nötigt. Diese Erkrankungen erweisen sich mehr und mehr auch als Folge sozialer und umweltbezogener Gesundheitsrisiken und stellen damit die *Faux frais* des sozialen und technischen Wandels dar, der unter dem Slogan »Wachstum und Wohlstand« gesellschaftlich noch forciert wird.

Im übrigen aber ist die Bezugsgröße entscheidend. Der Anstieg der Ausgaben zu Beginn der 70er Jahre konnte auch als Nachholbedarf verstanden werden (Paffrath/Reiners 1987), doch danach läßt sich beobachten, daß die Gesundheitsausgaben der GKV über alle Jahre einen konstanten Anteil des Sozialproduktes bilden (Henke 1989). Allerdings steigen die Ausgaben pro Mitglied und pro Versichertem an, was auf ein Verteilungsproblem, nicht auf eine Wohlstandskrise hinweist.

Schließlich sollte erinnert werden, daß nicht einmal die Hälfte der Gesundheitsausgaben auf die GKV entfallen (1986 z. B. 46,6 %; vgl. Henke 1989). Begleitet von dem Warnruf »wettbewerbsgefährdender Anstieg der Lohnnebenkosten« konzentrierten vor allem die Arbeitgeberverbände und ihnen nahestehende politische Gruppen die öffentliche Aufmerksamkeit auf die GKV-Ausgaben. Unbeachtet blieb, daß unter den Lohnnebenkosten, die heute über 80 % der Arbeitsentgelte betragen, der Krankenversicherungsbeitrag der Arbeitgeber mit lediglich 7.2 % einen vergleichsweise unbedeutenden Anteil ausmacht (Neubauer 1989). Dessen Schwankungen gemäß der Beitragssatzentwicklung seit 1970 sind auch umverteilungsbedingt: Zum Teil wurden andere Ausgabenträger entlastet, z.B. durch die Übernahme der Tbc-Behandlung oder von Impfkosten durch die Kassen oder durch die Beitragspflicht zur Renten- und Arbeitslosenversicherung beim Bezug von Krankengeld, zum Teil wurden der GKV neue Solidaropfer nach dem Prinzip eines »sozialpolitischen Verschiebebahnhofs« vor allem in der Krankenversicherung der Rentner abverlangt (Berg 1986).

durchsetzbar ist, die sich ständigem Druck von einflußreichen Interessengruppen ausgesetzt sehen, und denen unabhängiger Sachverstand weitgehend fehlt, da vorhandene Kompetenz vornehmlich in die wissenschaftlichen Institute der Verbände oder in (partikulare) Interessenstrukturen der Anbieterseite eingebunden ist. Zunächst erfordert jede Neuregelung eine Bestandsaufnahme und damit unparteiliche umfassende kontinuierliche problemanalytische Information. Für die Träger des Gesundheitswesens wurden genaue Informationen über den Gesundheitszustand der zu versorgenden Bevölkerung, die Nachfrage sowie die erbrachten Leistungen und ihre Qualität, über Ressourcen, Ausgaben und Finanzierungsströme immer bedeutsamer. Die Einrichtung eines Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Jahre 1984 stellte einen ersten wichtigen Schritt zur Realisierung dieses Anspruchs nach kompetenter Sammlung und Auswertung des Status quo dar.

In seinen mittlerweile 6 Jahresgutachten hat der Sachverständigenrat wichtige Impulse und Vorbilder für eine dynamische Analyse und lösungsorientierte Interpretation der Probleme im Gesundheitswesen gegeben. Neben und in seinen eigenen Beiträgen drängte er vor allem auf eine rasche Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung (1986), was auf breiter Ebene zu entsprechenden Reaktionen führte.<sup>15</sup> Nicht zufällig waren viele nichtuniversitäre Forschungsinstitute an diesen Anstrengungen beteiligt: Public-Health- oder Gesundheitssystemforschung wurde bis 1985 kaum akademisch betrieben. Neben anderen Gründen waren zwei dafür hauptursächlich: Die randständige Existenz der wenigen sozialmedizinischen Institute in den Medizinischen Fakultäten, an deren Lage die Aufnahme der Sozialmedizin als eigenes Fach in die ärztliche Prüfungsordnung wenig änderte, drückte ein weit verbreitetes Desinteresse der akademischen Humanmedizin an bevölkerungsbezogener Perspektive aus, das durch die augenscheinlichen Erfolge der kurativen Medizin, ihren technischen Modernisierungsschub und nicht zuletzt durch die Standespolitik verstärkt wurde. Den häufig schlecht ausgestatteten Instituten, die kaum Karrierechancen eröffneten, fehlte zudem der Zustrom interdisziplinär ausgebildeter, mit moderner Epidemiologie und präventivem Wissen vertrauter Nachwuchswissenschaftler, die sich für Fragen des Gesundheitswesens und eine kritische Analyse des vorhandenen Systems der Gesundheitsversorgung begeisterten.

### 3.1 *Ausbildung*

Bis 1988 waren die – immer noch jährlich stattfindenden – Epidemiologie-Sommerschulen einiger Fachgesellschaften (DGSM, GMDS) die einzigen Angebote zu einer organisierten akademischen Weiterbildung in einem Grundlagenfach von Public Health. Ihre wichtigste Funktion bestand in der komprimierten Nachschulung von jüngeren Wissenschaftlern, die sich aus beruflichen oder persönlichen Gründen keinen Auslandsaufenthalt leisten konnten, aber ihn auch nicht unbedingt für ihre eigene berufliche Perspektive benötigten. Denn mit guten Gründen akzeptierten zum Beispiel internationale Organisationen wie die WHO durchweg nur Bewerber, die einen Master of Public Health an einer School of Public Health erworben hatten.<sup>16</sup>

1988 und 1989 forderten sowohl die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)<sup>17</sup> als auch der Vorstand und der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer (BÄK)<sup>18</sup> die Einrichtung neuer Public-Health-Aufbaustudiengänge, wobei die AWMF die Epidemiologie in den Vordergrund stellte, während die BÄK aus standespolitischen Gründen den Zugang zu den Studiengängen nur Ärzten und Zahnärzten gestatten wollte. Mittlerweile hatte die Universität Bielefeld bereits den Zusatzstudiengang »Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung« (Laaser et al. 1990) eröffnet. Da die einschlägig engagierten Hochschulen in den Entstehungsprozeß des BÄK-Papiers kaum eingebunden waren, drohte gleich zu Beginn der Public-Health-Etablierung an den Hochschulen eine Diffusion in unvereinbare Strategien. Dieser Gefahr begegneten die Verbände und die maßgebenden oder beauftragten Hochschulvertreter auf einer Konsenskonferenz im Herbst 1989 in Berlin, die sich auf eine Rahmenempfehlung einigte, in der die Zugangsvoraussetzungen, Grundcurricula, Praxisfelder sowie Studiendauer und akademische Anbindung der neuen Studiengänge gemeinsam abgesteckt wurden.<sup>19</sup> Die bis heute gegründeten akademischen Ausbildungsgänge halten sich in wesentlichen Teilen an diese Empfehlung, wobei administrative Vorgaben zu gelegentlichen Abweichungen zwingen.

Mittlerweile kann Public Health in Bielefeld, in Hannover, in Dresden, in Düsseldorf und wahrscheinlich in Kürze in Berlin als Zusatz- oder Ergänzungsstudiengang studiert werden.<sup>20</sup> Den Studiengängen ist vor allem gemeinsam, daß in der Lehre externe Dozenten aus anderen Hochschulen bzw. aus Verbänden und Institutionen

des Gesundheitswesens mitwirken, um eine einseitig akademische Ausrichtung der Ausbildung zu vermeiden. Hinsichtlich der Zugangsregelungen sind Unterschiede erkennbar. In Hannover kann sich jeder Absolvent eines wissenschaftlichen Hochschulstudiums bewerben, in Bielefeld zusätzlich Fachhochschulabsolventen, was auch in Berlin angestrebt wird. Dresden stellt derzeit einen Sonderfall dar, da der Studiengang auf kurze Zeit ausnahmsweise von der Bundesanstalt für Arbeit als Umschulungsangebot gefördert wird. In Düsseldorf haben nur Ärzte Zugang.

Entscheidungsreife Vorlagen haben die Universitäten in München und Ulm erstellt.<sup>21</sup> Die Initiativen in Bremen, Halle und Lüneburg konzeptierten ein Weiterbildungsangebot ohne akademische Zugangsvoraussetzungen. Bedenklich ist, daß einige Fachhochschulen eigene Studiengangsplanungen ebenfalls unter den Titel Public Health bzw. Gesundheitswissenschaften stellen wollen. Diese Planungen weichen die akademische Anbindung an die aktuelle Forschung auf und behindern den Prozeß der Erarbeitung eines auch akademisch durchsetzungsfähigen wissenschaftlichen Public-Health-Profiles.

Vor allem die seit nunmehr über 2 Jahre bestehenden Studiengänge in Bielefeld (Schnabel 1991) und Hannover (Hofmann/Schwartz 1992) weisen charakteristische Schwerpunkte auf. In Bielefeld (die Universität hat keine medizinische Fakultät, was zu den Vorbehalten der BÄK beitrug) steht die öffentliche Gesundheitsförderung im Mittelpunkt, unter breiter disziplinärer Beteiligung der Sozial-, Erziehungs- und Verhaltenswissenschaften werden Praktiker für die Realisierung von Health Promotion ausgebildet. Die Studierenden kommen zur Zeit zu etwa gleichen Teilen aus der Medizin, den Sozialwissenschaften, den Wirtschafts- und Naturwissenschaften sowie der Sozialarbeit/-pädagogik (FH). Die Gründung einer Fakultät für Gesundheitswissenschaften wird angestrebt, eigene Professuren wurden bereits eingerichtet.

Nach Hannover zieht es vornehmlich Ärzte bei allmählich steigendem Interesse auch von Nichtmedizinern. Management im Gesundheitswesen ist der »heimliche« Studienschwerpunkt, für den sich die meisten Studierenden entscheiden. Er weist durch die Mitwirkung mehrerer volks- und betriebswirtschaftlicher Professoren aus benachbarten Universitäten und führenden Vertretern aus Verbänden und der Gesundheitspolitik ebenfalls vornehmlich »medizinfremden« Input auf. Unerwartet viele der bisherigen Absolventen gingen nach ihrem Studium in die Forschung, vornehmlich die Versorgungsforschung (»Health services research«).

Eine weitgehende Übereinstimmung zwischen allen Hochschulen zeigt sich im Curriculum des Kernstudiums. Epidemiologie, Demographie, Biostatistik, Gesundheitsökonomie, Sozialpolitik, Medizinische Soziologie und Medizinische Psychologie, Geschichte und Ethik der Medizin und des Gesundheitswesens sowie für Public Health relevante medizinische Teildisziplinen bilden einen gemeinsamen Grundkanon, der die Vergleichbarkeit der Studiengänge und -abschlüsse garantiert und mittelfristig zur Formulierung eines Public-Health-Qualifikationsprofils ausgebaut werden soll.<sup>22</sup>

### 3.2 *Forschung*

Parallel zur Gründung der neuen Studiengänge wurde Public Health als Forschungsgebiet entdeckt.<sup>23</sup> Wichtige Anstöße kamen vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT), das über die Gesellschaft für Umwelt und Gesundheit (GSF) als Projektträger zunächst mehrere wichtige Bestandsaufnahmen initiierte.<sup>24</sup> Im Jahre 1989 schließlich bot der Bund den Ländern eine projektbezogene Anlauffinanzierung zum Aufbau einer Public-Health-Infrastruktur an. Im Frühjahr 1992 wurden nun drei »Public-Health-Forschungsverbände« eröffnet, ihre Ansiedlung in Norddeutschland (mit der Medizinischen Hochschule Hannover als Zentrum), in Nordrhein-Westfalen (um die Universitäten Bielefeld und Düsseldorf) und schließlich in Berlin (unter Beteiligung aller drei Universitäten) belegt das Vergabeprinzip, das gezielt die Hochschulen mit Public-Health-Studiengängen gegenüber anderen Bewerbern bevorzugte. Diese Initiative wird durch gleichgerichtete Programme der beiden wichtigsten freien Forschungsförderer, der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)<sup>25</sup> und des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft,<sup>26</sup> sowie des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD)<sup>27</sup> ergänzt.

Eine kaum zu überschätzende Initialfunktion kam der WHO zu. Sie hatte mit dem Programm »Health for all« (WHO 1985) und mit der Ottawa Charta (WHO 1986) die Formulierung bevölkerungsbezogener Gesundheitsziele und politische Realisierungsstrategien angestoßen. Eine Zielvorgabe eröffnet internationale Perspektiven, nötigt zum Vergleich des Gesundheitszustandes eines Landes mit dem in anderen Ländern mit ähnlicher demographischer und sozialer Struktur. Auch in Deutschland provozierte die Politik der WHO eine zielgerichtete Bestandsaufnahme. Die Entwicklung ging nicht ohne Brüche ab. Zurückhaltend nannte die (vom Bundesgesund-

heitsministerium initiierte und finanzierte) Projektgruppe »Prioritäre Gesundheitsziele« ihren Bericht »Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung« (Projektgruppe 1990). Die Formulierung von Gesundheitszielen stellt dem eigenen Anspruch nach weniger die erfolgreiche Behandlung als die gelungene Krankheitsverhütung in den Vordergrund. Gesundheitsprobleme heilt der Arzt, Gesundheitsziele lassen sich nur in größerer Bevölkerungsperspektive erreichen.

### 3.3 Praxis

Die praktische Realisierung von Public Health wird gleichzeitig auf verschiedenen Ebenen vorangetrieben werden müssen. Den Absolventen der neuen Studiengänge wird dabei eine Schlüsselrolle zufallen, da von ihnen, wo immer sie eingestellt sind, besondere innovative Impulse erwartet werden.

Mit den unterschiedlichen Profilen der Studiengänge sind auch differierende Umsetzungsschritte von der Lehre und Forschung in die Praxis verknüpft. Zum einen gehört Public Health nach »ganz unten« an die Basis, muß sich bewähren in gemeindenaher oder innerbetrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, in konkreten Einzelprojekten mit professioneller Trägerschaft (Kassen, Kommunen, Schulen usw.) oder in der Unterstützung von Laienorganisationen und Selbsthilfenetzwerken, in Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsschutz. Zum anderen muß sich Public Health in leitenden Führungspositionen, also »ganz oben«, an den Spitzen der Ministerien und Verbände im Gesundheitswesen durchsetzen und bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung, bei der unausweichlichen Strukturreform und ebenso in den gesundheitsbezogenen Ausbildungscurricula eine bevölkerungsmedizinische Perspektive behaupten.

In allen genannten Bereichen läßt sich in den letzten Jahren eine behutsame Zuwendung zu Public Health erkennen. Dabei ist nicht weiter erstaunlich, daß die verschiedenen Interessengruppen noch zwischen rascher Vereinnahmung und einem heimlichen Mißtrauen schwanken. Die integrierenden Studiengangskonzepte, die über Praktika und Gastdozenten einen frühen Kontakt mit den Praxisfeldern ermöglichen, zeigen einen zweckmäßigen Weg, den wichtigen Kontakt zwischen den gesundheitspolitisch Handelnden und der akademischen Forschung und Lehre dauerhaft herzustellen.

Public Health wird aber nur dann eine Leitidee sein, wenn die vielen anderen gesundheitsrelevanten gesellschaftlichen Bereiche nicht

unberührt bleiben. Die an die Wirtschafts-, Tarif- und Sozialpolitik, die Umweltpolitik, die Wohnungsbaupolitik zu stellenden Forderungen stehen nur beispielhaft für die schrittweise Herstellung einer »öffentlichen Gesundheit«, die diesen Namen verdient.

Korrespondenzanschrift: Medizinische Hochschule Hannover  
Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin  
Postfach 610 180 – 3000 Hannover 61

### Anmerkungen

- 1 Urteil des BSG vom 16.5.1972; 9 RV 556/71
- 2 Nur die Bundesärztekammer legte sich nach einer kontroversen Debatte auf diese Übersetzung fest.
- 3 Um diese Benennungen – vor allem der Public-Health-Studiengänge – wurde häufig mit vielen Argumenten gestritten. Dabei fiel stillschweigend meist unter den Tisch, daß dieser Namensstreit sich letztlich einer gar nicht von den Beteiligten zu verantwortenden Verlegenheit verdankt: Die Wissenschaftsministerien fordern deutschsprachige Bezeichnungen für Studiengänge und Abschlüsse. Da das Bundesministerium für Forschung und Technologie weniger restriktiv ist, nannte es das jetzt anlaufende große mehrjährige Forschungsprogramm »Public-Health-Forschung«, und viele überflüssige Streits brauchten nicht erneut geführt zu werden.
- 4 Daß dieses Vorbild selbst zwieschlächtig war, ist dabei in Erinnerung zu behalten: Der in der Sozialhygiene des Kaiserreichs und der Weimarer Republik bereits angelegte Doppelcharakter von Public Health – Emanzipation und Sozialtechnologie – war im Frühjahr 1992 Thema eines Kongresses, den der Hamburger Verein zur Erforschung der nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik durchführte. Informativ ist auch die Arbeit von Eckart (1991).
- 5 Die Aufzählung ist einem noch unveröffentlichten Vortrag des Deans, Harvey V. Fineberg, anlässlich der Gründung der Niederländischen School of Public Health im Jahre 1991 entnommen.
- 6 »Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen« (Medizinische Hochschule Hannover), oder »Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung« (Universität Bielefeld) oder »Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin« (Universität Düsseldorf)
- 7 Daß sie gleichwohl viele Anhänger gefunden hat, liegt sicher auch an dem implizit darin enthaltenen und (gerne) in Kauf genommenen Affront gegen die (herkömmliche kurative) Medizin, die als 'Krankheitswissenschaft' aus dem Kanon der Public-Health-Disziplinen ausgegrenzt werden kann.
- 8 Zum 'Gesundheitswesen' zählen alle Institutionen, Versorgungssysteme und Berufsgruppen, die die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und zu fördern trachten.
- 9 Kürzlich (auf einem Kongreß in Hamburg, s. Anm. 4) wurde von Karl-Heinz Roth zu Recht auf die nahe Verwandtschaft dieses Modells mit den Plänen zu einem »Sozialwerk des deutschen Volkes« der nationalsozialistischen Deutschen

- Arbeitsfront hingewiesen. Ritter (1989) gesteht diese Ähnlichkeit indirekt über den Umweg des Vergleichs mit dem Beveridge-Plan zu (vgl. ebd. S.136f., S.154).
- 10 Dies gilt sowohl für die Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (jeweils 1957), für die gesetzliche Unfallversicherung (1963) wie schließlich für das Recht der Arbeitslosenversicherung (1969).
  - 11 In der dritten und der vierten Legislaturperiode Anfang der sechziger Jahre.
  - 12 Ausgenommen: die Preisverordnungsregelungen für die Arzneimitteldistribution über Apotheken, die beim Bundesministerium für Wirtschaft (bis heute) ressortiert; die Vergütungsregelungen für alle anderen Heilberufe waren/sind beim Bundesgesundheitsministerium angesiedelt.
  - 13 Die Zuständigkeit für die Krankenhausversorgung lag bzw. liegt bei den Ländern, aber auch hier nicht eindeutig, weil sowohl das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG 1972) wie das Gesundheitsreformgesetz (GRG 1989) Kompetenzen im Vertrags- und Vergütungsbereich auf den Bund übertragen hat.
  - 14 Dahinter stand freilich noch keine »präventive Neuorientierung«.
  - 15 Ein erstes Ergebnis war die Kooperation mehrerer Hochschul- und freier Institute in der Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung, deren Bestandsaufnahme und Konzeptentwurf 1990 veröffentlicht wurde (Brecht et al 1990). Mittlerweile liegt ein Indikatorenkatalog (der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder [AGLMB 1991]) vor, in dem die Grundzüge eines neuen Berichtswesens der Länder bereits deutlich werden. Das Bundesland Nordrhein-Westfalen veröffentlichte bereits eine erste Ausgabe des neuen Landesgesundheitsberichtes (NRW 1991). Auch Niedersachsen hat ein eigenes Konzept entwickelt (Schwartz et al. 1992) und bereitet die ersten Teilberichte vor.
  - 16 Das Sonderprogramm »Epidemiologie« des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD), das den Besuch ausländischer Schools of Public Health oder Summer Schools ermöglichte, wurde 1990 in »Epidemiologie/Gesundheitswissenschaften (Public Health)« umbenannt und auf die Unterstützung der neuen Studiengänge durch die Finanzierung von Gastdozenturen aus dem Ausland ausgeweitet.
  - 17 »Empfehlungen zum Ausbau der Epidemiologie und zur Nachwuchsförderung für Epidemiologen«, abgedruckt in: Schwartz/Badura 1991, S.185-190
  - 18 »Weiterentwicklung des Gesundheitswesens: Postgraduiertenstudium 'Öffentliche Gesundheit' (Public Health)«, abgedruckt in: Schwartz/Badura 1991, S.193-200.
  - 19 Das Konsenspapier ist abgedruckt in Schwartz/Badura 1991, S.44-49. Das Buch informiert auch über Entstehungsgeschichte und Verlauf der Berliner Konferenz, die ebenso wie die Veröffentlichung durch eine weitsichtige Förderung der Robert Bosch Stiftung ermöglicht wurde.
  - 20 Neben der beharrlichen Initiative einzelner Hochschullehrer waren für die erfolgreiche Realisierung jeweils auch strukturelle Rahmenbedingungen ausschlaggebend. Beispiel Hannover: Die Medizinische Hochschule Hannover hat seit ihrer Gründung den Aufbau eines nichtklinisch orientierten Fächerverbundes nach dem Vorbild der angelsächsischen »Schools of Public Health« verfolgt. Das weitgespannte und umfangreiche Konzept der Gründungsphase konnte in einer diesen Fragestellungen wenig aufgeschlossenen deutschen Hochschullandschaft immerhin in wichtigen Teilen verwirklicht werden. In Hannover entstand

eines der ersten eigenständigen bundesdeutschen Institute für Sozialmedizin und Epidemiologie. In ihrem weiteren Ausbau errichtete die Medizinische Hochschule Hannover den ersten Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und gründete im Rahmen der Hochschulreform ein Zentrum für Öffentliche Gesundheitspflege, das neben den genannten Abteilungen noch die der Medizinischen Soziologie, der Medizinischen Psychologie und der Geschichte der Medizin vereinigt, eine in der bundesdeutschen Hochschullandschaft einzigartige Institution (die im ersten Konzept mitvorgesehenen Fächer Ernährungswissenschaften, Sportphysiologie und Sozialpsychiatrie wurden zwar realisiert, aber nicht innerhalb des Zentrums angesiedelt).

- 21 Die ebenfalls Ende der 80er Jahre geplanten Studiengänge in Bochum, Münster und Tübingen werden mit hoher Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit nicht eingerichtet werden.
- 22 Entsprechende Abstimmungen zwischen den Hochschulen haben im letzten Jahr wichtige Fortschritte gemacht. Auf verschiedenen Ebenen (Studierende, Studiengangplaner, Studiengangsbeauftragte) finden zusätzliche Treffen statt, die die ohnehin schon seit 1988 regelmäßig im Herbst durchgeführten gemeinsamen Workshops ergänzen.
- 23 Pilotprojekt war zweifellos die schon seit Anfang der 80er Jahre laufende Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Sicherlich war ihr Konzept (DHP 1991) selbst unter Sozialmedizinern und Epidemiologen umstritten, ihre bislang vorgelegten Berichte nicht weniger. Dessen ungeachtet zeigt die im Frühjahr 1992 entfachte öffentliche Kampagne gegen die DHP auch noch bestehende Vorbehalte und nicht ausgestandene Ranküne: Den Forschern werden Versäumnisse mit Vorliebe dort angelastet, wo sie sich tatsächlich vergeblich gegen verfestigte Arbeitsteilungen im Gesundheitswesen zu behaupten suchten.
- 24 Gemeint sind die beiden Veröffentlichungen von Klein-Lange (1990) und Schwartz et al. (1991). Die beiden etwa gleichzeitig erschienenen Bände Laaser et al. (1990) und Schwartz/Badura (1991) befassen sich dagegen mit den neuen Perspektiven in der Lehre. Einen übergreifenden Anspruch verfolgen Deppe et al. (1991), Borgers (1989) und Hurrelmann/Laaser (1992a).
- 25 Initiierung einer Denkschrift zum »Public Health«-Bereich, die den wichtigen Teilbereich »Gesundheitssystemforschung« (Health Services Research) aufgreift (Veröffentlichung 1992).
- 26 Koordinierungsstelle zu »Public-Health«-Einrichtungen in Forschung und Lehre in der Bundesrepublik (Dezember 1991).
- 27 Internationales Ausbildungsprogramm für »Epidemiologie und Gesundheitswissenschaften«.

### *Literaturverzeichnis*

- AGLMB 1991 – Ausschuß für Gesundheitsberichterstattung der Arbeitsgemeinschaft Leitender Medizinalbeamter: Indikatorenatz für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder
- Allhoff, P. G., 1988: Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder. Aufbereitung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen 1978-1985. Köln

- Badura, B., 1990: Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung (Public Health), in: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen, S.51-61
- Behrens, C. S. et al, 1983: »Medizinische Orientierungsdaten«, in: Deutsches Ärzteblatt Nr. 40/41 1983
- Berg, H., 1986: Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen. St. Augustin
- Berghoff, B., Robra, B.-P., 1988: Krankheitsfrüherkennung Krebs Frauen und Männer. Aufbereitung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen 1985-1986. Köln
- Borgers, D., 1989: Epidemiologie und Gesundheitswissenschaft. Berlin/Hamburg
- Brecht, J. G. et al, 1990: Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung. 3 Bd., St. Augustin
- Deppe, H.-U., Friedrich, H., Müller, R. (Hrsg.), 1991: Öffentliche Gesundheit – Public Health. Frankfurt/New York
- DHP 1991 – GCP Study Group: The German cardiovascular prevention study: Design and Methods, in: Schwartz, F. W. et al, 1991, S.63-75
- Eberle, G., 1985: Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, in: Soziale Sicherheit 7/1985, S.211-216
- Eckart, W., 1991: Öffentliche Gesundheitspflege in der Weimarer Republik und in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland, in: Schwartz et al 1991, S.221-236
- Henke, K.-D., 1989: Die finanzielle Situation im Gesundheitswesen. Ein quantitativer Überblick. Diskussionspapier Nr. 143 des Fachbereiches Wirtschaftswissenschaften. Hannover
- Hofmann, W., Schwartz, F. W., 1992: Zwei Jahre Ergänzungsstudiengang »Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen« an der Medizinischen Hochschule Hannover, in: Forum Gesundheitswissenschaften 1992 (im Druck)
- Hurrelmann, K., Laaser, U., 1992: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim/Basel (im Druck)
- Hurrelmann, K., Laaser, U., 1992a: Editorial, in: Hurrelmann, K., Laaser, U., 1992
- Klein-Lange, M., 1990: Public-Health-Forschung in der Bundesrepublik, München
- Laaser, U., Wolters, P., Kaufmann, F. X. (Hrsg.), 1990: Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg
- Labisch, A., 1991: Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) angesichts neuer öffentlicher Gesundheitsleistungen (»new public health«), in: Deppe, H.-U. et al, 1991, S.60-83
- Marx, K., 1972: Das Kapital, 1. Band (MEW 23). Berlin (DDR)
- Mosse, M./Tugendreich, G., 1977: Krankheit und soziale Lage. Göttingen (Erstausgabe München 1913)
- Neubauer, G., 1989: Perspektiven der Gesundheitspolitik nach dem Gesundheits-Reformgesetz. Reihe A, Nr. 11, der Arbeitspapiere »Sozialmedizinische Beratung der gesetzlichen Krankenversicherung«
- NRW 1991 – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990. Bielefeld
- Paffrath, D./Reiners, H., 1987: Zehn Jahre Kostendämpfungsgesetze. Eine empirische Bilanz, in: Die Ortskrankenkasse 13/1987, S.369-373

- Projektgruppe, 1990 – Projektgruppe »Prioritäre Gesundheitsziele« (Hrsg.): Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen – Fakten – Perspektiven. Baden-Baden
- Ritter, G. A., 1989: Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich. München
- Schnabel, P.-E., 1991: Drei Jahre Zusatzstudiengang »Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung (Public Health)« in Bielefeld, in: Forum Gesundheitswissenschaften 2/1991, S.95-118
- Schwartz, F. W. et al (Hrsg.), 1991: Public Health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung. Berlin, Heidelberg
- Schwartz, F. W., Badura, B., Hofmann, W., 1991: Public Health: Ansätze zu Aufbaustudiengängen in Deutschland – Erfahrungen aus dem Ausland. Gerlingen
- Schwartz, F. W., Hofmann, W., Windus, G., 1992: Verbesserte Gesundheitsberichterstattung – Ein Konzept für einen Landesgesundheitsbericht am Beispiel Niedersachsens. St. Augustin (im Druck)
- SVR 1991 – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Jahresgutachten 1991. Baden-Baden
- WHO 1985: Targets for health for all. Kopenhagen
- WHO 1986: Ottawa Charter for health promotion – an international conference on health promotion. Ottawa, Kopenhagen