

Was ist New Public Health?

Zusammenfassung

New Public Health unterscheidet sich in wichtigen Dimensionen vom herkömmlichen und individualmedizinischen Umgang mit Gesundheitsrisiken und -problemen: Populationsbezug (gegenüber Individuenbezug), stärkere Beachtung gesellschaftlicher Einflussfaktoren auf Gesundheit/Krankheit und sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen, Verständnis von Gesundheit/Krankheit als geglückte/missglückte Balance von Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen sowie Priorität zugunsten der Primärprävention. AIDS-Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung gelten als erfolgreiche Leitbeispiele. Medikalisation und Ökonomisierung erschweren die zügige Ausweitung einer an New Public Health orientierten Gesundheitspolitik.

Schlüsselwörter

New Public Health · Public Health · Equity · Primärprävention · Gesundheitspolitik

Ausgangspunkt, Erkenntnisinteresse und Perspektive von Public Health

Ausgangspunkt, Erkenntnisinteresse und Perspektive von Public Health werden den Studierenden dieses Fachs v.a. in den USA mit der folgenden, in zahlreichen Varianten erzählten Parabel nahe gebracht:

Ein Arzt steht am Ufer eines schnell fließenden Flusses und hört die verzweifelten Schreie einer ertrinkenden Frau. Er springt ins Wasser, holt die Frau heraus und beginnt die künstliche Beatmung. Als sie gerade anfängt zu atmen, hört er einen weiteren Hilfeschrei. Der Arzt springt abermals ins Wasser und holt einen weiteren Ertrinkenden, trägt ihn ans Ufer und beginnt mit der künstlichen Beatmung. Und als der gerade zu atmen anfängt, hört er einen weiteren Hilferuf... Das geht immer weiter und weiter in endlosen Wiederholungen. Der Arzt ist so sehr damit beschäftigt, ertrinkende Menschen herauszuholen und wiederzubeleben, dass er keine Zeit findet, stromaufwärts hinter der Biegung des Flusses nachzusehen, warum denn so viele Menschen ins Wasser stürzen und Angst, Schmerz, Not, Lebensgefahr und vielleicht auch den Tod erleiden. Vielleicht gibt es stromaufwärts eine Brücke ohne Geländer oder einen brüchigen Uferweg. Vielleicht bringt dort niemand den Menschen bei zu schwimmen. Viel-

leicht fehlen auch nur einige Warntafeln am Ufer. Vielleicht enthält das Wasser giftige Substanzen, die beim Schwimmen zu Lähmung oder Desorientierung führen. Vielleicht ist das lebensgefährliche Tauchen im reißenden Fluss (z. B. nach Perlen oder Schwämmen) Teil des unverzichtbaren Broterwerbs für die dort wohnenden Menschen. Fände der Arzt Zeit, stromaufwärts zu suchen, könnte er wahrscheinlich gemeinsame Ursachen für die vielen individuellen Unglücksfälle entdecken und diese möglicherweise verringern oder abstellen.

Gleich dem Arzt in der Parabel kommt unser Gesundheitswesen regelmäßig nicht dazu, stromaufwärts zu suchen und einzugreifen. Der Arzt bzw. das Medizinsystem (einschließlich Forschung, Medizinpublizistik und Industrie) nimmt regelmäßig den Blickwinkel des ärztlichen Ordinationszimmers ein und erlebt die Welt deshalb überwiegend aus der Perspektive gescheiterter Prävention. Um dies zu verändern, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein: Es bedarf

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
Leiter der Arbeitsgruppe Public Health,
Wissenschaftszentrum Berlin für
Sozialforschung (WZB),
Reichpietschufer 50, 10785 Berlin,
E-Mail: rosenbrock@medea.wz-berlin.de

R.Rosenbrock

What is New Public Health

Abstract

New public health differs from the way health risks and health problems are conventionally handled. Instead of focused individual attention, emphasis is placed on the population, with more thorough analysis of the social factors influencing health and disease, and the factors responsible for inequality. A better assessment of successful/unsuccessful health management in terms of the health resources available characterises New Public Health along with primary prevention as a priority. AIDS prevention and worksite health promotion are two examples worth following in Germany. However economic and medicalization issues are making speedy introduction of New Public Health into general health policy difficult.

Keywords

New Public Health · Public Health · Equity · Primary prevention · Health policy

Leitthema: Public Health

des Willens und der Kapazität zum Aufbruch stromaufwärts, und es bedarf eines für dieses Unterfangen geschulten Blicks.

“Charakteristisch für Public Health ist die bevölkerungsbezogene Perspektive von Gesundheit und Krankheit.”

Die in Deutschland noch junge, aber seit Beginn der 90er Jahre in einer Art nachholender Modernisierung [1] zügig an vielen Hochschulen etablierte Multidisziplin Public Health [2] ist der gegenwärtig aussichtsreichste und zum Teil auch schon wirkungsmächtige Versuch, Experten für Expeditionen und Interventionen stromaufwärts auszubilden. Als wissenschaftliche Definition klingt die Parabel vom Arzt am Fluss dann ungefähr so: Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien zur Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von Gesundheitsbelastungen und Stärkung bzw. Vermehrung von Gesundheitsressourcen mittels überwiegend nichtmedizinischer Interventionen.

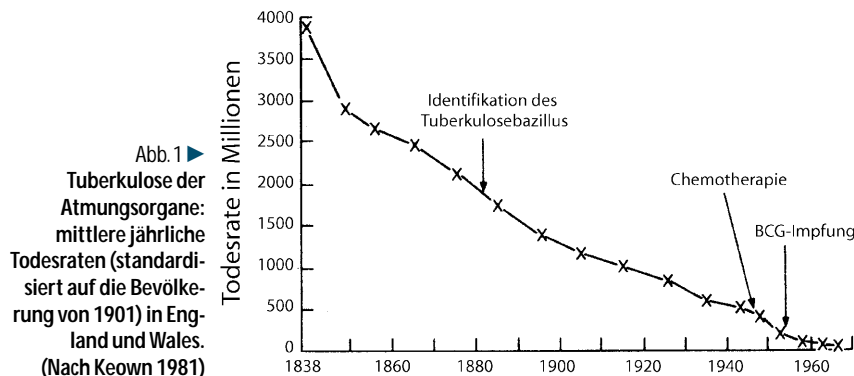
Public Health analysiert und beeinflusst die hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiologisch fassbaren Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Solche Ansätze sind sowohl in der Prävention als auch in der Krankenversorgung von Nutzen. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin (mit theoretischen und methodischen Elementen aus Medizin, Sozialepidemiologie, Ökonomie, Politikwissen-

schaft, Soziologie, Psychologie, Pädagogik, Arbeits-, Sport-, Ernährungswissenschaft etc.). Politisch sollen die aus Public Health gewonnenen Entscheidungskriterien und Handlungspostulate in allen gesundheitsrelevanten Handlungsfeldern Berücksichtigung finden [3].

Belebung von Public Health in den 80er Jahren

Schon um die Wende zum 20. Jahrhundert waren dem Public Health vergleichbare Ansätze unter der Bezeichnung “Sozialhygiene” in Deutschland relativ hoch entwickelt, wurden aber nach kurzer Blüte von den Nazis sowohl verfolgt als auch nachhaltig diskreditiert [4]. Wissenschaftlich wieder populär gemacht wurden die Ansätze in Deutschland u.a. durch die Schriften des bedeutenden britischen Sozialepidemiologen Thomas McKeown [5], der den wissenschaftlichen Weg stromaufwärts ging, um die Ursachen dessen zu erforschen, was gemeinhin als einer der ganz großen Triumphe der naturwissenschaftlichen Individualmedizin angesehen wird: der Sieg über die großen Seuchen des 19. Jahrhunderts, mit der Tuberkulose an erster Stelle. Seine Befunde räumten sowohl mit einigen lieb gewordenen Mythen auf und zeigten zugleich Perspektiven für Strategien der Gesundheitssicherung.

Abschied vom Mythos: Der Sieg über die großen europäischen Seuchen des 19. und der ersten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts war keineswegs primär ein Sieg der Medizin. Am Beispiel der Tuberkulose (Abb. 1) wird deutlich, dass die Sterblichkeit bereits weit unter die Hälfte ihres Spitzenwertes gefallen war, als um 1880 der Erreger entdeckt wurde. Als schließlich – mehr als 60 Jahre später – eine wirksame Chemotherapie ge-



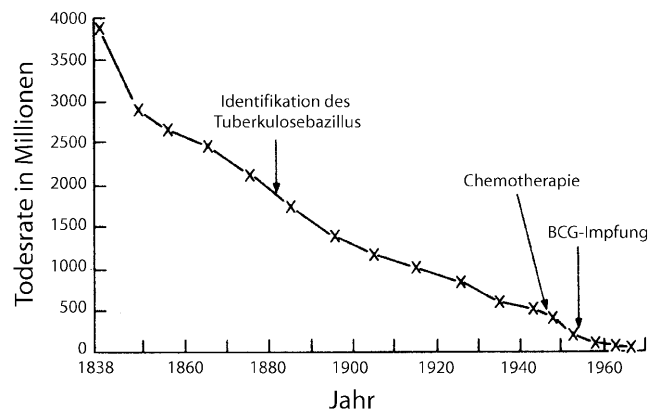
funden wurde, war die Sterblichkeit als Erfolg der Prävention auf ungefähr ein Achtel des Ausgangswertes gefallen. Die naturwissenschaftliche Medizin, die ab den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts mit den ihr eigenen Instrumenten der Immunisierung und Therapie eingriff, konnte diesen Erfolg dann festigen und sichern.

“Der Sieg über die großen europäischen Seuchen war keineswegs primär ein Sieg der Medizin.”

McKeown zeigte, dass es vor allem den Verbesserungen in der Ernährung und der Bildung sowie technischen und sozialen Reformen in der Arbeitswelt und städtischen Umwelt zu verdanken war, dass zumindest in industrialisierten Ländern die große Geißel der Seuchen von den Menschen genommen wurde. Gerade in Hinblick auf aktuelle Debatten und Kontroversen zur Prävention ist ein weiterer Befund von McKeown besonders wichtig: Es waren diese, damals meist auf Druck der Arbeiterbewegung politisch zustande gekommenen Änderungen der Lebensverhältnisse, die die für die Prävention unverzichtbaren Veränderungen im Verhalten vor allem der sozialen Unterschichten bewirkten. Zu nennen sind hier u.a. persönliche Hygiene, ausgleichendes Freizeitverhalten und abnehmender Alkoholkonsum, die sich im Wechselverhältnis mit politisch bewirkten Fortschritten in den Lebensverhältnissen veränderten.

Die Perspektive (in den eigenen Worten des Sozialmediziners McKeown, [5], S. 22): “Medizinische Forschung und medizinische Dienste sind fehlgeleitet; was die Gesellschaft für das Gesundheitswesen ausgibt, stellt eine entsprechende Fehlinvestition dar, da bei der Mittelverwendung von falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgegangen wird. Man betrachtet den Körper als Maschine, die vor allem durch direkte Eingriffe in ihre internen Vorgänge vor Krankheit und ihren Folgen geschützt werden könne. Diese Betrachtungsweise führte dazu, dass Umwelteinflüssen und persönlichem Verhalten – den wichtigsten gesundheitsrelevanten Faktoren – mit Gleichgültigkeit begegnet wurde.”

Abb. 2 ▶
Subjektive Krankheitsprävalenz bei Frauen im zeitlichen Verlauf, jeweils im April/Mai erfragt; alte Bundesländer. (Quelle: [11])



Ursachen von Krankheit und Gesundheit aus Sicht von New Public Health

Nun lässt sich sicherlich einwenden, dass der Befund von Thomas McKeown für die Infektionskrankheiten des 19. Jahrhunderts zutreffend sein mag, dass wir es aber eben heute mit anderen Problemen zu tun haben. In der Tat: Der gesellschaftliche Wandel des 20. Jahrhunderts hat uns mit der epidemiologischen Transition [6] ein neues gesundheitliches Problempanorama beschert, für das drei Trends entscheidend sind.

Trend 1: Zunahme von chronisch degenerativen Erkrankungen

Bei im Bevölkerungsdurchschnitt noch um ca. 1,5 Jahre pro Jahrzehnt steigender Lebenserwartung entfallen mehr als drei Viertel der vorzeitigen Sterbefälle in industrialisierten Ländern derzeit auf vier Todesursachen (*big killers*): Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebserkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane und Unfälle im mittleren und jüngeren Alter. Unter den nicht zum Tode führenden Krankheiten (*big cripplers*) vergrößern chronische Krankheiten wie Diabetes mellitus, degenerative Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychisch manifestierte Leiden einschließlich der Suchtkrankheiten kontinuierlich ihren Anteil. Nach wie vor erreicht nur die Minderheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten halbwegs gesund das Rentenalter. Die Mehrzahl wird – überwiegend wegen der genannten chronischen Erkrankungen – vorzeitig berentet bzw. stirbt vor Erreichen des Rentenalters. An jedem Tag sind circa 10% der Wohnbevölkerung in Deutsch-

land chronisch krank, leben also mit bedingter Gesundheit. Akut krank sind gleichzeitig ca. 5% der Bevölkerung, also die Hälfte davon.

Bei aller Verschiedenheit hinsichtlich Verursachung, Verlauf und Endpunkt haben diese Krankheiten in epidemiologischer Hinsicht gemeinsam, dass ein primär kurativ und individualmedizinisch orientiertes Versorgungssystem sie erst relativ spät und generell nicht besonders wirksam beeinflussen kann – trotz beachtlicher Erfolge in manchen Teilbereichen. Die wichtigsten Anteile der Verursachung dieser Krankheiten liegen nach international übereinstimmender Auffassung in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen und dem dadurch geprägten Verhalten. Diese Faktoren sind primär nicht individuell, sondern nur politisch zu gestalten. Der Ansatzpunkt zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung wird deshalb darin gesehen, gesundheitspolitische Schwerpunkte auf Prävention und verbesserte Versorgung für chronisch Kranke zu setzen [7]. Theoretisch ließen sich durch konsequent betriebene Prävention langfristig ca. 25% der heute für Krankenversorgung aufgewendeten Ressourcen einsparen [8].

Trend 2: Anstieg der Lebenserwartung

Die Anzahl chronisch Kranker und damit gesundheitlich und oft nicht nur medizinisch, sondern auch sozial unterstützungsbedürftiger Menschen ist also hoch und reicht auch in jüngere Altersgruppen hinein. Zugleich nimmt am oberen Ende der Bevölkerungspyramide im Zuge demographischer Veränderungen und als Ausdruck der gestiegenen Lebenserwartung der Anteil betagter und hochbetagter Menschen an der Gesamtbevölkerung

deutlich zu. Der Anteil der über 60-Jährigen in Deutschland wird von derzeit ca. 20% auf ca. 35% im Jahre 2035 steigen. Aus der Gleichzeitigkeit der zunehmenden Alterung der Gesellschaft und dem hohen Stand chronischer Erkrankungen wird häufig vorsätzlich oder irrtümlich ein düsteres Zukunftsbild hergeleitet, etwa in der Art: weil die Gesellschaft älter wird, wird sie auch immer kränker. Dem ist zunächst entgegenzuhalten, dass die Menschen in reichen Ländern nicht nur älter, sondern auch immer gesünder älter werden. Beispielfhaft sei dies am Gesundheitszustand älterer Frauen in Deutschland illustriert (Abb. 2): über 75-jährige Frauen fühlten sich im Jahre 1992 im Durchschnitt so gesund bzw. krank wie 70- bis 75-jährige Frauen im Jahre 1986 und 65- bis 70-jährige Frauen im Jahre 1983. Steigende Lebenserwartung führt also nicht automatisch zu einer explosiven Vermehrung medizinischer Leistungen und damit der Ausgaben für die Krankenversorgung. In Übereinstimmung mit epidemiologischen und gesundheits-ökonomischen Befunden aus zahlreichen Ländern beziffert der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in Deutschland [9] die demographiebedingten Steigerungen der Ausgaben für Krankenversorgung deshalb auf lediglich 0,7 bis knapp 0,9% pro Jahr. Teuer – dies hat der Schweizer Gesundheitsökonom Peter Zweifel [10] überzeugend dargestellt – ist nicht das Kalenderalter eines Individuums, sondern die zeitliche Nähe zum Tod. In den letzten zwölf Monaten des Lebens fällt ungefähr ein Drittel der lebenslang kumulierten Ausgaben für Krankenversorgung an (vergl. Bellach in diesem Heft).

Der Irrtum von der Unausweichlichkeit der altersbedingten Krankheitslawine löst sich vollends auf, wenn der dritte Makrotrend ins Auge gefasst wird:

Trend 3: Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit

Sowohl die Möglichkeiten, Gesundheitsbelastungen zu vermeiden bzw. ihnen durch individuelles Verhalten zu begegnen als auch das Risiko zu erkranken oder zu sterben, als auch die Möglichkeiten, mit eingetretener (chronischer) Krankheit – mit bedingter Gesundheit – eine hohe Lebensqualität aufrecht zu erhalten, sind auch in reichen Ländern nach wie vor sozial ungleich verteilt. Die

Zugehörigkeit zu sozialen Schichten, z. B. ausgedrückt durch Bildung, Einkommen und Stellung im Beruf, begrenzt bzw. eröffnet nach wie vor in häufig entscheidendem Umfang die Chancen für ein längeres Leben mit wenig gesundheitlichen Einschränkungen (vgl. auch Mielck in diesem Heft). Das an diesen drei Indikatoren gemessene unterste Fünftel der Bevölkerung in Deutschland trägt in jedem Lebensalter im Durchschnitt ein ungefähr doppelt so hohes Erkrankungs- und Sterberisiko wie das oberste Fünftel [12, 13]. Neuere Untersuchungen belegen, dass im Gefolge neoliberaler Wirtschafts- und Sozialpolitik die Ungleichheit vor Krankheit und Tod in industrialisierten Ländern weiter zunimmt [13, 14, 15, 16].

Wie unter anderem House, Kessler & Herzog [17] empirisch gezeigt haben, stehen dem Ziel, die Zunahme von Krankheit und krankheitsbedingten Einschränkungen der Lebensqualität weiter in die letzten Lebensjahre zu verschieben (compression of morbidity), keine biologischen Gründe entgegen. Die große Masse der zu verhütenden chronischen Krankheiten und Einschränkungen ist in allen Altersgruppen absolut und relativ auf die unteren sozio-ökonomischen Schichten konzentriert (Abb. 3): Angehörige der Unterschichten haben z. B. im Alter von 55 bis 64 Jahren im Durchschnitt etwas mehr als zwei chronische Behinderungen, die die alltägliche Lebensführung beeinträchtigen, während Angehörige der

Oberschicht in diesem Alter mit durchschnittlich einer solchen Behinderung leben. Angehörige der Unterschicht leben bereits im Alter von ungefähr 45 Jahren durchschnittlich mit ebenso starker gesundheitlicher Einschränkung (ca. 1,5 Behinderungen) wie Angehörige der Oberschicht im Durchschnitt erst ab dem 75. Lebensjahr. Die pessimistische These, derzufolge die zusätzlich gewonnenen Jahre im hohen Maße gesundheitlich beschädigt seien, trifft zwar auch zu, sie beschreibt jedoch weitgehend die Realität für Angehörige der Unterschicht und unteren Mittelschichten. Wir haben es also weitgehend mit sozialen Bedingungen zu tun, die politisch gestaltet werden können.

Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit aus Sicht von New Public Health

Gesundheitlich belastendes Verhalten (gemessen vor allem in Übergewicht, Tabakrauchen, Blutdruck und körperlicher Bewegung) ist in unteren sozialen Schichten durchschnittlich weiter verbreitet als in oberen. Aber diese Verhaltensunterschiede erklären nicht das Ausmaß der Ungleichheit: Erhebliche Anteile der mit unterschiedlichem sozialen Status korrelierenden Unterschiede in Morbidität (Krankheitsanfälligkeit) und Mortalität (Sterblichkeit) lassen sich nicht durch Unterschiede im gesundheitlichen Risikoverhalten erklären.

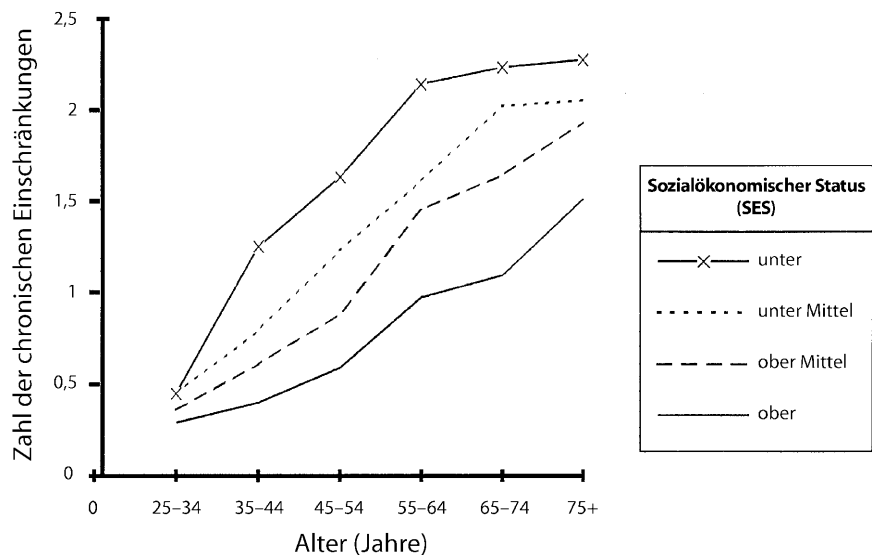


Abb. 3 ▲ Chronische Einschränkungen der Gesundheit im Altersverlauf nach sozio-ökonomischem Status (SES, hier Einkommen und Bildung). Quelle: [17]

Vielmehr scheint das “soziale Dilemma” ein entscheidender Faktor zu sein. Es besagt, dass dieselben Gruppen und Schichten der Bevölkerung, die das größte Risiko tragen zu erkranken, behindert zu sein oder vorzeitig zu sterben, zugleich über die geringsten Möglichkeiten der Kontrolle ihrer Lebensumstände und der Selbsthilfe im wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Sinne verfügen. Sie haben:

- ▮ die geringsten Einkommen,
- ▮ den geringsten Bildungsstand,
- ▮ die geringsten Gestaltungsmöglichkeiten,
- ▮ die schwächste soziale Unterstützung durch kleine soziale Netze (social support) und
- ▮ den geringsten politischen Einfluss, sowohl individuell als auch als Gruppe.

Die Einsicht in dieses soziale Dilemma hat auch die Sicht auf die Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit verändert (Abb. 4): Der Einfluss von sozial bedingten Qualitätsunterschieden medizinisch-gesundheitlicher Versorgung ist in Deutschland mit – zumindest formal – sozial und ökonomisch undiskriminiertem Zugang zum System der Krankenversorgung als relativ gering anzusehen. Wesentlich größeres Gewicht haben die aus den Unterschieden in Wissen, Macht, Geld und Prestige resultierenden Unterschiede in den gesundheitlichen Beanspruchungen. Ursache für die unterschiedliche gesundheitliche Beanspruchung sind einerseits Unterschiede in der gesundheitlichen Belastung durch biologische, chemische, physikalische Faktoren sowie Distress, schlechte Ernährung, Rauchen, Bewegungsmangel, soziale Exklusion, etc. Hinzu kommen Unterschiede in der Verfügbarkeit von gesundheitsfördernden Ressourcen wie Selbstbewusstsein, Bildung, Einkommen, Partizipation, Verhaltensspielräume, soziale Unterstützung, Erholung etc. Diese Faktoren begründen im Zusammenspiel mit Einflüssen, die sich direkt aus der sozialen Schichtung ergeben (z. B. schichtenspezifische Kommunikations- und Verhaltensgewohnheiten) unterschiedliche Lebensstile, die – auf Basis direkter und indirekter Einflüsse – die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erklären vermögen (vgl. auch Mielk in diesem Heft).

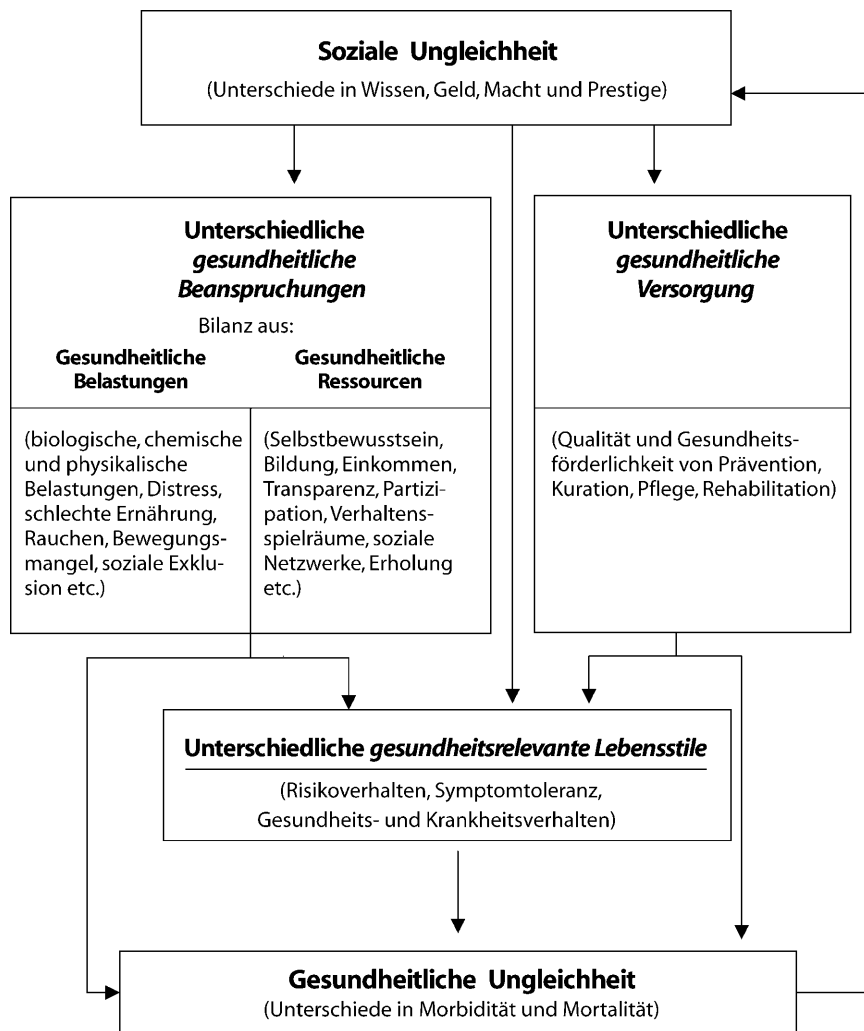


Abb. 4 ▲ Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, Quelle: eigene Darstellung modifiziert nach [18]

Das Präventionskonzept von New Public Health: Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung

Arbeitsmarktpolitik, Einkommensverteilung, Bildungspolitik sind wichtige Variable mit großer Wirkung auf Mortalität, Morbidität und gesundheitliche Lebensqualität. Sie entziehen sich dem herkömmlichen Verständnis von Gesundheitspolitik und werden auch nicht nach gesundheitlichen Kriterien politisch bearbeitet. Public Health als wissenschaftliche Disziplin versucht zwar zunehmend, die Öffentlichkeit über die gesundheitlichen Konsequenzen von Entscheidungen und Entwicklungen auf diesen Gebieten aufzuklären. Es besteht aber einstweilen in aller Regel wenig Hoffnung, dass sich diese schwache

Stimme auf den Marktplätzen der Politik durchsetzt. Kritik krankmachender Verhältnisse und Makrotrends ist legitim und notwendig, leistet aber kaum einen aktuellen Beitrag zur Minderung gesundheitlicher Probleme.

Aus diesem Grund hat sich der Schwerpunkt der neueren Gesundheitsforschung auf kurz- und mittelfristig wirksame Ansätze verlagert, in denen neben einer Senkung der pathogenen Faktoren gleichberechtigt die Förderung salutogener Faktoren berücksichtigt wird. Damit sollen auch gesundheitliche Wirkungen sozialer Ungleichheit, z. B. durch Kompetenzsteigerungen gemindert werden.

Primärprävention umfasst in dieser Sichtweise alle Bemühungen zur Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit sowohl von spezifischen Krankheiten als

auch von Erkrankung überhaupt (Risikosenkung). Bemühungen, die diesem Ziel dienen, können sich nur selten darauf beschränken, entweder nur gesundheitsfördernde Ressourcen zu stärken oder nur gesundheitlich Belastungen zu senken. Vielmehr kommt es in aller Regel darauf an, die Stärkung bzw. Vermehrung von Ressourcen und die Senkung bzw. Verminderung von Belastungen in einem harmonischen und wechselseitig aufeinander bezogenen Verhältnis zu kombinieren (Abb. 5).

Die alte paternalistische Orientierung auf individueller Vorsorge, Betreuung und Erziehung soll infolgedessen – wo immer möglich – von Strategien zielgruppen- und lebensweltspezifischer Aktivierung und Mobilisierung abgelöst werden (*enabling, empowerment*). Ziel der Gesundheitsförderung als präventiver Strategie ist es, "allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen". Gesundheit entsteht dadurch, "dass man für sich und für andere sorgt, dass man in der Lage ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen. Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben". (Ottawa Charter zur Gesundheitsförderung, WHO 1986).

"Erfolgreiche Prävention setzt die gleichberechtigte Stärkung krankheitsvermeidender und gesundheitsfördernder Maßnahmen voraus."

Damit verbindet sich einerseits die Vorstellung, Menschen in den Stand zu versetzen, gesundheitliche Risiken sensibler wahrzunehmen und aktiver an ihrer Minderung zu arbeiten. Weiterhin besteht die durch viele Untersuchungen [19, 20] gut belegte Erwartung, dass sich mit zunehmender Transparenz von Lebenssituationen, mit Qualifikation, wachsenden Entscheidungsspielräumen, direkter Partizipation [21] sowie durch materielle und ideelle soziale Un-

terstützung [22, 23] die Fähigkeit zur Belastungsverarbeitung erhöht. Folge dieser Stärkung des "psycho-sozialen Immunsystems" ist eine Reduktion der Erkrankungswahrscheinlichkeit. Das hierzu von dem 1994 verstorbenen israelisch-amerikanischen Sozialepidemiologen Aaron Antonovsky auf Basis zahlreicher empirischer Studien an verschiedenen Bevölkerungsgruppen entwickelte Modell der Salutogenese – zur Diskussion des Modells vgl. [24, 25] – ist der derzeit wissenschaftlich populärste Ansatz. Nach Antonovsky bleiben Individuen und Gruppen auch unter hohen Belastungen eher gesund,

- wenn die Anforderungen und Zumutungen, mit denen sie konfrontiert werden, einigermaßen vorhersehbar und einordnungsfähig sind (comprehensibility),
- wenn Möglichkeiten der Reaktion und des Eingreifens sowie Chancen der Einflussnahme auf Entwicklungen und Ereignisse gegeben sind (manageability) und
- wenn die Möglichkeit besteht, unter diesen Bedingungen individuelle oder kollektive Ziele anzustreben und auch zu erreichen (meaningfulness).

Diese drei Faktoren – die Vorhersehbarkeit, die Beeinflussbarkeit und die Sinnhaftigkeit – bilden zusammengenommen nach Antonovsky den "sense of coherence" – zu deutsch etwa das Gefühl, sich in einer verstehbaren und beeinflussbaren Welt zu bewegen.

Die Annahme über die Stärkung des "psycho-sozialen Immunsystems"

[26] als Folge veränderter Informations- und Partizipationschancen [27] wird durch zahlreiche Befunde gestärkt. Interventionen, die auf eine Vergrößerung und selbstgestaltete Nutzung individueller Freiheitsgrade zur Vermeidung von oder Reaktion auf Belastungen abzielen (empowerment), zeigen sowohl im kommunalen Zusammenhang [28] als auch in der Arbeitswelt [29] gute und stabile Ergebnisse. Solche Projekte können die Gesundheit gleich auf drei Ebenen positiv beeinflussen:

- Die Beachtung von Kriterien der Gesundheitsförderlichkeit in der Organisation und Gestaltung von Lebenswelten im Betrieb, im Bildungswesen, in der Krankenversorgung sowie in der Gemeinde vermindert gesundheitsschädliche Belastung durch Disstress in seinen verschiedenen Formen.
- Die Einführung dieser Kriterien in einen gegebenen institutionellen oder sozialen Zusammenhang (setting) erhöht bei allen Beteiligten die Aufmerksamkeit für und das Wissen über Gesundheitsrisiken und die Möglichkeit ihrer Vermeidung, z. T. auch über die ursprünglich thematisierten Bereiche hinausgehend.
- Durch Abbau von Auslösebelastungen wird auch der Antrieb für Belastung kompensierendes gesundheits-schädliches Verhalten (Rauchen etc.) geschwächt.

Entscheidend bei allen diesen Ansätzen ist, dass das Individuum nicht als Summe von beliebig und einzeln veränder-

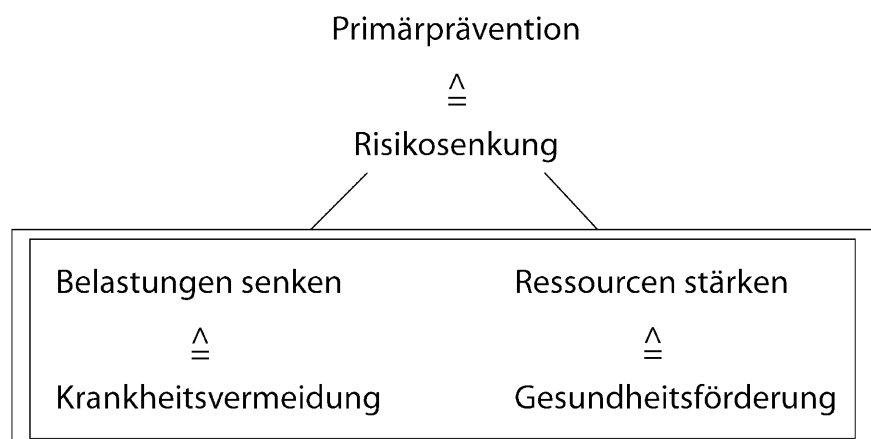


Abb. 5 ▲ Primärprävention als Belastungssenkung und Ressourcenstärkung
Quelle: eigene Darstellung

baren Eigenschaften, Gewohnheiten und Lasten gesehen wird, wie es die überwiegend behaviouristisch orientierte "Lifestyle"-Prävention in den USA bis heute tut, sondern als Individuum, das ständig aktive Integrations- und Konstruktionsleistungen zu vollbringen hat, durch die es sich mit den Anforderungen aus verschiedenen Lebensbereichen arrangiert und diese Einzelarrangements wieder zu einem Gesamtarrangement koordiniert. Der französische Soziologe Pierre Bourdieu [30] hat hierfür den Begriff des "Habitus" geprägt, der deutsche Psychologe Klaus Holzkamp [31] das Konzept der "Lebensführung". Aus Habitus und Lebensführung können einzelne Elemente (wie z. B. falsche Ernährung oder Rauchen) nicht beliebig und allein durch Information bzw. Aufklärung herausgenommen werden. Möglich sind Veränderungen meist nur in der Wechselwirkung zwischen (den je nach sozialer Lage mehr oder weniger Spielraum bietenden) Lebensbedingungen und den in ihnen enthaltenen expliziten und impliziten Anreizen einerseits und dem sich arrangierenden Individuum andererseits.

Dies – so mag eingewandt werden – ist schöne Theorie, aber wo ist die Praxis?

Beispiele für die Anwendung von Public Health in Deutschland

Ich möchte beispielhaft zwei Felder nennen, auf denen in den letzten Jahren mit Ansätzen der Public Health beträchtliche Erfolge erzielt werden konnten.

AIDS-Prävention

Die in Umfang und Tempo dramatischen Verhaltensänderungen der hauptsächlich von der HIV-Infektion und von AIDS betroffenen Bevölkerungsgruppen (homosexuelle Männer, i. v.-Drogenbenutzer) sind nicht zuletzt der Erfolg einer öffentlich finanzierten, aber weitgehend von Repräsentanten dieser Gruppen konzipierten und organisierten "strukturellen Prävention", d. h. einer im Dialog zwischen Professionals und Betroffenen entwickelten Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Komponenten [32, 33] (vgl. auch Töppich et al. in diesem Heft). Im Falle AIDS wird der erneuerte Ansatz von Pu-

blic Health erstmals auch in Deutschland in großem Umfang direkt in staatliche und nichtstaatliche Gesundheitspolitik umgesetzt [34].

"In Deutschland gibt es zwei erfolgreiche Anwendungsfälle für New Public Health: AIDS-Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung."

Durch die materielle und kulturelle Unterstützung der entsprechenden Subkulturen konnte sich ein Modell der verhältnisgestützten Verhaltensmodifikation entwickeln, das den Kriterien der Gesundheitsförderung recht nahe kommt. Über 70% der Menschen aus den hauptsächlich betroffenen Gruppen haben ihr Verhalten zeitstabil auf Risikomeidung umgestellt (safer sex, safe use). Auf derart große, schnelle und stabile Erfolge kann keine andere Strategie der Gesundheitserziehung in der Geschichte öffentlicher Verhaltensmodifikation verweisen. Es handelt sich um eine Strategie,

- die die Lebensweisen und Milieus der Zielgruppen respektiert und stützt und in diesem Rahmen,
- mit vorwiegend nichtmedizinischen und
- soweit wie irgend möglich nichtrepressiven Mitteln
- unter besonderer Nutzung der persönlichen Kommunikation und Beratung
- dauerhaft über Gesundheitsgefährdungen und Vermeidungsmöglichkeiten aufklärt,
- um gruppenbezogene und selbstorganisierte Anreizsysteme
- mit dem Ziel der Etablierung und Befestigung sozialer Normen
- für risikomeidendes, gesundheitsförderliches und solidarisches Verhalten zu schaffen und zu stabilisieren [35].

Betriebliche Gesundheitsförderung

Als zweites Beispiel sei die mittlerweile erstaunlich lange Reihe avancierter und wirksamer Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung erwähnt (vgl. dazu auch Badura in diesem Heft). In

Deutschland waren es vor allem (seit 1989) die Krankenkassen, vereinzelt auch aufgeklärte Manager und Belegschaftsvertreter, die auf diesem Gebiet wichtige und systematische Pionierarbeit einer modernen Gesundheitssicherung geleistet haben [29, 36, 37]. Unterstützt wurden sie dabei zunehmend von Public Health Professionals [38].

Mit Ansätzen, die weit über Gesundheitserziehung, medizinische Früherkennung und technische Sicherheit hinausgehen, werden Möglichkeiten der Senkung von Risiken und der Stärkung von Ressourcen in den Arbeitsabläufen, in der betrieblichen Organisation und im betrieblichen Sozialklima identifiziert und realisiert [39, 40]. Im Mittelpunkt solcher Projekte stehen meist Gesundheitszirkel, in denen von der Belegschaft bestimmte Repräsentanten zusammen mit Betriebsmedizinern, Personalvertretung und Vertretern des Managements erörtern, was in der Arbeit als vermeidbar belastbar erlebt – und auch was als bereichernd wahrgenommen wird. Verblüffend sind bei diesen Projekten sowohl die Anzahl und Präzision der Veränderungsvorschläge als auch ihre Realisierbarkeit. Werden diese Impulse aufgenommen – und dies geschieht in der weitaus überwiegenden Anzahl der Vorschläge – ergeben sich daraus häufig tiefgreifende Organisationsentwicklungen, in deren Verlauf der Krankenstand oft um über 30% zurückgeht [41] und sich zugleich Produktivität und Betriebsklima verbessern [42].

An dieser Stelle muss hinzugefügt werden, dass die Wirkmechanismen dieser Ansätze sowohl auf das Verhalten als auch auf die Entstehung von Gesundheit bzw. Krankheit bei weitem noch nicht erforscht sind. Aber wenn es in der Medizin heißt: wer heilt, hat Recht, muss es auch für Public Health bzw. Gesundheitsförderung gelten: wer erfolgreich Krankheit verhütet, hat Recht! Das ist natürlich kein Plädoyer gegen weitere Forschung, deren Ergebnisse dringend benötigt werden, um die Anwendung dieses Ansatzes durch zielgruppen- und problemspezifische Differenzierung effizienter zu machen und die Qualität der Interventionen zu sichern [43]. Grundsätzlich geht es dabei darum, Strategien der Krankheitsverhütung nicht nur auf die Minderung von Belastungen hin auszulegen, sondern auch die Steigerung bzw. Vermehrung von schützenden Ge-

sundheitsressourcen in den Blick zu nehmen. Das ist, wie bereits ausgeführt, mit Interventionen auf der Ebene des Individuums (Verhalten) nur unzureichend zu leisten, vielmehr gilt es, auch die Ebene des Kontextes dieses Verhalten (die Verhältnisse am Arbeitsplatz, in der Schule, der sozialen Gruppe, im Stadtteil etc., also im setting [44, 45]) entsprechend zu gestalten.

Politische Aspekte von Public Health

Neben den wissenschaftlichen Fragen, und vielleicht noch wichtiger, sind vor allem politische Fragen dieses Ansatzes noch offen bzw. ungelöst:

Wie jedes der historisch wechselhaften Präventionskonzepte [4, 46] transportiert auch das Konzept der Gesundheitsförderung zugleich Werte und Ziele seines politischen Entstehungskontextes. Gesund und angepasst an seine Umwelt – und nichts anderes bedeutet das englische Wort “fit” – ist in reichen säkularisierten Ländern heute das aktive, seinen Interessen folgende und weitgehend selbstregulierte Individuum eingebettet in funktionierende soziale Bezüge und Netze. In dem Maße, wie sich dieses Menschenbild durchsetzt, wird die Frage virulent, wie Toleranz gegenüber jenen zu organisieren ist, die diesem Menschenbild nicht folgen können oder wollen. Eine “Pflicht zur Gesundheit”, die zur Diskriminierung und zur mehr oder weniger offenen Verhöhnung der Opfer (“blaming the victims” [47]) tendiert, wäre auch unter dem gesundheitspolitisch freundlichen Ideal der Gesundheitsförderung gesellschaftspolitisch inakzeptabel.

Nicht minder wichtig ist auch die Frage nach der Umsetzbarkeit präventiver Ansätze, denn tatsächlich sind die genannten positiven Beispiele noch Raritäten im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit, keineswegs die Regel. Zahlreiche Hindernisse gilt es noch zu überwinden.

Unter diesen Hindernissen ragen zwei heraus, die mit den Begriffen “Ökonomisierung” und “Medikalisierung” bezeichnet werden können [48].

Die “Ökonomisierung” entscheidet – vielfach gegen gesundheitswissenschaftliche Evidenz – sowohl über das “Wieviel” als auch über das “Was” der Prävention.

Das “Wieviel”: Gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen, Reduktion von Umweltbelastungen, komplexe Gesundheitskampagnen mit Lebensweisebezug etc. kosten zunächst einmal Geld. Ihr Nutzen ist dagegen oft nicht unumstritten in Geld auszudrücken, oder er liegt außerhalb des Interessenbereichs der Entscheidungsträger oder jenseits der meist kurzfristigen Planungshorizonte (z. B. Geschäftsjahr bei Unternehmen; Wahlperiode in der Politik). Die Geschichte der Prävention zeigt, dass die wichtigsten Erfolge nicht als Ergebnis ökonomischer Kalküle, sondern durch soziale Bewegungen induziert wurden, die sich gegen die einseitige Durchsetzung wirtschaftlicher Partialinteressen richteten.

Das “Was”: Kommerziell betriebene Prävention und Gesundheitsförderung richtet sich in einer Marktwirtschaft nach der mobilisierbaren kaufkräftigen Nachfrage. Diese ist vor allem unter dem Gesichtspunkt sozial bedingt ungleich verteilter Gesundheitschancen kein geeignetes Steuerungsinstrument für Leistungen der Gesundheitssicherung. So wurden durch die Ökologie- und Gesundheitsbewegungen Gesundheitsbedürfnisse und -ansprüche vor allem in den kaufkräftigen Mittelschichten thematisiert bzw. geweckt. Diese finden mittlerweile ein rasch expandierendes Angebot an Dienstleistungen und Waren “für die Gesundheit” bzw. “für die Umwelt”. Die Umformung gesellschaftlicher Probleme in individuell zu befriedigende Bedürfnisse weist den wohlhabenderen Teilen der Bevölkerung für einen Teil ihrer Gesundheitsprobleme vielleicht einen gangbaren Weg. Sie nimmt aber dem sozialen und politischen Impuls von Prävention und Gesundheitsförderung einen großen Teil seiner Wirksamkeit. Auch die Medikalisierung wirkt auf zwei Ebenen.

Definitionsmacht: Ein großer Teil der sozialen Schubkraft des Konzepts der Gesundheitsförderung wird durch die Definitionsmacht und die Aktivitäten der individuell kurativ orientierten klinischen Medizin absorbiert. Überspitzt lässt sich sagen, dass in der gesamten Gesundheitspolitik, also keineswegs nur in der Kuration, Sichtweise und Leistungen des Kassenarztes dominieren. Dies äußert sich u.a. in einer deutlichen Privilegierung der ärztlichen Beratung vor anderen Trägern und Formen der

Beratung und Kommunikation. Es ist jedoch weder erwiesen noch plausibel, dass ärztliche Beratung größere Wirkungen erzielt als z. B. Beratung durch Krankenschwestern oder problembezogene Auseinandersetzung und Diskussion zwischen Menschen in ähnlicher sozialer Lage, wie es z. B. im Ansatz der “peer education” [49] oder in Selbsthilfegruppen [50] praktiziert wird. Die Definitionsmacht der Medizin für die Prävention zeigt sich auch im – von den epidemiologisch messbaren gesundheitlichen Wirkungen her nicht zu begründenden – Gewicht, das manche Screening-Programme zur Vorverlagerung der individuellen medizinischen Therapie in der Gesundheitspolitik aufweisen [51]. Die in der Öffentlichkeit vorherrschende Identifikation von “Gesundheitssicherung” mit “Medizin” führt häufig zu einer Umthematization von Problemen der Primärprävention zu solchen der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen.

Individualisierung: Ähnlich wie die Ökonomisierung der Prävention in der Tendenz dazu führt, gesellschaftlich und politisch zu lösende Probleme in individuelle Kaufakte umzuwandeln, bestärkt die Medikalisierung der Prävention die Tendenz, solche Probleme in Akte der individuellen Inanspruchnahme umzudefinieren. Beide Tendenzen lassen die zugrundeliegenden Probleme unbearbeitet.

Da sich unter diesen Rahmenbedingungen die Tendenz zur politischen Untergewichtung der Primärprävention (einschl. der Gesundheitsförderung) und zur relativen Übergewichtung der Verhaltensmodifikation eher verstärkt [52], wäre eine Erweiterung präventionspolitischer Handlungsräume am ehesten von einer staatlich getragenen gegen tendenziellen Politik zu erwarten, die die entsprechenden Impulse aus der Bevölkerung wie aus den professionellen und Bürgervereinigungen aufnimmt. Davon konnte in Deutschland in den vergangenen Jahren kaum die Rede sein. Ob sich dies in Zukunft ändern wird, ist eine offene Frage. Vor Euphorie ist zu warnen: Die gegenwärtig in der gesamten Europäischen Union dominante Wirtschaftspolitik setzt auf eine Selbstregulation des Marktes. Normen, Regulierung und Staatsinterventionen werden – je nach machtpolitischer Opportunität – als schädlich angesehen, Dere-

gulierung wird gefordert und betrieben. Oft wird dabei übersehen, dass der ursprüngliche Grund für Regulierungen meist der Schutz des jeweils Schwächeren war und ist. Überdies bezieht die Dynamisierung der Marktkräfte als Motor der Gesellschaftsentwicklung ihren Antrieb letztlich aus dem Streben nach Ungleichheit. Infolgedessen nimmt gegenwärtig eine Sichtweise zu, in der tendenziell jeder seines Glückes Schmied und also auch verantwortlich für die Ketten seines Unglücks ist. Solche Ideologien sind aber kaum förderlich für Konzepte der kollektiven Artikulation und Bearbeitung von gesellschaftsbedingten Gesundheitsproblemen. Sie verhindern die politische Mobilisierung zur Durchsetzung von Veränderungsstrategien, die auf eine Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit vor Krankheit und Tod abzielen.

Es gehört zu den weniger erfreulichen, nichtsdestoweniger aber notwendigen Aufgaben wissenschaftlicher Beschäftigung mit Public Health und Gesundheitspolitik darauf hinzuweisen, dass sich damit der Abstand zwischen dem gesundheitlich Möglichen und dem Tatsächlichen immer weiter vergrößert [3]

Literatur

- Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock R (1994) Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. edition sigma, Berlin
- Dierks ML (1998) Public-Health-Ausbildung in Deutschland. In: Schwartz FW et al. (Hrsg) Das Public Health Buch. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 609–616
- Rosenbrock R (1998) Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften, Neuausgabe. Juventa, Weinheim München, S 707–751
- Labisch A (1992) Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Campus Verlag, Frankfurt New York
- McKeown T (1979) The role of medicine. dream, mirage or emesis. Oxford: Blackwell deutsch (1982): Die Bedeutung der Medizin – Traum, Trugbild oder Nemesis. Suhrkamp, Frankfurt
- Niehoff JU (1995) Sozialmedizin systematisch. UNI-MED, Lorch
- Rosenbrock R, Kühn H, Köhler B (1994) Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. edition sigma, Berlin
- Schwartz FW et al. (1998) Das Public Health Buch. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- SVR (1995) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Nomos, Baden-Baden
- Zweifel P (1997) Das Sisyphus-Syndrom im Gesundheitswesen. In: Merke K (Hrsg) Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen. Quintessenz, Berlin, S 79–92
- Braun B, Kühn H, Reiners H (1998) Das Märchen von der Kostenexplosion: Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Fischer Taschenbuch, Frankfurt am Main
- Mielck A (1994) Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Leske + Budrich, Opladen
- Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Huber, Bern
- Townsend P (1990) Widening inequalities of health. Int J Health Services 20:363–372
- Navarro V (1990) Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States. Lancet: 336:11238–11240
- Wilkinson RG (1996) Unhealthy societies. The afflictions of inequality. Routledge, London New York
- House JS, Kessler RC, Herzog AR (1990) Age, socioeconomic status, and health. Milbank Quarterly 68 (3):383–402
- Elkeles T, Mielck A (1993) Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). WZB, Eigenverlag, Berlin, P93–208
- Antonovsky A (1987) Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass Verlag, San Francisco London
- Karasek RA, Theorell T (1990) Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. Basic Books, New York
- Bagnara S, Misiti R, Wintersberger H (1985) Work and health in the 1980 s. Experiences of direct workers' participation in occupational health. edition sigma, Berlin
- House JS (1981) Work stress and social support. Addison-Wesley, Reading (MA)
- Berkman L, Syme L (1979) Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County Residents. Am J Epidemiol 109:186–204
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H (1998) Was erhält Menschen gesund? Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Eigenverlag, Köln
- Wydler H, Kolip P, Abel T (2000) Salutogenese und Kohärenzgefühl. Juventa, Weinheim München
- Hornung R (1988) Das psychosoziale Immunsystem. Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung als Bereich angewandter Sozialpsychologie. Neue Zürcher Zeitung 30.11
- Rappaport J (1985) Ein Plädoyer für die Widerspruchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des "Empowerment" anstelle präventiver Ansätze. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Heft 2:257–278
- Minkler M (1994) "Community Organizing" als Gesundheitsförderung. Eine Fallstudie zu einem Projekt mit alten Menschen in einer amerikanischen Millionenstadt. In: Rosenbrock R, Kühn H, Köhler B (Hrsg) Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. edition sigma, Berlin, S 247–266
- Lenhardt U, Elkeles T, Rosenbrock R (1997) Betriebsproblem Rückenschmerz. Eine gesundheitswissenschaftliche Bestandsaufnahme zur Verursachung, Verbreitung und Verhütung. Juventa, Weinheim München
- Bourdieu P (1987) Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Suhrkamp, Frankfurt
- Holzamp K (1995) Alltägliche Lebensführung als subjektwissenschaftliches Grundkonzept. Das Argument, 37:817–846
- Rosenbrock R (1986) AIDS kann schneller besiegt werden – Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit. VSA, Hamburg, 3. Aufl. 1987
- Rosenbrock R, Schaeffer D, Moers M, Dubois-Arber F, Pinell P, Setbon M (2000) The normalization of Aids in Western European Countries. Soc Sci Med 50:1607–1629
- Rosenbrock R, Wright MT (2000) Partnership and pragmatism – Germany's response to AIDS prevention and care. Francis & Taylor/Routledge, London New York
- Rosenbrock R (1994) Ein Grundriss wirksamer Aids-Prävention. Z Gesundheitswis/J Public Health 2:233–244
- Rosenbrock R (1993) Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung. In: Demmer H, Pelikan JM, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Juventa, Weinheim München, S 123–140
- Lenhardt U (1997) Betriebliche Gesundheitsförderung unter veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen. Z Gesundheitswis 5:273–278
- Noack RH, Rosenbrock R (1994) Stand und Zukunft der Berufspraxis im Bereich Public Health. In: Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock R (Hrsg) Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. edition sigma, Berlin

39. Grossmann R, Scala K (1994) Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Juventa, Weinheim München
40. Friczewski F (1996) Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter als Produkt betrieblicher Organisation. Ein systemischer Ansatz. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Eigenverlag, P96–211
41. Lenhardt U (2001) Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung in Bezug auf Rückenbeschwerden und durch Rückenbeschwerden bedingte Arbeitsunfähigkeit. Gutachten im Auftrag des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. MS, Berlin Bonn
42. Müller R, Rosenbrock R (1998) Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven. Asgard, Sankt Augustin
43. SVR (2000/2001) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. mimeo, Berlin Bonn
44. Baric L, Conrad G (1999) Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit – zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
45. Trojan A, Legewie H (2000) Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. VAS, Frankfurt
46. Rosenbrock R (1997) Theoretische Konzepte der Prävention. In: Klotter C (Hrsg) Prävention im Gesundheitswesen. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen Bern Toronto Seattle, S 41–60
47. Crawford R (1979) Gesundheitsgefährdendes Verhalten: Zur Ideologie und Politik des Selbstverschuldens. Argument-Sonderband AS 30. Argument, Berlin, S 6–29
48. Kühn H, Rosenbrock R (1994) Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. In: Rosenbrock R, Kühn H, Köhler B (Hrsg) Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. edition sigma, Berlin, S 29–53
49. BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1995) Learn to love. Dokumentation der 1. Europäischen Fachtagung "Sexualaufklärung für Jugendliche. BZgA, Eigenverlag, Köln
50. Trojan A (1986) Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Fischer, Frankfurt/M
51. Zola I (1972) Medicine as an institution of -social control. Sociological Rev 20:487–504
52. Kühn H (1993) Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A. edition sigma, Berlin

D.Petzoldt, G.Gross (Hrsg.)
Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Krankheiten

Leitlinien 2001 der Deutschen STD-Gesellschaft Taschenbuch, 172 Seiten, ISBN 3-540-67990-1, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York, DM 49,90

Die neuen Leitlinien der Deutschen STD-Gesellschaft bieten eine knappe, konzentrierte Übersicht der Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Krankheiten. Eigene Kapitel behandeln die einzelnen Erreger wie z. B. Chlamydia trachomatis, Gonokokken, Trichomonas, Syphilis, die Hepatitisviren, HIV etc., aber auch die verschiedenen Syndrome wie Urethritis, Salpingitis, Proktitis und genitale Ulzerationen. Außerdem wird in eigenen Beiträgen auf das Vorgehen bei sexuell übertragbaren Krankheiten im Kindesalter, auf die Themen Prävention, Ferntourismus und auf die Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten sowie die neuen gesetzlichen Regelungen des Infektionsschutzgesetzes eingegangen, welches das alte Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten abgelöst hat. Das 171 Seiten umfassende Taschenbuch stellt für den auf diesem Gebiet tätigen Praktiker den aktuellen Wissensstand und die Vorgehensweisen bei der Diagnostik und Therapie der sexuell übertragbaren Krankheiten zusammen und stellt damit eine unverzichtbare Arbeitshilfe dar.

Leider zeugt eine nicht unerhebliche Zahl von Druckfehlern und Buchstabendrehern von einem unaufmerksamen Lektorat, was bei einer weiteren Auflage korrigiert werden sollte. Meist sind die Fehler eher belustigend als schwerwiegend (Beispiele: Aminoinfektionssyndrom statt Amnioninfektionssyndrom, Sterokonversion statt Serokonversion, Vorort statt vor Ort), in Einzelfällen aber durchaus ärgerlich (Therapiebeginn bei HIV-Infektion bei einer Viruslast >1000 statt >10.000).

U. Marcus (Berlin)