

## Gesundheitswissenschaften (Public Health): Eine interdisziplinäre Aufgabe \*

Felix Gutzwiller

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

### 75 Jahre seit der ersten School of Public Health

In den letzten Jahren hat sich nach einer längeren Periode der Stagnation im Bereich Public Health in Europa erstaunlich viel getan, und dies vor allem in Deutschland. 75 Jahre nach der Gründung der ersten amerikanischen School of Public Health (Johns Hopkins) planen nun die Technische Universität und die Freie Universität Berlin in Kooperation mit anderen wissenschaftlichen Institutionen und Einrichtungen des Gesundheitswesens den Aufbau eines „Berliner Zentrums für Gesundheitswissenschaften“. Erste konkrete Schritte dazu sind der vom BMFT geförderte „Berliner Forschungsverbund Public Health“ sowie der Modellversuch „Ergänzungsstudiengang Gesundheitswissenschaften“ an der Technischen Universität. Zusammen mit der Förderung von weiteren vier Forschungsverbänden sowie der Schaffung einer ganzen Reihe von Studiengängen im Umfeld der Thematik Gesundheitswissenschaften wird damit wohl in den nächsten Jahren eine neue Dynamik entwickelt werden können.

Vorerst werde ich auf die Entwicklung des Public Health-Gedankens zurückblicken, mich in einem zweiten Teil dieses Textes mit der Problematik des Begriffes Public Health sowie in einem dritten Teil mit einigen Beispielen beschäftigen und am Schluss noch einen kleinen Ausblick auf die Zukunft wagen.

Vor 75 Jahren also wurde die erste School of Public Health, nämlich die Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health in Baltimore durch William Henry Welch, mit massgeblicher Unterstützung der Rockefeller Foundation, gegründet. Damit trat die lange Geschichte des Hygiene-Gedankens, zumindest äusserlich sichtbar, in eine neue, institutionalisierte Phase ein.

Ohne Zweifel ist die Beschäftigung mit dem Gedanken der Gesundheitserhaltung bzw. der Vorbeugung von Krankheiten so alt wie die kurative Medizin selber. In den beiden sich ergänzenden Aufgaben der Heilung und der Vorsorge, der kurativen und der präventiven Medizin, spiegelt sich diese klassische Tradition der Heilkunst, verdeutlicht durch zwei griechische Götter: Die Heilung durch den Gott Asklepios, die Vorsorge durch die Göttin Hygieia.

Die weitere Entwicklung der „Hygieia“, der öffentlichen Gesundheitspflege, war durch verschiedene Massnahmen vor allem im Bereich der Umgebungshygiene gekennzeichnet, wie sie in den mittelalterlichen „Stadtbüchern“ aufgezeichnet sind.

Zugleich wüteten in Europa noch immer die grossen Seuchenzüge der Pest. Der schwarze Tod hat wohl rund 50% der mittelalterlichen Bevölkerung Europas hinweggerafft. Diese grossen Seuchen waren auch Ausgangspunkt für erste epidemiologische Überlegungen, für die Epidemiologie, damals eine eigentliche Seuchenlehre. Arnold Böcklin (1827–1901), noch selbst Opfer einer Choleraepidemie während eines Aufenthaltes in Rom, hat wohl wie kein anderer die Dramatik einer solchen Epidemie, im ursprünglichen, griechischen Wortsinn „das, was auf dem Volke ist“, dargestellt. Sein Bild „Der Schwarze Tod“ findet sich heute im Kunstmuseum Basel.

Nachzulesen sind diese grossen Etappen in der Entwicklung von Prävention und Public Health in den Werken von Henry Sigerist, in den 30er Jahren ebenfalls an der Johns Hopkins-Schule tätig („Landmarks in the History of Hygiene“), sowie von George Rosen und Erwin Ackerknecht.

Die Entwicklung hin zum Paradigma, das zu Beginn der Public Health Schools gestanden hat, wird wohl in Welchs eigener Entwicklung recht deutlich sichtbar.

Abkömmling einer langen Reihe von Ärzten aus New England, schloss er sein Medizinstudium 1875 an der Columbia University ab. Er reiste gleich anschliessend nach Europa, um sich im spannenden neuen Gebiet der Bakteriologie zu betätigen. So war er etwa in Robert Kochs Labor in Breslau, aber auch in München bei Max von Pettenkofer. Durch die Begegnung mit der Bakteriologie realisierte Welch schon früh, in seinen eigenen Worten:

“Bacteriology transformed Public Health from a blundering set of doctrins and practice to a science and led secure foundations for its further developement”<sup>1</sup>.

Zurück in Amerika war er vorerst in New York tätig, unter anderem beteiligt an der Bekämpfung der Choleraepidemie von 1892. Seit 1884 in Hopkins, seit 1889 zusammen mit William Osler und William Halstedt, erfuhr Welch immer mehr, dass er zwar in Deutschland gelernt hatte, Erreger zu identifizieren, umgekehrt dies aber nicht genügte, um beispielsweise die schlechten sanitärischen Zu-

\* Eröffnungsvorlesung, Ringvorlesung „Gesundheitswissenschaften (Public Health) – eine interdisziplinäre Aufgabe“, Technische Universität, Berlin, 7. 5. 1992.



Abb. 1. Dr. William Henry Welch.  
(Bildnachweis: The Alan Mason Chesney Medical Archives of the Johns Hopkins Medical Institutions).

stände der Stadt Baltimore zu ändern. Dazu brauchte es zusätzlich epidemiologische Daten, welche die Beweisführung untermauern konnten, und schliesslich brauchte es dazu auch gesundheitspolitische Umsetzung.

Ein Beispiel soll dies illustrieren. Seit 1897 kämpfte Welch für die Einführung von unterirdischen Abwassersystemen. Allerdings über mehrere Jahre vergeblich. Erst das Herbeibringen von epidemiologischen Fakten über die Krankheitshäufigkeit in Städten ohne Abwassersysteme im Vergleich zu solchen mit Abwassersystemen begann die harten politischen Fronten aufzuweichen. Gleichwohl blieb der wirtschaftlich begründete Widerstand der sogenannten „Odourless Evacuation Association“, heute frei übersetzt wohl der „Saubermänner AG“, nämlich der Abfall-Unternehmer von Baltimore, über Jahre erfolgreich. Erst 1909 hatte Welch die zuständigen Behörden davon überzeugt, das System einzuführen<sup>2</sup>.

Aufgrund solcher Erfahrungen sowie seiner Ausstrahlung gelang es ihm dann, gegen eine starke nationale Konkurrenz, die Rockefeller-Foundation davon zu überzeugen, 1916 die erste School of Public Health an der Johns Hopkins Universität zu errichten. Welch ging es dabei schon um die Kernthemen von Public Health: nämlich um die exakte Beschreibung von Gesundheitsproblemen ganzer Bevölkerungsgruppen, das verbesserte Verständnis der Ätiologie von Gesundheitsstörungen sowie die Umsetzung in Prävention und Gesundheitsförderung.

Damit sind wir bei der Frage des heutigen Verständnisses von Public Health angelangt.

### **Zum Begriff der Gesundheitswissenschaften (Public Health)**

Gemäss der kürzlichen Public Health-Publikation der Robert Bosch Stiftung (Hrsg. von Schwartz und Badura, 1991) entspricht es dem Selbstverständnis führender Vertreter der älteren Schools of Public Health, dass die amerikanischen Ausbildungsstätten es verstanden haben, ältere deutsche Traditionen (wie etwa Umwelthygiene im Sinne von Pettenkofer, die Sozialhygiene im Sinne von Mosse und Tugendreich) mit englischen Vorbildern der Epidemiologie in der Prägung von C. P. Snow u. a. zu verbinden<sup>3</sup>. Diese Dimensionen werden auch noch in den heutigen Definitionen von Public Health in der anglosächsischen Literatur deutlich. So definiert einer der englischsprachigen Standardtexts, das Oxford Textbook of Public Health (Oxford University Press 1991) wie folgt<sup>4</sup>:

“Public Health is concerned with defining the problems facing communities in the prevention of illness and thus studies of disease aetiology and promotion of health. It covers the investigation, promotion and evaluation of optimal health services to communities and is concerned with the wider aspects of health within the general context of health and the environment.“

Noch kürzer (und allgemeiner) formulieren Detels und Breslow im gleichen Oxford Textbook<sup>5</sup>:

“Public Health is the process of mobilizing local, state, national and international resources to solve the major health problems affecting communities.“

Diese Definition betont schon das Prozesshafte von Public Health, gleichzeitig richtet sie sich nach den wichtigsten, epidemiologisch zu definierenden Gesundheitsproblemen aus. Entsprechende Konzepte sind heute etwa verlorene potentielle Lebensjahre und ähnliche Gesundheitsindikatoren.

Ergänzend zu den klassischen Definitionen von Public Health sind in den letzten 15 Jahren, unter massgeblicher Stimulation durch die Weltgesundheitsorganisation einerseits und durch die Sozialwissenschaften andererseits, nicht krankheitsgebundene Erweiterungen des Public Health-Begriffes eingeführt worden. Diese Erweiterung zielt auf ein modernes Verständnis vor allem der Gesundheitsförderung. Dabei wird von der Frage nach den Entstehungsbedingungen von Gesundheit ausgegangen, im Sinne der Salutogenese nach Antonovsky. Typischer Ausdruck dieser wichtigen Perspektive ist etwa die Definition der Gesundheitsförderung gemäss der WHO Ottawa-Charta:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. ... Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“

Im deutschsprachigen Raum macht die direkte Übertragung des Begriffes Public Health etwelche Schwierigkeiten. Zwar hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer am 3. März 1989 für die Bezeichnung „Öffentliche Gesundheit (Public Health)“ entschieden, umgekehrt hat die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention für Public Health 1987 die Begriffe „Bevölkerungsmedizin und Gesundheitspflege“ vorgeschlagen. Im deutschen Sprachraum muss man sich jedenfalls mit der Konnotation des Teilbegriffs „öffentlich“ auseinandersetzen. Einesteils wird dieser Begriff wohl noch immer mit einem Übermass an staatlicher Tätigkeit verbunden und, wohl besonders in Deutschland, vom geschichtlichen Vorverständnis beispielsweise der „Medizinalpolizey“ verschiedener deutscher Territorialrepubliken geprägt. Zudem ist der Teilbegriff auch belastet von der Geschichtserfahrung des Dritten Reiches.

In den kürzlich veröffentlichten Texten zu „Stand und Perspektiven der deutschen Forschung in Public Health“ wird wie folgt definiert:

„Die tatsächlichen, unter Public Health zu lösenden Aufgaben liegen in der Analyse, Bewertung und Organisation von Ursachen, Entwicklungen und Massnahmen, die die Gesundheit der Bevölkerung oder zumindest grosser Bevölkerungsgruppen betreffen“<sup>6</sup>.

Neben der am Individuum orientierten kurativen Medizin geht es also bei Public Health um eine bevölkerungsbezogene Perspektive von Gesundheit und Krankheit, die – gleichzeitig Wissenschaft und soziale Aktion – multidisziplinär geprägt ist. Deshalb benennt auch die „Entschiessung der Bundesdeutschen Hochschulinitiativen zur Gründung von Public Health-Aufbau Studiengängen“ vom 7. 10. 1989 folgende Kernfächer:

1. Epidemiologie, Biometrie, Informatik, Demographie; Sozialmedizin, Umweltmedizin, Hygiene, Arbeitsmedizin, Arbeitswissenschaft (nur wenn entsprechende Einrichtungen vorhanden sind);
2. Sozialwissenschaften, Verhaltenswissenschaften; Ethik, Geschichte des Gesundheitswesens;

3. Ökonomie, Management, Verwaltung und Recht im Gesundheitswesen; Gesundheitspolitik.

Für Absolventen ohne medizinische bzw. biologische Ausbildung gehören auch biologisch-medizinische Grundlagenfächer zum Kernbereich des Studienganges.

Auf dem Hintergrund des geschilderten Verständnisses von Public Health sollen nun diese drei Kernfächer *Epidemiologie*, *Sozialwissenschaften* und *Gesundheitsökonomie* kurz mit Beispielen von Arbeiten illustriert werden, an denen unser Institut beteiligt war.

Neben der interdisziplinären Ausrichtung beziehen sich die Beispiele inhaltlich auf die Schwerpunkte des Berliner Public Health Bereiches, nämlich

- Gesundheitsförderung in Städten und Umwelt
- Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung bei ausgewiesenen Zielgruppen
- Gesundheitssystem-Analysen.

### **Gesundheitswissenschaften (Public Health): drei Beispiele**

Ein erstes Beispiel betrifft die Epidemiologie, die ja nach heutigem Verständnis auf drei Ebenen arbeitet:

- auf einer deskriptiven Ebene,
- auf einer analytischen Ebene (Ätiologieforschung) und schliesslich
- auf einer experimentellen Ebene (Evaluation der Wirksamkeit präventiver Massnahmen).

#### *Beispiel 1*

Die Gesundheitsberichterstattung zeigt, dass die Gesamtsterblichkeit in Zürich im schweizerischen Durchschnitt (= 100) liegt. Dieser sowie weiteren Darstellungen liegt der sogenannte „Standardisierte Sterblichkeitsquotient SMR“ zugrunde, welcher das Verhältnis der effektiv beobachteten Sterberate dividiert durch die erwartete Rate ausdrückt, läge diese genau im schweizerischen Durchschnitt.

Zürcher Männer weisen eine leicht höhere Sterblichkeit für Herz-Kreislaufkrankheiten sowie eine niedrigere Sterberate für Krebs und gewaltsamen Tod, Zürcher Frauen eine höhere Sterblichkeit für Hirngefässerkrankungen, vor allem aber für Lungenkrebs und Selbstmord auf.

Die Gesamtsterblichkeit könnte nun noch sehr viel mehr im Detail analysiert werden, insbesondere in der räumlichen, aber auch zeitlichen Dimension. Dazu ein Beispiel, welches die Unterschiede in der Entwicklung der Sterblichkeit zwischen Stadt und Kanton Zürich im Vergleich zur Schweiz darstellt. Für Männer galt für die Zeitperiode 1969–1972 sowohl für die Städter als auch die übrigen Kan-

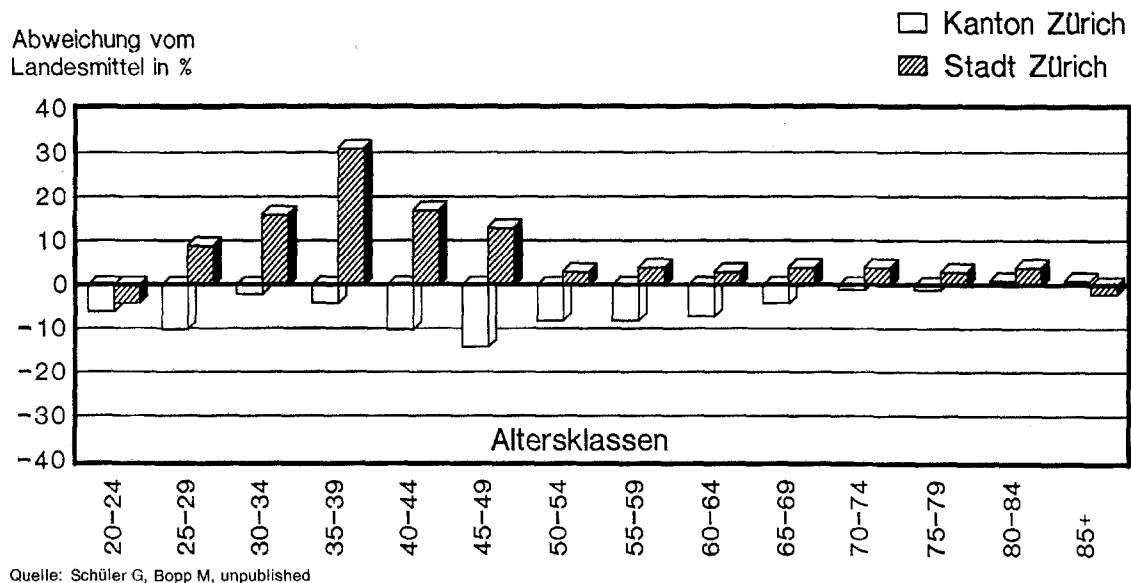


Abb. 2. Sterblichkeit im Vergleich zur Schweiz nach Alter – Männer, 1979–82.

Tab. 1. Sterblichkeit<sup>1</sup> Kt. Zürich im Vergleich zur Schweiz 1979–82.

Todesursache	Männer	Frauen
Gesamtsterblichkeit	97***	99
Infektionen	75***	91
Herz-Kreislauf	103**	100
– Ischaem. Kardiopathien	105***	96*
– Hirngefässkrankheiten	109***	106***
Krebs	95***	102
– Lunge	96	120***
– Brust	–	104
– Zervix	–	99
Leberzirrhose	84***	94
Gewaltsamer Tod	91***	103
– Motorfahrzeugunfälle	77***	88
– Selbstmord	97	118***
– Mord und unklare Ursachen des gewaltsamen Todes	125	114

<sup>1</sup> SMR;  $\chi^2$ : \*:  $p < 0.05$ ; \*\*:  $p < 0.01$ ; \*\*\*:  $p < 0.005$ ; CH = 100.

tons-Einwohner, dass sie insgesamt leicht unter dem Durchschnitt der landesweiten Sterblichkeit lagen. Während dies für die Periode 1979–1982, also zehn Jahre später, für die Kantons-Einwohner weiterhin gilt, hat sich die Situation der männlichen Städter zwischen 20–44 Jahren im Vergleich zur Schweiz verschlechtert.

Hier werden Fragen sichtbar, deren Beantwortung für die weitere Entwicklung der Gesundheit von städtischen Populationen allgemein von grosser Bedeutung ist, Fragen, die idealerweise interdisziplinär auch im Rahmen eines Verbundes wie des Berliner Verbundes angegangen werden könnten.

Neben den bekannten Risiken, die mit unserem Lebensstil vergesellschaftet sind, rückt auch die soziale Dimension der Krankheit wieder vermehrt in den Mittelpunkt.

Eine Betrachtung der Herzinfarktsterblichkeit nach ausgewählten Berufen in sozioökonomischen Klassen, nämlich: I (akademische und freie Berufe), II (höhere Berufe), III (gelernte nicht manuelle Berufe), IV (gelernte manuelle Berufe), V (nicht gelernte Berufe) ergibt denn auch, dass das Risiko für die koronare Herzkrankheit in der Tat für qualifizierte Beschäftigte im Dienstleistungssektor am höchsten ist. Dazu gehören Berufe wie kaufmännische und Verwaltungsangestellte, Programmierer, Zug-, Bahn-, Tram-, Buskondukteure u. ä.

Auch die Gesamtsterblichkeit dieser Berufsgruppe ist erhöht. Zusätzlich zu der koronaren Herzkrankheit weist die Berufsgruppe (mit Ausnahme des Lungenkrebses) in beinahe allen anderen wichtigen Krankheitsgruppen ein signifikant überproportionales Risiko auf.

Aufgrund der hier gezeigten Daten muss angenommen werden, dass für die Gesundheitsprobleme der qualifizierten Beschäftigten im Dienstleistungssektor neben den bekannten Risikofaktoren weitere, wohl auch im Bereich der psychosozialen Stressfaktoren zu suchende Gründe vorhanden sein müssen. Es stellt sich also die Frage, ob hier spezifische, noch schlecht untersuchte Risiken der postindustriellen Dienstleistungsgesellschaft manifest werden<sup>7</sup>.

Von höchstem Interesse wird es auf diesem Hintergrund sein, der Frage nachzugehen, wie sich die dramatischen gesellschaftlichen Veränderungen in Ost und West auf die Gesundheit auswirken werden.

### Beispiel 2

Lassen Sie mich zu einem zweiten Beispiel kommen, diesmal aus dem Kernbereich Sozialwissenschaften. Aids hat zumindest die Public Health Welt entscheidend verändert. Aids ist nicht „nur“ eine Virusin-

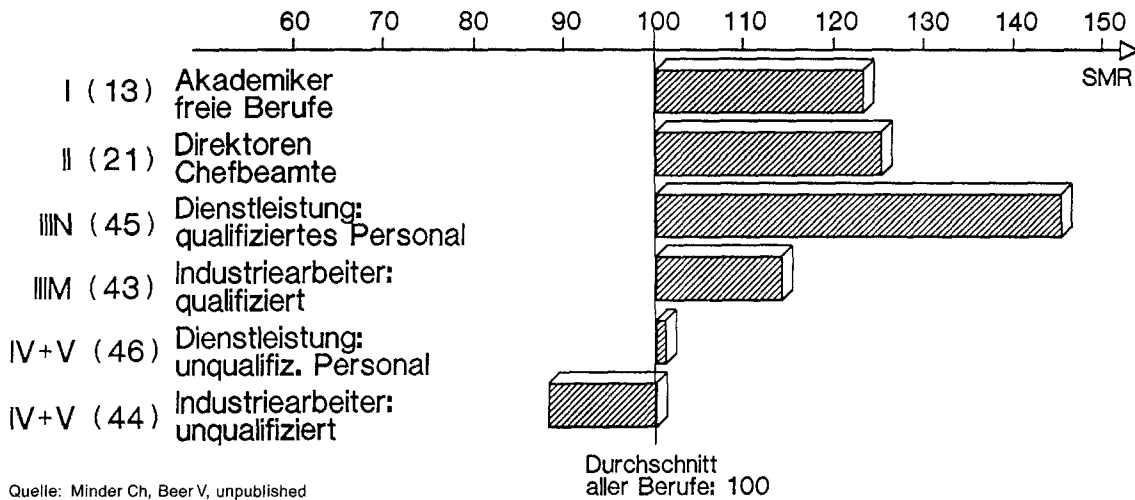


Abb. 3. Sterblichkeit (SMR) an ischämischen Kardiopathien nach Berufsgruppen im Kt. Zürich, Männer 15-74 Jahre, 1979-82.

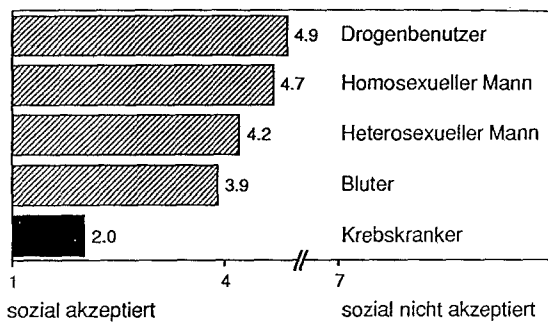


Abb. 4. Mittlere Beurteilung des Krebskranken und der vier Varianten des Aidskranken: Dimension „sozial akzeptiert – sozial nicht akzeptiert“ (N = 2515).

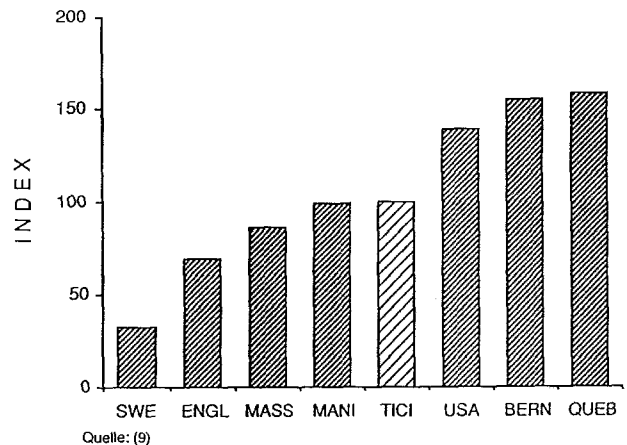


Abb. 5. Altersstandardisierte Hysterektomieraten (per 100 000 Frauen, alle Altersgruppen).

fektion, sondern auch eine Metapher für vieles (Susan Sontag): „Aids deckt auf“. In einem sozialwissenschaftlichen Public Health Ansatz geht es beispielsweise – neben vielen anderen Dimensionen der Bewältigung von Aids – um folgende Fragen, denen Hornung et al. anhand einer Repräsentativstichprobe von 2000 erwachsenen deutschschweizer Personen nachgegangen sind<sup>8</sup>:

1. Sind Stigmatisierungstendenzen gegenüber Aidskranken durch krankheitsspezifische Faktoren und/oder durch die soziale Kategorie, welcher die aidskranke Person angehört, determiniert?
2. Welche Faktoren beeinflussen die Stigmatisierungs- und Diskriminierungsbereitschaft?

Die Ergebnisse zeigten u.a. eine deutlich unterschiedliche soziale Akzeptanz für Aidskranke, je nach Ursache der Krankheit; aber auch zwischen Aids- und Krebskranken. Solche Ergebnisse liefern wichtige Grundlagen, für den Versuch zumindest, auch in solch komplexen gesellschaftlichen Prozessen präventiv zu wirken.

### Beispiel 3

Ich komme damit zu einem dritten Kernbereich: Ökonomie und Gesundheitswesen. Hierbei ist für mich neben der eigentlichen Gesundheitsökonomie bzw. -ökonomie die Versorgungsepidemiologie ein wichtiges, bisher vernachlässigtes Teilgebiet. So können etwa durch einfache Indikatoren wie die altersstandardisierte Hysterektomierate der Bevölkerung auch volkswirtschaftlich entscheidende Fragen nach dem optimalen Versorgungsniveau einer Bevölkerung gestellt werden<sup>9</sup>.

Oder aber aufgrund einer einfachen Analyse der Säuglingssterblichkeit nach Geburtsstunde kann nach den Gründen für die deutliche Übersterblichkeit zu bestimmten Zeiten, die etwa mit dem Wechsel der Ärzte/Ärztinnen bzw. des Pflegeteams zusammenfallen, gefragt und allenfalls Abhilfe geschaffen werden<sup>10</sup>.

Schliesslich geht es auch um die Evaluation neuer gesundheitspolitischer Konzepte und Instrumente. So wird etwa auch in Deutschland, beispielsweise aufgrund eines kürzlichen Berichtes des

Tab. 2. Mittlere Aufenthaltsdauer pro Diagnosis Related Groups.

DRG	AUS	BEL	SWE	CH	USA
14 Spez. Hirngefäßkrankheiten ausgenommen flüchtige cerebrale Ischämie	22,2	21,4	18,8	30,0	12,0
39 Eingriff an der Linse mit oder ohne Vitrektomie	5,0	6,5	4,0	9,9	1,9
88 Chronisch obstr. Lungenerkrankung	11,1	12,6	11,0	18,5	8,3
122 Kreislaufstörung m. akutem Myokard-Infarkt	9,1	11,5	11,3	18,2	8,3
162 Leisten und Femoralbruchoperation, Alter 18-69, ohne CC	5,0	7,9	3,8	9,1	2,8
167 Appendektomie ohne kompl. Hauptdiagnose	4,2	7,0	3,8	9,1	2,8
243 Rückenbeschwerden	9,2	8,4	12,3	15,1	5,9

Quelle: (11)

Sachverständigen-Rates, eine „Medizinalisierung“ von Krankenhausstatistiken gefordert. Bezweckt wird damit eine bessere Nutzung vorhandener Daten zur Kostendämpfung. Ein derartiges Instrument sind die sogenannten „Fallkostenpauschalen“ (DRG's: Diagnosis Related Groups). Dahinter steht der Versuch, ein zwischen Spitälern besser vergleichbares Produkt zu definieren. In der Tat zeigen sich beispielsweise grosse Unterschiede in den durchschnittlichen Aufenthaltslängen von DRG's in verschiedenen Ländern.

Wichtiger noch: Es kann z. B. festgestellt werden, welche Anteile der überdurchschnittlichen Kosten eines Krankenhauses durch eine spezifische Zusammensetzung der Klientel (z. B. Fallschwere, Altersstruktur) oder durch eine weniger effiziente Behandlung zustande kommen<sup>11</sup>.

Über solche Methoden kann – so ist zu hoffen – das Gesundheitswesen mittelfristig auch wirklich vorausschauend geführt und nicht, wie heute, hinterher nur nachvollziehend verwaltet werden<sup>12</sup>.

Diese drei Beispiele aus den Kernbereichen Epidemiologie, Sozialwissenschaften und Gesundheitsökonomie zeigen alle an, dass innovative Ergebnisse erst in einem multidisziplinären Klima entstehen können.

Lassen sie mich nun noch einige Schlussfolgerungen formulieren.

### Schlussfolgerungen

75 Jahre nach der Gründung der ersten School of Public Health in den U.S.A. kann man in Europa ein neu belebtes Interesse an diesem Fach feststel-

len. Zu diesem Interesse geführt haben wohl „die gegenwärtig als kritisch erlebten Grenzen einer sich allein auf das Individuum konzentrierenden Medizin, die relative Hilflosigkeit gegenüber verbreiteten Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung sowie die Finanzierungs- und Organisationskrisen unseres Gesundheitswesens“<sup>6</sup>.

Bevölkerungsmedizinische und auf das Gesundheitswesen als Ganzes bezogene Fragestellungen wurden in der Tat in den letzten Jahren – zumindest in Mitteleuropa – vernachlässigt. Die Dynamik des in Gang gesetzten Prozesses zur (Re)Etablierung einer akademischen Lehre in Public Health anerkennt endlich dieses Defizit. Das gleiche gilt für die Forschung in diesem Bereich.

Dabei muss im deutschsprachigen Raum, aber auch in ganz Europa nach eigenen Modellen der Entwicklung von Public Health gesucht werden. So wurde auch in den Vereinigten Staaten eine intensive Reflexion über die Zukunft der Public Health Schulen begonnen. Diese kritische Selbstreflexion ist beispielsweise markiert durch den Bericht des „Institute of Medicine“ (1988)<sup>13</sup>. Dabei wurde etwa kritisiert, dass sich die Public Health Dienstleistungen in den Gemeinden immer mehr als kurative Einrichtungen für Einkommensschwache entwickelt hätten. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass gewisse Public Health Schulen sich in Isolation gebracht hätten, weg von den Mutter-Wissenschaften und deren Standards. Damit würde auch die Qualität dieser Forschungsrichtungen geschwächt. Schliesslich muss auch die institutionelle Trennung der Schools of Public Health von den Schools of Medicine hinterfragt werden. Alternative Entwicklungen werden etwa in Kanada nach Schliessung der Schools of Public Health in Montreal und Toronto verfolgt. Public Health soll nicht nur das gesamte Universitätsleben, sondern auch verschiedenen Teile des öffentlichen Lebens eigentlich „infiltrieren“. Dies wird als wesentliche Voraussetzung dafür angesehen, dass die Ideen der Gesundheitsförderung, diejenigen eines vorbeugenden Gesundheitsschutzes auch tatsächlich realisiert werden können.

In dieser Optik muss der deutschsprachige Raum, müssen wir aber auch in Europa nach eigenen Modellen suchen und die Erfahrungen der nächsten Jahre sorgfältig auswerten. Besonders hilfreich erscheint dabei die vom Deutschen Stifterverband beabsichtigte Evaluation der Public Health Entwicklung. Uns allen sei eine aktive Rolle bei der Mitgestaltung dieser Public Health Zukunft gewünscht.

### Zusammenfassung

Aus Anlass der Eröffnungsvorlesung zum „Berliner Forschungsverbund Public Health“ wird an die Gründung der ersten School of Public Health (die Johns Hopkins School of Hygiene and Public

Health, Baltimore, USA) vor 75 Jahren erinnert. In der Arbeitsweise des Gründers der Schule (William Henry Welch) können die Grundthemen der Beschäftigung mit Fragen der Öffentlichen Gesundheit nachvollzogen werden. So ging es bereits damals um die genaue Beschreibung von Gesundheitsproblemen ganzer Bevölkerungsgruppen, um die Ätiologieforschung sowie um den Transfer von neuem Wissen in Gesundheitsförderungsprogramme.

Nach einer Diskussion der Konzepte von Public Health illustriert der vorliegende Artikel die erwähnten drei Arbeitsrichtungen mit aktuellen Ergebnissen. Vorerst wird auf die lokale Gesundheitsberichterstattung im Raume Zürich zurückgegriffen, um Arbeitsweisen der deskriptiven Epidemiologie, aber auch der Ätiologieforschung darzustellen. Im zweiten Beispiel geht es um die Rolle der Sozialwissenschaften im Public Health Umfeld; Beispiel ist dabei eine Studie über Diskriminationsmechanismen bezüglich Personen mit HIV. Schliesslich geht es im dritten Problembereich um Forschung über das Gesundheitswesen, insbesondere den Einbezug von gesundheitsökonomischen Themen in die Public Health Forschung.

### Résumé

#### La Santé publique: Une tâche interdisciplinaire

Un cours introductif, donné à l'occasion de l'inauguration du nouvel enseignement postgradué «Santé publique» à Berlin, rappelle la fondation de la première Ecole de Santé Publique aux Etats-Unis, (The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health). Les thèmes fondamentaux de santé publique peuvent être tracés dans l'oeuvre du fondateur de cette première école (William Henry Welch). Welch s'intéressa déjà à la description exacte de l'état de santé de populations entières, à la recherche étiologique et finalement au transfert de nouvelles connaissances dans la pratique quotidienne de la santé publique. Le présent article discute les concepts de santé publique et les illustre à l'aide d'exemples actuels.

### Summary

#### Public Health: An interdisciplinary task

Presented as an opening lecture of the new postgraduate education programme of both the Technical and the Free University of Berlin, sponsored by the German Federal Minister of Research and Technology, this lecture recalls the foundation of the first School of Public Health (The Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, Baltimore, Md., USA) by William Henry Welch, 75 years ago. Already in this early experience, several central topics of Public Health can be traced back: for instance the exact description of health problems of total population groups, the aetiological under-

standing of health problems as well as the transfer of knowledge in public health programmes. After a definition of the Public Health concept both in- and outside Germany, the article reviews three examples of core topics of Public Health. Drawing on results from the first report "Health of Zurich", applications of descriptive epidemiology for both priority finding in Public Health as well as aetiological research are illustrated. The second example, with data from a recent representative survey of adults swiss germans on the issue of discrimination against persons infected with HIV draws attention to the central importance of social sciences within Public Health. Finally, the third example discusses recent advances in health services research, including issues of health economics, an other important part of an interdisciplinary Public Health understanding.

### Literatur

- 1 *Edmunds L.* The Politics of Prevention. Johns Hopkins Magazine 1989; 89–93:126.
- 2 *Anonym.* William Henry Welch, M. D., LL. D. Founder, The Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. Johns Hopkins Magazine 1991; 42.
- 3 *Schwartz FW, Badura B.* Public Health – Ansätze zu Aufbaustudiengängen in Deutschland, Erfahrungen aus dem Ausland. Gerlingen: Bleicher 1991 (Robert Bosch Stiftung, Materialien und Berichte 36).
- 4 *Holland WW, Detels R, Knox G.* Oxford Textbook of Public Health, Volume I, Influences of Public Health. Oxford Medical Publications 1991.
- 5 *Detels R, Breslow L.* Current scope and concerns in public health. In Oxford Textbook of Public Health, Volume I, Influences of Public Health. Oxford: Oxford Medical Publications, 1991: 49–65.
- 6 *Schwartz FW, Badura B, Brecht JG, Hofmann W, Jöckel KH, Trojan A (Hrsg.).* Public health – Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung. Berlin: Springer 1991.
- 7 *Gutzwiller F.* Die Gesundheit der Zürcher – eine Bilanz. Zürich: Neue Zürcher Zeitung, Nr. 2, 1990.
- 8 *Hornung R, Helminger A, Hättich A.* Aids im Bewusstsein der Bevölkerung. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich und Psychologisches Institut, Abteilung Sozialpsychologie der Universität Zürich, 1992.
- 9 *Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A, Gutzwiller F, Spinelli A, Pedrinis E, Repetto F.* Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. Lancet 1988; 2:1470–1473.
- 10 *Paccaud F, Martin-Beran B, Gutzwiller F.* Hour of birth as a prognostic factor for perinatal death. Lancet 1988; 1:340–3.
- 11 *Paccaud F, Schenker L.* DRG Diagnosis Related Groups. Bern: Hans Huber 1990; 153–154.
- 12 *Sommer JH, Gutzwiller F.* Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen. Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogrammes Nr. 8. Bern, Stuttgart, Toronto: H. Huber, 1986, 259 p.
- 13 *Committee for the Study of the Future of Public Health.* The Future of Public Health. Division of Health Care Services, Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academy Press 1988.

### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. DrPH Felix Gutzwiller  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Zürich  
Sumatrastr. 30  
CH-8006 Zürich/Schweiz