



University of Applied Sciences
APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Grundlagen Public Health

GESYH01



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Dr. Christian Franken

Grundlagen Public Health

GESYH01



Dr. rer. nat. Christian Franken

(geb. 1969) studierte Pharmazie in Regensburg und Bonn. Im Anschluss an seine Promotion im Bereich Pharmakologie am pharmazeutischen Institut der Universität Bonn arbeitete er in der Universitätsklinik Ulm, in Aachen und in Eschweiler als Krankenhausapotheker und leitet seit 2003 die Krankenhausapotheke des Universitätsklinikums Düsseldorf. An der Fernuniversität Hagen absolvierte er den Aufbaustudiengang Betriebswirtschaftslehre und Volkswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten strategisches Management, Organisation und Führung sowie Marketingplanung. Er ist Fachapotheker für klinische Pharmazie und Arzneimittelinformation. Seit 2002 hat er einen Lehrauftrag an der Universität Düsseldorf und ist Autor zahlreicher Publikationen.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen/verlinken, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf Inhalt und Gestaltung haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Grundlagen Public Health

Inhaltsverzeichnis

Einführung.....	1
Kapitel 1	
1 Definitionen, Ziele und Historie von Public Health in Deutschland.....	3
1.1 Von den Anfängen der öffentlichen Gesundheitspflege bis zur Etablierung des Begriffs Public Health	3
1.2 Übersetzungen und Definitionen von Public Health.....	4
1.3 Ziele von Public Health in Deutschland	7
1.3.1 Gesundheitsberichterstattung.....	9
1.3.2 Epidemiologie.....	11
1.3.3 Prävention und Gesundheitsförderung.....	12
1.3.4 Versorgungsforschung und Qualitätsmanagement.....	14
1.3.5 Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie	17
Zusammenfassung	19
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	19
Kapitel 2	
2 Inhalte und Konzepte von Public Health	20
2.1 Epidemiologie.....	22
2.1.1 Epidemiologische Maßzahlen.....	23
2.1.2 Epidemiologische Studien.....	24
2.1.3 Risiken	26
2.1.4 Fehler	28
2.2 Sozialwissenschaftliche Aspekte	29
2.2.1 Die soziale Verteilung von Gesundheit und Krankheit.....	29
2.2.2 Die sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit ...	31
2.2.3 Das Konzept der sozialen Unterstützung bzw. des sozialen Netzwerks.....	32
2.2.4 Das Konzept der Salutogenese	33
2.2.5 Die strukturellen und individuellen Determinanten des Verhaltens bei Gesundheit und bei Krankheit	33
2.2.6 Was bedeutet dies für die Gesundheitswissenschaften? – Eine Quintessenz	34
2.3 Wirtschaftswissenschaftliche Aspekte	35
2.3.1 Grundlagen und volkswirtschaftliche Basisdaten	35
2.3.2 Die Versorgung im Gesundheitsmarkt	36
2.3.3 Gesundheitsökonomische Evaluation.....	41

2.4	Gesundheitspolitik	44
2.4.1	Ziele.....	44
2.4.2	Drei Dimensionen der Politik, Strukturen und Instrumente der Gesundheitspolitik.....	47
2.4.3	Interventionsformen.....	49
2.4.4	Europa und Deutschland	50
2.5	Gesundheitsförderung und Prävention	51
2.6	Gesundheitssysteme, öffentlicher Gesundheitsdienst und Gesundheitsberichterstattung.....	57
2.6.1	Gesundheitssysteme	57
2.6.2	Der öffentliche Gesundheitsdienst.....	60
2.6.3	Gesundheitsberichterstattung.....	63
	Zusammenfassung.....	64
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	65

Kapitel 3

3	Die internationale Sicht von Public Health und ihre Zukunft.....	66
3.1	Die globale Sichtweise.....	66
3.2	Die europäische Perspektive	70
3.3	Schwellen- und Entwicklungsländer.....	74
3.4	Merkmale für den Stellenwert und daraus folgende Fragen an die Zukunft von Public Health	79
3.5	Gesundheit auf der globalen Agenda	80
3.6	Die dritte Revolution des Gesundheitswesens? Eine Schlussbetrachtung.....	86
	Zusammenfassung.....	87
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	88

Anhang

A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen	89
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	92
C.	Glossar	95
D.	Literaturverzeichnis	104
E.	Abbildungsverzeichnis.....	111
F.	Tabellenverzeichnis.....	112
G.	Sachwortverzeichnis	113
H.	Einsendeaufgabe.....	117

Einführung

In diesem Studienheft vermittele ich Ihnen die Grundzüge von Public Health. Neben der Entstehung und Entwicklung dieses Faches schauen wir uns zusätzlich zur deutschen auch die europäischen und globalen Sichtweisen an. Wir werden die Ziele von Public Health, wie zum Beispiel die Verlängerung der Lebenserwartung und Verbesserung der Lebensqualität, beleuchten; gleiches gilt auch für die Strategien und die Methoden von Public Health.

Public Health scheint rein sprachlich auf den ersten Blick eine Disziplin zu sein, die aus dem angloamerikanischen Raum nach Deutschland respektive Europa gelangt ist und die aus diesem Grunde keine Übersetzung erfahren hat. Jedoch finden sich die Anfänge von Public Health in Deutschland und eine wirkliche Übersetzung des Begriffes Public Health fällt schwer. In den USA ist Public Health mittlerweile eine eigene Disziplin, die im Gegensatz zu Deutschland einen etablierten Stellenwert erobert hat. Um eine ungefähre Vorstellung von dem Inhalt und den Aufgaben von Public Health zu erlangen, geben Dozenten dieses Faches sehr häufig eine Parabel zum Besten, die hier im ungefähren Wortlaut wiedergegeben wird (Rosenbrock, 2001):

Am Ufer eines reißenden Flusses steht ein Mediziner. Er vernimmt die verzweifelten Schreie einer Frau, die zu ertrinken droht. Unvermittelt springt er in den Fluss und birgt die Frau. Wieder an Land, beginnt er mit den lebensrettenden Maßnahmen. Als die Frau gerade wieder das selbstständige Atmen begonnen hat, hört er wieder Schreie aus dem Fluss und sieht einen Mann, der in den tosenden Fluten um sein Leben kämpft. Wieder stürzt sich der Arzt in die Fluten, zieht auch den Mann an Land, beginnt mit den notwendigen medizinischen Maßnahmen. Diese Prozedur wiederholt sich kontinuierlich. Der Arzt ist also permanent damit beschäftigt, ertrinkende Menschen zu bergen und wiederzubeleben, sodass er definitiv keine Zeit dazu findet, sich um die Ursache stromaufwärts zu kümmern, nämlich den Grund dafür zu finden, warum derart viele Menschen in den Fluss gelangen und zu ertrinken drohen. Möglicherweise ist dort eine Brücke eingestürzt. Eventuell befinden sich an diesem Fluss auch keine Hinweisschilder, die vor den Risiken des Badens an dieser Stelle warnen sollen. Viele Möglichkeiten sind denkbar.

Jetzt transponieren wir die Situation dieses Arztes in die unseres Gesundheitssystems, letztendlich auch in die Situation anderer Gesundheitssysteme: Wir nehmen sämtliche Probleme fast ausschließlich aus der Position dieses Arztes wahr und kümmern uns nicht oder nur selten um die eigentlichen Ursachen und die Frage, wie wir eine vernünftige Prävention, wie wir vernünftige Lebensumstände erreichen können, um ein verhältnismäßig gesundes – und möglichst auch ein gesundheitsökonomisch finanzierbares – Leben gewährleisten können. Diesen Fragen und möglichen Antworten widmet sich Public Health. Charakteristisch ist also auch die bevölkerungsbezogene Perspektive von Gesundheit und Krankheit und nicht die Betrachtung des Individuums. Die Aufgabe von Public Health ist es, hinter die individuellen Krankheitsfälle zu blicken und mithilfe der Epidemiologie

Risiken, Zusammenhänge und Lösungsmöglichkeiten zu analysieren. Daraus folgt, dass die Wissenschaft Public Health multidisziplinär ist, neben Inhalten aus der Medizin sind Themen der Epidemiologie, Biometrie, Hygiene, Ökonomie, Soziologie, Psychologie, Pflege, Pharmazie, Genetik und viele mehr enthalten. Sie werden sich in die Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung, in ausgewählte Segmente der Gesundheitspolitik und in die diversen Facetten der Gesundheitssysteme einarbeiten. Public Health hat als wissenschaftliche Disziplin einige Erfolge vorzuweisen. Einer davon ist sicherlich die Tatsache, dass sich die entwickelten Gesellschaften zu Gesundheitsgesellschaften gewandelt haben. Fünf Merkmale stehen hervor:

- 1) eine hohe Lebenserwartung und alternde Populationen,
- 2) Expansion in Vorsorge und medizinischer Betreuung,
- 3) rasant wachsender privater Gesundheitsmarkt,
- 4) Gesundheit als dominantes Thema im sozialpolitischen Diskurs,
- 5) Gesundheit als wichtiges persönliches Lebensziel.

Gesundheit und Krankheit sind demzufolge keine naturgegebenen Zustände mehr, ganz im Gegenteil, Gesundheit ist machbar geworden. Ist aber genügend Zeit und sind genügend Ressourcen vorhanden, die wir für die Verlängerung des Lebens und die Verbesserung der Lebensqualität benötigen? Machbarkeit und Realisierung sind fast ausschließlich eine Frage des Geldes. Dies wird am Beispiel Aids/HIV sehr deutlich: Die Diskrepanz zwischen Entwicklungsländern und entwickelten Ländern in puncto Wohlstand zeigt auf, dass dies global nicht der Fall ist. Es handelt sich – und das möge das Beispiel Aids/HIV verdeutlichen – damit letztendlich um eine Frage der Menschenwürde sowie der wertbehafteten Vorstellungen von Gleichheit und sozialer Gerechtigkeit. Hier werden die Grenzen von Public Health in seiner derzeitigen Form deutlich.

Wenn Sie dieses Studienheft durchgearbeitet haben, sollten Sie die unterschiedlichen Perspektiven, Forschungsansätze und Methoden von Public Health kennen. Hinzu kommen die Kenntnis der unterschiedlichen Wirtschaftsinteressen und deren Einfluss auf die Gesundheit sowie erste Maßnahmen zur Reduktion der Gesundheitsgefährdung. Sie werden Methoden kennen und anwenden können, die die Lebenserwartung und die Lebensqualität beschreiben und messen. Zudem sollen Sie die Grundlagen der Gesundheitsförderung und der Prävention kennen.

Kapitel 1

1 Definitionen, Ziele und Historie von Public Health in Deutschland

In diesem Kapitel lernen Sie die Anfänge der Gesundheitswissenschaften in Deutschland kennen und erfahren, welche Entwicklung diese Wissenschaft im Laufe der Jahrzehnte durchgemacht hat. Sie werden sich mit diversen Definitionen auseinandersetzen und lernen so die Vielfältigkeit, die der Begriff Public Health vereint, kennen. Darüber hinaus beschäftigen Sie sich mit gesundheitswissenschaftlichen Forschungsprojekten in Deutschland und lernen ihren Bezug zu den Public-Health-Zielen kennen.

1.1 Von den Anfängen der öffentlichen Gesundheitspflege bis zur Etablierung des Begriffs Public Health

Die Geschichte und Entwicklung von Public Health ist eng verwoben mit der Geschichte der Medizin, des sozialen Sicherungssystems, der Gesundheitsverwaltung und der Sozial- und Politikgeschichte allgemein. Insofern müssen Ergebnisse anderweitiger Forschungen jeweils berücksichtigt und bewertet werden. Auch die historische Aufarbeitung von Public Health ist eine interdisziplinäre Angelegenheit. So stellt sich die Frage, wo wir mit dem historischen Einstieg beginnen wollen, denn die Begriffe Public Health und Gesundheitswissenschaften entstanden erst, als schon einige Vorarbeit geleistet worden war.

Starten wir unseren Streifzug durch die Geschichte der Gesundheitswissenschaften mit den Anfängen von Public Health am Ende des 18. Jahrhunderts. Bernhard Christoph Faust und Christoph Wilhelm Hufeland (Eckard, 2005) sind Autoren mehrerer wissenschaftlicher Beiträge zum Thema medizinische Aufklärung, die auf die absolute Notwendigkeit und die damaligen Möglichkeiten zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit hingewiesen haben. Diese Arbeiten bildeten die Grundlage für das Konzept einer öffentlichen Gesundheitspflege. Schwerpunkt dieses Konzeptes war die Verbesserung von Hygiene und Wohnbedingungen in den Städten, die Sorge für die Sterbenden und – das ist sicherlich am bekanntesten – die Verhütung von Infektionskrankheiten.

Rudolf Ludwig Karl Virchow und Alfred Neumann (Troschke, 2002) nahmen zur Mitte des 19. Jahrhunderts diesen Faden auf und stellten den Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen, kulturellen und wirtschaftlichen Bedingungen mit der Gesundheit der Bevölkerung her. Sie fokussierten auf die bedeutende Rolle einer aktiven öffentlichen Gesundheitspflege, die die Funktion der Vermeidung von Krankheiten erfüllen sollte. Max Pettenkofer und Wilhelm von Ziemsen (Waller, 2002) haben die hygienische Forschung vorangetrieben und durch ihre wissenschaftlichen Ergebnisse nachhaltige Impulse für eine stetige Verbesserung des öffentlichen Gesundheitswesens gesorgt. Schließlich folgten die gesellschaftliche For-

mierung des Gesundheitsdiskurses in der bürgerlichen Welt, die Entwicklung der Klinik und des dominierenden klinischen Blicks sowie die Etablierung der Sozialpolitik und Sozialversicherung und die Professionalisierungsversuche der Ärzte bis in die 20er Jahre des 20. Jahrhunderts hinein. Der Nationalsozialismus hat dieser Entwicklung ein abruptes Ende bereitet. Die Anfänge der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsforschung und des sich entwickelnden öffentlichen Gesundheitsdienstes wurden für Begriffe und Maßnahmen wie z. B. Rassenhygiene missbraucht.

Der Aufbau des Gesundheitswesens nach dem 2. Weltkrieg fand ohne die Wiederaufnahme der Ideen aus den 20er Jahren statt. Die Erfahrungen der nationalsozialistischen Diktatur hatten großes Misstrauen gegen staatliche Einflussnahmen in Sachen öffentlicher Gesundheit geschürt. Erst mit dem wirtschaftlichen Aufschwung wurden auch die Public-Health-Probleme als Probleme des Aufschwungs registriert. In den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts finden Themen von Public Health Gehör, und zwar im Zusammenhang der gesellschaftlichen Unruhen (der kritischen Auseinandersetzung mit der Rolle der Medizin im Nationalsozialismus), mit ökonomischen und ökologischen Krisen, mit angewachsenen Selbsthilfebewegungen und mit Professionalisierungsbestrebungen anderer Gesundheitsberufe neben der und gegen die Ärzteschaft. Mitte der 80er Jahre werden die Gesundheitswissenschaften wieder aufgegriffen. Dies ist nach Hurrelmann und Laaser (Hurrelmann, Laaser, 1998) auch darin begründet, dass „die Grenzen einer isoliert betriebenen, individuell kurativ orientierten Medizin jetzt deutlicher hervortreten“. Auch ist die Entwicklung von Public Health gerade in den angloamerikanischen Ländern erfolgreich weiter vorangetrieben worden; in Deutschland wurden gegen Ende des 20. Jahrhunderts mehrere Lehrstühle für Public Health an deutschen Universitäten etabliert, teils angegliedert an die Medizin, teils eingebettet in die Sozialwissenschaften.

1.2 Übersetzungen und Definitionen von Public Health

Letztendlich gibt es keine verbindliche Definition für Public Health, auch kommt es immer wieder zu Meinungsverschiedenheiten, wenn die Begriffe Public Health und Gesundheitswissenschaften gegeneinander abgegrenzt und definiert werden sollen. Ohne oberflächlich zu sein, lässt sich eine Sinnhaftigkeit hinter den Diskussionen um der Diskussion willen schwerlich erkennen, schließlich sind Definitionen nur dazu da, um jedem Beteiligten zu verdeutlichen, wovon die Rede ist. Daher stelle ich Ihnen im Folgenden die unterschiedlichen Definitionen von Public Health bzw. Gesundheitswissenschaften dar, um Ihren Sinn für die Schnittstellenwissenschaft Public Health zu schärfen.

Hurrelmann und Laaser (1998) grenzen die Begriffe Public Health bzw. Gesundheitswissenschaften deutlich von den Krankheitswissenschaften ab: „Zentrales Ziel der Gesundheitswissenschaften sollte es sein (...), in Abgrenzung und als Gegenpol zur biomedizinischen und klinischen Forschung, die sich schwerpunktmäßig auf die Entstehung von Krankheit und ihre Heilung konzentriert, den Blick auf die somatischen, psychi-

schen, sozialen und ökologischen Bedingungen der Gesunderhaltung und der Vermeidung von Krankheit zu richten. Die zentralen Fragen der Gesundheitswissenschaften sind, unter welchen Bedingungen Menschen gesund bleiben, wie sich die Auftretenshäufigkeit von Krankheiten zurückdrängen lässt und welche Möglichkeiten ergriffen werden können, um diese Bedingungen für so viele Menschen wie irgend möglich herzustellen. Die zentralen Fragen der naturwissenschaftlichen Medizin und der biomedizinischen Grundlagenforschung als Krankheitswissenschaften sind demgegenüber, auf welche Weise möglichst früh erkannt werden kann, dass ein Individuum erkrankt und welche Maßnahmen ergriffen werden können, um den Krankheitsprozess anzuhalten oder umzukehren. Der Schwerpunkt des Erkenntnisinteresses liegt dabei auf dem einzelnen Individuum. In den Gesundheitswissenschaften richtet sich das Erkenntnisinteresse stärker auf ganze Bevölkerungsgruppen und ihre gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen einschließlich der medizinischen Versorgungsstrukturen.“

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Public Health als die „Wissenschaft und Praxis der Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung und der gemeindebezogenen Maßnahmen“ (WHO, 2005).

Die Forschungs- und Lehrereinheit Public Health stammt ursprünglich aus dem angloamerikanischen Raum, daher lassen wir das Institute of Medicine die eben genannte Definition etwas verkürzt darstellen: Es sollen durch Public Health „Bedingungen geschaffen werden, in denen Menschen gesund sein können“ (Institute of Medicine in Münchener Forschungsverbund Public Health, 1998). Der Patient gilt aus der Sicht von Public Health nicht als ein einzelnes Individuum, sondern er gehört einer Gruppe oder einer Population an. Wir können es auch so ausdrücken: „Wenn die gesamte Bevölkerung gesund ist, so sind auch die einzelnen Menschen gesünder.“ (Institute of Medicine in Münchener Forschungsverbund Public Health, 1998)

Die jüngste Definition stammt sicherlich von Schwartz (2003). Demnach umfasst Public Health „alle Analysen und Management-Ansätze, die sich vorwiegend auf ganze Populationen oder größere Subpopulationen beziehen, und zwar organisierbare Ansätze bzw. Systeme der Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung und der Krankheitsbekämpfung unter dem Einsatz kulturell und medizinisch angemessener, wirksamer, ethisch und ökonomisch vertretbarer Mittel“.

Zu den Themen dieses interdisziplinären Faches gehören die Bestimmungsgründe von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung ebenso wie effektive und effiziente Ansätze zur Verbesserung der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zur Bearbeitung dieser Themen tragen neben der klinischen und theoretischen Medizin zahlreiche andere Disziplinen bei. Exemplarisch seien die Wirtschaftswissenschaften, Sozialwissenschaften, die (Mikro-)Biologie, die Genetik, die Politikwissenschaften, die Pflegewissenschaft, die Pharmazie und die Ernährungslehre genannt. Public Health vereint heute viele Spezialdisziplinen,

zentral sind – unter anderem – die Epidemiologie, die Biostatistik, die Gesundheitsökonomie, die medizinische Psychologie und Soziologie, die Umwelthygiene. Zentrale Disziplinen stelle ich Ihnen in Kapitel 2 vor.

Gefragt wird in allen diesen Disziplinen nach den individuellen und gesellschaftlichen Bedingungen sowie den Möglichkeiten und Grenzen von Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung und -bekämpfung unter Berücksichtigung systembezogener und managementrelevanter Ansätze im Kontext kulturell angemessener, wirksamer, ethisch und ökonomisch vertretbarer Maßnahmen.

Public Health bedeutet im Angelsächsischen im wörtlichen Sinn – ganz wie bei uns – öffentliche Gesundheit. Public Health wurde traditionell verstanden

- als gesundheitsbezogene Aufgaben der Regierungen bzw. öffentlichen Verwaltungen,
- als Einbindung gesundheitlicher Aufgaben in sonstige organisierte Anstrengungen der Gesellschaft,
- generell als nicht personengebundene Dienste im Gesundheitswesen oder
- als die Fürsorge für spezielle Gruppen oder die Bekämpfung häufiger bzw. gefährlicher Erkrankungen in der Bevölkerung.

Neuere Auffassungen definieren Public Health als die Summe aller analytischen oder organisatorischen Anstrengungen, die sich vorwiegend auf ganze Populationen und auf organisierbare Ansätze oder Systeme der Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung oder der Krankheitsbekämpfung beziehen. Die einzusetzenden Mittel sollen angemessen, wirksam und ökonomisch vertretbar sein. Als anzustrebendes Ziel gilt, „Bedingungen zu schaffen und sicherzustellen, in denen Menschen gesund sein können“. Public Health als Wissenschaft ist immer interdisziplinär und empirisch. Sie versucht, medizinische, ökonomische und soziologische Aspekte bei der Frage nach der besten gesundheitlichen Versorgung einer Bevölkerung zu verbinden. Im Vordergrund steht nicht die individuelle Gesundheit einer Person, sondern der gesundheitliche Status einer Bevölkerung. Das Forschungsinteresse gilt der Identifikation von Risikofaktoren (genetischen, klinischen, sozialen) und der Analyse und Evaluation von Versorgungsstrukturen.

In der Literatur (Rosenbrock, 2001) wird häufig unterschieden in Old und New Public Health. Old Public Health beinhaltet danach

- Hygiene,
- Mikrobiologie,
- Epidemiologie,
- Prävention,
- Krankenversicherung,
- Umweltschutz,
- Hygienetechnik.

New Public Health steht für die neueren Wissenschaften

- Umwelthygiene,
- Sozialhygiene,
- Gesundheitssystemforschung,
- Versorgungsforschung,
- Produktion und Konsum,
- Verbreitung und Organisation von Gesundheitsleistungen.

Public Health ist eine Multidisziplin, daher gilt das oben aufgezählte nicht als eine klassische Definitionsliste mit Ausschließlichkeitscharakter. Weitere Wissenschaften und Disziplinen wie z. B. Toxikologie, Immunologie, biomedizinische Technik, Psychologie, Pharmazie, Soziologie, Mikro- und Makroökonomie, Management- und Politikwissenschaften leisten ebenfalls Beiträge zu Fragestellungen von Public Health.

Public Health ist eine Schnittstellenwissenschaft, sie ist daher weder Bestandteil oder Teildisziplin der Medizin noch der Soziologie, sondern eine eigenständige Wissenschaft.

Übung 1.1:

Wir haben jetzt häufig gelesen, dass Public Health nicht nur eine medizinische Disziplin ist. Demzufolge muss es auch einige bedeutende nicht-medizinische Gesundheitsfaktoren geben. Nennen Sie einige!



1.3 Ziele von Public Health in Deutschland

Die zentralen Aufgaben von Public-Health sind

- die Entwicklung von Wohlbefinden,
- die Evaluation von Krankheiten in der deutschen Bevölkerung und im internationalen Vergleich sowie die Untersuchung der dafür in Frage kommenden Einflüsse und Rahmenbedingungen,
- die Entwicklung des Gesundheitswesens, seine Finanzierung, seine Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, ebenfalls im internationalen Vergleich.
- die Planung, Entwicklung und Implementation von Reformprozessen im Gesundheitswesen.
- die Entwicklung innovativer Konzepte und Dienstleistungen im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung.

Die Ziele von Public Health in Deutschland bestehen – wie in anderen Ländern auch – in Konsequenz dessen, was die Aufzählung gezeigt hat, in der *Verbesserung der Lebensqualität* und der *Verlängerung des Lebens*. Zu fragen ist nun, wie diese Ziele zu erreichen sind und wie der Status quo in Deutschland ist. Diesbezüglich gilt es, die gesundheitswissenschaftliche Forschung zu beleuchten, um herauszufinden, wo die Schwerpunkte gesundheitswissenschaftlicher Bemühungen in Deutschland liegen.

Gesundheitsforschung in Zusammenarbeit von Wirtschaft und Wissenschaft

Eine stärkere Verzahnung von Wirtschaft und Wissenschaft zu erreichen, ist eines der Ziele, das im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms 2000 (Deutsche Gesellschaft für Public Health Forschung, 1999) verwirklicht werden soll. Ergebnisse aus der Gesundheitsforschung sollen künftig schneller in die Prozesse u. a. der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie einfließen. Innovationschancen, die sich aus dem explosionsartig zunehmenden Wissen ergeben, werden so rascher in die Entwicklung industrieller Produkte und Verfahren umgesetzt.

Die Forschung im Bereich der Gesundheitswissenschaften verfolgt weitere Ziele. Sie muss als interdisziplinäre Wissenschaft auch die zukünftige Entwicklung des Wirtschaftsstandorts Deutschland beeinflussen. Innovative Produkte, Dienstleistungen und Konzepte im Gesundheitssektor sind bereits heute ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Der Gesundheitsmarkt mit einem Volumen von ca. 234,2 Milliarden Euro aller öffentlichen und privaten Ausgabenträger und ca. 4,2 Millionen Beschäftigten in Dienstleistung, Industrie und medizinischer Versorgung ist ein häufig unterschätzter Wachstumsmarkt (Statistisches Bundesamt, 2002). Sowohl bei Gütern des medizinischen Sachbedarfs als auch bei Arzneimitteln liegt der Exportanteil bei mindestens 50 %. Der steigende Versorgungsbedarf ist eine wirtschaftliche Chance für das Wachstum vorhandener und die Entstehung neuer Märkte.

Die Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) fördert nationale und internationale Kooperationen in den Gesundheitswissenschaften. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, den Austausch zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik zu intensivieren und die Public-Health-Forschung und -Lehre weiterzuentwickeln. Aus den Publikationen der DPHG (1999) gehen die nachfolgenden Forschungsschwerpunkte hervor:

- Gesundheitsberichterstattung,
- Epidemiologie,
- Prävention und Gesundheitsförderung,
- Versorgungsforschung und Qualitätsmanagement,
- Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie.

Im Folgenden beleuchte ich diese Schwerpunkte genauer. Die Vorgehensweise ist dabei immer gleich: Zunächst umreißen wir das Thema (z. B. Gesundheitsberichterstattung), dann betrachten wir exemplarisch einzelne Projekte.

1.3.1 Gesundheitsberichterstattung

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) beschreibt den Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Parameter, die den Gesundheitszustand beeinflussen. Die hier dargestellten und interpretierten Daten zu Erkrankungen und den zugehörigen Risikofaktoren sowie das Versorgungsgeschehen sollen so beschaffen sein, dass Handlungsbedarf aufgezeigt wird und angemessene Lösungen möglich sind.

In den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts begann eine Art Renaissance der GBE. Dies ist unter anderem auf die folgenden Ursachen zurückzuführen:

- das WHO-Programm „Gesundheit für alle im Jahre 2000“ (1977). Die WHO verpflichtete in diesem Programm alle Mitgliedsstaaten, Gesundheitsinformationssysteme einzurichten und eine regelmäßige GBE zu etablieren.
- Kommunalisierung der Gesundheitsämter (1986),
- Institutionalisierung und Modernisierung der GBE (1986, 1987),
- Neugestaltung der Landesgesundheitsberichte (1989),
- Empfehlung des Sachverständigenrates (1987) für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen¹.

Sowohl auf Bundesebene wie auch auf Länder- und auf kommunaler Ebene wird die GBE durchgeführt. Träger auf Bundesebene ist das Bundesministerium für Gesundheit, auf Länderebene das Landesgesundheitsamt oder die oberste Gesundheitsbehörde, auf kommunaler Ebene die Gesundheitsämter. Die Gesundheitsberichterstattung ist ein zentraler Bestandteil der Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens.

Wir befassen uns nun mit der Frage, welche forschersichen Aspekte (Auswahl) verfolgt werden, um das Ziel einer fundierten Routine in der GBE zu erreichen.

1. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hatte die Aufgabe, im Abstand von zwei Jahren Gutachten zu erstellen und in diesem Rahmen die Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu analysieren. Auch sollte er unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen entwickeln und Vorschläge für medizinische und ökonomische Orientierungsdaten vorlegen. Schließlich sollte er Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzeigen. Zum 01.01.2004 trat das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in Kraft. Damit wurde der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ umbenannt in „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“.

Ein Schwerpunkt ist die Weiterentwicklung der Berichterstattung.

Beispiel 1.1:

Streich, Meier und Borgers begannen 1992 mit der Untersuchung zur „Berichterstattung im kommunalen Gesundheitswesen – vom Modellversuch zur gesetzlich fundierten Routine“ (Projekttitle: Analyse von Voraussetzungen und Entwicklung neuer Informationsgrundlagen und Steuerungsinstrumente für eine regionale, Public-health-orientierte Gesundheitspolitik (Streich, 1997). Ziel war es, „Methoden und Verfahrensweisen für eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung durch kommunale und regionale (Landes-) Gesundheitsämter zu entwickeln und zu erproben“. Dabei ist die GBE gegenüber der empirischen Forschung und Statistikentwicklung eine eigenständige Aufgabe. Der öffentliche Gesundheitsdienst muss die GBE als eine Organisationsaufgabe auffassen, die eine breite Einbeziehung von Sachverstand aus dem gesamten Gesundheitssystem erfordert, um die Effizienz der Arbeit und die Legitimation der Ergebnisse sicherzustellen. Weiterhin gilt, dass einzelne Berichte nie alle relevanten Themen allumfassend behandeln können. Die Berichte müssen modular aufgebaut sein und die Themen der Berichte müssen mittelfristig geplant werden.

Um den Umfang der Gesundheitsberichterstattung genauer zu beleuchten, schauen wir uns ein weiteres Projekt an.

Beispiel 1.2:

Dieses Projekt lautet: „Simulationsberechnungen zum zukünftigen häuslichen Pflegebedarf unter Berücksichtigung der demographischen und familiären Entwicklung“ (Dinkel, Lebok, Hartmann, 1998). Zum Hintergrund des Projektes sei vermerkt: Als 1995 die Pflegeversicherung innerhalb der gesetzlichen Sozialversicherung eingeführt wurde, war die Förderung der häuslichen Unterstützung ein Ziel, da die häusliche Pflege kostengünstiger ist als die institutionelle Pflege. Je schwerer die Pflegestufe und je länger die Pflege andauert, desto schwieriger ist es, die Pflege im häuslichen Umfeld ohne professionelle Hilfe zu leisten. Vor und während der Einführung der Pflegeversicherung wurden jedoch keine quantitativen Planungsgrundlagen evaluiert. Hierzu hätte unter anderem eine Untersuchung gehört, wie der Familienstand eines Pflegefalls die Art und den Ort der Pflegeleistungen beeinflusst, denn dies hat einen direkten Bezug zu den Pflegekosten. Sind die Pflegebedürftigen verwitwet und haben in der unmittelbaren Umgebung keine Familienangehörigen, so ist eine kostspielige Aufnahme in ein Senioren- oder Altenpflegeheim häufig unumgänglich. Wenn hingegen Familienangehörige in der Nähe leben und die Pflege übernehmen können, so fallen weitaus weniger Kosten an.

1.3.2 Epidemiologie

Ein weiterer Forschungsschwerpunkt ist die Epidemiologie. Die Bedeutung der Epidemiologie in den Gesundheitswissenschaften hat in den letzten Jahren stetig zugenommen; sie gilt gegenwärtig in den Gesundheitswissenschaften als eine Grundlagenwissenschaft. Die Epidemiologie in den Gesundheitswissenschaften untersucht, wie Störungen der Gesundheit und krankheitsverursachende Faktoren in der Bevölkerung oder bei bestimmten Populationen verteilt sind. Die Daten, die hier evaluiert werden, spielen beispielsweise eine wichtige Rolle bei der Planung und Bewertung gesundheitspolitischer Maßnahmen, bei der Krankheitsprävention und Therapie, bei juristischen und sozialen Fragestellungen (Gordis, 2000). Mit den Inhalten und Methoden befassen wir uns im folgenden Kapitel.

Hier soll uns vor allem interessieren, welche epidemiologische Forschung in Deutschland betrieben wird und welche Ziele dadurch erreicht werden sollen.

Exemplarisch betrachten wir das Forschungsprojekt PEGASUS (Egen, Hasford, 1999), das für „Prospektive Erhebung der Gabe von Arzneimitteln während der Schwangerschaft und zur Sicherheit des Kindes“ steht. Finanziert wurde die Studie vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Förderungsschwerpunktes Public Health (1992–2002).

Beispiel 1.3:

Wir alle kennen die Contergan[®]-Katastrophe Ende der 50er Jahre, die drastisch gezeigt hat, welche Auswirkungen Pharmaka auf Feten haben können. Bis heute gibt es nur wenige Studien, die den Gebrauch von Arzneimitteln an Schwangeren untersuchen. Dies hat juristische und ethische Gründe. Allerdings nehmen 97 % der Frauen während der Schwangerschaft Arzneimittel zu sich. In begründeten Einzelfällen müssen auch teratogene (also zu Fehlbildungen führende) Arzneistoffe eingenommen werden, um das Leben der Mutter zu schützen.

Ziel der epidemiologischen Untersuchung war es also, Maßnahmen zur Sicherheit der Anwendung von Arzneimitteln zu entwickeln, um Schaden abzuwenden und somit eine Einschränkung der Lebensqualität zu vermeiden.

Das Forschungsprojekt PEGASUS wird seit Mai 1995 an der Universität München durchgeführt. Es erhebt systematisch Daten über die Arzneimittelanwendung während der Schwangerschaft, mit dem Schwerpunkt medikamentöser Prophylaxemaßnahmen.

Bisher wurde evaluiert, dass die von den Fachgesellschaften empfohlenen Prophylaxemaßnahmen (z. B. zur Vorbeugung von Neuralrohrdefekten und Schilddrüsenfunktionsstörungen) zu weniger als 50 % genutzt werden, dass zu häufig Arzneistoffe mit nicht nachgewiesener Wirksamkeit zum Einsatz kommen.

Demzufolge müssen die Umsetzung empfohlener Prophylaxemaßnahmen ebenso wie die Qualitätssicherung der Arzneimitteltherapie in der Schwangerschaft gefördert werden.

1.3.3 Prävention und Gesundheitsförderung

Bei der (Krankheits-)Prävention gilt es, das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden. Mithilfe der Prävention sollen die Verbreitung von Krankheiten verringert und die Auswirkung von Krankheiten auf die Morbidität der Bevölkerung vermindert werden. Die Prävention hat sich aus der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts entwickelt.

Die Wurzeln der Gesundheitsförderung liegen im 20. Jahrhundert. Im Gegensatz zur Prävention sollen bei der Gesundheitsförderung die *Lebensbedingungen verbessert* und die gesundheitliche Entfaltungsmöglichkeit gestärkt werden.

Folgende Abbildung verdeutlicht schematisch beide Begriffe:

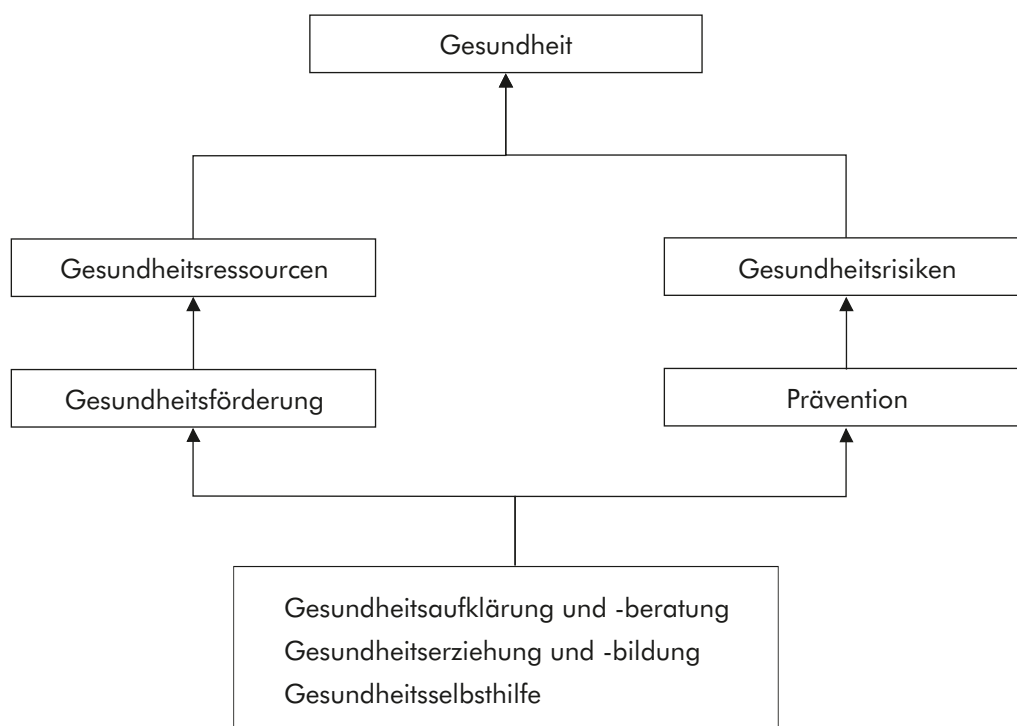


Abb. 1.1: Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Waller, 2002)

Das Ziel der Prävention und der Gesundheitsförderung ist immer *die Verbesserung der Gesundheit*. Um die Maßnahmen im Sinne der Prävention und der Gesundheitsförderung zu erörtern, betrachten wir zunächst eine Untersuchung zur zahnmedizinischen Prophylaxe im Kindesalter (Dietrich, Haftenberger, Irmisch, Viergutz, Hetzer, 1999) mit dem Projekttitel: „Zahngesundheit bei Dresdner Klein- und Vorschulkindern.“

Beispiel 1.4:

Bei der jugendlichen Population in Industrienationen hat sich die Zahngesundheit im Laufe der letzten Jahrzehnte wesentlich verbessert. Diese Tatsache gilt jedoch nicht uneingeschränkt für das Milchgebiss. Mittlerweile ist die Erhaltung und Förderung der Zahngesundheit bei Kleinkindern zu einem Public-Health-relevanten Problem geworden. Dabei sind der Ausbildungsstand der Eltern sowie die Ernährungsweise des Kindes Risikofaktoren. Im Verlauf der Studie konnte gezeigt werden, dass die Ernährungslenkung beim Kind für die Kariesprophylaxe höchste Priorität genießt und dass bezüglich der Fluoridanwendung Informationsdefizite sowohl bei den Eltern als auch bei den Ärzten behoben werden müssen. Weiterhin wurde als Maßnahme zur Verbesserung der Zahngesundheit formuliert, dass die zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung für Kleinkinder zeitlich an bereits vorhandene und gut akzeptierte pädiatrische Vorsorgemaßnahmen gekoppelt werden soll.

Als Beispiel für eine Untersuchung zur Gesundheitsförderung schauen wir uns die AllHand Studie „Entwicklung und Durchführung eines Konzeptes zur vor- und nachsorgenden Betreuung von Allergikerkrankungen im Handwerk“ (Schnabel, Sonntag, Vehrs, 1999) an.

Beispiel 1.5:

Das Projekt hat die Entwicklung eines regionalen Programms zur Gesundheitsförderung im Bereich berufsbedingter Allergien zum Ziel. Der Untersuchung liegt die Tatsache zu Grunde, dass mindestens 10 % der Erwachsenen und bis zu 30 % der Kinder und Jugendlichen unter Allergien leiden. Diese sind zumeist auf erbliche Überreaktionen des Immunsystems gegenüber natürlichen und künstlichen Kontaktstoffen aus der Umwelt zurückzuführen. Eine ursächliche Therapie ist derzeit nur möglich, wenn Allergene (eine Allergie auslösende Kontaktstoffe) und disponierte Menschen auseinander gehalten werden. Die Vorbeugung ist dabei das Mittel der Wahl, das heißt – kurzfristig – die Verbesserung des Umgangs mit allergischen Schüben und allergische Reaktionen provozierenden Situationen, langfristig die Reduktion allergener Stoffe. Folgendes Konzept wurde entwickelt:

- Verbesserung der Versorgung gefährdeter und erkrankter Handwerker durch präventive Maßnahmen unter größtmöglicher Nutzung örtlicher Ressourcen,
- Einsatz kombinierter Strategien zur Information und Kompetenzbildung, insbesondere bei jüngeren Arbeitnehmern, und zur Organisationsentwicklung in den besonders gefährdeten Kleinbetrieben,
- Unterstützung der auf Handwerker und ihre Betriebe zielenden Aktionen durch Aufklärungs- und Strukturbildungsmaßnahmen in der Region,

- Entwicklung einer Modellstrategie, die auf die Allergieverversorgung in anderen Regionen und auf andere Krankheitsbilder in der Region angewendet werden könnte.

Die Maßnahmen wurden in drei Teilprojekten umgesetzt. In Teilprojekt 1 Berufssuchende wurden über die Risiken informiert, um eine selbst bestimmte Karriereentscheidung sicherer treffen zu können, wobei ein Teil der Informationen über den öffentlichen Gesundheitsdienst erfolgte. Teilprojekt 2 galt dem Thema „Verbesserung des betrieblichen Arbeitsschutzes“. Hier wurden Arbeitsschutzvorrichtungen verbessert und Vorschläge zum Austausch allergener Substanzen erarbeitet. Teilprojekt 3 richtete sich direkt an die Betroffenen, also an die Allergiker und ihre Angehörigen, mit dem Ziel, Kompetenz im Umgang mit den Auslösebedingungen für allergische Schübe zu erlangen, Kenntnis über die Erkrankung zu vermitteln und die Konsequenzen für Berufs- und Privatleben aufzuzeigen.

1.3.4 Versorgungsforschung und Qualitätsmanagement

„Versorgungsforschung ist ein grundlagen- und anwendungsorientiertes fachübergreifendes Forschungsgebiet,

- das die *Inputs, Prozesse und Ergebnisse* von *Kranken- und Gesundheitsversorgung* einschließlich der auf sie einwirkenden Rahmenbedingungen mit quantitativen und qualitativen, deskriptiven, analytischen und evaluativen wissenschaftlichen Methoden beschreibt,
- Bedingungsbeziehungen soweit möglich kausal erklärt sowie zur Neuentwicklung theoretisch und empirisch fundierter oder zur Verbesserung vorhandener Versorgungskonzepte beiträgt,
- die Umsetzung dieser Konzepte begleitet oder ex post erforscht und
- die Wirkungen von Versorgungsstrukturen und -prozessen oder definierten Versorgungskonzepten unter Alltagsbedingungen mit validen Methoden evaluiert.“

Soweit die Definition des Arbeitskreises Versorgungsforschung beim wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer (2005). Der Gegenstand der Versorgungsforschung ist die *Kranken- und Gesundheitsversorgung*, diese wird durch das Versorgungssystem realisiert.

In diesem Versorgungssystem agieren

- *Leistungsträger* (z. B. Krankenversicherung, Rentenversicherung),
- *Leistungserbringer* (z. B. Krankenhäuser, Ärzte, Pharmazeuten, Physiotherapeuten) und
- *Kunden* (Betroffene, Patienten, Klienten), die Leistungen der Kranken- und Gesundheitsversorgung finanzieren, erbringen oder in Anspruch nehmen.

Im Versorgungssystem finden vielfach **Interaktionen** statt, die dazu führen, dass nicht unmittelbar erkennbar ist, wie sich Veränderungen in diesem System auswirken. Als Beispiel solcher Veränderungen kennen Sie zum Beispiel

- die Einführung neuer Behandlungskonzepte,
- die Vernetzung vorhandener Strukturen.

Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems nach Pfaff (2003) (siehe Abb. 1.2) skizziert das Beschriebene, wobei der Input durch die spezifischen kulturellen, sozialen, personalen, technischen, ökonomischen und organisatorischen Eigenheiten des Versorgungssystems beeinflusst wird.

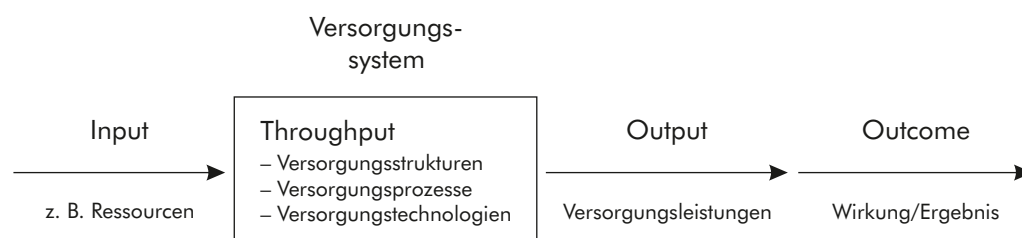


Abb. 1.2: Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems (Pfaff, 2003)

In Deutschland erfährt die Krankenversorgung eine enorme Entwicklung in Richtung Hochleistungsmedizin. Das Problem besteht dabei in der Finanzierung der Hochleistungsversorgung, da die Ressourcen knapper werden. Ein wichtiges Ziel muss es unter anderem sein, unter veränderten (und sich ständig verändernden) Bedingungen eine bedürfnisgerechte Versorgung zu gewährleisten. Die zielführende Frage ist also, wie eine angemessene Anpassung zwischen den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung und den Strukturen des Versorgungssystems gefunden, gesichert und nachhaltig etabliert werden kann, wobei es gilt, die *Qualität in der Versorgung* zu beachten.

Nach Troschke und Mühlbacher (2004) ist die Qualität definiert als „die optimale Versorgung kranker Menschen nach dem jeweils neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand unter Beachtung der besonderen Eigenarten und Ziele sowie behandlungsbezogener Vorstellungen der einzelnen Persönlichkeit.“ Differenziert wird zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

- **Strukturqualität:** Die Strukturqualität ist gekennzeichnet durch bauliche, technische und personelle Rahmenbedingungen. Dazu gehören z. B. der Ausbildungsstand und die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter, organisatorische Elemente, Systemelemente (gesetzliche Rahmenbedingungen), im stationären Segment der Typ des Trägers (privat, kirchlich, kommunal, etc.).
- **Prozessqualität:** Unter Prozessqualität fallen Maßnahmen, die die sachgerechte Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen bewirken. Dies geschieht häufig mit Checklisten und Protokollen, Standards und Leitlinien.

- **Ergebnisqualität:** Die Ergebnisqualität oder das Outcome soll etwas über die Zielerreichung der zuvor festgelegten Ziele aussagen. Eine solche Aussage kann nur getroffen werden durch einen Vergleich der angestrebten Ziele mit dem tatsächlichen Zustand.

Als ein Beispiel, welche Projekte es auf dem Gebiet der Versorgungsforschung und der Qualitätssicherung in der Versorgungspraxis in Deutschland gibt, sei auf die Untersuchung von Hoopmann und Schwartz, Weber, Busse und Klein-Lange (1999) verwiesen.

Beispiel 1.6:

„Ärztliche Standort- und Faktorbeurteilung der ambulanten Patientenversorgung (ÄSAM)“ (Hoopmann, Schwartz Weber, Busse, Klein-Lange, 1999).

Die Autoren sind der Frage nachgegangen, wodurch die Qualität der ambulanten Versorgung beeinflusst wird, und zu dem Ergebnis gelangt, dass die Qualität und Quantität der ambulanten Versorgung allgemein bestimmt wird durch:

- das ärztliche Angebot,
- die Patientennachfrage,
- ergänzende medizinische Versorgungsbereiche,
- strukturelle und gesetzliche Rahmenbedingungen.

Es wurden 130 Praxen bei klinisch unscharf definierten Beschwerdebildern (Schwindel, rheumatische Schmerzzustände, etc.) hinsichtlich der Fragestellung untersucht, wer wen unter welchen Bedingungen wie und wie oft behandelt. Bei den beobachteten Praxen konnte zunächst ein relevanter Einfluss des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG)² auf die Therapieentscheidungen festgestellt werden. Dabei tendierten besonders die Ärzte zu einem Therapiewechsel, die aufgrund der neuen Gesetzgebung bereits mit Regressen konfrontiert wurden, wobei im Zeitverlauf der Anteil an Therapiewechseln, die auf das GSG zurückzuführen sind, abnahm. Ein weiteres Ergebnis war, dass Arztpraxen, die selbst über bildgebende Verfahren verfügen, diese häufiger einsetzten, als dass Ärzte, die über keine bildgebende Diagnostik verfügen, Überweisungen zu Ärzten tätigten, die bildgebende Diagnostik anbieten. Letztendlich resultierte, dass bei der Häufigkeit von Therapieumstellungen neben Arzt- und Patientencharakteristika Konkurrenzdruck und gesetzliche Rahmenbedingungen eine Rolle spielen. Hier wurde das diagnostische und therapeutische Verhalten bei – aus klinischer Sicht – Trivialkrankheiten beleuchtet und gezeigt, dass in der Regel kein qualitätsgesichertes, evidenzbasiertes Vorgehen vorhanden war. Dies geschah offen aus der Annahme heraus, dass ein solches Vorgehen bei trivialen Erkrankungen im Gegensatz zu schwerwiegenden Erkrankungen weniger nutzbringend und ökonomisch sinnvoll sei. Da es sich bei

2. Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 sollte die Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzen. Strukturelle Maßnahmen sollten langfristig stabile Beitragssätze gewährleisten, unter anderem durch Begrenzung der Aufwendungen und Veränderung der Vergütungsregelungen.

diesen Trivialerkrankungen um sehr häufig vorkommende Krankheitsbilder handelt, wird die klinische und ökonomische Notwendigkeit qualitätssichernder Versorgungsmaßnahmen deutlich.

1.3.5 Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie

Die Gesundheitsökonomie steht in enger Verbindung zum Gesundheitssystem und damit auch zur Gesundheitssystemforschung. Sie ist eine interdisziplinäre Verbindung zwischen Medizin und Wirtschaftswissenschaften. Methodisch verwendet sie quantitative, vergleichende Studien zur Relation von Nutzen und Kosten medizinischer Maßnahmen. Ihr Ziel ist das Aufzeigen ökonomisch günstigerer, qualitativ gleichwertiger oder besserer Alternativen medizinischer Maßnahmen. Bevor wir uns den Zielen der Gesundheitssystemforschung und den Bestrebungen der Gesundheitsökonomie zuwenden, betrachten wir zunächst einige der derzeitigen Herausforderungen für das Gesundheitssystem. Zu ihnen gehören:

- eine Zunahme chronischer Erkrankungen,
- eine ältere und gesundheitlich anfälligere Bevölkerung,
- eine zunehmende Technisierung und Spezialisierung.

Dies führt zu einer Kostensteigerung, die wiederum eine Kostendämpfungspolitik provoziert. Folgen sind ein zunehmender Wettbewerb und (zu einem großen Teil) ein kritisches Konsumentenverhalten, sodass sukzessive eine Veränderung in der Gesundheitssystemlandschaft erfolgen wird. Traditionell wird das Gesundheitssystem eingeteilt in den ambulanten, den stationären und den Rehabilitationssektor, auch wenn diese Strukturen mittlerweile nicht mehr scharf voneinander getrennt werden können und integrative Ansätze zur Verzahnung der Bereiche implementiert werden. Hinsichtlich Funktionen fragt die Gesundheitssystemforschung nach den

- Grundlagen,
- Strukturen,
- Funktionsweisen,
- Kosten,
- gesundheitlichen Erträgen,
- Verfahren und Programmen,

die in toto das gesamte Gesundheitssystem darstellen.

Betrachten wir nun exemplarisch ein Projekt der Public-Health-Forschung aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung und der Gesundheitsökonomie.

Beispiel 1.7:

Das Projekt trägt den Titel „Leistungen und Kosten der medizinischen Versorgung im letzten Lebensjahr“ (Busse, Krauth, Wagner, Schwartz, Claes, von der Schulenburg, 1999) und untersucht den Zusammenhang zwischen Lebensalter, Sterben und Kosten. Ziel der Untersuchung war neben der Fragestellung, ob durch steigende Lebenserwartung auch die Kosten dementsprechend steigen, die Quantifizierung von hausärztlichen und pflegerischen Leistungen bei der Betreuung Sterbender.

Wir wissen, dass die Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung im letzten Lebensjahr verglichen mit gleichaltrigen Nicht-Sterbenden ein Vielfaches von deren Bedarf beträgt, und zwar das 30fache bei Personen bis zu 45 Jahren und das vierfache bei Personen über 85 Jahre. Auch wenn die Mehrzahl der Sterbenden nicht im Krankenhaus verstirbt, so geht doch das letzte Lebensjahr zumeist mit einer intensiven stationären Nutzung einher, was man daran erkennen kann, dass der Anteil des letzten Lebensjahres an der stationären Nutzung über die gesamten Lebensjahre zwischen 12 % (Tod mit 90 Jahren) und ca. 40 % (Tod mit 20 Jahren) beträgt. Daher ist die stark vereinfachte Gleichsetzung von steigender Lebenserwartung mit steigenden Gesundheitskosten grundlegend falsch. Das Phänomen heißt *komprimierte Morbidität* und bedeutet, dass Personen, die alt werden, kurz vor dem Tod weniger stationäre Versorgung benötigen als jüngere Sterbende.

Da die Mehrzahl der Personen nicht stationär verstirbt, kommt dem Sterben zu Hause eine besondere Bedeutung zu, was wiederum die hausärztliche Versorgung, die Palliativmedizin und die Vergütung in diesen Segmenten in den Fokus rückt.

Was bedeutet dies nun im Hinblick auf ein praktisches Ziel? Verbesserte Lebensbedingungen sowie eine optimierte medizinische Versorgung führen zu einem höheren Lebensalter mit entsprechend geringeren Kosten. Einen Rückschluss auf die Güte des Gesundheitssystems lässt die Studie nicht zu. Die Qualität des Lebens und die Verlängerung des Lebens hängen wesentlich mehr von den sozialen Bedingungen (z. B. Bildung, soziales Umfeld) ab als vom Gesundheitssystem.

Zusammenfassung

Public Health bzw. die Gesundheitswissenschaften haben sich im 19. Jahrhunderts aus der Sozialmedizin und ihren verwandten Wissenschaften entwickelt. Das Fach ist eine Multidisziplin, die vorwiegend ganze Populationen, also definierte Bevölkerungsgruppen, betrachtet und deren Ziel es vor allem ist, Bedingungen zu schaffen und zu sichern, unter denen Menschen gesund sein können. Es existieren eine Vielzahl von Public-Health-Definitionen, jedoch letztendlich keine verbindliche.

Die Gesundheitswissenschaften bzw. Public Health verfolgen gesundheitsrelevante Ziele, zu nennen sind in erster Linie: Steigerung der Lebenserwartung, Steigerung der Lebensqualität. Um diese Ziele zu erreichen, müssen zentrale Aufgaben erfüllt werden, wie die Entwicklung von Wohlbefinden, die Evaluation von Krankheiten sowie die Klärung der dafür verantwortlichen Einflüsse. Zudem die Entwicklung bzw. Reformierung des Gesundheitswesens samt seiner Finanzierung und die Entwicklung gesundheitsrelevanter innovativer Konzepte und Dienstleistungen. Um Ziele zu erreichen und Aufgaben erfolgreich zu bewältigen, ist Forschung notwendig, die in Sachen Public Health/Gesundheitswissenschaften von der deutschen Gesellschaft für Public Health gefördert wird.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Nennen Sie stichwortartig die zentralen Ziele von Public Health.
- 1.2 Wie grenzen sich Public Health bzw. die Gesundheitswissenschaften von Wissenschaften wie z. B. der Medizin ab?
- 1.3 Nennen Sie zentrale Public-Health-Aufgaben und ordnen Sie die in diesem Kapitel aufgeführten Teilgebiete diesen Aufgaben zu.