

Öffentliche Gesundheit in Deutschland. Altes bedenken – Neues denken. Ein Tagungsbericht

Public Health in Germany. Considering the old – thinking the new. A Report

Autoren

A. Labisch¹, R. Müller²

Die aufgeführten Kurzfassungen der Beiträge wurden von den Vortragenden selbst verfaßt.

Institute

1 Leopoldina Studienzentrum, Halle a.d.S.

2 Socium. Universität Bremen

Schlüsselwörter

Öffentliche Gesundheit, Public Health, Medizin, Lebenswissenschaft, Geschichte, Interdisziplinarität, Gesundheit, Humanvermögen im Lebenslauf, Staatlichkeit, Gesundheitspolitik, Inklusive Sozialpolitik, Globalisierung, Digitalisierung, soziale Ungleichheit, Google – Health, Gesundheitswirtschaft

Key Words

public health, new public health, health, human resources, health policy, history, medicine, life-sciences, interdisciplinarity, statehood, social policy, globalization, digitization, social inequality, google-health, health economics

Bibliografie

Korrespondenzadressen

Alfons Labisch

Universitätsklinikum Düsseldorf

Moorenstraße 5

40225 Düsseldorf

alfons.labisch@hhu.de

Rainer Müller

Socium Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik– Universität Bremen

Mary-Somerville-Straße 5

28359 Bremen

rmueller@uni-bremen.de

<http://rainer-mueller.info>

ZUSAMMENFASSUNG

Die öffentliche Sicherung von Gesundheit wird national und international in Politik wie Wissenschaft neu beachtet. Der aktuelle soziale Wandel, mit Globalisierung, Digitalisierung und sozialer Ungleichheit plakativ angedeutet, erinnert an die geschichtliche Erfahrung, daß Gesellschaften und staatliche Arrangements ohne eine öffentliche Gesundheitssicherung nicht handlungsfähig sind. Daher ist es

angebracht, sich die historischen Entwicklungen bewußt zu machen und nach den Wechselwirkungen zwischen gesellschaftlichen Problemlagen, Staatlichkeit, Sozialpolitik und den jeweiligen Konzeptionen der Medizin zu fragen, die letztlich in gesellschaftsadäquate Formen öffentlicher Gesundheitssicherung münden. Vor diesem Hintergrund hat das Studienzentrum der Leopoldina. Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle, seine Frühjahrstagung am 3. und 4. April 2017 unter das Thema „Öffentliche Gesundheit in Deutschland. Altes bedenken – Neues denken“ gestellt. Zu den Themenfeldern "Historische Hintergründe der aktuellen Debatte um eine Öffentliche Gesundheitssicherung“ und „Öffentliche Gesundheit in Deutschland: Nachkriegszeit, aktuelle Situation, Zukunftsperspektiven“ wurden in historischer, medizin-soziologischer, sozial-bzw. politikwissenschaftlicher und politischer Sicht kritisch wesentliche Punkte der wissenschaftlichen, professionellen und gesellschaftspolitischen Konzeptionen und Handlungsmuster in ihrer historischen Entwicklung mit ihren Ambivalenzen und Paradoxien, Erfolgen und Mißerfolgen angesprochen. Die Arbeitsergebnisse erlauben, die aktuellen Diskussionen in vielfacher Perspektive zu spiegeln und zu reflektieren.

ABSTRACT

Public health is taken into account both nationally and internationally in politics and science recently. The current social change, strikingly indicated by globalization, digitization and social inequality, reminds us of the historical experience that societies and states cannot act without public health care. It is therefore appropriate to be aware of the historical developments and to ask about the interactions between social problems, statehood, social policy and the respective conceptions of medicine, which ultimately led to societal-adequate forms of public health care. Thus the Leopoldina Center for Science Studies has organized its Spring Conference on 3 and 4 April 2017 under the theme "Public Health in Germany. Considering the Old – thinking the New". In historical, medical-sociological, socio-political, political-scientific perspectives the critical aspects of the recent debate on public health care in Germany were discussed. The results shed light on the situation from alternating perspectives and thus may contribute to promote the current discussion on public health.

Einleitung

Arztpraxis und Arzt, auch das Krankenhaus, kurz: die kurative Individualmedizin ist in unseren Regionen allen Menschen von Geburt an vertraut. Die Öffentliche Gesundheitssicherung wird üblicherweise erst dann wahrgenommen, wenn es Aufsehen erregende Ereignisse gibt: Vogelgrippe, Schweinegrippe, Ebola-Fieber oder andere höchstbedrohliche Fieber, die Langzeitbedrohung durch resistente Tuberkulosekeime etc. finden ihren Weg auch in die Tagespresse. Vergessen wird dabei, daß unser gesamtes Gemeinwesen auf einem tief gestaffelten System vorgreifender bzw. nachgreifender Maßnahmen der Öffentlichen Gesundheitssicherung aufgebaut ist: hygienisch einwandfreies Wasser, gesundheitsrelevante Gestaltung des öffentlichen Lebens - etwa im Schulbau -, Gesundheitsfürsorge für Menschen mit bestimmten Krankheiten, zugehende Gesundheitsfürsorge, Begutachtung von Kranken und Krankheiten etc. - das ist für uns alles selbstverständlich. Und was auf nationaler Ebene alltäglich ist, gilt selbstverständlich auch auf internationaler Ebene - etwa mit dem Meldewesen der Weltgesundheitsorganisation bei hochinfektiösen epidemischen Krankheiten.

Was für uns an Öffentlichen Gesundheitsleistungen selbstverständlich ist, wurde freilich historisch in verschiedenen Stufen durchgesetzt. Auf den Grundlagen schon der späten Antike, des Mittelalters und der frühen Neuzeit bauten die Industriestaaten im 19. Jahrhundert das System einer umfassenden Umwelthygiene aus, um sich der großen epidemischen Infektionskrankheiten der Zeit – vormals die Pest, damals dann Cholera,

Gelbfieber und Malaria - zu erwehren. Seit den Zeiten der Mikrobiologie und Bakteriologie kann der Kampf gegen endemische Infektionskrankheiten - etwa den Typhus - zielgerichtet und systematisch betrieben werden. Die Gesundheitsfürsorge des frühen 20. Jahrhunderts wandte sich den investiven Gesundheitsrisiken - Mütter, Säuglinge und Kleinkinder - bzw. den konsumtiven Risiken - wie etwa langfristig an Infektionskrankheiten wie etwa an Tuberkulose Erkrankten - zu. Nach dem Zweiten Weltkrieg traten die Verschleißkrankheiten - kardiovaskuläre Krankheiten, bösartige Neubildungen, Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes etc. - in den Blickpunkt. Die AIDS-Epidemie der 1980er schuf neue Formen Öffentlicher Gesundheitssicherung, indem die ‚people at risk‘ – nur schlecht übersetzt als ‚risikobehaftete Menschen‘ (wer wäre das nicht !?) - ihre Vorsorge selbst gestalten. Wegen der Individualität der neuen Aufgaben, Öffentliche Gesundheit zu sichern bzw. zu bewahren, wurden und werden immer weitere Leistungen Öffentlicher Gesundheitssicherung in der Individualmedizin organisiert: Mütter und Kinder, die Vorsorgeuntersuchungen, die AIDS-Prophylaxe etc.

Dieser kurze historische Abriss macht zweierlei deutlich:

- Ohne eine Öffentliche Gesundheitssicherung sind Gesellschaften unserer Zeit weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene auf Dauer handlungsfähig.
- Jede neue gesellschaftliche Verdichtungsstufe entwickelte unter den jeweils neuen oder neu wahrgenommenen Gesundheitsgefahren neue Formen Öffentlicher Gesundheitssicherung - dies jeweils auf der Basis der vorausgehenden Maßnahmen, Einrichtungen und Institutionen.

Wir befinden uns derzeit allenthalben sicht- und bemerkbar in einer Zeit raschesten sozialen Wandels. Nicht nur die Verkehrsformen, die Lebens- und Arbeitsverhältnisse ändern sich im Weltmaßstab. Damit treten auch völlig neue Gesundheitsgefahren auf - wie etwa die weltweite Verbreitung akuter hämorrhagischer Fieber durch den internationalen Flugverkehr oder die Angleichung von risikoreichen Lebensverhältnissen und Lebensweisen in den urbanen Regionen und Megastädten. „Inequality in Health“ ist global in allen Regionen der Welt Realität – und verschlimmert sich von Tag zu Tag. Auch werden längst als behoben gedachte Gesundheitsgefahren wieder wichtig - wie etwa die gefürchteten multiresistenten Tuberkulosekeime und die offenbar genetisch geänderten bekannten Infektionskeime generell. Auch die Medizin ändert sich rasant: die molekulargenetische Transition der Medizin eröffnet neue Sichtweisen und neue Möglichkeiten, langfristige Gesundheitsrisiken auf individueller Ebene zu erkennen. Die Medizin entgrenzt sich in das Leben der Menschen, gleichzeitig ordnen die Menschen - z.B. durch "Google Health" oder "health tracking" - ihr Leben in die Medizin hinein. Alles dies geschieht auf der technischen Grundlage der elektronischen Datenverarbeitung, die bis dato unmögliche Datenmengen weltweit zeitgleich verfügbar macht und Korrelationsmodelle anbietet, die bisher nicht denkbar waren.

Vor diesem Szenario stellt sich die grundsätzliche Frage, was Öffentliche Gesundheit in einer globalen Gesellschaft überhaupt bedeuten kann und wie die neuen Aufgaben langfristiger Öffentlicher Gesundheitssicherung auf der Grundlage bestehender Systeme neu organisiert und durchgeführt werden können.

Diese generelle Frage wird derzeit weltweit unter verschiedenen Begrifflichkeiten - wie etwa "global health" oder "new public health" - diskutiert. Auch in Deutschland hat die „Public-Health-Diskussion“ in den letzten Jahren ein neues Gewicht bekommen. Durch die Leopoldina - Denkschrift "Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen" ist 2015 die Diskussion um eine zeitgemäße öffentliche Gesundheitssicherung in Deutschland auf die gesundheitspolitische Agenda gekommen (1). Seither hat sich eine breite Diskussion zum Thema entwickelt, an der viele Fachwissenschaftler, Fachgesellschaften und Vertreter öffentlicher Einrichtungen teilnehmen.

Die fachöffentliche Diskussion ist unvermeidlich von den aktuellen Geschehnissen, den strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen und den daraus folgenden administrativen, politischen und finanziellen Gegebenheiten geprägt. Ebenso unvermeidlich spielen professionelle und professionspolitische Sichtweisen und Wünsche eine Rolle. In einer derartigen Situation ist es ratsam, sich die historischen Entwicklungen bewußt zu machen und nach den Wechselwirkungen zwischen gesellschaftlichen Problemlagen, Staatlichkeit, Sozialpolitik und den jeweiligen Konzeptionen der Medizin zu fragen. Vor diesem Hintergrund ist die Frage zu diskutieren, worin die zentralen Herausforderungen für die öffentliche Sicherung von Gesundheit regional und global bestehen. Dabei ist der Globalisierung der naturwissenschaftlich-technischen Entwicklung mit ihren Folgen für Medizin in Verbindung mit dem globalen Gesundheitsmarkt als Wachstumsmarkt besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Öffentliche Gesundheit in Deutschland. Altes bedenken – Neues denken

Um diese Grundsatzfragen offen und frei von unmittelbaren Zweck- und Zielsetzungen diskutieren zu können, gilt es, einen Ort des Austausches zu finden. Dabei geht es keineswegs darum, unmittelbar in die aktuelle Diskussion einzugreifen. Ziel ist vielmehr, vor einem breiteren historischen, sozialen, theoretischen und thematischen Hintergrund allgemeine Zusammenhänge herauszuarbeiten, die Licht auf aktuelle Probleme werfen. Es waren genau diese Vorgaben, die das Leopoldina-Studienzentrum dazu veranlassten, seine Frühjahrstagung am 3. und 4. April 2017 unter das Thema „**Öffentliche Gesundheit in Deutschland. Altes bedenken – Neues denken.**“ zu stellen.

Die Eröffnungsdiskussion „**Was bedeutet Öffentliche Gesundheit damals und heute?**“ (Reinhard Busse, Berlin; Wolfgang U. Eckart, Heidelberg; Rainer Müller, Bremen) faßte der Diskussionsleiter Eberhard Wolff, Univ. Basel, in einigen provokanten Aussagen zusammen: Es gibt keine „öffentliche Gesundheit“ als solche (mehr). Es gibt sie vor allem nicht mehr in dem Sinn, in dem die Geschichtswissenschaft

sie lange Zeit betrachtet hat: Als staatlich-institutionalisiertes System eines professionalisierten, verwissenschaftlichten, klar vom Nichtmedizinischen abgrenzbaren Medizinbetriebs, der kollektive Krankheitsphänomene verhindern oder eingrenzen soll. Unsere gesundheitsbezogene Gegenwart ist stattdessen auf vielen Ebenen von zerfließenden Grenzen geprägt. Als Akteure wirken ein Konglomerat von staatlichen, nichtstaatlichen, wirtschaftlichen Gruppen und formellen wie informellen Interessenvertretern etc. Patienten sind wesentlich bedeutendere Akteure als früher, ja zunehmend Produzenten oder sogar Anbieter im Gesundheitsbereich. Krankheit ist immer weniger etwas genau Definierbares, eher ein gradueller oder relationaler Zustand. Medizinisches – „Fitness“ – geht in die allgemeine Lebensgestaltung ein. Gesundheit, Ästhetik und Leistungsfähigkeit z.B. fließen zunehmend ineinander. Es lässt sich immer weniger Öffentliches von Privatem trennen. Ähnliches gilt für die Unterscheidung zwischen individuellem und kollektivem Handeln. Der Gesundheitsbereich ist stärker von Marktgesetzen als von institutionellem Ordnungshandeln beeinflusst. „Wissenschaftlichkeit“ ist ein in der Bedeutung zurückgehendes Abgrenzungskriterium im Gesundheitsmarkt. Diese Entwicklung wird von Digitalisierungsprozessen bestimmt, hat ihren Ausgang aber schon in analoger Zeit gehabt. Man könnte sogar fragen, ob es im idealtypischen Sinn je eine „Public Health“ gegeben hat.

Historische Hintergründe der aktuellen Debatte um eine Öffentliche Gesundheitssicherung

Als Auftakt trug **Heinz-Peter Schmiedebach**, Charité Berlin, über „**Medizin und öffentliche Gesundheit: Konzepte, Akteure, Spannungsfelder**“ vor (2,3,4). Bei der historischen Analyse der Akteure und der Spannungsfelder, die in den letzten 200 Jahren die öffentliche Gesundheit bestimmt haben, zeigte sich neben einer Veränderung des Gesundheitsbegriffs auch eine imposante Zunahme der Akteure und Akteursgruppen. Dies bedeutete nicht nur eine quantitative Veränderung, sondern brachte auch neue Herausforderungen mit sich. Besonders die in den letzten 50 Jahren erfolgten bakteriologischen, technologischen und sozialen Veränderungen generierten neue Spannungsfelder, wie z.B. die Notwendigkeit, innovative Wege im Umgang mit den weltweit vorhandenen Resistenzen von Bakterienstämmen zu finden. Die neuen digitalen Technologien mit Chancen zur Selbstkontrolle und -optimierung zeigen einerseits einen Nutzen, u.a. für Versorgung und Forschung, schaffen aber andererseits neue Spannungsfelder. Mit den weltweit agierenden IT-Unternehmen sind neue Akteure aufgetreten. Diese fördern – so behaupten sie zumindest - bei den individuellen Nutzern gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, sammeln dabei aber zugleich riesige Mengen von gesundheitsrelevanten Daten und nutzen sie in ihrem Sinne. Neben der traditionellen Gesundheitsförderung hat sich dadurch ein eigenes Feld eines privaten, durch einen Markt regulierten Gesundheitsverhaltens entwickelt. Dies ist u.a. durch Intransparenz und Kontrollverlust der Nutzer über die gesammelten Daten gekennzeichnet. Eine gesellschaftliche Verständigung über gesundheitspolitische Ziele, Wege und Gefahren zwischen dem öffentlich strukturierten und dem privaten, marktregulierten Feld erscheinen erschwert. Die Herausforderung besteht darin,

Transparenz für die Nutzer und Partizipation im Rahmen einer neuen gesellschaftlichen Verständigung über öffentliche Gesundheit und digital health herzustellen. Dazu gehört selbstverständlich die Verfügung über die von den Nutzern gelieferten Daten. Durch eine breite Diskussion über das Selbst und selbstbestimmte Organisation könnten zentrale Fragen, wie z.B. die Konstituierung eines neuen individuellen und sozialen Selbstverständnisses, Selbstempowerment, wie auch der Einfluss der neuen Technologien auf die Herausbildung neuer Selbstbilder erörtert werden. Damit könnte man grundlegende Veränderungen der letzten Jahrzehnte erfassen, deren Kenntnis für die Gestaltung einer modernen öffentlichen Gesundheitsförderung unverzichtbar ist.

Dieser eher kritischen Einschätzung der historischen Hintergrundanalyse der aktuellen Situation schloß sich **Alfons Labisch**, UK Düsseldorf / LSZ Halle, aus einer historisch-soziologischen Sicht der Soziogenese öffentlicher Gesundheitsleistungen an (5,6,7). In seinem Beitrag „**Skandalisierte Krankheiten. Akteure, Bezugsdisziplinen und Handlungsebenen Öffentlicher Gesundheitssicherung in Deutschland**“ arbeitete er heraus, daß jede (historisch neue) gesellschaftliche Verdichtungsstufe eine neue, eigene Interpretation ihrer "öffentlichen Gesundheit" hervorgebracht hat. Diese Interpretation führt in einem gesellschaftlichen Aushandlungsprozeß zu einer jeweils historisch und zivilisatorisch adäquaten Form öffentlicher Gesundheitssicherung. Für jeweils neue gesellschaftliche Verdichtungsstufen sind die überkommenen Formen öffentlicher Gesundheitssicherung nur bedingt brauchbar. Bestimmte Aktionsformen werden zum Standard-Repertoire (z.B. Kontrolle und Aufsicht, Infrastruktur), andere werden nach und nach de-thematisiert oder dezidiert aufgegeben. Unter den aktuellen Bedingungen des ausgebildeten Rechts- und Sozialstaats sind Vorstellungen öffentlicher Gesundheit dann wirksam, wenn sie für die Bürger als Rechtssubjekte nachvollziehbar Handlungsoptionen offenhalten oder ggf. verbessern oder vermehren. Essentiell für die mögliche Implementierung öffentlicher Leistungen unter den aktuellen Bedingungen ist die Problemwahrnehmung öffentlicher Gesundheit in einem Beziehungsgeflecht von

- gesellschaftlichen Wertesystemen einschließlich Gesundheits-/ Ordnungsvorstellungen,
- Krankheiten/Bedrohungspotentialen/“Skandalisierung“,
- Wahrnehmungspotentialen und -formen, Problemdefinitionen,
- gesellschaftlichen Handlungsebenen mit ihren je spezifischen Problemwahrnehmungen und Problemlösungspotential,
- Interventionsformen / -wegen, Eingriffsmitteln und deren Reichweite,
- vorhandenen Organisationen / Institutionen der sozialen und gesundheitlichen Sicherung, Experten / Akteuren der öffentlichen Gesundheitssicherung

zu sehen. Auf die aktuelle Public-Health-Debatte bezogen lautet der Schluß aus den historisch-systematischen Überlegungen:

- aufgrund des fehlenden gesellschaftlich skandalisierten bzw. skandalisierbaren Bedrohungspotentials,

- aufgrund der divergierenden Konzepte öffentlicher Gesundheit und öffentlicher Gesundheitssicherung
- aufgrund der stets wachsenden Möglichkeiten, auch massenhafte Krankheiten und Todesursachen im Bereich der Individualmedizin zu behandeln

wird es, sofern nicht eine neue und unerwartete kollektive gesundheitliche Bedrohung erscheint, in absehbarer Zeit keine neue Ära öffentlicher Gesundheitssicherung geben. Kurzum: Die aktuelle Public-Health-Debatte ist und bleibt akademisch.

Diesen durchaus skeptischen Tönen konnte sich **Bärbel-Maria Kurth**, Robert-Koch-Institut Berlin, nicht anschließen. Mit der weniger theorie- als vielmehr praxisgeleiteten Definition „**Public Health ist die öffentliche Sorge um die Gesundheit aller**“ – so auch der Titel ihres Vortrages - wurden im November 2016 Akteure möglichst aller Aktionsfelder von Public Health zu einem Symposium mit dem Namen „Zukunftsforum Public Health“ nach Berlin eingeladen. Ziel dieser vom Robert Koch-Institut initiierten Veranstaltung war es, einen Brückenschlag zwischen Wissenschaft und Praxis von Public Health zu erreichen und die vorhandenen Kräfte zu bündeln. Die (a) „Atomisierung“ von Projekten unter dem Namen „Public Health“ und das (b) Trennen von Public Health als Wissenschaft von Public Health in Aktion sind zwei der Gründe für die von der Leopoldina in ihrem Papier „Public Health in Deutschland“ festgestellten Defizite (1). Auf Grundlage dieser Erkenntnis hat eine Gruppe von Public-Health-Akteuren im Jahr 2016 ein sogenanntes „White Paper“ mit zentralen Forderungen zur Stärkung von Public Health in Deutschland verfaßt und im Gesundheitswesen publiziert (8). Beim Zukunftsforum Public Health wurde, ausgehend von der Analyse des aktuellen Ist-Zustandes und neuer Herausforderungen, die Notwendigkeit einer Vernetzung und des Zusammenschlusses aller derer erkannt, „die Sorge um die Gesundheit aller“ tragen. Dieser Vernetzungsprozess nimmt Fahrt auf, der Öffentliche Gesundheitsdienst positioniert sich zu Public Health. Eine Steuerungsgruppe, unterstützt von einer Geschäftsstelle am RKI, plant und koordiniert entsprechende Aktivitäten (9). Ein zweites Symposium des Zukunftsforums Public Health findet am 11. und 12. Dezember 2017 in Berlin statt. Bei der DFG wird der Antrag auf einen entsprechenden Förderschwerpunkt gestellt, Fachgesellschaften bieten ihre Unterstützung an, die Bundes-Ärztchammer signalisiert Interesse, Politiker fragen Informationen ab. Daß Public Health nicht im Elfenbeinturm stattfindet, hat das Zukunftsforum in seinem insbesondere an Politiker gerichteten Positionspapier deutlich gemacht: „Durch Stärkung von Public Health zu verbesserter Bevölkerungsgesundheit und einer gerechteren Gesellschaft“ (9).

Den öffentlichen Abendvortrag hielt **Rita Suessmuth** (Neuss/Berlin). Rita Suessmuth hat in ihrer Zeit als Gesundheitsministerin (1985-1988) entscheidende Weichen in der erfolgreichen Bekämpfung von AIDS gestellt und dabei ein völlig neues Konzept öffentlicher Gesundheitssicherung, nämlich die Gesundheitsvorsorge durch die „people at risk“, durchgesetzt. Rita Suessmuth machte in ihrem Beitrag „**Die AIDS-Prävention: Konzepte Öffentlicher Gesundheitssicherung in der gesundheitspolitischen Praxis**“ vor allem eins: Mut! Mut zur Offenheit, Mut zur Kommunikation, Mut zur

offenen Diskussion. In der damaligen Zeit strebten HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen ständig höhere Inzidenzen und Prävalenzen an. Einige Akteure fühlten sich veranlaßt voraus zu sagen, wann alle Deutsche notwendig infiziert seien. In diesem angstdurchsetzten Szenario wurden zwei Modelle öffentlicher Gesundheitssicherung diskutiert: die klassische Geschlechtskrankenfürsorge, selbstredend angepaßt an die neue Krankheit: anonyme Meldung der Infektion bzw. Erkrankung und – ggf. kostenlose – Behandlung, so das eine Modell; Isolation aller Infektionsverdächtigen und anschließend aller Infizierten und Erkrankten, so das andere Modell. Daß das historische „Quarantäne-Modell“ – in Frankreich „Sidatorien“ genannt - angesichts der Besonderheiten dieser Infektion und der Mobilitätsanforderungen einer modernen Gesellschaft von vornherein zum Scheitern verurteilt war, sahen alle, die einen klaren Kopf behalten hatten. Angesichts der verhaltensbedingten, teils sucht-, teils triebbesetzten und damit in jedem Fall skandalisierten Ursachen der Infektion war der Gedanke, die Menschen, die vornehmlich dem Infektionsrisiko ausgesetzt war, selbst für ihre Gesundheit verantwortlich zu machen und dies auch durch öffentliche Interventionen – Aufklärung und Behandlung – zu ermöglichen, ein sensationeller Vorschlag. Offen und breit diskutieren, kommunizieren und miteinander sprechen, Gesundheit umfassend diskutieren, an starke Individuen, aber auch an einen starken Staat appellieren – das waren die Wege, auf denen es Rita Suessmuth und ihrer wachsenden Zahl von Mitstreitern seinerzeit gelang, dieses neue Modell öffentlicher Gesundheitssicherung durchzusetzen. Aber erst als die Infektions- und Erkrankungsraten sichtlich zurückgingen, stellte sich die Politik, stellte sich auch die Öffentlichkeit hinter diese neue Form der Gesundheitssicherung. Heute gilt die AIDS-Prävention in Deutschland – ablesbar an den entsprechenden Statistiken – weltweit als vorbildhaft (10, 11).

Öffentliche Gesundheit in Deutschland: Nachkriegszeit, aktuelle Situation, Zukunftsperspektiven

Wolfgang U. Eckart, Heidelberg, berichtete über „**Krebsprävention und Krebstherapie. Konzeptwandel Öffentlicher Gesundheitssicherung vom Beginn des 20. Jahrhunderts bis zur individualisierten Medizin unserer Tage**“. Eckart ging vor allem auf die neuen Aspekte der individualisierten Krebstherapie ein, die mit den Schlagworten *effektiv, exklusiv, extrem teuer* charakterisiert werden können (12,13,14). Der Ansatz der individualisierten Medizin stützt sich auf die Erkenntnis, daß Menschen durchaus unterschiedliche Krankheitsrisiken in sich tragen, daß es zudem verschiedene Untergruppen vergleichbarer Krankheiten gibt und daß Medikamente oder andere Behandlungen bei Patienten individuelle Wirkungen entfalten können. Gemeinsam ist den Ansätzen darüber hinaus, daß individuelle Differenzen in der genetischen Ausstattung (Variationen der DNA-Sequenzen) der Patienten bei der Therapieentscheidung stärker zu berücksichtigen sind als bisher. Vor diesem Hintergrund können Subgruppen von Patienten identifiziert und mit gezielteren Prognosen und therapeutischen Interventionen versehen und behandelt werden. Ziel der individualisierten Medizin ist also die genauere und optimierte Behandlung von definierten Patientengruppen. Zu ihren derzeitigen Kernbereichen gehören die

prädiktive genetische Diagnostik, die individuelle Pharmakogenetik, die molekularbiologisch begründete Verlaufsprognose von Tumorerkrankungen sowie die Anpassung von Behandlungsstrategien und Medikamenten an den molekular oder genetisch definierten Subtyp einer Krankheit.

Weltweit befinden sich Forscher auf einem Datenfeldzug. Zu den ‚*big data*‘, an denen sich das Beuteschema orientiert, gehören Erbgutanalysen, Informationen über Umweltfaktoren, Verhalten, medizinische Untersuchungen sowie Aufzeichnungen, die Rückschlüsse auf Arzneimittelreaktionen erlauben. Insgesamt stellen sich hier Fragen an den Datenschutz und an die damit eng verknüpfte ethische Problematik. Hinzu tritt das Problem, daß individuelle genetische Tests im Sinne einer personalisierten Medizin die Schere zwischen Arm und Reich bezüglich therapeutischer Optionen stets weiter öffnen. Die moralische Herausforderung der Gesellschaft hat sich hier an der Frage zu orientieren, ob es überhaupt möglich sein kann, durch die Bereitstellung zielgerichteter finanzieller Förderung einer größtmöglichen Patientengruppe die Vorteile der individualisierten Präzisionsmedizin zugänglich zu machen.

Das Fazit lautet: Ohne Zweifel bietet die individualisierte Medizin enorme Chancen für mehr Patientensicherheit, die zu nutzen sind. In ökonomischer Perspektive ist - neben sozialrechtlichen und ethischen Risiken - hingegen, die Gefahr einer Kostenexplosion erkennbar, die durchaus zum Sprengsatz für die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens werden könnte. Darüber hinaus beinhaltet eine auf Patientengruppen zugeschnittene Therapie eine kaum zu bewältigende Herausforderung für das Kostenmanagement der Kassen.

Birgit Nemec, Heidelberg, schlug ebenfalls die Brücke von der Nachkriegszeit bis in unsere Zeit. Unter dem Thema „**Genetische Prävention. Konzepte von Früherkennung, Vorsorge und Reproduktion zwischen Wissenschaft, Politik und Gesellschaft**“ untersuchte sie die Hintergründe der Entwicklung des Konzeptes der Genetischen Prävention. Dieser Vorstellung von Früherkennung, Vorsorge und Reproduktion liegt heute einer Reihe medizinischer Routineverfahren zugrunde, die einer großen Zahl von Familien eine wichtige Hilfe, zugleich aber seit seiner Einführung in den 1970er Jahren Gegenstand emotional geführten Debatten ist (15, 16, 17).

Der so genannte Contergan-Schock lenkte die Aufmerksamkeit auf Risiken für das Kind. Die darauffolgende Neudefinition von Schwangerschaft und Kind, Norm und Abweichung und Möglichkeiten der Intervention fokussierte allerdings paradoxer Weise rasch auf die Früherkennung genetischer Anomalien. Der damit einhergehende größere epistemologische Wandel von Sorgen um die *Contergan-Kinder* zum Management so genannter *Risikokinder* – als Teil einer Geschichte der klinischen Genetik und der Kulturgeschichte des Kindes – so das Argument, ist nur bei Betrachtung kleinteiliger Prozesse der Entscheidungsfindung im Kontext größerer historischer Entwicklungen verständlich. Aus allem folgt die Anregung, die Individualisierung der humangenetischen Praxis in einer Zeit der Reorganisation Mitteleuropas während des

Kalten Krieges zu beleuchten und speziell nach der Rolle ökonomischer und ökologischer Denk- und Argumentationsweisen und dem Wechselverhältnis von Konsum, Identität und Sicherheit, Privatisierung des öffentlichen und Entprivatisierung des privaten Bereichs, zu fragen.

Frank Nullmeier, Socium. Universität Bremen, diskutierte aus politikwissenschaftlicher Sicht das Thema „**Öffentliche Gesundheitssicherung als inklusive Sozialpolitik**“. Öffentliche Gesundheitssicherung stellt einen besonderen Typus von Sozialpolitik dar. Der deutsche Sozialstaat hat seine Ursprünge und heute noch seinen Schwerpunkt bei den Sozialversicherungen. Sozialversicherungen stellen eine auf große Gruppen (anfangs nur Arbeiter, heute weite Teile der Bevölkerung) bezogene Vergesellschaftung individueller Risiken im Modell einer staatlich eingerichteten Zwangsversicherung dar. Eine reine Privatrechtsgesellschaft wird mit dieser Form der Sozialpolitik überwunden, ohne daß die Grundstrukturen der Marktwirtschaft tangiert werden. Öffentliche Gesundheitssicherung folgt von Beginn an nicht diesem Modell und stellt auch nicht auf individuelle Risiken ab. Sie ist geprägt durch einen ‚holistischen‘ Blick auf Institutionen, gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie die Wechselwirkungen zwischen Individuen und der Gesamtheit jener Faktoren, die die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt oder von Teilpopulationen bestimmen. Der Interventionsanspruch ist damit sehr hoch. Entsprechend hoch ist auch das Vertrauen in die staatliche Steuerungsfähigkeit oder alternativ die Steuerungsfähigkeit in einem Netzwerk aus Staat, Wissenschaft, Wirtschaft und Zivilgesellschaft. Aktuell steigen sogar die Ansprüche an die Reichweite und Wirkungsmächtigkeit der öffentlichen Gesundheitssicherung. Mit der Formulierung „Health in all policies“ wird eine Expansion der Gesundheitspolitik befürwortet, die parallel zur Expansion umweltpolitischer Gesichtspunkte unter dem Begriff „Nachhaltigkeit“ verläuft.

Die wissenschaftlich wie politisch entscheidende Frage könnte darin bestehen, mit welcher Akzentsetzung dieser gesellschaftsweite und politikfeldübergreifende Anspruch vertreten wird. Öffentliche Gesundheitssicherung kann sich stärker entweder auf das individuelle Gesundheitsverhalten in seinen sozialen Kontexten oder auf die Gesamtheit der sozialen Institutionen in ihren Wirkungen auf die Individuen ausrichten. Beide Wege sind nicht ohne Gefahren. Eine bloße Harmonisierung unter Formulierungen wie „ausgewogene Berücksichtigung“ von individuellem Gesundheitsverhalten und institutionellen Bedingungen wird den Eigendynamiken der beiden Akzentuierungen nicht gerecht. Eine Konzentration auf das individuelle Gesundheitsverhalten richtet sich auf die Förderung von objektiv individualnützlichen und gesellschaftlich funktionalen Verhaltensweisen. Sie begünstigt Steuerungspolitiken, die weit in die individuelle Privatsphäre eindringen und zu einer Präventionsgesellschaft führen, die auf gutes Verhalten verpflichtet und damit eine Art ‚Tugendstaatlichkeit‘ in sich birgt. Eine öffentliche Gesundheitssicherung, die sich auf Institutionen konzentriert, kann in die Gefahr geraten, die Individuen nur als Teil des Wohls der nationalen oder europäischen Gesellschaft zu betrachten. Sie kann sich an Modellen orientieren, die Teilen der

Bevölkerung Defizite unterstellt oder das Glück oder die Wettbewerbsfähigkeit der Gesamtbevölkerung befördern will – ganz unabhängig von individuellen Wünschen.

Eine Politik, die primär auf das individuelle Gesundheitsverhalten zielt, ist Teil dessen, was heute als „investive Sozialpolitik“ verstanden wird. Dagegen findet sich noch keine Konzeption einer öffentlichen Gesundheitssicherung als institutionenorientierte und „inklusive Sozialpolitik“. Dem Verständnis folgend, das in der UN-Behindertenrechtskonvention ausgearbeitet, aber nur auf Behinderte bezogen worden ist, heißt Inklusion, daß die primären gesellschaftlichen Institutionen so verändert werden müssen, daß sie aufnahmefähig werden für alle Personen und Personengruppen. Gefordert ist generell eine institutionelle Barrierefreiheit und Nicht-Diskriminierung. Für die öffentliche Gesundheitssicherung hieße dies, daß Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in die gesellschaftlichen Einrichtungen eingelagert werden müssen, statt Zusatzinstitutionen und -maßnahmen für Prävention zu schaffen. Öffentliche Gesundheitssicherung heißt dann: Rückverlagerung gesundheitsförderlichen Handelns in die sozialen Primäreinrichtungen (18,19).

Wolfgang Reinhard, Universität Freiburg, hielt unter dem Thema „**Der moderne Staat – eine kritische Gegenrede.**“ Demnach ist es aus der Sicht des Historikers heute weniger denn je möglich, bei der Behandlung von Gesundheit als öffentlicher Angelegenheit den Staat als festen Parameter einzusetzen (20). Denn der Staat ist keine anthropologische Notwendigkeit, sondern Produkt historischer Kontingenz und hat von Haus aus nichts mit Gesundheit zu tun. Analysen sollten daher nicht von einem festen Staatsbegriff ausgehen, sondern von Staatlichkeit als einem je verschieden dimensionierten Aggregat bestimmter Eigenschaften, die selten vollständig vorhanden sind. Historisch hat der moderne europäische Macht- und Nationalstaat in den 1970er Jahren den Höhepunkt seiner Entwicklung erreicht und überschritten. Er verschwindet zwar nicht, aber er ändert seine Beschaffenheit. Er hat durch internationale Einbindung Souveränität und durch Auslagerung von Staatsaufgaben Handlungsmacht abgegeben. Die Fremdbestimmung des Menschen ist damit zwar eher gewachsen, erfolgt aber dezentral und ist schwerer zu kontrollieren. Zur Analyse der neuen Verhältnisse wurden die Kategorien Gouvernamentalität und Governance entwickelt und die mikropolitische Dimension des Staatshandelns neu erschlossen.

Die Perspektive in die Zukunft zeigte **Karl-Heinz Wehkamp**, Socium. Universität Bremen, mit seinem Thema „**Public Health- Global Health- Google-Health**“ auf (21,22,23). Die an deutschen Hochschulen und Universitäten unter der Bezeichnung „Gesundheitswissenschaften / Public Health“ vorhandenen Disziplinen sind heterogen, die Termini unscharf, Methodologie und Gegenstandsfeld sind unzureichend reflektiert. Die Gleichsetzung von „Gesundheitswissenschaften“ und „Public Health“ ist ebenso irreführend wie der Begriff „Public Health“ selbst. Gleiches gilt für die auch historisch fragwürdige Unterscheidung zwischen „Old Public Health“ und „New Public Health“. „New Public Health“ ist selbst schon veraltet, weil die tiefgreifenden Veränderungen der letzten Jahrzehnte durch die „Biomedizin“, Gen- und Neuroforschung, Biotechnologie,

Internet, Soziale Netzwerke und „Gesundheitswirtschaft“ darin nicht vorkommen. Zudem ist „New Public Health“ durch ihre selbst verordneten medizinisch-naturwissenschaftlichen und wirtschaftswissenschaftlichen Schwächen nicht in der Lage, die aktuellen Entwicklungen auf dem globalen „Gesundheitsfeld“ hinreichend wahrzunehmen und kompetent und kritisch zu begleiten.

Die aktuellen Entwicklungen unter den Leitbegriffen Gesundheit und Krankheit stellen die tradierten Konzepte und Selbstverständnisse der praktizierten „Sorge um die Gesundheit“ in Frage. „Medizin“ verändert ihre Gestalt, „Gesundheitssysteme“ verweben sich mit global vernetzter Wirtschaft, neben die „Versorgung“ tritt die Selbstsorge von „Health Care Consumern“. „Noch-nicht-Kranke“ nutzen ein „Gesundheitscoaching“ in der Regie von IT-, Lebensmittel-, Elektronik- und selbst Automobilkonzernen. Die finanziellen und personellen Mittel der „Gesundheitsforschung“ global aufgestellter Biotech- und IT-Konzerne sind gewaltig.

Eine Gesundheitswissenschaft (Singular!) hätte die Aufgabe, diese Entwicklungen kompetent und kritisch zu begleiten. Empirisch und analytisch, ethisch qualifiziert und ideologiefrei sollte sie Nutzen und Gefahren all der vielfältigen Entwicklungen abschätzen, die im Namen der Sorge um die Gesundheit und der Sorge um die Kranken unternommen werden. Sie sollte auch selbstreflexiv beachten, daß grenzenlose Sorge um die Gesundheit auch Gefahrenpotenziale für die Menschheit enthalten kann. Dies gilt auch für „Public Health“, deren Gefahren für „unerwünschte Nebenwirkungen“ größer dimensioniert sind als die der Individualmedizin. Eine so verstandene Gesundheitswissenschaft ist derzeit in Deutschland nicht erkennbar. Sie ist ohne methodologische Grundlagenarbeit zur Überwindung der Kluft zwischen Natur- und Gesellschaftswissenschaften nicht denkbar (24).

Die Schlussdiskussion der Arbeitstagung (**Reinhard Busse**, Berlin; **Wolfgang U. Eckart**, Heidelberg; **Rainer Müller**, Bremen; Diskussionsleitung: **Heiner Fangerau**, Düsseldorf) stand unter dem Thema „Öffentliche Gesundheit in Deutschland und in der Welt: Offene Fragen jenseits des wissenschaftlichen, administrativen und gesundheitspolitischen Optimismus“. **Rainer Müller**, Bremen, verdeutlichte, daß die öffentliche Sicherung von Gesundheit (Public Health) historisch wie aktuell Teil der öffentliche/staatlichen Daseinssicherung ist. Diese steht im Spannungsfeld von Staatsentwicklung und Sozialdisziplinierung sowie Selbstkontrolle gegenüber den Risiken des Alltagslebens bei gleichzeitiger Gewährleistung von Perspektiven im Lebenslauf. Soziale Sicherheit kennzeichnet das normative Leitbild. Hingegen bezeichnet Soziale Sicherung die institutionellen Regulierungen und Steuerungen durch rechtliche, ökonomische, infrastrukturelle und informatorische Ausstattungen der Bürger mit den Kerngrößen Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. In diesem sozialpolitischen Arrangement geht es nicht bloß um einen Schutz vor Risiken, sondern um die Gewährleistung von Lebensperspektiven in Zeiten permanenter Entwicklungen der sozio-ökonomischen Bedingungen (25). Sozialversicherungen im Zusammenwirken mit Medizin und die Einrichtungen der Bildung stehen besonders exponiert für Soziale Sicherheit.

Gemeinwohl und subjektives Wohlbefinden sind in ihrem Wechselbezug als öffentliches Gut anzusehen. Freiheit und Sicherheit stehen als konkurrierende Wertideen in der konkreten politischen Gestaltung der gesellschaftlichen Entwicklung in einem Spannungsverhältnis mit den daraus sich ergebenden Paradoxien und Ambivalenzen. Öffentlichkeit, Staatlichkeit und zivilgesellschaftliche Teilhabe bzw. Selbstorganisation sind für die aktuellen und zukünftigen Entwicklungen als jeweilige Kategorie und in ihrem Bezug neu zu konzipieren. Mit der Kategorie „Humanvermögen im Lebenslauf“ kann die inter- bzw. transdisziplinäre wissenschaftliche Durchdringung des komplexen Politikfeldes in Forschung und Lehre gelingen. Dabei werden sowohl die Gesamtheit der Kompetenzen aller Mitglieder einer Gesellschaft als auch die personalen Handlungspotentiale des Einzelnen in den Blick genommen. Es wird notwendig sein, sich der Traditionen von Öffentlicher Gesundheitssicherung im Kontext von Wohlfahrtstaatlichkeit als Kultur zu vergewissern. Dies ermöglicht, im Rahmen des Europäischen Sozialmodells sich intellektuell und politisch mit den Herausforderungen der internationalen wissenschaftlichen und technischen Entwicklungen (Paradigmawechsel der Lebenswissenschaften, Big Data, Präzisionsmedizin, Subjektivität, Personalität und Leiblichkeit in digitaler synthetischer Techno-Welt) in Verbindung mit den globalen Finanzmärkten (globaler Gesundheitsmarkt als Wachstumsmarkt) auseinanderzusetzen.

Nach **Heiner Fangerau**, Düsseldorf, betreffen diese Herausforderungen aktuell vor allem die zum Zweck der Gesundheit massenweise erfolgende Datenerhebung, -aufbereitung und -nutzung. Der ‚homo ludens‘, der den Körper vermisst, wird hier zum Lieferanten von Gesundheitsdaten. Diese nehmen ihn in die Verantwortung, sich zu optimieren und eröffnen dabei gleichzeitig einen gänzlich neuen Präventionsraum (26, 27). Die maximale Individualisierung durch elektronische Datensammlungen des alltäglichen Seins und das damit vorliegende Instrument der individualisierten Kontrolle lassen die Frage aufkommen, ob die Ökonomien der Öffentlichen Gesundheit in der Zukunft auf Kosten, ihre Handlungsräume auf das Private und ihre Politiken auf die Kontrolle und die Sanktion („Überwachen und Strafen“ (Foucault)) fokussiert werden. Aus Johann Franks „Medizinischer Polizey“ könnte so nach den Umwegen über Öffentliche Gesundheit und Public Health morgen wieder eine „Medizinische Polizei“ werden. Deutlich wird in dieser Debatte, daß zentrale Dilemmata, wie die des Wertkonfliktes zwischen individuellen und kollektiven Zielpunkten von Gesundheitsfürsorge und -vorsorge, sowie die Probleme der Zielerreichung, nach wie vor Konstanten in der Debatte über Öffentliche Gesundheit darstellen. In einer Gesellschaft, in der die eigene Verantwortung für die Gesundheit betont wird, könnte die Verhältnisprävention dabei hinter der Verhaltensprävention zurückfallen. Pfadabhängigkeiten und Modelle, die in diese Richtung weisen, weiß die historische Forschung bereitzustellen. Sie kann Öffentliche Gesundheitsmaßnahmen, ihre Ökonomien, Räume und Politiken verständlich und dieses Verständnis für kommende Entwicklung nutzbar machen.

Resümee

Gesundheitswissenschaft kann bei den skizzierten Herausforderungen nur inter- bzw. transdisziplinär betrieben werden (24). Gesundheit und Krankheit dürfen nicht getrennt und aufgeteilt werden, indem Gesundheit als Domäne der Gesundheitswissenschaft(en) und Krankheiten als Domäne der Naturwissenschaften und der Medizin verstanden wird. Natur- und Kulturwissenschaften sind im Kontext von Public Health enger miteinander zu verbinden, um die Koproduktion von Lebenswissenschaft und politisch-ökonomischen Systemen zu verstehen. In dieser Sicht wird der Begriff der Gesundheit neu gedeutet und formuliert werden müssen. Das Konzept „Humanvermögen im Lebenslauf“ (28, 29) eröffnet eine Perspektive für einen interdisziplinären Diskurs mit Bezug zu einer zeitgemäßen Formulierung von „Öffentlich“.

Natur und Kultur neu zu behandeln steht nicht nur in den Technik- und Lebenswissenschaften an, sondern ist selbstverständlich eine Frage an die wissenschaftlichen und politischen Akteure im Feld von Public und Global Health. Denn das Paradigma der Lebenswissenschaften hat sich in den letzten Jahren bahnbrechend gewandelt. Stichworte wie Systembiologie, Molekulare Medizin, Omics-Technologien, Genome Editing, Big Data und künstliche Intelligenz sollen dies nur anzeigen. Wie ebenfalls die derzeitigen Debatten zu Industrie 4.0 und Arbeit 4.0 anzeigen, geht es bei der Aufgabe, den sozialen Wandel zu gestalten, nicht nur um die datengetriebenen technologischen und organisatorischen Innovationen, sondern darum, diese mit sozialen Innovationen nachhaltig zu verbinden und politisch zu gestalten (30).

Wenn Public Health-Forschung ihre Anwendungsorientierung betont, dann ist ein elaboriertes Verständnis von sozialen Prozessen und von den Paradoxien im Politikfeld unabdingbar. Sozialpolitische Interventionen folgen keiner rein rationalen Umsetzungslogik, wie sie im Begriff Translation nicht selten anklingt, sondern sind bestimmt durch widersprüchliche Interessen, Sichtweisen und Machkonstellationen. Vor diesem Hintergrund ist ebenso die Forderung nach starkem Ausbau von Prävention kritisch zu reflektieren.

Die Aufforderung, Public Health und Gesundheitsforschung inter- bzw. transdisziplinär zu betreiben, hat ebenfalls zu bedenken, wie sich in dem Sozialpolitik-Feld, in das Public Health eingebunden ist, Lehre, Wissenschaft und Forschung darstellen. Wenn Sozialpolitik eine schwindende wissenschaftliche Disziplin ist, dann wird die These erlaubt sein: Auch Public Health-Forschung wird keine große Zukunft in Deutschland haben, wenn nicht die universitäre interdisziplinäre Sozialpolitikforschung ausgebaut und die Gesundheitsforschung darin eingebettet wird (31).

In historischer Sicht gilt es sich zu vergegenwärtigen, daß wir angesichts der etablierten und damit „normalen“ Formen der Verhältnis- und der Verhaltensprävention schlichtweg übersehen, daß diese Maßnahmen in ihrer Zeit heftig umstritten waren. Der Prozeß, zwischen den verschiedensten wissenschaftlichen Interpretationen, den unterschiedlichsten Lebenslagen und den jeweils völlig unterschiedlich

wahrgenommenen Bedrohungspotentialen und Handlungsoptionen zu einem immer diskursiven, ja strittigen Ausgleich zu kommen, ist schlichtweg unvermeidlich: eben aus diesem wissenschaftlichen und politischen Streit filtern sich diejenigen Schritte, die letztlich zu neuen und gesellschaftsadäquaten Formen öffentlicher Gesundheitssicherung führen. Eben hier gilt es, sowohl die Gedanken als auch den konstruktiven Durchsetzungswillen von Rita Suessmuth aufzugreifen: Mut! Mut zur offenen Diskussion und Kommunikation, Mut, Gesundheit umfassend diskutieren, Mut, an starke Individuen, aber auch an einen starken Staat zu appellieren!

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, daß kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- (1) Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2015): Public Health in Deutschland - Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen. Halle (Saale)
- (2) Schmiedebach, Heinz-Peter: Gesundheit und Prävention in Abhängigkeit vom Gesellschaftsbegriff im 19. Jahrhundert. In: Stöckel, Sigrid; Walter, Ulla (Hrsg.): Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen, Weinheim und München 2002, S. 26-38
- (3) Duttweiler, Stefanie, Gugutzer, Robert, Passoth, Jan Hendrik, Strübing, Jörg (Hrsg.): Leben nach Zahlen. Self-Tracking als Optimierungsprojekt?, Bielefeld 2016
- (4) Hagemann, Tim (Hrsg.): Gestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens im Zeitalter von Digitalisierung und technischer Assistenz, Baden-Baden 2017.
- (5) Labisch, Alfons, Tennstedt, Florian. 1985. Der Weg zum "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und Entwicklungsmomente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland (= Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen 13, 1.2), Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
- (6) Labisch, Alfons, Woelk, Wolfgang. 2012. Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: HURRELMANN, K. & RAZUM, O. H. (eds.) Handbuch Gesundheitswissenschaften. 6. Aufl. ed. Weinheim / Basel: Beltz, Juventa, 66-98
- (7) Labisch, Alfons. 2015. Medizin und Medizingeschichte. In: JAEGER, F., KNÖBL, W. & SCHNEIDER, U. (eds.) Handbuch Modernforschung. Stuttgart: Metzler, 166-179
- (8) Dragano N, Gerhardus A, Kurth BM et al. (2016): Public Health – mehr Gesundheit für alle. Gesundheitswesen 2016; 78: 686–688.
- (9) (www.zukunftsforum-public-health.de)
- (10) Epstein, S. 1996. *Impure Science. Aids, Activism, and the Politics of Knowledge (= Medicine and Society)*, UCPress.
- (11) Rosenbrock, Rolf / Wright, Michael T. (Hrsg.): *Partnership and Pragmatism: Germany's Response to AIDS Prevention and Care*. London 2000.
- (12) Eckart, Wolfgang U. (Hg.): 100 Years of Organized Cancer Research - 100 Jahre organisierte Krebsforschung, Thieme, Stuttgart 2000

- (13) Eckart, Wolfgang U., Bröer, Ralf: Die Behandlung des Brustkrebses - Aspekte der Therapieggeschichte von der Antike bis ins 20. Jahrhundert, Heidelberg 1995
- (14) Eckart, Wolfgang U.: "Der König der Krankheiten" - Wie entstand die besondere Aufmerksamkeit für Krebskranke? Ein Essay, in: Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 107(2013), S. 105-115.
- (15) Ilana Löwy, How genetics came to the unborn. 1960-2000, in: Stud.Hist.Phil. of Biol. And Biomed. Sci 47, 2004, 154-162
- (16) Francois Ewald, Der Vorsorgestaat, 1986. Auf deutsch bei Suhrkamp 1993
- (17) Nemeč, Birgit Moser, Gabriele (2017) Counselling, Risk and Prevention in Human Genetic Early Diagnosis in the Federal Republic of Germany. In: Heike Petermann, Peter Harper, Judith Friedman, Susanne Doetz (Eds.), History of Genetic Counselling, Heidelberg: Springer.
- (18) Nullmeier, Frank (2015): Inklusive Sozialpolitik und die Entwicklung des Teilhabedankens, in: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.), Inklusion: Wege in die Teilhabegesellschaft, Frankfurt a.M., New York: Campus, 92-104.
- (19) Klenk, Tanja, Nullmeier, Frank (2004): Public Governance als Reformstrategie, Düsseldorf
- (20) Wolfgang Reinhard, Geschichte der Staatsgewalt. Eine vergleichende Verfassungsgeschichte Europas von den Anfängen bis zur Gegenwart, 3. Aufl., München 2002
- (21) Johannes Bircher, Karl-H. Wehkamp: Das ungenutzte Potential der Medizin, Zürich 2006, insbes. Kap.VI: Medizin für gesellschaftliche Kollektive: Sozialmedizin/Public Health und klinische Forschung als Wissensvermittler.
- (22) Wehkamp, Karl-H. (2016): Global Health und Ethik- Versuch einer Annäherung. In: Schröder-Bäck, Peter, Kuhn, Joseph (Hg.): Ethik in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung, Weinheim, Basel, S. 332- 343
- (23) Rainer Müller/Karl-Heinz Wehkamp/Joachim Larisch: Public Health – Global Health: neu denken, neu konzipieren, erscheint in: Schmiedebach, Heinz-Peter (Hg.): Medizin und öffentliche Gesundheit. Konzepte, Akteure, Perspektiven (= Schriften des Historischen Kollegs Kolloquien 98), De Gruyter / Oldenborg: Berlin Boston 2018
- (24) Müller, Rainer; Larisch, Joachim; Pries, Cara; Ganten, Detlev (2016): Public Health, Global Health und Interdisziplinarität. Die Weiterentwicklung kann nur als inter-bzw. transdisziplinäre Aufgabe in Forschung, Lehre und Praxis gelingen. <http://rainer-mueller.info/downloads.html> Zugriff 9.7.2017
- (25) Kaufmann, F.-X.: Sozialstaat als Kultur, Wiesbaden 2015
- (26) Fangerau H, Griemert M, Albrecht UV (2016): Kapitel 9. Gesundheits-Apps und Ethik. In: Albrecht UV (Hrsg.): "Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA)", Medizinische Hochschule Hannover, S. 194–213. urn:nbn:de:gbv:084-16040811360. <http://www.digibib.tu-bs.de/?docid=60015>
- (27) Martin M, Fangerau H (2015): "Technische Medikalisation in einer alternden Gesellschaft: Instrumentelle Rahmen und normative Folgen am Beispiel präventivmedizinischer Ansätze". In Weber K, Frommeld D, Manzeschke A, Fangerau H (Hrsg.): "Technisierung des Alltags. Beitrag für ein gutes Leben?", Steiner, Stuttgart, S. 19-45.
- (28) Müller, Rainer; Senghaas-Knobloch, Eva; Larisch, Joachim, 2016: Public Health und die Welt der Arbeit - ein Memorandum, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 70 (2), S. 126 - 136, doi:10.1007/s41449-016-0023-x, 15.07.2016.
- (29) Kaufmann, F.-X.: Humanvermögen: eine neue Kategorie der Sozialstaatstheorie, in: Obinger, H., Rieger, E. (Hg.): Wohlfahrtsstaatlichkeit in entwickelten Demokratien, Frankfurt, New York, 2009, S.95-117
- (30) Howaldt, J., Jacobsen, H.(Hg.): Soziale Innovation. Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma, Wiesbaden 2010
- (31) Stephan Leibfried, Christina Stecker: Sozialpolitik: Bilanz und Perspektiven für Forschung und Lehre an den deutschen Universitäten – eine Einführung. In: Deutsche Rentenversicherung 1/2015, S. 42–52.