

New Public Health – Old Fashioned trotz neuem Hut

Elfriede Hufnagl

Bis vor Kurzem war Public Health hierzulande nur wenigen Menschen ein Begriff, was sich mit der Corona-Pandemie schlagartig änderte. Zur Bewältigung von Covid-19 braucht es mehr als ein gut funktionierendes Krankenversorgungssystem, es braucht eine breite Public-Health-Strategie, die die Zusammenarbeit unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen und gesellschaftlicher sowie politischer Bereiche umfasst.

Zum Begriff Public Health selbst existiert eine Vielzahl von Definitionen, die jeweils bestimmte Aspekte von Public Health in den Vordergrund rücken (siehe zum Beispiel WHO 1988, Schwartz et al. 2003, ÖGPH). Dies ist ein Hinweis für die Verwobenheit von Public Health mit den jeweiligen gesellschaftlichen und politischen Verhältnissen – sowohl auf nationaler wie internationaler Ebene – und den gesellschaftlichen Widersprüchen und Spannungen, die sich in diesem Konzept manifestieren. Die am häufigsten verwendete Definition von Public Health ist jene der WHO (World Health Organization) aus dem Jahr 1988:

„(...) the art and science of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society (...)“ (WHO 1988).

Es geht also um die „Kunst“ und Wissenschaft der Krankheitsverhinderung, der Lebensverlängerung und der Gesundheitsförderung durch gemeinschaftliches, organisiertes Vorgehen, wobei unklar bleibt, was mit „Kunst“ genau gemeint ist. Eine andere Definition kommt beispielsweise von Beaglehole et al. (2004), welche stärker auf die Eckpunkte eines sog. New-Public-Health-Ansatzes fokussiert, weil hier die Bevölkerung als Bezugsgröße explizit hervorgehoben wird. Allerdings fehlt hier die ausdrückliche Erwähnung der Gesundheitsförderung:

„Collective action for sustained population-wide health improvement“ (Beaglehole et al. 2004: 2084).

Von Public Health zu New Public Health

Der Begriff „New Public Health“ taucht zirka Ende der 1980er Jahre in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur auf. Das Neue und in Abgrenzung zum „alten“ Public-Health-Begriff ist die prominente Adressierung der Gesundheitsförderung als Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik (Public Health) mit einem Fokus auf die sozial bedingten Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit. Dies hatte weitreichende Folgen für das Selbstverständnis und die Aufgaben von Gesundheitsberufen, aber auch die öffentliche Gesundheitsversorgung, deren Aufgabe

sich bis weit in die 1980er Jahre hinein weitgehend auf die Bereitstellung einer effektiven Krankenversorgung und Präventionsmaßnahmen beschränkte. Im Bereich der Prävention (Krankheitsverhütung) unterscheidet man zwischen Primärprävention (Vermeidung von Krankheitsursachen durch Maßnahmen wie Impfungen), Sekundärprävention (Früherkennung von Krankheiten zum Beispiel durch Vorsorgeuntersuchungen) und Tertiärprävention (Rehabilitation); es geht also darum, „eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern“ (Walter et al. 2003: 189). Im Gegensatz dazu soll Gesundheitsförderung die Gesundheitsressourcen der Menschen stärken und ist nicht krankheitsorientiert. Die Übergänge zwischen Primärprävention und Gesundheitsförderung sind aber zum Teil fließend. Ein weiterer wichtiger Aspekt von New Public Health ist die bevölkerungsorientierte Ausrichtung ihrer Wissenschaft und Praxis – das heißt, dass die Maßnahmen und Interventionen auf die Bevölkerung und nicht in erster Linie auf das Individuum ausgerichtet sind. (vgl. beispielsweise Rosenbrock 2001)

Der Ausgangspunkt von New Public Health waren zwei Konferenzen der WHO, aus denen wichtige Dokumente hervorgingen und die die Basis für New Public Health sind:

1. Alma-Ata-Deklaration aus dem Jahr 1978, benannt nach dem russischen Konferenzort, welche die zentrale Rolle der Primärversorgung in der Gesundheitsversorgung betonte und in der Gesundheit zu einem grundlegenden Menschenrecht erklärt wurde („Health for All“).
2. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung aus dem Jahr 1986, ein wegweisendes Dokument für eine neue Sicht auf Gesundheit und New Public Health, welche auf den Inhalten der Alma-Ata-Deklaration wesentlich aufbaute (vgl. WHO 1978 und 1986).

Heute wird der Begriff „Public Health“ meist synonym mit „New Public Health“ verwendet und umfasst die oben angeführten Elemente von (New) Public Health in unterschiedlicher Gewichtung. Das „New“ ist in der Public-Health-Literatur im Sinne eines neuen Public-Health-Ansatzes fast vollkommen verschwunden und wird meist nur mehr dann verwendet, wenn neuere gesellschaftliche, politische, ökonomische, ökologische oder gesundheitliche Entwicklungen stärker in den Mittelpunkt von Public Health gerückt werden sollen – zuletzt Themen rund um die Covid-19-Pandemie. Eine deutsche Übersetzung mit „Gesundheitswissenschaften“ oder „Öffentliche Gesundheit“ hat sich nie durchgesetzt. Deshalb wird auch hier der englische Begriff Public Health im Sinne von „New Public Health“ verwendet.

Wie bereits erwähnt, ist das Konzept der Gesundheitsförderung ein Kernelement von „New Public Health“. Daher werden im Folgenden wichtige Begrifflichkeiten, die im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung verwendet werden, kursorisch erläutert:

Determinantenorientierte Gesundheit: Es gibt unterschiedliche individuelle und soziale Faktoren, die auf Gesundheit einwirken und diese gestalten (= Gesundheitsdeterminanten): a) persönliche Faktoren wie Gene, Alter, Geschlecht, b) Faktoren der individuellen Lebensweise wie Ernährung, Bewegung, c) soziale und kommunale Netzwerke, d) Lebens- und Arbeitsbedingungen und e) allgemeine sozio-ökonomische und Umweltbedingungen. Wesentlich ist nun, dass (New) Public Health davon ausgeht, dass

diese Gesundheitsdeterminanten grundsätzlich beeinflussbar sind (mit Ausnahme des Alters oder der Gene) und sie daher zum Gegenstand gesundheitsförderlicher Aktivitäten machen will.

Umfassender Gesundheitsbegriff: Das Konzept der Gesundheitsförderung bezieht sich vielfach auf das Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky (1923–1994), wonach Gesundheit ein Prozess und kein Zustand ist. Soziale, persönliche und umweltbedingte Faktoren können Ressourcen oder auch Risiken für die Gesundheit sein (siehe Gesundheitsdeterminanten). Ziel ist es, den Individuen die Entwicklung eines sogenannten Kohärenzgefühls zu ermöglichen. Dieses entsteht, wenn Lebensaufgaben verstehbar, handhabbar bzw. bewältigbar und sinnhaft sind, und ist nach Antonovsky eine wichtige Ressource zur Gesundheitserhaltung (vgl. Antonovsky 1997)

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit/-gleichheit: Gesundheitsförderung beansprucht, allen Menschen – unabhängig von sozialen, ökonomischen, ethnischen und geschlechtlichen Unterschieden – zu ermöglichen, ihre Gesundheit zu gestalten und erhalten. Sie trägt dazu bei, diese Chancen zu erhöhen und gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. Aus diesem Grund geht es in dem „New Public Health“-Verständnis von Gesundheitsförderung darum, allen Personen der Bevölkerung den gleichen Zugang zu Gesundheitsressourcen zu schaffen – siehe auch „Gesundheit für alle“ der WHO (vgl. FGÖ).

Gesundheitskompetenz (Health Literacy): Gesundheitsförderung setzt an der Gesamtheit aller kognitiven und sozialen Fertigkeiten, welche die Menschen motivieren und befähigen, ihre Lebensweise gesundheitsförderlich zu gestalten, an. Es geht hier wesentlich um den Zugang zu, das Verstehen von sowie um einen konstruktiven Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen, welche als Schlüssel für ein gesundheitsförderliches Verhalten gesehen werden. (vgl. HLS-EU Consortium 2012)

Empowerment und Emanzipation: Es ist daher weiteres Ziel von Gesundheitsförderung, Menschen durch Steigerung ihrer sozialen und gesundheitsbezogenen Kompetenzen zu befähigen, Co-ProduzentInnen ihrer Gesundheit zu werden. Dieses Empowerment wird als Voraussetzung für Emanzipation verstanden.

Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik – Health in All Policies: Vor dem Hintergrund der skizzierten Bestimmung von Gesundheitsförderung aus Perspektive von New Politik wird das Postulat erhoben, Gesundheitspolitik in allen Politikfelder (Bildung, Soziales, Verkehr, Wirtschaft etc.) zu integrieren bzw. mitzubedenken – Health in All Policies.

New Public Health transzendiert das biomedizinische bzw. krankheitsorientierte Verständnis von Gesundheit und stellt einen multi- und interdisziplinären Ansatz unterschiedlicher natur-, sozial- und geisteswissenschaftlicher Disziplinen wie der Medizin, Ökonomie, Soziologie, Politikwissenschaft, Epidemiologie oder Psychologie und Philosophie dar. Aus dieser Perspektive beschäftigt sich New Public Health mit der Erforschung und Bewertung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Be-

völkerung mit Gesundheitsdienstleistungen (Versorgungsforschung, Evidenzbasierte Medizin, Health Technology Assessment). Das Spezifische von New Public Health ist dabei die vorwiegende Bezugnahme in Wissenschaft und Praxis auf die Gesamtbevölkerung bzw. Teilpopulationen im Gegensatz zur Individualmedizin sowie die Betonung der gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit.

New Public Health rückt die gesellschaftlichen und umweltbezogenen Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft – die sie zu Populationen oder Bevölkerung aggregiert und zum Gegenstand bevölkerungsbezogenen Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und medizinischer Versorgung gemacht werden – ins Zentrum.

Daraus resultiert auch eine grundlegende Widersprüchlichkeit von (New) Public Health. (New) Public Health macht auf der einen Seite erkennbar, dass in kapitalistischen Gesellschaften Gesundheit ein Feld sozialer Kämpfe darstellt. Diese entstehen aus der kapitalistischen Produktionsweise und den damit verbundenen Arbeitsteilungen und sozialen Ungleichheiten, die sich auch in unterschiedlichen Zugängen zu Gesundheit bzw. zur -versorgung manifestieren. Die Abwehr von gesundheitlichen Schäden, die aus der kapitalistischen Akkumulationsdynamik resultieren, sowie die Kämpfe um Emanzipation hatten daher immer auch gesundheitsbezogene Zielsetzungen. Das gilt für die Entwicklung von Krankenversicherungen in der frühen ArbeiterInnenbewegungen, aber auch für den Kampf etwa um reproduktive Selbstbestimmung (Schwangerschaftsabbruch, Verhütung usw.). Auf der anderen Seite stellt Gesundheit eine wesentliche Voraussetzung zur Schaffung einer produktiven und wehrfähigen Bevölkerung dar, die im internationalen Standortwettbewerb, aber auch in geopolitischen Auseinandersetzungen bestehen kann. Maßnahmen zur Aufrechterhaltung und Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung können daher auch die Kontrolle über die Gesellschaft verbessern und zur Reproduktion der gesellschaftlichen Herrschaftsverhältnisse beitragen. Die skizzierte Widersprüchlichkeit und Umkämpftheit von Gesundheit in kapitalistischen Gesellschaften manifestierte sich bis herauf ins 21. Jahrhundert auch in den historischen Entwicklungen von Public Health und ihrem Oszillieren zwischen emanzipatorischen und gleichheitsförderlichen Orientierungen einerseits, Strategien zur Aufrechterhaltung der Gesundheit der Bevölkerung zur Sicherung ihrer Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit andererseits.

Public Health als Gesundheitsschutz

Die Geschichte von Public Health reicht zurück bis in die Antike und das Mittelalter: So gab es bereits damals Verhaltensvorschriften, die den Schutz von Individuen oder Gemeinschaften vor Krankheiten zum Ziel hatten (z.B. Regeln zum Händewaschen oder Grüßen, Absonderung von Leprösen, Quarantänebestimmungen für zuwandernde bzw. einreisende Personen, etc., vgl. dazu beispielsweise: Ruffié et al. 1992). Viele dieser Regeln waren religiös normiert.

Mit dem ökonomischen Aufstieg der Städte, der beginnenden Industrialisierung und der Herausbildung der kapitalistischen Gesellschaft wurden stadthygienische Themen, welche eine gesunde und damit produktive Stadtbevölkerung und somit eine

prosperierende Ökonomie befördern sollten, immer wichtiger. Der begrenzte Wohnraum und die unhygienischen Lebensverhältnisse beförderten eine Reihe von Seuchen und Krankheiten wie zum Beispiel die Cholera oder Typhus, welche einer positiven ökonomischen Entwicklung hinderlich waren. Gleichzeitig waren die verheerenden Seuchen dieser Zeit auch Treiber für einen sozioökonomischen Wandel (vgl. Fangerau et al. 2020). In weiterer Folge wurde im Zusammenspiel von Industrialisierung und Aufstieg der Territorialstaaten ab dem 17./18. Jahrhundert der Gesundheitsschutz der Bevölkerung für die Herrschenden immer wichtiger, weil eine gesunde Bevölkerung die Grundlage für prosperierende Ökonomien und Staaten war. Aus dieser Zeit (16. bis frühes 19. Jahrhundert) gibt es eine große Anzahl von „Beratungsliteratur“, die sich mit Fragen zur Gestaltung der öffentlichen Gesundheit (Public Health) beschäftigten. Die polit-ökonomischen Verhältnisse jener Zeit stellten den Hintergrund für die Entwicklung der staatlichen Interventionen zur Gesundheitssicherung der Bevölkerung dar. Die Weiterentwicklung bzw. Veränderung der Inhalte, die in weiterer Folge unter dem Begriff Public Health subsumiert werden, spiegelt bis heute die gesellschaftlichen Verhältnisse und die sie konstituierenden Widersprüche und sozialen Konflikte wider.

Public Health als Schutz vor schädlichen Umwelteinflüssen

Edwin Chadwicks *Report on an Inquiry into the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain* (ebd.: 1842) wird in der Literatur oft als Beginn der Epidemiologie bezeichnet. Chadwick stellte in seinem Report an das britische Parlament eine Verbindung her zwischen der hohen Sterblichkeit in der armen Bevölkerung und den katastrophalen hygienischen Lebensbedingungen des Proletariats. Gestank und unhygienische Umweltbedingungen wurden als Ursache für Krankheiten gesehen, die durch staatliche Hygiene-Maßnahmen beseitigt werden sollten (so genannte Miasma-Kontrolle). Der Report von Chadwick war die Grundlage für die erste gesetzliche Implementierung einer staatlichen Überwachung von Hygienemaßnahmen, welche im Public Health Act von 1848 reguliert wurde. Im Zuge dessen kam es zu Verbesserungen im Bereich der städtischen Hygiene (Müll, Abwasser etc.) und Wasserversorgung. Chadwicks Aktivitäten waren allerdings weniger altruistisch begründet, sondern einem autoritären Staatsverständnis geschuldet, das von liberalen und sozialistischen Kräften bekämpft wurde. Seine Kausalkette lautete: Krankheit und „Faulheit“ sind die Ursache von Armut – Armut kostet der Gesellschaft Geld – ohne Krankheit und „Faulheit“ hat der Staat weniger Kosten. Für Chadwick waren daher staatlich verordnete Hygienemaßnahmen der Schlüssel zur Verhinderung von Krankheit (darüber hinaus verfocht er auch Maßnahmen, die das Leben in den damaligen Arbeitshäusern unerträglich machen sollten).

Die Rolle des Staates als zentraler Akteur in der Gesundheitsversorgung wurde in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts immer wichtiger. Dieser sah sich angesichts der katastrophalen Auswirkungen der Durchsetzung der kapitalistischen Produktionsweise mehr und mehr gezwungen (bzw. wurde er durch soziale Kämpfe dazu gezwungen), durch gesetzliche Regelungen die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und zu sichern. Der Staat übertrug dabei insbesondere der aufsteigenden Profession der Ärzte

bestimmte Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit (Überwachung von Hygienemaßnahmen im Bereich Lebensmittel, Wasser etc.) und sicherte damit auch deren gehobene Stellung in der Gesundheitsversorgung.

Public Health als Sozialmedizin und Sozialhygiene

Die gesellschafts- und populationsbezogene Form von Gesundheitspolitik entstand im 19. Jahrhundert unter dem Begriff „Sozialmedizin“. Diese entwickelte sich aus dem Wissen heraus, dass die Gesundheit „auch wesentlich von unterschiedlichen sozialen, politischen sowie ökonomischen Einflussfaktoren beeinflusst wird. Im deutschsprachigen Raum ist der deutsche Arzt Rudolf Virchow (1821–1902) der bekannteste Vertreter dieser Public-Health-Epoche. Am Beispiel eines Typhus-Ausbruchs in Oberschlesien stellte er den Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und Gesundheit bzw. Krankheit her. Er setzte sich als Arzt und Politiker der liberalen Fortschrittspartei für eine medizinische Grundversorgung der Bevölkerung ein.

Im Konzept der Sozialmedizin fußte Gesundheit auf zwei Säulen: einerseits der Medizin, andererseits auf sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen. Sozialmedizin ging also davon aus, dass Gesundheit nicht alleine durch eine bessere ärztliche Behandlung erreicht werden kann, sondern wesentlich von den sozialen, politischen und ökonomischen Bedingungen bestimmt wird, welche von der Politik gestaltet werden. Die eher reformerisch ausgerichtete Sozialmedizin konnte sich zu dieser Zeit nicht durchsetzen und wurde bereits kurz nach 1848 (bürgerliche Revolution) zu Gunsten einer staatlich dominierten Hygienepolitik in den Hintergrund gedrängt (Neoabsolutismus). Trotzdem konnten durch den Aufstieg sozialistischer Bewegungen bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erste soziale Verbesserungen für das Proletariat erkämpft werden, worin auch die sozialmedizinische Tradition fortlebte.

Dies kulminierte später in den sozialen und gesundheitspolitischen Errungenschaften im Roten Wien in den Jahren 1919 bis 1934 (McFarland et al. 2020). Zur Skandalisierung und Politisierung der katastrophalen sozialen und gesundheitlichen Verhältnisse des Industrieproletariats hat auch Friedrich Engels Schrift zur „Lage der arbeitenden Klasse in England“ aus dem Jahr 1845 beigetragen. So beschrieb er etwa am Beispiel des Typhus-Fiebers die soziale Bedingtheit dieser weit verbreiteten und sehr gefährlichen Krankheit (Engels 1959). Friedrich Engels Veröffentlichung zur Lage der arbeitenden Klasse erschien kurz nach Chadwicks Report und ist eine Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Folgen der kapitalistischen Produktionsweise. Sie ist Teil seiner gemeinsam mit Karl Marx entwickelten radikalen Kritik an dieser.

Politisch setzte sich in Großbritannien aber der Zugang von Chadwick durch, der auf einen Ausbau staatlicher Aktivitäten im Bereich der Implementierung und Überwachung von Hygienemaßnahmen ab Mitte des 19. Jahrhunderts abzielte. Gestützt wurde diese Entwicklung von den großen Fortschritten auf dem Gebiet der Mikrobiologie, wodurch das biomedizinische und krankheitsorientierte, an der Heilung von Individuen ausgerichtete Verständnis von Gesundheit vorangetrieben wurde. Mit der sog. „Germ Theorie“ (Keim-Theorie) wiesen Wissenschaftler wie Louis Pasteur (1822–1895) oder Robert Koch (1843–1910) nach, dass Krankheiten durch unterschiedliche

Mikroorganismen bzw. Bakterien verursacht werden, welche durch Übertragung (Tröpfchen, Körperkontakt etc.) zur Verbreitung beitragen (= übertragbare Krankheiten). Dieses Wissen ist bis heute die wissenschaftliche Grundlage von staatlichen Maßnahmen zur Eindämmung von übertragbaren Infektionskrankheiten und Impfprogrammen.

Diese naturwissenschaftlichen Errungenschaften im Bereich der Bakteriologie und die Fortschritte in der Labormedizin leisteten innerhalb der Medizin der Technikorientierung weiter Vorschub, was zugleich zur Stärkung der Rolle des Staates in der Gesundheitspolitik beitrug und die entstehenden sozialmedizinische Ansätze in den Hintergrund drängte.

Im Kontext der zunehmenden sozialen Auseinandersetzungen um die Lebensverhältnisse bzw. Gesundheit in kapitalistischen Gesellschaften wurde ab zirka den 1890er Jahren die sogenannte Sozialhygiene zum vorherrschenden Paradigma. Diese anerkannte zwar, dass die sozialen Bedingungen wesentliche Einflussfaktoren von Krankheit sind, suchte Lösungswege aber stärker im Bereich der „Gesundheitserziehung“ und Präventionsmaßnahmen in Hochrisikogruppen (beispielsweise sportliche Betätigung, Diät, Abstinenz, Mütter- und Kindergesundheit, sexuell übertragbare Krankheit etc.). Die Sicherung der öffentlichen Gesundheit durch den staatlichen Zugriff auf das Individuum stand in dieser Zeit im Mittelpunkt.

In diesem Kontext verschwanden die politischen, sozialen und ökonomischen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit zusehends aus dem Diskurs. Trotzdem etablierten sich sozialmedizinische Gegenbewegungen, die eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch grundlegende Veränderungen der sozialen, politischen und ökonomischen Verhältnisse und die Hebung sozialer Standards umzusetzen versuchten (siehe insbesondere Rotes Wien).

Die sozialhygienischen Ansätze wurden allerdings auch mit eugenischen und rassenhygienischen Ansätzen ergänzt, was die Entwicklung von sozial- und gesundheitspolitischen Dispositiven beförderte, die zur Verbesserung der Gesellschaft und ihrer Bevölkerung (Schaffung des „Neuen Menschen“) auch auf die genetische/erbbiologische und schließlich rassische Verbesserung der Gesellschaft und die Ausmerzung von Krankheiten und „schwachen“ Bevölkerungsgruppen abzielten. Vorstellungen einer erbbiologischen und eugenischen Optimierung der Bevölkerung fanden dabei quer über verschiedene ideologische (auch sozialdemokratische) Lager hinweg Zuspruch und blieben nicht auf die rasch wachsenden faschistischen Bewegungen des 20. Jahrhunderts beschränkt. Letztere zogen aber schließlich die mörderischen und eliminatorischen Konsequenzen aus diesen Konzeptionen. Die Nationalsozialisten bauten ihre sozial- und gesundheitspolitischen Zielsetzungen und Aktivitäten ab 1933 auf sozial- und rassenhygienischen bzw. eugenischen Ansätzen, die eine wesentliche Begründung für die staatlich organisierte Vertreibung und Ermordung „rassisch“ oder „erbbiologisch“ „minderwertiger“ Menschen lieferten.

Durchaus anknüpfend an die Tradition der Sozialhygiene, wurde in Österreich und Deutschland nach 1945 eine konservative, paternalistische Linie von Public Health umgesetzt (ohne die Elemente von Eugenik und Rassenhygiene, wiewohl diese aufgrund vieler personeller Kontinuitäten aus der Zeit des Nationalsozialismus in den Institutionen weiter nachwirkten). Der Schwerpunkt lag in dieser Zeit auf einer staatlich organisierten Gesundheitsverwaltung und einer an der Individualmedizin orientierten Krankenversorgung in öffentlichen Krankenanstalten und im privatwirtschaftlich or-

ganisierten niedergelassenen Sektor. Präventivmedizin einschließlich Gesundheitserziehung mit einem starken Fokus auf Einzelpersonen in Hochrisikogruppen (Schwangere, Kinder, Arbeitsmedizin, Schutz vor Infektionskrankheiten etc.) sowie der Ausbau der sozialen Sicherungssysteme waren vorrangig. Public-Health-Debatten haben aber darauf hingewiesen, dass die größten gesundheitlichen Zugewinne bis in die 1960er Jahre hinein nicht allein auf Faktoren zurückzuführen waren, die aus dem Ausbau des Gesundheitsversorgungssystems resultierten. Sie beruhten vielmehr stark auf anderen gesellschaftlichen Einflussgrößen wie beispielsweise der verbesserten Ernährungslage, sauberem Wasser und guten Wohn-, Lebens- und Arbeitsverhältnissen. Die gesundheitlichen Erfolge in Europa resultierten daher aus einem Zusammenspiel aus medizinischen und nichtmedizinischen Faktoren (vgl. Stuckler et al. 2010).

Widersprüche und Herausforderungen von New Public Health im 21. Jahrhundert

Ungeachtet der großen Erfolge in der medizinischen Versorgung im 20. Jahrhundert scheint die biomedizinische Gesundheitsversorgung an ihre Grenzen zu stoßen, denn wesentliche gesundheitliche Zugewinne sind trotz hoher finanzieller Aufwände im Bereich der Krankenversorgung vermutlich nur mehr im geringen Umfang zu erwarten. In manchen Gesellschaften (z.B. USA in der Opioid-Krise, in Russland nach dem Zusammenbruch der Sowjet-Union, in den Finanz-Krisenländern nach 2008) kam es in den letzten Jahren sogar zu einem Verlust an Lebenserwartung und Lebensqualität, was eng mit den gesellschaftlichen Schiefagen zu tun hat, die aus der Hegemonie neoliberaler Vorstellungen und aus der Vorherrschaft einer damit verbundenen, wenig förderlichen Lebens- und Konsumweise resultieren.

„As we enter the third stage of epidemiologic transition, to ‚man-made‘ degenerative diseases, the challenge of combating NCDs and promoting healthy ageing require not only medical technology and public health interventions but also actions that address social conditions“ (Stuckler et al. 2010: 234).

Der von „New“ Public Health verwendete Gesundheitsbegriff beansprucht wieder stärker auf politische, soziale und ökonomische Umweltfaktoren zu rekurrieren und ins Zentrum gesundheitspolitischer Maßnahmen zu rücken. Er knüpft damit an der Tradition der Sozialmedizin aus dem 19. Jahrhundert an, ergänzt um den Aspekt der Gesundheitsförderung, welche klassen- und zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein soll. Es geht also nicht mehr ausschließlich um Fragen der Versorgung und Behandlung von PatientInnen (biomedizinischer Ansatz), sondern auch darum, wie soziale, ökonomische, ökologische, psychische Faktoren zur Gesundheitserhaltung beitragen und gestärkt werden können, um einen positiven Effekt auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von einzelnen und Bevölkerungsgruppen zu erzielen. Auf der individuellen Ebene zielt dies darauf ab, persönliche Ressourcen zu stärken, auf gesellschaftlicher Ebene geht es darum, die sozialen Verhältnisse dahingehend zu untersuchen, wie sie gesundheitsförderlich gestaltet werden können. New Public Health will also den biomedizinischen Fokus auf das Individuum um eine gesellschaftspolitische Perspektive erweitern, die

danach fragt, welche sozialen Strukturen negative Auswirkungen auf Gesundheit haben bzw. diese eine wesentliche Dimension sozialer Ungleichheit darstellt, wie sich etwa an den auch in Österreich signifikanten Unterschieden in der Lebenserwartung zwischen den sozialen Klassen manifestiert (siehe Haas et al. in diesem Heft).

Dabei ist wesentlich, dass die Gesundheitsförderung, als zentrales Element von New Public Health, auf eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik (Health in All Policies) ausgerichtet werden soll. In der Praxis von (New) Public Health bleibt diese Ausrichtung aber mehrheitlich deklaratorisch und im wissenschaftlichen Diskurs verhaftet.

Die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitswelten wurde vielmehr an unterschiedliche soziale Settings (Schule, Betrieb, Kindergarten, Dorf/Stadtteil etc.) delegiert und fragmentiert, sodass die Gestaltung gesunder Lebensverhältnisse auf einzelne private und öffentliche Einrichtungen sowie Individuen verlagert wird. In vielen settingorientierten Gesundheitsförderungsprojekten mit vulnerablen Zielgruppen wird versucht, diese Zielgruppen zu den Gestaltern ihrer besseren persönlichen Gesundheit zu machen. Was nach Empowerment und Emanzipation klingt scheitert aber oft daran, dass die Verhältnisse, in denen diese Zielgruppen leben, nicht verändert werden können. Unter diesen Bedingungen läuft Gesundheitsförderung Gefahr, zum Verwalter bestehender Verhältnisse zu werden und sich den politischen und ökonomischen Interessen machtvoller beteiligter AkteurInnen anzupassen, anstatt die sozialen Verhältnisse zu verändern (siehe beispielsweise Awofeso 2004, Ahrens 2007, Stuckler et al. 2010).

Das für New Public Health zentrale Konzept der Gesundheitsförderung muss daher auch kritisch hinsichtlich seines funktionalistischen Ansatzes gesehen werden. Dieser verleitet nämlich dazu, von notwendigen sozialen, ökonomischen und politischen Änderungen abzulenken, wie dies kritisch bereits von der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts und sozialistischen Bewegungen formuliert wurde. Aus dieser Perspektive kann gegen New Public Health sogar eingewendet werden, in der gesundheitspolitischen Debatte zum Teil auch konservierende Wirkung zu haben. Er kann damit alle politischen Interessen bedienen, ohne jemanden weh zu tun, also ohne gesellschaftliche Macht- und Herrschaftsverhältnisse, die kapitalistische Gesellschaften konstituieren, benennen zu müssen.

Dieses Problem wird etwa darin sichtbar, dass die effiziente Steuerung der Gesundheitsversorgung als eine zentrale Aufgabe von New Public Health angesehen wird. Hier läuft New Public Health aber Gefahr, unter dem Label der „Effizienz“ erstens immer mehr marktwirtschaftliche Effizienzkriterien als Steuerungselemente in die öffentlich finanzierte Gesundheitsversorgung einzuführen und zweitens dem Austeritätsdiktat auch in der Gesundheitspolitik nichts entgegenzusetzen zu können. Die Änderung der Organisationsstrukturen der Krankenkassen in Deutschland (Versicherungspflicht statt Pflichtversicherung) oder die Reduktion der Sozialversicherungsträger in Österreich von 21 auf fünf im Jahr 2019 sind Beispiele dafür. Als anderes Beispiel kann auch der Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung angeführt werden, die einen wichtigen Grundpfeiler von New Public Health darstellt. Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung geht es nämlich oftmals weniger darum, krankmachende Arbeitsverhältnisse zu ändern (Abbau von Hierarchien, ungesunde Arbeitsbedingungen), sondern den Beschäftigten ihre Zustimmung zu den bestehenden Lohn- und Arbeitsverhältnissen abzurufen oder deren Ideen zur Effizienzsteigerung abzuholen.

Insgesamt kann also festgestellt werden, dass New Public Health zwar auf eine grund-

legende Neugestaltung von Gesundheitspolitik abzielt, in die Fragen sozialer Gerechtigkeit und der Emanzipation mit Blick auf gesundheitspolitische Problemstellungen aufgenommen werden können. Doch es zeigt sich in der Praxis, dass diese Ansprüche oft weit weg sind von den sozialen Kämpfen und zivilgesellschaftlichen Aktivitäten gegen eine kapitalistische Produktionsweise, die zunehmend ihre gesellschaftlichen und ökologischen Grundlagen untergräbt. Die Debatten um die Ausrichtung von Public Health finden vorwiegend in akademischen Kreisen und internationalen Organisationen wie der WHO statt. Dort wird um inhaltliche Akzentuierungen gestritten, ohne dass daraus wesentliche Verbesserungen für die gesundheitliche Realität der Menschen resultieren. Ein Beispiel hierfür ist der „Europäische Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit“ der WHO aus dem Jahr 2012. Hier sind zehn Handlungswege skizziert, wie die europäischen WHO-Staaten Public Health in ihren Bereichen stärken können. Es werden alle wichtigen Themenbereiche angesprochen von der ausreichenden Finanzierung der Gesundheitssysteme, der wichtigen Rolle der Gesundheitsförderung bis zum Aufzeigen neuer umweltbedingter Gesundheitsgefahren. Gleichzeitig und parallel dazu wurden auf europäischer Ebene staatliche Austeritätsprogramme durchgesetzt, die die Gesundheitsversorgung verschlechterten und zum Teil erodieren ließen (siehe z.B. die fortlaufenden Finanzkrisen in Griechenland und anderen EU-Staaten seit 2009).

Die gegenwärtigen Gesellschaften stehen daher vor einer Reihe großer Herausforderungen, die sie in ihrem Bestand nachhaltig bedrohen. Dazu zählen die weltweite Zunahme von Armut und sozialer Ungleichheit, die Klimakrise oder neuartige übertragbare Erkrankungen, die pandemische Ausmaße annehmen können wie Covid 19. In den laufenden und bevorstehenden Auseinandersetzungen um die Bewältigung der Vielfachkrise wird ein gesellschaftlich verankerter Gesundheitsbegriff eine wichtige Rolle spielen.

Anmerkungen

- 1) Die Inhalte der Alma-Ata-Deklaration zur Primärversorgung sind bis heute lesenswert, zumal sie auf die zentrale Rolle der Erstanlaufstelle im medizinischen System (= Primärversorgung = „Hausarzt“) verweisen, die eine umfassende, multidisziplinäre, niederschwellige, patientennahe Versorgung sicherstellen soll, die zudem kostengünstiger ist als die ambulante Versorgung im Krankenhaus. In Österreich wurde erst im Jahr 2017 die gesetzliche Grundlage für Primärversorgungszentren geschaffen, von denen bis 2021 zirka 75 entstehen sollen. Die Polikliniken, die es in ehemaligen „Ostblock“-Staaten gab, waren sehr gut funktionierende Primärversorgungseinheiten, die mit dem Zusammenbruch der Sowjetunion größtenteils verschwunden sind.
- 2) Epidemiologie wird definiert als: „Die Untersuchung der Verteilung und der Determinanten von gesundheitsbezogenen Zuständen oder Ereignissen in umschriebenen Bevölkerungsgruppen und die Anwendung der Ergebnisse zur Steuerung von Gesundheitsproblemen“ (Gordis 2001: 3).
- 3) NCDs sind „non communicable diseases“ wie beispielsweise Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Tumore, psychische Erkrankungen, welche zu den großen medizinischen Herausforderungen unserer Zeit zählen und die unter Aufwendung hoher finanzieller Mittel medizinisch behandelt werden (teure Medikamente, Therapien, invasive Eingriffe etc.).

Literatur

- Ahrens, Dieter (2007): Ökonomisierung und Gesundheitsförderung. In: Schmidt, Bettina/Kolip, Petra (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim und München: Juventa, 45–55.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Awofeso, Niyi (2004): What's New About the „New Public Health“? In: American Journal of Public Health, Vol 94 (5), 705–709.
- Beaglehole, Robert/Bonita, Ruth/Horton, Richard/Adams, Orville/McKee, Martin (2004): Public health in the new era: improving health through collective action. In: The Lancet, Vol. 363, 2084–2086.
- Chadwick, Edwin (1842): Report on the Sanitary Condition of the Labouring, <https://archive.org/details/reportsanitaryoochaduoft/page/196/mode/2up>, 30.12.2020.
- Engels, Friedrich (1959): Die Lage der arbeitenden Klasse in England. In: Marx, Karl/Engels, Friedrich: Werke, Band 2. Berlin: Dietz Verlag, 225–504.
- Fangerau, Heiner/Labisch, Alfons (2020): Pest und Corona. Pandemien in Geschichte, Gegenwart und Zukunft. Freiburg/Basel/Wien: Herder.
- FGÖ – Fonds Gesundes Österreich: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit, Glossar. https://fgoe.org/glossar/gesundheitliche_Chancengerechtigkeit, 7.1.2020.
- Gordis, Leon (2001): Epidemiologie. Deutsche Erstausgabe. Marburg: Kilian.
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. Second extended and revised Version (2014). https://cdn.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf, 8.1.2021.
- McFarland, Rob/Spitaler, Georg/Zechner, Ingo (Hg., 2020): Das Rote Wien. Schlüsseltexte der Zweiten Wiener Moderne 1919-1934. Berlin/Boston: de Gruyter.
- ÖGPH – Österreichische Gesellschaft für Public Health: Public Health in Österreich. Was ist Public Health?, <https://oeph.at/public-health-oesterreich>, 7.1.2021.
- Rosenbrock, Rolf (2001): Was ist New Public Health?. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 44, 753–762.
- Ruffié, Jacques/Sournia, Jean-Charles (1992): Die Seuchen in der Geschichte der Menschheit. München: dtv/Kett-Cotta.
- Schwartz, Friedrich W./Badura, Bernhard/Busse, Reinhard/Leidl, Reiner/ Raspe, Heiner/Siegrist, Johannes/Walter, Ulla (Hg., 2003): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. München/Jena: Urban & Fischer.
- Schwartz, Friedrich W. (2005): Von der „medizinischen Polizey“ zu den Gesundheitswissenschaften: zum Verhältnis von Gesundheitsexperten und Staat. In: Schagen, Udo/Schleiermacher, Sabine (Hg.): 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland. Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention DGSMP, CD-Rom. https://www.dgsmp.de/100-jahre/CD_Texte.htm, 31.12.2020.
- Stuckler, David/Basu, Sanjay/McKee, Martin (2010): Public Health in Europe: Power, Politics, and Where Next? In: Public Health Reviews 32 (1), 213–242.
- Walter, Ulla/Schwartz, Friedrich (2003): Prävention. In: Schwartz, Friedrich W. et al. (Hg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. München/Jena: Urban & Fischer.
- WHO – World Health Organisation (2012): Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/171772/RC62wd12rev1-Ger.pdf, 8.1.2021
- WHO – World Health Organization (1988): Definition von Public Health, <https://www.publichealth.com.ng/who-definition-of-public-health/>, 2.1. 2021.
- WHO – World Health Organization (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, 3.1.2021.
- WHO – World Health Organization (1978): Declaration of Alma-Ata, <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>, 3.1.2021.